

Sónia Manuela Azevedo Gonçalves Malheiro

Cancro do Colo do Útero: Conhecimentos e Comportamentos

Universidade Fernando Pessoa

Unidade de Ponte de Lima

Ponte de Lima, 2009

Sónia Manuela Azevedo Gonçalves Malheiro

Cancro do Colo do Útero: Conhecimentos e Comportamentos

Universidade Fernando Pessoa

Unidade de Ponte de Lima

Ponte de Lima, 2009

Sónia Manuela Azevedo Gonçalves Malheiro

Cancro do Colo do Útero: Conhecimentos e Comportamentos

Atesto a Originalidade:

(Sónia Manuela Azevedo Gonçalves Malheiro)

“Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado em Enfermagem”

Sumário

O cancro do colo do útero assume uma grande importância em termos mundiais, na medida em que constitui o segundo lugar entre as neoplasias mais frequentes nas mulheres.

Neste seguimento, importa referir que a nível europeu, Portugal é, entre os 25 países que constituem a comunidade europeia, aquele onde a mortalidade tem mais expressão.

Estabelecendo a ponte entre dois factos essenciais como sendo a mortalidade decorrente desta neoplasia e a sua diminuição significativa aquando da adesão aos exames de rastreio, compreende-se então que a omissão do rastreio do cancro do colo do útero, assim como a falta de conhecimentos acerca do referido exame, poderão ser alvo de intervenção por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

Para tal, revela-se determinante que o enfermeiro identifique determinados aspectos referentes a uma dada população, para que desta forma consiga estabelecer um paralelismo entre o que é do conhecimento das mulheres e qual o trabalho das equipas de saúde a realizar, nomeadamente em relação ao acesso aos cuidados de saúde primários e à consulta da mulher.

De forma a dar resposta ao acima enunciado, fez-se um desenho de investigação de suporte ao estudo, que permitisse atingir alguns objectivos dos quais, determinar os conhecimentos e comportamentos das mulheres acerca do cancro do colo do útero. Como resposta a este e outros objectivos, aplicou-se um total de 52 questionários a um grupo de mulheres com idades compreendidas entre os 35 e 45 anos e a frequentar Avenida da Liberdade da Cidade de Braga.

De forma a contextualizar o estudo, fez-se uma abordagem teórica acerca da temática, que inclui entre outros, aspectos como a epidemiologia, características clínicas e diagnóstico.

A realização do estudo numa rua possibilitou que a amostra fosse encontrada mediante um processo de Amostragem Não Probabilística Acidental, já que os indivíduos foram incluídos na amostra à medida que a sua passagem pela rua, onde foi aplicado o questionário, coincidissem com a presença do investigador e se disponibilizassem a responder, no período determinado. O tratamento dos dados recolhidos foi feito com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0.

A análise dos resultados permitiu concluir que todas as mulheres, participantes deste estudo, já ouviram falar do cancro do colo do útero, negligenciando no entanto a realização do exame de rastreio, apesar de o identificarem como sendo o Papanicolau e determinarem a frequência recomendada para a realização do mesmo. Relativamente à informação acerca da referida neoplasia, é entendida por muitas mulheres como sendo fácil de obter, no entanto, também referem que a principal forma de obterem essa mesma informação, é fundamentalmente através dos meios de comunicação, deixando a informação obtida através dos Centros de Saúde e consultas de Planeamento Familiar ocupar o último lugar na fonte de informação. Além disso, os sinais e sintomas da neoplasia em estudo são apontados como as principais dúvidas passíveis de esclarecimento. Tais resultados evidenciam que a prevenção primária é fundamental neste tipo de neoplasias, e que seria importante actuar de forma a ir de encontro a estas mulheres, possibilitando-lhes quer a informação que gostariam de ver esclarecida, quer o acesso ao exame de rastreio.

Abstract

The cervical cancer is of great importance in the world and that it is the second most common cancer among women.

Following this, Portugal is among the 25 countries constituting the European community, one where the mortality is more speech.

Providing a bridge between two essential facts as the mortality from this cancer and its significant reduction in the adherence to screening tests, it is then that the omission of screening of cervical cancer and the lack of knowledge about this examination may be subject to intervention by health care professionals, including nurses.

To this end, it is crucial that the nurse identifies certain aspects relating to a given population, so that in this way can establish a “bridge” between what is the knowledge of women and what is the work of teams of health to achieve, particularly in relation to access to primary health care and consultation of women.

In order to address the above, there was a design research to support the study, which could achieve some goals of which determine the knowledge and attitudes of women about cervical cancer. In response to these and other objectives, was applied a total of 52 questionnaires to a group of women aged between 35 and 45 years attend in Avenida da Liberdade, Braga.

In order to contextualize the study, there was a theory about the topic, which includes among others, issues such as epidemiology, clinical features and diagnosis.

The completion of the study on a street that has the sample was found through a process of sampling Non-probability accidental, since the individuals were included in the sample once they were crossing the street, where the questionnaire was applied, coincided with the presence of the researcher and to provide the answer in the given period. The processing of data was done using the statistical program SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 15.0.

The results indicated that all women, participants in this study, had already heard of cervical cancer, neglecting however the test screening, although as the Papanicolau identify and determine the frequency recommended for the achieve the same. For information about the tumor that is understood by many women as being easy to obtain, however, that information is also obtained mainly through the media, leaving the information obtained through the Centers Health and Family Planning consultations take place in the last source of information. Moreover, the signs and symptoms of cancer under study are pointed out as the main subject of clarification questions. These results suggest that primary prevention is essential in this type of cancer, and it is important to act in a way finding these women by giving them the information that they would like to have clarified, or access to the screening examination.

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito Obrigada.

Índice	p.
Introdução	14
Parte I – Enquadramento Conceptual	17
Capítulo I – Fase Conceptual	18
1. Delimitação do Tema	18
2. Justificação do Tema	18
3. Pergunta de Partida	20
4. Objectivos do estudo	20
Capítulo II – Enquadramento Teórico	22
1. O Cancro	22
1.1 Anatomofisiologia do colo do útero	23
1.2 Cancro do colo do útero	24
1.2.1 Epidemiologia	24
1.2.2 Características Clínicas	27
1.2.3 Prevenção	29
1.2.4 Rastreio	32

1.2.5	Diagnóstico e Estadiamento	33
1.2.6	Tratamento	35
1.2.7	Prognóstico	36
Parte II – Enquadramento Metodológico		38
Capítulo I – Metodologia		39
1.	Tipologia e metodologia do estudo	39
2.	Definição de variáveis	39
3.	População e Amostra do estudo	40
4.	Processo de Amostragem	40
5.	Método e Instrumento de colheita de dados	41
5.1.	Pré – Teste	42
6.	Tratamento de dados	42
7.	Considerações Éticas	42
Parte III – Enquadramento Empírico		44
Capítulo I – Apresentação, Análise e Interpretação dos Resultados		45
1.	Caracterização Sócio – Demográfica	45

2. Conhecimentos e Comportamentos acerca do cancro do colo do útero	49
Capítulo II – Discussão dos Resultados	62
Conclusão	70
Bibliografia	74
Anexos	
Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados subordinado ao tema “ Atitudes e Práticas na prevenção do Cancro do Colo do Útero em mulheres angolanas.”	
Apêndices	
Apêndice I – Consentimento Informado	
Apêndice II – Instrumento de Colheita de Dados	
Apêndice III – Cronograma	

Índice de Quadros

p.

Quadro 1: Apresentação da idade média, desvio padrão, idade mínima e idade máxima da amostra.

45

Quadro 2: Distribuição dos dados em relação a terem ouvido falar no cancro do colo do útero.

49

Índice de Gráficos

	p.
Gráfico 1: Distribuição de dados em relação às habilitações literárias	46
Gráfico 2: Distribuição de dados em relação à profissão	47
Gráfico 3: Distribuição de dados em relação ao estado civil	48
Gráfico 4: Distribuição de dados em relação ao número de filhos	48
Gráfico 5: Distribuição dos dados em relação aos possíveis factores de risco para o cancro do colo do útero	49
Gráfico 6: Distribuição dos dados em relação à possibilidade do cancro do colo do útero ter sintomas	50
Gráfico 6.1: Distribuição dos dados em relação sintomas do cancro do colo do útero	51
Gráfico 7: Distribuição dos dados em relação à possível etiologia viral do cancro do colo do útero	51

Gráfico 7.1: Distribuição dos dados em relação à designação do vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero	52
Gráfico 8: Distribuição dos dados em relação ao diagnóstico do vírus responsável pelo cancro do colo do útero	53
Gráfico 9: Distribuição dos dados em relação à prevenção do cancro do colo do útero através da vacinação.”	54
Gráfico 9.1: Distribuição dos dados em relação à altura recomendada para a realização da vacinação preventiva do cancro do colo do útero	54
Gráfico 10: Distribuição dos dados em relação à altura recomendada para o início do rastreio do cancro do colo do útero	55
Gráfico 11: Distribuição dos dados em relação à realização do exame preventivo do cancro do colo do útero	56
Gráfico 11.1: Distribuição dos dados em relação à regularidade com que é realizado o exame preventivo do cancro do colo do útero	56

Gráfico 12: Distribuição dos dados em relação à designação do exame de rastreio do cancro do colo do útero	57
Gráfico 13: Distribuição dos dados em relação à regularidade recomendada para a realização do exame de rastreio do cancro do colo do útero	58
Gráfico 14: Distribuição dos dados em relação à facilidade em obter informações acerca do cancro do colo do útero	58
Gráfico 15: Distribuição dos dados em relação à forma como é obtida a informação acerca do cancro do colo do útero	59
Gráfico 16: Distribuição dos dados em relação às consequências da detecção tardia do cancro do útero	60
Gráfico 17: Distribuição dos dados em relação ao comportamento face à presença de uma infecção vaginal	60
Gráfico 18: Distribuição dos dados em relação às dúvidas que gostariam de ver esclarecidas acerca do cancro do colo do útero.	61

Lista de Siglas e Abreviaturas

ADN- Ácido Desoxirribonucleico

CIS – Carcinoma in situ

DGS – Direcção Geral de Saúde

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HPV – Virus do Papiloma Humano

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

NIC – Neoplasia Intraepitelial

p. – Página

pp.- Páginas

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

% - Percentagem

Introdução

A amplitude e gravidade que os carcinomas têm representado na população à escala mundial, demonstram cada vez mais, a necessidade de intervenção em termos de prevenção primária nomeadamente, no âmbito dos cuidados de enfermagem.

Desta necessidade, surge a proposta de realização de um trabalho de cariz monográfico no âmbito da organização curricular da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, de forma a aprofundar as aptidões do autor no âmbito do trabalho em enfermagem.

Deste modo, o tema a abordar intitula-se “Cancro do colo do útero: conhecimentos e comportamentos” e emerge a partir do confronto dos gostos pessoais do autor com a necessidade de realização do respectivo trabalho. Compreendeu-se que os estilos de vida actuais associados ao desconhecimento das consequências dos mesmos convergem na necessidade crescente da promoção da saúde e prevenção da doença, como premissa fundamental orientadora dos cuidados de enfermagem.

Tal percepção, fundamentalmente observada durante o Ensino Clínico de Saúde Comunitária, associada ao interesse crescente em perceber os conhecimentos e comportamentos adoptados pelas mulheres de forma a prevenir eventuais patologias ginecológicas e, a longo prazo, uma neoplasia, resultou no estudo que a seguir se apresenta.

Da tríade, elaboração de um trabalho de investigação, curiosidade e interesse do autor e actualidade da temática, propôs-se a realização de um trabalho de investigação capaz de determinar os conhecimentos e comportamentos das mulheres com idades compreendidas entre os 35 e 45 anos de idade, a frequentar a Avenida da Liberdade da Cidade de Braga.

Para tal, a partir de um objectivo de carácter geral, como sendo determinar os conhecimentos e comportamentos das mulheres com idades entre os 35 e 45 anos acerca do cancro do colo do útero, foram elaborados determinados objectivos específicos:

1. Determinar os sinais e sintomas que as mulheres consideram ocorrer no cancro do colo do útero.
2. Conhecer os factores considerados pelas mulheres como tendo influência no aparecimento do cancro do colo do útero.
3. Determinar os comportamentos preventivos considerados pelas mulheres como forma de evitar o aparecimento do cancro do colo do útero.
4. Determinar o conhecimento das mulheres sobre a altura adequada para o início do rastreio do cancro do colo do útero.
5. Determinar o conhecimento das mulheres sobre a frequência com que se devem realizar os exames de rastreio do cancro do colo do útero.
6. Compreender que meios de divulgação as mulheres consideram ser mais esclarecedores sobre o cancro do colo do útero.
7. Conhecer as dúvidas que as mulheres gostariam de ver esclarecidas sobre o cancro do colo do útero.

Com o intuito de levar a cabo a conclusão dos objectivos acima enunciados, foi elaborado um estudo Quantitativo Descritivo Simples, com a aplicação directa de um questionário a uma amostra de 52 mulheres, com idades compreendidas entre os 35 e 45 anos de idade segundo um processo de amostragem não probabilístico acidental intencional.

Após a colheita dos dados, procedeu-se à análise e tratamento dos mesmos, com aplicação de um programa estatístico designado SPSS, versão 15.0.

Além dos objectivos acima enunciados, existem outros, de cariz académico, que reflectem acerca do contributo da realização do trabalho no percurso formativo do autor.

Assim, pretende-se desenvolver competências ao nível das metodologias de investigação aplicando conhecimentos teóricos adquiridos, promover e desenvolver a capacidade crítico-reflexiva, adquirir uma base sustentativa de futuros estudos no âmbito da temática e por último servir de instrumento de obtenção do grau académico de Licenciatura em Enfermagem.

Estruturalmente, o trabalho encontra-se organizado da seguinte forma: Parte I – Enquadramento Conceptual, onde serão abordados os principais conceitos teóricos que fundamentam a temática e demonstram a pertinência do tema; Parte II – Enquadramento Metodológico, onde será integrado o desenho de investigação orientador da execução do trabalho; Parte III – Enquadramento Empírico, onde se encontram apresentados e discutidos os resultados de investigação.

Além do referido, estão contemplados no referido trabalho três Apêndices respeitantes ao Consentimento Informado, ao Instrumento de Colheita de Dados e ao Cronograma, e um Anexo relativo ao questionário adaptado ao instrumento de colheita de dados utilizado no presente trabalho.

Parte I – Enquadramento Conceptual

Capítulo I – Fase Conceptual

Um estudo de investigação deve ser iniciado por um processo ordenado de formulação de ideias, documentando-as em torno de um assunto preciso, que suporte uma concepção ordenada e clara do objecto de estudo. (Azevedo et al, 2003, p. 23)

1. Delimitação do Tema

O primeiro passo de um trabalho de investigação deve definir e delimitar de forma clara o tema a ser abordado, demonstrando o problema a dar resposta, limitando o campo de actuação do investigador e apresentado as características do estudo. (Lakatos, 2003.p. 15)

Sendo que o cancro do colo do útero é a segunda neoplasia mais frequente na mulher (Roldão, 2007, p.1), este tem sido objecto de estudo em amplas áreas. Desta forma parece pertinente conhecer e descrever os conhecimentos e comportamentos preventivos das mulheres face ao cancro do colo do útero, uma vez que a esta é uma doença cuja detecção precoce permite muitas vezes salvar vidas.

Tendo presente a importância do conhecimento e comportamento preventivo da mulher, e após pesquisa bibliográfica, optou-se por um estudo subordinado ao tema “Cancro do colo do útero: Conhecimentos e Comportamentos”.

2. Justificação do Tema

Este tema surge de uma necessidade detectada aquando das práticas clínicas, nomeadamente em relação aos comportamentos das mulheres face às consultas de Planeamento Familiar e ao exame citológico nelas contemplado, verificando-se que nem sempre a mulher aderiu à consulta ou manifestava interesse e vontade de aderir aos rastreios propostos (citologia e exame da mama).

Também o conhecimento de que esta doença ocupa o segundo lugar na lista das neoplasias mais frequentes nas mulheres, à escala mundial, tendo sido diagnosticados 471.000 novos casos e havido 213.000 óbitos em 1996, sendo que nos países subdesenvolvidos, onde ocorrem 80% dos casos, o cancro do colo uterino constitui o cancro feminino e a causa de morte por cancro mais frequente (Campos, 2002, p. 254) contribuiu para a escolha deste tema.

O cancro, como nenhuma outra doença, é responsável por sentimentos de ansiedade e depressão, e como refere Phipps et al (2003, p. 287), o facto de ser dado ênfase ao carácter incurável do cancro, implica um “impacto fisiológico e psicológico, nos doentes e suas famílias (...)”, causando “profundas alterações nos seus estilos de vida” o que afectará conseqüentemente todos os aspectos dos cuidados de enfermagem. Tal facto implica que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos actualizados assentes em bases sólidas, tornando a relação terapêutica eficaz. Este impacto que o cancro do colo do útero pode ter na mulher e família, aliado ao contributo que pode advir de uma boa prática de enfermagem, contribuiu também para a selecção desta temática.

Deste modo, despertou-se o interesse pela referida temática que pretende determinar os conhecimentos e comportamentos das mulheres em relação ao cancro do colo do útero.

Além disso, sendo a promoção da saúde, área de importante relevo na prática de enfermagem, o procedimento de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo (Carta de Ottawa, 1986, p.1), importa reflectir sobre os conhecimentos e comportamentos adoptados pelas mulheres, revendo assim um importante contributo da Enfermagem.

3. Pergunta de Partida

Segundo Quivy (2005, p.34):

“ A melhor forma de começar um trabalho de investigação (...) consiste em procurar enunciar o projecto de investigação na forma de uma pergunta de partida. (...) um primeiro meio para pôr em prática uma das dimensões essenciais do processo científico.”

Nesta perspectiva, a pergunta de partida definida para este estudo é a seguinte: Quais os conhecimentos e comportamentos das mulheres com idades entre os 35 e 45 anos de idade que frequentem a Avenida da Liberdade da cidade de Braga, acerca do cancro do colo do útero?

4. Objectivos do estudo

Depois de referida a pergunta de partida, revela-se essencial enunciar exactamente o que o investigador tenciona fazer no decurso do estudo, criando metas que justifiquem e determinem os destinatários do estudo (Lakatos e Marconi, 2003,p.45). Deste modo figuram os seguintes objectivos:

O objectivo geral do estudo visa:

Determinar os conhecimentos e comportamentos das mulheres com idades entre os 35 e 45 anos acerca do cancro do colo do útero.

A partir deste objectivo, figuram-se outros objectivos, de carácter específico:

1. Determinar os sinais e sintomas que as mulheres consideram ocorrer no cancro do colo do útero.
2. Conhecer os factores considerados pelas mulheres como tendo influência no aparecimento do cancro do colo do útero.

3. Determinar os comportamentos preventivos considerados pelas mulheres como forma de evitar o aparecimento do cancro do colo do útero.
4. Determinar o conhecimento das mulheres sobre a altura adequada para o início do rastreio do cancro do colo do útero.
5. Determinar o conhecimento das mulheres sobre a frequência com que se devem realizar os exames de rastreio do cancro do colo do útero.
6. Compreender que meios de divulgação as mulheres consideram ser mais esclarecedores sobre o cancro do colo do útero.
7. Conhecer as dúvidas que as mulheres gostariam de ver esclarecidas sobre o cancro do colo do útero.

Capítulo II – Enquadramento Teórico

1. O Cancro

Segundo o Plano Oncológico Nacional 2004/2010, os tumores malignos encontram-se entre as três principais causas de morte em Portugal, registando-se um aumento progressivo do seu peso proporcional.

Pela amplitude e gravidade do problema em termos de saúde pública importa tomar medidas, quer de educação e promoção da saúde, quer de diagnóstico e tratamentos.

Como vem referido nas orientações estratégicas e intervenções necessárias do Plano Oncológico Nacional 2004/2010 do Ministério da Saúde, revela-se prioritário promover a acção intersectorial na prevenção com base em “acções de educação sobre factores de risco, incidindo particularmente no grupo dos jovens em idade escolar” (2001, p.5241).

Inúmeros autores descrevem o conceito de cancro, existindo concordância entre eles. Assim são unânimes a considerar o cancro como uma proliferação anárquica e incontrolada das células de um órgão, multiplicando-se infinitamente até formarem um tumor, podendo aumentar de volume de tal forma que comprime ou até destrói os órgãos vizinhos. (Kervasdoue, 2002, p. 539; Rodrigues et al, 2007, p.285; Rozenbaum, 2005, p. 264)

Assim, o cancro não se assume como:

“(…) uma doença isolada mas uma colecção de muitas doenças que partilham características comuns. O cancro é largamente visto como uma doença de origem genética causada por mutações do ADN que fazem com que as células se multipliquem incontrolavelmente. Contudo a direcção e as definições de cancro variam dependendo da perspectiva (...)” (Bower e Waxman, 2006, p.13)

Entre as diversas neoplasias existentes, os tumores ginecológicos constituem um grupo heterogéneo de neoplasias, com origem nos diversos órgãos do aparelho genital, em que cada um apresenta um comportamento biológico bem como um padrão histológico divergente. (Rodrigues et al, 2007,p.285)

Sendo a mortalidade por cancro do colo do útero uma realidade e, de forma a evitar tais repercussões, torna-se emergente actuar no âmbito dos cuidados de saúde primários, nomeadamente através das consultas de Planeamento Familiar que, segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS), tem como objectivos diminuir a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e suas consequências. (2008, p.7)

Já em 1994 se debatiam questões no âmbito da promoção da saúde reprodutiva, direccionadas sobretudo aos adolescentes, através de ensinamentos e acesso a serviços que incluíssem a aplicação de medidas como a divulgação de informações, acesso aos serviços de saúde reprodutiva tornando acessíveis os métodos de contracepção masculina como prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. (Conferência do Cairo, 1994, p.15)

1.1 – Anatomofisiologia do colo do útero

Os órgãos reprodutores internos femininos, que compreendem a vagina, o útero, as trompas de Falópio e os ovários, além dos ligamentos e músculos pélvicos, encontram-se situados na pelve (Seeley et al, 2003, p. 987), e destes, “o útero é uma poderosa massa muscular de forma grosseiramente triangular” (Rozenbaum, 2005, p.17) que localizado entre a bexiga e o recto, compõem-se de três partes fundamentais, o fundo do útero, o corpo e o colo uterino.

Com cerca de 7,5 cm de comprimento e 5 cm de largura máxima, possui uma parte superior designada corpo do útero, e uma parte inferior, um canal estreito que liga o útero à vagina, designado como colo ou cérvix. (Hickin, 2003, p.162). Apesar da posição do útero estar sujeita a modificações significativas, geralmente encontra-se antevertido e ligeiramente anteflectido, podendo no entanto apresentar-se retrovertido,

retrofectido ou em posição média. Relativamente ao corpo uterino, encontra-se disposto sobre a bexiga, ficando o fundo atrás da sínfise púbica. (Seeley et al, 2003,p.992)

O útero, que pode por vezes tocar directamente em órgãos como a bexiga, o colón sigmoideo e o intestino delgado, é composto por três camadas funcionais, nomeadamente o endométrio, que constitui o revestimento uterino, a camada muscular média designada de miométrio, e o perimétrio, uma “camada fascicular e peritoneal exterior”. (Seeley et al, 2003,p.988)

Desde o orifício uterino externo, localizado no centro da parte vaginal do útero, estende-se de forma ascendente, um canal com cerca de 2 a 3 cm, designado canal cervical. Este canal finda no ponto de união com o corpo do útero, para dar origem a uma estrutura designada orifício uterino interno. Enquanto órgão reprodutor feminino, tem funções reprodutivas que se vêm facilitadas pela secreção de muco por parte do colo uterino. (Phipps et al, 2003, p.1714)

1.2 – Cancro do colo do útero

1.2.1 - Epidemiologia

Como referem diversos autores (Phipps et al, 2003, p. 1758; Roldão, 2007, p. 5), o carcinoma do colo do útero é uma das neoplasias mais frequentes em todo o mundo, sendo nalguns países, a principal causa de morte das mulheres entre os 35 e 45 anos de idade.

Ocupando o segundo lugar entre as neoplasias mais comuns nas mulheres e a principal causa de morte por cancro nos países menos desenvolvidos, prevê-se que ocorram anualmente cerca de meio milhão de novos casos de neoplasia do colo uterino e que destes, um quarto de milhão morra. (Roldão, 2007, p.1)

Percebendo o impacto da neoplasia em estudo, segundo a DGS (2007, p.2) estima-se que em Portugal a incidência de cancro do colo do útero seja da ordem de mil novos casos por ano.

Ainda em Portugal, em 2002, foram diagnosticados 956 casos de cancro do colo do útero, dos quais 378 mulheres morreram, segundo os dados fornecidos pela unidade de Papilomavirus do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (Roldão, 2007, p. 5)

Dados mais recentes, apontam para o surgimento anual de 900 novos casos de cancro do colo do útero, morrendo todos anos cerca de 200 mulheres vítimas do mesmo. (Fonseca, 2008, p.14)

No entanto, desde meados do século XX que se tem verificado nos países em desenvolvimento, um decréscimo progressivo, tanto na incidência como na mortalidade deste cancro. (Lacruz et al, 2003, p. 1559). O que parece dever-se à detecção precoce das lesões malignas. (Roldão, 2007, p. 1)

Como já vem sido referido há muitos anos, vários factores têm sido relacionados com o surgimento do cancro do colo do útero, assim como as demais neoplasias. Com base em diversos estudos, e especificamente em relação ao cancro do colo do útero, o risco de aparecimento do mesmo aumenta com a promiscuidade do parceiro sexual, a idade em que se inicia a vida sexual e com o número de parceiros sexuais. Além destes, também factores como hábitos tabágicos e doenças sexualmente transmissíveis parecem estar relacionados com o desenvolvimento desta doença. (Roldão, 2007, p. 6)

Portanto, existem várias hipóteses relativamente ao agente etiológico responsável pela transmissão do cancro do colo do útero. Excluindo as infecções fúngicas, bacterianas ou por protozoários, devido ao baixo potencial oncogénico, centrou-se o modelo teórico nos vírus sexualmente transmissíveis. (Roldão, 2007, p.6)

Actualmente, considera-se o Vírus do Papiloma Humano (HPV) como o principal agente que concorre para o desenvolvimento da doença oncológica. Segundo Fonseca (2008, p.14) “é por via sexual que este vírus se transmite, mas não é necessário que haja relações sexuais: basta que haja contacto genital com alguém infectado (...)”

A presença de ADN do HPV na maioria das mulheres com neoplasia do colo uterino, relativamente ao grupo controlo, permitiu estabelecer com toda a certeza, “que a

infecção provocada pelo HPV é a agente causal da carcinogénese cervical, sendo a prevalência do HPV nos carcinomas do colo do útero de 99,7% em todo o mundo”. (Moutinho et al cit in Roldão, 2007,p.7)

Actualmente, estão identificados cerca de 77 tipos de HPV, sendo que diferem no tipo de lesões que provocam bem como na duração, dos quais alguns são auto-limitados e regredem, e outros associam-se a papilomas de longa duração, que poderão promover o desenvolvimento de um carcinoma. (Roldão, 2007.p.8)

O primeiro contacto com o HPV não permite que o vírus cause qualquer dano ao organismo humano, que na sua presença reforça o sistema imunitário. No entanto, esta resposta imunitária não impede a sobrevivência do vírus no organismo feminino, e uma vez instalado, causa lesões no colo do útero, que podem regredir ou evoluir de forma progressiva, havendo muitas células que se tornam cancerígenas. (Fonseca, 2008, p.14)

A maior parte dos cancros do cérvix devem a cinco tipos de HPV (16,18,31,33 e 45), cuja vacinação reduziria o risco de cancro e as alterações devidas ao HPV, presentes nas citologias de Papanicolau. (Roldão, 2007, p.8)

Apesar da técnica de rastreio do cancro do colo do útero ser antiga e permitir reduzir a incidência e mortalidade por neoplasia do cérvix, a verdade é que ainda continua a representar o segundo cancro mais frequente nas mulheres de todo o mundo. (Roldão, 2007, p.9)

Para Kervasdoue (2002, p. 540), constitui, entre todos os cancros, aquele cujo rastreio se revela mais simples e menos dispendioso. Além disso, quando detectado e tratado atempadamente, encontra-se entre as neoplasias com maiores possibilidades de cura.

Concordante, Casquinha (1992, p.76) afirma que, entre os cancros que melhor se prestam ao rastreio em larga escala, está o do colo do útero, porque o colo do útero pode ser examinado com segurança repetidas vezes e de um modo fácil, e progride normalmente de forma lenta, facilitando assim a sua detecção precoce.

Tem-se verificado, nos últimos vinte anos, um acréscimo na incidência de anomalias na prova de Papanicolau, sendo que o carcinoma in situ, correspondente a um estágio pré-canceroso não invasivo, constitui a forma mais diagnosticada de neoplasia do colo uterino. (Phipps et al, 2003,p.1758)

Confiantes de que mais de 95% dos cancros do colo do útero têm cura nos estádios iniciais, dados sugerem que o rastreio massivo e feito de uma forma eficaz teria grande importância.

1.2.2 - Características clínicas

Os sintomas e sinais da neoplasia do colo uterino dependem da fase da doença. (Casquinha, 1992, p. 127)

Assim, numa fase pré-invasiva, normalmente não existem sintomas, no entanto, numa fase invasora inicial, poderão existir sintomas tais como hemorragias após as relações sexuais e corrimento vaginal. Nas fases mais avançadas, os sintomas são também mais notórios e frequentes, havendo “descarga hemorrágica, dor pélvica, dor na parte superior e posterior das pernas e micções frequentes.” (Casquinha, 1992, p. 127)

Segundo Hickin (2003, p. 161), “as alterações pré-cancerosas raramente causam sintomas, e a passagem de uma fase a outra pode levar anos”, sendo que os sintomas de cancro do colo do útero são muitas vezes ignorados, pois as mulheres consideram-nos normais, e portanto, não os mencionam ao terapeuta.

Na mesma linha de raciocínio, vários autores consideram (Casquinha, 1992, p. 127; Hickin, 2003, p. 161; Rodrigues et al, 2007, p. 287) refere que o facto da maioria das vezes a doença ser descoberta através do exame preventivo de citologia oncótica ou esfregaço de Papanicolau, pressupõe que a grande maioria das mulheres com diagnóstico de cancro do colo do útero em fase inicial é assintomática.

Por outro lado, dor pélvica, perdas de urina ou fezes pela vagina, perda de peso e anorexia, são sintomas de neoplasia em fase avançada. (Rodrigues et al, 2007, p. 288)

Frequentemente, as mulheres com HPV têm papilomas no exterior da vulva que são visíveis e palpáveis, embora indolores. No entanto, pode não existir condilomas evidentes na vulva, mas na vagina e no colo do útero. Portanto, a menos que tenha condilomas vulvares, irritação vulvar ou vaginal crónica associada ao HPV, a mulher não saberá que o tem. (Northrup, 2003, p.245)

Deste modo, atende-se ao facto de que “noventa e cinco por cento da totalidade de cancros do colo do útero são da célula escamosa, com origem na camada epidérmica do colo do útero.” Além disso, a presença de lesões precursoras, designadas de displasia ou de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) também atinge uma grande importância já que, consoante o estágio em que se encontram essas lesões, a progressão da doença para carcinoma, regressão e persistência são possíveis. (Phipps et al, 2003, p.1758)

Assim, no estágio NIC1 estarão incluídas as lesões displásicas ligeiras a moderadas; NIC 2 sugere displasia moderada a grave, e NIC3 onde estarão abrangidas as displasias graves a carcinomas in situ. Habitualmente, numa fase de displasia, não existem sinais ou sintomas, sendo os achados citológicos o único meio de diagnóstico. (Phipps et al, 2003, p.1759)

A forma de tentar evitar a progressão deste tipo de lesões, consiste na detecção precoce das mesmas. Assim, o rastreio de Papanicolau, de forma sistemática e periódica, deverá ter início quando a mulher atinge os 18 anos ou a partir do início da actividade sexual. (Phipps et al, 2003, p.1759)

Apesar de ainda não haver consenso sobre a periodicidade e frequência com que se deve realizar o exame de rastreio, o American College for Obstetrics and Gynecology juntamente com a Sociedade Americana de Oncologia, “recomendam que toda a mulher deve fazer o rastreio, anualmente, até se obterem três esfregaços negativos, consecutivos.” Posto isto, a distância entre os rastreios poderá ser alargado, tendo em conta a decisão do prestador de cuidados. (Phipps et al, 2003,p.1759)

No entanto, de acordo com o Plano Oncológico Nacional, o rastreio deve ser anual até se obterem dois esfregaços negativos, alargando-se o período após este achado. (DGS, 2007,p.5243)

Não obstante do que foi referido, caso surja um esfregaço com resultados anormais, recomenda-se que sejam seguidos de colposcopia e biópsia, de forma a pesquisar eventuais alterações celulares. (Rodrigues et al, 2007,p.288)

O cancro do colo do útero pode disseminar-se por via hemática, invasão linfática e extensão directa. “À medida que os gânglios linfáticos aumentam, a circulação venosa fica obstruída, podendo ocorrer edemas nas pernas, obstrução uretral ou hidronefrose.” (Phipps et al, 2003,p.1759)

Em suma, o cancro do colo do útero pode manifestar sintomas diferentes, de acordo com o estado evolutivo em que se encontra. Assim, numa fase inicial, como sintomas precoces podem ocorrer corrimento vaginal, escasso e aquoso, perdas de sangue após o coito ou duche, metrorragia, hemorragia pós-menopáusicas e polimenorreia.

Relativamente aos sintomas tardios da doença, podem manifestar-se sob a forma de 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 e hemorragia rectal. (Phipps et al, 2003, p. 1759)

1.2.3 - Prevenção

Apesar de ser um dos cancros com mais possibilidade de diagnóstico precoce e de tratamento precoce com elevada percentagem de cura, em Portugal existe uma baixa adesão por parte das mulheres à realização do rastreio previsto no Programa de Prevenção de Cancro do Colo do Útero. (Patrão et al, 2000, p. 373)

Sendo a prevenção, a intervenção de saúde cuja finalidade consiste em evitar o aparecimento ou agravamento de problemas de saúde, abrangendo o conjunto de acções

que visam evitar ou reduzir a gravidade e o número dos problemas de saúde. (Tessier et al, 1996, p. 115)

A adopção de comportamentos sexuais seguros constitui uma parte crucial da prevenção, já que a transmissão do vírus pressupõe contacto genital. A melhor forma, embora não 100% eficaz, de prevenir este contacto, implica o uso do preservativo. Se, concomitantemente houver limitação do número de parceiros sexuais, então consegue-se a redução significativa do risco de contágio. (Fonseca, 2008, pp.14,15)

Em relação aos anticoncepcionais orais, Campos (2002, p.257) torna explícito que ainda que estatisticamente exista uma associação entre o cancro do colo do útero e uso de contraceptivos orais, não é correcta a recomendação da não utilização de contraceptivos orais ou a sua limitação para a prevenção da neoplasia do colo uterino.

Em termos de prevenção secundária, o esfregaço de Papanicolau ocupa o primeiro lugar. Este teste de rastreio de cancro do colo do útero foi introduzido nos finais dos anos 40, e constitui um método de rastreio simples e pouco dispendioso. Os resultados obtidos são interpretados mediante um sistema de classificação proposto em 1954. (Campos, 2002, p.258)

Assim, os esfregaços cervico – vaginais de rastreio sistemático, efectuados periodicamente em intervalos de dezoito a vinte e quatro meses, permitem na grande maioria das vezes rastrear as displasias, as quais devidamente tratadas, não evoluirão para cancro. (Rozenbaum, 2005, p. 264)

Para Zelmanowicz (2003, p.73) todas as mulheres devem fazer o exame preventivo de cancro do colo uterino após os 18 anos ou a partir da primeira relação sexual, devendo ser feito anualmente ou com menor frequência, segundo critério médico.

Para Rodrigues et al (2007, p.288), a prevenção da neoplasia do colo uterino inclui alguns factores como ausência de promiscuidade, higiene sexual, uso de contraceptivos de barreira, evitar o tabagismo e consumir alimentos que contenham vitamina C e betacaroteno.

Os factores incluídos no HPV que acarretam crescimentos anormais, incluem um sistema imunológico reduzido devido à nutrição não ideal, álcool excessivo, consumo de cigarros e relações emocionalmente não saudáveis. (Northrup, 2003, p. 245)

A possível origem viral, entre outras, da neoplasia do colo uterino, permite inferir que a adopção de medidas de protecção aquando do acto sexual pode reduzir a probabilidade de ocorrência de cancro.

Segundo Northrup (2003, p. 245), os preservativos, apesar de ajudar, nem sempre impedem a transmissão de HPV, porque o vírus pode subsistir noutras áreas para além do pénis, nomeadamente no escroto.

“Os conceitos gerais de prevenção primária podem-se alicerçar em estudos de causas etiológicas, na educação sexual, na higiene, no rastreio e na vacinação.” (Bicho cit in Roldão, 2007, p.21)

Actualmente, a abordagem da prevenção do cancro do colo do útero, implica referir aquela que constitui a mais recente arma preventiva da neoplasia feminina – a vacina. No caso concreto de Portugal, apesar de comercializada há cerca de dois anos (2007), só em finais de 2008 passou a ser integrada no Plano Nacional de Vacinação, abrangendo jovens de 13 e 17 anos. (Fonseca, 2008, p. 16)

Segundo o mesmo autor, a idade proposta pela Direcção Geral de Saúde teve em conta o facto de que “ a vacina deve ser ministrada antes do início da vida sexual”. (Fonseca, 2008, p. 16)

Todavia, a vacinação também permite protecção noutras idades, mesmo após exposição ao vírus, sendo que essa protecção é direccionada a outras estirpes virais, “causadores de doença na pele e nas mucosas, incluindo a vulva e a vagina.” (Fonseca, 2008, p.16)

1.2.4 - Rastreio

“O rastreio, com a citologia cervico – vaginal, tem reduzido a incidência de cancro do colo do útero nos grupos socio-económicos com fácil acesso aos serviços de saúde.” Contrariamente, tem-se verificado um aumento da doença nas populações social e economicamente desfavorecidas, mesmo nos países desenvolvidos, nos quais muitos cancros diagnosticados se encontram numa fase avançada. (Roldão, 2007, p.1)

Já em 1945, apesar de posta em causa por muitos patologistas, a citologia esfoliativa vaginal era corroborada pela “Associação Americana de Cancro” como um método eficaz na detecção precoce da neoplasia do colo do útero. (Koss cit in Roldão, 2007,p.10)

Actualmente, ocupa ainda um lugar de destaque no despiste da neoplasia cervical, pois para além da simplicidade e baixo custo do método, apresenta uma taxa de eficiência bastante elevada, podendo “ser aplicada em programas de rastreio massificados.” (Koss cit in Roldão, 2007, p.10)

“A partir da altura em que a mulher se torna sexualmente activa, o bom funcionamento e a saúde do sistema reprodutor requerem exames regulares”. Assim, todas as mulheres após os 18 anos ou depois de iniciar a actividade sexual, devem passar a fazer regularmente um esfregaço cervical, designado também por teste de Papanicolau. (Hickin, 2003, p. 158; Matias, 2008, p.15)

A regularidade recomendada para a realização do exame de rastreio do cancro do colo do útero é variável de acordo com a presença de factores de risco para o desenvolvimento do mesmo, e também dos resultados obtidos nos esfregaços anteriores.

Deste modo, recomenda-se a realização anual dos esfregaços cervicais a mulheres com vários parceiros sexuais, além das recomendações de práticas de sexo seguro, com recurso a barreira protectora. Por outro lado, mulheres sexualmente não activas ou com relações monogâmicas estáveis, considera-se suficiente a realização do esfregaço de três em três anos ou de cinco em cinco anos. (Hickin, 2003, p. 158)

O esfregaço do colo do útero ou cervical, é o processo mais eficiente de detecção do HPV, a doença sexualmente transmissível reconhecida como implicada na neoplasia do colo uterino. (Hickin, 2003, p. 158)

O rastreio para detecção precoce da neoplasia do colo uterino deve ser feito a partir do início da vida sexual, devendo ser incentivado continuamente, já que alguns subtipos histológicos ocorrem mais tardiamente, após os 65 anos. (Rodrigues et al, 2007, p. 288)

Concluindo, sabendo que “o tratamento é mais longo e mais difícil do que a citologia, pelo que este teste simples deve ser valorizado pela mulher como a melhor forma de evitar o sofrimento associado ao cancro do colo do útero.” (Fonseca, 2008, p. 16)

1.2.5 - Diagnóstico e Estadiamento

O diagnóstico e estadiamento constituem fases cruciais na determinação do tratamento mais adequado. Portanto, revela-se extremamente importante realizar um estudo pré-terapêutico minucioso da doença, tendo em conta o volume tumoral, a possibilidade de metastização bem como a infiltração locoregional. (Lacruz et al, 2003,p. 1563)

Em termos celulares, existe a classificação das células anormais, dependendo do nível a que são detectadas alterações na camada das células que revestem o colo do útero. (Hickin, 2003, p. 159)

Segundo Roldão (2007,p.10), a nomenclatura mais utilizada era a de George Papanicolau, que sugeria cinco estádios, sendo que a Classe I designaria resultado negativo em relação à presença de células malignas, até à Classe V, referente à presença de células malignas. Por sua vez, a Classe II era dúbia em relação à presença da doença, e as Classes III e IV denotariam a presença de células características de uma fase precursora da doença.

O facto de não definir com precisão a Classe I, além da dificuldade em relacionar os resultados das biopsias e as classes definidas, tornava a classificação de Papanicolau

mais limitada. (Roldão, 2007,p.11). Com o tempo, a introdução dos termos “displasia” e “discariose”(Jones cit in Roldão, 2007,p.10), levou à adopção de outras classificações.

Existem então quatro tipos de classificações, que determinaram a extensão e tipo de células afectadas, bem como o tratamento mais indicado a instituir. Portanto, segundo a sigla CIN (Cervical intracelular neoplasia) proposta por Richart, em 1968 (Roldão, 2007,p.10), ou neoplasia cervical intra-epitelial, alterações pré-cancerosas ou displasia cervical, existem três estádios possíveis. (Hickin, 2003, p. 159)

Segundo Richart e Wrigth (cit in Roldão, 2007, p.11), a neoplasia intraepitelial cervical (CIN) assentava num processo composto por uma diversidade ilimitada de anomalias sucessivas, onde “cada grau de perturbação, fase do processo, emerge, imperceptivelmente, no seguinte.”

Não obstante, o conhecimento crescente em torno da infecção pelo HPV, fez emergir a necessidade de reconhecer citologicamente o HPV como provável agente iniciador da “transformação neoplásica do epitélio pavimentoso do colo uterino”. (Roldão, 2007, p.11)

Para colmatar tal lacuna, várias classificações foram propostas e reformuladas, até que com “o conhecimento das infecções por HPV, tornou-se frequente o diagnóstico patológico de lesões provocadas por estes vírus.” (Roldão, 2007, p.13)

Perante tais conclusões, em 1990 foi proposta por Richart uma nova classificação que alterasse a nomenclatura histológica e patológica das lesões premonitórias relacionadas com o HPV, decompondo o CIN em duas classes divergentes, sendo que “CIN de baixo grau com alterações por HPV”, corresponderia ao CIN 1 e ao condiloma plano, bem como o “CIN de alto grau” corresponderia ao CIN2 e CIN3. (Roldão, 2007, p.13)

A classificação histológica supracitada estaria em conformidade com a de Bethesda, proposta em 1988, após a referida alteração terminológica. Também “com o conhecimento das fases precursoras do carcinoma pavimento – celular aplicou-se ao

epitélio glandular o mesmo conceito”, sendo presentemente aceite que o adenocarcinoma cervical evolui de maneira muito similar. (Roldão, 2007, p.13)

Quanto ao estadiamento das alterações detectadas em esfregaços cervicais, é fundamental para a instituição de tratamento adequado de forma atempada, diminuindo assim a possibilidade de se desenvolver uma neoplasia. No entanto, quando as alterações já estão estabelecidas, existem uma classificação das fases em que se encontra a neoplasia e as principais alterações celulares que se podem verificar, para que assim se faça um estadiamento exacto e uma actuação eficaz.

Como já foi mencionado anteriormente, o cancro do colo do útero tem várias fases. Segundo Hickin, a fase 0 é reservada para os carcinomas in situ, considerado um cancro muito precoce. Na fase I as células cancerosas, apesar de se manterem limitadas ao útero, penetram no colo. A fase II compreende a disseminação das células cancerosas para outras zonas pélvicas, como a parte superior da vagina e os tecidos periféricos ao colo do útero. Por outro lado, na fase III, já permanece a possibilidade de existirem células cancerosas por toda a zona pélvica até à parte inferior da vagina que talvez obstruam os ureteres. A última e pior fase, fase IV, onde a neoplasia invadiu a bexiga ou o exterior da zona pélvica. (Hickin, 2003, p. 161)

Apesar de muitas vezes este tipo de cancro apenas se detectar após um esfregaço com resultado suspeito, que leva à complementaridade com outros exames, como sendo a colposcopia e biopsia, no exame físico, poderá notar-se “uma pequena tumefacção borbulhenta no colo, sangrando ao contacto”. (Rozenbaum, 2005, p. 267)

Através das biopsias poderá confirmar-se o diagnóstico de cancro in situ, se não ultrapassou a camada das células basais, ou se pelo contrário, se tornou um cancro invasivo. (Rozenbaum, 2005, p. 265)

1.2.6 - Tratamento

O tratamento instituído deve ser direccionado à especificidade da situação patológica, bem como às características de cada mulher.

Assim, de acordo com o tipo de tumor, o tratamento será também ele divergente. Em caso de doença invasiva, o tratamento mais indicado baseia-se na histerectomia total ou radical, com linfadenectomia pélvica bilateral, existindo porém outras modalidades terapêuticas como a radioterapia externa, braquiterapia e radioquimioterapia. Relativamente ao tratamento conservador, este “abrange a cauterização química, crioterapia, diatermocoagulação ou laserterapia.” (Rodrigues et al, 2007, p. 288)

Um outro tratamento possível na fase pré – cancerígena, consiste na excisão dessas mesmas células anormais, através da aplicação de um arame muito fino na superfície do colo. (Hickin, 2003, p. 160)

De acordo com os resultados dos exames de diagnóstico, serão decididos os melhores meios de tratamento.

O facto de existir um plano de rastreio em Portugal, bem organizado e que dá resposta às orientações internacionais, leva a inferir que este tipo de cancro já não deveria existir, devido à sistematização do rastreio verificada actualmente. (Rozenbaum, 2005, p. 267)

1.2.7 - Prognóstico

Para Lacruz et al (2003,p.1565), existem determinados factores que podem condicionar o prognóstico da neoplasia do colo uterino.

Deste modo, o estágio clínico é considerado o factor de prognóstico mais significativo, sendo que uma paciente com cancro do colo uterino, tratada de forma adequada, tem uma percentagem de sobrevivência situada nos 65.4% aos 5 anos, variável de acordo com o estágio em que se encontra. Além disso, a incidência das metástases é tanto maior quanto mais avançado o estágio da doença. (Lacruz et al, 2003,p.1565)

O tamanho tumoral, é também considerado um factor de prognóstico para o cancro do colo do útero, na medida em que tumores com diâmetro superior a 4 cm (estádio Ib2 da FIGO), apresenta um risco de recidiva três vezes superior aos tumores de menor

dimensão, além de existir também uma forte interdependência entre o volume tumoral e a possibilidade de ocorrência de metástases ganglionares. (Lacruz et al, 2003,p.1566)

A afecção ganglionar por parte do cancro do colo uterino, a invasão dos tecidos linfáticos e vasculares e o aumento da densidade vascular, por estar directamente relacionada com o risco de metastização, são considerados factores de mau prognóstico. (Lacruz et al, 2003, p. 1566)

Em termos histológicos, verifica-se que os tumores com melhor prognóstico são os carcinomas verrugosos e papilares. Pelo contrário, entre os carcinomas com pior prognóstico encontram-se os carcinomas das células pequenas, devido à sua “precoce extensão linfática e infiltração profunda do estroma, juntamente com a elevada taxa de recidiva locorregional.” (Lacruz et al, 2003,p.1566)

Para Rodrigues et al (2007, p. 289) como importantes factores de prognóstico, existem a idade, raça, condição socioeconómica, tamanho e volume do tumor, tipos histológicos e envolvimento linfático e linfonodal.

Para o cancro do colo do útero, a taxa de sobrevivência aos cinco anos, é de 66% para a totalidade dos casos, variando dos 10% em casos avançados até aos 90% quando detectado em fase inicial. (Casquinha, 1992, p.127)

Parte II – Enquadramento Metodológico

Capítulo I – Metodologia

Para Fortin (2003, p.41), nesta fase o investigador determina os métodos que empregará para obter as respostas às questões de investigação construídas ou às hipóteses formuladas.

Neste capítulo, será feito um desenho de investigação, utilizado para obter as respostas aos objectivos de investigação previamente enunciados.

1. Tipologia e metodologia de investigação

Para a efectivação deste trabalho, revela-se essencial determinar a abordagem metodológica, bem como o tipo de estudo mais adequado. Assim, sendo o objectivo central descrever e explorar fenómenos e características de uma população (Fortin, 2003, p.137), a abordagem Quantitativa revela-se um fundamental suporte ao respectivo trabalho de investigação.

Segundo Tripodi (cit. in Lakatos 2003, p. 187) a precisão e controlo estatísticos cujo objectivo é a colheita sistemática de dados relativos a populações ou amostras de populações, é conseguida segundo estudos do tipo quantitativo descritivo simples.

Nesta linha orientadora, o estudo visa determinar os conhecimentos e comportamentos das mulheres acerca do cancro do colo do útero.

2. Definição de variáveis

Depois de definido o tipo de estudo, as variáveis de investigação constituem um elemento central, pois é à volta delas que se estrutura a investigação. (Ribeiro, 2007, p.36) Assim, como apenas se pretende descrever determinadas características da população, as variáveis necessárias à aplicação do estudo são as variáveis atributo: idade, habilitações literárias, estado civil, número de filhos.

3. População e Amostra do estudo

Depois de definidas as variáveis, importa caracterizar a população integrante do estudo. Admitindo a definição de população proposta por Almeida et al (2003,p.103), como sendo o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação a população alvo do estudo é composta por mulheres com idades compreendidas entre 35 e 45 anos, que se encontravam na Avenida da Liberdade da cidade de Braga.

A amostra utilizada, isto é, o subconjunto de elementos tirados da população que são convidados a participar no estudo (Almeida et al, 2003, p. 41), é constituída por um grupo de 52 mulheres com idades compreendidas entre os 35 e 45 anos de idade, a frequentar a Avenida da Liberdade da cidade de Braga, em dias úteis, entre as 10 horas e as 18 horas no período compreendido entre 01/07/2008 e 16/07/2008, e que para além de satisfazerem todas as condições da população, se disponibilizaram a responder ao questionário.

4. Processo de amostragem

O processo de amostragem mais conveniente ao estudo, é o método de Amostragem Não Probabilístico Acidental Intencional, uma vez que os sujeitos foram incluídos no estudo à medida que se apresentavam num local preciso (Ribeiro, 2003, p. 42), sendo os mesmos incluídos segundo determinados critérios de inclusão. Assim, apenas foram incluídas na amostra mulheres alfabetizadas, sendo este considerado um critério de inclusão.

Os critérios de exclusão a ter em conta foram a presença da doença (cancro do colo do útero) nas inquiridas, e serem profissionais da área da saúde.

Desta forma, apenas integraram a amostra os sujeitos cuja passagem no local onde se realizou o estudo, foi coincidente com o período na qual o investigador realizou a colheita dos dados. Assim, foi possível prever a amostra utilizada no estudo, com a

certeza de que a mesma não cumpriria critérios de representatividade. No entanto, apesar de não representativo da população da cidade onde foi realizado, o estudo permitiu o cumprimento dos objectivos propostos para o trabalho de investigação.

5. Instrumento e Método de Colheita de dados

O instrumento de colheita de dados, isto é, o meio através do qual são levantados os dados para posterior tratamento, foi o Questionário.

Atendendo à definição de método de colheitas de dados dada por Fortin procede-se agora à determinação do método de colheita de dados mais adequado ao estudo a desenvolver. Nesta linha de raciocínio, o método que melhor se adequa, permitindo “organizar, normalizar e controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa” (Fortin, 2003, p.249), é o questionário de administração directa, que consiste na aplicação de um determinado conjunto de questões direccionadas para os objectivos do estudo, a um grupo de sujeitos que o preenchem individualmente (Quivy et al,2003, p.188), sendo posteriormente colocado em envelope.

O Questionário de Suporte ao Estudo foi adaptado do questionário utilizado no estudo sobre Atitudes e Práticas na prevenção do Cancro do Colo do Útero em mulheres angolanas, realizado no âmbito do Mestrado em Saúde e Desenvolvimento da Universidade Nova de Lisboa, em 2006, da autoria de Neida Neto Vicente (Anexo I). Por pertinentes, foram empregues as questões nº 6;7;8;9;11;12;13;14;15;16.

O questionário (Apêndice I), é composto por duas partes, sendo que a primeira diz respeito à caracterização sócio-demográfica da amostra, e a segunda em que são feitas as questões de resposta fechada que permitiram o atingir dos respectivos objectivos do estudo. Antes do questionário foi entregue o respectivo consentimento informado¹.

¹ Adaptado de Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto, Legis Editora/Livpsic, p. 143

5.1. Pré-teste

Para a respectiva validação do instrumento de colheita de dados empregue no estudo (Azevedo et al, 2003, p.30), foi aplicado um pré-teste, a um conjunto de indivíduos que possuísem as características da amostra e que integrassem a população em estudo, e que simultaneamente não contemplasse a amostra utilizada. Além disso, foi realizado no período que antecedeu a recolha de dados (de 11/06/2008 a 13/06/2008), diminuindo a possibilidade de enviesamento do estudo.

Foi aplicado a seis mulheres entre os 35 e 45 anos de idade, que por posterior análise não evidenciaram necessidade de rever a estrutura do questionário.

6. Tratamento de dados

Posto isto, a colheita de dados efectuou-se na Avenida da Liberdade da cidade de Braga, no período entre 01/07/2008 e 16/07/2008, em dias úteis entre as 10 e as 18 horas.

O tratamento dos dados foi realizado através de suporte informático com recurso ao programa estatístico SPSS versão 15.0, onde se fez uma análise descritiva dos resultados obtidos, com recurso ao programa Excel para melhor apresentação dos mesmos.

7. Considerações Éticas

A investigação efectuada junto de seres humanos, independentemente do tipo de estudo e dos objectivos do mesmo, levanta questões morais e éticas. As questões suscitadas não são tão relevantes num estudo em que apenas se pretendem descrever características de uma dada população, no entanto, nem esta fica impune às exigências morais que podem entrar em conflito com o rigor da investigação (Fortin, 2003, p.114).

Por tudo isto, torna-se necessário que o investigador, antes mesmo de aplicar o seu estudo, pondere todas as considerações éticas a ele inerentes, sendo as mesmas: o direito

à auto determinação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e confidencialidade o direito à protecção contra o desconforto e o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2003, p.117).

Parte III – Enquadramento Empírico

Capítulo I – Apresentação, Análise e Interpretação dos Dados

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

Assim, são apresentados de seguida os resultados obtidos a partir da interpretação dos dados colhidos a 52 mulheres, sendo que inicialmente é feita a apresentação dos dados caracterizadores da amostra, e numa fase subsequente, apresentam-se os resultados que permitiram atingir os objectivos propostos.

Para facilitar a apresentação dos resultados fez-se recurso a gráficos e quadros, de modo a facilitar a interpretação dos mesmos.

1. Caracterização Sócio – Demográfica da Amostra

	Média	Desvio Padrão	Idade Mínima	Idade Máxima
Idade	39,46	3,220	35	45

Quadro1: Apresentação da idade média, desvio padrão, idade mínima e idade máxima da amostra

Para melhor compreensão da distribuição de dados relativamente à amostra, pode verificar-se pela leitura do quadro 1 que a idade média é de 39,46 anos. O desvio padrão corresponde a 3,220; enquanto a idade mínima das mulheres participantes no estudo é de 35 anos e a idade máxima das mesmas é de 45 anos.

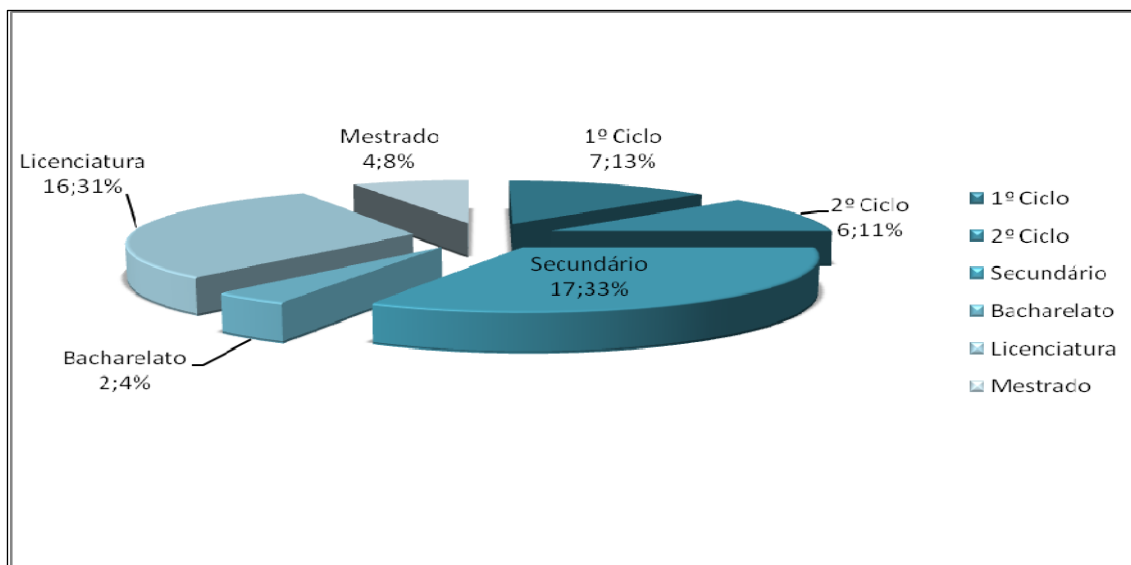


Gráfico 1: Distribuição de dados em relação às habilitações literárias

Relativamente ao gráfico 1 onde são representados os valores obtidos em relação às habilitações literárias das mulheres consideradas na amostra, denota-se que apenas 4%, isto é, 2 mulheres possuem um grau académico de Bacharelato, seguidas pelas portadoras de Mestrado, com 8% (4 mulheres) da totalidade da amostra.

O 2º e 1º ciclo, ocupam as posições imediatamente a seguir, com 11% (6mulheres) e 13% (7mulheres) das mulheres a possuírem estes graus de escolaridade, respectivamente.

Inversamente, o grau académico de licenciatura, ocupa o segundo lugar entre as habilitações literárias propostas, com 31% (16 mulheres) das inquiridas a corresponderem a este grau. No topo, encontra-se a habilitação literária correspondente ao ensino secundário, com 33% (17 mulheres) das mulheres da amostra a integrarem este patamar.

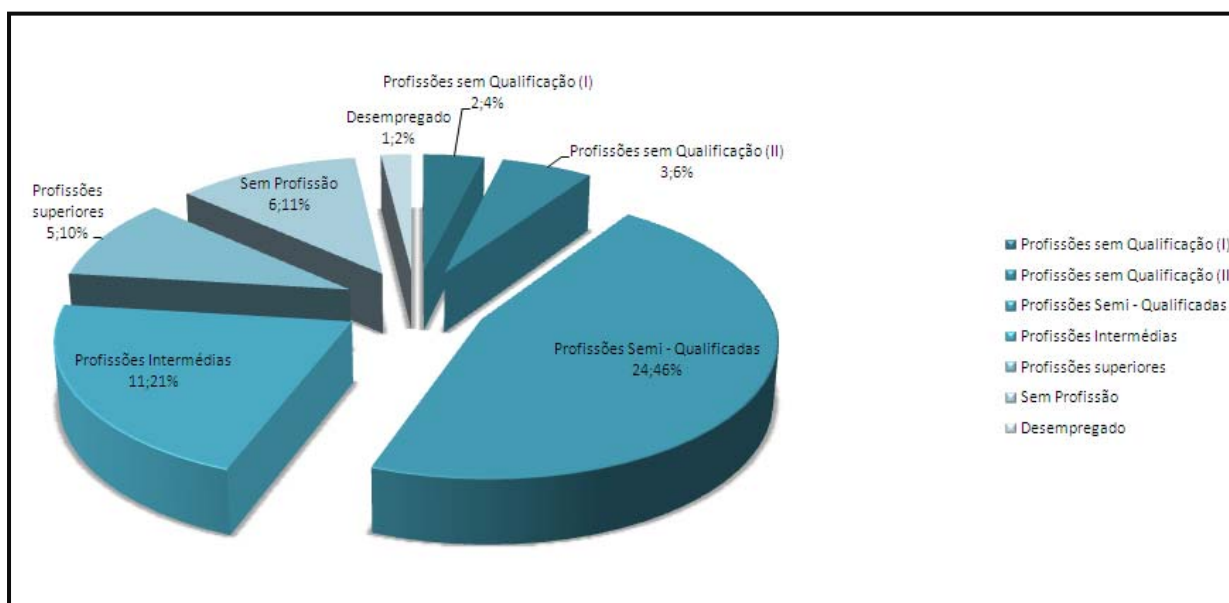


Gráfico 2: Distribuição de dados em relação à profissão²

Como se pode observar no gráfico 2, relativo à distribuição de dados em relação à profissão, conclui-se que 24 mulheres (46%) referem ter profissões semi-qualificadas, enquanto 11 mulheres (21%) afirmam possuir uma profissão de classificação intermédia. As mulheres que afirmaram estar sem profissão representam 6 mulheres da totalidade da amostra (11%). Apenas 3 mulheres (6%) referiram exercer profissões sem qualificações II, enquanto 2 das mulheres da amostra (4%) referiram exercer profissões sem qualificação I.

² Sem profissão – Desempregado, estudante, domestica...; Profissões sem qualificações I – agricultura, empregada de mesa...; Profissões sem qualificações II – comerciante, cabeleireiro...; Profissões semi-qualificadas – funcionário público...; Profissões intermédias – professor de ensino básico, enfermeiro...; Profissões superiores – professor de ensino secundário, médico...; Outros – reformado, inválido.

Fonte: Socioeconomic Classification, 1995.

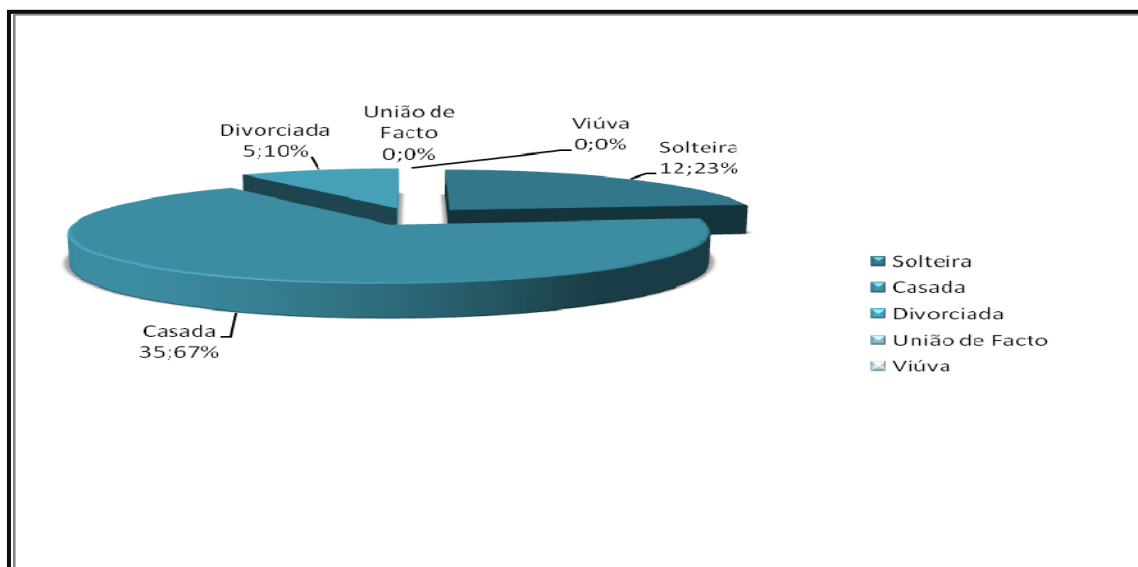


Gráfico 3: Distribuição de dados em relação ao estado civil

A análise do gráfico 3 relativo ao estado civil das mulheres da amostra sugere que a grande maioria das mulheres, cerca de 35 (67%), é casada, surgindo depois as mulheres solteiras e divorciadas, representando 12 (23%) e 5 (10%) mulheres da amostra, respectivamente. Apesar de serem cinco as propostas integradas no estado civil das mulheres inquiridas, verificou-se a nulidade da possibilidade “União de Facto” ou “Viúva” visto nenhuma ter feito corresponder a sua situação ao referido estado civil.

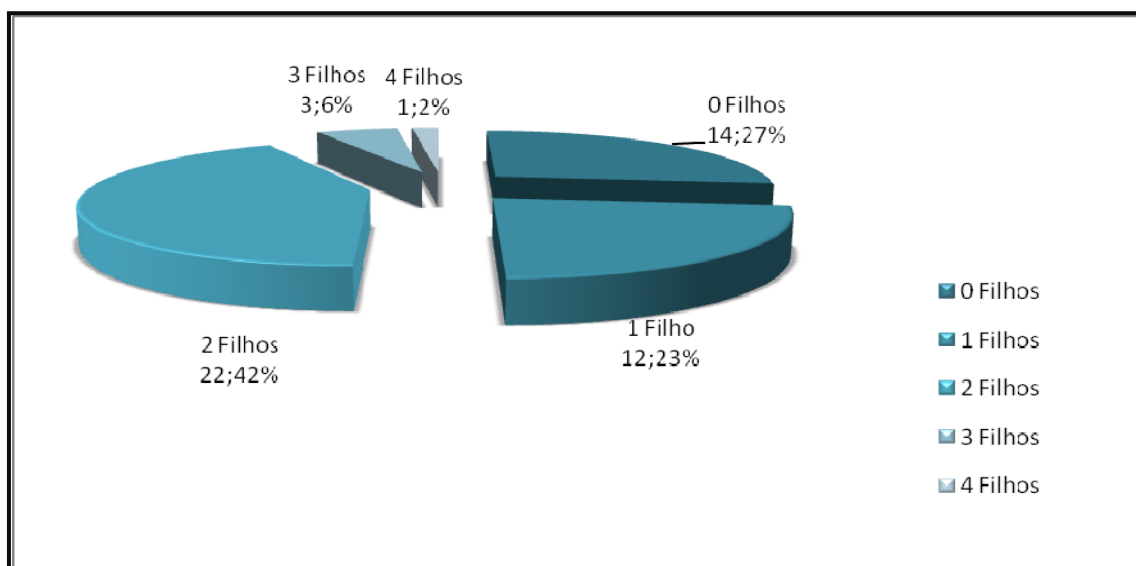


Gráfico 4: Distribuição de dados em relação ao número de filhos

A análise do gráfico 4 permite concluir que a maioria das mulheres pertencentes à amostra, possuem 2 filhos, com uma distribuição 22 mulheres (42%). Seguem-se as

mulheres que não possuem filhos, representando 27% da totalidade das mulheres da amostra (14 mulheres). As mulheres com um único filho surgem com 23% de representatividade percentual (12 mulheres), e são apenas seguidas pelas mulheres que possuem três e quatro filhos, com uma disposição percentual de 6% e 2%, respectivamente 3 e 1 das mulheres da amostra.

2. Conhecimentos e comportamentos acerca do cancro do colo do útero

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sim	52	100

Quadro 2: Distribuição dos dados em relação a terem ouvido falar de cancro do colo do útero.

Como visualizado no Quadro 2, 100% da amostra, ou seja, 52 mulheres, referem ter ouvido falar de cancro do colo do útero.

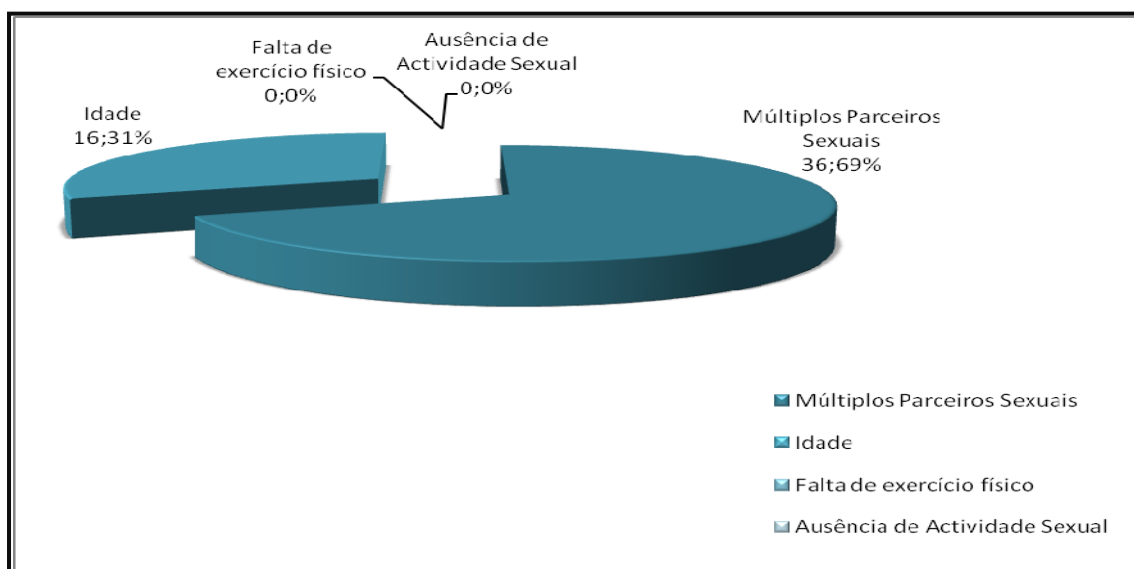


Gráfico 5: Distribuição dos dados em relação aos possíveis factores de risco para o cancro do colo do útero.

Quando abordadas as mulheres sobre os factores de risco para o desenvolvimento de cancro do colo do útero, 36 mulheres (69%) referem como factor de risco possuir múltiplos parceiros sexuais, enquanto 16 (31%) referem ser a idade o factor de risco para o desenvolvimento da doença. A presença de outros factores de risco, como a falta de exercício físico ou ausência de actividade sexual, não foi referida por nenhuma das mulheres da amostra.

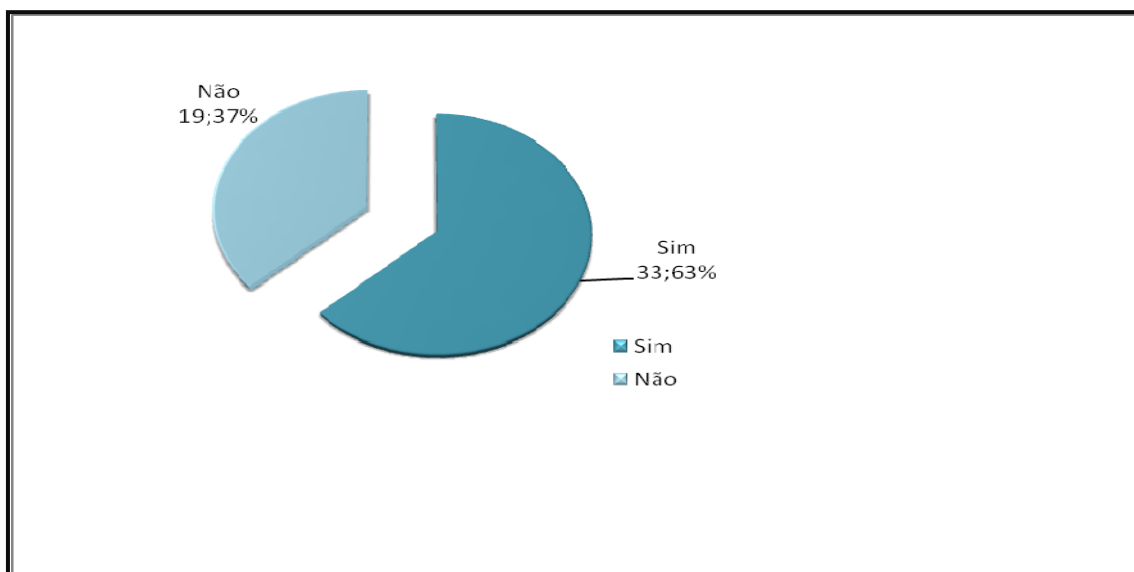


Gráfico 6: Distribuição dos dados em relação à possibilidade do cancro do colo do útero ter sintomas.

Quando questionadas as mulheres acerca da presença de sintomas relativamente ao cancro do colo do útero, verifica-se, através da análise gráfica, que 33 (63%) mulheres respondeu afirmativamente, contrapondo com 19 (37%) respostas negativas.

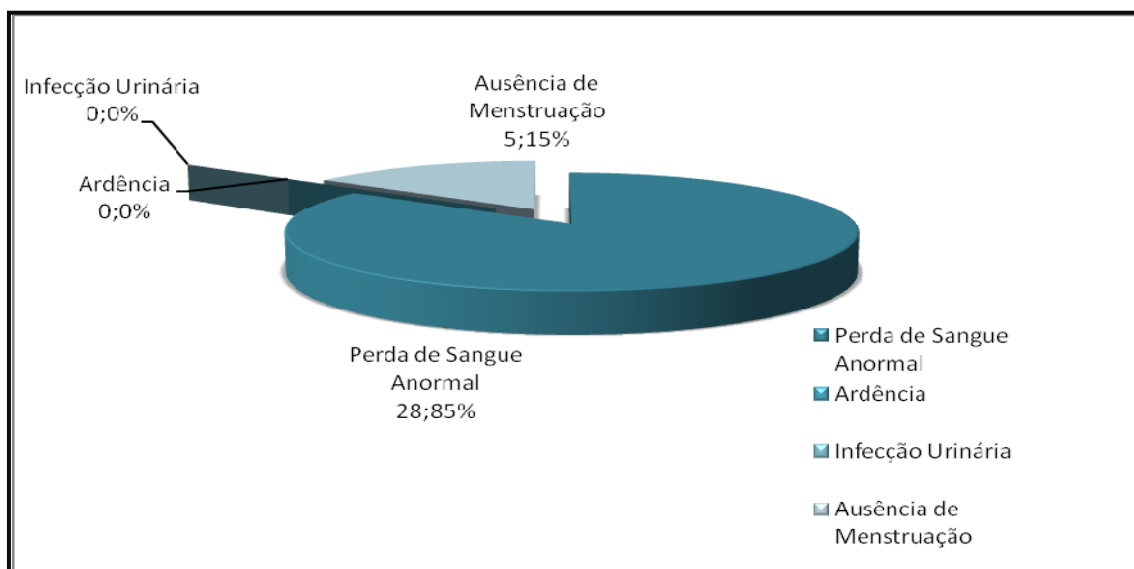


Gráfico 6.1: Distribuição dos dados em relação aos sintomas do cancro do colo do útero.

Analisando o gráfico 6.1 referente aos sintomas possíveis, se presentes, da neoplasia do colo do útero, verifica-se que a grande maioria das mulheres, 28 (85%), confirma a perda de sangue anormal como um sintoma da doença, enquanto 5 mulheres da amostra (15%), considera que será a ausência de menstruação. Sintomas como ardência ou infecção urinária são excluídos das opções referidas pela amostra.

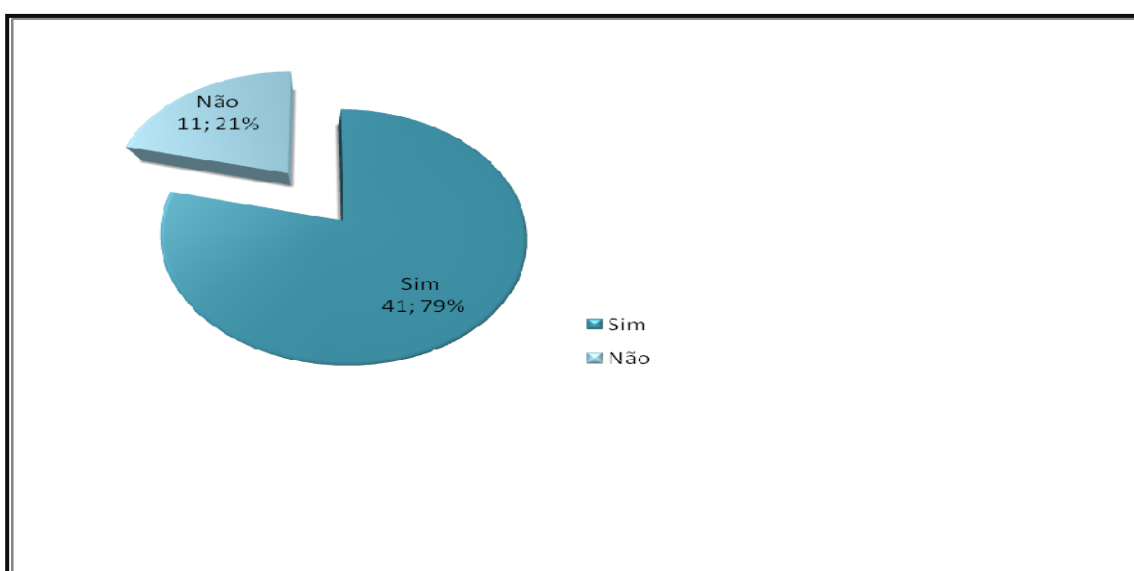


Gráfico 7: Distribuição dos dados em relação à possível etiologia viral do cancro do colo do útero.

De acordo com o estudo gráfico, referente à possibilidade do cancro do colo do útero ser de etiologia vírica, conclui-se que 79% (41mulheres) das mulheres responderam afirmativamente, sendo que as restantes 11, ou seja, 21% responderam negativamente.

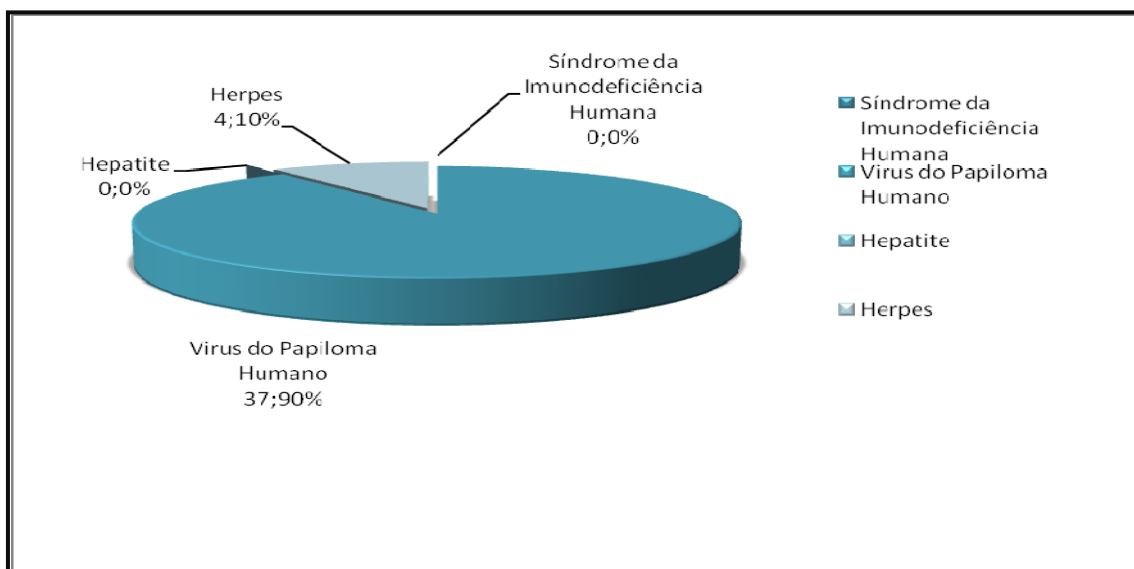


Gráfico 7.1: Distribuição dos dados em relação à designação do vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero

Em relação ao gráfico interpretativo da questão referente ao principal vírus responsável pelo aparecimento do cancro do colo do útero, 37 mulheres, ou seja 90% da amostra, apontam o Vírus do Papiloma Humano como responsável e apenas 4 (10%) referem ser o herpes o principal causador do processo neoplásico. Além destes, a Síndrome da Imunodeficiência Humana bem como a Hepatite, não são referidas pelas mulheres da amostra como responsáveis pelo aparecimento do cancro do colo do útero.

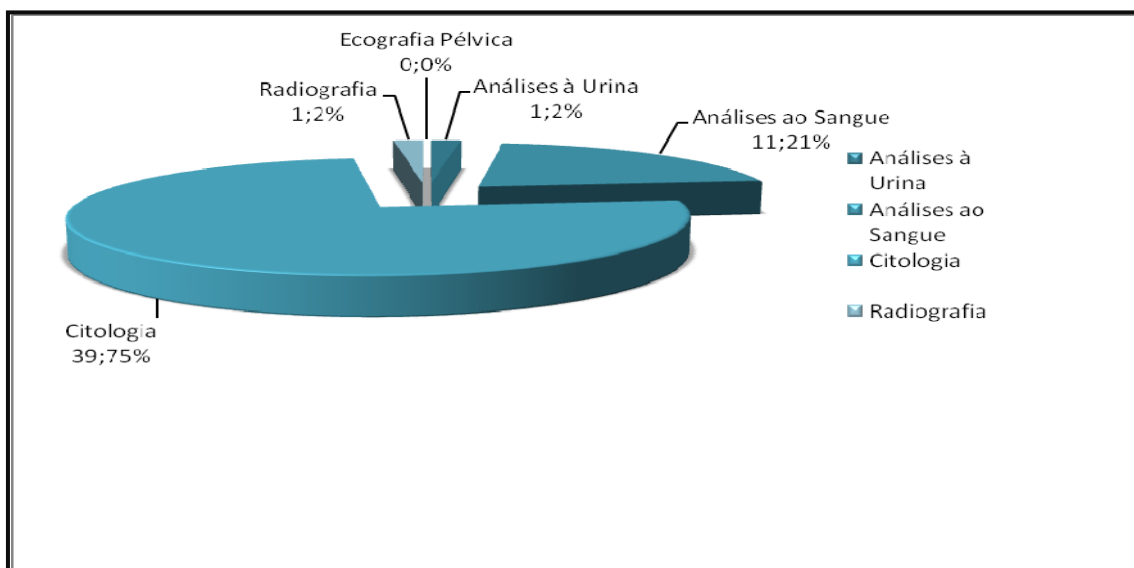


Gráfico 8: Distribuição dos dados em relação ao diagnóstico do vírus responsável pelo cancro do colo do útero.

Quando confrontadas com os possíveis exames de diagnóstico realizados para a detecção do agente viral impulsionador do cancro do colo do útero, a citologia foi maioritariamente referida como o exame diagnóstico de eleição, com 39 das mulheres (75%) a representar a sua distribuição. As análises sanguíneas foram referidas por 11 (21%) mulheres, como exames de diagnóstico preditivos do referido vírus. Em pé de igualdade, encontram-se exames como as análises urinárias e radiografia, escolhidas por 1 mulher (2%) para a detecção do vírus responsável pela neoplasia do colo uterino. A Ecografia Pélvica não foi referida por nenhuma das mulheres da amostra.

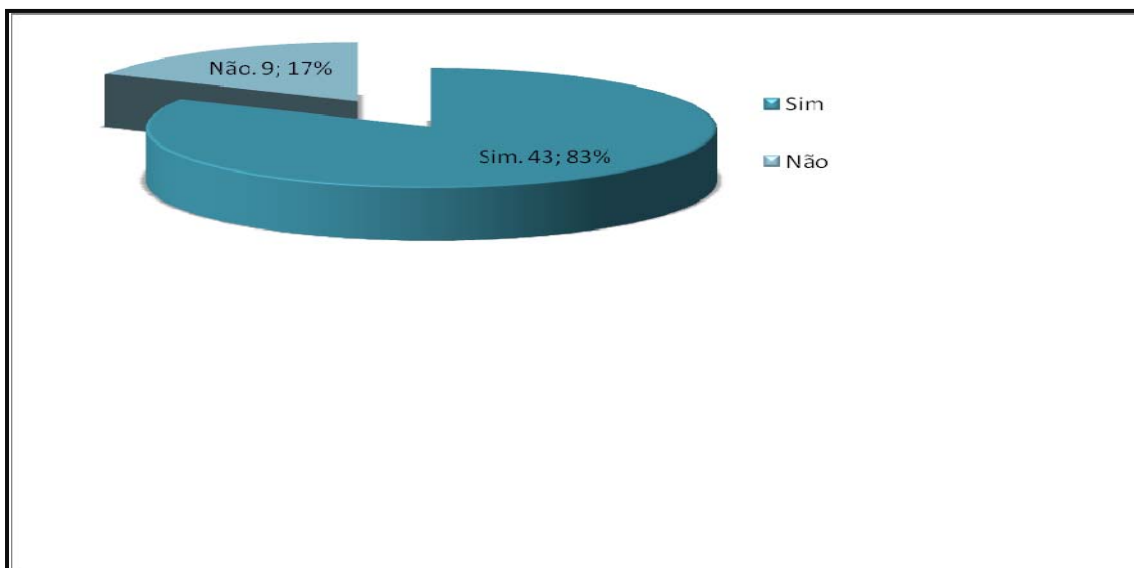


Gráfico 9: Distribuição dos dados em relação à prevenção do cancro do colo do útero através da vacinação.”

Relativamente ao gráfico 9, pode concluir-se que quando questionadas sobre a prevenção do cancro do colo do útero poder ser conseguida com recurso a vacinação, 43 mulheres ou seja, 83% das mulheres, responderam afirmativamente e inversamente, 9 mulheres, o que corresponde a 17%, responderam de forma negativa.

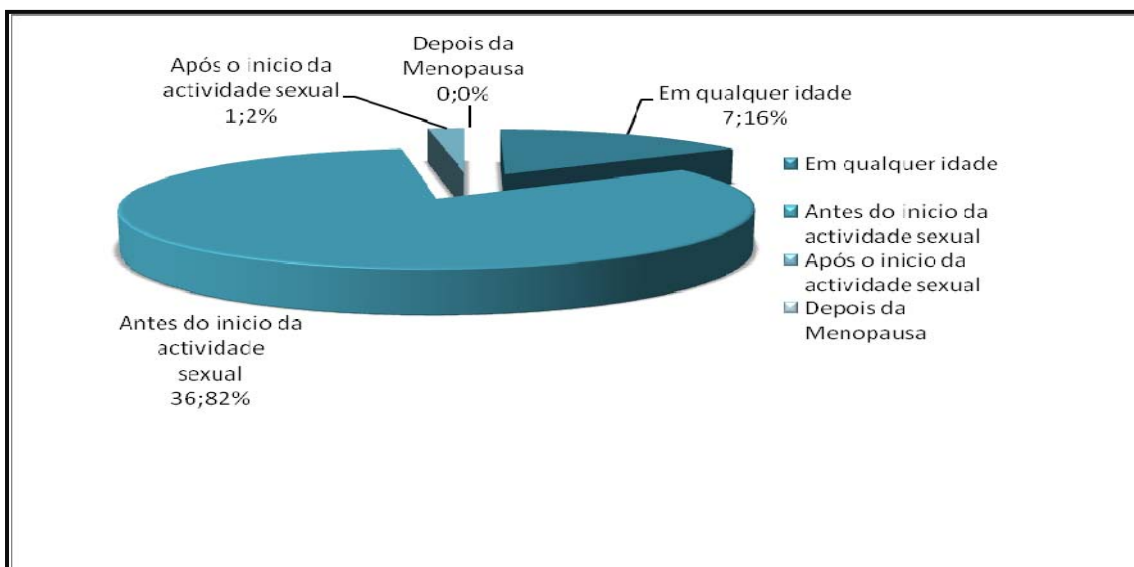


Gráfico 9.1: Distribuição dos dados em relação à altura recomendada para a realização da vacinação preventiva do cancro do colo do útero.

Com base no gráfico 9.1, pode-se inferir que (82%) 36 mulheres são unânimes quanto à melhor altura para a vacinação preventiva do cancro do colo do útero ser feita, ou seja, antes de iniciar a actividade sexual. Contrariamente, 1 inquirida entende que a vacinação deverá ser feita após o início da actividade sexual, e ainda 7 (16%) mulheres defendem que poderá ser feita em qualquer idade. A opção “Depois da Menopausa” não foi referida por nenhuma das mulheres da amostra, tendo uma representatividade nula.

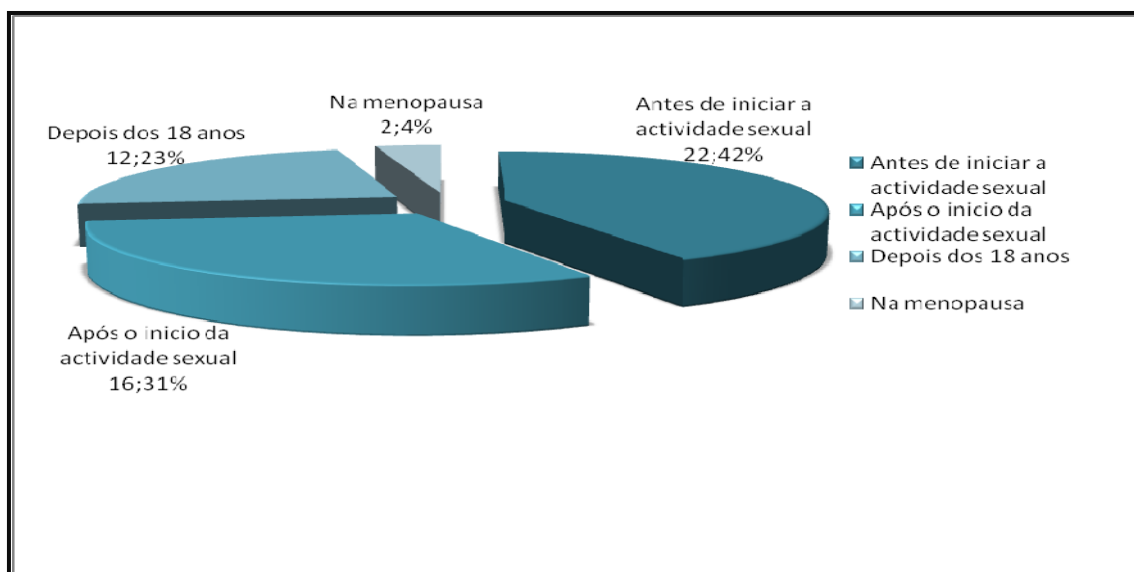


Gráfico 10: Distribuição dos dados em relação à altura recomendada para o início do rastreio do cancro do colo do útero

Analisando o gráfico 10 pode verificar-se que as mulheres da amostra referem na sua grande maioria (42%), 22 mulheres, que o rastreio do cancro do colo do útero, deverá ser iniciado antes do começo da actividade sexual. Inversamente, 16 inquiridas (31%), acredita ser após o início da actividade sexual que se deve realizar o referido exame. A realização do exame preventivo de neoplasia do colo uterino depois dos 18 anos é aceite por 12 mulheres (23%) e apenas 2 mulheres (4%) acreditam ser na menopausa que o exame de rastreio deverá ser iniciado.

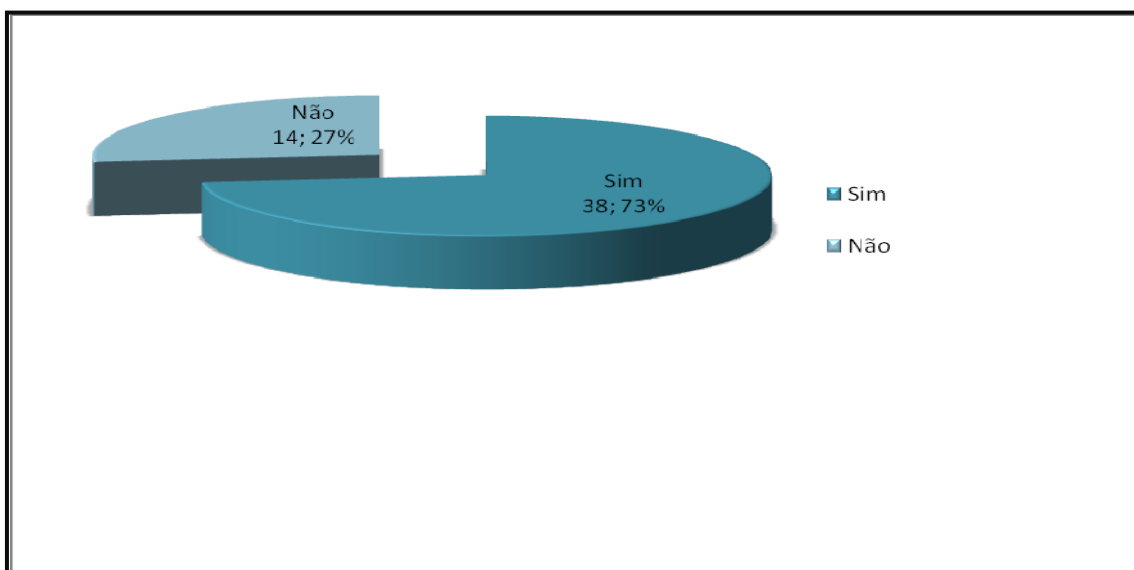


Gráfico 11: Distribuição dos dados em relação à realização do exame preventivo do cancro do colo do útero

Conforme se pode observar no gráfico 11, relativo à realização do exame preventivo do cancro do colo do útero, apesar de na sua grande maioria, 38 mulheres, que corresponde a 73% da amostra, afirmar que realiza o exame, 27% das inquiridas, isto é, 14 mulheres, assume não realizar o mesmo.

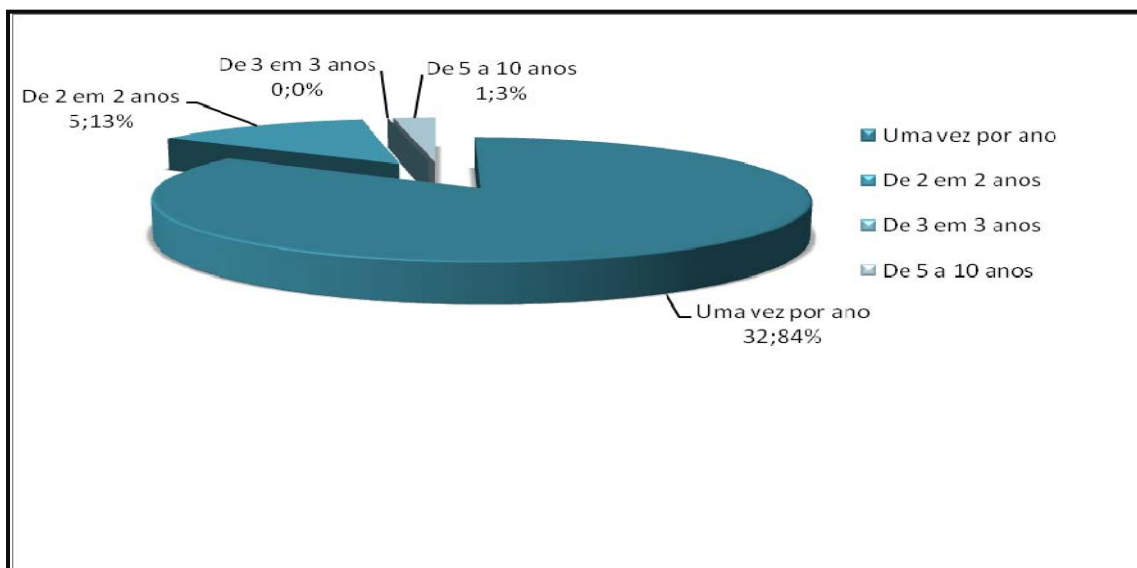


Gráfico 11.1: Distribuição dos dados em relação à regularidade com que é realizado o exame preventivo do cancro do colo do útero.

A análise gráfica evidencia que das 38 das mulheres que afirmaram realizar o exame preventivo do cancro do colo do útero, 32 (84%) afirma fazê-lo uma vez por ano, e apenas 5 (13%) refere fazê-lo de dois em dois anos. Intervalos de 5 a 10 anos considerados para a realização do exame, foi aceite por 1 mulher, sendo que intervalos de 3 em 3 anos não foi aceite por nenhuma das mulheres da amostra.

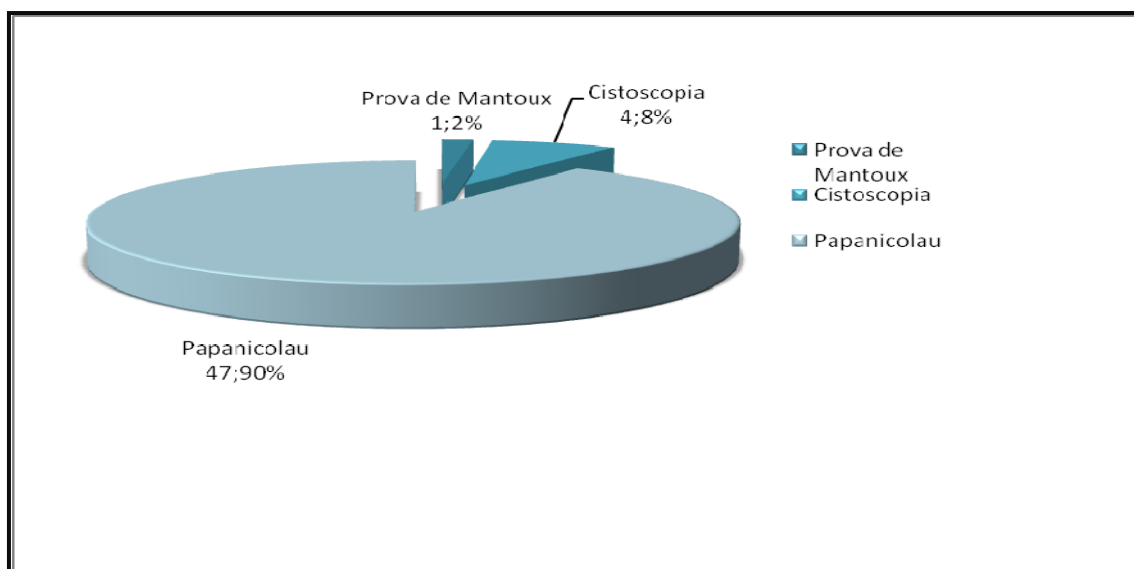


Gráfico 12: Distribuição dos dados em relação à designação do exame de rastreio do cancro do colo do útero.

A leitura do gráfico 12 demonstra que, no que diz respeito ao conhecimento da denominação dada ao exame de rastreio do cancro do colo do útero, 47 mulheres (90%) da amostra concordam com a designação de Papanicolau, enquanto 4 (8%) das mulheres menciona Cistoscopia como o nome dado ao referido exame. Em minoria surge a Prova de Mantoux com 2% de representatividade percentual (1 mulher).

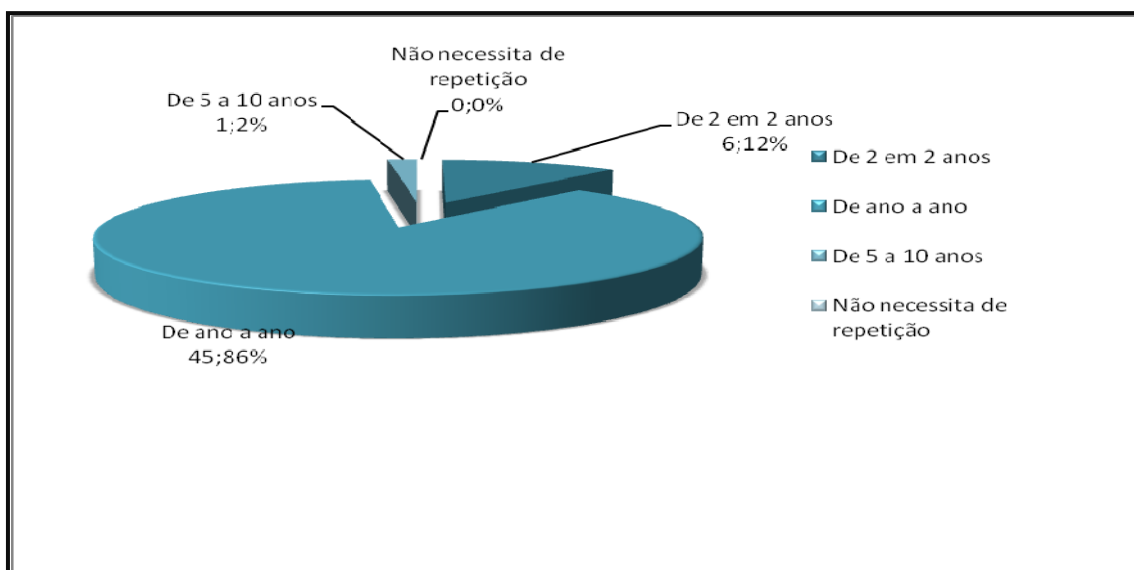


Gráfico 13: Distribuição dos dados em relação à regularidade recomendada para a realização do exame de rastreio do cancro do colo do útero.

Pela análise do gráfico 13, torna-se notório que a maioria das mulheres da amostra, 86% (45), refere a realização anual do exame de rastreio do cancro do colo do útero como recomendada. No entanto, 12% (6 mulheres) das mulheres refere ser de dois em dois anos e apenas 2% (1 mulher) refere o intervalo de cinco a dez anos, como apropriado para a realização do referido exame. Com representatividade nula, surge a opção “Não necessita de repetição”.

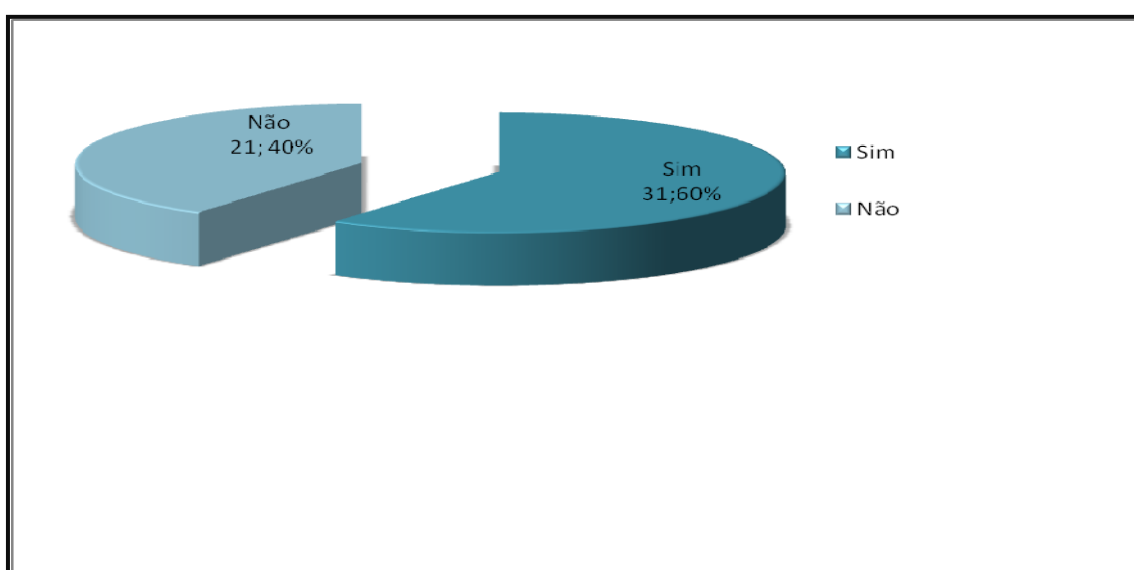


Gráfico 14: Distribuição dos dados em relação à facilidade em obter informações acerca do cancro do colo do útero.

O gráfico 14 pretende evidenciar a opinião das mulheres da amostra relativamente à facilidade em obter informação sobre a neoplasia do colo uterino. Assim, 60% delas, 31 mulheres, considera ser fácil a obtenção da informação, contrapondo com as 40% (21 mulheres) que consideram não ser fácil essa mesma aquisição.

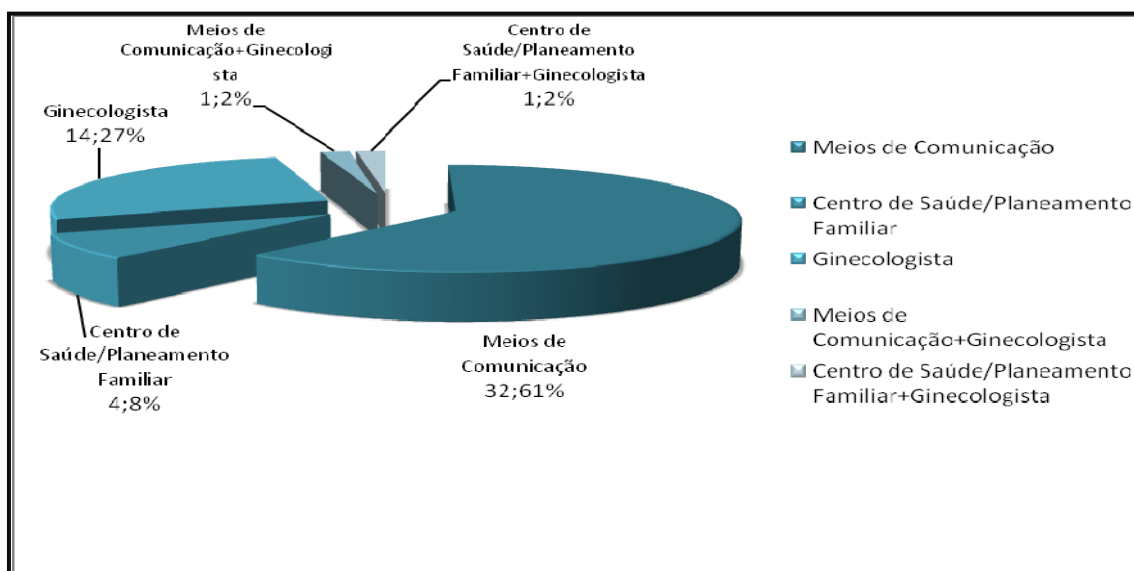


Gráfico 15: Distribuição dos dados em relação à forma como é obtida a informação acerca do cancro do colo do útero.

As formas referidas pelas mulheres da amostra como auxiliadoras na aquisição da informação, estão representadas no gráfico 15, que revela que 32 mulheres (61%) consideram obter informação sobre a patologia através dos Meios de Comunicação, 14 (27%) mencionam a obtenção de conhecimentos através do Ginecologista, enquanto 4 (8%) referem ser no Centro de Saúde/Consultas de Planeamento Familiar que adquirem a informação acerca da doença. Com igual representatividade, os Meios de Comunicação + Ginecologista, bem como Centro de Saúde/Planeamento Familiar + Ginecologista, são fontes de informação referidas por apenas 1 (2%) mulher respectivamente.

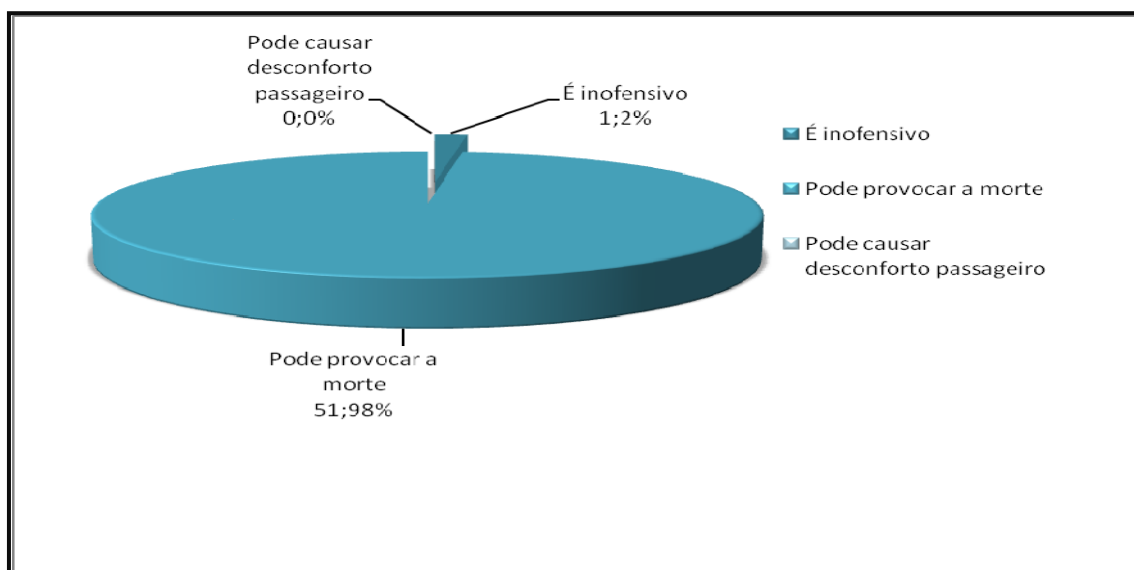


Gráfico 16: Distribuição dos dados em relação às consequências da detecção tardia do cancro do colo do útero.

O gráfico 16 referente à consequência da detecção tardia do cancro do colo do útero, evidencia que 98% (51 mulheres da totalidade da amostra) das mulheres da amostra é concordante quanto à possibilidade da referida neoplasia poder causar a morte, sendo que apenas 2% das mulheres (1 mulher) a refere como inofensiva. Nenhuma mulher referiu como válida a opção da neoplasia em causa poder causar um desconforto ligeiro.

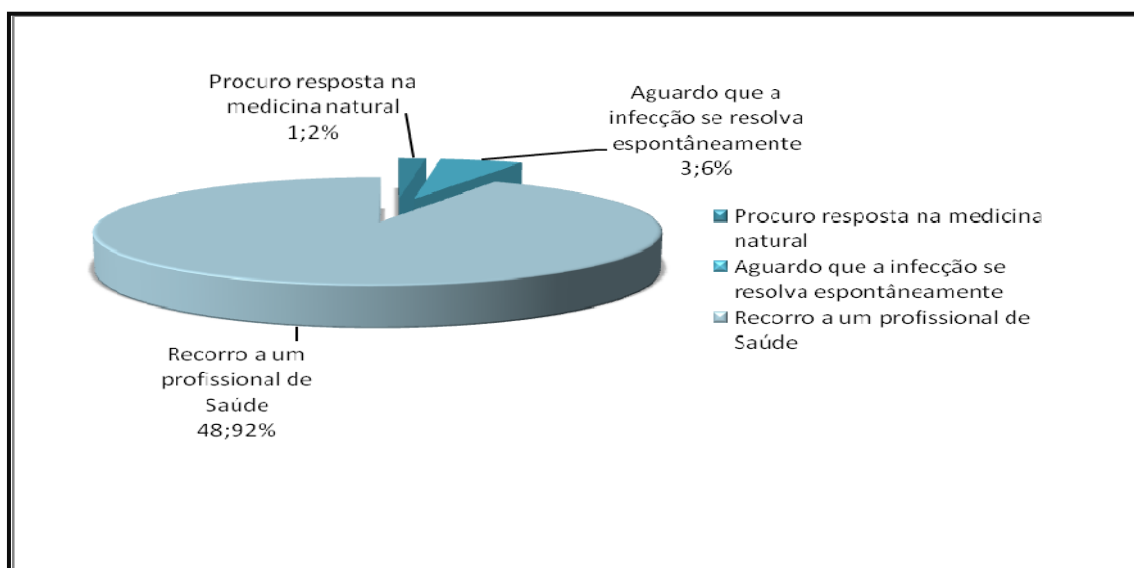


Gráfico 17: Distribuição dos dados em relação ao comportamento face à presença de uma infecção vaginal.

O gráfico 17 relativo ao comportamento da mulher face a uma infecção vaginal, revelou que 48 mulheres (92%) recorrem a um profissional de saúde, inversamente, 1 mulher (2%) procura resposta na medicina natural, Além destas, 6% das mulheres (3) referem aguardar que a infecção se resolva espontaneamente.

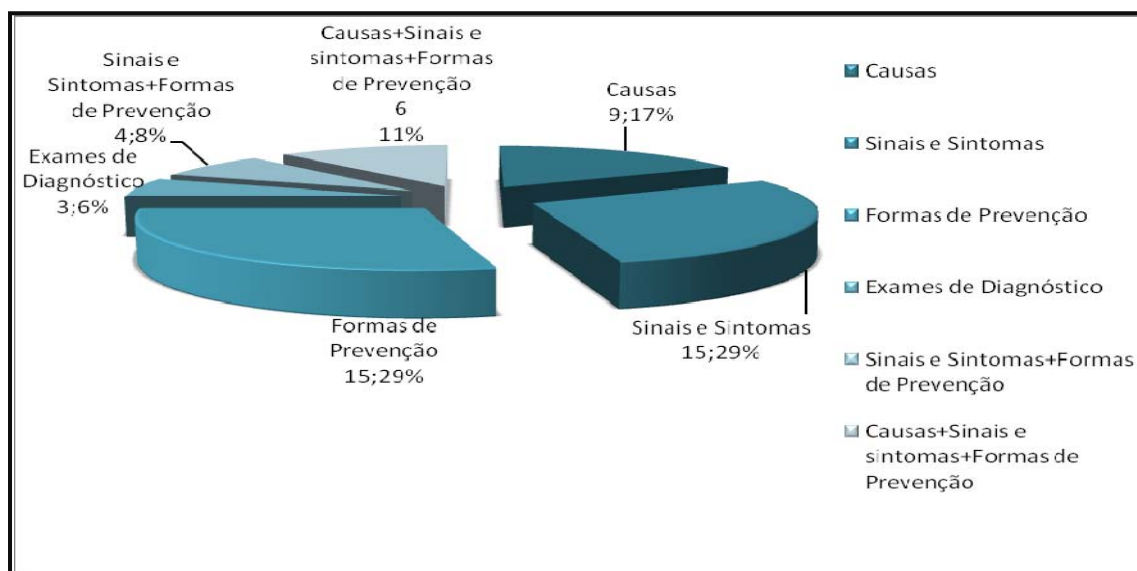


Gráfico 18: Distribuição dos dados em relação às dúvidas que gostariam de ver esclarecidas acerca do cancro do colo do útero.

Quanto às dúvidas que as mulheres da amostra gostariam de ver esclarecidas acerca da neoplasia em causa, é evidente através do gráfico 18 que 15 (29%) delas gostariam de esclarecimentos acerca das formas de prevenção do cancro do colo do útero e de sinais e sintomas do mesmo. Além destas, 9 (17%) mulheres referiram gostar de ver esclarecidas as causas da neoplasia em estudo, sendo que 6 (11%) mulheres da amostra pretendem esclarecimentos sobre as três opções anteriores, ou seja, causas, sinais e sintomas e formas de prevenção; 4 (8%) mulheres referem sinais e sintomas e formas de prevenção, possíveis dúvidas a merecer esclarecimento, e apenas 3 (6%) mulheres identificam como dúvida os exames de diagnóstico.

Capítulo II - Discussão dos Resultados

Com base na análise dos dados obtidos, pôde verificar-se que a média de idade do grupo de mulheres da amostra é referente aos 39,46 anos. Referências bibliográficas evidenciam que a neoplasia do colo do útero é uma das mais frequentes em todo o mundo, sendo nalguns países, a principal causa de morte das mulheres entre os 35 e 45 anos de idade. (Roldão, 2007,p.5). Não obstante do que foi referido, também a incidência do cancro invasivo do colo uterino aumenta com a idade (Phipps et al, 2003, p. 1758), pelo que a população pretendida se encontra dentro da média de idades referenciada como a idade de maior risco.

Das mulheres da amostra, apenas 2 e 4 referem possuir bacharelato e mestrado respectivamente, no entanto, 17 referem ter um grau de escolaridade equivalente ao secundário. Tais factos tornam o estudo possível, pela possibilidade das participantes lerem e escreverem, e assim poderem responder, sem interferência do investigador ao questionário em estudo.

Relativamente às profissões referidas como exercidas pelas mulheres da amostra, verificou-se que 24 mulheres referem possuir profissões semi-qualificadas, enquanto apenas 2 referem possuir profissões sem qualificação I. Tais resultados vão de encontro ao referido anteriormente para as habilitações literárias, na medida em que as profissões semi-qualificadas, representados pela maioria, são concordantes com o grau de habilitações possivelmente adquirido pela maioria das mulheres, o secundário.

Atendendo ao tipo relações conjugais e de acordo com os dados obtidos, 35 das mulheres da amostra referem ser casadas, enquanto 12 referem ser solteiras. Este aspecto pode ser preponderante no conhecimento sobre cancro do colo do útero, uma vez que é comum as mulheres casadas frequentarem consultas de planeamento familiar, devendo, por isso estar informadas sobre esta problemática e sobre os rastreios da mulher. No entanto, as mulheres solteiras, se sexualmente activas deverão também ser acompanhadas pois, e segundo Roldão (2007, p. 6), este aspecto parece ter influência na incidência de cancro do colo do útero, uma vez que o risco de aparecimento do carcinoma do colo do útero aumenta com a promiscuidade do parceiro sexual, (...) e

com o número de parceiros sexuais. Assim, uma relação monogâmica estável poderá diminuir o risco de desenvolvimento da doença.

O passado obstétrico da mulher também tem influência no risco de vir a desenvolver cancro do colo do útero, já que uma mulher com múltiplas gravidezes, interrompidas ou de termo tem um risco aumentado de desenvolver neoplasia, comparativamente com uma mulher que nunca engravidou. (Kervasdoue, 2002, p. 561). Torna-se relevante referir que apenas 1 das mulheres participantes no estudo refere ter 4 filhos, enquanto 14 referem não ter filhos e 22, (a maior percentagem) referem ter levado a termo 2 gravidezes.

Um outro aspecto abordado foi o da possibilidade das mulheres já terem ouvido falar de cancro do colo do útero, sendo que a totalidade das mulheres, 100%, referem ter ouvido falar do mesmo. De facto, este resultado vem de encontro à nossa expectativa, pois seguindo as orientações estratégicas e intervenções necessárias do Plano Oncológico Nacional 2004/2010 do Ministério da Saúde, a acção de sensibilização para esta temática é prioritária e deve acontecer de forma intersectorial na prevenção com base em “acções de educação sobre factores de risco” com particular incidência nos jovens em idade escolar.

Relativamente aos factores de risco para a doença neoplásica do colo uterino, verifica-se que 36 mulheres (69%) referem a presença de múltiplos parceiros sexuais como um factor de risco, ao contrário das 16 (31%) que referiram atribuir à idade esse mesmo risco. Como já foi abordado anteriormente, a idade segundo Phipps et al (2003, p.1758) terá influência na incidência de cancro do colo invasivo, no entanto, não é considerada um factor de risco para o cancro do colo do útero, o que vem demonstrar algum desconhecimento face à problemática em questão. Por sua vez, Kervasdoue (2002, p.561) torna claro que parecem existir factores de predisposição, como a precocidade das relações sexuais e a multiplicidade de parceiros, na medida em que quanto mais cedo uma mulher iniciar a sua vida sexual e quanto mais a sua vida sexual activa for partilhada com numerosos parceiros, maior o risco de desenvolver cancro do colo do útero, mesmo que numa idade jovem, pelo que uma quantidade significativa da amostra

respondeu acertadamente quando escolheu a opção “presença de múltiplos parceiros sexuais”.

Os sintomas e sinais da neoplasia do colo uterino dependem da fase da doença. (Casquinha, 1992, p. 127). Confrontadas com a possibilidade da presença de sintomas, a grande maioria das mulheres, com 33 respostas afirmativas, referem que o cancro do colo do útero poderá apresentar sintomas, já as restantes 19 referem que não existe sintomatologia associada à neoplasia abordada. De facto, “as alterações pré-cancerosas raramente causam sintomas (...) (Hickin, 2003, p. 161), no entanto, existem referências à presença de sintomas quer na fase inicial de cancro, sob a forma de corrimento vaginal, perdas de sangue após o acto sexual, quer na fase tardia, através de corrimento vaginal de cheiro fétido e escuro, dor (...). (Phipps et al, 2003,p.1759). Tal como demonstra a literatura, é mais frequente que a neoplasia em estudo curse, na sua fase inicial, sem sintomatologia aparente, pelo que reflectindo os resultados obtidos, se pode constatar que as mulheres que constituíram a amostra em estudo não se encontram bem esclarecidas sobre este item.

Os sintomas identificados anteriormente remetem para a questão abordada de seguida, onde se interrogam as mulheres que responderam afirmativamente à questão anterior sobre os sintomas presentes (65% das mulheres).

Observou-se então que a grande maioria das participantes (28 mulheres) refere a perda de sangue anormal como sintoma da neoplasia do colo do útero, e 5 mulheres referem a ausência de menstruação como sintoma do carcinoma em estudo. Embora as neoplasias do colo uterino sejam frequentemente assintomáticas, a bibliografia disponível aponta que os sintomas identificados por esta amostra são importantes e sugestivos de patologia ginecológica pois, tal como refere Rodrigues et al (2007, p. 288) a presença de hemorragias ou pequenos sangramentos após o coito, microrragias espontâneas (...), são sintomas merecedores de investigação.

Remetendo para a questão relativa à possível etiologia do cancro do colo do útero ser viral, 79%, ou seja, 41 mulheres afirmam positivamente, enquanto as restantes 11 (21%) referem como não sendo de origem viral.

Tendo em conta a parte da amostra que refere ser viral a possível etiologia do cancro do colo do útero, 37 mulheres afirmam ser o Vírus do Papiloma Humano o responsável, enquanto apenas 4 referem como sendo o Herpes. Os dados obtidos vêm corroborar a bibliografia existente onde é referido que, e apesar da etiologia do cancro do colo do útero não ser totalmente conhecida, estudos apontam para o facto de que “a ligação entre o HPV e o cancro do colo é mais forte do que a ligação entre o uso de tabaco e o cancro do pulmão.” (Campos, 2002, p. 255).

Cimentando esta referência, também Phipps et al (2003,p.1758), afirma que das alterações pré-cancerosas e cancerosas do colo uterino estudadas, na maioria delas o papilomavírus humano, (...), tem sido isolado. Matias (2008,p.14) vai mais longe ao afirmar que “o cancro é o estágio mais avançado das lesões cervicais causadas pelo HPV (...)”.

Também a presença de ADN do HPV na maioria das mulheres com neoplasia do colo uterino, relativamente ao grupo controlo, permitiu estabelecer com toda a certeza, “ que a infecção provocada pelo HPV é a agente causal da carcinogénese cervical, sendo a prevalência do HPV nos carcinomas do colo do útero de 99,7% em todo o mundo.” (Moutinho et al cit in Roldão, 2007, p.7). Todas estas referências vão de encontro ao referido pela maioria das participantes nesta investigação.

Quanto à questão que aborda os exames de rastreio, da totalidade de mulheres inquiridas, 39 referiram a citologia como o exame de eleição na detecção do cancro do colo do útero, apenas 1 referiu ser através de análises à urina e, com a mesma distribuição numérica, 1 participante referiu a radiografia. Estes resultados vão de encontro às nossas expectativas e revelam que as mulheres detêm conhecimento sobre os exames de rastreio, pois já em 1945 a citologia esfoliativa vaginal era corroborada pela “Associação Americana de Cancro” como um método eficaz na detecção precoce da neoplasia do colo do útero. (Koss cit in Roldão, 2007, p.10).

Relativamente à prevenção, as respostas obtidas revelam que 83% das inquiridas (43 mulheres) refere a vacinação como uma das formas de prevenir o aparecimento de cancro do colo do útero, contrastando com 17% das mulheres (9 mulheres) que referem

que a vacinação não é uma medida preventiva. Este resultado causou alguma surpresa pois a vacina contra o HPV, foi uma medida amplamente difundida pelos meios de comunicação, como sendo actualmente, a abordagem da prevenção do cancro do colo do útero e a mais recente arma contra o desenvolvimento desta neoplasia feminina. (Fonseca, 2008, p.16)

Incidindo sobre as mulheres que responderam afirmativamente na questão anterior referente à vacinação, importa perceber qual a altura ideal para administrar a vacina. De facto, os resultados obtidos mostram que 36 mulheres foram coerentes com as indicações da Direcção Geral de Saúde, propondo a administração da vacina às jovens com 13 anos de idade. Este aspecto teve em conta o facto de que “a vacina deve ser ministrada antes do início da vida sexual”. (Fonseca, 2008, p.16). Apenas 1 mulher refere que a vacina deve ser administrada após o início da actividade sexual.

No que concerne ao começo da realização do rastreio do cancro do colo uterino, 22 participantes referem que a pesquisa deve acontecer antes de iniciar a actividade sexual, enquanto 2 delas considera a altura ideal para iniciar o referido rastreio após a menopausa. Os resultados obtidos não vão de encontro à bibliografia existente, o que implica alguma reflexão e vem alicerçar a necessidade e importância de estudos sobre esta temática, nomeadamente sobre os conhecimentos e os comportamentos preventivos da mulher perante a sua saúde.

De facto, e segundo vários autores (Phipps et al, 2003, p. 1759; Hickin, 2003, p. 158; Rodrigues et al, 2007, p. 288) é a partir da altura em que a actividade sexual tem o seu início que a mulher necessita de exames regulares.

No entanto, existem autores como Fonseca (2008, p.15), que defendem que é “ a partir dos 18 anos que este teste é recomendado, podendo ser antecipado se entretanto a jovem for sexualmente activa.”

Relativamente a esta questão verificou-se que 22 mulheres referiram a possibilidade “Após o início da actividade sexual”, e 12 referiram ser após os 18 anos a altura ideal de realizar o exame de rastreio. Importa referir, que apesar da mulher poder iniciar o

rastreio do cancro do colo do útero aos 18 anos, torna-se evidente pelas referências bibliográficas que, uma vez iniciada a actividade sexual, torna-se imperativo a realização do mesmo, mesmo que ocorra antes dos 18 anos de idade, indo de encontro ao cariz sexual que esta doença possui, na medida em que “é por via sexual que este vírus se transmite (...)” (Fonseca, 2008,p.14)

De forma a compreender os comportamentos adoptados pelas mulheres integradas no estudo, foram abordados, entre outros, aspectos a realização do exame preventivo do cancro do colo do útero.

Apesar da técnica de rastreio desta neoplasia ser antiga e permitir reduzir a incidência e mortalidade por neoplasia do cérvix, a verdade é que ainda continua a representar o segundo cancro mais frequente nas mulheres de todo o mundo. (Roldão, 2007,p.9). Deste modo, pôde concluir-se que a grande maioria das mulheres afirmam realizar o referido exame, contrastando com 27% delas (14 mulheres), que referem a não realização do mesmo.

Tendo em conta as mulheres que afirmaram a realização do exame preventivo supracitado, verificou-se que a maioria delas, constituindo uma distribuição numérica de 32 mulheres, realiza o exame preventivo do cancro do colo do útero anualmente, sendo que apenas 1 refere como sendo o intervalo para a sua realização compreendido entre os 5 e 10 anos.

Apesar disso, quando confrontadas com os intervalos recomendados para a realização do mesmo, o resultado obtido foi muito semelhante, sendo que 45 mulheres da totalidade da amostra refere ser recomendada a realização anual do exame, enquanto apenas 1 considera o intervalo de 5 a 10 anos. Embora não exista ainda consenso sobre a periodicidade e frequência com que se deve realizar o exame de rastreio, estes dados vão de encontro à literatura existente tal como revela o American College for Obstetrics and Gynecology juntamente com a Sociedade Americana de Oncologia, que “recomendam que toda a mulher deve fazer o rastreio, anualmente, até se obterem três esfregaços negativos, consecutivos.” (Phipps et al, 2003, p. 1759)

Também Zelmanowicz (2003, p. 73) afirma que todas as mulheres devem fazer o exame preventivo de cancro do colo uterino anualmente ou com menor frequência, segundo critério médico.

Relativamente à questão sobre a designação do exame de rastreio do cancro do colo do útero, verificou-se que 47 das mulheres referem ser o Papanicolau enquanto a Prova de Mantoux, foi a escolha de apenas 1 mulher.

Como refere Hickin (2003, p. 158) e Rodrigues et al (2007, p. 287), a maioria das vezes a neoplasia do colo do útero é descoberta através do exame preventivo de citologia oncótica ou Papanicolau

Abordando a questão da facilidade em obter informação, 31 mulheres, ou seja, 61% das inquiridas refere ser fácil a obtenção da mesma, sendo que em termos de fonte de informação prevalecem os meios de comunicação, referidos por 32 mulheres. Por sua vez, a informação fornecida no Centro de Saúde/Planeamento Familiar e Ginecologista, apenas são referidos por 1 mulher da amostra. Este resultado mostra-se surpreendente pois 73% das inquiridas refere fazer este rastreio pelo que deveriam adquirir informação junto dos profissionais de saúde. Desta forma, este resultado vem alertar para a necessidade dos enfermeiros investirem na informação e na educação da população que acompanham e não permitir que esse papel de prevenção caiba apenas aos meios de comunicação social.

Complementando a perspectiva anterior emergem as orientações estratégicas e intervenções da Direcção Geral de Saúde do Plano Oncológico Nacional 2004/2010 do Ministério da Saúde, onde se revela prioritário promover a acção intersectorial na prevenção com base em “acções de educação sobre factores de risco, incidindo particularmente no grupo dos jovens em idade escolar”.

Entre os cancros que melhor se prestam ao rastreio em larga escala, está o do colo do útero, porque o colo do útero pode ser examinado com segurança repetidas vezes e de um modo fácil, e progride normalmente de forma lenta, facilitando assim a sua detecção precoce. (Casquinha, 1992, p.76).

No entanto, e como refere Roldão (2007, p. 5) "Portugal é o país da Europa com maior número de casos de cancro do colo do útero e aquele onde a mortalidade é mais elevada." Relativamente a esta questão (Gráfico 16), 51 mulheres referiram que quando detectado tardiamente, o cancro do colo do útero pode causar a morte, enquanto apenas 1 das mulheres refere o cancro do colo do útero inofensivo, mesmo que detectado numa fase avançada da doença. Compreende-se que as mulheres assumam este cancro como potencialmente fatal, não só pelo conhecimento que têm sobre esta doença em particular, mas também porque a palavra cancro tem um estigma de morte muito associado a si.

As sucessivas infecções locais, nomeadamente as provocadas por alguns tipos de HPV não oncogénicos, podem predispor ao desenvolvimento da referida neoplasia, na medida em que cada infecção constitui uma microlesão, que ao longo do tempo e conjuntamente, promovem o ambiente propício à proliferação de células malignas, e conseqüente desenvolvimento do cancro do colo do útero. (Kervasdoue, 2002, p. 561). Perante os dados observados, 48 mulheres referem recorrer a um profissional de saúde quando se apercebe de uma infecção vaginal, e apenas 1 refere procurar resposta ao problema na medicina natural.

Tendo por base o papel da enfermagem em termos de prevenção primária, considerou-se importante perceber que tipos de dúvidas gostariam as mulheres em estudo, de ver esclarecidas.

Assim, 15 mulheres da amostra referiu gostar de ver esclarecidas as formas de prevenção e sinais e sintomas do cancro do colo do útero, sendo que 3 referem os exames de diagnóstico da referida neoplasia como possível dúvida a esclarecer.

Esta abordagem integra o nível de cuidados primários, onde "os conceitos gerais de prevenção primária podem-se alicerçar em estudos de causas etiológicas, na educação sexual, na higiene, no rastreio e na vacinação." (Bicho cit in Roldão, 2007, p.21)

Conclusão

De forma a espelhar o contributo para o percurso formativo, além da motivação e ponto de partida para a continuidade do processo de investigação no âmbito dos cuidados de saúde em enfermagem, realizou-se o presente trabalho monográfico.

Os aspectos conceptuais da temática abordada, demonstraram que o carcinoma do colo do útero constitui uma das doenças neoplásicas mais frequentes nas mulheres e constitui uma das principais causas de morte por cancro, particularmente em mulheres jovens.

O conhecimento científico sobre a doença e suas lesões precursoras tem aumentado muito ao longo dos anos, permitindo que uma abordagem médica e cirúrgica da doença conduza a resultados, muito positivos. Assim, o Plano Oncológico Nacional prevê o acompanhamento ao longo de todas as fases da doença, desde a prevenção, rastreio, diagnóstico e tratamento, até à reabilitação.

Nesta perspectiva, o tema escolhido para o estudo intitulou-se “Cancro do colo do útero: Conhecimentos e Comportamentos”, tendo como principais objectivos determinar os conhecimentos e comportamentos das mulheres sobre o cancro do colo do útero, nomeadamente, as formas de prevenção e exames de rastreio.

Para tal, realizou-se um estudo quantitativo, descritivo simples com aplicação de um Questionário a uma amostra não probabilística acidental intencional, a mulheres com idades compreendidas entre os 35 e 45 anos de idade.

Este questionário foi aplicado por administração directa, durante o intervalo de tempo compreendido entre 01/07/2008 e 16/07/2008. Após esta fase de recolha, foram analisados e tratados os dados recolhidos, através de suporte informático com recurso ao programa estatístico SPSS, versão 15.0, e apresentados com recurso ao programa Excel.

Importa salientar que devido à reduzida representatividade do estudo escolhido, não é possível retirar conclusões abrangentes e que representem uma população, já que a amostra utilizada foi escolhida por um processo acidental.

Perante os resultados obtidos, pôde constatar-se que a grande maioria das mulheres da amostra identifica como factor de risco para a neoplasia em estudo a existência de múltiplos parceiros sexuais, além de identificar alguns sintomas para a referida doença, nomeadamente a perda de sangue anormal.

Compreendeu-se com a aplicação do questionário, que apesar de ser referido que a obtenção de informação acerca da temática é suficiente, ainda existem algumas lacunas no que concerne à etiologia viral e à aplicação da vacinação como método preventivo.

Além disso, apesar de todas as mulheres integradas na amostra referirem já ter ouvido falar da neoplasia em estudo e terem conhecimento acerca da recomendação para a realização do exame de rastreio, ainda é referido por algumas delas o não cumprimento da periodicidade aconselhada para a realização do mesmo, sendo que algumas mulheres aquando da presença de infecção vaginal aguardam que se resolva espontaneamente.

Relativamente à facilidade em obter informação acerca da neoplasia estudada, a maioria das mulheres referiu ser suficiente, sendo que os meios de comunicação foram escolhidos pela maioria delas, como a fonte de conhecimento, deixando a informação obtida através do Centro de Saúde/Consultas de Planeamento Familiar, referidas por uma minoria da amostra.

Tais factos fazem emergir a necessidade de uma aposta na criação de estratégias que permitam entrar em contacto directo com as mulheres para a realização do exame de rastreio do cancro do colo do útero. Apesar de haver conhecimento acerca da necessidade de realização do referido rastreio, muitas vezes este exame é omitido, ou simplesmente, feito com menor frequência.

Assim, se forem reunidas um conjunto de estratégias que permitam a abordagem das mulheres no seu meio social e até profissional, através de campanhas de sensibilização e realização deste tipo de exames no contexto de trabalho, poderão eliminar barreiras como a falta de disponibilidade, ou incompatibilidade de horários, de forma a redobrar a atenção para a referida neoplasia e possíveis formas de a evitar, conhecendo as suas

causas, sinais e sintomas e formas de prevenção, dúvidas referidas pela maioria das mulheres.

De acordo com os resultados obtidos e de acordo com o Plano Oncológico Nacional torna-se pertinente deixar como sugestão a necessidade de realização de sessões de educações para a saúde no âmbito da promoção da saúde da mulher e da sua saúde sexual, consultas de planeamento familiar e exames de rastreio aos cancros ginecológicos.

Tais factos atingem a máxima importância, quando se reflecte não apenas a questão da mortalidade e morbilidade gerada pela própria doença, mas também, o impacto económico e social da mesma, que se revela bastante expressivo.

Para tal, poderá recorrer-se à mobilização de campanhas direccionadas ao contexto de trabalho das mulheres e às escolas, para que desta forma, se verificasse um aumento na adesão aos exames de rastreio e consultas de saúde da mulher, tornando a articulação entre a mulher e o Centro de Saúde mais frequente e com maior envolvimento entre profissional de saúde e utente, de forma a tornar os cuidados de saúde uma parceria no auxílio da promoção da saúde de cada indivíduo. Salienta-se também a possibilidade deste rastreio ser incluído, por exemplo, na medicina do trabalho, cujas consultas são periódicas e quase sempre de cariz obrigatório.

Deste estudo resulta também a necessidade de mudança de comportamentos, nomeadamente no que diz respeito aos testes de rastreio. Deste modo, os enfermeiros devem implementar variadas intervenções que envolvem a mudança de conduta, no sentido de diminuir possivelmente o risco de cancro do colo de uma dada mulher. Estas intervenções incluem o alerta para a limitação do número de parceiros sexuais, um início mais tardio das relações sexuais, o uso de contraceptivos de barreira, evitar o uso prolongado por mais de 5 anos, de contraceptivos orais e evitar ou deixar de fumar.

Parece também emergir deste trabalho a necessidade dos profissionais de saúde terem um papel interventivo nos meios de comunicação social, podendo mesmo utilizar estes

recursos para levar a informação necessária à população da sua área, por exemplo através de programas de esclarecimento em rádios locais.

Pensa-se por fim, ter-se atingido os objectivos que motivaram a realização deste trabalho de investigação, que, compreendendo todas as limitações, se revelou bastante satisfatório, na medida em que se compreende actualmente a importância da investigação na área da saúde, e especificamente em Enfermagem, já que só compreendendo as verdadeiras necessidades e conhecimentos da população, se pode intervir na tentativa de melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem, baseados cada vez mais na premissa de promoção da saúde e prevenção da doença.

Bibliografia

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

Azevedo, C. Azevedo, A., (2003). *Metodologia Científica: Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos*. 6ª Edição. Lisboa, Universidade Católica Editora.

Bowxer, M.; Waxman, J. (2006). *Compêndio de Oncologia*. Lisboa, Instituto Piaget.

Campos, D.(2002). *Problemas Frequentes – Cuidados de Saúde Preventivos*. Lisboa, Macgraw- Hill

Casquinha, P. (1992). *Combater o Cancro*. Porto, Editora Civilização.

Cervo, A.; Bervian, P. (1996). *Metodologia Científica*. 4ª Edição, Makron Books.

Direcção Geral da Saúde. (2007). *Vírus do Papiloma Humano – Infecções e Vacinas* Circular Informativa. Disponível em <<http://www.dgs.pt>> [Consultado em 26/03/2009]

OMS (1994). *População e Desenvolvimento. Conferência de Cairo*. Disponível em <<http://www.who.int/en/>> [Consultado em 26/03/2009]

OMS (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.. Conferência de Ottawa* Disponível em < <http://www.who.int/en/>> [Consultado em 26/03/2009]

Decreto-lei nº190/2001 de 17 de Agosto. (Define o Plano Oncológico Nacional)

Direcção Geral de Saúde [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/>> [Consultado em 26/03/2009]

Fonseca, M. (2008). Colo sem Vírus In: *Farmácia Saúde*.(145, Outubro/ 2008) , pp. 14 - 16.

FORTIN, M. (2003). *O processo da investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Hickin, L. (2003). *Guia da Saúde da Mulher – O Sistema Hormonal*. Lisboa, Selecções de Reder's Digest.

Hill, A.; Hill, M. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Sílabo.

Socioeconomic Classification [Em linha]. Disponível em <[http:// cite.gov.pt/cite](http://cite.gov.pt/cite)> [Consultado em 22/12/2008].

Kervasdoue, A. (2002). *As idades da Vida – A Mulher*. Mem Martins, Edições CETOP.

Lacruz, R.; Conde, M.; Laga, A.(2003). Cancer invasor del cuello uterino. In: Roura, L.(Ed.) *Tratado de Ginecologia, Obstetrícia y Medicina de la Reproducción*, volume 2.Madrid, Editorial Medica Panamericana S.A., p. 1562.

Lakatos, E.; Marconi, M. (2000). *Fundamentos da Metodologia Científica*. 3ª Edição, São Paulo, Atlas S.A.

Légerj, J.; Mouty, D.; Tessier, F. (1996). *Psicopatologia do Envelhecimento*. Petrópolis, Vozes.

Michaud, E.; Torg, E. (2002). *ABC da Saúde da Mulher*. Mem Martins, Edições CETOP.

Mohallem, A.; Rodrigues, A. (2007). *Enfermagem Oncológica*. Brasil, Editora Manole Ltda.

Northrup, C. (2003). *Corpo de Mulher, Sabedoria de Mulher*. Lisboa, Sinais de Fogo.

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

Patrão, I.; Teixeira, Y.; Inácio, M.(2000). *Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero – Estudo exploratório em mulheres dos 20/65 anos*. Lisboa, ISPA.

Phipps, W.; Sands, J. Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico – Cirúrgica*. 6ª Edição. Loures, Lusociência.

Polit, D.; Hungler, B. (1995). *Fundamentos da pesquisa em Enfermagem*. 2ª Edição, Lisboa, ISPA.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa, Gradiva Publicações.

Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto, Legis Editora/Livpsic.

Roldão, M. (2007). *Cancro do Colo do Útero – Radioterapia Externa e Braquioterapia*. Lousã, Monitor – Projectos e Edições Lda.

Rozenbaum, H. (2005). *Guia Prático de Ginecologia*. Edições Cetop, Mem Martins, Edições CETOP.

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

Vicente, N. (2006). *Atitudes e Práticas na Prevenção do Cancro do Colo do útero nas mulheres Angolanas*. [Em linha]. Disponível em <http://www.scribd.com/doc/299760/metodos> [consultado em 29/03/2008].

Zelmanowicz, A. (2003). Saúde da Família. In: *Grande Enciclopédia Médica*. Matosinhos, Volume 3. QN – Edição e Conteúdos S.A., p.74.

ANEXOS