

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**SUE HELEN BARRETO MARQUES**

**PROPOSTAS DE AÇÕES EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO  
DO ÚTERO RELACIONADO AO PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV)**

**Porto Alegre**

**2006**

**SUE HELEN BARRETO MARQUES**

**PROPOSTAS DE AÇÕES EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO  
DO ÚTERO RELACIONADO AO PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV)**

**Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso  
de Enfermagem da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
como requisito parcial para a obtenção do  
título de Enfermeiro.**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini  
Orientadora**

**Porto Alegre**

**2006**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família, meu pai Carlos e meu irmão “Piu”, pelo constante apoio e incentivo, desde os primeiros dias da faculdade até o final desta caminhada. Em especial minha mãe Fátima, grande amiga e fã. Amo muito vocês.

À professora Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, pela amizade, carinho e dedicação, estando sempre disposta a me ajudar na minha trajetória.

Aos meus colegas da graduação, em especial minhas grandes amigas Fernanda Wunsch, Marília Marques, Alessandra Moreira, Paula Costa e, sem esquecer, Juliana Machado, por terem me proporcionado momentos de extrema amizade, força, carinho e companheirismo.

Às minhas grandes amigas Simone Bach e Thaís Brandão, pelos momentos de alegrias e descontração, e por serem sempre meu apoio nas horas mais complicadas.

Às professoras da Disciplina de Saúde Mental, em especial Christine Wetzel e Regina Barbisan, pelo apoio e compreensão diante dos meus atrasos como monitora da disciplina.

Às enfermeiras e à equipe da UTI do Hospital Santa Rita, pelo aprendizado, carinho e incentivo, participando de forma significativa na minha formação acadêmica.

Ao Daniel Lima da Silva, grande companheiro, pelo carinho, amizade e pelos momentos maravilhosos, compreendendo meus instantes de ausência e nervosismo.

A todos que não estão listados aqui, mas que, de certa forma, participaram da minha caminhada na graduação, contribuindo para o meu crescimento profissional e como pessoa. Vocês estão sempre presentes na minha mente e no meu coração.

**MUITO OBRIGADA!!**

*“Ser criado, gerar-se, transformar  
O amor em carne e a carne em amor; nascer  
Respirar, e chorar, e adormecer  
E se nutrir para poder chorar*

*Para poder nutrir-se; e despertar  
Um dia à luz e ver, ao mundo e ouvir  
E começar a amar e então sorrir  
E então sorrir para poder chorar*

*E crescer, e saber, e ser, e haver  
E perder, e sofrer, e ter horror  
De ser e amar, e se sentir maldito*

*E esquecer tudo ao vir um novo amor  
E viver esse amor até morrer  
E ir conjugar o verbo no infinito...”*

Vinícius de Moraes

## RESUMO

As mulheres vêm adquirindo importante papel na sociedade, com mais liberdade sexual e descaso com sua saúde. Dentre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), a infecção pelo vírus HPV se tornou comum e, se não tratado precocemente, pode resultar no câncer de colo do útero.

O objetivo deste estudo é propor ações educativas na prevenção do câncer de colo uterino, buscando nas experiências de mulheres que são portadoras da doença ferramentas para a educação em saúde. Como essa doença é uma das neoplasias que podem ser evitadas pela prevenção e tratamento do HPV, há destaque para a enfermagem, com ações de educação em saúde.

Este trabalho trata de um estudo exploratório descritivo do tipo estudo de caso. Foram entrevistadas 10 pacientes com diagnóstico da doença. Os dados foram analisados conforme a Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2004), nas categorias conhecimento sobre: prevenção de DSTs, HPV, prevenção do HPV, câncer de colo do útero, relação do HPV com o câncer de colo do útero, exame Papanicolau e propostas educativas.

Assim, sugerem-se ações educativas, na enfermagem, que atinjam todas as mulheres, inclusive aquelas que não tem significativo acesso às ações de saúde para a prevenção e detecção precoce da doença.

**Descritores:** Enfermagem, Saúde da Mulher, HPV, Câncer de Colo do Útero, Educação em Saúde.

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO I</b> - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	43
<b>QUADRO II</b> - CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DE DSTS...	48
<b>QUADRO III</b> - CATEGORIA: CONHECIMENTO GERAL SOBRE O HPV.....	49
<b>QUADRO IV</b> - CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DO HPV...	50
<b>QUADRO V</b> - CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	51
<b>QUADRO VI</b> - CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE A RELAÇÃO DO HPV COM O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	54
<b>QUADRO VII</b> - CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE O EXAME PAPANICOLAU.....	55
<b>QUADRO VIII</b> - CATEGORIA: PROPOSTAS EDUCATIVAS.....	56

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>13</b>
3.1 CÂNCER DE COLO UTERINO E HPV.....	13
3.1.1 O Câncer de colo do útero.....	13
3.1.2 Fatores de Risco.....	17
3.1.3 O Papilomavírus Humano (HPV).....	18
3.1.4 Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC).....	20
3.1.5 Estadiamento Clínico.....	21
3.1.6 Tratamentos.....	22
3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	28
3.3 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	31
<b>4 CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>32</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	32
4.3 POPULAÇÃO / AMOSTRA.....	33
4.4 COLETA DE DADOS.....	34
4.4.1 Jasmim.....	35
4.4.2 Adália.....	36
4.4.3 Íris.....	36
4.4.4 Rosa.....	37
4.4.5 Margarida.....	37
4.4.6 Violeta.....	38

4.4.7 Hortência.....	38
4.4.8 Camélia.....	38
4.4.9 Bromélia.....	39
4.4.10 Acácia.....	39
<b>5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>41</b>
<b>6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....</b>	<b>42</b>
6.1 CATEGORIA : CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE DSTS.....	48
6.2 CATEGORIA: CONHECIMENTO GERAL SOBRE O HPV.....	49
6.3 CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DO HPV.....	50
6.4 CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	51
6.5 CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE A RELAÇÃO DO HPV COM O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	54
6.6 CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE O EXAME PAPANICOLAU.....	55
6.7 CATEGORIA: PROPOSTAS EDUCATIVAS.....	56
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Via da Pesquisadora.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Via da Entrevistada.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO 1 – FLUXOGRAMA.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO 2 – DOCUMENTO GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.....</b>	<b>71</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A mulher sempre teve um papel fundamental na sociedade, seja criando os filhos e cuidando das atividades domésticas, como atualmente tendo um lugar de destaque no mercado de trabalho. Ela deixou de ser uma figura frágil, que necessita de proteção e ajuda, para ser um elemento forte, responsável por suas ações, independente e livre para assumir suas escolhas. Com isso, nos deparamos com uma nova realidade: as mulheres iniciam sua vida sexual mais cedo, e nem sempre estão realmente preparadas para isso. Há vários programas de saúde que reforçam a importância do uso do preservativo (conhecido popularmente como camisinha) e dos métodos contraceptivos, mas será que eles realmente atingem a classe feminina de menor idade? Temos cada vez mais adolescentes grávidas, o que revela que elas não estão usando anticoncepcionais e camisinha de maneira adequada. Além da gravidez precoce, o não uso do preservativo torna o indivíduo suscetível a contrair doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como o Papiloma Vírus Humano (HPV).

Os HPVs são vírus capazes de induzir lesões clínicas de pele ou mucosas (como vulva, ânus e pênis), sendo comuns verrugas genitais ou condilomas acuminados, conhecidas popularmente como "cristas de galo". Há ainda lesões sub-clínicas encontradas no colo do útero que não apresentam qualquer sintomatologia, podendo progredir para o câncer do colo do útero se não tratadas precocemente (BRASIL, 2005a).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que 10 a 40% das mulheres sexualmente ativas, principalmente as mais jovens, estão infectadas por uma ou mais tipos de HPV. Há estimativas para o ano de 2006 do câncer cervical como a terceira neoplasia de maior incidência na região sul, no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre (BRASIL, 2005b).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia, segundo Smeltzer e Bare (2005), estão a multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação precoce da primeira relação sexual (menos de 20 anos, o que expõe um colo uterino jovem vulnerável a

carcinógenos), gestação precoce, infecção por HIV (devido à deficiência do sistema imune que esse vírus causa, tornando o paciente mais propenso a contrair infecções), deficiências nutricionais (níveis de folato, beta-caroteno e vitamina C são menores em mulheres com câncer cervical que nas mulheres sem a neoplasia), infecção cervical crônica e a presença do HPV em mais de 90% dos casos.

Quando ingressei na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, aos 17 anos, minha pouca idade trazia-me uma responsabilidade a mais: provar que eu possuía maturidade suficiente para assumir o importante papel de enfermeira. Passei por muitas situações difíceis e hoje, ao olhar para trás, vejo que escolhi o caminho certo. Sempre fui muito comunicativa e espontânea, o que me trouxe facilidade para abordar temas mais difíceis. A isso devo o fato de me interessar muito por assuntos relacionados à educação, sexualidade e à saúde da mulher. Também a área oncológica, ao longo do curso, me despertou muito interesse, principalmente ao observar o importante papel da enfermeira frente ao paciente com câncer, seja esclarecendo dúvidas, orientando cuidados e procedimentos, como dando apoio emocional quando os sentimentos estão abalados. Vi ali um campo rico para a enfermagem que ainda tinha muito a ser explorado.

Ao meu interesse pela área oncológica somam-se outras situações que me motivaram a escolher o câncer de colo do útero como o meu tema. Durante o curso ouvi diversos depoimentos de pessoas próximas que haviam contraído o HPV. Com o passar do tempo, em conversas informais, passei a ficar surpresa com o número de mulheres que já contraíram o HPV alguma vez na vida, mostrando-me que este fato é mais comum do que eu imaginava. Nestas mesmas conversas, procurava buscar o que as portadoras do HPV sabiam sobre esse vírus e as doenças que ele pode causar se não for devidamente tratado. Chamou-me a atenção o fato de muitas delas desconhecerem a gravidade da evolução da doença. Curiosa, procurei informações sobre a relação entre o HPV e o câncer de colo do útero, encontrando literatura escassa voltada para a área da enfermagem. Comecei a imaginar que interessante

formular propostas educativas para que as mulheres realmente conhecessem mais sobre este processo patológico, a fim de auxiliar na sua prevenção.

Junto com a minha motivação profissional na escolha do tema, passei por um problema familiar, quando minha mãe teve que fazer uma cirurgia de histerectomia (retirada do útero). Tudo ocorreu bem, mas observei nela um grande sentimento de perda e medo que o resultado da biópsia mostrasse um processo canceroso, o que não aconteceu.

Além das minhas vivências anteriores, tive a oportunidade de realizar o meu estágio curricular final com duração de 525 horas na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do Hospital Santa Rita, no Complexo Hospitalar Santa Casa. Este hospital é conhecido como referência no tratamento e cuidados de pacientes com câncer. Esse estágio proporcionou-me não só o aprimoramento de técnicas e novos aprendizados, mas também uma perspectiva diferente no cuidado ao paciente oncológico. Tivemos internações na UTI de várias pacientes com câncer de colo do útero, algumas por queda das células sangüíneas devido à quimioterapia, por recidiva da doença, em pós-operatório de exérese tumoral, metástases, enfim. Mulheres jovens, em idade produtiva, na faixa etária de trinta, quarenta, até cinquenta anos. Devido à gravidade de seus estados de saúde, poucas saíram com vida da UTI. Estes acontecimentos mexiam muito comigo, e me faziam pensar que aquelas histórias de vida poderiam ter sido diferentes, se houvesse a prevenção, um diagnóstico precoce, tratamento adequado e educação da paciente e da família, reforçadas através das orientações de enfermagem.

Segundo BRASIL (2002), o câncer de colo uterino é um exemplo de tumor maligno que pode ser prevenido e curado em até 100% dos casos quando diagnosticado precocemente. Porém, 95% das mulheres brasileiras não se submetem regularmente ao exame preventivo. Resultado disso é que o câncer de colo uterino é a segunda causa de morte por câncer no sexo feminino no Brasil.

Passei a refletir na importância de um trabalho de conscientização da população feminina para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, em especial o vírus HPV, o qual pode evoluir para um processo canceroso. Concomitante com as dúvidas veio o questionamento: “O que as mulheres portadoras de câncer de colo uterino relacionado ao HPV sabem sobre sua doença em relação à prevenção?”.

O trabalho da enfermagem contribui de maneira muito importante para as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo do útero, principalmente promovendo o controle dos fatores de risco, em especial a prevenção do HPV, proporcionando o aumento do número de mulheres que se submetem ao exame Papanicolau e participando da organização de um sistema de registro de casos, encaminhando corretamente os exames com anormalidades, orientando adequadamente.

Considerando que o HPV pode ser prevenido com a prática de sexo seguro com camisinha e que o diagnóstico precoce do câncer de colo do útero pode ser feito pelo exame de Papanicolau, tem-se um trabalho de formação de consciência nas mulheres muito importante, visto que muitas desconhecem a gravidade que a doença pode ter. As campanhas de conscientização são poucas, e nem sempre atingem a população feminina esperada, tornando-as mais suscetíveis à contaminação. O trabalho da enfermagem tem um papel muito importante na formação da consciência da população para a prevenção de doenças, logo ele é fundamental para diminuir o número de casos de câncer de colo do útero por infecção por HPV. Conhecer a doença e, principalmente, buscar o conhecimento de mulheres que são portadoras de câncer de colo do útero sobre a sua patologia, em especial na prevenção da mesma, são fundamentais para a elaboração de um plano de cuidados efetivo e de campanhas de prevenção para todas as mulheres.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Propor ações educativas na prevenção de câncer de colo do útero relacionado ao papilomavírus humano (HPV).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os fatores de risco das entrevistadas através dos dados registrados em prontuário.
- Identificar as características sócio-demográficas das entrevistadas.
- Apresentar e analisar as sugestões de ações educativas, evidenciadas na coleta de dados, na prevenção de câncer de colo uterino relacionado ao HPV.

### 3 REVISÃO LITERÁRIA

#### 3.1 CÂNCER DE COLO UTERINO E HPV

##### 3.1.1 O Câncer de Colo Uterino

Dentre os tumores ginecológicos, o câncer de colo do útero é a neoplasia maligna mais freqüente. Ribalta *et al.* (2005) estima que ocorram aproximadamente 500 mil novos casos ao ano em todo o mundo, sendo que 80% deles devem ocorrer em países da América Latina, Ásia e África.

Quanto às neoplasias malignas que se desenvolvem no aparelho reprodutor feminino, predominam os tumores de linhagem mülleriana nos órgãos pélvicos: ovários, tubas uterinas e corpo do útero. Nas estruturas do trato genital inferior, vulva, vagina e colo do útero, ocorrem na maioria das vezes as neoplasias de origem viral (RIBALTA *et al.*, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a neoplasia do colo uterino é um dos melhores exemplos de doença que pode ser prevenida, desde que tenha sua história natural conhecida, que se disponha de métodos de rastreamento para sua identificação e de suas lesões precursoras (BRASIL, 2005c).

Em concordância, BRASIL (2002, p. 123) ressalta que

*“O câncer de colo uterino é um dos tumores malignos que podem ser prevenidos e que, quando detectado precocemente, pode ser curado em, praticamente, 100% dos casos. Apesar disso, continua sendo a segunda causa de morte por câncer no sexo feminino no Brasil. [...] Isso ocorre devido ao fato de mais de 95% das mulheres brasileiras não se submeterem regularmente ao exame preventivo, ficando, assim, à margem das ações de prevenção e detecção.”*

Segundo dados do INCA (BRASIL, 2004a) o câncer de colo do útero é o segundo mais comum entre as mulheres no mundo. A incidência desta doença torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos, tendo seu risco aumentado e atingindo o pico na faixa de 45 a 49

anos, dados confirmados também por Guimarães *et al.* (2006). Cerca de 80% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil, tendo uma sobrevida média de cerca de 49% após cinco anos.

O carcinoma *in situ* é uma entidade morfológica bem definida. Neste tipo de carcinoma do colo uterino a população neoplásica está restrita somente na camada epitelial, em extensão variável, mas em profundidade até os limites da membrana basal, sem ultrapassá-la. Ele passa a ser invasivo quando a população celular neoplásica ultrapassa a membrana basal do epitélio.

O início deste processo invasivo costuma ser assintomático, mas à medida que a neoplasia vai aumentando, passa a apresentar corrimentos tipo “água de carne”, sangramento ao coito, sangramentos vaginais inter e intramenstruais, dores no baixo ventre e lombossacrais (RIBALTA *et al.*, 2005; MACHADO E JÚNIOR, 2006).

Os mesmos autores colocam que para o diagnóstico da neoplasia, é necessário um exame ginecológico completo, com a coleta de material do colo do útero para a realização do exame citopatológico oncológico. Aconselha-se a observação do colo com o colposcópio, definindo áreas de aspectos anormais e com alterações maiores. Encontrada a área de maior alteração, procede-se a retirada de fragmento que deve ser encaminhado a exame histopatológico para diagnóstico da lesão.

O exame citopatológico foi criado pelo Dr. George Papanicolau na década de 30, quando ele descobriu o valor de examinar células esfoliadas para a malignidade. Em Brasil (2006), encontramos as orientações para correta coleta do exame: a paciente precisa estar há pelo menos 48 horas sem ter tido relações sexuais, sem utilizar tampões, duchas ou medicações intra-vaginais. Não devem ser realizados o toque vaginal nem a lubrificação do espécuro, permitido apenas usar soro fisiológico 0,9%. Então, após a colocação do espécuro, procede-se a coleta de ecto-cérvice (com espátula de Ayres) e endo-cérvice (com escova endocervical). As amostras são colocadas em uma única lâmina, em ordem pré-determinada.

Após, é feita a fixação com spray fixador (ou gotas). A lâmina é corretamente identificada e encaminhada ao laboratório para análise.

Para Smeltzer e Bare (2005), o diagnóstico pode ser feito com base nos resultados anormais desse exame (Papanicolau), seguidos por resultado de biópsia que identificam a displasia grave, sendo que as infecções por HPV são usualmente implicadas nessas condições. Os resultados da biópsia podem indicar o carcinoma *in situ*. Em seus estágios muito iniciais, o câncer cervical invasivo é observado microscopicamente no esfregaço do exame de Papanicolau. Nos estágios mais avançados, o exame pélvico pode revelar um grande crescimento avermelhado ou uma lesão ulcerativa profunda, podendo a paciente relatar a eliminação de borras ou secreções sanguinolentas.

O Ministério da Saúde prioriza a faixa etária de 25 a 60 anos para realizarem o exame periodicamente. Porém, é a faixa entre 35 e 49 anos a de maior risco para o desenvolvimento da neoplasia de colo uterino, sendo justamente neste grupo que se observa uma diminuição da cobertura pelo exame Papanicolau. Deve-se priorizar a busca destas mulheres nesta faixa etária de maior risco (BRASIL, 2002).

Pesquisas do INCA, a partir do programa de controle do câncer de colo uterino desenvolvido pela Fundação Centro de Pesquisa Oncológica e pelo Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, incluíram 1928 mulheres submetidas aos exames citopatológicos e histopatológicos para comprovar a validade dos exames. Concluiu-se que a sensibilidade da citopatologia é de 97%. É importante ressaltar que a acuidade do exame dependerá de fatores como: técnica de coleta do material; nível de especialização; prática de quem coleta, prepara e analisa o exame; além do número de exames realizados pelo laboratório (BRASIL, 2002).

Machado e Júnior (2006) citam como principais métodos diagnósticos a colpocitologia, a colposcopia, a histologia e, a captura híbrida (DNA HPV) nos casos de: resultado citológico de ASCUS (células escamosas atípicas de significado indeterminado) e

NIC I; quando houver discordância entre citologia, colposcopia e histologia; no controle pós-tratamento; em mulheres acima de 30 anos associada à colpocitologia.

Para Machado e Júnior (2006), Guimarães *et al.* (2006) e Gomes e Justino (2006), os tipos histológicos mais frequentemente encontrados em neoplasia de colo uterino são:

- Epidermóide invasivo (escamoso): É o tipo mais comum, presente em 90% dos casos, tendo como variantes o carcinoma verrucoso (condiloma gigante de Brushke-Lowenstein), o carcinoma epidermóide papilífero e o carcinoma tipo linfoepitelioma.

- Carcinoma adenóide cístico (adenocarcinoma): É uma neoplasia bem agressiva com altas taxas de recidiva e com freqüentes metástases, com incidência de 2 a 8%.

- Adenóide basal: Corresponde a menos de 1% dos adenocarcinomas cervicais. É mais comum no pós-menopausa.

O carcinoma de colo uterino é uma das neoplasias femininas mais freqüentes e integra o grupo de tumores que podem ser diagnosticados na fase inicial e, se tratado adequadamente, tem grande possibilidade de cura. Representa, no nosso meio, cerca de metade das neoplasias malignas que afetam o sexo feminino. Em países desenvolvidos este índice cai para até 6%. Para Guimarães *et al.* (2006, p. 631), esses dados refletem “a incidência do carcinoma de colo uterino ser maior em classes econômicas menos privilegiadas, em mulheres que iniciaram sua vida sexual precocemente, em mulheres com grande número de gestações e em mulheres com história de promiscuidade sexual.”

### 3.1.2 Fatores de Risco

De acordo com Ribalta *et al.* (2005), Brasil (2002), Machado e Júnior (2006) e Guimarães *et al.* (2006), há características que predisõem a mulher a desenvolver o processo neoplásico. São eles:

- Idade: o maior risco de incidência da neoplasia está entre 45 e 55 anos de idade, sendo a média de 48 anos;
- Anticoncepcionais orais: estudos confirmam que os contraceptivos orais estão relacionados com o aumento do risco de câncer cervical e que há relação direta com o tempo de uso. Eles parecem influenciar o surgimento do câncer de colo do útero, especialmente nas pacientes HPV positivas;
- Tabagismo: por afetar as células de Langhans, que são células de defesa do tecido epitelial. O risco relativo é até duas vezes maior nas fumantes, uma vez que a nicotina presente no soro e no muco cervical de pacientes fumantes trata-se do mais poderoso agente carcinógeno do tabaco;
- Condição socioeconômica: a afecção é mais comum em grupos de mais baixo nível socioeconômico. Guimarães *et al.* (2006, p. 629) citam que

*“entre mulheres de condição socioeconômica inferior e baixo nível de escolaridade, a incidência do colo uterino é aumentada. Podemos dizer, então, que, à medida que o nível educacional e a renda daquela população aumenta, diminuem as chances de câncer de colo uterino na mesma proporção”.*

Quanto aos padrões nutricionais, foi demonstrada uma relação inversa entre os níveis de beta-caroteno e a agressividade da NIC. A deficiência da vitamina A também aparece de forma inversamente proporcional à lesão tumoral. Já a vitamina E, com sua ação antioxidante e removedora de lixos celulares, é provável protetora do organismo no desenvolvimento deste tipo de câncer;

- Precocidade Sexual: quanto mais precoce o início das atividades sexuais, maiores as chances de adquirir câncer de colo do útero, sendo mais grave quanto mais próxima da idade da menarca;
- Antecedentes sexuais: o risco é aumentado quando se tem uma multiplicidade de parceiros sexuais e/ou parceiros de múltiplas parceiras. Além disso, estudos mostram que a

presença de líquido seminal promove hipo e hiperdiploidias, o que sugere sua participação nos processos neoplásicos do colo uterino;

- Multiparidade: há um risco relativo aumentado entre as multíparas;
- Infecções: Admite-se hoje que o único agente infeccioso que mostra causalidade com o câncer de colo uterino é o vírus HPV (em especial os tipos 16 e 18).

### 3.1.3 O Papilomavírus Humano (HPV)

Os Papilomas Vírus Humanos (HPV) são vírus da família *Papoviridae*, capazes de induzir lesões de pele ou mucosas, que mostram um crescimento limitado e habitualmente regridem espontaneamente. Existem mais de 200 subtipos de HPV, porém somente os subtipos de alto risco estão relacionados a tumores malignos, especialmente os subtipos 16 e o 18, que apresentam risco significativamente maior de desenvolver processo canceroso em cérvix uterina quando comparados a outros subtipos (NORONHA *et al.*, 1999). Russel *et al.* (2004) sub-dividem os tipos de HPV quanto ao seu potencial para o desenvolvimento de displasia cervical. Há os de baixo risco (associados às lesões clínicas, como condilomas acuminados), médio risco e alto risco (ambos associados à displasia cervical e ao carcinoma invasivo).

Ribalta *et al.* (2005) colocam como necessária a existência de uma célula-alvo que seja permissível à integração do genoma do agente viral ao DNA do hospedeiro, desencadeando assim a imortalização celular. Para isso são necessários fatores tanto de promoção quanto de progressão da doença. Porém, para que a lesão viral não seja autolimitante e evolua para uma neoplasia intra-epitelial (NIC) de alto grau, são necessários a persistência do agente viral e carga viral adequada, ambiente hormonal favorável e mais uma vez a presença do fumo como agente colaborador.

Sua transmissão se dá por contato direto com a pele infectada, normalmente por relações sexuais desprotegidas. Apesar da infecção pelo HPV ser bastante comum, somente uma pequena fração das mulheres infectadas com um tipo de papilomavírus oncogênico desenvolverá câncer do colo do útero (cerca de 3%). Russel *et al.* (2004) mostram em seus estudos que o HPV ocorre em aproximadamente 50% das mulheres sexualmente ativas que iniciaram sua vida sexual entre 16 e 21 anos de idade.

Há estudos de Noronha *et al.* (1999) sobre a prevalência do HPV em 228 mulheres portadoras de lesões em cérvix uterina na cidade de Belém, estado do Pará, Brasil. As pacientes foram submetidas à biópsia de colo uterino, sendo o material encaminhado para histopatologia e pesquisa de HPV. Seus resultados mostraram que o percentual de HPV, detectado em amostras de mulheres com carcinoma de colo uterino, está em concordância com o referido pela literatura especializada que situa a prevalência na faixa de 70 a 90% quando utilizadas técnicas laboratoriais similares, em sensibilidade, às empregadas no estudo. Ainda segundo o mesmo autor, o câncer cervical tem uma incidência mundial de cerca de 500.000 novos casos por ano, constituindo um dos mais graves problemas de saúde pública, especialmente para os países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil, onde se estima que cerca de 40.000 casos novos surjam anualmente.

Segundo Guimarães *et al.* (2006, p. 630):

*“Uma vez iniciada a queratinização da área infectada, desencadeiam-se um processo de replicação do DNA (HPV) e sua incorporação no DNA celular; então surgem os coilócitos nas camadas superficial e média da mucosa cervical. Mesmo que o DNA viral não se incorpore ao genoma celular, basta ocupá-lo sob o estado episossomal para que desencadeiem processos neoplásicos.”*

A infecção viral pode permanecer na forma de condiloma ou modificar-se para neoplasia intra-epitelial cervical. Os HPVs 6, 10 e 11 são associados às verrugas, e os subtipos 16, 18, 31, 33 e 51 são relacionados ao câncer de colo uterino em 90% dos casos.

### 3.1.4 Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC)

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, a neoplasia de colo uterino trata-se de uma doença progressiva, com história natural conhecida e etapas definidas. Inicia-se com transformações intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que varia de dez a vinte anos. O desenvolvimento da neoplasia de colo uterino a partir do epitélio escamoso normal ocorre seguindo fases bem definidas. Na fase pré-invasora, a doença está restrita ao epitélio escamoso cervical, sem ultrapassar a sua membrana basal. Esta fase compreende os três graus iniciais das Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais (NIC) (BRASIL, 2002; MACHADO E JÚNIOR, 2006):

a) NIC I: displasia leve, atingindo apenas o terço inferior e profundo do epitélio. Há discreta alteração da relação núcleo/citoplasma e mitoses pouco freqüentes. Em quase todos os casos observam-se alterações citopáticas causadas pelo HPV. Quando associadas ao HPV não oncogênico, não evoluem para lesões mais graves e regridem na maioria dos casos. Quando está presente o HPV de alto risco, tem pior prognóstico. As mulheres com NIC I devem ter um seguimento semestral e devem ser realmente tratadas e submetidas a exames de controle, devendo apenas ser encaminhadas ao hospital (nível secundário) quando não houver condições locais para tratar sua alteração.

b) NIC II: displasia moderada, comprometendo até dois terços da espessura do epitélio, ocupando as camadas profundas e intermediárias. Existe uma maior alteração na relação núcleo/citoplasma e as mitoses atípicas são mais freqüentes. Os efeitos citopáticos determinados pelo HPV também podem detectados. Apresentam maior potencial evolutivo para lesões mais graves e remissões menos freqüentes quando comparadas às lesões NIC I. Deve-se ter o encaminhamento para o hospital. As pacientes devem ser submetidas à colposcopia e biópsia.

c) NIC III: displasia acentuada e carcinoma *in situ*, com alterações de quase toda a espessura do epitélio, poupando as células mais superficiais. Há evidentes alterações nucleares e da relação núcleo/citoplasma, mitoses atípicas frequentes despolarização e desdiferenciação das camadas epiteliais. O HPV está presente na maioria dos casos de NIC III, porém seus efeitos citopáticos não são observados. As pacientes devem ser encaminhadas ao nível secundário. Após confirmação pelo exame histopatológico de material coletado por colposcopia e biópsia dirigida, deverá submeter-se à conização (remoção de uma porção do colo em formato de cone). A mulher deverá manter o controle ginecológico periódico, inclusive exame citológico, preferencialmente no posto de saúde.

Estudos de Syrjänen citados por Machado e Júnior (2006) mostram que nas lesões NIC I causadas por HPV, 57% delas regridem espontaneamente, 32% persistem, 11% evoluem para carcinoma *in situ*, e 1% para carcinoma invasivo. Nas lesões NIC II, 43% regridem, 35% persistem, 22% evoluem para carcinoma *in situ* e 5% para carcinoma invasivo. Já nas lesões NIC III, 12% regridem, 9% persistem e 79% evoluem para carcinoma *in situ*.

As lesões intra-epiteliais são assintomáticas e seu diagnóstico só pode ser feito por exames subsidiários, como mostram os autores citados anteriormente. A maior incidência destas lesões ocorre na faixa etária entre 20 e 25 anos, coincidindo assim com a atividade sexual. Porém pode também atingir mulheres com idade menor de 20 anos e em idades mais avançadas. Quanto mais precocemente for detectada a lesão, maiores serão as chances de se evitar a neoplasia ou conseguir tratá-la com o mínimo de amputação do colo uterino.

### 3.1.5 Estadiamento Clínico

O sistema de estadiamento (relação clínica entre a doença e o organismo hospedeiro) das pacientes com câncer de colo uterino foi inicialmente proposto em 1988 pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e revisado em 1995.

Conforme Gomes e Justino (2006, p. 644):

“essa classificação é com base no exame clínico. [...] Além do exame ginecológico completo, a avaliação da paciente deve incluir hemograma, perfil bioquímico com funções renal e hepática, radiografia de tórax, urografia excretora, cistoscopia e retossigmoidoscopia”.

Seguem abaixo os estádios clínico da neoplasia de colo uterino.

Tabela 1: Estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para o Câncer de Colo Uterino.

<b>Estádio</b>	<b>Definição</b>
<b>0</b>	Carcinoma <i>in situ</i> ; carcinoma intra-epitelial.
<b>I</b>	Carcinoma estritamente confinado ao colo uterino.
<b>IA</b>	Câncer invasivo, identificado apenas microscopicamente. Todas as lesões macroscópicas, mesmo com invasão superficial, são de estágio IB.
<b>IA1</b>	A invasão do estroma é $\leq 3$ mm em profundidade e $\leq 7$ mm em largura.
<b>IA2</b>	A invasão do estroma em profundidade é $> 3$ mm, $\leq 5$ mm e $\leq 7$ mm de largura.
<b>IB</b>	Lesão clínica confinada ao colo uterino ou lesão pré-clínica maior que o estágio IA.
<b>IB1</b>	Lesões clínicas $\leq 4$ cm..
<b>IB2</b>	Lesões clínicas $\geq 4$ cm..
<b>II</b>	O carcinoma estende-se além do colo uterino, porém não se dissemina para a parede pélvica. Embora envolva a vagina, não se estende até o terço inferior.
<b>IIA</b>	Não existe envolvimento parametrial.
<b>IIB</b>	Envolvimento parametrial presente.
<b>III</b>	O carcinoma estende-se à parede pélvica ou envolve o terço inferior da vagina. Todos os casos com hidronefrose ou rim não-funcionante devem ser incluídos neste estágio, a não ser que a causa da anormalidade seja conhecida.
<b>IIIA</b>	O carcinoma estende-se ao terço inferior da vagina, mas não atinge a parede pélvica.
<b>IIIB</b>	Extensão do tumor à parede pélvica ou hidronefrose ou rim não-funcionante.
<b>IV</b>	O carcinoma estende-se além da pelve verdadeira ou clinicamente envolve a mucosa da bexiga ou do reto.
<b>IVA</b>	O tumor envolve a bexiga ou o reto.
<b>IVB</b>	Disseminação para órgãos distantes.

Fonte: GOMES, H. C.; JUSTINO, P. B. Papel da Radioterapia no Tratamento dos Tumores de Colo Uterino. In: GUIMARÃES, J. R. Q. *Manual de Oncologia*. 2. ed. São Paulo: BBS Editora, 2006.

### 3.1.6 Tratamentos

Guimarães *et al.* (2006, p. 634) colocam que “muitas neoplasias têm um padrão único de tratamento, enquanto em outras, como a neoplasia de colo uterino, são necessários vários tipos integrados”.

Embasados na classificação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) proposta em 1987, Guimarães *et al.* (2006, p. 632)) citam que “a

porcentagem de sobrevida de cinco anos é inversamente proporcional ao estadiamento clínico-patológico do tumor”.

Segundo Gomes e Justino (2006) o tratamento com radioterapia, na maioria dos casos, consiste na combinação de irradiação externa da pelve ou teleterapia (visa a esterilização dos paramétrios e linfonodos pélvicos) e a braquiterapia (esterilização da doença central em colo e vagina). A associação dessas duas modalidades é eficaz e atinge taxas de sobrevida de em cinco anos de 75 a 85% para estágio IB, 65 a 75% para estágio II, 30 a 50% para estágio III e 10 a 20% para estágio IV da FIGO. A radioterapia pode ser utilizada como tratamento primário tanto em pacientes com tumores em estádios iniciais quanto naquela que apresentam tumores localmente avançados.

Para os mesmos autores (2006, p. 646):

*“O colo do útero possui uma rica drenagem linfática que se torna mais abundante nas camadas musculares mais profundas. Assim, tumores com invasão profunda nessa camada têm uma alta probabilidade de disseminação para os gânglios linfáticos regionais. A disseminação primária deve ocorrer para os gânglios linfáticos paracervicais e parametriais e desses para os linfonodos obturadores, outros linfonodos ilíacos externos e os hipogástricos. Desses sítios, as metástases devem ocorrer para os ilíacos comuns e para-aórticos.”*

Assim, na teleterapia, a irradiação deve englobar as principais drenagens linfáticas da cérvix uterina, bem como a doença central, o corpo uterino e os paramétrios.

Na braquiterapia é possível administrar doses elevadas de irradiação direta para o tumor, poupando assim de forma significativa estruturas normais adjacentes. Este aumento de dose no volume tumoral é fundamental para o sucesso do tratamento. Estudos confirmam melhoras nas taxas de sobrevida em pacientes tratadas com radioterapia externa e braquiterapia. Estudos de Greer *et al.* citados por Gomes e Justino (2006), em 1007 pacientes estádios FIGO IIIB, tratadas apenas com radioterapia, observou-se uma sobrevida específica de 43% para aquelas tratadas com teleterapia e braquiterapia e uma taxa de sobrevida de 21% para aquelas tratadas apenas com teleterapia.

Porém, para esses autores, há complicações importantes que podem ser atribuídas aos efeitos da radioterapia, pois a irradiação da pelve pode acabar incluindo intestino delgado, bexiga e reto. Os efeitos tardios são os mais importantes, pois a maioria deles é permanente. Felizmente são mais incomuns quando se respeitam as doses de tolerância dos tecidos normais, e menos de 5% das pacientes apresentarão retite/enterite crônica com sangramento, obstrução intestinal severa ou disfunção vesical.

Ribalta *et al.* (2005) referem que a cirurgia fica reservada para os estádios iniciais (IA, IB e IIA), variando desde a conização ou amputação da lâmina fria do colo do útero até a histerectomia total abdominal, culminando até com cirurgia radical do tipo Wertheim Meigs (histerectomia total abdominal com anexectomia bilateral, parametrectomia bilateral, retirada de manguito de cúpula vaginal completada com linfadenectomia pélvica bilateral). Nos casos de pacientes jovens ou com prole incompleta, há que se considerar a necessidade de conservação do útero. Nestes casos os tratamentos conservadores, como a conização, têm sido propostos.

Conforme Guimarães *et al.* (2006) e Ribalta *et al.* (2005), a quimioterapia vinha sendo empregada de maneira complementar, como uma conduta paliativa, pois não costuma apresentar resultados satisfatórios, razão pela qual o carcinoma de colo uterino é considerado de pouca quimiossensibilidade. Em casos de recidivas, áreas que já foram submetidas à cirurgia radical e à radioterapia tornam-se fibróticas e pouco vascularizadas, o que dificulta a ação dos agentes antitumorais em concentrações ideais. Por outro lado, em áreas não irradiadas previamente, onde as condições de vascularização, oxigenação e penetração de fármacos são mais favoráveis, o índice de resposta é mais elevado, o que indica certa sensibilidade à quimioterapia. Há algumas possíveis complicações do tratamento, entre elas: cistites, ileítes, sigmoidites, retites actínicas e possíveis fístulas vesíco e/ou retovaginais.

Trabalhos publicados, citados por Guimarães *et al.* (2006), sobre o emprego da quimioterapia neoadjuvante, mostram que ela é realizada anteriormente à qualquer conduta

terapêutica com o objetivo de reduzir o volume do tumor inicial propiciando condições mais adequadas para o tratamento cirúrgico, mostram que o índice de regressão ou remissão do tumor oscila entre 20 e 30% quando emprega-se a monoquimioterapia, alcançando índices próximos a 90% quando o uso de poliquimioterapia.

Para os mesmos autores, a monoquimioterapia consiste na utilização de um agente único e, de acordo com o tipo da droga e da forma de administração, obtêm-se 20 a 25% de resposta de regressão tumoral. Poliquimioterapia consiste na combinação de agentes citostáticos e tem se mostrado mais eficiente, pois possibilita a destruição de um maior número de células nas diferentes fases do ciclo celular. Alguns autores apresentam taxas de resposta de até 90% com a utilização de ciclofosfamida, metotrexato, vincristina, fluouracil, cisplatina e mitomicina-C.

Maluf, Marques e Filho (2005) apresentam os diferentes tratamentos de acordo com os estadiamentos da FIGO:

- Estádio clínico IA1: Histerectomia ou conização ou braquiterapia isolada (em pacientes sem condições cirúrgicas).
- Estádios clínicos IA2 e IB1 de baixo risco: Histerectomia total com linfadenectomia pélvica bilateral ou radioterapia externa e braquiterapia.
- Estádio clínico IB de risco moderado: Histerectomia total com linfadenectomia pélvica bilateral seguida de tratamento adjuvante com radioterapia externa ou radioterapia externa concomitante com quimioterapia e braquiterapia.
- Estádios clínicos IB de alto risco e IIA: Histerectomia total com linfadenectomia pélvica bilateral seguida de tratamento adjuvante com radioterapia externa concomitante com quimioterapia, ou radioterapia externa concomitante com cisplatina e braquiterapia.
- Estádios clínicos IIB, III e IVA: Radioterapia externa concomitante com quimio e braquiterapia.

- Estádio IVB ou recidiva: Quimioterapia paliativa com agentes únicos.
- Sintomas intensos, ou envolvimento visceral, ou recidiva loco-regional em área previamente irradiada: Quimioterapia paliativa com combinação de agentes.
- Recidiva loco-regional após tratamento com intuito curativo: Exanteração pélvica para recorrência loco-regional, caso a paciente tenha recebido radioterapia definitiva prévia ou radioterapia externa concomitante a quimioterapia com base em cisplatina.

A escolha do tipo de tratamento das lesões dependerá de alguns fatores como: idade, desejo reprodutivo, tipo de HPV, tipo de NIC e sua extensão, presença de ginecopatias e presença de gravidez.

Os métodos disponíveis são destrutivos e excisionais. Os destrutivos são: eletrocoagulação, ácido tricloroacético a 80% (ATA), 5-fluouracil a 5% e imiquimod. Os métodos excisionais são: exérese de lesões, conização a frio e alça de ondas de alta frequência. Maluf, Marques e Filho (2005) mostram os tratamentos para NIC I, II e III:

a) NIC I

- Realizar DNA/HPV (captura híbrida) oncogênico;
- Se DNA/HPV negativo: sem tratamento e repetir após 1 ano;
- Se DNA/HPV positivo: tratamento por métodos destrutivos;
- Repetir exames após 6 meses: se normais, fazer controle anual; se o resultado persistir NIC I/HPV, reavaliar e fazer novo tratamento (na persistência por 2 anos, indica-se a conização).

b) NIC II

- Uso de métodos destrutivos desde que a citologia oncótica, colposcopia e histologia sejam concordantes;
- Há indicação de eletrocauterização em sessão única, em pequenas lesões totalmente visíveis;

- Indica-se aplicações semanais de ATA nas lesões mais extensas, até a descamação completa da área afetada. É contra-indicada sua aplicação de uma só vez pela possibilidade de estenose vaginal;

- Na falha do ATA, indica-se o uso de creme de 5-fluouracil a 5% aplicado uma vez por semana;

- Com a persistência da lesão NIC II após um ano de tratamento com método destrutivo, indica-se a conização;

- Controle de seis em seis meses nos dois primeiros anos e , após esse período, anualmente.

#### c) NIC III

- Métodos excisionais: cirurgia com alças de ondas de alta freqüência, conização a frio (se margens livres controle com citologia+colposcopia de 3 em 3 meses no primeiro ano e após de 6 em 6 meses; se margens comprometidas não reconizar de imediato, repetir citologia oncológica e colposcopia após 3 e 6 meses, e, caso positivas, recomenda-se nova conização ou histerectomia – de preferência vaginal);

- Controle com citologia+colposcopia de 3 em 3 meses no primeiro ano e, após esse período, de 6 em 6 meses (inclusive nas histerectomizadas);

- Na presença de gestação, a conduta é expectante, com citologia oncótica e colposcopia de 2 em 2 meses. Após o parto, que pode ser transvaginal, a conduta cirúrgica, mais adequada, será adotada.

Estudos atuais mostram a vacina contra o HPV como uma alternativa para as mulheres no futuro. Aquelas que nunca foram expostas aos quatro tipos de vírus que compõem a vacina têm 96% menos chances de serem infectadas. A prevenção de lesões e verrugas chega a 100%. As mulheres já contaminadas também se protegem, pois a vacina evita a progressão do HPV para o câncer de colo. Em estudo há cinco anos, em 150 centros do mundo (15 deles no Brasil), a vacina é formada por quatro tipos do vírus: 16, 18, 6 e 11. Não

há perigo da pessoa imunizada ter a doença, já que apenas a cápsula externa do vírus compõe a vacina. O produto ainda não está disponível, mas está sob avaliação da *Food and Drug Administration* (FDA), nos Estados Unidos, e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no Brasil (LARANJA, 2006).

### 3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde é um grande desafio, uma vez que nem sempre as ações atingirão de maneira equitativa todos os indivíduos. Stobäus e Mosquera (1991) afirmam que a educação deve voltar-se para o homem, prepará-lo para o aqui e agora, mas também para o amanhã.

Gorini (2001) afirma que a Educação em Saúde pode iluminar o amanhã, para que o indivíduo possa enfrentar a vida com harmonia. Para desenvolver um programa de educação, é necessário que ele contemple estratégias pedagógicas que possibilitem a escolha de um novo estilo de vida que envolva menos riscos à saúde.

Segundo o INCA (BRASIL, 2002, p. 122)

*“As atividades educativas são de alta relevância , já que muitas mulheres, por seus valores e cultura, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer. [...] Estudos mostram que as principais causas de resistência estariam relacionadas às causas culturais: vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo, parceiros que não permitem que as mulheres compareçam ao exame. [...] Logo, a estratégia de captação das mulheres para o exame preventivo devem ser priorizadas e organizadas de modo a garantir não só o atendimento, como também a entrega do resultado e o seguimento das mulheres em todo o processo.”*

Ao receber o diagnóstico de câncer de colo do útero, a paciente pode reagir de diversas formas frente à doença crônica, mas, na maioria das vezes, a aceitação da doença costuma seguir os mesmos estágios diante da morte, citados por Kübler-Ross (1998): o primeiro estágio de negação e isolamento, após, a raiva, a barganha, a depressão e o quinto

estágio, a aceitação. Questões culturais também podem afetar na aceitação da doença e na adesão às ações educativas, o que influencia consideravelmente nas ações de enfermagem.

Smeltzer e Bare (2005) apresentam a importante influência da cultura para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento, o enfrentamento, o cuidado e a morte, por isso o trabalho da enfermagem deve ser culturalmente competente, apropriado e sensível às diferenças culturais. Ferreira (CULTURA, 1986, p.508) também define a cultura de modo semelhante, como sendo o “complexo dos padrões de comportamento, das crenças, das instituições e doutros valores espirituais e materiais transmitidos coletivamente e característicos de uma sociedade”.

Brasil (2005c) afirma que o Instituto Nacional de câncer tem realizado diversas campanhas educativas para incentivar a prevenção da infecção pelo HPV e a realização do exame preventivo (Papanicolau) periodicamente. Segundo esse autor, é fundamental a prevenção primária quando se fala em câncer de colo uterino, baseada principalmente na educação em saúde para a população.

Para Gorini (2001, p. 51)

*“a Educação em Saúde tem como prioridade a manutenção da saúde, minimizando os fatores de risco, agilizando a detecção precoce de problemas de saúde, facilitando as informações sobre fatores de proteção à saúde e conseqüente mudança de comportamento”.*

Os principais objetivos das práticas educativas para câncer de colo uterino devem ser: sensibilizar as mulheres com vida sexual ativa para que realizem o exame e tornem-se agentes multiplicadores de informações, orientar quanto aos cuidados para a realização do exame, orientar sobre dúvidas e sobre os resultados, usar meios de comunicação eficazes e mensagens adequadas para alcançar as mulheres quanto à importância da realização do Papanicolau, divulgar os horários e locais de atendimento dos serviços de saúde.

Questões culturais, problemas de acesso, mau funcionamento e precariedade dos serviços de saúde explicam um pouco o porquê de cerca de 70% dos casos de câncer de colo uterino serem diagnosticados no Brasil em fase avançada. No entanto, a neoplasia tem todas

as características para indicação de um programa de prevenção, rastreamento e detecção precoce, uma vez que este câncer tem uma evolução bastante lenta e o exame citopatológico (Papanicolau), além de apresentar uma alta eficácia no diagnóstico precoce, é um método aceito pela população e comunidade científica, seguro, de fácil execução, não invasivo e de baixo custo.

Para Guimarães *et al.* (2006) é importante a instrução das pacientes pelos profissionais da saúde para que realizem a prevenção periódica com o exame de Papanicolau, orientações pessoais para higiene íntima, uso de contraceptivos de barreira, reeducação alimentar além de informá-las sobre o perigo da promiscuidade e das doenças sexualmente transmissíveis.

O trabalho da enfermagem contribui de maneira muito importante para as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de cérvix uterina, segundo Brasil (2002), principalmente promovendo o controle dos fatores de risco, em especial a prevenção do HPV, proporcionando o aumento do número de mulheres que se submetem ao exame Papanicolau.

Consta no Protocolo de Desenvolvimento em Ações de Saúde para o profissional Enfermeiro elaborado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2002), que cabe ao enfermeiro, além da coleta do exame citopatológico, encaminhamento para tratamento e liberação de exames para a paciente, a prevenção do carcinoma invasivo de colo de útero mediante diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de lesões cervicais pré-invasivas, em mulheres acima de 20 anos (considerando que a população-alvo do exame são mulheres com 20 anos ou mais, ou com iniciação sexual prévia). O Protocolo confere ainda ao enfermeiro a identificação dos grupos de risco e a elaboração e aplicação das medidas preventivas (educação sexual, anticoncepção, tratamento de lesões traumáticas e inflamatórias do colo uterino, encaminhamento para exame colposcópico, reposição de carências nutricionais e mudança de hábitos).

De acordo com BRASIL (2004b), é possível a redução da mortalidade e da incidência por câncer de colo do útero através da promoção da saúde e detecção precoce dos casos de lesões precursoras através de programas estruturados de rastreamento. Estudos mostram que o percentual de realização do exame Papanicolau pelo SUS variou entre 33% e 64%, o que pode explicar o diagnóstico tardio e a manutenção das taxas de mortalidade, bem como as altas taxas de incidência observadas no Brasil.

### 3.3 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Gorini (2001) considera relevante na compreensão do adulto a análise de forma integrada da descrição de seu desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial. As fases do desenvolvimento humano são apresentadas conforme a seguinte nomenclatura: Jovem Adulto (de 20 a 40 anos), Meia-Idade (40 a 65 anos), Terceira Idade e Fim da Vida (65 anos em diante).

Mosquera citado por Gorini (2001, p. 9) diz que:

*“A fase de Jovem Adulto inicia-se no final da adolescência e é um período determinado por limites incertos, em que a pessoa possui plena maturação física e, psicologicamente, está apta para desenvolver suas funções na sociedade. O Jovem Adulto utiliza-se de sua vitalidade para alcançar os seus objetivos, tendo como característica a impulsividade e a alegria de viver”.*

Segundo Gorini (2001) na fase da Meia-Idade a profissão está definida e a família constituída. A partir desse momento surge a preocupação de se reconhecer como pessoa. Há consciência do quadro de valores, da definição de caráter e de sentimentos. Na fase da Terceira Idade ocorre o maior número de alterações físicas em todos os sistemas do organismo. É nessa fase que o adulto, ao rever seu passado, reconhece as escolhas que fez ao longo da vida e as conseqüências que elas lhe trouxeram. Trata-se de um momento de aceitação.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho trata de um estudo exploratório descritivo tipo estudo de caso. Para Bardin (2004), a abordagem qualitativa corresponde a um procedimento intuitivo, maleável e adaptável, permitindo sugerir possíveis relações entre o entrevistado e o pesquisador.

Goldim (2000) considera a pesquisa qualitativa como essencialmente descritiva, repleta de significados que assumem conotações diversas, tendo como perspectiva principal a visão do processo.

Afim de recolher o máximo de dados possíveis, o tipo de pesquisa qualitativa realizada foi o estudo de caso, utilizado para melhor compreender as percepções das participantes.

Pope e Mays (2005, p. 62) afirmam que *“perguntar aos participantes sobre suas experiências [...] pode oferecer dados ricos para relatos descritivos e explicativos de processos descritivos”*.

Segundo Stake (1998), o estudo de caso não é uma investigação de amostras. Estes casos devem ser selecionados de acordo com critérios, e, se possível, escolher casos que sejam fáceis de abordar e que nossos questionamentos sejam bem acolhidos (GORINI, 2001).

### 4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia localizado na zona 6 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

A Zona 6 do Ambulatório do HCPA atende exclusivamente os serviços de ginecologia e obstetrícia, sendo então voltada o sexo feminino. São oferecidas consultas, que

são encaminhadas dos Postos de Saúde da Rede Básica, para o Pré-Natal de Alto Risco, sendo as consultas realizadas, uma pela enfermeira e uma pelo médico. Além disso há o Serviço de Mastologia, com pacientes com câncer de mama; o Serviço de Reprodução Assistida; o Serviço de DST; o Serviço de Onco-Genital, que atende pacientes com câncer genital, incluindo câncer de colo uterino (pacientes alvo deste estudo).

Houve o consentimento e apoio das equipes de enfermagem e médica da zona 6, que atendem as pacientes com câncer de colo uterino no Serviço de Onco-Genital do ambulatório do HCPA.

#### 4.3 POPULAÇÃO / AMOSTRA

A população alvo deste estudo são mulheres em idade produtiva, inseridas dentro da fase de desenvolvimento humano como “jovens adultas” e “meia-idade”, com diagnóstico de câncer de colo do útero relacionado ao HPV, que estiveram em tratamento na Zona 6 do HCPA, no período de março a abril de 2006.

A seleção da amostra foi feita após verificação da presença dos critérios de inclusão, através da consulta do prontuário e do aceite das pacientes.

São considerados critérios de inclusão no estudo:

- Ser portadora do diagnóstico de câncer de colo uterino relacionado ao HPV com registro em prontuário;
- Ser portadora de lesão em colo uterino a partir de NIC III;
- Ter idade igual ou superior a 20 anos e menor que 65 anos (jovem adulto e meia-idade);
- Estar inserida em atendimento na Zona 6 do HCPA há no mínimo 3 meses;
- Ter aceitado e assinado o Termo de Consentimento (Apêndices A e B).

A presença do diagnóstico de câncer de colo uterino relacionado à presença do HPV e lesão NIC III, registrado em prontuário, facilita na seleção da amostra. A escolha da faixa etária proposta deve-se ao fato de um aumento na incidência deste tipo de neoplasia em jovens adultas e meia-idade. O tempo de tratamento no HCPA torna-se importante uma vez que passou algum tempo para a paciente conhecer seu diagnóstico e sentir-se à vontade de falar sobre ele.

São considerados critérios de exclusão da pesquisa:

- Ser portadora de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) registradas no prontuário;
- Interromper a entrevista, recusando-se a continuar participando do estudo.

A paciente que for portadora de outras DSTs apresenta outras enfermidades com diferentes necessidades, tornando-se difícil a análise dessa gama de dados.

Assim, o total de sujeitos constituiu-se de dez mulheres.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados pela própria pesquisadora através de uma entrevista semi-estruturada, o que deu liberdade de expressão de idéias aos participantes (BARROS E LEHFELD, 2001). As entrevistas foram realizadas no próprio ambulatório de gineco-obstetrícia, em um consultório, antes da consulta da paciente com a equipe do serviço de onco-genital, no período de março a abril do ano de 2006.

Após análise do prontuário escrito e *on-line* (existe atualmente uso de prontuários *on-line* no HCPA,) para que fosse possível a verificação dos critérios de inclusão e exclusão, procedia-se a abordagem da paciente na sala de espera, com a apresentação pessoal da apresentadora, da pesquisa, dos objetivos do estudo, aspectos éticos, tempo de duração da entrevista e então, a paciente era convidada para participar do estudo. Caso concordasse em

participar, elas eram acompanhadas até a sala/consultório onde acontecia a entrevista. Antes de iniciar, era lido em voz alta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B), o qual era assinado pelas entrevistadas, bem como pela pesquisadora, em duas vias, ficando uma com a participante e outra com a pesquisadora.

Segundo Trentini e Paim (1999), na entrevista semi-estruturada, conforme progride a interação entre o entrevistado e o entrevistador, surge a oportunidade de aprofundar o assunto de acordo com o tema da pesquisa.

A coleta de dados (APÊNDICE C) foi dividida em 2 etapas: primeiro a coleta de dados em prontuário seguindo um roteiro pré-estabelecido. A segunda parte consiste na entrevista com perguntas abertas, que foi conduzida através de um roteiro que apresentou as principais questões a serem abordadas durante a conversa. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora. As fitas serão guardadas por um período de cinco anos e, após esse prazo, serão destruídas juntamente com suas transcrições.

Para manter o sigilo e a privacidade das entrevistadas, optei em dar-lhes nomes de flores e omitir o local de procedência. Sendo assim, de forma aleatória, elas estão nomeadas como: o sujeito 1 recebeu o nome de Jasmim, o sujeito 2 o nome de Adália, o sujeito 3 recebeu o nome de Íris, o sujeito 4 o nome de Rosa, o sujeito 5 o nome de Margarida, o sujeito 6 recebeu o nome de Violeta, o sujeito 7 recebeu o nome de Hortênsia, o sujeito 8 o nome de Camélia, o sujeito 9 recebeu o nome de Bromélia e o sujeito 10 recebeu o nome de Acácia. Assim, organizei um resumo individual com uma breve descrição das pacientes, com base nas impressões da entrevistadora e dos dados coletados.

#### 4.4.1 Jasmim

Jasmim é uma jovem senhora muito simpática, um pouco fragilizada emocionalmente, porém bastante receptiva. Tem 50 anos. Foi muito colaborativa e falante

durante a entrevista. Conversou muito sobre a sua recente separação, em como isso afetou sua vida e até o seu tratamento de saúde. Referiu no final da entrevista que se sentia melhor por ter conseguido desabafar sobre o que sentia e sobre o momento delicado que está passando.

#### 4.4.2 Adália

Adália é uma senhora reservada e tímida, de 54 anos, porém simpática e educada. Trabalhou a vida toda como operária de fábricas, porém agora está aposentada devido a sua patologia. Usa regularmente analgésicos e antiinflamatórios, principalmente por causa das dores que sente devido à doença e ao tratamento. Foi simpática e educada durante a conversa, porém em muitos momentos lhe faltaram forças para falar, como se aquela situação que está vivendo ainda não estivesse totalmente aceita por ela. Encontra-se fragilizada pelas sessões de quimioterapia, nauseada, precisando de auxílio ao entrar e sair do consultório.

#### 4.4.3 Íris

Íris é uma senhora muito comunicativa, espontânea e simpática, de 53 anos de idade. Usa regularmente ansiolíticos e antidepressivos, uma vez que a doença lhe causou alguns problemas emocionais, passando até por uma fase de depressão mais grave. Mostrou durante a entrevista um grande reconhecimento à equipe de enfermagem e médicos do HCPA. Segundo ela, eles a ajudaram muito para que enfrentasse a doença, deixando claro que sabe que se não fosse o atendimento que recebeu no hospital, provavelmente não estaria mais viva. Ficou feliz em poder participar da pesquisa e em saber que assim poderia estar ajudando a conscientizar outras mulheres.

#### 4.4.4 Rosa

Rosa é uma jovem tímida e cabisbaixa de 36 anos. Atualmente cursa a oitava série do ensino fundamental em um curso supletivo em sua cidade. Mora com seus dois filhos e uma companheira, tendo assumido este novo relacionamento homossexual há seis meses. Ela demorou a interagir na entrevista, foi mais reservada, porém aos poucos foi se sentindo mais à vontade. Conversamos também sobre o preconceito em relação ao seu relacionamento que, para ela, basta que os filhos a aceitem do jeito que é. Ela trazia uma força no olhar, mostrando-se uma mulher independente e batalhadora.

#### 4.4.5 Margarida

Margarida é uma jovem simples de 24 anos, simpática, educada e espontânea. Nasceu com uma doença genética que faz com que seu organismo não produza alguns hormônios femininos que são responsáveis pela ovulação. Por isso, ela faz tratamento com hormônios desde os 18 anos em hospitais.

Um fato interessante é que quando descobriu que estava com a doença e com o vírus HPV, Margarida procurou seus ex-namorados e até algumas atuais namoradas deles para contar do problema e aconselhar-los a fazerem o exame, para tratarem se fosse preciso. Mostrou-se muito consciente e corajosa com essa atitude.

Ela sonha em ser mãe, e pretende, logo que se curar da doença, fazer um tratamento hormonal para tentar engravidar, mesmo sabendo que suas chances agora, depois do tratamento, são menores, somando-se ainda os seus problemas para ovular. Apesar das dificuldades segue confiante e otimista, o que com certeza lhe dá muita força para não abandonar o tratamento.

#### 4.4.6 Violeta

Violeta é uma simpática e educada jovem senhora com 45 anos de idade. Foi colaborativa e ficou tranqüila durante toda a conversa, deixando sempre clara a importância do apoio de sua família, que ela sempre teve, para que tivesse serenidade e determinação para seguir o tratamento.

Mais reservada, falava pouco, mas apresentou uma boa interação na entrevista.

#### 4.4.7 Hortênsia

Hortênsia tem 44 anos, é uma jovem senhora muito comunicativa, humilde e simpática. Ela é extremamente religiosa e tem 10 filhos. Conta que desde o começo achava que já haviam tido muitos filhos, mas o marido insistia em ter uma filha do sexo feminino, chegando a intimidá-la com o argumento de que se não fosse com ela, seria com outra mulher. Dos 10 filhos de Hortênsia, apenas uma é menina.

Ela ficou um pouco mais reservada no início da entrevista, mas com o passar do tempo foi ficando mais à vontade. Religiosa, referia-se muito à igreja e a Deus. Trazia consigo um ar de arrependimento, por não ter preocupado-se com sua saúde, e por sempre colocar a família antes dela mesma. Mas considera-se uma vitoriosa por hoje estar bem.

#### 4.4.8 Camélia

Camélia é uma confiante e mística senhora de 52 anos de idade. Fez seu primeiro exame ginecológico preventivo há 2 anos, quando já foi, então, detectado carcinoma invasivo. No HCPA, fez 25 sessões de radioterapia, 28 sessões de quimioterapia e 4 braquiterapias. Não

sentiu nenhum efeito dos tratamentos enquanto se tratava. Segundo ela, graças aos “chá da carne da cascavel e do rabo do tatu”. Conta que não toma medicações há muito tempo.

É uma mulher forte, que encarou a gravidade da doença e as dificuldades do tratamento com serenidade e determinação. Segundo ela, sua história renderia um bom livro. Há um trecho da conversa que a define muito bem, dita por ela mesma: “Eu nunca chorei, acredito que o que é para ti vai vir, não adianta se esconder. Eu aceito o que vem, seja bom ou ruim”.

#### 4.4.9 Bromélia

Em uma cadeira de rodas, debilitada pela doença e pelo tratamento, é que Bromélia de 47 anos vai levando sua vida. Faz uso constante de analgésicos devido às dores intensas que sente por causa da doença e do tratamento.

Hoje, Bromélia está muito fraca e emagrecida. Não se conformou com o aparecimento de uma doença tão grave em apenas 2 anos, tempo o qual ela deu de intervalo entre os exames. De uma certa forma, culpa o sistema público de saúde no qual era atendida, pois acredita que os resultados de exames anteriores deviam estar errados. Em alguns momentos apresentava face de dor e sofrimento. O marido a aguardou o tempo todo, e sempre a acompanha no hospital. Foi bastante colaborativa e simpática durante a entrevista.

#### 4.4.10 Acácia

Acácia é uma jovem tímida de 36 anos. Ela não tem filhos, mas pretende fazer tratamento para engravidar. Ela estava um pouco nervosa no início da entrevista. Tímida e humilde, falou pouco. Mas quando era estimulada sentia-se mais calma. Está com muita

vontade de ser mãe, ansiosa para que termine o tratamento do colo do útero, para que assim, possa se dedicar às tentativas para engravidar.

## 5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi fornecido às pacientes que concordaram em participar do estudo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A e B), que teve que ser assinado antes do início da entrevista, quando foram explicados os objetivos do estudo, ficando uma cópia com o entrevistado e uma com a pesquisadora. Nesse termo foi assegurado o direito às informações sobre a pesquisa, a participação voluntária, o sigilo em relação à identificação dos participantes, o direito à recusa de responder quaisquer das questões e a sua retirada do estudo durante a entrevista sem haver prejuízos em seu tratamento.

Seguindo as etapas propostas por Víctora, Knauth e Hassen (2000), foi esclarecido às entrevistadas, antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B), as informações sobre o projeto (título e objetivos do estudo); danos, riscos e desconfortos (a entrevista terá duração prevista de no máximo 40 minutos, não haverá nenhum dano à paciente); os benefícios (este estudo trará um benefício educacional para a prevenção de câncer de colo uterino relacionado ao HPV, contribuindo com ações de saúde na prevenção para que menos mulheres sofram com essa doença); voluntariedade (não haverá qualquer prejuízo no tratamento se aceitar ou recusar-se em participar da pesquisa, pode recusar-se a responder quaisquer das perguntas e pode cancelar sua participação em qualquer momento da entrevista); privacidade e anonimato (será garantida a preservação do anonimato da paciente).

O Projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e, posteriormente, aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o número 05-563. Nesta pesquisa foram protegidos os direitos dos sujeitos participantes, respeitando a beneficência, dignidade humana e justiça, segundo Goldim (2000).

## **6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

A análise dos dados foi realizada através da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2004). A organização da análise deste trabalho conta com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Segue abaixo uma breve descrição de cada uma delas.

A pré-análise é a fase de organização. É dividida em: leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação das hipóteses e dos objetivos, referenciação dos índices, elaboração de indicadores e preparação do material. Na segunda fase, a Exploração do Material, ocorre a análise propriamente dita. Na terceira fase, há o tratamento dos dados obtidos e a interpretação desses. Nesta etapa, o analista pode propor inferências e interpretações a propósito dos objetivos (BARDIN, 2004).

Os dados objetivos obtidos da ficha informativa (APÊNDICE C) são apresentados em tabelas de frequência simples e percentual, a fim de caracterizar a amostra estudada.

SUJEITOS	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	Nº DE FILHOS	TABAGISMO / TEMPO	PAROU DE FUMAR / TEMPO	PROFISSÃO / OCUPAÇÃO	COM QUEM MORA	LESÃO
Jasmin	50	Fund. compl.	4	Sim / 29 anos	Não	Dona de estabelecimento	Filhos	NIC III
Adália	54	Fund. incompl.	0	Sim / 15 anos	Sim / 5 anos	Aposentada	Irma e cunhado	Carcinoma Invasivo
Íris	53	Fund. incompl.	2	Sim / 40 anos	Não	Balconista	Sozinha	Carcinoma Invasivo
Rosa	36	Fund. incompl.	2	Sim / 22 anos	Não	Desempregada	Filhos e companheira	NIC III
Margarita	24	Médio compl.	0	Não	-	Balconista	Namorado e sogra	NIC III
Violeta	45	Sup. incompl.	2	Não	-	Funcionária pública	Marido e filhos	NIC III
Hortênsia	44	Fund. incompl.	10	Não	-	Auxiliar de limpeza	Marido e filhos	NIC III
Camélia	52	Fund. compl.	5	Sim / 42 anos	Sim / 3 anos	Aposentada	Marido e filhos	Carcinoma Invasivo
Bronélia	47	Fund. incompl.	5	Sim / 30 anos	Sim / 1 ano	Aposentada	Marido e filhos	Carcinoma Invasivo
Acácia	36	Médio incompl.	0	Sim / 5 anos	Não	Cozinheira	Marido	NIC III

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos. Pesquisa direta, própria autora, Porto Alegre, 2006.

SUJEITOS	MENARCA*	INÍCIO ATIV. SEXUAL*	1ª GESTAÇÃO*	Nº DE PARCEIROS SEXUAIS	MÉTODO CONTRACEPTIVO UTILIZADO	EXAME PAPANICOLAU (FREQUÊNCIA)*	TERAPIAS
Jasmim	12	18	19	4	Anticoncepcional oral	3 vezes na vida	Conização
Adália	11	16	-	4	Anticoncepcional oral	1 vez na vida	Quimioterapia Radioterapia Braquiterapia
Íris	13	17	17	1	Anticoncepcional oral	1 vez na vida	Quimioterapia Radioterapia Braquiterapia
Rosa	9	14	17	6	Anticoncepcional oral	1 vez ao ano	Conização Histerectomia
Margarita	19	19	-	4	Preservativo (eventualmente)	1 vez ao ano	Conização
Violeta	14	18	22	1	Anticoncepcional oral	1 vez ao ano	Conização Histerectomia
Hortênsia	12	19	19	1	Nenhum	1 vez na vida	Conização Histerectomia
Camélia	11	17	17	2	Anticoncepcional oral	1 vez na vida	Quimioterapia Radioterapia Braquiterapia Histerectomia
Bromélia	12	13	16	4	Anticoncepcional oral	1 vez ao ano	Quimioterapia Radioterapia Braquiterapia
Acácia	16	23	-	4	Anticoncepcional oral	1 vez ao ano	Conização

Quadro I – Caracterização dos sujeitos (continuação). Pesquisa direta, própria autora, Porto Alegre, 2006.

\* Em anos de idade.

\* Antes de detectada a lesão no colo uterino.

No quadro I apresento a caracterização dos sujeitos deste estudo quanto à sua idade, grau de instrução, número de filhos, tabagismo / tempo, se parou de fumar / tempo, profissão / ocupação, com quem mora, tipo de lesão no colo uterino, idade da menarca, idade de início da atividade sexual, idade da primeira gestação, método contraceptivo utilizado, frequência do exame Papanicolau e terapias, de maneira a apresentar uma visão geral do conjunto.

Conforme Brasil (2002), o câncer de colo do útero é mais freqüente em mulheres com idades entre 35 e 49 anos. Em relação às idades, vê-se no quadro que Rosa, Margarida e Acácia estão inseridas no grupo de jovens adultos. Já Jasmim, Adália, Íris, Violeta, Hortênsia e Bromélia estão inseridas no grupo de meia-idade do desenvolvimento humano. No Brasil, a população de mulheres com mais de 50 anos é de pouco mais de 14.500.000, enquanto que os homens na mesma faixa etária passam um pouco de 12.500.000 (IBGE, 2000).

Estão no nível de escolaridade mais baixo, ou seja, têm o ensino fundamental incompleto Adália, Íris, Rosa e Bromélia. Há duas entrevistadas, Jasmim e Camélia, que completaram o ensino fundamental. Apenas Margarida tem o ensino médio incompleto e Violeta tem ensino superior incompleto.

Quanto às suas profissões e ocupações, Adália, Camélia e Bromélia estão aposentadas, Rosa está desempregada, Íris e Margarida são balconistas, Camélia e Bromélia são domésticas, Violeta é funcionária pública, Hortênsia é auxiliar de limpeza, Acácia é cozinheira e Jasmim é dona de estabelecimento. O número de mulheres economicamente ativas no Brasil passou de 35 milhões em 2001 para 40 milhões em 2004 (IBGE, 2000).

Quanto à informação de com quem elas moram, Rosa, Violeta, Hortênsia, Camélia e Bromélia residem com os filhos e com os companheiros, Margarida e Acácia moram apenas com os companheiros, Jasmim reside só com os filhos, Íris mora sozinha e Adália reside com outros parentes. No Brasil, a proporção de mulheres responsáveis pelos domicílios é de 25% (IBGE, 2000).

A multiparidade também é considerada um fator de risco para o desenvolvimento da neoplasia de colo uterino. No que se relaciona ao número de filhos, Adália, Margarida e Acácia não têm filhos, Íris, Rosa e Violeta têm 2 filhos cada, Jasmim possui 4 filhos, Camélia e Bromélia têm 5 filhos cada e Hortênsia tem 10 filhos ao todo.

O tabagismo é um importante fator de risco. Quando se fala em tabagismo, apenas Margarida, Violeta e Hortênsia não fumam. Das sete entrevistadas que fumam, apenas Acácia fuma há menos de 10 anos. Concluindo, 6 entrevistadas são tabagistas há mais de 10 anos. Apenas Adália, Camélia e Bromélia pararam de fumar, e foi quando foi diagnosticada a doença.

As idades da menarca das entrevistadas variaram entre 9 e 19 anos de idade. Rosa teve a sua primeira menstruação aos 9 anos de idade, Adália e Camélia aos 11 anos, Jasmim, Hortênsia e Bromélia aos 12, Íris aos 13, Violeta aos 14, Acácia aos 16 e Margarida aos 19 anos de idade. Portanto, 8 das entrevistadas tiveram sua primeira menstruação antes dos 15 anos de idade. As idades do início da atividade sexual das entrevistadas variaram entre 13 e 23 anos de idade. Bromélia iniciou sua vida sexual aos 13 anos de idade, Rosa aos 14 anos, Adália aos 16, Íris e Camélia aos 17, Jasmim e Violeta aos 18, Margarida e Hortênsia aos 19 e Acácia iniciou sua vida sexual aos 23 anos de idade. Assim, das dez entrevistadas, nove tiveram um início considerado precoce da atividade sexual com menos de 20 anos de idade.

As idades das primeiras gestações das entrevistadas tiveram uma variação de 16 a 22 anos. Bromélia teve sua primeira gestação aos 16 anos, Íris, Rosa e Camélia aos 17 anos, Jasmim e Hortênsia aos 19, Violeta aos 22 anos de idade e Adália, Margarida e Acácia não têm filhos.

A multiplicidade de parceiros sexuais também é considerada um fator de risco. Mas deve-se considerar também, como risco, a multiplicidade de parceiras sexuais dos parceiros sexuais. Quanto ao número de parceiros que as entrevistadas tiveram até o momento, Rosa declarou ter tido 6 parceiros, Jasmim, Adália, Margarida, Bromélia e Acácia

referiram ter tido 4 parceiros, Camélia referiu 2 parceiros na vida, e Íris, Violeta e Hortênsia referiram ter tido apenas 1 parceiro. Logo, na amostra estudada, não é vista uma considerável multiplicidade de parceiros sexuais, mas deles, não há como afirmar o mesmo.

De acordo com Machado e Júnior (2006) e Guimarães *et al.* (2006), estudos confirmam que os contraceptivos orais estão relacionados com o aumento do risco de câncer cervical e que há relação direta com o tempo de uso. No item de contracepção, oito das entrevistadas referiram que usam ou usavam regularmente o anticoncepcional oral, enquanto Margarida usa eventualmente o preservativo para prevenir a gravidez e Hortênsia não faz uso de nenhum método contraceptivo.

Manter relações sexuais desprotegidas é um fator de risco tanto para a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, como o vírus HPV, quanto pela exposição a agentes carcinógenos. Quanto ao uso do preservativo ou camisinha, todas as pacientes entrevistadas admitem que não usam com frequência ou nunca usaram a camisinha nas suas relações sexuais.

Quando questionadas quanto à frequência com que se submetem ao exame ginecológico preventivo, o Papanicolau, metade delas, Rosa, Margarida, Violeta, Bromélia e Acácia admitiram fazer o exame regularmente, ou seja, uma vez ao ano. As outras cinco entrevistadas, Jasmim, Adália, Íris, Hortênsia e Camélia referiram que não faziam o exame regularmente, e destas cinco entrevistadas que não fazem o exame, quatro o fizeram pela primeira vez quando já estavam com sintomas da doença, sendo então sua doença detectada neste primeiro exame.

Quanto aos tratamentos terapêuticos que as entrevistadas foram submetidas, Jasmim, Margarida e Acácia submeteram-se apenas à conização. Rosa, Violeta e Hortênsia tiveram que fazer a conização e a histerectomia. Adália, Íris e Bromélia submeteram-se à sessões de radioterapia, braquiterapia e quimioterapia. Apenas Camélia teve que fazer além das sessões de radioterapia, braquiterapia e quimioterapia, uma cirurgia de histerectomia.

## 6.1 CATEGORIA : CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE DSTS

O quadro II apresenta a categoria relacionada ao conhecimento das pacientes sobre a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Suas subcategorias são: divulgação pela mídia e divulgação nas campanhas, escolas e postos de saúde.

SUBCATEGORIA	TEMA
<b>Divulgação pela Mídia</b>	<i>“...a mídia divulga bastante. (...) Saiu até uma reportagem no jornal Zero Hora explicando...”</i> (Hortênsia)
	<i>“O que eu sabia era mais de ver na televisão mesmo.”</i> (Bromélia)
	<i>“...começou a aparecer mais, comecei a ver em jornal, este tipo de coisa.”</i> (Margarida)
<b>Divulgação nas Campanhas / Escolas / Postos de Saúde</b>	<i>“Seguido eu vejo as campanhas, são bem boas. Quando tem festinha do bairro eles divulgam bastante, tem o pessoal falando, dando camisinha, fazendo campanha.”</i> (Jasmim)
	<i>“Campanha está dando toda hora na televisão, a gente está vendo, no posto, tudo...”</i> (Adália)
	<i>“Aprendi no colégio”</i> (Rosa)

Quadro II – Categoria: Conhecimento sobre a prevenção de DSTs. Pesquisa direta, própria autora, Porto Alegre, 2006.

Na fala de Hortênsia, verificamos o importante papel da mídia na divulgação da prevenção de doenças, especialmente o jornal, uma vez que é um veículo acessado por grande parte da população, em especial as pessoas mais velhas.

Notamos o importante papel das campanhas dos postos de saúde nos bairros na fala de Jasmim, pois muitas vezes são eventos que reúnem entretenimento, informação e saúde para a comunidade, formando assim um vínculo da população com o serviço de saúde. De acordo com Schimith e Lima (2004), este vínculo formado entre os usuários e os serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço.

O papel da escola na orientação dos jovens é fundamental, pois além de adquirirem conhecimento, ainda são transmissores da informação para seus familiares e amigos fora do convívio escolar (BRASIL, 2002).

## 6.2 CATEGORIA: CONHECIMENTO GERAL SOBRE O HPV

No quadro III apresenta-se a categoria conhecimento geral sobre o HPV, dividida nas subcategorias meios de transmissão, evolução do vírus e sem informação.

SUBCATEGORIA	TEMA
<b>Meios de Transmissão</b>	<i>“... é um vírus, que a gente pega do parceiro, na relação.” (Rosa)</i>
	<i>“Eu sei que é um vírus que o homem tem, que transmite para a mulher. O que causa eu não sei.” (Hortênsia)</i>
<b>Evolução do Vírus</b>	<i>“Sei que é um vírus, que causa lesões, que é transmitido só através das relações, que não tem tratamento pra isso, só uma aplicação de ácido em cima, para retirar as lesões. E tem o câncer também, no caso.” (Margarida)</i>
	<i>“Saiu até uma reportagem no jornal Zero Hora explicando o que era o HPV, tipo, que é uma doença, que ela não tem cura e é tipo de um vírus, é um vírus, que está no organismo, e que não tem cura. E que ele poderá se transformar em maligno, poderá se transformar ou não.” (Violeta)</i>
<b>Sem Informação</b>	<i>“HPV é AIDS?” (Íris)</i>
	<i>“O da AIDS?” (Acácia)</i>

Quadro III – Categoria: Conhecimento geral sobre o HPV. Pesquisa direta, própria autora, Porto Alegre, 2006.

Uma grande parte das pacientes que participaram deste estudo desconheciam o que era exatamente o vírus HPV, bem como as doenças que ele causa. Quando Margarida fala, ela mostra um conhecimento muito mais profundo do que as outras entrevistadas, uma vez que sabe não só da transmissão do vírus, mas também seu tratamento e evolução.

A transmissão do HPV se dá por contato direto com a pele infectada, normalmente por relações sexuais desprotegidas. De acordo com Machado e Júnior (2006), o vírus HPV pode ser detectado em quase todos os cânceres cervicais, por isso os fatores epidemiológicos da doença têm as características de doença sexualmente transmissível.

Jasmim mostra que conhece a evolução do vírus HPV e a gravidade da evolução da doença.

Íris e Acácia mostram com suas falas o pensamento de muitas pessoas que confundem o vírus HPV com o HIV. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) causada pelo vírus HIV já é conhecida há muito tempo, e, sendo assim, estamos acostumados a ver diversas campanhas sobre a prevenção da SIDA (ou AIDS). E mesmo sendo vírus completamente diferentes e que causam doenças nada parecidas, a semelhança em suas siglas e a falta de conhecimento sobre o vírus HPV fazem com que eles sejam facilmente confundidos.

### 6.3 CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DO HPV

O quadro IV mostra a categoria conhecimento sobre a prevenção do HPV, e suas subcategorias com informação e sem informação.

SUBCATEGORIA	TEMA
<b>Com Informação</b>	<i>“Só com camisinha.”</i> (Jasmim)
	<i>“Tu pega ele na relação sexual. A prevenção é se cuidar.”</i> (Violeta)
<b>Sem Informação</b>	<i>“Não sei.”</i> (Adália)
	<i>“Não conheço”</i> (Íris)

Quadro IV – Categoria: Conhecimento sobre a prevenção do HPV. Pesquisa direta, própria autora, Porto Alegre, 2006.

As falas de Jasmim e Violeta mostram um conhecimento sobre a correta prevenção do vírus HPV. Por ser considerada uma DST, o vírus HPV segue a linha de prevenção das demais doenças transmitidas pelo ato sexual: para evitar é necessário o uso correto do preservativo masculino ou feminino durante toda e em todas as relações sexuais, já que essa é uma das formas de evitar o contágio com o HPV (BRASIL, 2006).

As declarações de Adália e Íris mostram a falta de conhecimento de muitas mulheres, que desconhecem tanto o que é o vírus HPV, quanto os métodos para preveni-lo.

## 6.4 CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O quadro V apresenta a categoria conhecimento sobre o câncer de colo uterino e suas subcategorias: métodos de prevenção, estágios de negação / raiva, aspectos culturais e percepções dos tratamentos.

SUBCATEGORIA	TEMA
<b>Métodos de Prevenção</b>	“... as campanhas que têm lá é para que o pessoal use o preservativo, eles distribuem tudo.” (Rosa)
	“A prevenção seria fazer o exame preventivo, todo o ano.” (Violeta)
	“Tem que usar camisinha, ter um parceiro fixo, tem que se prevenir na relação. Mas antes eu ‘nem tava’, não sabia nada. Os exames da prevenção eu até fazia, mas mesmo assim aconteceu.” (Bromélia)
<b>Estágios de Negação / Raiva</b>	“...eu não acredito que em 2 anos só vai se manifestar um câncer assim, uma doença tão grave, só em 2 anos. Quer dizer, eu fazia sempre, tudo normal, daí em 2 anos surgiu um câncer que quando detectaram eu não pude fazer nada, não dava mais para fazer cirurgia, nada. Não pude fazer retirada do útero, não pude fazer nada. Porque já estava muito grande e não podia mexer.” (Bromélia)
	“...a gente que é mãe a gente se preocupa mais os filhos, te preocupa em se dar mais para eles do que cuidar de ti. Foi o que aconteceu comigo.” (Hortênsia)
	“Se eu pudesse voltar 20 anos atrás, eu faria o exame de 6 em 6 meses, toda a revisão, que muitas vezes as pessoas dizem ‘que bobagem, pra que tudo isso?’ Foi uma conduta estúpida da minha parte nunca ter feito o exame. Eu nunca tinha feito na minha vida e daí quando eu fiz foi para aparecer este tumor, este horror todo. Se eu tivesse feito antes talvez não passaria por tudo isso.” (Íris)
<b>Aspectos Culturais</b>	“Aí um dia eu estava na igreja, e o pastor me deu a profecia. Ele disse assim para mim: que eu ia passar pelo vale da sombra e da morte e que algo estava errado comigo. Disse que Deus era comigo, mas que eu ia passar uma luta muito grande, mas que eu ia vencer. (...) Mas que eu tinha que passar pelas mãos do médico. (...)eu tinha que vencer, e a minha fé, e eu vou vencer.” (Hortênsia)
	“Antes de fazer [a cirurgia], reuniram meus filhos e o doutor me deu 10% de chance de sair da mesa. Aí eu ri, disse que só quem sabia era Deus e que eu me dava 100% de chance de ficar viva. (...) E não tomei remédio. Mas tomei o chá da carne da cascavel, que é muito bom. E tomei também o chá do rabo do tatu. Duas coisas que se tu quiser tu acredita, mas para câncer não tem coisa melhor. E graças a Deus e ao chá não me aconteceu nada. E tu vê a fé, a força de Deus. Hoje eu estou aqui bem.” (Camélia)

<b>Percepções dos Tratamentos</b>	“...fiz também ‘radio’ e ‘químio’, fiz 9 ‘químio’ e 25 ‘radio’ e 4 daquela que entra, a braquiterapia. Isso tudo faz menos de 1 ano, e acabou dando uma reviravolta na minha vida todinha. Bagunçou tudo.” (Adália)
	“Teve um dia que estava muito quente e eu vim fazer a vigésima sessão de radio, eu fiz 25 ao todo, e eu comecei a sentir vontade de gritar: ‘eu não vou ir mais, eu não agüento mais!’ Porque daí eu estava sofrendo muito, dores nas costas, e aquele calorão também. (...) Porque como este tratamento é forte, aquela sensação de ardência, de queimadura, assadura...” (Íris)
	“...agora eu estou parada porque não tenho mais condições de fazer químio porque eu estou muito fraca. Mas agora o câncer que estava no colo do útero já se espalhou. Afetou os rins, as glândulas, e no fígado...” (Bromélia)
	“Tu vê, eu fiz 25 ‘radio’, fiz 28 ‘químio’ e mais 4 ‘braqui’, essa, foi horrível, tu sente muita dor, colocam aquele ferro lá dentro, muito ruim...” (Camélia)

Quadro V – Categoria: Conhecimento sobre o câncer de colo do útero. Pesquisa direta, própria autora, Porto Alegre, 2006.

A principal estratégia utilizada para detecção precoce dessa doença, no Brasil, é através do rastreamento, através da realização do exame preventivo (Papanicolau) em mulheres sem os sintomas da doença, com o objetivo de identificar aquelas que possam apresentar a doença em fase muito inicial, quando o tratamento pode ser mais eficaz. O exame preventivo (Papanicolau) é dirigido a mulheres de 25 a 59 anos que devem submeter-se ao exame periodicamente (BRASIL, 2006).

O Instituto Nacional do Câncer tem realizado diversas campanhas educativas para incentivar a prevenção da infecção pelo HPV e a realização do exame Papanicolau periodicamente, apresentados em BRASIL (2005c). Assim, é fundamental a prevenção primária quando se fala em câncer de colo uterino, baseada principalmente na educação em saúde para a população.

Violeta fala corretamente sobre a prevenção do câncer de colo. A periodicidade preconizada para a realização desse exame é, inicialmente, um exame por ano. No caso de dois exames normais consecutivos (com intervalo de um ano entre eles), o exame deverá ser

feito a cada 3 anos. Em caso de exames com resultados alterados a mulher deve seguir as orientações fornecidas pelo médico que a acompanha (BRASIL, 2006).

Na subcategoria estágios de negação e raiva, Hortênsia usa como justificativa para a não realização do exame o fato de colocar a família antes dela mesma, encarando a negação do perigo da doença. Kübler-Ross (1998) refere que a negação é usada por quase todos os pacientes, ou nos primeiros estágios da doença crônica, ou logo após a constatação, funcionando como uma proteção diante das notícias catastróficas, dando um tempo para que o paciente se recupere. Na fala de Bromélia, nota-se a raiva contra o sistema de saúde, uma vez que ela acredita que houve falhas em seus exames anteriores, que não detectaram o câncer no colo do útero. Na fala de Íris, vemos também a raiva, por saber que ela poderia ter evitado todo o sofrimento da doença se tivesse feito a prevenção corretamente. A mesma autora coloca que quando não é mais possível manter o estágio da negação, ele é substituído por um sentimento de raiva, de revolta, surgindo a pergunta: “Por que eu?”. Essa raiva pode propagar-se em todas as direções e projetar-se no ambiente, muitas vezes sem razões plausíveis.

Nas falas relacionadas aos aspectos culturais, na fala de Hortênsia, percebe-se a fé e a religiosidade com fatores muito fortes. Durante todo o processo da doença ela agarrou-se nessa “profecia”, o que, segundo ela, lhe deu muita força e tranquilidade nas horas mais difíceis. Na fala de Camélia, nota-se que há fé em crendices populares, “simpatias” e coisas do gênero.

Segundo Smeltzer e Bare (2005), a espiritualidade ajuda as pessoas a descobrir um propósito para a vida. Um sentimento de espiritualidade e fé, independente da crença, pode ser um impacto positivo para a saúde, pois é um componente de esperança, e, sobretudo, durante a doença grave, os pacientes e suas famílias podem encontrar conforto e força emocional. Essas autoras colocam ainda que a cultura, como um padrão de comportamento, crenças e valores, afeta significativamente a maneira pela qual um indivíduo responde aos problemas de saúde e doença.

Na subcategoria relacionada às percepções dos tratamentos, as falas das entrevistadas mostram o quão dolorido e desagradável são alguns tratamentos para a neoplasia de colo uterino. Smeltezer e Bare (2005) referem que os efeitos adversos da radioterapia dependerão do local da irradiação. No caso do colo uterino, a irradiação da pelve pode acabar incluindo intestino delgado, bexiga e reto e, de acordo com a dose recebida, esses órgãos vão sofrer complicações do tratamento. A complicação mais freqüentemente vista é a enterite. Outra queixa freqüente é a disúria. Efeitos colaterais sistêmicos também podem ser experimentados, e incluem fadiga, cefaléia, indisposição, náuseas e vômitos. A braquiterapia pode ocasionar secura vaginal, ardência, espessamento e endurecimento da parede vaginal. O tratamento quimioterápico pode ocasionar diversos tipos de reações no sistema gastrintestinal, no sistema hematopoiético, no sistema renal, no sistema cardiopulmonar, e no sistema neurológico, além da fadiga.

#### 6.5 CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE A RELAÇÃO DO HPV COM O CÂNCER DE COLO UTERINO

O quadro VI mostra a categoria conhecimento sobre a relação do HPV com o câncer no colo uterino, nas subcategorias com informação e sem informação.

SUBCATEGORIA	TEMA
<b>Com Informação</b>	<i>“... sei que ele [o HPV] é um vírus que é transmitido sexualmente, é uma doença, e ele causa o câncer. Se tu não cuida, tu pode até morrer. Quando eu comecei o tratamento eu pensei: ‘vou morrer’, porque tava com câncer.” (Jasmim)</i>
	<i>“...a lesão, se não tratada pode causar o câncer. Por isso tem que fazer o acompanhamento, como eu faço sempre, de no máximo de 6 em 6 meses eu tenho que vir aqui fazer o acompanhamento...” (Margarida)</i>
<b>Sem Informação</b>	<i>“Não sei” (Camélia)</i>
	<i>“Não sei” (Acácia)</i>

Quadro VI – Categoria: Conhecimento sobre a relação do HPV com o câncer no colo uterino. Pesquisa direta, própria autora, Porto Alegre, 2006.

Jasmim demonstra que conhece o que o vírus HPV, se não tratado a tempo e corretamente, pode ocasionar na mulher.

Segundo Ribalta *et al.* (2005), há múltiplas evidências epidemiológicas, clínicas e biomoleculares de que o agente etiológico do câncer de colo uterino é o papilomavírus humano (HPV), tendo como seus principais genótipos de alto risco oncogênico os sub-tipos 16, 18, 33, 45 e 53. Russel *et al.* (2004) coloca que o período entre a infecção pelo vírus HPV, a displasia e o carcinoma invasivo é normalmente de anos a décadas.

Camélia e Acácia, assim como muitas outras mulheres, desconhecem o que o HPV pode causar, tornando-se assim possivelmente suscetíveis a contrair o vírus, e desenvolver a doença. Uma pesquisa realizada na União Européia com mais de 1.500 mulheres e divulgada em abril de 2006 mostrou que apenas 5% delas sabem que o HPV causa o câncer de colo do útero (WESTIN, 2006).

#### 6.6 CATEGORIA: CONHECIMENTO SOBRE O EXAME PAPANICOLAU

A categoria conhecimento sobre o exame Papanicolau é apresentada no quadro VII, bem como as subcategorias método utilizado e importância do exame.

SUBCATEGORIA	TEMA
<b>Método Utilizado</b>	<i>“...eles colocam um aparelho, aí tiram um pedacinho para ver se está tudo bem, se alguma coisa está errada.”</i> (Acácia)
	<i>“Eles tiram o líquido lá de dentro pra ver como a gente está.”</i> (Adália)
<b>Importância do Exame</b>	<i>“... se tu não for fazer, não tiver o acompanhamento no ano, quando descobrir já é tarde...”</i> (Rosa)
	<i>“Ele previne. Se tiver com a doença e não souber, se tu não faz, não tem como voltar atrás, se tratar.”</i> (Violeta)

Quadro VII – Categoria: Conhecimento sobre o exame Papanicolau. Pesquisa direta, própria autora, Porto Alegre, 2006.

A fala de Margarida mostra que ela conhece, de forma superficial, mas claramente, o método de coleta do exame. Em muitos locais, quem leva o exame até o laboratório é a própria paciente. Por isso, é importante que ela conheça a importância de encaminhar o exame de forma rápida e segura, e como guardá-lo de forma correta.

Segundo Guimarães *et al.* (2006), o câncer de colo uterino é geralmente assintomático, e em 20% dos casos, não são observadas lesões macroscópicas. Assim, o diagnóstico é feito, em 90% dos casos, pelo exame de Papanicolau.

De acordo com o INCA, o exame Papanicolau tem uma sensibilidade de 97%. É importante saber que, quando detectado precocemente pelo exame, o câncer do colo uterino pode ser curado em praticamente 100% dos casos (BRASIL, 2006).

As falas de Rosa e Violeta sobre a importância do exame Papanicolau mostram que elas reconhecem, hoje, o papel do exame.

## 6.7 CATEGORIA: PROPOSTAS EDUCATIVAS

O quadro VIII apresenta a categoria relacionada às propostas educativas, e suas subcategorias: acesso ao posto de saúde, conscientização, meios de divulgação / prevenção e educação em saúde.

SUBCATEGORIA	TEMA
<b>Acesso ao Posto de Saúde</b>	<p><i>“...o acesso ao posto de saúde tinha que ser maior, tem que ter mais acesso à saúde. Hoje tu tem que levantar às 4 da manhã, ir para o posto e ainda pagar para conseguir um lugar na fila porque já tem 4 ou 5 marginais te cobrando pelo lugar na fila, 10 ‘pila’, porque senão já tem o outro fulano que já pagou aquele lugar. É um horror!! (...) [Deve] ser bem divulgado na televisão, jornal, na faculdade, nos colégios. Acho que falta a mulher se conscientizar um pouquinho mais e se gostar mais. Porque a gente tem mania de gostar muito dos filhos, do marido, e a gente, a gente deixa pra depois.” (Jasmim)</i></p> <p><i>“...no posto de saúde é assim: para fazer este exame tu tem que morar na fila para tirar ficha, para passar pela doutora, para a doutora te orientar para tu ir fazer. Isso deveria ser agendado. (...) Sabe por que eu não ia? Porque tinha que faltar o emprego e tinha que morar na fila para conseguir uma ficha. Porque em fila de posto tu tem que estar lá 4, 5 horas da manhã. Para daí consultar com o médico para daí pedir os exames. (...) A mulher tinha que chegar e direto pedir o preventivo e já fazer” (Hortênsia)</i></p>

	<p>“...a gente colhe o material no posto, aí tu mesma leva o material para a análise no hospital. (...) O acesso é muito difícil. Para tirar uma ficha tu tem que ir no posto 4 horas da manhã, uma fila enorme já. E tu só pode consultar ali, porque tu pertence àquele posto. No hospital não vão te atender, porque é o posto que te encaminha para o hospital. E daí tu vai hoje e não consegue a ficha. Aí tu não vai de novo, ah não vai. Semana que vem tenta de novo. E fica sempre para a semana que vem.” (Bromélia)</p>
<b>Conscientização</b>	<p>“Eu acho que falta consciência das pessoas, da gente mesmo, de realmente escutar o que a gente vê nas campanhas, na televisão, a gente escutar e se conscientizar...” (Íris)</p>
	<p>“Deveria se incentivar muito porque tem muitas mulheres que não fazem, que deixam o exame para depois, que não vão, sabe, que fica para amanhã, para amanhã...” (Bromélia)</p>
	<p>“...as mulheres devem fazer o exame com mais frequência. Eu acho que até é bem divulgado, a mídia divulga bastante. Acho que é uma questão de consciência mesmo, se conscientizar mais que ela tem que fazer.” (Violeta)</p>
	<p>“Falta mais educação, eu acho, da própria pessoa. Acho que falta também buscar as pessoas mais velhas, que são mais reservados.” (Adália)</p>
	<p>“É importante que usem o preservativo. Se quiser, pode fazer quantas vezes, com quem quiser, mas que use o preservativo. Porque a mulher tem que exigir o seu direito, e é a gente que sofre com isto.” (Rosa)</p>
<b>Meios de Divulgação / Prevenção</b>	<p>“A prevenção tem que ser trabalhada desde a escola, que é onde a gurizada fica a maior parte do tempo. Mas nas próprias consultas mesmo, que a guria vai, fica ali, se dedica para aquilo ali. Daí ser explicado, bem direitinho, tudo bem claro.” (Margarida)</p>
	<p>“Deveria ter mais interesse por nós mulheres. (...) E elas estão mais preocupadas em progredir, em comprar um carro novo, do que cuidar da sua saúde. (...) Acho que deveria ter, principalmente para nós mulheres, mais propaganda.” (Hortênsia)</p>
	<p>“...tem que ter mais informação porque tem muita mulher que não se liga nisto aí. A mulher tem que se preocupar com ela.” (Camélia)</p>
	<p>“...tinha que ter mais informação. Falta muita informação. Porque muitas pessoas acabam deixando isto de lado. (...) deveria ter mais incentivo, mais propaganda. Porque muitas mulheres desconhecem ainda. Falta informação.” (Acácia)</p>
<b>Educação em Saúde</b>	<p>“...hoje converso muito em casa, com meus filhos, a gente conversa bastante sobre isso, até porque eu estou com problema. (...) Meu filho tem 21 anos, namora a menina desde os 13, e ela toma pílula e ele usa camisinha. Ele diz: ‘eu quero viver mãe’. Isso é consciência. Ele tem 21 anos e tem consciência, coisa que eu não tive.” (Jasmim)</p>
	<p>“...nunca tive liberdade em casa, com meus filhos eu faço bem diferente. Com eles eu procuro deixar tudo muito claro. (...) E se eu tivesse uma filha eu falaria ‘quer fazer, faz, mas usa o preservativo’. Se tu não usa o preservativo com o que tu vai te proteger? É uma segurança que a mulher tem, e o homem também.” (Rosa)</p>

	<p><i>“Um destes outros parceiros [ex-namorado], ele estava namorando uma menina, e eles terminaram, e eu me lembrei que, como ele não usava camisinha comigo e eu estava com o vírus, ele podia estar também e estar passando para a menina. Fui eu conversar com a mãe da guria e contar tudo pra ela e pedir que ela fizesse a filha fazer o exame. Porque vai que ela estava com algo de errado, tinha que tratar logo.” (Margarida)</i></p>
	<p><i>“Eu digo para as minhas filhas não deixarem de fazer, nunca. É muito importante. (...) Tem que se cuidar, prevenir. Eu digo para as minhas amigas também.” (Camélia)</i></p>

Quadro VIII – Categoria: Propostas educativas. Pesquisa direta, própria autora, Porto Alegre, 2006.

Quando se fala em acesso ao posto de saúde, Jasmim, Hortênsia e Bromélia têm falas muito parecidas. O acesso à saúde é tema discutido em diversos locais, e está cada vez mais difícil fazer com que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de igualdade, universalidade e integralidade no atendimento sejam obedecidos. Assim sendo, o acesso ao posto torna-se uma barreira a mais para que as mulheres possam realizar seus exames periodicamente. Ao encontro disso, Schimith e Lima (2004) mostram as dificuldades no acesso à saúde e falhas no acolhimento do serviço de saúde, o que interfere na aderência do usuário ao tratamento e no comparecimento periódico nas consultas.

Íris e Bromélia reconhecem que há propagandas e incentivos, mas que falta consciência das mulheres de absorver as informações e cuidar da sua saúde.

As atividades educativas são de alta relevância, já que muitas mulheres, por diversas razões, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer de colo. Assim, a captação das mulheres para o exame preventivo deve ser priorizada e organizada para garantir não só o atendimento, como também a entrega do resultado, e o acompanhamento das mulheres em todo o processo (BRASIL, 2002).

Margarida acredita na prevenção desde a escola. Dessa forma, trabalhos educacionais para escolares são importantes para formar uma consciência desde a juventude, e para que os jovens também possam ser carregadores e transmissores da informação. Quando Rosa fala em uso de preservativos, salienta-se que é preciso formar uma idéia de prevenção,

tanto através do exame Papanicolau periodicamente, quanto pelo uso do preservativo nas relações sexuais para evitar DSTs, em especial o HPV.

Na subcategoria relacionada à conscientização, Adália fala sobre a busca das mulheres mais velhas. Brasil (2002) diz que devemos priorizar a busca das mulheres na faixa etária entre 35 e 49 anos, onde o risco para o câncer no colo uterino é maior, e é onde se observa uma diminuição importante da cobertura pelo exame de Papanicolau.

Hortênsia refere que não há muita divulgação direcionada para o público feminino, principalmente pela televisão. Brasil (2005c) afirma que o Instituto Nacional do Câncer tem realizado diversas campanhas educativas para incentivar a prevenção da infecção pelo HPV e a realização do exame preventivo (Papanicolau) periodicamente.

Na subcategoria meios de divulgação / prevenção, a fala de Acácia, bem como a de Camélia, se refere à falta de informação das mulheres, e conseqüente a pouca importância que é dada para o exame Papanicolau na prevenção do câncer de colo uterino. Brasil (2002) mostra que a neoplasia de colo uterino é a segunda causa de morte por câncer no Brasil, superada apenas pelo câncer de mama, e isso acontece devido ao fato de mais de 95% das mulheres brasileiras não se submeterem regularmente ao exame preventivo, ficando assim à margem das ações de saúde voltadas para a prevenção e detecção da doença.

Há quem passe por situações difíceis com doenças e sente-se bem em transmitir o que aprendeu para pessoas próximas, até como uma forma de evitar que outros passem pelo mesmo processo. Na subcategoria educação em saúde, observamos diversas falas que comprovam esse processo. Jasmim, Rosa e Camélia mostram não apenas consciência, mas também a transmissão de conhecimentos e orientações para a prevenção da doença.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de colo do útero vem ganhando cada vez mais destaque entre as neoplasias que afetam o sexo feminino. Considerando que essa doença pode ser evitada através de ações de saúde voltadas para a prevenção do vírus HPV, o controle dos fatores de risco e o incentivo da realização do exame Papanicolau periodicamente, tem-se um campo rico para a atuação da enfermagem, como agente de promoção da saúde e prevenção de doenças.

O Brasil é um país feminino, onde o número de mulheres vem crescendo a cada ano. A população feminina no país é de aproximadamente 86 milhões, contra 83 milhões de homens. Por isso, é importante que haja um investimento em políticas de saúde, a nível nacional, para a população feminina. As campanhas em níveis regionais, adequadas aos parâmetros epidemiológicos daquela população, são de alta relevância (IBGE, 2000).

Assim, propõem-se algumas ações educativas para o profissional enfermeiro a fim de aumentar o número de mulheres que se submetem ao exame preventivo e promover meios mais efetivos na prevenção do vírus HPV.

Com base nos depoimentos das pacientes, notamos a fragilidade do sistema, onde o acesso à saúde é problemático e a informação é escassa. Apesar de sabermos que a administração dos postos de saúde compete às prefeituras, a enfermeira (o) não deve esperar que outros façam a sua função. Logo, o registro adequado, em cada posto de saúde, das pacientes que se submetem ao exame Papanicolau e do resultado desse (alterado ou não), proporciona um controle da periodicidade com que as pacientes daquela comunidade estão fazendo o exame. Assim, para as faltosas, pode ser feito contato por telefone ou até uma visita domiciliar. Dessa forma, as mulheres já saberiam com antecedência o mês que devem fazer o exame. Isso diminuiria a quantidade de filas, traria mais qualidade no acolhimento e no

atendimento, além de aumentar o vínculo da usuária com o profissional de saúde, resultando em uma maior adesão ao tratamento e às rotinas preventivas.

Esse cadastramento das mulheres em seus postos de saúde estaria vinculado a um programa de saúde direcionado à saúde das mulheres para a prevenção, seguindo o fluxograma apresentado sugerido pelo INCA (2002, ANEXO 1).

Além disso, é importante o acesso à informação no próprio posto de saúde, com cartazes na sala de espera (sempre numa linguagem clara e acessível), bem como a divulgação nas ruas (em ônibus, *out-doors...*), na mídia (jornais, rádio, televisão em horário nobre), nas empresas, escolas, enfatizando a prevenção na saúde da mulher.

Todavia, só a propaganda nos meios de comunicação não é suficiente, pois não adianta a mulher ver a propaganda se ela não está entendendo o que significa. Por outro lado, quando já se possui a informação da importância do exame, as propagandas servem como um lembrete, para que ela não se esqueça de realizar seu exame preventivo. A acessibilidade universal às informações é muito relevante para que haja aderência aos programas de controle da doença.

A conscientização das mulheres deve ser estimulada em todos os momentos, e não só quando ela vai ao posto de saúde. Quando falamos da população com baixo nível sócio-econômico, falamos normalmente de uma população com baixo nível de escolaridade. Assim, ações de enfermagem em campanhas, palestras, grupos, podem proporcionar o acesso da informação para alguns, mas para outros pode trazer até mais conflitos de pensamentos do que já havia anteriormente. É preciso garantir um acesso igualitário à informação, respeitando os limites culturais de cada um. Usar uma linguagem mais acessível, mais ilustrações, contar histórias, distribuir cartazes, proporcionar um espaço para que elas tirem suas dúvidas, são algumas sugestões para tornar o entendimento sobre o câncer de colo do útero ao alcance de todas.

O nível sócio-econômico mais baixo e o baixo nível de escolaridade são dois fatores que devem ser considerados para a educação em saúde, principalmente quando não se usam os meios mais adequados. Além disso, histórias tristes de vida, como fome, miséria, desemprego, facilitam que a pessoa se ocupe mais com outros problemas do que com sua saúde. É necessário tratar a saúde como um todo, tanto os seus aspectos fisiopatológicos como seus aspectos culturais e sociais. É preciso facilitar a vida destas mulheres, pelo menos facilitar seu acesso à saúde e ao posto, sem ter que enfrentar enormes filas sob o risco de nem conseguir a consulta, tendo que deixar os filhos em casa ou faltar o emprego.

Sugere-se uma “Semana de Prevenção do Câncer de Colo do Útero”, assim como existem as campanhas de vacinação. Essa semana ocorreria em todo o país, com um mutirão de realização de exames preventivos, orientações, distribuição de material, incentivo à prevenção e tratamento precoce.

Trabalhar a prevenção primária, que é quando a doença ainda não está instaurada, é muito mais vantajoso, tanto do ponto de vista de qualidade de vida da paciente como do ponto de vista financeiro, não tendo que haver gastos posteriores com tratamentos. Não adianta apenas distribuir a camisinha: tem que ensinar a usar, tem que mostrar a importância e o que pode acontecer se ela não for usada. A camisinha, tanto a feminina como a masculina, é o único método de prevenção capaz de evitar a infecção pelo vírus HPV e, conseqüentemente, evitar a evolução para o câncer de colo do útero.

O exame preventivo, realizado periodicamente, é o método que nos mostra se há lesões no colo do útero, propiciando um tratamento precoce. É preciso informar as mulheres sobre o que pode acontecer se não houver a prevenção.

Tudo o que se relaciona à saúde e sexualidade na mulher é muito “invasivo”: desde o exame ginecológico até o tratamento para o câncer de colo, como exemplo a braquiterapia. É necessário desmistificar o exame ginecológico para a população feminina, fazer com que se perca o medo do exame. Isso pode ser feito com uma maior atenção dos

profissionais que executam a coleta do exame, não só na técnica, mas no manejo com a paciente. Isso é fundamental para trazê-la ao serviço de saúde e fazer com que ela se insira nos programas de prevenção e tratamento.

Uma das grandes vantagens de as mulheres conhecerem realmente sobre o câncer de colo do útero e o HPV é o fato de elas tornarem-se transmissoras da informação, trazendo mais mulheres para a prevenção adequada da doença. Esse com certeza deve ser um dos grandes objetivos das ações de enfermagem: formar agentes multiplicadores da informação.

Dessa forma, organizo as propostas de AÇÕES EDUCATIVAS em uma lista:

- Tornar o posto de saúde mais acessível, através do controle e registro das pacientes, busca das faltosas e um agendamento prévio, principalmente para as mulheres acima de 50 anos de idade, com maior risco e que não vão ao posto. É importante o incentivo às políticas de saúde do governo federal e o apoio aos programas da saúde da mulher (incluindo o incentivo financeiro) nos governos estaduais extensivos aos municípios;
- Proporcionar mais informação às mulheres, através da divulgação em jornais, rádio, televisão, utilizando uma linguagem de fácil compreensão, tornando, assim, a informação acessível a todos;
- Orientar a população quanto aos fatores de risco da relação do vírus HPV com o câncer de colo do útero, enfatizando a ligação entre os dois, mostrando os meios de contaminação e os meios de prevenção;
- Formar, através das práticas de ensino e orientações adequadas, agentes multiplicadores da informação, aumentando assim o número de mulheres que realizam a prevenção de forma correta;
- Ações de educação em saúde, tanto em escolas, festas de bairro, como no próprio posto de saúde. Por exemplo, nas escolas, pode-se fazer a orientação dos alunos das turmas mais avançadas, para que daí eles orientem as outras

turmas. Assim, proporcionamos que a informação passe adiante, além de incentivar e valorizar a transmissão do conhecimento. É importante a inserção do HPV no currículo didático das escolas quando se fala em DSTs;

- Incentivar, de forma empática, para que a mulher se preocupe mais com a sua saúde, proporcionando um entendimento e respeito dos aspectos culturais, orientando, tanto os fatores de risco tanto para a contaminação pelo vírus HPV, quanto para o desenvolvimento da neoplasia.

Ter a chance de conversar com as pacientes portadoras de câncer do colo do útero me proporcionou uma melhor compreensão da doença, o que me fez ver como é importante o trabalho da enfermagem para a prevenção desse tumor, evitando assim muita tristeza e sofrimento. Histórias de vida marcadas, tratamentos penosos, dor e humilhação. O câncer de colo do útero implica muito mais do que aspectos fisiológicos da doença: envolve o útero, a vagina, órgãos esses relacionados a tabus, sexualidade e fecundidade. Para que qualquer ação educativa seja efetiva, é necessário que o profissional de saúde compreenda esses valores, tratando a mulher sempre com respeito e dignidade.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. *Projeto de Pesquisa: propostas metodológicas*. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: Uma Proposta de Integração e Ensino*. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *HPV: perguntas e respostas mais freqüentes*. 2005a. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.html](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.html)> Acesso em 18 ago. 2005\_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Estimativa da Incidência do Câncer no Brasil*. 2005b. Disponível em : <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2005/tabelaregiones.html>>. Acesso em 18 ago. 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Câncer do Colo do Útero*. 2005c. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.html](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.html)>. Acesso em 18 ago. 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher*. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Monitoramento na Atenção Básica de Saúde: roteiros para reflexão e ação*. Brasília: 2004a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2005: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2004b.
- CULTURA. In: FERREIRA, A., B., H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2. ed. p. 508. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.
- GOLDIM, J. R. *Manual de Iniciação de Pesquisa em Saúde*. 2. ed. Porto Alegre: Decasa, 2000.
- GOMES, H. C.; JUSTINO, P. B. Papel da Radioterapia no Tratamento dos Tumores de Colo Uterino. In: GUIMARÃES, J. R. Q. *Manual de Oncologia*. 2. ed. São Paulo: BBS Editora, 2006.
- GORINI, M. I. P. C. *Vivências de Adultos com Câncer Colorretal em Quimioterapia Ambulatorial: Implicações Educacionais*. 2000. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.
- GUIMARÃES, J. R. Q.; *et al.* Câncer de Colo Uterino: Quimioterapia. In: GUIMARÃES, J. R. Q. *Manual de Oncologia*. 2. ed. São Paulo: BBS Editora, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico*. Brasília: IBGE, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/população>>. Acesso em 12 de junho de 2006.

- KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a Morte e o Morrer*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- LARANJA, L. HPV: A Esperança nas Vacinas. *Jornal Zero Hora*. Porto Alegre, ed. 14863, 6 mai. 2006.
- MACHADO, R. A.; JÚNIOR, R. A. M. Tratamento Cirúrgico do Colo do Útero. In: GUIMARÃES, J. R. Q. *Manual de Oncologia*. 2. ed. São Paulo: BBS Editora, 2006.
- MALUF, F. C.; MARQUES, R.; FILHO, E. A. Cérvix. In: BUZAID, A. C., COLLI, A. M. F.; VARELLA, D. *Hospital Sírio Libanês: Manual de Oncologia*. 3. ed. São Paulo: Livraria Científica Ernesto Reichmann, 2005.
- NORONHA, V.; et al. *Papilomavírus Humano Associado a Lesões de Cérvix Uterina*. São Paulo, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em 20 set. 2005.
- POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, Secretaria Municipal da Saúde. *Procedimentos e Ações em Saúde para o Profissional Enfermeiro*. Porto Alegre, 2002.
- RIBALTA, J. C. L.; et al. Câncer de Colo do Útero. In: FORONES, N. M.; et al. *Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar de Oncologia*. São Paulo: Manole, 2005.
- RUSSEL, A. H. et al. Cancers of the Cervix, Vagina and Vulva. In: ABELOFF, M. D. et al. *Clinical Oncology*. 3. ed. Philadelphia: Elsevier, 2004.
- SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e Vínculo em uma Equipe do Programa de Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, p. 1487-1494, nov-dez, 2004.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Brunner e Suddarth. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- STAKE, R. E. *Investigación com Estudios de Casos*. Madrid: Morata, 1998.
- STOBÄUS, C. D.; MOSQUERA, J. J. M. Humanismo e Criatividade em Saúde. *Revista da Educação*, ano XIV, n. 21, p. 17-40, 1991.
- TRENTINI, M.; PAIM, L. *Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade Convergente Assistencial*. 2. ed. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
- VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- WESTIN, R. *Vacina anti-HPV age por 4 anos e meio*. 06 abr. 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=25413](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=25413)>. Acesso em 12 de junho de 2006.

## APÊNCICE A

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Via da Pesquisadora

---

**Título do Estudo: Propostas de Ações Educativas na Prevenção de Câncer de Colo do Útero Relacionado ao Papiloma Vírus Humano (HPV)**

---

Convido você para participar desta pesquisa que tem a finalidade de elaborar ações educativas na **prevenção** de câncer de colo uterino relacionado ao HPV, buscando sensibilizar as pessoas na prevenção dessa doença e evitar seus fatores de risco, tendo como base declarações de mulheres portadoras dessa doença. Este projeto recebeu autorização ética para execução sob o número 05-563 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e tem como orientadora a Professora Enfermeira Doutora Maria Isabel Pinto Coelho Gorini.

A coleta de dados será realizada através de uma entrevista, com duração prevista de no máximo 40 minutos. Você pode recusar-se a responder quaisquer das perguntas feitas. As respostas serão gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. As fitas e transcrições serão guardadas pela pesquisadora por cinco anos após a divulgação dos resultados. Passado este tempo serão destruídas.

O sigilo será mantido, do ponto de vista pessoal, garantindo o anonimato durante o estudo e na divulgação dos resultados.

Você tem o direito de interromper sua participação em qualquer momento desta entrevista, sem nenhum prejuízo no seu tratamento e poderá manter-se atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa que sejam de conhecimento da pesquisadora.

Eu, Sue Helen Barreto Marques, acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, responsável pela pesquisa, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários pelos telefones (51) 9202.9060 e (51) 3245.4526, bem como com a professora responsável Enfermeira Doutora Maria Isabel Pinto Coelho Gorini pelo telefone 21018573 (Serviço de Enfermagem em Saúde Pública – SESP/HCPA) em horário comercial.

Desde já agradeço sua colaboração.

---

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informada a respeito da natureza e do objetivo do estudo acima descrito, e que minha participação no estudo é voluntária, estando livre para decidir quanto a minha continuidade na pesquisa.

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura da Professora Responsável: \_\_\_\_\_

**APÊNCICE B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Via da Entrevistada**

---

**Título do Estudo: Propostas de Ações Educativas na Prevenção de Câncer de Colo do Útero Relacionado ao Papiloma Vírus Humano (HPV)**

---

Convido você para participar desta pesquisa que tem a finalidade de elaborar ações educativas na **prevenção** de câncer de colo uterino relacionado ao HPV, buscando sensibilizar as pessoas na prevenção dessa doença e evitar seus fatores de risco, tendo como base declarações de mulheres portadoras dessa doença. Este projeto recebeu autorização ética para execução sob o número 05-563 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e tem como orientadora a Professora Enfermeira Doutora Maria Isabel Pinto Coelho Gorini.

A coleta de dados será realizada através de uma entrevista, com duração prevista de no máximo 40 minutos. Você pode recusar-se a responder quaisquer das perguntas feitas. As respostas serão gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. As fitas e transcrições serão guardadas pela pesquisadora por cinco anos após a divulgação dos resultados. Passado este tempo serão destruídas.

O sigilo será mantido, do ponto de vista pessoal, garantindo o anonimato durante o estudo e na divulgação dos resultados.

Você tem o direito de interromper sua participação em qualquer momento desta entrevista, sem nenhum prejuízo no seu tratamento e poderá manter-se atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa que sejam de conhecimento da pesquisadora.

Eu, Sue Helen Barreto Marques, acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, responsável pela pesquisa, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários pelos telefones (51) 9202.9060 e (51) 3245.4526, bem como com a professora responsável Enfermeira Doutora Maria Isabel Pinto Coelho Gorini pelo telefone 21018573 (Serviço de Enfermagem em Saúde Pública – SESP/HCPA) em horário comercial.

Desde já agradeço sua colaboração.

---

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informada a respeito da natureza e do objetivo do estudo acima descrito, e que minha participação no estudo é voluntária, estando livre para decidir quanto a minha continuidade na pesquisa.

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

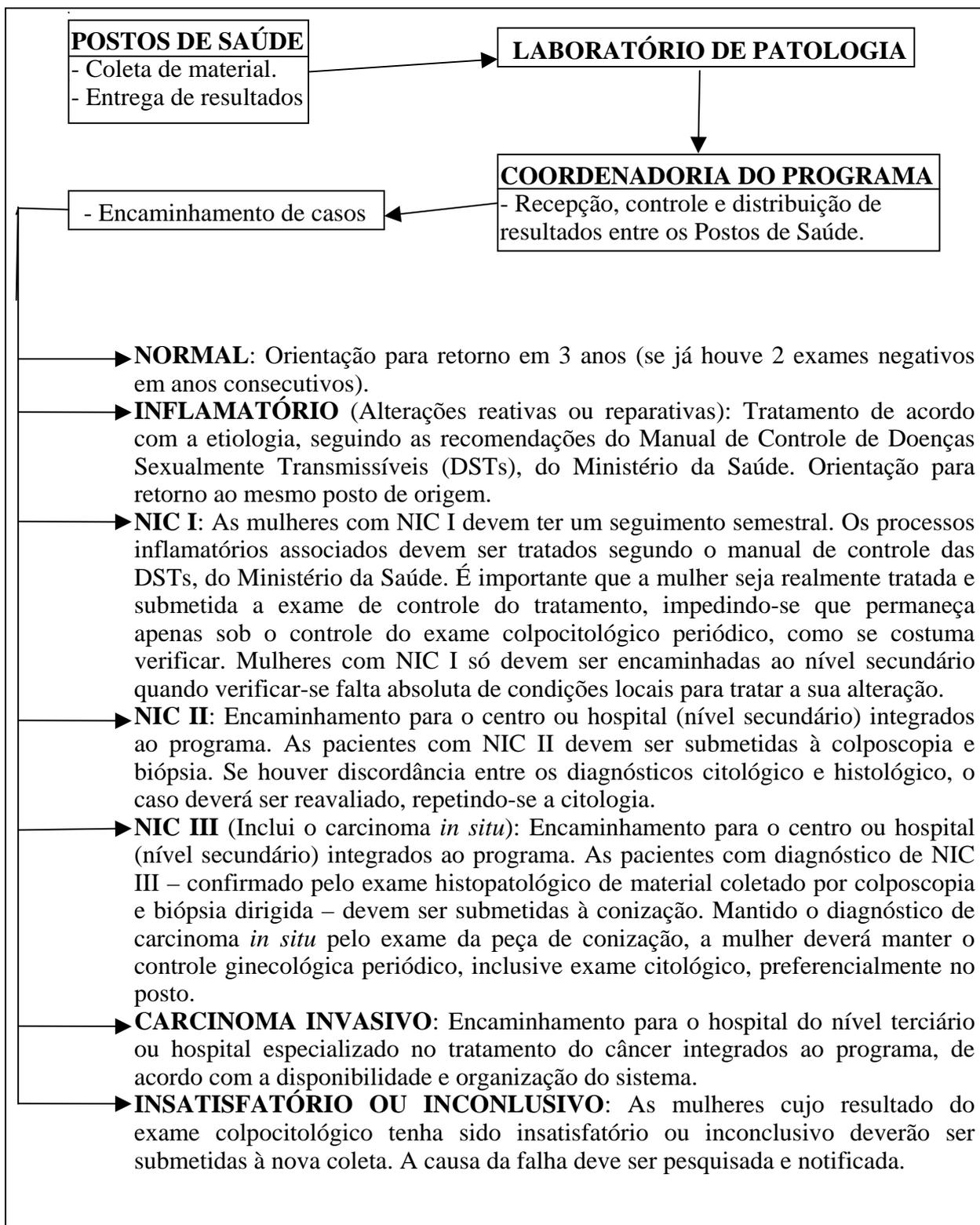
Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Assinatura da Professora Responsável: \_\_\_\_\_



## ANEXO 1: FLUXOGRAMA



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: Uma Proposta de Integração e Ensino*. 2. Ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

