



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO

SHIRLEY AVIZ DE MIRANDA

**AUTOUIDADO DE MULHERES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE
BENEVIDES/PA NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE HPV –
PARTICIPAÇÃO DA(O) ENFERMEIRA(O)**

Belém
2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO

SHIRLEY AVIZ DE MIRANDA

**AUTOCUIDADO DE MULHERES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE
BENEVIDES/PA NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE HPV –
PARTICIPAÇÃO DA(O) ENFERMEIRA(O)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem:
Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lucia Hisako Takase Gonçalves.

Linha de Pesquisa: Educação, formação e gestão na práxis do cuidado em enfermagem.

Belém
2013

SHIRLEY AVIZ DE MIRANDA

**AUTOUIDADO DE MULHERES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE
BENEVIDES/PA NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE HPV –
PARTICIPAÇÃO DA(O) ENFERMEIRA(O)**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em 13 de dezembro de 2013, atendendo normas da legislação vigente da Universidade Federal do Pará, Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico.

Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira
Coordenadora do Programa

Banca examinadora:

Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves
(PPGENF/UFPA)
Presidente

Dra. Mary Elizabeth de Santana – Membro
UEPA

Dra. Ana Sofia Resque Gonçalves- Membro
FAENF/ICS/UFPA

Dr. Eliã Pinheiro Botelho- Membro
Hospital Universitário João de Barros Barreto

Aos meus pais, **Braga Miranda e Vera Aviz**, por me conceberem a oportunidade de nascer no seio desta família tão amada e por me ensinarem os verdadeiros valores da vida;

Ao meu querido marido, **André Santos**, que inúmeras vezes abdicou de suas atividades para permitir que eu pudesse estudar, me oferecendo seu apoio, conhecimentos e afeto nos momentos mais importantes;

Às razões do meu viver, **Arthur Belém e Sophia Belém**, filhos queridos que coloremeu dia, e que me impulsionam a buscar sempre “ mais por nós”. Amo vocês!

À linda **Mayá Belém**, filha de coração que me enche de alegria;

Aos meus irmãos, **Marcelo Miranda e Max Miranda**, pelo incentivo e por me apoiarem sempre em minhas escolhas;

Às minhas irmãs especiais, **Regiane e Rita Miranda**, por compreenderem este momento e me estimularem a não desistir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as dádivas a mim concedidas;

Aos meus pais que acreditaram em meu potencial desde a infância e me estimularam a ultrapassar obstáculos sempre com honradez. Eu amo muito vocês e agradeço a Deus a oportunidade desses laços de afeto;

Ao meu esposo André Santos que sempre me incentivou a aprender mais, e de maneira alegre, dedicada e amorosa percorreu esta trajetória ao meu lado. Esta conquista não seria possível sem você compartilhando a vida comigo;

Aos meus filhos, que na sua inocência, buscaram compreender esse momento em minha vida e que sempre estiveram ao meu lado com sorrisos e carinhos;

Aos meus irmãos (Marcelo Miranda, Max Miranda e Regiane) pelo carinho e amizade que vocês sempre me ofereceram;

Aos meus sobrinhos e sobrinhas que trouxeram afagos e alegria em minha vida;

À minha orientadora Lúcia Hisako Takase por me acolher como orientanda, proporcionar minha aproximação com a pesquisa e, por transmitir com sabedoria e paciência os conhecimentos necessários para o desenvolvimento dessa dissertação. Dedicção, conhecimento, simplicidade e competência são referências suas que levarei comigo nos caminhos da docência que começo a trilhar;

À todas as professoras do mestrado acadêmico em enfermagem da UFPA e ao professor Genylton Rocha, que foram incansáveis conosco, sempre nos mostrando a melhor maneira de aprender/ensinar com ética e responsabilidade;

Aos amigos do Centro de Atenção Psicossocial: Pedro Paulo Nascimento, Joana Lima, Valcária Brito, Renato Cabral, Belisa, Gracilene, Marcos, Manuel, Thalyta Mayssa e toda equipe de trabalho pelos ensinamentos, compreensão e risadas soltas. Saudades de todos!

À professora Elizabeth Teixeira que desde a graduação me ajudou a enveredar pelos caminhos da pesquisa, e com carinho, força e simplicidade me mostrou as vantagens da docência e do ser enfermeira- pesquisadora;

À amiga Tatiane Marques, por me ajudar no desenvolvimento da estratégia educativa grupal como pesquisadora auxiliar;

Aos colegas de trabalho da Secretaria de Saúde de Benevides, em especial Léa, Silvana, Carolina, Angelina, Daniel, Cristina, Jonas e Helen pelos momentos de trabalho, mas também de alegria com responsabilidade;

Aos amigos e funcionários da Unidade Saúde da Família do Murinin I e II, Rayana Cristo, Tatiane Marques, Isadora, Gigi, Rose, Cirlene, Dalva, Teca, Charles e Daiana

pelas imensas contribuições ao abrir as portas das USF e realizar a busca dos sujeitos da pesquisa com dedicação e boa vontade;

Aos todos os colegas do mestrado pelo aprendizado coletivo. Em especial aos amigos da linha de educação, formação e gestão na práxis do cuidado: Aline Macedo, companheira maravilhosa; Wangler Assis, amigo inseparável desde a seleção; Elaine Evangelista, alegre, engraçada e batalhadora; Viviane Ferraz, companheira de estudo e risadas; Ana Paula Martins, nossa! Mãe, amiga, companheira;

Ao amigo de alma e coração, Luís Parlandin, pelo afeto, escuta e estímulos incessantes. Você é o irmão que Deus me permitiu escolher e colocou em minha vida;

À Suhelene Damous, Michelle Mitre, Crystiane Martins e Juliana Garcez por sempre estarem ao meu lado em momentos importantes e decisivos em minha vida, pelo carinho e comidinhas saborosas regadas a boas risadas;

Às mulheres participantes da pesquisa que proporcionaram a realização do grupo educacional e se dispuseram a partilhar suas experiências e conhecimento;

À Professora Luzia Alvares (GEPEN/UFPA) pela acolhida e contribuições relacionadas a abordagem sobre gênero e empoderamento da mulher;

À espiritualidade, que nunca me desamparou, guiando meus pensamentos e me protegendo com vibrações poderosas de amor fraterno e caridade.

Queremos que homens e mulheres sejam parceiros,
iguais face a face,
cada qual único e diferente,
distintos em gênero,
mas complementares [..].

(YOUNG, 2008)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) é uma das ISTs mais comuns no mundo e possui alto potencial carcinogênico para a cérvix uterina. **OBJETIVOS:** Identificar possíveis défices de competência para o autocuidado relativo ao comportamento de saúde sexual de mulheres atendidas nas Unidades Saúde da Família Paraíso do Murinin com resultados alterados para HPV e desenvolver estratégias de educação para a saúde que contribuam para comportamentos sexuais saudáveis na prevenção e controle do HPV e suas consequências. **METODOLOGIA:** Pesquisa desenvolvida no município de Benevides, Estado do Pará. Estudo configurado como pesquisa convergente-assistencial (PCA), que teve como referencial teórico o Autocuidado de Orem. A estratégia educacional foi aplicada em 11 mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos, que realizaram o exame de PCCU entre os anos 2011 e 2012 e que tiveram resultado com alterações relacionadas à contaminação pelo HPV. No desenvolvimento da estratégia educacional foi utilizada a técnica do grupo focal, o qual perdurou por dois meses (19/03/13-14/05/2013), com sete encontros grupais. A análise das informações colhidas durante as atividades grupais foi baseada na PCA e no referencial de autocuidado de Orem, com foco nos objetivos definidos, buscando avaliar como a mudança na percepção dos comportamentos de saúde na prevenção e controle do HPV se processava ante a estratégia educacional desenvolvida, norteadas pelos preceitos do sistema de enfermagem de apoio-educação de OREM. **RESULTADOS:** Durante a pesquisa foi identificado déficit de competência para o autocuidado na prevenção, tratamento/controle do HPV e nos cuidados apropriados; déficit de conhecimentos acerca do HPV, suas consequências e seu enfrentamento; déficit de competência para o autocuidado em práticas de vida sexual satisfatoriamente compartilhadas; déficit de competência quanto ao cuidado relacionado à redução de riscos socioeconômicos; déficit de autocuidado em desvio de saúde relacionado ao tratamento e controle do HPV. Posteriormente foram desenvolvidas ações educativas contribuintes para comportamentos sexuais seguros em face do HPV e a outras ISTs. Ao longo do processo educativo as mulheres passaram a demonstrar competência cognitiva quanto à infecção por HPV e competência para o autocuidado em práticas de vida sexual satisfatoriamente compartilhadas. **CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES:** concluímos que as estratégias educacionais utilizadas contribuem na aprendizagem das mulheres infectadas pelo HPV, na medida em que demonstraram sinais de aquisição de competências e habilidades para autocuidado e higiene com vista a práticas sexuais mais saudáveis, de modo compartilhado com seus parceiros. As implicações para a prática assistencial estão relacionadas à necessidade da enfermagem no desenvolvimento de mecanismos para melhor acolher o par sexual como usuários, de acordo com a política de prevenção de ISTs e de promoção de saúde da mulher. Para o ensino, salienta-se a importância de capacitação em serviço para atender a unidade mulher/homem como par conjugal/sexual, como também na formação de profissionais com uma visão abrangente de unidade implicada: o casal, a família. Para a pesquisa, é imprescindível a investigação de comportamentos humanos que mantêm elevada a incidência de papilomavirus humano, no intuito de encontrar estratégias que debatem a incidência e intensifiquem o controle, o tratamento e a prevenção de agravos pelo HPV.

Palavras-chave: Papillomavirus Humano; autocuidado; enfermagem; saúde da mulher; prevenção de doenças transmissíveis.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Infection with Human Papilloma Virus (HPV) is one of the most common STIs in the world and has high carcinogenic potential for uterine cervix.

OBJECTIVES: To identify possible deficits of competence for self-care behavior on the sexual health of women attending the Health Units of Family Paradise of Murinin with positive findings of HPV and develop strategies for health education that contribute to healthy sexual behavior in prevention and control HPV and its consequences .

METHODS: A survey conducted in the city of Benevides, Pará. This study was configured as a convergent - care research (PCA), which had as its theoretical framework of Orem self-care. The educational strategy was applied in 11 women aged between 25 and 64 years who were examined in PCCU between the years 2011 and 2012 and who had income from changes related to HPV infection. We use in the development of educational the strategy to focus group technique, which lasted for two months (19/03/13-14/05/2013) with seven group meetings. The procedure for analyzing information collected during group activities, was based on PCA and reference Orem self-care focused on defined objectives, seeking to assess how the change in the perception of health behaviors in the prevention and control of HPV was processed before developed the educational strategy , guided by the precepts of the nursing support OREM - education system. **RESULTS:** We identified during the research deficit of competence for self-care in the prevention, treatment/control of HPV and appropriate care, lack of knowledge about HPV, its consequences and its confrontation; deficit of competence for self-care practices in sex life satisfactorily shared; deficit of competence to care related to the reduction of socioeconomic risks, lack of self-care health disorders related to the treatment and control of HPV. Later taxpayers educational actions for safer sexual behaviors towards HPV and other STIs have been developed. Throughout the educational process, women began demonstrating cognitive competence for HPV infection and competence in self-care practices successfully shared sex life.

CONCLUSION AND IMPLICATIONS: We concluded that educational strategies used contribute to the learning of HPV infection in women as they showed signs of acquiring skills and abilities to self-care and hygiene healthier sexual practices, shared with their partners so. The implications for nursing practice are related to nursing needs to develop mechanisms to better accommodate the sexual partner as users, according to the policy of prevention of STIs and promotion of women's health. For teaching, we emphasize the importance of in-service training to meet the woman / man unit as marital / sexual partner, as well as training professionals with a comprehensive overview of the unit involved: the couple, the family. For research, the investigation of human behaviors that maintain the high incidence of human papillomavirus, is essential to find strategies in extinction of its incidence, control, treatment and disease prevention by HPV.

Keywords: Human papillomavirus (HPV), self-care, nursing, women's health, prevention of transmissible diseases.

LISTA DE SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATA- Ácido Tricloacético

CCU- Câncer de Colo do Útero

CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento

DC- Diário de Campo

DNA- Ácido Desoxirribonucleico

EACS- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

EDV- Epidermo Displasia Verruciforme

ER- Erly Region

ES- Educação em Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

EV- Epidermodisplasia Verruciforme

GSK- Glaxo Smith Kline

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV- Papiloma Vírus Humano

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA- Instituto Nacional do Câncer

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

JEC- Junção Escamo-Colunar

L - Late

LCR- Log Control Region

LIEAG- Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau

LIEBG- Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau

MS- Ministério da Saúde

MSD- Merck Sharp & Dohme

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIC- Neoplasia Intraepitelial Cervical

OMS- Organização Mundial de Saúde

ORF- Open Reading Frames

PAISM- Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher

PCA- Pesquisa Convergente Assistencial

PCR- Polimerase Chain Reaction

PCCU- Prevenção do Câncer de Colo do Útero

PNAISM- Política Nacional Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNCCCU- Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero

SISCOLO- Sistema de Informação de Controle do Câncer de Colo de Útero

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDACE- Teoria do Déficit do Auto Cuidado na Enfermagem

UREMIA- Unidade de Referência Materno e Infantil

ZT- Zona de Transformação

USF- Unidade Saúde da Família

5-FU-5- Fluorouracil

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Justificativa.....	17
1.2	Objetivos.....	20
2	O CONTEXTO ATUAL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO – HPV.....	21
2.1	O Papilomavírus Humano – HPV.....	21
2.2	Etiopatogenia do HPV.....	22
2.3	Epidemiologia/transmissão do HPV.....	25
2.4	Principais fatores de risco.....	27
2.5	Quadro clínico do HPV.....	28
2.6	Diagnóstico do HPV.....	30
2.7	Tratamento do HPV.....	31
2.8	Prevenção de agravos pelo HPV.....	33
2.9	Métodos de rastreamento do câncer de colo do útero e HPV.....	35
2.10	Dados epidemiológicos do câncer de colo do útero.....	37
2.11	Câncer de colo do útero e o HPV.....	39
3	SUPORTE TEÓRICO: TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM.....	43
3.1	A educação e o autocuidado em saúde.....	43
3.2	Bases conceituais da teoria do autocuidado de Orem.....	45
4	METODOLOGIA.....	51

4.1	Abordagem da pesquisa	51
4.2	Contexto do estudo	52
4.3	População alvo e amostra	54
4.4	Desenvolvimento da estratégia educacional grupal	55
4.4.1	A composição do grupo.....	55
4.4.2	Desenvolvimento do grupo.....	55
4.5	Procedimento de análise das informações	62
4.5.1	A análise das informações	63
4.5.2	A análise do processo de mudança comportamental.....	63
4.6	Cuidados éticos de pesquisa com seres humanos	64
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
5.1	Caracterização das participantes do estudo	66
5.2	Déficits de competência para o autocuidado na prevenção, tratamento/controlado do HPV e nos cuidados apropriados	68
5.2.1	Défice de conhecimentos acerca do HPV, suas consequências e seu enfrentamento.....	69
5.2.2	Défice de competência para o autocuidado em práticas de vida sexual satisfatoriamente partilhadas.....	70
5.2.3	Défice de competência ao cuidado relacionado à redução de riscos socioeconômicos	74
5.2.4	Défice de autocuidado em desvio de saúde relacionado ao tratamento e controle do HPV	76
5.3	Estratégias de educação contribuintes para comportamentos sexuais seguros face ao HPV	77
5.3.1	Competência cognitiva relativa à infecção por HPV	79
5.3.2	Competência para o autocuidado em práticas de vida sexual satisfatoriamente partilhadas.....	88

6	CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES	96
6.1	Conclusão.....	97
6.2	Implicações para a prática, ensino e pesquisa.....	98
	REFERÊNCIAS.....	100
	ANEXOS.....	108
	APENDICES.....	113

Capítulo 1

1 INTRODUÇÃO

Considerada prioridade, a saúde da mulher é um dos temas em foco do Ministério da Saúde (MS), com vistas a implantar ações que contribuam para garantir os direitos humanos das mulheres e diminuir a morbimortalidade por causas preveníveis, como o câncer de útero.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o gênero feminino representa atualmente 50,77% da população total do país. No Pará, as mulheres correspondem a 49,6% da população do Estado e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), frequentando os serviços não somente para o seu próprio atendimento, mas também acompanhando familiares: crianças, pessoas idosas e com deficiência, além de vizinhos e amigos (BRASIL, 2011a).

Durante muitas décadas, a assistência à saúde da mulher limitou-se a visões reducionistas ligadas ao gênero; mudanças mais significativas na atenção à saúde da mulher iniciaram-se com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde no ano de 1984. Naquele momento foram propostas ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e recuperação, voltadas para a assistência ginecológica, pré-natal/parto/puerpério e climatério, além de orientação no planejamento familiar, na prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, do câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2004).

Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres somente foram respaldados em lei no ano 2004, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que além de consolidar esses avanços, incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores.

Indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade de saúde da mulher brasileira convivendo com doenças dos países desenvolvidos

(cardiovasculares e outras crônico-degenerativas) e com aquelas típicas dos países em desenvolvimento (mortalidade materna, desnutrição, entre outras). Segundo Aguiar (2011), no mundo inteiro, diversas evidências apontam uma alta ocorrência de lesões do colo do útero de natureza inflamatória, pré-neoplásica ou neoplásica, com número significativo de casos concentrados principalmente nos países em desenvolvimento, como Brasil e regiões mais pobres da África. Cerca de 80% dos casos de câncer do colo do útero se reúnem nos países em desenvolvimento, os quais representam 82% da população mundial.

Entre as principais causas de morte na população feminina está o câncer cérvico-uterino. A grande incidência de casos dessa doença no Brasil fez com que o Ministério da Saúde implantasse em 1997 o projeto piloto “Viva Mulher”, cujo grande êxito levaria à instituição do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero – PNCCCU (Portaria GM 3.040/98) no ano seguinte.

O objetivo do PNCCCU é reduzir os índices de morbimortalidade por câncer de colo de útero e suas repercussões físicas, psíquicas e sociais nas mulheres, padronizando ações de baixo custo e de fácil execução nos serviços básicos de saúde (INCA, 2008).

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame de colpocitologia oncótica (também chamado de exame de Papanicolaou, citologia oncótica, exame de lâmina ou PCCU (Prevenção do Câncer de Colo de Útero), que deve ser oferecido prioritariamente às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e já em atividade sexual (INCA, 2011a).

De acordo com a Resolução 381/2011 do COFEN – Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2011b), no âmbito da equipe de enfermagem a coleta de material para colpocitologia oncótica é privativa do (a) enfermeiro (a), considerando que esse procedimento exige cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e conhecimentos de base técnico-científica. O COFEN (2011b) salienta que o procedimento deve ser realizado no contexto da consulta de enfermagem, atendendo aos princípios da PNAISM, conforme regulamenta a Resolução COFEN nº 358/2009.

Após a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) voltaram a figurar como problema de saúde pública em todo o cenário mundial, recaindo sobre o gênero feminino grande parcela de casos de HIV/AIDS. A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é uma das ISTs mais comuns no mundo e considerada o principal fator de risco para o desenvolvimento de Lesões Intraepiteliais de Alto Grau (LIEAG), que podem ser detectadas através do exame de colpocitologia oncótica.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), mais de 630 milhões de homens e mulheres estão infectados pelo HPV. Estimam-se aproximadamente trinta milhões de novos casos por ano em todo o mundo, com 700 mil novos casos anuais somente no Brasil. Considera-se que praticamente todos os casos de câncer cervical (99%) estão ligados à infecção genital pelo HPV, que é a mais comum infecção viral do trato reprodutivo.

Ainda segundo cálculos da OMS (2010), cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquirir o papilomavírus humano ao longo da vida e cerca de 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras desse vírus.

1.1 JUSTIFICATIVA

A formação de enfermeiro (a) traz em suas bases intrínsecas epistemológica, teórica e metodológica o cuidado, e nesse aspecto comecei a compreender que o cuidado de saúde da mulher exige uma visão holística, abrangendo todo o ciclo vital e nas mais variadas circunstâncias de vida e saúde, com a mulher assumindo a postura de protagonista em busca de melhor saúde e qualidade de vida, com foco em prevenção e controle de infecção pelo papilomavírus humano, privilegiando um processo permanente de aquisição de competências para seu autocuidado no que concerne a práticas sexuais seguras e saudáveis.

O interesse pelo tema surgiu em decorrência da minha trajetória de trabalho em instituições públicas de saúde no município de Benevides/PA, local onde atuei como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa atuação me aproximou da comunidade e possibilitou-me entender os problemas relacionados à

saúde, favorecendo uma relação dinâmica de troca de saberes, de cuidados e de práticas educativas em saúde.

Dentre os programas desenvolvidos na Unidade Saúde da Família (USF) voltados para a saúde da mulher podem ser citados: programa de planejamento familiar; pré-natal, parto e puerpério; climatério, ISTs e programa de combate ao câncer de colo do útero e de mama. Todos esses programas eram desenvolvidos e acompanhados pela equipe de profissionais de saúde da USF. A triagem ginecológica e a coleta de material para exame preventivo eram atividades que eu realizava como enfermeira da equipe, aproximando-me das mulheres numa relação de cuidado e integração.

Entre os anos 2008 e 2012 desenvolvi atividades voltadas para o programa saúde da mulher no município de Benevides/PA, fato de extrema importância, pois me permitiu conhecer como se configura o cuidado da saúde reprodutiva e sexual das mulheres de todo o município. A observação de considerável número de exames alterados de colpocitologia oncótica, vulvovaginoses, infecções sexualmente transmissíveis e dificuldades relatadas pelas usuárias em realizar o exame me instigaram a buscar e aprofundar os conhecimentos acerca dessas questões que interferem na vida e na saúde das mulheres.

Dados do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (2011) na análise regional do Brasil destacam o Câncer do Colo do Útero (CCU) como de maior incidência na Região Norte. Esses dados refletem a evolução do câncer na região, o qual está ligado à presença do papiloma vírus humano na maioria dos casos dessa enfermidade.

No município de Benevides/PA foram realizados 16.018 exames de colpocitologia oncótica no período de 2007 a 2012. Desse total, 282 exames de PCCU tiveram citologia alterada para HPV e oito mulheres evoluíram para óbito em decorrência da contaminação pelo HPV de alto grau com progressão para câncer de colo uterino. Esse elevado número de contaminação pelo HPV exige um esforço focado nos cuidados de prevenção e controle do HPV e de sua progressão para CCU.

A educação é condição essencial na prevenção do HPV e suas consequências, daí ser foco da enfermagem. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) considera o papel da enfermagem essencial na prevenção e no controle do câncer do colo do útero, assegurando a implantação das ações correspondentes e contribuindo para a melhoria de vida da população feminina.

Para investigar os aspectos relacionados à prevenção do papilomavirus humano, o presente estudo buscou fundamentar-se na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (OREM, 1995), segundo a qual o indivíduo desenvolve ações de autocuidado quando desempenha ou pratica atividades em seu benefício, buscando manter sua vida e saúde.

Entendo ser indispensável que as mulheres se sensibilizem em relação ao cuidado de sua própria vida e saúde, realizando práticas do autocuidado, podendo a enfermeira apoiá-la no ensino de conhecimentos específicos e fortalecê-la em suas competências de autocuidado; no caso presente, a prevenção do HPV e suas consequências.

A enfermagem contribui para que ocorram mudanças no perfil de saúde da população, pois ao prestar cuidados aos clientes/usuários, desenvolve ações de educação para a saúde, específica e geral, que podem refletir na mudança de comportamento dessas pessoas.

Ao identificar défices de competência no autocuidado, é possível traçar e planejar ações baseadas no sistema apoio-educação em enfermagem determinado por Orem. A enfermagem pode e deve trabalhar com as mulheres acometidas pelo papilomavirus humano, fortalecendo as competências relacionadas aos comportamentos de saúde necessários ao desenvolvimento pleno do autocuidado. Ou seja, tal estratégia enseja à enfermeira a oportunidade de desenvolver, em conjunto com a mulher, ações que a preparem e a encorajem a realizar as alterações de comportamento necessárias à obtenção de melhor qualidade de vida (SAMPAIO, 2012).

Os subtipos oncogênicos do vírus HPV, especialmente o HPV-16 e o HPV-18, são responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais, cujo desenvolvimento exige, além da contaminação pelo HPV, a associação de outros fatores de risco

(INCA, 2012). Esses fatores podem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção, tornando imprescindível identificar os fatores de risco predominantes para HPV e os comportamentos de higiene sexual das mulheres amazônicas do estudo. Tais achados da realidade local podem colaborar na revisão de políticas públicas e de saúde, possibilitando o desenvolvimento de ações específicas voltadas para enfrentar a doença e prevenir a infecção pelo HPV, orientando a população feminina a adotar práticas higiênicas sexuais mais condizentes.

Neste contexto, foi definida como questão de pesquisa:

- Como são os comportamentos de autocuidado sexual das mulheres com resultados positivos para o Papilomavírus Humano (HPV) em face dos fatores de risco para desenvolver o câncer de colo de útero?
- Que estratégias educacionais podem contribuir para a adoção de competências no autocuidado relativas ao comportamento sexual preventivo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), incluindo o HPV e suas consequências?

1.2. OBJETIVOS

- Identificar possíveis défices de competência para o autocuidado relativo ao comportamento de saúde sexual das mulheres atendidas nas Unidades Saúde da Família Paraíso do Murinin com resultados alterados para HPV;
- Desenvolver estratégias de educação para a saúde que contribuam para comportamentos sexuais saudáveis em mulheres atendidas nas Unidades Saúde da Família Paraíso do Murinin na prevenção e controle do HPV e suas consequências.

Capítulo 2

O CONTEXTO ATUAL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DO PAPILOMAVIRUS HUMANO – HPV

Buscando focar as concepções teóricas relacionadas ao presente estudo, tornou-se imprescindível entender os fundamentos teóricos da questão. Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura com a finalidade de subsidiar a explanação do HPV, sua prevenção e redução de agravos.

2.1 O PAPILOMA VÍRUS HUMANO – HPV

O Papilomavírus Humano (HPV) é atualmente considerado fator de risco essencial para o desenvolvimento de câncer de colo uterino. Em 1842, o médico Rigoni-Stern postulou que um agente sexualmente transmissível poderia ser o causador do câncer de cérvix uterina; posteriormente outro estudo descobriu que membros do grupo Papilomavírus poderiam causar carcinoma em coelhos e transformação maligna em algumas linhagens de células de roedores. Anos mais tarde foi detectada semelhança entre as alterações citológicas presentes em lesões cervicais e verrugas genitais, fato que levou à suposição de que o HPV poderia ser o agente infeccioso associado ao câncer cervical (ZUR HAUSEN, 1974 apud SCHMITT, 2006).

Ao longo da história, já na Antiguidade escritores gregos e romanos descrevem as verrugas genitais como lesões semelhantes a verrugas; em manuscritos datados da Idade Média também foram mencionadas. Em 1852, Pirrie caracterizou as verrugas como manifestações da gonorreia, o que perdurou até 1872. Em 1876 Hunter fez uma descrição clara de verrugas genitais e classificou-as como manifestações de sífilis (PEREYRA; GUERRA; LINHARES, 1993). No entanto, contrariando essa ideia, o pesquisador Ricord descartou essa possibilidade, afirmando que as verrugas genitais não tinham relação com a sífilis.

Significativo avanço nas pesquisas relacionadas à identificação do vírus foi conseguido em 1954 por Barret, Silbart e McGinley, que descobriram o aparecimento de verrugas vulvares em mulheres de soldados que voltaram da Coreia com verrugas penianas. Foi relatado um período de incubação de 03 a 06 semanas após contato sexual das mulheres com os soldados, e não foram observados outros tipos de verrugas na pele desses pacientes. Os pesquisadores sugeriram então que as verrugas genitais poderiam ser consideradas doença venérea (PEREYRA; GUERRA; LINHARES, 1993).

Em 1962, estudando as partículas virais, Melnick agrupou as verrugas estudadas na família *Papovaviridae*, a qual engloba papilomas e poliomas, ambos DNA vírus com capacidade de provocar crescimento tumoral e com características estruturais similares. No entanto, as lesões subclínicas só foram identificadas em 1976, pelos pesquisadores Meisels e Purola, os quais ligaram as imagens celulares do efeito citopatogênico viral aos condilomas (JACYNTHO *et al.*, 1994 *apud* MENDES, 2003).

2.2 ETIOPATOGENIADO HPV

O Papilomavirus é um vírus não envelopado que pertence à família *Papoviridae* e possui genoma de ácido desoxirribonucleico (DNA) circular em dupla fita que variam de cerca de 8.000 pares de bases, envolvido por um nucleocapsídeo de simetria icosaédrica medindo aproximadamente 55 nanômetros de diâmetro e constituído por 72 capsômeros, protegido por uma capa de proteínas (MURRAY, 2009, p.486). A Figura 3 ilustra o vírus HPV.

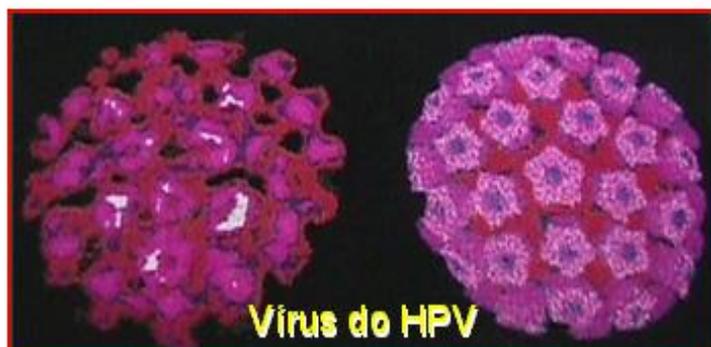


Figura 1- construção gráfica do vírus HPV
Fonte: <http://www.virus HPV.com.br>

A organização genômica de todos os tipos de papilomavírus é semelhante; o DNA do HPV codifica apenas nove genes e pode ser dividido em três regiões de acordo com as funções que desempenham:

- **Região precoce [ErlyRegion (ER)]:** composta pelos genes da sequência de E1 a E7, essa região é responsável pela codificação das proteínas implicadas na replicação do DNA, controle da transcrição e replicação, maturação do vírus, estímulo da proliferação e transformação celular.
- **Região tardia [Late (L)]:** região onde os genes codificam proteínas do capsídeo viral, composta pelos genes L1 e L2.
- **Região regulatória [Log ControlRegion (LCR)]:** onde estão os genes que codificam proteínas com funções reguladoras da atividade celular como a replicação viral e expressão gênica.

O genoma viral possui regiões com potencial para codificar proteínas denominadas *Open Reading Frames* (ORF). Estão presentes no genoma do HPV aproximadamente 08 ORFs expressas por meio de RNA mensageiros (RNAm), policistrônicos transcritos por uma única fita de DNA (RAMOS, 2009, p.06).

Os Papilomavírus compõem um grupo de vírus epiteliotrópicos que podem ser encontrados tanto em tecidos íntegros quanto em lesões na região anogenital, oral, laringe e orofaringe (MOREIRA, 2003, p.149).

As partículas de HPV estão presentes na superfície das verrugas e nas escamas queratócicas associadas; a infecção também ocorre com mais rapidez quando o vírus entra em contato com a membrana mucosa ou com a pele macerada; por isso, geralmente a inoculação viral ocorre em epitélios microtraumatizados durante o ato sexual. Após a inoculação do vírus há um período de incubação que varia de três a oito meses, até que surjam as lesões clínicas (verrugas). Em geral, três meses depois do aparecimento das lesões se inicia a resposta imune, que pode inibir a infecção (regressão) ou reduzir a formação de fatores que possam retardar a resposta imune do organismo à infecção.

Focchi (2001) relata que remissões espontâneas são observadas com frequência, sobretudo quando hábitos higienodietéticos são instituídos e também quando se consegue eliminar parte da lesão. Relaciona-se a remissão espontânea do vírus a mudanças no sistema imunológico do paciente. O processo de remissão do vírus pode ocorrer em até 85% das pacientes, e a persistência em torno de 60% dos pacientes, dos quais 15% podem evoluir para neoplasia (MENDES, 2003).

Atualmente mais de 150 genótipos já foram identificados. A genotipagem é baseada na sequência de DNA dos genes L1, E6 e E7; uma diferença de 10% na sequência das bases é suficiente para definir um novo genótipo (MANDIC; VUJKOV, 2004). Nem todos os genótipos do HPV guardam potencial oncogênico. Clinicamente, a infecção pelo vírus tende a causar um amplo espectro de lesões proliferativas cutâneas, muco-cutâneas e do epitélio das mucosas. De acordo com a localização da infecção, os vírus podem ser agrupados em três grupos:

- a) **HPVs cutaneotrópicos:** incluem HPV de 1 a 4 e o 10, infectam a superfície queratinizada da pele, onde ocorrem lesões benignas caracterizadas como verrugas comuns. Acomete tanto indivíduos imunocompetentes como imunodeprimidos.
- b) **HPVs cutaneotrópicos associados a epidermodisplasia verruciforme (EDV):** são papilomavírus específicos (HPV 5 e 8) associados a lesões malignas em pacientes portadores de epidermodisplasia verruciforme (EV). A EV é uma condição hereditária autossômica recessiva rara, que torna as pessoas suscetíveis a tumores de pele, associados a certos tipos de HPV; afeta principalmente áreas do corpo expostas ao sol (NASCIMENTO, 2008, p.09).
- c) **HPVs muco-genitotrópicos:** infectam a genitália externa, mucosa da cavidade oral e laringe, em especial a mucosa da região genital. Esses tipos de HPV que afetam a região genital foram agrupados em dois grupos, uma vez que os vírus que causam lesões benignas guardam propriedades biológicas diferentes daqueles encontrados nas lesões malignas. Sendo assim, esses tipos de HPV foram classificados por sua capacidade de transformação neoplásica (PARELLADA; PEREYRA, 2009).

Os tipos de HPV com potencial oncogênico podem ser divididos em alto risco e baixo risco carcinogênico. Os vírus de alto grau carcinogênico são aproximadamente quinze tipos de HPV (16, 18, 31,33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68,73 e 82) que, se associados a cofatores de risco, estão relacionados com lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e também ao câncer invasor no colo uterino, vulva, ânus e pênis; este último é considerado raro (BRASIL, 2006 b).

Quando se avaliam as lesões pré-cancerosas e o câncer, observa-se que os HPVs 16 e 18 são responsáveis por 50-55% dos casos de lesões de alto grau e em torno de 70% dos casos de câncer cervical, tanto no mundo quanto na América do Sul e Brasil (OMS, 2009 apud FEDRIZZI, 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006 b) considera de baixo risco os vírus HPV 06,11,40,42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 e 81, que estão relacionados principalmente a lesões benignas do trato urinário, como lesões verrucosas na região do colo uterino, vagina, ânus, uretra, pênis e escroto; também estão associados às lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau.

O principal fator de risco para desenvolver LIEAG e câncer do colo do útero é a infecção pelo HPV, estando presente em cerca de 95% dos casos de câncer; a infectividade do papilomavírus varia de 25% a 65%.

Para Tenório (2006), a literatura recente demonstra incidência elevada de NIC em portadoras de HIV/AIDS, uma vez que a imunossupressão resultante da infecção pelo HIV oferece condições favoráveis à persistência do HPV anogenital. Nas mulheres com imunidade normal, o tempo de evolução entre as lesões precursoras NIC I, NIC II, NIC III, carcinoma in situ e carcinoma invasor pode chegar a quinze anos, enquanto nas mulheres imunocomprometidas a progressão é assustadoramente mais rápida, ressaltando-se a importância do tipo viral, carga viral do HPV e persistência da infecção como fatores relevantes no processo de evolução da doença.

2.3 EPIDEMIOLOGIA/TRANSMISSÃO DO HPV

A infecção pelo papilomavírus humano é uma das ISTs crescentes no contexto mundial e de difícil controle, pois exige modificação de comportamentos de

risco. É uma infecção sexualmente transmissível de fácil contágio, pois o vírus não encapsulado facilita a contaminação; além disso, características clínicas da infecção pelo HPV são pouco comuns, e quando aparecem as verrugas, estão geralmente relacionadas a vírus de baixo potencial oncogênico.

Pesquisas informam que a prevalência da doença aumenta proporcionalmente ao número de parceiros sexuais. Convém salientar que, independentemente do comportamento sexual, o tabagismo desempenha importante papel na prevalência da infecção. Têm sido relatados aumentos significativos da incidência de HPV em mulheres com baixo nível socioeconômico e em prostitutas, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e comportamentos de saúde/higiene comprometidos pelo baixo poder aquisitivo e educacional (ORIEL, 1988 apud FOCCHI, 2001, p.760).

Além de ser a IST mais comum no mundo, o HPV também é a mais frequente entre jovens sexualmente ativos. Técnicas de análise de biologia molecular, como a Polimerase Chain Reaction (PCR), detectaram que de 30 a 50% das mulheres jovens são portadoras de HPV genital, taxa que diminui com o aumento da idade. Convém salientar que a infecção persistente de HPV por tipos mais oncogênicos podem contribuir para o surgimento de neoplasia cervical.

Estima-se que pelo menos 50% dos indivíduos sexualmente ativos entrarão em contato com o HPV em algum momento da vida e que 80% das mulheres terão esse contato até os 50 anos de idade (CASTELLSAGUÉ; MUÑOZ, 2003).

Apesar da grande amplitude da doença, a infecção pelo HPV não é de notificação compulsória, fato que dificulta a identificação da real prevalência da infecção no Brasil. Aproximadamente 4% da população mundial são portadores de lesões subclínicas, e em 10% a infecção é latente e diagnosticável somente por meio de técnicas de biologia molecular (TENÓRIO et al. , 2009).

Segundo a OMS (2009), a prevalência de HPV na América do Sul é de 13,2%, e no Brasil de 14,1% em mulheres com citologia normal. Estudos realizados no Brasil encontraram positividade para o HPV na população geral de 21% a 48%, sendo de alto risco principalmente HPVs 16 e 18, encontrados em 48% a 53% das amostras analisadas (FEDRIZZI, 2011).

As principais vias de transmissão do HPV são a via sexual, materno-fetal e a não sexual. A via sexual é mais comum e mais efetiva: o vírus penetra na pele e nas mucosas por meio de microlacerações, principalmente na região anogenital e na cavidade orofaríngea. Não está determinado o tempo que o vírus resiste fora do organismo (TENÓRIO *et al.*, 2009). No caso da transmissão sexual, a infecção na maioria das vezes se apresenta de forma assintomática ou com lesões subclínicas (inaparentes), visíveis apenas sob técnicas de magnificação (lentes) e após a aplicação de reagentes como o ácido acético.

Quando há lesões clínicas, estas se manifestam frequentemente como lesões planas ou exofíticas, também chamadas de condiloma acuminado ou verruga genital. Em caso de quadro clínico assintomático, pode ser detectado por meio de técnicas moleculares.

A transmissão via materno-fetal ocorre durante o parto transpelviano. Em portadoras de lesões clínicas há possibilidade de transmissão do vírus ao concepto, o qual poderá desenvolver lesões clínicas na genitália ou papiloma laríngeo. A via não sexual inclui contaminação por partículas virais do HPV em fômites, instrumentais ginecológicos indevidamente esterilizados e/ou utensílios sanitários.

2.4 PRINCIPAIS FATORES DE RISCO

Os determinantes para a persistência da infecção pelo HPV são os tipos de vírus e cofatores associados que podem interagir com o vírus de maneiras variadas, favorecendo o desenvolvimento do câncer. Os principais cofatores são (AGUIAR, 2011; JOCA, 2007; PASSOS *etal.*, 2008):

a) Fatores Imunológicos: pacientes imunodeprimidos apresentam carcinogênese genital súbita pelo HPV, como pacientes com HIV/AIDS, transplantados renais e diabéticos insulino-dependentes descompensados.

b) Fatores genéticos: história familiar de câncer cervical.

c) Fatores sexuais: multiplicidade de parceiros, início da atividade sexual precoce, promiscuidade do parceiro sexual, história prévia de infecções sexualmente transmissíveis, multiparidade, e primiparidade jovem (< 16 anos idade).

d) Fatores Traumáticos e Infeciosos: tendem a facilitar a penetração e propagação do vírus no organismo.

e) Fatores Socioeconômicos, de higiene e desnutrição: baixo poder aquisitivo, dificuldade de acesso a programas de saúde, população rural, higiene insatisfatória e alimentação precária também têm sido relacionados à carcinogênese uterina (PEREYRA; PARELLADA, 2005).

f) Tabagismo: a nicotina e a cotinina presentes no cigarro, além de estarem relacionadas ao câncer cervical parecem contribuir para a redução das funções e quantidades das células de Langerhans, aumentando a receptividade ao HPV. O risco para o desenvolvimento de câncer é diretamente proporcional à quantidade de cigarros fumados e ao tempo de seu uso. O tabagismo também interfere no metabolismo da vitamina A pelo organismo, reduz os níveis séricos de betacaroteno e pode atuar como promotor da redução dos linfócitos T4 e T8 (MENDES, 2003).

g) Fatores Hormonais: hormônios como a dexametasona, progesterona e estrógeno intensificam a expressão genética do HPV, como, por exemplo, o anticoncepcional oral e a gravidez.

h) Fatores Dietéticos: deficiência de betacaroteno, vitamina A e ácido fólico estão relacionados a elevado risco de câncer cervical.

2.5 QUADRO CLÍNICO DO HPV

A infecção no trato genital causada pelo HPV pode apresentar-se de três maneiras:

a) Infecção clínica (com lesão macroscópica): pode ser diagnosticada a olho nu com visualização de condilomas acuminados, também chamados de verrugas genitais ou “crista de galo”. Na forma clínica condilomatosa, as lesões podem ser

únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se, no homem, mais frequentemente na glândula, no sulco bálano-prepucial e na região perianal. Na mulher, incidem na vulva, no períneo, na região perianal e na vagina e no colo; podem ser dolorosas, friáveis e pruriginosas (BRASIL, 2006b, p. 88). Essas lesões estão geralmente associadas aos HPV's do tipo 6 e 11, os quais não apresentam risco de evoluir para câncer cervical (NAUD, 1993). A figura 4 demonstra lesões clínicas causadas pelo HPV.

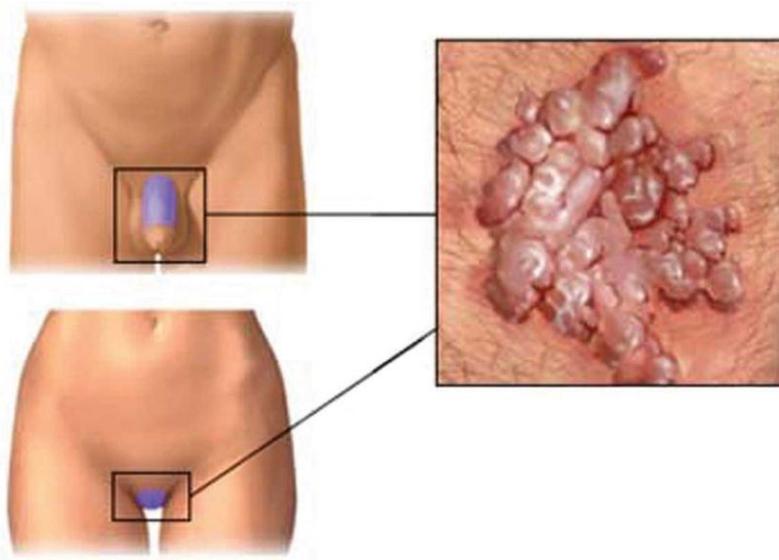


Figura 4- localizações preferencias do HPV de baixo risco e surgimento de condilomas.
Fonte: <http://www..alergodermatologia.blogspot.com.br>

b) Infecção subclínica: diagnosticada por citologia cérvico-vaginal (exame de Papanicolau), peniscopia, colposcopia e/ou biópsia. Podem ser identificados os condilomas planos NIC I, associados aos HPV's 6 e 11 e também os HPV's 16 e 18 associados NIC II e III. Atualmente, o risco de transformação dessas lesões é mais frequente naquelas situadas no colo do útero do tipo NIC II e III, as quais podem evoluir para câncer (NAUD, 1993).

c) Infecção Latente: não há lesões clínicas nem citológicas aparentes; pode ser diagnosticado por meio de teste de biologia molecular para detectar HPV-DNA, como captura híbrida ou PCR, o qual demonstra a presença do vírus mesmo sem lesões aparentes (AGUIAR, 2011).

Em muitos casos, a infecção é assintomática, podendo ser visível com a aplicação de ácido acético de 3% a 5% no colo do útero; o vírus pode permanecer muitos anos em estado de latência, viabilizando o aparecimento de novas lesões (BRASIL, 1999 apud JOCA, 2007).

2.6 DIAGNÓSTICO DO HPV

O diagnóstico do HPV repousa em três procedimentos: citologia, histologia e colposcopia. Tais procedimentos permitem separar lesões clínicas de subclínicas, condilomas sem atipias dos condilomas com atipias das camadas basais, característicos de neoplasias intraepiteliais (NAUD, 1993).

Nas manifestações de lesões externas, como verrugas genitais que podem ser encontradas na vulva, vagina, pênis e ânus ou em qualquer parte da pele, o diagnóstico é basicamente clínico, fundado em sinais e sintomas observados, podendo ser realizada biópsia como método de confirmação, se necessário.

Parellada e Pereyra (2009) enfatizam que os métodos diagnósticos das lesões induzidas pelo HPV baseiam-se na identificação de alterações celulares características associadas à replicação viral, realizados por meio do exame de colpocitologia oncótica, exame clínico, exame de imagem de alta resolução, colposcopia, peniscopia, vulvoscopia e biópsias dirigidas.

O histopatológico da biópsia da lesão sugere a infecção causada pelo HPV e gradua a severidade das lesões, mas não identifica o tipo de HPV presente e não informa antecipadamente o comportamento biológico das lesões, as quais podem ser causadas por HPV de baixo ou de alto grau (MENDES, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006b), as alterações celulares causadas pelo HPV no colo uterino têm o mesmo significado clínico das observadas nas displasias leves ou neoplasias intraepiteliais de grau I, as quais, juntas, constituem a lesão intraepitelial escamosa de baixo grau, com grande chance de regredir sem tratamento.

O avanço dos estudos sobre o HPV e o desenvolvimento de técnicas moleculares mais sensíveis permitiram pesquisar a presença de material genético de HPV em amostras de câncer cervical, assim como identificar tipos específicos de papilomavírus humano em análises de biópsias de câncer da cérvix uterina, fatos que estimularam pesquisas mais detalhadas sobre o papel do HPV na indução e na evolução do câncer cervical.

Exemplo desse avanço foi o estudo multicêntrico internacional em 1995, que encontrou 94% de HPV em mais de 1.000 tumores analisados. Em novo estudo, em 1999, foi realizada nova análise com os mesmos tumores, e o resultado mostrou uma prevalência real de HPV nessas amostras de 99,7%, fato que demonstra o avanço nas técnicas de detecção do HPV (NCI, 2004 apud SCHMITT, 2006).

O diagnóstico de HPV em infecções latentes, sem lesões discerníveis e com tecidos clínica e colposcopicamente sem alterações, pode ser confirmado por meio da biologia molecular, que detecta o DNA viral. Atualmente são descritos dois tipos de métodos de detecção: um baseado na detecção direta do DNA do HPV pela técnica do Southern Blot e pela DotBlot, e outro método na amplificação dos genomas virais, através de reação em cadeia de polimerase (PCR) ou por meio da técnica de captura híbrida.

Segundo Cestari (2010), o teste de biologia molecular apresenta como desvantagens o alto custo financeiro do exame e a indisponibilidade como rotina no SUS.

2.7 TRATAMENTO DO HPV

Não há tratamento específico disponível para a infecção por papilomavírus e nenhum dos utilizados é superior aos outros. Assim, o caso deverá ser avaliado para a escolha da conduta mais adequada ao paciente e lesão de maneira individual. A escolha do tratamento deverá levar em consideração: tamanho, número e local da lesão, preferência do paciente, custos, recursos materiais e humanos disponíveis, efeitos adversos do tratamento e a experiência do profissional de saúde.

Os tratamentos atuais são mais direcionados para tratar as lesões causadas pelo HPV (verrugas, lesões em colo do útero) do que propriamente para eliminar o vírus, sendo essas lesões tratadas de acordo com o local ou gravidade de cada uma (SCHMITT, 2006). Ressalta-se a importância da avaliação contínua do tratamento, e caso não haja melhora substancial após seis sessões, a opção terapêutica deve ser mudada (BRASIL, 2011a).

Atualmente o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) disponibiliza as seguintes opções para tratamento:

- a) Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90% em solução alcoólica:** destrói os condilomas pela coagulação química de seu conteúdo proteico e por ser uma substância cáustica. Esse método poderá ser usado durante a gravidez, se a área lesionada não for muito extensa; caso contrário, deverá ser associado à retirada cirúrgica das lesões.
- b) Podofilina 10-25% em solução alcoólica ou em tintura de Benjoim:** de ação antimicótica, sua absorção em grandes quantidades pode ser tóxica para o coração, rins e sistema nervoso. Contraindicado durante a gravidez.
- c) Podofilotoxina 0,15% creme:** indicada para auto aplicação, tem mecanismo de ação semelhante ao da podofilina. O efeito máximo é alcançado entre 3 e 5 dias após a aplicação. Seu uso é contraindicado em crianças e mulheres grávidas.
- d) Imiquimod 5% creme:** (imidazolquinolina) medicamento tópico de auto aplicação que estimula a produção local de interferon; possui ação antiviral e antiproliferativa. Além de ser tratamento longo e oneroso, seu uso não é recomendado na gravidez.
- e) Eletrocauterização ou Eletrocoagulação ou Eletrofulguração:** utiliza um eletrocautério para remover ou fulgurar lesões isoladas; exige anestesia local anterior ao procedimento. Não se aplica a lesões vaginais, cervicais e anais, visto que o controle da profundidade do efeito é difícil, podendo levar a extensa necrose tecidual.
- f) Interferon:** atua reprimindo a replicação do vírus; tem efeitos colaterais sistêmicos, podendo ocorrer febre, astenia, náuseas, calafrios, cefaleia, mialgia,

artralgia e alterações das funções hepáticas. Seu uso deve ser evitado em cardiopatas, hepatopatas e renais crônicos. O interferon é mais indicado como tratamento adjuvante em lesões persistentes ou recidivantes, sobretudo em pacientes imunodeprimidos.

g) Criocauterização ou Crioterapia ou Criocoagulação: promove a destruição térmica por dispositivos metálicos resfriados por CO₂ através de citólise térmica; é mais útil quando há poucas lesões.

h) 5- fluorouracil (5-FU): método que atua pela produção de RNA e DNA. Pode apresentar como reações adversas: ulcerações crônicas e vaginites químicas.

i) Vaporização a laser: pode ser utilizada em ambulatório com aplicação de anestesia local; também apresenta bons resultados em lesões vulvares e vaginais que não respondem adequadamente a agentes químicos.

j) Exérese cirúrgica: método indicado aos pacientes que tenham grande número de lesões ou extensa área acometida, ou, ainda, em casos resistentes a outras formas de tratamento.

Em casos com presença de lesão vegetante no colo uterino, o Ministério da Saúde (2006b) recomenda excluir a possibilidade de tratar uma neoplasia intraepitelial antes de iniciar o tratamento. Essas pacientes devem ser encaminhadas a um serviço de colposcopia para diagnóstico diferencial e tratamento.

2.8 PREVENÇÃO DE AGRAVOS PELO HPV

O Ministério da Saúde (2006b, p. 92) recomenda também que mulheres tratadas por lesões cervicais sejam seguidas pela rotina após tratamento, devendo ser realizado exame ginecológico com aplicação de ácido acético 2%, teste de Schiller e citologia oncológica a cada 03 meses, pelo período de 06 meses; em seguida, a cada 06 meses, posteriormente por 12 meses, repetindo-se anualmente, se não houver recorrência das lesões.

O uso de preservativos de látex pode atuar como barreira física e reduzir o risco de transmissão pelo HPV nos parceiros não infectados, uma vez que a retirada dos condilomas não elimina a infecção pelo HPV (BRASIL, 2006b).

Não há nenhuma sugestão de que a operação cesariana tenha algum valor preventivo, por isso não deve ser realizada para prevenir a transmissão do HPV para o recém-nascido, devendo ser indicada apenas quando o tamanho e a localização das lesões obstruam o canal de parto (BRASIL, 2006b).

De acordo com o Ministério da Saúde (INCA, 2008, p. 201), o profissional enfermeiro pode prestar importante contribuição para a prevenção e diagnóstico do câncer de colo uterino, destacando-se sua participação: no controle de fatores de risco; na realização da consulta ginecológica e do exame de Papanicolaou; aumentando o número de mulheres que se submetem ao exame de colpocitologia oncótica; efetivando um sistema de registro de qualidade que facilite o encaminhamento adequado das mulheres com alterações citológicas (ISTs, HPV, NIC I,II ou III, adenocarcinoma) e garantindo tratamento adequado para os casos alterados.

Ainda com objetivo de reduzir a contaminação pelo HPV e a carcinogênese uterina, outra possibilidade preventiva são as vacinas contra a infecção pelo HPV. Duas vacinas foram desenvolvidas com foco nos tipos virais mais encontrados no câncer da cérvix uterina (HPV 16 e HPV 18). No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou a comercialização da vacina quadrivalente recombinante contra o Papilomavirus Humano (6, 11, 16 e 18) da Merck Sharp & Dohme (MSD) e Vacina Bivalente (foco no HPV 16 e 18) da *Glaxo Smith Kline* (GSK).

Em 2013, o Ministério da Saúde incorporou ao calendário nacional de imunizações a vacina quadrivalente recombinante contra o papilomavirus humano, usada na prevenção do câncer de colo do útero. A vacina está preconizada para meninas dos 11 aos 13 anos em 2014, estendendo-se, a partir de 2015, também para meninas dos 09 aos 11 anos. Vale dizer: a partir de 2015, a vacina contemplará a faixa etária de 09 a 13 anos.

Já em 2014, meninas dos 11 aos 13 anos de idade receberão as duas primeiras doses necessárias à imunização: a dose inicial, e a segunda seis meses depois. A terceira dose deverá ser aplicada cinco anos após a primeira (BRASIL, 2013). A estratégia de imunização será mista, ocorrendo tanto nas unidades de saúde quanto nas escolas públicas e privadas. Essa incorporação da vacina complementa as demais ações preventivas do câncer de colo do útero, como a realização rotineira do exame preventivo (Papanicolaou) e o uso de camisinha em todas as relações sexuais.

O Ministério da Saúde também informa que é a primeira vez que a população terá acesso gratuito a uma vacina que protege contra o câncer. A meta é vacinar 80% do público-alvo, que atualmente soma 5,2 milhões de pessoas (BRASIL, 2013).

2.9 MÉTODOS DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E HPV

O combate ao câncer cérvico-uterino consiste num conjunto de ações voltadas para a promoção, proteção e prevenção em saúde, com detecção precoce de neoplasias e redução de agravos.

O método de rastreamento e diagnóstico de lesões pré-invasivas mais utilizado é o exame de Papanicolaou, que criou uma nomenclatura que procura expressar se as células observadas são normais ou não, atribuindo-lhes uma classificação, assim denominada, de acordo com o INCA (2011a):

- a) Classe I: ausência de células anormais ou atípicas;
- b) Classe II: citologia atípica, mas sem evidência de malignidade;
- c) Classe III: citologia sugestiva, mas não conclusiva de malignidade;
- d) Classe IV: citologia fortemente sugestiva de malignidade;
- e) Classe V: citologia conclusiva de malignidade.

Posteriormente, surgiram novas nomenclaturas, sendo incluídas as “displasias”, todas relacionadas de maneira grosseira à classe III de Papanicolau ou correlacionando também à classe IV com carcinomas escamosos *in situ*.

Em outra etapa foi incluído o conceito de neoplasia intraepitelial e, no caso da cérvix uterina, de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), subdividida em NIC I, NIC II e NIC III. O sistema Bethesda, Maryland, Estados Unidos, é a classificação citológica mais atual de esfregaço cervical.

Essa classificação: prevê que o diagnóstico citológico deve ser diferenciado para células escamosas e glandulares; inclui diagnóstico citomorfológico sugestivo para infecção por HPV; e introduz a análise e a qualidade do esfregaço.

O estudo de Ramos (2009) enfatiza que na última versão do sistema Bethesda, em 2001, as atipias em células escamosas foram subdivididas em atipias escamosas de significado indeterminado e atipias em células escamosas de significado indeterminado em que não é possível descartar lesão intraepitelial escamosa de alto grau. Permaneceram as classificações de lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau, lesões intraepiteliais escamosas de alto grau e carcinoma invasor.

A periodicidade do exame citopatológico de Papanicolau é uma estratégia segura e eficaz na detecção precoce do câncer de colo de útero. Apoiado na história natural do câncer de colo de útero, o Ministério da Saúde (2006 a) recomenda o exame prioritariamente para mulheres de 25 a 64 anos de idade uma vez por ano, e, após dois exames anuais negativos consecutivamente, a cada três anos. Salienta-se, no entanto, que qualquer mulher sexualmente ativa pode fazer o exame de colpocitologia oncótica, independentemente de sua idade.

Estudos têm demonstrado que entre mulheres de 35 a 64 anos, depois de um exame citológico uterino negativo, um exame subsequente pode ser realizado a cada três anos com a mesma eficácia do anual (INCA, 2011a).

Considera-se o efeito protetor do rastreamento para câncer de colo de útero com redução de incidência acumulativa de 91% para mulheres que realizam exame anualmente e de 93% para mulheres que realizam a cada três anos após um resultado sem alterações, ou seja, a expectativa de redução percentual no risco acumulativo para desenvolver o câncer é praticamente a mesma em ambos os casos.

O câncer de colo de útero inicia-se a partir de uma lesão pré-invasiva, que pode evoluir lentamente por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil ou mesmo impossível. Estudos epidemiológicos têm mostrado que leva em média 10 anos para que uma célula normal evolua para o estágio de câncer invasivo, começando por estágios precoces, que são detectáveis e curáveis, daí a importância de que sejam feitos esforços preventivos por meio de programas de rastreamento do câncer cervical (INCA, 2008).

Esse tipo de câncer está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV, especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais. Para desenvolver essa neoplasia é necessária, além da contaminação pelo HPV, a associação de outros fatores, podendo ser eles inerentes ao próprio vírus (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), ou ainda ligados à imunidade, à genética, à idade, ao comportamento sexual e ao tabagismo, os quais podem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras de câncer.

Segundo câncer mais comum em mulheres em todo o mundo, o câncer cervical está praticamente sempre ligado à infecção genital pelo HPV (99%), que é a mais comum infecção viral do trato reprodutivo (OMS, 2011).

2.10 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) prevê que nos anos 2012/2013 ocorrerão aproximadamente 518.510 casos novos de câncer no Brasil, dos quais 260.640 casos somente para o sexo feminino (INCA, 2011b).

Calculam-se 17.540 casos novos de câncer do colo do útero no Brasil, com um risco estimado de 17 casos a cada 100.000 mulheres. A figura 1 descreve as estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e de número de casos novos por câncer, segundo sexo e localização primária.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	60.180	62,54	15.660	75,26	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	52.680	52,50	18.160	78,02
Colo do Útero	-	-	-	-	17.540	17,49	5.050	21,72
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	17,90	4.520	21,85	10.110	10,08	3.060	13,31
Cólon e Reto	14.180	14,75	4.860	23,24	15.960	15,94	5.850	25,27
Estômago	12.670	13,20	3.200	15,34	7.420	7,42	2.170	9,47
Cavidade Oral	9.990	10,41	2.760	13,34	4.180	4,18	1.130	4,92
Laringe	6.110	6,31	1.540	7,56	-	-	-	-
Bexiga	6.210	6,49	1.900	9,28	2.690	2,71	880	3,72
Esôfago	7.770	8,10	1.500	7,26	2.650	2,67	520	2,27
Ovário	-	-	-	-	6.190	6,17	2.220	9,53
Linfoma não Hodgkin	5.190	5,40	1.560	7,66	4.450	4,44	1.560	6,85
Glândula Tireoide	-	-	-	-	10.590	10,59	3.490	14,97
Sistema Nervoso Central	4.820	5,02	1.190	5,82	4.450	4,46	1.200	5,23
Leucemias	4.570	4,76	1.180	5,81	3.940	3,94	1.180	5,02
Corpo do Útero	-	-	-	-	4.520	4,53	1.700	7,39
Pele Melanoma	3.170	3,29	810	4,05	3.060	3,09	790	3,46
Outras Localizações	43.120	44,80	11.100	53,33	38.720	38,61	10.320	44,50
Subtotal	195.190	202,85	51.780	248,60	189.150	188,58	59.280	254,86
Pele não Melanoma	62.680	65,17	14.620	70,39	71.490	71,30	15.900	68,36
Todas as Neoplasias	257.870	267,99	66.400	318,79	260.640	259,86	75.180	323,22

* Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10

Figura 2- Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência de câncer para o Brasil.
Fonte: INCA, 2011

As taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil permanecem elevadas, caracterizando esse tipo de câncer como o terceiro mais incidente no Brasil e o segundo mais comum entre as mulheres, perdendo em ocorrência somente para o câncer de mama, sem contar com o câncer de pele não melanoma, mais incidente em ambos os sexos.

Sua maior incidência recai na faixa etária de 20 a 29 anos, sendo mais frequente em países menos desenvolvidos, nos quais ocorrem 80% dos casos mundiais (GIRALDO *et al.*, 2009).

Em pesquisa realizada por Dionízio (2011), análises revelaram que no período entre 2001 e 2010 o câncer do colo do útero foi o mais frequente na Região Norte do país, com 23 casos por 100 mil habitantes. As estimativas do Instituto Nacional do Câncer para 2012/2013 confirmam o câncer de colo de útero ainda como o mais incidente na Região Norte, se não considerarmos o câncer de pele não-melanoma. O INCA (2011) prevê 1.860 casos de câncer de colo de útero em 2012/2013 na Região Norte, sendo 810 casos no Estado do Pará e 250 casos somente na capital.

2.11 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E O HPV

Denominam-se câncer as doenças em que ocorre o crescimento desordenado de células que invadem tecidos ou órgãos, podendo espalhar-se para outras áreas do corpo. A divisão acelerada e o agrupamento de células de maneira incontrolável podem determinar a formação de tumores ou neoplasias malignas (INCA, 2012).

As células cancerosas multiplicam-se mais rapidamente do que as células normais e podem adquirir a capacidade de se deslocar ou mesmo de se desprender do tumor, invadindo tecidos, vasos sanguíneos e órgãos adjacentes ou mesmo distantes de seu local de origem, gerando metástases.

Dentre os vários tipos de câncer existentes daremos ênfase ao câncer do colo do útero, também chamado de câncer cervical, por sua afinidade com esta pesquisa.

O câncer de colo uterino é afecção progressiva iniciada com transformações intraepiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que varia de 10 a 20 anos (INCA, 2008, p. 204).

A relação entre câncer de colo uterino e HPV de alto risco está bem estabelecida, sendo o papilomavírus sua causa principal, mas não suficiente para desenvolver esse tipo de câncer. Muñoz (2006) esclarece que, por meio de técnicas de biologia molecular, já é possível detectar o DNA do HPV em 98% dos casos de câncer de colo uterino.

As Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC) são lesões proliferativas que substituem parte ou totalmente a espessura do epitélio escamoso cervical, têm maturação celular anormal e atipias de graus variáveis (BEZERRA, 2007, p.23). São categorizadas em graus I, II e III, dependendo da proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas.

Os graus mais graves da NIC apresentam maior proporção da espessura do epitélio composto de células indiferenciadas (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2003). A NIC de alto grau é responsável por longo período chamado de fase pré-invasiva do câncer, podendo evoluir para câncer de colo de útero (CCU) caso não haja intervenção de sua progressão por meio de diagnóstico precoce.

Devido ao elevado potencial de regressão do vírus HPV na neoplasia intraepitelial I, geralmente entre 12 e 24 meses, a NIC I não é considerada lesão precursora para desenvolver o câncer cérvico-uterino. No entanto, a infecção persistente, provocada por um ou mais dos tipos oncogênicos de Papilomavírus humano, é uma causa necessária da neoplasia cervical (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2003).

O manual de Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero (INCA, 2011a) informa que as NICs I, II/III e IV correspondem, na classificação histológica da OMS (1952), respectivamente a displasia leve, displasia moderada e acentuada e carcinoma *in situ*. Já a Classificação Citológica Brasileira (2006) dá como NIC I a Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (LIEBG) associada ao HPV, e agrupa a NIC II e a III como lesão intraepitelial escamosa de alto grau.

O colo do útero está dividido em duas porções: ectocérvice (porção vaginal), visível a olho nu e coberto por um epitélio escamoso estratificado não queratinizado. A outra porção é chamada de endocérvice, a qual é revestida por um epitélio colunar simples secretor de muco (Figura 3).

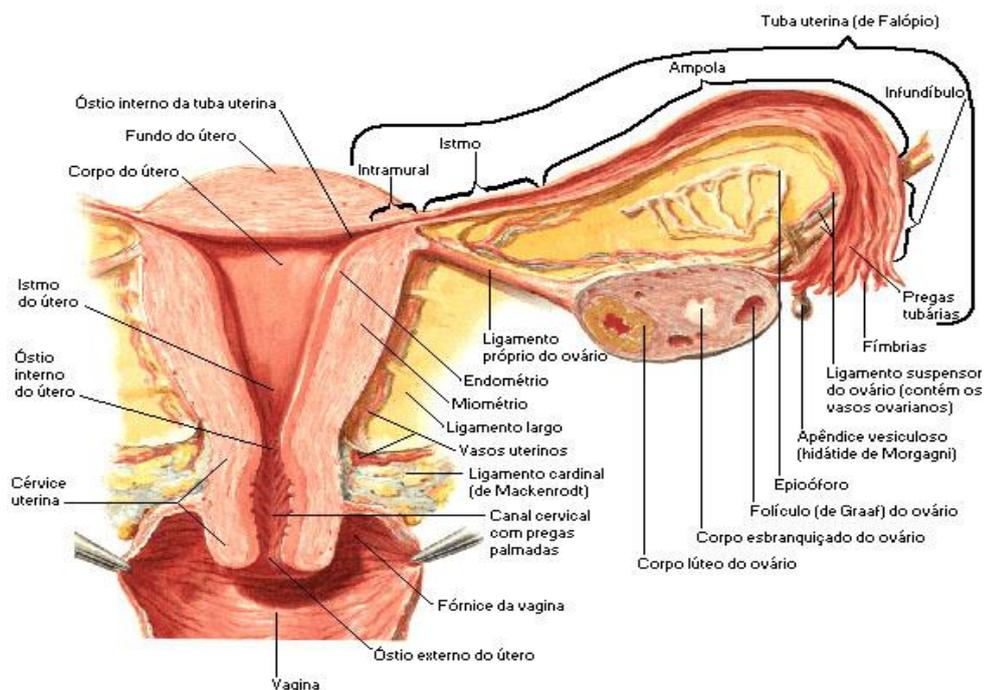


Figura 3- Anatomia do útero
Fonte: NETTER, 2000.

O ponto no qual o epitélio escamoso e o colunar se encontram é denominado Junção Escamo-Colunar (JEC) ou zona de transformação, sendo sua porção inicial no orifício externo da cérvix uterina, local onde o carcinoma de células escamosas normalmente se origina, uma vez que ao longo do tempo e por fatores hormonais pode sofrer um processo fisiológico denominado eversão, constituindo o ectrópio (BOGLIOLO, 2006).

Em seu estudo, Aguiar (2011) enfatiza que, após a eversão, o epitélio da JEC se torna menos resistente aos traumatismos durante o ato sexual, ao pH ácido da vagina e também a microrganismos presentes nessa região, fazendo com que o organismo responda às ocorrências, tentando adaptar-se e proteger-se, promovendo mudanças no epitélio original, chamado de epitélio colunar endocervical, para um tecido mais resistente, denominado epitélio escamoso (JEC fisiologicamente ativa), originando assim, no local do epitélio evertido, a metaplasia escamosa, processo fisiológico que pode tornar-se atípico com o desenvolvimento das metaplasias.

A região compreendida entre a JEC original e a JEC fisiologicamente ativa é denominada Zona de Transformação (ZT), local preferencial para o surgimento do câncer de colo de útero.

Ainda segundo informações do Ministério da Saúde (INCA, 2011a), há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos), e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (10% dos casos).

Convém salientar que a maiorias das mulheres com displasia cervical é assintomática, embora algumas pessoas possam referir sangramento após relação sexual, corrimento, sangramento vaginal irregular, dor vaginal, corrimento fétido e/ou sanguinolento. Quando mais cedo for realizada a intervenção, maior a chance de sobrevivência da mulher, uma vez que, se detectado precocemente, o CCU tem chance de até 100% de cura.

O câncer cervical pode ser prevenido por intermédio da prevenção primária, com utilização de estratégias educativas que estimulem a redução da exposição aos fatores de risco, adoção de estilos de vida mais saudáveis, sexo seguro e exames

periódicos de rastreamento. A prevenção secundária pode ser realizada por meio da detecção precoce do carcinoma *in situ* ou de lesões precursoras através da colpocitologia oncótica (BRASIL, 2001).

Capítulo 3

3 SUPORTE TEÓRICO: TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM

3.1 A EDUCAÇÃO E O AUTOCUIDADO EM SAÚDE

Atualmente a Educação em Saúde (ES) tem sido reconhecida como uma estratégia da enfermagem para enfrentar diferentes problemas de saúde que afetam populações em vários contextos sociais.

Segundo Monteiro (2007), a Educação em Saúde constitui-se numa estratégia de ação voltada para a promoção da saúde, por possibilitar o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança e troca de conhecimentos entre pessoas da comunidade e profissionais de saúde, com vistas a identificar opções a serem adotadas para estabelecer atitudes e comportamentos mais saudáveis.

A educação no âmbito da saúde deve ter como princípio estimular experiências que motivem pessoas para as ações de autocuidado. Para tal, cabe ressaltar a importância de habilidades individuais e da participação coletiva, a fim de fortalecer processos autonômicos dos sujeitos e dos grupos sociais, favorecendo mudanças no comportamento de saúde, com vistas a prevenir doenças e reduzir riscos e agravos à saúde.

Educar em saúde é mais do que instruir. É acreditar que pode haver reflexão e diálogo entre pessoas, que oportunizam ação cultural que induz à independência das pessoas (FREIRE, 1997).

A educação em saúde é tema relevante para as práticas desenvolvidas pelo profissional enfermeiro, pois estimula o autoconhecimento do indivíduo como ator social capaz de interagir e intervir em suas próprias necessidades, influenciando direta e indiretamente a adoção de novos hábitos e estilos de vida condizentes com melhor qualidade de vida (AMARAL *et al.*, 2011).

A preservação do potencial saudável dos cidadãos configura-se como cuidado, e considerando a importância da saúde e dos elementos mantenedores

desse estado, as pessoas tendem a desenvolver atitudes direcionadas para si mesmas que contribuam para o equilíbrio de fatores que afetam seu desenvolvimento. Essas atitudes mostram-se como ações de autocuidado, que têm como finalidade proporcionar condições para manter e garantir o desenvolvimento humano, promovendo assim a saúde e o bem-estar.

A Teoria de Autocuidado de Orem define autocuidado como um processo aprendido, uma prática desenvolvida pela pessoa voltada para si mesma, em que o indivíduo deve ser livre para acertar, aprender, utilizar ou rejeitar o que lhe é oferecido, e ainda para pedir ajuda e obter informações sobre si mesmo. Compreende-se, portanto, que a essência dos propósitos do autocuidado é o autocontrole, a liberdade e a responsabilidade do indivíduo na busca pela melhoria de qualidade de sua própria vida.

Para Branco (2009), a prática do autocuidado surge do reconhecimento e da aceitação do fato de que cada pessoa é responsável pela própria saúde. A motivação representa o ponto de partida para qualquer processo, somado ao conhecimento básico da pessoa e ao seu senso de valorização, permitindo assim participação no seu próprio processo de saúde.

Nesse contexto, o autocuidado mantém constante relação com a educação, momento em que o enfermeiro interage rompendo a visão de cuidado estritamente técnico, para praticar um cuidado crítico e holístico, possibilitando maior aproximação com a comunidade, numa troca constante de saberes e na busca pela melhoria da saúde coletiva.

A educação em saúde desempenha papel fundamental na busca pela mudança de comportamento das pessoas, propiciando a adoção de hábitos saudáveis, com vistas, nesse caso, a reduzir os riscos de contaminação pelo papilomavirus humano e o desenvolvimento de câncer de colo uterino.

Silveira *et al.* (2005) referem que a educação em saúde passa a ser entendida como uma prática intencional e planejada, na qual os indivíduos possam ter domínio sobre o seu corpo por meio da aprendizagem contínua sobre saúde e doença.

A educação em saúde com perspectivas de autocuidado visa à formação de atitudes e comportamentos mais saudáveis, considerando as habilidades individuais e a participação coletiva, e por meio de práticas de reflexão, propiciando às pessoas aprendizado consciente, com desenvolvimento de comportamentos favoráveis à manutenção de sua vida e saúde.

3.2 BASES CONCEITUAIS DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM

Para sustentar o enfoque do autocuidado na prevenção do HPV, optamos pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem como base conceitual do estudo. Na descrição das concepções de autocuidado de Orem foram consultadas principalmente as publicações de Tomey e Alligood (2004) e Orem (1985; 1995; 2001).

O conceito de autocuidado foi desenvolvido inicialmente em 1958 pela enfermeira, docente e pesquisadora norte-americana Dorothea Elizabeth Orem, que formulou sua teoria na enfermagem baseando-se em estudos de organização e administração de hospitais no Indiana State Department of Health. Em 1971, Orem publicou a primeira edição de uma obra intitulada *Nursing: concepts of practice*, em que formulou a Teoria Geral do Autocuidado, com elementos conceituais e operacionais gerais da enfermagem.

Autocuidado representa uma função humana reguladora que as pessoas têm para desempenhar ações de cuidado por si próprias, ou ainda, quando impossibilitadas, alguém as executa por elas, para preservar-lhes a vida, o desenvolvimento e o bem-estar (OREM, 1985). O autocuidado é ato humano aprendido e executado, deliberada e continuamente, conforme as necessidades reguladoras dos indivíduos (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

O modelo conceitual da teoria geral de Orem se constitui pela relação da teoria do autocuidado (como e por que as pessoas cuidam de si próprias), a teoria do déficit do autocuidado (por qual razão as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem), e a teoria dos sistemas de enfermagem (as relações que devem ser criadas e mantidas para que se produza a enfermagem). “Assim, a enfermagem é

um importante elemento estimulador para o desenvolvimento das capacidades dos indivíduos em cuidar da própria vida e saúde. Nessa perspectiva, os cuidados de enfermagem são importantes para identificar necessidades do indivíduo para o autocuidado e para despertar potencialidades para o cuidado, num padrão que contribua para o funcionamento e desenvolvimento humano” (SILVA *et al.*, 2009, p. 699) .

A Teoria do Déficit do Autocuidado na Enfermagem foi baseada na crença de que os indivíduos necessitam da enfermagem quando, por quaisquer circunstâncias na vida, estejam incapacitados de se cuidarem por si próprios. Além de explicar a necessidade da atuação da enfermeira para auxiliar no autocuidado, essa teoria também busca explicar a relação entre as exigências/demandas de autocuidado terapêutico e a atuação da enfermeira com as competências/habilidades que o indivíduo tem para o autocuidado, mostrando que quando há maior exigência do que competência, a enfermagem se torna necessária.

Em momentos de déficit de autocuidado, as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem em suas necessidades de cuidado. Nas ações de enfermagem há uma relação interpessoal para agir com as pessoas e cuidá-las, a fim de promover o restabelecimento da saúde, satisfazer as necessidades de autocuidado terapêutico e auxiliar no exercício das atividades de autocuidado.

São considerados, na Teoria do Autocuidado, três requisitos: requisitos universais, requisitos de desenvolvimento e requisitos de desvios de saúde dos seres humanos, como se discrimina a seguir.

- **Requisitos universais do autocuidado:** são condições comuns a todos os seres humanos em diversas fases do ciclo vital, seja para homens, mulheres ou crianças, que proporcionam as condições necessárias para manter a estrutura e atividades que apoiam o desenvolvimento humano. Essas condições incluem a manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida, a preservação do equilíbrio entre solidão e interação social, equilíbrio entre atividade e descanso, a prevenção de risco para a vida e o bem-estar do ser humano, a prestação de cuidados associados aos processos de eliminação, e, por fim, a promoção do

funcionamento e desenvolvimento dos grupos sociais, em que as limitações humanas são conhecidas e em que existe desejo humano de “ser normal”.

- **Requisitos do autocuidado de desenvolvimento:** são requisitos que promovem os processos de vida e amadurecimento, ao longo do ciclo vital, e quando há a necessidade de adaptação às mudanças que surjam na vida do indivíduo. São demandas que ocorrem durante as adaptações relacionadas às situações normais e críticas ao longo do ciclo vital. Marenzi (2006) classifica os requisitos de autocuidado desenvolvimentais em dois subtipos: um relacionado à prevenção de efeitos negativos das condições adversas, e o outro à provisão de cuidados para diminuir e/ou superar efeitos negativos que se relacionem com uma condição ou acontecimento vital particular.

- **Requisitos de autocuidado em desvio de saúde:** esses requisitos descrevem as exigências de autocuidado nas situações de doença ou diante de diagnósticos médicos e tratamentos. Aplicam-se àqueles doentes, acidentados ou em desordens patológicas, que têm o seu mecanismo integral de funcionamento humano afetado, evidenciando competências de autocuidado do indivíduo também prejudicadas temporária ou permanentemente, tais como a necessidade de enfrentamento da contaminação pelo HPV, as quais, quando não atendidas, podem desencadear desequilíbrios e desvios no processo de viver. São requisitos de autocuidado em desvio de saúde: (a) busca e garantia de assistência médica adequada; (b) tomada de consciência e atenção aos efeitos e resultados de condições patológicas; (c) execução efetiva de medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas; (d) atenção aos efeitos colaterais das prescrições; (e) modificação do autoconceito (e autoimagem), por estar num estado especial de saúde e necessitando de cuidados; (f) aprendizado da vida associado aos efeitos da patologia e com as consequências do diagnóstico médico e nas medidas de tratamento no estilo de vida, para continuar promovendo o desenvolvimento do indivíduo.

Em situações de saúde “anormais”, os requisitos de autocuidado surgem tanto pela doença como pelas medidas usadas no seu diagnóstico ou tratamento.

No Modelo conceitual de autocuidado, é importante a teoria dos sistemas de enfermagem, pois deve ser compreendida como uma construção de

desenvolvimento de atividades de enfermagem e de suas relações entre o enfermeiro e o cliente/usuário, devendo ser um produto benéfico para as pessoas. Tal sistema se baseia nas necessidades e capacidades dos clientes/usuários para executar o autocuidado, estabelecendo como determinar os défices dos indivíduos e a necessidade de intervenção da enfermagem.

De acordo com Orem (1995), os sistemas de enfermagem podem ser classificados em totalmente compensatórios, quando o enfermeiro atende a todos os cuidados terapêuticos ou quando compensa a incapacidade total do paciente em realizar ações de autocuidado. Já o sistema parcialmente compensatório caracteriza-se pela realização de medidas de assistência, atividades manipulativas ou deambulatórias realizadas tanto pela enfermeira quanto pelo cliente/usuário, quando lhe é difícil suprir suas necessidades de autocuidado. A enfermagem também atua no sistema de apoio educativo, em situações que o cliente/usuário é capaz de realizar ou pode e deve apropriar-se da realização de medidas requeridas de autocuidado, necessitando da enfermagem na forma de apoio, orientação e ensinamentos que proporcionem o fortalecimento de habilidades e competências para o autocuidado que exigem conhecimentos e habilidades próprias (TOMEY; ALLIGOOD, 2004).

Nessa perspectiva, é importante definir o conceito de Competência para o autocuidado como sendo a capacidade desenvolvida pelo indivíduo em distinguir fatores que devem ser controlados ou administrados para regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento e decidir o que pode e deve ser feito, reconhecer os componentes de suas demandas terapêuticas de autocuidado e desenvolver medidas de autocuidado ao longo do tempo (OREM, 1995). Segundo Ghisleri (2008), essa capacidade, inerente a todo ser humano, começa a desenvolver-se na infância, atinge certo grau de perfeição na fase adulta e declina com o avançar da idade. Tem sido utilizada como um meio para exercer poder, habilidade, atitudes, nos conhecimentos apreendidos e refletidos, no assumir responsabilidades, na mobilização de recursos e no vigor em engajar-se em ações transformadoras e inovadoras.

Em contrapartida, Competência da enfermagem é a propriedade e capacidade da (o) enfermeira (o) em conhecer e ajudar os outros a reconhecerem

suas demandas terapêuticas de autocuidado, atendendo a tais demandas e organizando o exercício ou desenvolvimento de sua competência para o autocuidado ou competência para o cuidado dependente (OREM, 1995).

As exigências/demandas terapêuticas de autocuidado são, segundo Orem (1995), requisitos e medidas totais de cuidados necessários para a regulação da saúde e bem-estar de determinado indivíduo.

No presente estudo, adotou-se mais especificamente a teoria de enfermagem centrada no sistema de apoio educativo, com vistas à atuação da enfermeira junto às mulheres com resultados alterados para HPV, no intuito de contribuir na formação de atitudes e comportamentos para prevenir e controlar o HPV e práticas de sexo seguro, numa relação horizontal entre enfermeira e cliente/usuário, conforme os preceitos do sistema apoio-educação.

Esse sistema orienta a prestação do cuidado de enfermagem dirigida a estimular o indivíduo a praticar o autocuidado, tomar decisão para mudar comportamentos nocivos à saúde e buscar continuamente novos conhecimentos para enfrentar situações de vida e saúde (GONÇALVES, 2005; DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

Orem salienta o desenvolvimento adequado do autocuidado com necessário empenho e compreensão para buscar comportamentos de saúde voltados para o bem-estar individual, familiar e comunitário. Aponta a enfermeira como capaz de auxiliar a prática do autocuidado pelo indivíduo norteando-se pelos preceitos do sistema de apoio educativo, na adoção de condutas saudáveis pelo cliente/usuário, tornando-o agente de autocuidado de vida e saúde.

O sistema de apoio-educação ocorre por meio de práticas educativas em saúde, realizadas de maneira individual e grupal, com propósito de oportunizar momentos de reflexão e ação capazes de possibilitar às pessoas um aprendizado consciente. Esse sistema considera a prática educativa como um caminho integrador do cuidar, constituindo um espaço de reflexão-ação. Através da educação em saúde é possível provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, por meio de orientação e troca de experiências sobre ISTs,

sexo seguro, higiene íntima, planejamento familiar e redução de exposição a fatores de risco para o HPV e suas consequências.

Proposto na teoria de autocuidado, o sistema de apoio educativo fortalece a importância da educação em saúde como estratégia importante na prevenção e no controle do papilomavírus humano, já que fortalece a necessidade de tomada de decisão, mudanças de comportamentos nocivos e adoção de comportamentos de saúde que garantam a manutenção do estado de bem-estar.

A Teoria de Orem friza que para o desenvolvimento adequado do autocuidado é necessário empenho e compreensão, na busca de comportamentos de saúde voltados para o bem-estar individual, familiar e coletivo. A enfermeira auxilia na prática do autocuidado pelo cliente/usuário por meio de apoio educativo, orientando-o quanto à importância da adoção de condutas preventivas, tornando-o agente de autocuidado, fato que lhe permite decidir entre cuidar-se ou permanecer estático diante de seu estado de saúde.

O sistema de apoio educativo fortalece a educação em saúde como estratégia importante; no presente caso, na prevenção e controle do papilomavírus humano, já que induz as pessoas a tomarem a decisão de mudar comportamentos nocivos e adotar comportamentos mais saudáveis que garantam a manutenção possível de uma vida com qualidade e bem-estar.

Capítulo 4

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

Pesquisa do tipo Convergente-Assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004), método utilizado por articular ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua. Segundo as autoras, a PCA se propõe a construir e reconstruir conhecimentos para orientar a prática em saúde.

A PCA baseia-se no método da pesquisa-ação criado por Kurt Lewin, cuja finalidade é conhecer a realidade e provocar mudanças na ordem do sistema estudado, por meio da participação das pessoas-chave envolvidas no processo, com enfoque e orientação para situações específicas de enfermagem. Tal abordagem se caracteriza pela propriedade de articulação entre a participação ativa dos sujeitos da pesquisa e a prática assistencial em saúde, procurando sempre encontrar alternativas para solucionar ou diminuir problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações nas práticas de saúde, buscando sempre cooperação mútua entre pesquisadores e as demais pessoas representativas da situação analisada.

É desenvolvida durante a imersão do pesquisador na assistência, o que a torna aliada no processo de humanização. A articulação da PCA com a prática assistencial ocorre principalmente durante a coleta de informações, no momento em que pesquisadores e componentes da amostra se envolvem mutuamente na assistência e na pesquisa, possibilitando o compromisso com a melhoria direta do contexto social pesquisado, uma vez que visa a realizar mudanças e introduzir inovações nas práticas de saúde.

Os pressupostos que sustentam a PCA consideram o profissional de saúde como um potencial pesquisador com visão crítica sobre as questões com as quais lida cotidianamente, vendo o contexto da prática assistencial como campo fértil para desenvolver pesquisas. Além disso, considera que a prática assistencial estimula

inovação e alternativas de solução, a fim de diminuir ou solucionar situações cotidianas adversas em saúde, renovando práticas para superar dificuldades ou para maximizar situações favoráveis, o que requer comprometimento dos profissionais com incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais, pela união do saber-pensar ao saber-fazer.

Outro importante pressuposto é de que a PCA requer o compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações procedentes desse contexto (TRENTINI; PAIM, 2004).

A importância da PCA aqui está em possibilitar o cuidado e o autocuidado, almejando mudanças de comportamento de saúde e reduzindo os riscos para a contaminação pelo HPV e suas consequências, em processo compartilhado entre a pesquisadora, como enfermeira, e as participantes do estudo, as mulheres com citologia alterada.

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

Optei por desenvolver o estudo na ESF do município de Benevides/PA por ser um campo de estudo por mim conhecido, onde desempenhei atividades profissionais e pelo fato de conhecer os colegas da equipe de saúde, em especial os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), importantes elementos que contribuíram para identificar, na comunidade e nas famílias, mulheres que fizeram parte da amostra do presente estudo.

Com extensão territorial de 187,868 km², o município de Benevides pertence à mesorregião metropolitana de Belém e fica localizado a 25 km da capital, Belém. Limita-se ao norte com o município de Santa Bárbara do Pará; a leste, com o município de Santa Isabel do Pará; ao sul com o Rio Guamá e a oeste com os municípios de Ananindeua e Marituba. (IBGE, 2010).



Figura 4- Mapa da região metropolitana com destaque para o município de Benevides.
Fonte: arquiocesedebelum.org.br, 2012.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a população residente de Benevides é de 51.651 habitantes (IBGE, 2010), com números aproximados de homens e mulheres em todas as faixas etárias, embora as mulheres sejam maioria no município, com 25.836, dentre as quais 11.918 estão na faixa etária de 25 a 64 anos, considerada de maior risco para o desenvolvimento do câncer do colo uterino.

População residente de Benevides, PA, por faixa etária e sexo, 2010.						
Faixa etária	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
					Faixa etária	
< 1 - 14 anos	7.800	30,22	7.479	28,95	15.279	29, 58
15-24 anos	5.210	20, 18	5.211	20,17	10.421	20,18
25-64 anos	11.730	45,44	11.918	46,13	23.648	45,79
65-79 anos	891	3,45	960	3, 71	1.851	3,59
+ 80 anos	184	0,71	268	1,04	452	0,86
Total	25.815	100	25.836	100	51.651	100

Quadro 1- População residente em Benevides por faixa etária.
Fonte: IBGE, 2010.

O setor público de saúde do município é composto por: 01 Unidade Básica de Saúde (UBS); 01 Unidade Especial de Saúde (UES); 16 Equipes de Saúde da

Família (USF); 02 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS); 03 unidades de urgência e emergência; 02 laboratórios de referência municipal; 01 laboratório conveniado com o SUS; 01 hospital privado conveniado com o SUS; 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 03 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Entre os anos 2011 e 2012 foram coletadas 5.638 amostras de PCCU, sendo detectados 119 casos com citologia alterada compatível com efeito citopático causado pelo papiloma vírus humano, incluindo 02 casos com carcinoma epidermoide invasor e 01 coleta com resultado de adenocarcinoma *insitu*. Além das alterações relacionadas ao HPV, percebeu-se número expressivo de resultados alterados para vulvovaginoses do tipo *Gardnerella vaginalis* (1.369 casos); *gardnerella vaginalis* associada com *candida sp* (1.071); *candida sp* (2.169); *Trichomonas vaginalis* (09); *Trichomonas vaginalis* associado com *candida sp* (05) do total de 5.638 coletas realizadas no período. Somente 1.015 resultados de PCCU tiveram achados dentro dos limites da normalidade.

4.3 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população alvo do estudo constitui-se de mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos (46% da população de mulheres que residem em Benevides) e que realizaram o exame de PCCU como indicação de prática de saúde destinada a mulheres que já iniciaram atividade sexual e que tiveram resultado de colpocitologia oncológica com alterações relacionadas à contaminação pelo HPV.

Dentre os 119 casos de mulheres com citologia alterada compatível com efeito citopático causado pelo HPV no município de Benevides, houve maior concentração de casos no bairro de Murinin, nas áreas de abrangência da Unidade Saúde da Família Paraíso do Murinin I e Unidade Saúde da Família Paraíso do Murinin II. Optamos por esses locais para localizar aquelas mulheres com citologia alterada e convidá-las a formar um grupo no âmbito da UBS Paraíso do Murinin, para desenvolver a estratégia educacional grupal.

A fim de compor a listagem de possíveis participantes – mulheres com citologia alterada compatível com HPV – foram consultados livros de registro de PCCU e prontuários de atendimento realizados nos anos 2011 e 2012 das USFs situadas naquele bairro. Identificou-se uma relação de 20 mulheres. De posse desses nomes e endereços, com ajuda de agentes comunitários de saúde, fomos procurá-las na comunidade e convidá-las para participarem do estudo.

Devido à existência de diversas áreas de ocupação (invasões) e alta mobilidade das famílias no território, foi difícil localizar alguns domicílios. Além disso, percorremos estradas pouco acessíveis e de alta periculosidade, dificuldades essas agravadas pelas constantes chuvas de verão. Esses obstáculos contribuíram para que somente 17 mulheres fossem encontradas. A cada mulher localizada apresentei o projeto e seus objetivos, convidando-a a participar do programa educativo de saúde no controle do HPV em mulheres, que se realizariam em encontros grupais semanais e se alongariam por 02 meses.

4.4 DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA EDUCACIONAL GRUPAL

4.4.1 A COMPOSIÇÃO DO GRUPO

Para facilitar o acesso das mulheres convidadas ao local de realização dos encontros grupais, optou-se pela Unidade Saúde da Família Paraíso do Murinin, por também dispor de infraestrutura necessária, como o espaço físico, boas condições de iluminação, refrigeração e privacidade. As 15 mulheres que compareceram ao 1º encontro optaram, em comum acordo, por realizar os encontros às terças-feiras, no horário das 15h às 17h. Esses encontros transcorreram no período compreendido entre 19/03/13 e 14/05/2013.

4.4.2 DESENVOLVIMENTO DO GRUPO

Compreender o comportamento das pessoas no que se refere à saúde e doença é importante para desenvolver estratégias que melhorem sua qualidade de vida. Com o objetivo de conhecer como as pessoas avaliam ideias, experiências, sentimentos e percepções sobre autocuidado na prevenção e no controle do HPV, desenvolvemos a estratégia educacional grupo focal, por entendermos que essa

técnica se baseia na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos.

De acordo com Levorlino e Pelicione (2001), o grupo focal é satisfatório à nova tendência da educação em saúde baseada na perspectiva do grupo social e da educação centrada na perspectiva cultural de seus beneficiários, apoiado no princípio da participação integral do educando. Permite o pensamento coletivo sobre um assunto que faz parte da vida das pessoas reunidas, visando a conhecer o processo dinâmico de envolvimento entre os participantes, além de observar como as discussões se expressam e são resolvidas no grupo. Essa técnica pressupõe que os participantes tenham semelhanças entre si como um dos critérios para compor o grupo, além de experiência prévia sobre o assunto abordado.

Caracteriza-se, pois, pelo agrupamento de pessoas reunidas pelo pesquisador em torno de um tema que é o objeto da pesquisa, no qual ocorrem compartilhamento de entendimentos, habilidades e comentários sobre o assunto sob a perspectiva dos participantes, o que favorece o surgimento de dados pertinentes à pesquisa e desenvolvimento dos propósitos do estudo.

As seguintes temáticas tiveram a finalidade de orientar o pesquisador na condução do encontro: conhecimentos sobre Papilomavirus humano; autocuidado – o que é e sua importância; PCCU, HPV e Câncer do Colo do Útero; Higiene íntima e cuidados caseiros; práticas de aprendizagem para o autocuidado na prevenção do HPV.

O programa educacional sobre comportamentos de saúde na prevenção de HPV foi desenvolvido em sete encontros com a duração de duas horas cada.

A sala destinada à realização dos encontros foi organizada com as cadeiras dispostas em círculo, a fim de promover a horizontalidade, dialogicidade e integração entre as mulheres participantes, o que as aproximou, com troca de experiências e percepções sobre a temática apresentada.

Nos encontros grupais, além da pesquisadora enfermeira, que atuou como facilitadora, também houve a participação de um assistente observador, que prestou apoio na observação complementar e no registro dos aspectos não verbais ocorridos nos encontros. Com autorização dos integrantes do estudo, os registros verbais dos

encontros foram gravados por meio de aparelho digital. No desenvolvimento do grupo focal atentamos para a verbalização de ideias e vivências, além de outras formas de comunicação, como expressões faciais, corporais ou de conduta. Nesse sentido, o assistente observador registrou todas as possíveis informações observadas pertinentes às vivências durante os encontros, em forma de Diário de Campo (DC).

No primeiro encontro grupal, com a presença de 15 mulheres, realizamos uma breve apresentação de todas as participantes, inclusive a enfermeira pesquisadora e a observadora assistente de grupo que fizeram a exposição do projeto do estudo, e para o qual se reiterou o pedido de colaboração demonstrando a importância dessa pesquisa como contribuição futura na prática mais eficiente de prevenção e controle do HPV, pela adoção de práticas sexuais mais seguras contra a transmissão de doenças sexuais.

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi obtido com a assinatura das participantes depois de fornecidas todas as informações e esclarecimentos. Para preservar a identidade das mulheres participantes, foi decidido pelo grupo adotar o nome fictício para designá-las em substituição aos seus nomes reais. Também foi solicitado o preenchimento do formulário de caracterização sociodemográfica das participantes (Apêndice B).

Em continuidade ao desenvolvimento das atividades grupais, uma dinâmica de sensibilização chamada “Coração Partido” foi realizada entregando-se um coração de papel a cada mulher, onde elas escreveram o que consideravam de mais importante para si mesmas e que guardavam em “seu coração”; posteriormente cada mulher fez uma pequena apresentação ao grupo sobre o que escreveu e sentiu. Finalizou-se o momento trocando os corações de papel entre si, a fim de produzir reflexão sobre experiências alheias repletas de vivências e sentimentos e compartilhá-las, buscando coletivamente a valorização de suas vidas, identificando aspectos vitais que devem ser repensados e reconstruídos como prática de vida, autocuidando-se como protagonistas de si próprias, a favor de um viver mais seguro e saudável.

Nesse momento, foi feita uma exposição dialogada sobre o papilomavírus humano, com explanação das bases conceituais, tipos de vírus, fatores de risco,

transmissão, detecção, diagnóstico e prevenção. As mulheres foram estimuladas a expor exemplos que remetessem a sua vivência pessoal, as quais responderam de maneira positiva, participando durante a ação educativa e compartilhando suas experiências.

O encontro foi encerrado com uma breve avaliação pelo/do grupo sobre o momento vivenciado, programando-se conjuntamente as atividades do próximo encontro; um lanche de confraternização coroou as conversas em torno da temática.

Logo depois de concluído o encontro, a enfermeira pesquisadora e a observadora assistente de grupo registraram todas as observações captadas no desenrolar do encontro, ouviram a gravação das falas e discussão ocorridas no grupo e analisaram os aspectos emergidos relevantes às ações educacionais; com base nessa avaliação, planejaram a próxima atividade educativa.

O segundo encontro ocorreu com a presença de onze mulheres. Como acordado anteriormente sobre a assiduidade aos encontros, esse fato levou-nos ao contato telefônico com as faltosas, que se justificaram alegando obstáculos como adoecimento, chuvas e falta de alguém com quem deixar os filhos durante sua ausência.

Nesse encontro foi realizada uma dinâmica de sensibilização na qual cada mulher, de posse de um espelho, ao ver sua própria imagem refletida, deveria verbalizar um aspecto positivo e um negativo sobre sua imagem. A dinâmica teve o propósito de discutir e fortalecer em cada uma das mulheres o reexame de suas potencialidades como pessoas, voltando-se para si mesmas e refletindo coletivamente, de muitas possíveis capacidades ou competências de práticas cuidativas que mantemos latentes e sem uso em nossas vidas. Por meio de recurso de tecnologias educacionais usaram-se recortes e figuras, sendo as mulheres convidadas a escolher duas figuras: uma que representasse o significado sobre a prática de autocuidado ou autocuidar-se e outra sobre os hábitos saudáveis de vida. Após a escolha elas fizeram a colagem das figuras em cartolina na parede e verbalizaram suas escolhas com base em seus conhecimentos e percepções individuais. Tal apresentação motivou a enfermeira pesquisadora a enfatizar os pontos fortes emergidos que indicassem as competências de autocuidado presentes

nas mulheres e reforçar a necessidade de tornar ativas tais competências na prática cotidiana do autocuidar-se dessas mulheres.

Também ao final da atividade houve a avaliação do encontro, em que participantes sinalizaram relevância das atividades e discussão, já que propiciava a troca de conhecimentos e experiências e ampliava as possibilidades de ações de autocuidado como responsabilidade de cada uma das mulheres. Como no primeiro encontro, foi realizado o registro das atividades e o planejamento do encontro seguinte.

No terceiro encontro, com presença também de 11 mulheres, foi a vez da dinâmica de sensibilização. Ao som de música ambiente, as participantes, todas de pé em dupla, uma de frente para a outra, começaram a tocar uma na outra com os olhos fechados, conforme o comando: tocar os cabelos; o rosto; os braços, os pés. Feito isso, cada uma foi indagada sobre a sensação de ser tocada por uma pessoa desconhecida ou pouco conhecida. Foi feita uma associação entre a dinâmica e a realização do exame de papanicolaou, momento no qual nos encontramos diante do profissional de saúde, que geralmente é uma pessoa que não conhecemos e que de certa maneira nos toca, manipula nosso corpo, sendo este um momento necessário para o cuidado em saúde e que deve ser compreendido pela mulher e sua família como uma ação de autocuidado, conduzida em parte pelo profissional de saúde.

Outro recurso de tecnologia educacional usado foi um vídeo sobre cuidados de higiene sexual e outro sobre o HPV como fator necessário para a evolução do câncer de colo do útero. A discussão dos vídeos oportunizou à enfermeira pesquisadora esclarecer conhecimentos teóricos sobre o HPV e suas conseqüências, enfatizando, com base na experiência, no medo e na expectativa das mulheres que já estão infectadas pelo papiloma vírus humano, a necessidade de tratamento, controle da doença e prevenção de agravos, além da prática de cuidados pessoais seguros de higiene sexual, como responsabilidade de cada mulher pelo seu autocuidado.

Na avaliação do encontro, as mulheres destacaram a importância do encontro no fortalecimento dos conhecimentos sobre o HPV e higiene sexual, assinalando a necessidade de mais orientações sobre higiene íntima. As participantes consideraram a importância de trocar experiências no próximo encontro sobre

remédios caseiros que pudessem contribuir para o autocuidado. Igualmente, foram registradas as atuais e planejadas as atividades do próximo encontro com base nos dados analisados e na solicitação das participantes.

O quarto encontro contou com a presença de dez mulheres, que assistiram à projeção de um vídeo sobre remédios caseiros. Também foi pedido a cada mulher que trouxesse receitas ou experiências de uso de remédios caseiros para manter a higiene íntima ou para combater vulvovaginites e inflamação uterina, usados ou considerados por elas como práticas de cuidados pessoais ou de autocuidado em matéria de cuidado sexual.

Nesse momento percebi a importância do fator cultural na vida dessas mulheres, uma vez que a maioria relatou usar concomitantemente chás e ervas durante tratamento clínico do HPV, e que consideram tal ação como autocuidado. As participantes trouxeram várias receitas de cuidado íntimo e fizeram questão de detalhar modo de preparo, indicações de uso e em que lugar no município de Benevides o material pode ser encontrado. Como nos encontros anteriores, foi realizado o registro e planejamento da próxima atividade.

No quinto encontro, com a presença de onze mulheres, foi realizada uma dinâmica de sensibilização em que elas se posicionaram aos pares, uma com os olhos vendados, sendo conduzida pela outra pelos corredores da unidade de saúde por comandos verbais. Depois, foram indagadas sobre a atividade e como se sentiram com a experiência de ter outra pessoa conduzindo sua vida. Foi feita uma associação entre a dinâmica e a relação sexual desprotegida, em que a mulher entrega sua vida ao parceiro, numa relação de confiança que pode prejudicar sua saúde, uma vez que várias doenças são transmitidas pela via sexual.

Após a dinâmica inicial, foi realizada uma roda de conversa em que as participantes discutiram sobre autocuidado e a importância de práticas e tecnologias educacionais que ajudam nas ações de cuidado sexual, prevenção do HPV e suas consequências. O grupo decidiu desenvolver um material educativo que focasse ações importantes no combate ao HPV. Houve grande integração entre as participantes, as quais se sentiam à vontade para debater sobre a temática do HPV, incluindo relato de experiências sobre sexo, religião e cuidados de higiene íntima, dando início à construção de um álbum seriado que se alongou até o final dos

encontros programados. As mulheres avaliaram positivamente o encontro, por compreenderem a dimensão da responsabilidade do cuidado sexual e que numa relação casal/família, o cuidado não inclui somente a mulher, mas também seus parceiros e filhos. As atividades foram registradas, sendo o próximo encontro programado com base na consolidação e na análise dos dados do encontro.

No sexto encontro do grupo desenvolvemos a dinâmica “carta para mim mesma”. As mulheres iniciaram as atividades cumprimentando-se e foram esclarecidas sobre a dinâmica: elas deveriam escrever uma carta para si mesma, falando de suas expectativas, anseios, enfim, tudo aquilo que gostariam que um amigo sincero lhes falasse. O momento permitiu livre expressão de ideias e foi bem recebido pelas participantes do grupo, não sendo necessário se identificar na carta. As participantes expressaram grande emoção na atividade e revelaram que lhes proporcionou reflexões importantes sobre suas vidas e expectativas, principalmente relacionadas ao cuidar-se e à valorização da vida.

As cartas foram compartilhadas no grupo com leitura na plateia, sem identificar a autoria. Em vários registros as mulheres relataram a importância da família em suas vidas, a necessidade de mudar comportamentos de saúde relacionados a hábitos alimentares inadequados, higiene íntima insatisfatória, diálogo comprometido com o parceiro. Realizamos um momento de reflexão sobre a importância do cuidado na manutenção da saúde e de como a equipe de saúde pode auxiliar na competência para o autocuidado, cujos défices eram identificados pelas próprias mulheres.

Nessa reunião as onze participantes deram continuidade à elaboração do material educativo assumido no encontro anterior, trazendo recortes e reportagens sobre a prevenção do HPV. É relevante mencionar que, por sua livre iniciativa, as mulheres decidiram reunir-se durante a semana e estudar sobre o HPV, e também pesquisaram na internet, em jornais e revistas para conseguir materiais ilustrativos para o álbum.

A atividade foi dinâmica e participativa: as mulheres utilizaram as reportagens, as apresentações ocorridas nos encontros anteriores e o conhecimento de cada uma para construir o álbum seriado, sempre levando em consideração a utilização de linguagem regional para fácil entendimento pelas pessoas da comunidade. Após

a atividade, seguiram-se as mesmas diretrizes de registro de todo o ocorrido e observado no encontro e planejamento do próximo encontro.

No sétimo e último encontro, com participação de onze mulheres, as atividades do grupo focaram a conclusão do álbum, que se configurou em material educativo, com texto, desenhos e colagem de recortes. As participantes verbalizaram a vontade de que o álbum ficasse fixado na Unidade de Saúde Paraíso do Murinin, para que elas mesmas e as pessoas da localidade pudessem sempre buscar informações sobre o autocuidado na prevenção do HPV e do câncer de colo do útero.

Foi sintetizada a trajetória do trabalho de grupo para a aprendizagem de conhecimentos sobre HPV, suas consequências e as práticas de cuidado. As usuárias verbalizaram que, no início da atividade grupal, era mínimo seu conhecimento sobre a temática do HPV, modos de transmissão e condutas adequadas de comportamento sexual. Mas ao longo da trajetória do grupo os conhecimentos foram ampliados, iniciando-se mudanças de comportamento em suas vidas, principalmente no que se refere à adoção de hábitos de vida mais saudáveis, comportamentos sexuais mais adequados e a importância da equipe de saúde na aquisição de conhecimentos para prevenir agravos relacionados ao HPV e outras ISTs.

4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A análise das informações foi baseada na PCA, em que os processos de assistência, coleta e análise de informações ocorrem simultaneamente, facilitando a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Considerando a importância de compreender percepções, atitudes e comportamentos de grupos humanos, e por considerar de grande valia as experiências e de como a interação entre as pessoas pode modificar comportamentos, consideramos apropriado examinar as informações, atentando para a evolução das percepções, comportamentos e competências para o

autocuidado das mulheres, ao longo da realização dos encontros grupais, na ótica do referencial adotado de autocuidado de OREM.

4.5.1 A análise das informações registradas dos encontros foi focada no primeiro objetivo do estudo, referente à identificação de possíveis déficits de competência para o autocuidado relativo ao comportamento de saúde sexual das mulheres em face dos fatores de risco para HPV. Os déficits de autocuidado foram relacionados com a temática do HPV e, após a leitura dos diários de campo e das gravações, foram identificados como de diferentes requisitos para o autocuidado.

Essa análise foi essencial para avaliar as opções de estratégias educativas apropriadas à situação, que pudessem contribuir para a intervenção da enfermagem e possível mudança de comportamento, fortalecendo a competência para o autocuidado.

4.5.2 A análise do processo de mudança comportamental esperada pela implantação de estratégias de educação para a saúde formadora de comportamentos sexuais saudáveis em mulheres, na prevenção do HPV e suas consequências, foi feita após cada encontro, ao longo dos dois meses, uma vez que o processo educacional exige retroalimentação constante e contínua. E também, pela abordagem adotada de pesquisa convergente assistencial, que assumiu uma postura educacional no presente caso, considerando que a intervenção é processual, atuando com os atores e estimulando alternativas de ações de autocuidado, diminuindo ou encontrando soluções em situações cotidianas adversas à saúde, renovando práticas para superar situações desfavoráveis. Conhecimentos e habilidades eram sempre compartilhados entre a pesquisadora enfermeira e as mulheres, unindo o saber-pensar ao saber-fazer nas atividades cuidativo educacionais.

Tal análise, consecutiva, comparativa e ascendente buscou realizar uma avaliação de como a mudança na percepção dos comportamentos de saúde na prevenção de HPV se processava ante as estratégias educacionais implantadas, norteadas pelos preceitos do Sistema de Enfermagem de apoio-educação de OREM.

4.6 CUIDADOS ÉTICOS DE PESQUISA COM SERES HUMANOS

Os aspectos éticos foram respeitados em todos os segmentos da pesquisa, pautando-se na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

O Ministério da Saúde (2010, p. 32) preceitua:

- **Respeito à Autonomia:** as pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e sua vida, sendo, na atenção à saúde, as ações autorizadas pelos indivíduos.
- **Não maleficência:** tem como finalidade reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano, ou seja, as ações devem reduzir ao mínimo o prejuízo, o agravo à saúde ou o sofrimento.
- **Beneficência:** é a obrigação ética de potencializar os benefícios e reduzir os prejuízos, permitindo à comunidade em geral, em especial aos envolvidos no estudo, ter retorno dos resultados da pesquisa e saber quais medidas poderão ser adotadas para manter ou até melhorar a qualidade de vida das pessoas
- **Justiça e equidade:** todas as pessoas devem ser tratadas com igual atenção, mas considerando que aqueles em maior risco de adoecer ou morrer devem receber esforços em maior proporção, sem prejuízo da atenção à população como um todo.

Foi garantido aos participantes, dentre outros direitos: receber esclarecimento sobre qualquer dúvida acerca da investigação e do caráter de sua participação; retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete penalidade de qualquer espécie; receber garantias de que não haverá divulgação do nome ou qualquer outra informação que ponha em risco a privacidade, o anonimato; acesso às informações sobre os resultados do estudo.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice A), o qual retrata e esclarece os moldes da pesquisa.

Cumpre enfatizar que a pesquisa somente teve início após o parecer consubstanciado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará, protocolado sob número 207.232, em 27 de fevereiro de 2013, e nº Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (**CAAE**): 11624612.2.0000.0018.

Capítulo 5

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo integram um total de 119 mulheres na faixa etária entre 15 e 60 anos que realizaram o exame de PCCU no município de Benevides/PA, entre os anos 2011 e 2012 e que tiveram resultado de colpocitologia oncológica com alterações relacionadas à contaminação pelo HPV.

Ao delimitar a área de maior incidência, o bairro de Murinin foi selecionado para localizar essas mulheres e convidá-las a participar de um grupo de educação sobre prevenção, tratamento, controle de HPV e educação sexual. Dessas mulheres, 17 foram visitadas e convidadas e aceitaram participar do estudo. Porém, efetivamente participaram do estudo apenas 11 delas. Embora relativamente pequeno, esse número foi considerado apropriado, por facilitar seu acompanhamento e controle, uma vez que o método da pesquisa convergente assistencial (PCA) e os procedimentos de grupo focal desenvolvem o processo educacional concentrado por um período de dois meses com encontros semanais.

Os dados sociodemográficos levantados revelaram que das onze mulheres dez eram brasileiras paraenses e apenas uma era cearense, com idade variando entre 15 e 60 anos. Somente uma mulher tinha entre 15 e 20 anos, uma entre 21 e 30 anos, quatro entre 31 e 40 anos, quatro entre 41 e 50 anos, e uma entre 51 e 60 anos de idade. No que se refere à escolaridade, duas mulheres se declararam analfabetas, duas estudaram até a 4ª série do ensino fundamental e sete concluíram o ensino médio. Quanto à cor da pele: três mulheres se declararam brancas, quatro se consideraram pardas e outras quatro, negras. Quanto à opção religiosa: seis se declararam evangélicas, quatro católicas e uma referiu acreditar em Deus, sem definir opção religiosa. Quanto ao estado civil, eram oito as mulheres casadas ou em união estável e três solteiras. Quanto à renda familiar: uma tinha renda inferior a um salário mínimo (salário mínimo vigente no Brasil: R\$ 678,00); duas, um salário

mínimo, e oito, renda familiar entre 01 e 02 salários mínimos. Seis mulheres se declararam do lar e cinco afirmaram trabalhar, mas somente três em empregos com registro na carteira de trabalho. Quanto a filhos, todas disseram ser mães: duas com um filho, cinco com dois filhos, uma com três filhos e três outras mulheres com quatro filhos. Quanto aos hábitos de vida, somente uma em onze mulheres afirmou ser tabagista. Quanto ao consumo de álcool, três mulheres negaram o uso de bebidas alcoólicas, mas oito assumiram usá-las esporadicamente.

Consideramos pertinente conhecer a realização do exame de colpocitologia oncológica entre as participantes. Três participantes relataram ter realizado PCCU somente uma vez, enquanto as outras referiram fazer o exame como rotina. Uma delas revelou história de câncer de colo do útero na família.

Sendo assim, no presente estudo predominaram mulheres com idade entre 31 e 50 anos, a maioria com ensino médio completo, evangélicas e casadas. A renda familiar predominante foi entre um e dois salários mínimos. Todas as mulheres são mães, a maioria com mais de dois filhos. A maioria referiu fazer o exame de PCCU como rotina.

Considerando a importância de fatores de risco no agravamento do HPV ou mesmo desenvolvimento de câncer cervical, torna-se imprescindível destacar que a maioria das mulheres corresponde à faixa etária vulnerável segundo o Ministério da Saúde, e que a multiparidade é um dos fatores sexuais de risco para a prevalência do HPV. Além disso, a baixa renda familiar também é um cofator de risco socioeconômico, já que o baixo poder aquisitivo pode prejudicar o acesso aos serviços de saúde, nutrição adequada, saneamento básico e higiene geral e sexual.

Tabagismo e história familiar de câncer cervical também são fatores que podem aumentar os riscos de agravar o HPV.

Como as mulheres apresentaram um perfil que contribui para o agravamento do HPV, a adoção de hábitos saudáveis é necessária para reduzir fatores que possam influenciar os mecanismos de persistência do HPV e sua progressão.

Do exposto se infere que a educação em saúde é ferramenta indispensável para o autocuidado das mulheres, levando-lhes informações objetivando

conscientizá-las a respeito dos agravos à saúde, por meio de uma comunicação horizontal que envolve profissional e usuárias num processo dialógico, no qual ambos contribuem na construção do conhecimento, auxiliando para que possam ser sujeitos sociais capazes de realizar opções construtivas para si, no que se refere ao desenvolvimento de suas competências para o autocuidado.

5.2 DÉFICES DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO NA PREVENÇÃO, TRATAMENTO/CONTROLE DO HPV E NOS CUIDADOS APROPRIADOS

Considerando o primeiro objetivo da pesquisa que busca identificar os déficits (ou não) de competência para o autocuidado relacionados ao comportamento sexual das mulheres com resultados de PCCU compatíveis com HPV, os dados foram obtidos em encontros grupais aplicando-se a técnica do grupo focal, por considerar sua importância para captar como as pessoas percebem e avaliam seus sentimentos e vivências acerca de determinado tema.

Foram arrolados défices de competência mais relacionados aos requisitos de autocuidado desenvolvimentais e de desvio de saúde, por considerá-los mais afetos às circunstâncias de enfrentamento do HPV por que passam as mulheres desta pesquisa.

Os requisitos desenvolvimentais são demandas dinâmicas que se alteram e se adaptam constantemente de acordo com as circunstâncias da vida humana e são próprias de adultos que assumem vida plena na sociedade: envolvendo-se em trabalhos para sobreviver; buscando parceiro e vida sexual; tendo e criando família; participando socialmente em sua comunidade.

Ao descobrir-se infectada, a mulher acometida pelo HPV se vê em situação perturbadora, com sentimentos de angústia, de sensação de morte iminente, temerosa do enfraquecimento da relação amorosa com seu parceiro e sem conhecimento acerca da doença para enfrentá-la, entre outros.

Essas mulheres veem-se diante das demandas desenvolvimentais próprias do viver diário de um casal, de uma família, somadas às demandas de desvio da saúde por causa da infecção adquirida, devendo seguir as recomendações

terapêuticas, permitindo-se serem cuidadas pela equipe de saúde para impedir a persistência do HPV, a evolução da infecção para o câncer de colo do útero e até a morte. Nessas condições, é esperado que as mulheres com lesões de baixo grau repitam o exame de PCCU em seis meses; e para aquelas com lesões precursoras/alto grau oncogênico, indica-se geralmente retirar as lesões por eletrocirurgia.

Além disso, deve-se considerar que as mulheres da amostra são de baixa renda familiar, e, portanto, sujeitas a influências de cofatores de risco socioeconômicos, como restrição de acesso aos serviços de saúde, à nutrição adequada, ao saneamento básico, à higienização básica pessoal e doméstica e a compartilhamento adequado da vida sexual. A baixa escolaridade é outro fator que pode influir na captação pela mulher de conhecimentos sobre a doença e suas consequências. Nesse sentido, é importante identificar os défices cognitivos que resultam em baixa competência para o autocuidado e buscar estratégias educacionais apropriadas à situação que possam contribuir para elevar o nível de literacia em saúde e vislumbrar mudanças no comportamento de cuidados da saúde dessas mulheres e seus parceiros (OMS, 1998; SANTOS, 2010).

5.2.1 DÉFICE DE CONHECIMENTOS ACERCA DO HPV, SUAS CONSEQUÊNCIAS E SEU ENFRENTAMENTO

O déficit cognitivo das mulheres acerca do HPV mantém-nas desprovidas de informações corretas e suficientes sobre a doença, lembrando que, em muitas situações, as pessoas infectadas pelo HPV não apresentam sintomas clínicos, podendo a infecção regredir espontaneamente sem nenhum tipo de tratamento, embora elas permaneçam como fontes de contaminação e disseminação da infecção. Todavia, o grande risco do HPV é resultar em câncer do colo uterino, que poderá evoluir para um estado adiantado e culminar na morte.

Para Carvalho *et al.* (2007), a carência de informações adequadas sobre o HPV favorece o desenvolvimento de concepções errôneas que podem interferir no comportamento da portadora do HPV e das pessoas que fazem parte de seu contexto sócio familiar.

No presente estudo observou-se déficit de conhecimento das mulheres sobre a doença da qual são portadoras, apesar de informarem ter recebido orientações da equipe de saúde. Pode-se inferir que tal orientação não tenha sido suficientemente adequada. As usuárias verbalizaram conhecimento insuficiente sobre o que é o HPV, modos de contágio e prevenção, fatores de risco, tratamento e controle, como demonstram os depoimentos abaixo:

“Quando a enfermeira me deu a notícia que meu exame deu alterado eu chorei muito, porque tinha um filho pequeno, e achei que ia morrer [...] que já era câncer de útero [...] não sei direito o que é esse HPV” (Vera)

“Nunca tinha ouvido falar em HPV. Quando o resultado deu alterado, o médico me chamou e disse que eu tinha que tratar [...] não me explicou muito; eunem sei direito o que é isso.” (Michele)

“Tive minha primeira filha com quinze anos, tive um atrás do outro [...] foram cinco. Foi bom porque eles cresceram rápido [...] acho que não faz mal pra saúde ter muitos filhos e bem novinha.” (Juliana)

“Fiz o tratamento na Unidade de Saúde depois não voltei mais [...] não tô sentindo nada.” (Luiza)

“Pra prevenir estas doenças venéreas [...] é só com camisinha?” (Vera)

“Manter relação muito nova pode dar câncer?” (Sophia).

Em sua maioria, as mulheres relataram desconhecer o assunto antes do diagnóstico, o que potencializou a propensão à contaminação, pois a falta de informações sobre os modos de contágio e prevenção acabaram contribuindo para não usar métodos preventivos e reduzir fatores de risco. Ou, quando aprenderam que a transmissão se fazia por sexo não seguro, por falta de uso de preservativo, elas não tiveram força nem poder para influenciar seus parceiros com novos conhecimentos técnicos a favor da proteção da saúde do casal.

Confirmado o diagnóstico de HPV, as mulheres afirmaram ter recebido informações sobre a infecção que as acometeu, mas muitas dúvidas persistiram, como: sobre o tratamento e controle, os cuidados na prevenção de agravos diversos, além de várias medidas preventivas de reinfecção.

5.2.2 DÉFICE DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO EM PRÁTICAS DE VIDA SEXUAL SATISFATORIAMENTE PARTILHADAS

Ao discutir práticas sexuais é preciso antes compreender a definição de saúde sexual como uma habilidade entre homens e mulheres para desfrutar e expressar sua sexualidade de maneira segura e informada, baseada na autoestima e no respeito mútuo nas relações sexuais.

Os direitos sexuais são direitos humanos já reconhecidos em lei (BRASIL, 2010), dentre os quais se destacam: o direito de escolher o parceiro sexual; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa nem falsas crenças; direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; direito ao sexo seguro para prevenir gravidez, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS; direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade, sem discriminação; e direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Como sabido e discutido nos encontros educacionais, a mulher e seu parceiro devem estar atentos à saúde sexual, uma vez que o HPV é uma infecção sexualmente transmissível muito comum e de fácil contágio, que também pode estar agregado a outras ISTs.

Se associado a fatores de risco, o HPV pode gerar lesões severas no colo do útero, exigindo histerectomia ou ainda evoluir para câncer de colo do útero e até culminar com a morte da mulher. No homem geralmente a doença é assintomática, podendo aparecer verrugas, em caso de contaminação por vírus de baixo potencial oncogênico. O HPV de alto risco associado aos fatores de risco pode evoluir para câncer de pênis, amputação de pênis ou ainda levar a óbito, caso não seja instituída terapêutica precoce. Cumpre enfatizar ainda que o homem, embora assintomático, é fonte de transmissão da doença.

Vargens *et al.* (2013) referem que a adesão ao tratamento de uma IST deve ser vista como atividade conjunta da mulher com o parceiro, que nem sempre concorda em participar. Portanto, é necessário considerar a relação afetivo-sexual dos pares e as dificuldades em partilhar medidas e práticas sexuais preventivas e de controle, como o uso do preservativo pelo casal, o exame de PCCU periódico pela mulher e o exame de peniscopia nos homens.

Neste estudo, apesar ter sido instituída, no momento do diagnóstico, a terapêutica individualizada para cada caso e recebidas orientações gerais, as

mulheres referiram não usar preservativo com seus parceiros, mesmo sabendo que corriam risco, submetendo-se à “vontade” deles, certamente de baixa literacia em saúde no que concerne à transmissão do HPV e suas consequências.

As unidades de registro abaixo evidenciam tal fragilidade:

“Eu tenho um amante, não uso camisinha com nenhum dos dois, nem com meu marido, nem com o amante. Não uso porque eu não gosto e eles também não aceitam transar com camisinha”. (Michelle)

“Meu marido já teve várias amantes e eu acabei perdendo ele, sei que corro risco, mas ainda não consigo fazer ele usar camisinha [...] ele diz que o sexo fica sem graça [...] que ele não sente prazer por completo, então transo assim mesmo, pra ele não ficar falando, reclamando de mim.” (Cléo).

“Meu marido não gosta de usar preservativo porque diz que não me sente [...] não é pele com pele. Mas como me traiu não confio, mesmo assim não usa camisinha e eu transo com ele, porque diz que agora é fiel, que se eu exigir isso significa que não confio nele, que não amo. Ele fala que aceitou Jesus na vida dele e que é outra pessoa, que não tem doença nenhuma pra me passar [...] aí eu acabo aceitando.” (Andréia)

“Com o anticoncepcional fiquei com os seios grandes, inchados. Mexia muito com os meus hormônios [...] aí parei de tomar. Também não uso camisinha para prevenir doenças porque meu marido não gosta, diz que é caro e que não sente prazer [...] diz também que camisinha é besteira e que vai arranjar outra se não quiser transar sem camisinha [...] aí eu faço o que ele quer”. (Luíza)

Ao se considerar as práticas sexuais como necessidade humana básica do ser humano, mas satisfeita a dois, torna-se relevante a cumplicidade do parceiro na manutenção da saúde de ambos pela prática do sexo seguro, pelo uso de métodos preventivos, imprescindíveis no processo de vida em comum das pessoas, assim como na reestruturação da vida e do bem-estar da mulher e do homem acometidos pelo HPV.

As mulheres aqui se desvalorizam em favor das “vontades” do parceiro sexual, que desconhece os aspectos técnicos das ISTs em geral e seus perigos, subordinando-se às relações sexuais conjugais baseadas no poder do homem sobre a mulher, desconsiderando o perigo à saúde de ambos.

O não empoderamento dessas mulheres demonstra situações de opressão/dominação invisíveis, na medida em que as relações existentes entre o

masculino e o feminino são relações desiguais, assimétricas, que mantêm a mulher subjugada ao homem.

Segundo Parente e Guerrero (2012), empoderamento é um mecanismo pelo qual pessoas assumem o controle da própria vida, de seu destino, tomam consciência da sua habilidade e competência para criar e gerir o modo próprio de tocar a vida; no presente caso, negociar com o parceiro o melhor modo de praticar sexo seguro. Contudo, a reprodução de papéis tradicionais pautados no exercício da masculinidade em nossa sociedade, baseado nas relações de gênero e poder, interfere na capacidade de negociação da mulher na adoção de práticas de sexo mais seguro com seus parceiros. Tal falta de empoderamento da mulher amplia sua vulnerabilidade, relegando sua sexualidade ao silêncio e comprometendo os cuidados com sua saúde sexual.

A vulnerabilidade dessas mulheres em suas relações amorosas expostas a práticas sexuais inseguras representa um descaminho no cuidado de sua saúde. Os resultados do estudo de Lima (2012) confirmam os nossos achados: o cuidado é representado e realizado pelas mulheres de maneira unilateral, não partilhado com o parceiro, como também repercute negativamente nas concepções de adoecimento e de cuidados no que se refere a recuperação e/ou a práticas de sua prevenção e controle.

A negação do uso do preservativo pelo parceiro traz entraves na prevenção secundária, não só relacionadas à (re) contaminação pelo HPV, mas às ISTs de maneira geral. Os obstáculos relatados no uso do preservativo pelo parceiro demonstram difícil condução do processo de partilhar o devido cuidado nas práticas sexuais seguras, revelando aí o déficit cognitivo dos homens parceiros, acerca do HPV, sua transmissão e suas consequências.

Percebe-se que não poderiam ser essas mulheres “despoderadas” que iriam transmitir aos parceiros conhecimentos sobre a doença que aprenderam durante seu atendimento no Serviço de Saúde. Urge, pois repensar o sistema de atenção no que tange ao HPV e outras ISTs, tornando imprescindível a busca ativa desses parceiros sexuais e torná-los usuários do Sistema de Saúde para receber atenção e informações de práticas sexuais seguras para o casal.

Por isso é preciso avançar para além do fenômeno constatado de papéis sociais diversos entre homem e mulher, destacando a discriminação do exercício da sexualidade feminina; a epidemiologia bem delineada da Feminização da Epidemia de AIDS e outras ISTs; e de diretrizes gerais do Plano Integrado ao seu enfrentamento (BRASIL, 2007), vislumbrando uma atenção à saúde inovada aos usuários: mulher e homem, na perspectiva de cuidar do par em relação conjugal. Por essas razões, é fundamental inserir atividades voltadas para sensibilizar e envolver os homens nas estratégias de prevenção das ISTs, com ações voltadas para promover a igualdade e a equidade de gênero, raça, etnia e práticas sexuais.

Nesse sentido, o déficit de competência para o autocuidado em práticas de vida sexual satisfatoriamente partilhada entre o casal está a exigir dos serviços de saúde estratégias e adoção de tecnologias educacionais criativas e efetivas, promotoras de mudança de comportamento sexual de casais, compreendendo-os como usuários.

5.2.3 DÉFICE DE COMPETÊNCIA PARA O CUIDADO RELACIONADO À REDUÇÃO DE RISCOS SOCIOECONÔMICOS

Condições socioeconômicas, ambientais e educacionais desfavoráveis podem propiciar ou inibir o aparecimento de doenças, interferindo na manutenção continuada do autocuidado pela mulher (DIOGENES; CARVALHO; SILVA, 2009).

As participantes desta pesquisa revelaram ser todas SUS dependentes, e, em geral, pessoas que utilizam unicamente instituições públicas de saúde apresentam baixo nível socioeconômico e baixo grau de escolaridade. Esses dados eram a realidade na vida dessas mulheres que lutavam pela sobrevivência, e sob a óptica da saúde, esse grupo expressava implicitamente comportamentos psicossociais e condições ambientais que representavam fatores de risco para o HPV e outras ISTs.

Entre esses fatores destaca-se a alimentação insuficiente e inadequada, conforme os depoimentos abaixo, na manutenção continuada do autocuidado da mulher, interferindo na sua baixa imunidade e, conseqüentemente, maior suscetibilidade a infecções.

“Eu como aquilo que eu gosto, que tem sabor [...] não me preocupo muito com estas coisas de que tem que fazer bem, ser saudável.” (Luana)

“Minha filha, a gente come o que dá pra comprar [...] às vezes se come bem, outras não [...] fazer o quê? A vida é assim...” (Sophia)

“Eu como o que me dá vontade, não gosto muito de verdura, legumes [...] essas coisas aí, prefiro comer um mortadela frita e uma cervejinha!” (Vera)

“Cresci comendo peixe salgado com farinha e açaí. Gosto mesmo é de comer isso, mas até isso tá caro demais! Com o salário do meu marido só dá para comprar picadinho e ovo”. (Juliana)

Em estados de déficit nutricional, a resposta imune celular e a produção de anticorpos podem apresentar anormalidades, podendo carências nutricionais contribuir para o aparecimento de alterações nos mecanismos de defesa pelo HPV, contribuindo na sua evolução e desenvolvimento do câncer cervical.

Outro determinante socioeconômico que afeta a saúde das pessoas é o saneamento básico. O bairro do Murinin apresenta várias ruas sem pavimentação, e o saneamento básico não cobre toda a população, principalmente devido às diversas áreas de ocupação recentes na localidade. Expressivo número de residências usam poço artesiano, e geralmente esses poços muito são próximos um do outro e também de fossas sépticas.

A geografia natural do município de Benevides apresenta muitos igarapés, e pela mão do homem vieram fábricas, granjas e agricultura familiar, o que favorece a contaminação das águas. Esses fatores podem dificultar a higiene pessoal e dos alimentos e mesmo a manutenção da saúde, pois facilitam o surgimento de doenças transmitidas pela água contaminada e por esgotos.

Embora as mulheres tenham relatado atendimento de saúde em tempo hábil na USF do Murinin, houve dificuldade no acesso a alguns medicamentos, como cremes vaginais, anti-inflamatórios ou antibióticos. No encaminhamento ao serviço de referência as participantes relataram vários entraves, como demora na marcação de consulta com médico ginecologista e/ou realização de procedimentos na Unidade de Referência Materno Infantil (UREMIA), localizada no município de Belém, PA. Além disso, a longa distância acarretava gastos com transporte.

A dificuldade de acesso a bens e serviços de saúde configura-se como outro risco para a manutenção da saúde e para o desenvolvimento de ações de cuidado da vida.

A redução de tais riscos depende de ações pontuais das esferas governamentais municipais, estaduais e federal, sendo ainda fundamental a participação da comunidade no controle social, com representação nos conselhos de saúde, associação de moradores e movimentos sociais de maneira geral.

5.2.4 DÉFICE DE AUTOCUIDADO EM DESVIO DE SAÚDE RELACIONADO AO TRATAMENTO E CONTROLE DO HPV

Os requisitos de autocuidado por desvio de saúde dessas mulheres acometidas por HPV – infecção pelo papilomavírus humano se referem ao comprometimento do funcionamento integral do seu corpo, buscando a adesão adequada ao tratamento medicamentoso, uso de preservativo nas relações sexuais, alimentação adequada, relacionamento satisfatório com seu parceiro, realização periódica do exame de PCCU como estratégia de monitoramento e rastreamento da evolução do papilomavírus humano.

Apesar da necessidade de adesão ao tratamento, algumas mulheres do estudo relataram não realizar o exame de PCCU periodicamente, justificado pelo constrangimento como a vergonha de expor a intimidade no exame, medo do diagnóstico e implicância do marido desqualificando o valor do exame, conforme se observa nos relatos abaixo:

“Tenho vergonha de fazer o preventivo porque a gente tem que deitar e abrir a perna para uma pessoa estranha, aí fico adiando, só venho mesmo quando alguma coisa tá me incomodando muito.” (Luíza)

“A minha mãe tem 60 e poucos anos, mas tem vergonha de fazer o exame preventivo; eu também tenho, acho que por isso cheguei nessa situação.” (Rita)

“Toda vez que faço o exame, fico com medo do resultado [...] pra mim vai dar câncer sempre.” (Vera)

“Meu marido não gosta que faça o exame, fica dizendo que isso é frescura [...] por isso demoro pra vir, porque tenho que vir escondida.” (Sophia)

O sentimento de vergonha referido está relacionado à impessoalidade do procedimento de coleta do PCCU, que se mostra invasivo, com a exposição do corpo, a questão da sexualidade e com o fato de a mulher perceber que seu corpo vai ser visto e compreendido como objeto, desvinculado de sua condição humana. O constrangimento e a ansiedade comprometem a regularidade do exame pelas mulheres.

O medo se revela tanto nos procedimentos do exame quanto pela possibilidade de resultados alterados para o HPV ou mesmo progressão para câncer de colo do útero. As mulheres já infectadas pelo HPV relacionam o exame de PCCU com a morte, e o medo de morrer acaba ocasionando baixa periodicidade do exame.

A relação de poder do homem sobre a mulher também se mostra nas falas em que o parceiro sexual desqualifica a necessidade de cuidado da mulher, causando sérias implicações no exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos e de sua própria sexualidade.

Tais défices de autocuidado no desvio da saúde por HPV envolvem necessariamente o par sexual em questão e serão sanados por meio da educação, aumentando o nível de literacia em saúde no que concerne à compreensão da dimensão do HPV e suas consequências, adesão ao tratamento, controle e medidas/práticas/cuidados de prevenção de reinfecções e agravos. E, também muito importante: a consciência cívica de impedir a disseminação da infecção evitando transmitir a outrem o HPV, se portador.

5.3 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO CONTRIBUINTES PARA COMPORTAMENTOS SEXUAIS SEGUROS EM FACE DO HPV

Considerando que o 2º objetivo da pesquisa é buscar o desenvolvimento de estratégias de educação para a saúde que contribuam para comportamentos sexuais saudáveis e seguros na prevenção e controle do HPV e suas consequências, serão aqui descritas as estratégias educacionais desenvolvidas pela enfermeira pesquisadora que buscou intervir em cada déficit encontrado para

fortalecer as principais competências adquiridas/fortalecidas para autocuidado das mulheres.

Identificadas as fragilidades relacionadas aos comportamentos de saúde, foi possível instituir ações de enfermagem que fortalecessem as mulheres com resultados de PCCU alterados para HPV que participaram do grupo focal educacional. Essas ações foram pautadas numa relação de confiança mútua, possibilitando a troca de saberes.

Esse processo permitiu a investigação, avaliação e aplicação de medidas que viabilizassem o ajustamento das condutas para o desenvolvimento e melhoria e até mesmo desenvolvimento de competências para o autocuidado na prevenção e redução de agravos causados pelo papilomavirus humano. Nesse sentido, compartilho a afirmação de Grisleri (2008) quanto à importância do processo de cuidar em enfermagem com foco no autocuidado:

A partir da demanda terapêutica de autocuidado, o enfermeiro utiliza um processo de investigação e avaliação, ajustando as condições do indivíduo em desempenhar ações para o autocuidado e a tecnologia requerida, sequenciando ações compatíveis ao tempo proposto. O modelo teórico sugerido por Orem, além de guiar as ações do processo de cuidar em enfermagem, facilita que o enfermeiro se reconheça como um orientador no processo de cuidar, identificando, agenciando, planejando, interagindo, valorizando e avaliando as ações para o autocuidado que o indivíduo exerce sobre sua vida, sua saúde e bem-estar.

Por meio de ações educacionais desenvolvidas no grupo focal e baseadas na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, com ênfase no sistema apoio-educação, foi possível instituir ações de fortalecimento de competências para o autocuidado em mulheres com resultados de PCCU alterados para HPV.

Foram desenvolvidas ações pedagógicas que visavam à valorização e melhoria da qualidade de vida das mulheres. O processo educativo sobre a prevenção e controle do HPV ocorreu de maneira contínua e dinâmica, com grande interesse e participação das integrantes da pesquisa.

5.3.1 COMPETÊNCIA COGNITIVA RELATIVA À INFECÇÃO POR HPV

Ao iniciar o grupo com as mulheres, coloquei-me tanto como pesquisadora quanto como enfermeira e percebi a importância da escuta e do olhar sensível, além da ética, do respeito e dos princípios da humanização, considerando que para intervir com ações de saúde de qualidade, é necessário enxergar e valorizar a vida humana em sua profundidade cotidiana.

Corroboramos o pensamento de Padilha (2003) de que, ao acompanhar a mulher no PAISM na Atenção Básica, a enfermeira deve, permanentemente, fortalecer o vínculo terapêutico com o cliente, fundamentando-se em conhecimentos empíricos, pessoais, éticos, estéticos e políticos, com a intenção de promover a saúde e a dignidade no processo de vida humana.

Consideramos importante que a enfermeira adote uma postura acolhedora, compreendendo os temores da mulher, enquanto busca resolver ou minimizar seus problemas de vida e saúde. É necessário fortalecer a autoestima da mulher e sua confiança nos profissionais de saúde. Assim, o enfermeiro deve conhecer a comunidade em que está atuando, para estabelecer com mais eficácia uma relação de confiança com a população atendida.

Durante as atividades grupais, as mulheres relataram que o resultado de PCCU alterado para contaminação pelo HPV despertou sentimentos e sensações que marcaram suas vidas com medo, tristeza e receio de desenvolver câncer, como demonstra o relato a seguir:

“[...] Quando a enfermeira me deu a notícia que meu exame deu alterado eu chorei muito, porque tinha um filho pequeno e achei que ia morrer [...] que já era câncer de útero. Mas ela me explicou direitinho o que era e tranquilizei um pouco. Depois que me explicou fui para casa e conversei com meu marido, disse que tava com medo.” (Luana)

*“Comecei a chorar na frente da enfermeira, achei que já ia morrer!”
(Val)*

Esses dados corroboram os encontrados por Cestari (2010), como as reações negativas iniciais das mulheres ao receberem o diagnóstico de HPV: invadidas por

sentimentos de medo, muitas vezes permaneciam assim ao longo de todo o processo de evolução da doença.

Percebi que as mulheres tinham dúvidas referentes ao papilomavirus humano, formas de transmissão e tratamento, o que pode ter contribuído para manter esses sentimentos negativos. Tal situação dá bem a importância da aquisição de conhecimentos sobre o HPV, os quais devem ter como objetivo minimizar reações negativas com informações de qualidade para sanar dúvidas dessas usuárias.

Nesse sentido, o sistema de apoio-educação proposto por Orem fortalece a relação do saber entre a enfermeira e as usuárias, em cuja troca de conhecimentos é possível fortalecer os saberes e assim reduzir a ansiedade causada por um diagnóstico positivo para HPV. As participantes relataram a importância da equipe de saúde, enfatizando a atuação da enfermeira:

“A gente tem que agradecer às enfermeiras e aos médicos da Unidade de Saúde, eles explicam as coisas para gente e ficam insistindo pra gente se cuidar [...] ensinam a gente como se cuidar do jeito mais certo e também como a gente deve fazer para evitar doenças”. (Cléo)

“Sempre tentei levar minha mãe para fazer o exame preventivo, mas ela nunca quis, gente idosa tem vergonha demais dessas coisas. Um dia menti pra ela e levei no posto de saúde e ela conversou com a enfermeira da unidade que explicou a importância do exame, aí ela aceitou fazer o exame. Foi através disso que descobriu o câncer de colo do útero. Eu sei da importância de vir à Unidade de Saúde, do acompanhamento que tenho que fazer com a enfermeira e com a médica. Minha mãe morreu de câncer e eu tenho HPV [...] depois que a gente tem isso, aí que tem que cuidar mesmo, e agora eu venho sempre”. (Andréa)

A enfermeira também deve respeitar os valores culturais das mulheres, uma vez que o senso comum pode influenciar as atitudes de cuidado e autocuidado. Estudo de Maciel e Tanaka (2012) revela que a procura do indivíduo por cuidado é determinada por suas crenças e percepções sobre saúde, doença e prevenção, assim como pelas suas experiências de cuidado, além dos significados que isso tem em sua existência.

Aprender e ensinar autocuidado abrange a consideração prévia da cultura dos envolvidos no processo. E, nesse sentido, considera-se o cuidado como fruto da

interação entre homens e mulheres numa prática social em que, por meio da educação, estimula-se a vida saudável para atender a vida humana em suas várias dimensões. Em sua pesquisa, Marenzi (2006) afirma que ação educativa deve respeitar a liberdade desse sujeito, porque somente a reflexão sobre as ações de autocuidado e a identificação dos défices promove a verdadeira aprendizagem, por serem construtos da própria reflexão do indivíduo sobre seu ser.

Com o objetivo de desenvolver competências relacionadas ao conhecimento adequado e suficiente sobre a doença e medidas de prevenção, foram inicialmente trabalhados referenciais teóricos e práticos por meio de exposição dialogada sobre o assunto do HPV, com relevante integração entre as mulheres nesse processo, tendo em vista o desenvolvimento participativo da PCA. Nesse sentido, fiz questão de envolver as participantes nesse movimento mútuo de ensino-aprendizagem, considerando sempre seus valores e crenças e respeitando suas vivências.

Debater o tema HPV, conhecendo e se inserindo no grupo e no contexto da investigação, favoreceu a integração entre pesquisandas e pesquisadora, auxiliando na busca e na elucidação dos problemas de saúde das mulheres. Nesse sentido, enquanto desenvolvíamos o grupo com as mulheres, ocorria a intervenção para preencher suas lacunas no cuidado por meio das inter-relações, aquisição de conhecimentos e estímulo ao senso crítico-reflexivo das participantes, fomentando sua competência para o autocuidado.

O sistema de apoio educativo utiliza como uma de suas estratégias mais importantes a Educação em Saúde, a qual abrange várias concepções que acabam por refletir em diferentes compreensões do mundo, além de atuar como importante ferramenta no processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidade e direito à saúde.

Dessa forma, ao realizarmos as atividades educativas com as mulheres sobre a temática do papilomavirus humano e suas implicações no cotidiano da vida da mulher infectada, percebeu-se, além da aquisição do conhecimento, a tomada de decisão no que se refere à mudança de postura ante suas ações de prática sexual saudável.

Ao longo das atividades educativas desenvolvidas no grupo focal e com base na integração das participantes, percebi a mudança de pensamento sobre a doença e a percepção delas em relação a si mesmas, suas necessidades e autonomia.

“[...] é preciso deixar um pouco a nossa timidez, esse egoísmo pessoal, entender que fazer os exames é preciso pra gente se resguardar, sabendo que a gente tá se prevenindo, porque quando a gente faz tudo o que é preciso fazer pra ter a nossa saúde, então é tudo amar a gente próprio. Temos que amar nossos filhos, mas temos que entender que somos o alvo dessa doença, e a mulher tem que estar sempre pronta para enfrentar esses problemas. Quando nos entregamos ao nosso companheiro, esquecemos de nós, porque confiamos, mas quando adoecemos muitas vezes somos abandonadas. Por isso, devemos acima de tudo nos amar[...] esse grupo nos ajudou a trazer coisas importantes para que a gente pudesse olhar essa situação de nos orientar sobre esta doença, e sem o conhecimento podemos adoecer mais ainda com um câncer, quem sabe. Devemos aproveitar o que o SUS nos oferece; é preciso fazer mamografia, preventivo, ultrassom, vir consultar com a enfermeira, o médico da unidade[...].” (Cléo)

“Eu tenho 42 anos e nunca tinha visto ou ouvido sobre camisinha; a gente cresce no interior e depois vem para cidade, tem filho e não liga direito para essas coisas. A ACS que insistiu para eu ir ao PSF para fazer o preventivo, aí criei coragem e fui. Um dia a ACS chegou e disse que tinha que ir lá no posto com a enfermeira, fiquei gelada [...] sabia que não era coisa boa; dito e feito: tava com problema no meu útero, esse negócio de HPV [...] e o negócio tava meio feio para o meu lado. Mas a enfermeira me explicou o que era, senti que ela tava se preocupando comigo, tentando cuidar da minha saúde junto comigo. Tô me cuidando! Agora toda hora tô lá com a enfermeira e o restante da equipe de saúde. E venho para esse grupo; vou me informando e assim cuidando de mim.” (Juliana)

É imprescindível ter conhecimento sobre a própria doença, sobre a importância de continuar o tratamento e desenvolver ações de autocuidado efetivo, uma vez que o conhecimento a respeito da própria condição de saúde contribui para a autonomia da mulher e sobre suas escolhas em cuidados de saúde. Contudo, é indispensável que a equipe de saúde esteja atenta às necessidades individuais das usuárias, buscando compreender todo o processo vivenciado pelas mulheres acometidas pelo papilomavirus humano.

Em seu estudo Sampaio (2012) refere que o desenvolvimento do sistema de enfermagem de apoio-educação proposto por Orem permite que a enfermeira desenvolva, em conjunto com o cliente, ações que o preparem para o autocuidado,

encorajando-o a realizar as alterações no estilo de vida que forem necessárias para melhorar sua qualidade de vida.

Nesse sentido, o apoio educativo realizado durante a pesquisa proporcionou o fortalecimento da autonomia da mulher em cuidar-se, por meio da busca por conhecer o seu corpo, o processo da doença, tratamento e ações de prevenção de agravos, possibilitando maior envolvimento no autocuidado e confirmando o alcance de sua autonomia, como se vê nos relatos abaixo:

“As pessoas vão lá pra casa e eu fico contando sobre como se cuidar, cuidar delas mesmas, como elas têm que fazer [...] é um monte de mulher falando e aprendendo.” (Cléo)

“[...] eu acredito que a gente participar desse grupo ajudou muito, porque assim nos conhecemos e conhecemos as histórias uma das outras. Aqui nós pudemos falar cada uma, sobre os nossos problemas, nossas intimidades, tirar nossas dúvidas e aprender a se cuidar.” (Rita)

Compreendo que a educação deve ser um processo que proporcione a reflexão, gerando uma ação inovadora; por meio da ação educativa é possível mudar comportamento, como elemento impulsionador para mudar hábitos e adotar outros hábitos saudáveis de vida.

Ao longo dos encontros grupais, como outra estratégia de aprendizagem optei por desenvolver um material educativo elaborado em conjunto pelas mulheres com necessidade de cuidar-se e cuidar dos parceiros. Acreditamos que as práticas educativas devem ser baseadas numa construção compartilhada de saberes que fundamentam as visões de mundo das pessoas, saberes esses forjados no cotidiano da vida e que propiciam o protagonismo das pessoas e dos coletivos sociais.

Para construir o material educativo, as mulheres inicialmente leram um álbum seriado sobre o câncer de colo de útero editado pelo Ministério da Saúde e usaram suas anotações pessoais, realizadas durante as exposições no grupo com a temática HPV, com posterior seleção e recorte de figuras para ilustrar o material.

Num encontro posterior, fui surpreendida com a chegada das mulheres ao grupo com vários outros recortes e novas informações. Elas relataram que se haviam reunido durante a semana para pesquisar em livros, jornais, revistas e sites,

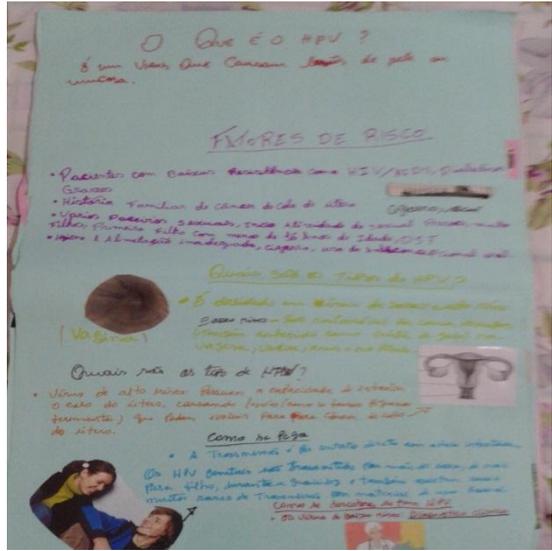
por isso trouxeram uma gama de ilustrações e informações relevantes para a elaboração do álbum. Essa iniciativa mostrou o significado da atividade para as participantes, estimulando-as à mudança de comportamento com base na reflexão conjunta que fizeram sobre a necessidade de cuidado para a prevenção do HPV e também seu tratamento e controle visando à prevenção de agravos.

Durante a atividade, as mulheres discutiam sobre seu aprendizado e aquilo que consideravam mais relevante sobre a temática e que deveria constar no álbum. Foram salientados os fatores de risco e ações de cuidados específicos. Importante registrar que as participantes sempre consideravam suas experiências pessoais e enfatizavam que a desinformação foi elemento decisivo para sua contaminação.

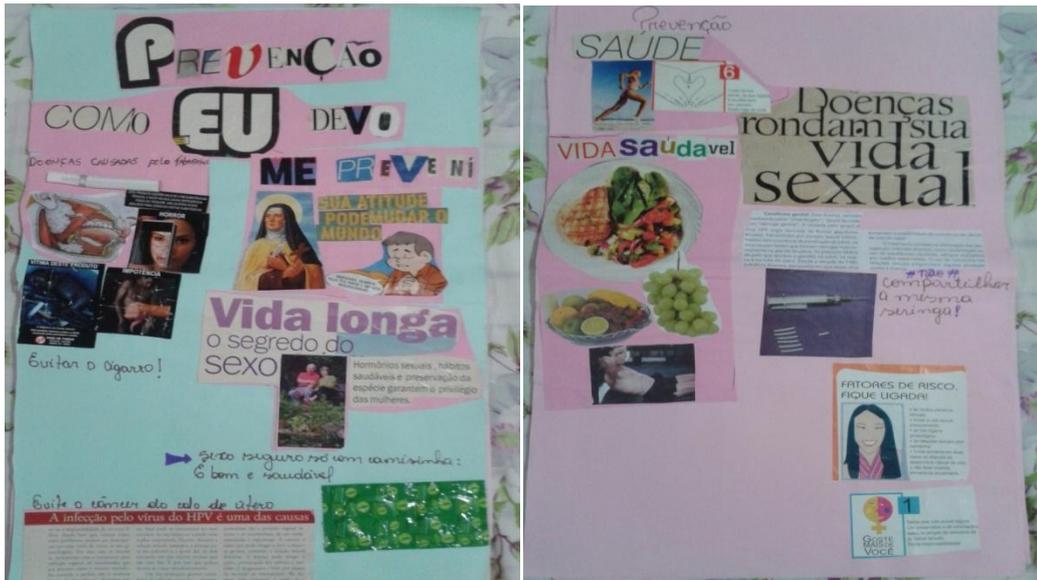
O álbum seriado foi intitulado: “Mulheres: aprendendo a se cuidar... prevenção do HPV e Câncer de Colo do Útero”. As participantes optaram por iniciar o álbum com informações sobre o sistema reprodutor feminino:



Em seguida trouxeram informações sobre definições de HPV, subtipos, modos de transmissão e diagnóstico.



Posteriormente, acrescentaram informações no material educativo sobre a prevenção do HPV, redução de fatores de risco e adoção de hábitos saudáveis.



Como enfermeira-pesquisadora, atuei juntamente com a pesquisadora auxiliar e observadora do desempenho do grupo focal, que contribuiu na condução da elaboração desse material educativo. Importante salientar que o sentimento de grupalidade predominou durante a confecção do álbum seriado. Nesse processo de construção, de aprender juntas, observou-se nas mulheres a consciência dos reais conhecimentos acerca do HPV, os fatores de risco, as formas de transmissão, a vida sexual sem proteção como fator determinante da contaminação pela infecção, métodos e cuidados de prevenção da infecção e de suas conseqüências, como o câncer do colo do útero, entre outros.

Freire (1992) alerta que a abordagem adequada das ações propostas e implantadas em programas educativos é evidenciada no discurso que passa a ser utilizado com frequência pelos sujeitos pesquisados, demonstrando compreensão dos significados e adoção de termos adequados. Com efeito, em suas falas as mulheres revelaram sentimentos aflorados durante a elaboração do material:

“Pra mim, eu acho que a gente tá fazendo uma coisa para vida da gente [...]” (Juliana);

“A gente até reaprende fazendo este material para as pessoas também aprenderem sobre o HPV[...]” (Cléo);

“Estou fazendo com o intuito de ajudar os outros, orientando como se cuidar e como prevenir doenças.” (Sophia);

“Meu marido diz que eu sou outra mulher depois desse grupo e desse material que estamos produzindo para mostrar para as pessoas como se cuidar melhor. Ele diz que fico falando todo tempo sobre cuidado [...] eu gosto, eu tenho que me amar.” (Andréa)

“[...] foi bom saber mais sobre estas coisas, aprender a me olhar mais, a olhar mais o meu parceiro para verificar se está tudo bem, fazer os exames no tempo certo, evitar mesmo o câncer. Hoje sei que preciso parar com algumas coisas que não fazem bem e que podem ajudar a doença a aparecer na gente.” (Sophia)

“Construir com o que a gente aprendeu, fazer um álbum com informações sobre como se cuidar é muito bom, porque a gente aprende melhor e ainda ajuda outras pessoas a entender.” (Luíza)

A enfermagem deve cada vez mais valer-se de tecnologias educacionais úteis como essa na condução das atividades cotidianas de atendimento nos serviços de saúde. Usando metodologias ativas, a educação em saúde favorece a reflexão sobre a situação de saúde das pessoas, favorecendo competências para o autocuidado.

Para Catrib *et al.* (2003) a prática da educação em saúde é um caminho integrador do cuidar e constitui-se num espaço de reflexão-ação significativo para o exercício democrático das pessoas; é capaz de provocar mudanças individuais e

prontidão para atuar na família e na comunidade; interfere no controle e na implantação de políticas públicas com contribuições para a transformação social.

Nesse sentido, é importante destacar o valor das políticas educacionais na consideração dos fatores socioeconômicos almejando transformações que garantam o desenvolvimento das potencialidades do autocuidar-se das pessoas.

Ao estimular a prática do autocuidado, é preciso considerar o contexto da realidade que vivem essas mulheres, vida sexual com seus parceiros, suas limitações relacionadas com renda, nutrição e cuidados de higiene. A atenção prestada às mulheres acometidas pelo HPV requer, pois, diálogo baseado no cuidado, não só de si, autocuidando-se como mulher, mas compartilhado com o parceiro sexual, em comum entendimento e negociação que possibilitem a prática do relacionamento conjugal e sexual saudável e seguro, buscando benefícios para ambos, mesmo nas situações adversas que vivem, notadamente do aspecto socioeconômico pouco favorável à vida e à saúde.

Determinantes de condições que promovem a vulnerabilidade como os citados constituem-se fortes fatores de risco na prevalência do HPV e de outras ISTs, cuja redução depende, em algumas, da governabilidade das pessoas implicadas. No caso presente – mulheres com HPV – são relevantes: mudança de hábitos alimentares, de higienização pessoal e doméstica e de outros hábitos, como atividade física, uso de fumo e álcool e controle de saúde. Contudo, saneamento básico, moradia adequada, rede de saúde estruturada, segurança pública, trabalho e transporte público são aspectos relevantes que afetam a vida e a saúde das populações.

Além de orientar sobre a adoção de hábitos saudáveis de vida deve-se perceber a realidade econômica dessas mulheres, julgando que a pobreza é fator limitante. Assim, falamos no grupo sobre a imprescindibilidade de transpor essas dificuldades consumindo alimentos regionais e no período de safra, quando são melhores e mais baratos, além de estimular a agricultura familiar, já frequente no município e cultivada por algumas participantes.

Compreendo a assistência à saúde como um processo de intervenção que favorece a manutenção ou recuperação do estado de saúde de uma pessoa ou da

coletividade, e deve englobar os aspectos socioeconômicos, orgânicos, psicológicos e religiosos, buscando atender adequadamente as demandas de cada um.

Importante salientar que a solução dos problemas relacionados a ambiente não são somente de responsabilidade do setor saúde, mas de toda a esfera pública. No entanto, urge que se proponham padrões de qualidade em saúde que estimulem a mulher a autocuidar-se. O estudo de Ávila (2003) corrobora nosso pensamento ao afirmar que a relação entre saúde e direitos reprodutivos deve basear-se nas necessidades geradas pela vivência reprodutiva e pelo exercício da sexualidade. Portanto, reprodução e sexualidade devem constar como áreas específicas da política geral de saúde pública.

Assim, compete às políticas públicas não apenas garantir a assistência integral à mulher acometida pelo HPV no âmbito da saúde, mas também e sobretudo na garantia dos direitos fundamentais do acesso à alimentação apropriada, boa educação, moradia decente e renda adequada, a fim de proporcionar o pleno desenvolvimento social e boas condições ambientais que favoreçam a manutenção da saúde.

5.3.2 COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO EM PRÁTICAS DE VIDA SEXUAL SATISFATORIAMENTE PARTILHADAS

Para considerar a importância da relação afetivo-sexual dos casais no fortalecimento de práticas sexuais seguras é preciso antes compreender um pouco as circunstâncias que vivem as mulheres em suas relações com seus parceiros masculinos, do aspecto social e familiar, na sociedade de um modo geral.

Percebeu-se aqui que embora já conheçam o modo de transmissão do HPV e a necessidade de usar preservativo como método mais eficaz na prevenção de ISTs, as mulheres ainda referiram dificuldade em aderir ao uso desse recurso devido a imposições do parceiro sexual. Elas se submetem a eles, demonstrando impotência em fazer prevalecer a prática de proteção de sua própria vida, provavelmente por medo de perder seu companheiro e por inabilidade ou falta de coragem para buscar relações conjugais mais horizontais e verdadeiras, mesmo correndo o risco de perder o parceiro.

A educação se presta a rever posições e, ao pensar a relação de gênero, há que se buscar simetria no que tange a direitos, deveres, responsabilidades e oportunidades baseadas no potencial de cada um, independentemente de ser homem ou mulher. Para alcançar a equidade de gênero é preciso compreendê-lo como um processo que visa, além de mudanças políticas e de garantia de direitos, à modificação prática no âmbito familiar, nas relações afetivo-sexuais, na tomada de decisões que afetam a unidade conjugal.

Concordamos com Lisboa (2008) ao afirmar que o empoderamento é condição necessária para obter a equidade de gênero; e para que isso ocorra deve haver o despertar da consciência por parte das mulheres em relação à discriminação de gênero: reconhecer que existe desigualdade entre homens e mulheres, indignar-se com tal situação e querer transformá-la.

No bojo da questão, é preciso considerar, portanto, a necessidade de empoderamento da mulher, de “poder” no sentido de capacidade de decidir sobre sua própria vida. Empoderar a mulher em todos os segmentos da sua vida traz a necessidade de garantir o desenvolvimento de medidas que aumentem ou garantam a equidade social, econômica, política e sexual, ampliando seu acesso a direitos fundamentais, melhoria da renda, acesso a trabalho, saneamento básico, educação, nutrição e saúde resolutiva e de qualidade, daí a importância de políticas públicas que contemplem as necessidades da mulher de maneira integral (BRASIL, 2010).

Para empoderar-se é preciso antes de tudo que a mulher tome consciência de sua sexualidade, direitos legais e principalmente de sua subordinação em relação ao parceiro, para que assim compreenda com mais clareza a necessidade de tomar decisões e de se posicionar frente às suas necessidades, ainda que isso possa vir a fragilizar a relação de casal, principalmente quando o parceiro é irredutível e recusa-se a adquirir algum nível de literacia em saúde, reconhecendo as bases cognitivas que justificam a mudança de certos comportamentos e na tomada de decisões.

Dessa forma, as atividades desenvolvidas no grupo focal com as mulheres acometidas pelo HPV visaram à aquisição de competência para o autocuidado sexual, baseada no princípio de empoderamento e buscando superar as

desigualdades de gênero e fortalecer por negociação uma relação equânime entre o casal.

Durante os encontros no grupo, foram desenvolvidas atividades voltadas para o fortalecimento da identidade, senso crítico e reflexão das participantes. Reitero a importância das dinâmicas de sensibilização como elementos significativos na condução do processo de empoderamento das mulheres, destacando-se a dinâmica sobre a autoimagem, que possibilitou à mulher reexaminar suas habilidades e competências de ser humano.

Também considero pertinente a dinâmica “carta para mim mesma”, na qual as participantes refletiram sobre suas dificuldades na adoção de hábitos de vida saudáveis, relações sexuais seguras e relações afetivas, ponderando sobre que estratégias deveriam desenvolver para autocuidar-se. Além de fortalecer a imprescindibilidade do autocuidado, essas atividades também despertaram a reflexão e a tomada de consciência das participantes da pesquisa.

Como profissão predominantemente feminina, a enfermagem é por excelência indicada para tratar das questões de gênero, cabendo à enfermeira a função de empoderar as mulheres; no presente caso, para ações de cuidado e autocuidado relativos ao HPV e outras ISTs. É preciso devolver o cuidado à mulher, abrindo-lhe a possibilidade de encontrar-se e conhecer profundamente a si mesma, para que assim, em conjunto com a (o) enfermeira (o), possa ser eficaz no processo de fortalecimento de sua competência para autocuidar-se, compreendendo sua liberdade na escolha do cuidado e respeitando-se a si mesma acima de tudo.

Com a troca de experiências pessoais e aquisição de novos conhecimentos, a relação do grupo dessas mulheres contribuiu no seu processo de empoderamento, já que propiciou ganho progressivo da autoestima e da autonomia, na busca por superação das desigualdades de gênero e no sentido de assumirem o controle de suas vidas. Concordamos com Meneghel *et al.* (2005) quando afirmam que os grupos estimulam maior independência pessoal, menos sentimentos escondidos e maior interesse em inovar, pois produzem mudanças construtivas.

Enquanto enfermeira pesquisadora, mediei as discussões, desenvolvendo ações educacionais com vistas ao HPV e seu enfrentamento, focando ainda a

importância da autonomia e do empoderamento da mulher no seu cotidiano de vida. O desenvolvimento de competências para o autocuidado relacionadas às práticas sexuais e às relações de poder ocorreu gradualmente durante os encontros, proporcionado pelo espaço coletivo, pela troca de experiências, análise individual e coletiva sobre situações de saúde e gênero, além da noção sobre a necessidade da tomada de decisão para mudar na direção do que consideravam correto, permitindo o amadurecimento do senso crítico-reflexivo e a capacidade de intervenção sobre a realidade vivida.

As participantes relataram mudança de atitude ante os parceiros no que se refere a práticas sexuais seguras:

“A enfermeira disse que depois do meu tratamento eu só podia transar com camisinha, nunca tinha usado e ela me ensinou, quando cheguei em casa conversei com meu marido que agora a gente só ia transar com camisinha, e se ele não aceitasse a gente se separava. Fiz isso porque a vida é minha, e sou eu que tenho que me cuidar [...] ele aceitou, e só fazemos sexo com camisinha.” (Sophia)

“As dinâmicas nos ajudaram a refletir sobre como nós entregamos a nossa vida nas mãos de nossos parceiros. Aprendi muito aqui, como devo me comportar e que devo dizer para o meu marido as coisas que não me agradam, que me fazem sofrer, que prejudicam minha saúde.” (Tati)

“[...] eu fiquei com medo de manter relação com o meu marido sem camisinha depois de todo o tratamento que fiz contra o HPV, mas mesmo assim não usava preservativo. Agora eu sei que eu tenho que cuidar de mim, porque é a minha vida. Depois das conversas que tivemos aqui, comecei a me prevenir com camisinha, levei para casa e disse que queria usar [...] aí meu marido disse que não ia usar por que ficava sem graça [...] eu não transei com ele por duas semanas, aí ele aceitou usar. Depois disso só com preservativo.” (Luana)

O empoderamento permite à mulher buscar relações com o parceiro que propiciem o compartilhamento do cuidado e tomada de decisões, no sentido de fortalecer as ações preventivas e de reduzir agravos, focando, nesse caso, no cuidado do casal. Partilhar as responsabilidades no autocuidado de práticas sexuais seguras reduz os riscos de contaminação por quaisquer outros subtipos de HPV e por outras ISTs.

Nos espaços de saúde e educação é preciso fomentar discussões sobre as relações de gênero e cuidado, sendo indispensável incluir o homem nas ações de

enfrentamento das infecções sexualmente transmissíveis, principalmente HPV, enfatizando os aspectos cognitivos sobre o papilomavírus humano, prevenção de agravos e autocuidado a dois, os pares em sua prática sexual.

Ainda no processo de empoderamento, as mulheres procuraram desvencilhar-se de situações que atuavam como barreiras para o autocuidado e prevenção de agravos, buscando o funcionamento integral do seu corpo por meio da adesão adequada ao tratamento, uso de preservativo nas relações sexuais, alimentação adequada, realização periódica do exame de PCCU e higiene íntima regular.

Na busca da autonomia por aquisição de habilidades e competências, as participantes foram assimilando a importância da realização dos exames de colpocitologia oncológica como uma ação de cuidado necessária à manutenção da saúde sexual e reprodutiva, superando constrangimentos já relatados, como vergonha ou medo, além da subordinação às determinações de seus parceiros.

Ao partilhar as responsabilidades e cuidados na prática sexual com o parceiro, incluindo-o nas orientações, consultas e ações educativas desenvolvidas nas unidades de saúde, torna-se possível garantir os direitos à vida, à saúde e ao sexo seguro do casal, fortalecendo vínculos baseados no respeito e na compreensão. Nos relatos a seguir, observamos o desenvolvimento de competência da mulher na manutenção da saúde sexual:

“[...] as pessoas têm que entender que é preciso fazer o preventivo, tem que deixar a vergonha de lado.” (Val)

“[...] é preciso deixar um pouco a nossa timidez, esse egoísmo pessoal, entender que fazer os exames é preciso pra gente se resguardar, sabendo que a gente tá se prevenindo, porque quando a gente faz tudo o que é preciso fazer pra ter a nossa saúde, então é tudo amar a gente próprio.” (Cléo)

“Hoje eu entendo que tenho que fazer os exames, e expliquei pro meu marido porque tenho que fazer o preventivo e tomar os remédios. Teve até um remédio que ele tinha que tomar comigo e ele não queria, aí levei ele lá com o doutor que explicou direitinho sobre a doença do HPV, os riscos para nós dois [...] fomos pra casa e conversamos, depois disso ele tomou os remédios e aceitou usar preservativo. Olha, eu tinha um corrimento que tratava, mas não parava; depois do tratamento que fiz, melhorei deste corrimento. Agora com a camisinha acabou a inflamação [...] acabou o corrimento [...] as doenças ficam na camisinha!” (Luana)

As mulheres foram encorajadas a assumir a responsabilidade e controle sobre sua saúde e vida, sendo incluídas em todas as etapas do processo educativo desenvolvido no grupo, o que propiciou a tomada de consciência sobre sua responsabilidade no processo terapêutico, a partir da aquisição de conhecimentos e habilidades que as capacitam para o autocuidado na saúde sexual. A abordagem realizada no grupo foi centrada na pessoa, considerando os aspectos familiares e de trabalho, vendo suas dificuldades e vislumbrando potencialidades, na busca pela melhor maneira de solucionar ou minimizar seus problemas, promovendo a renovação de suas práticas de saúde.

Oportuno enfatizar que além de realizar ações educativas na USF ou na comunidade com foco na prevenção, é fundamental oferecer conhecimento sobre a temática com mulheres já acometidas pelo HPV e seus parceiros, pois o conhecimento garante a mudança de comportamentos. Por meio da educação em saúde é possível estimular a adoção e fortalecer ações na prevenção e redução de risco do HPV e seus agravos, tais como a adesão ao tratamento orientado pela equipe de saúde, realização periódica de exame de PCCU na mulher e peniscopia no homem, adoção de hábitos de vida saudável, uso de preservativos pela mulher ou pelo homem e higiene íntima regular de ambos os parceiros.

Ao desempenhar atividades educativas, a enfermeira precisa compreender o outro em suas especificidades, revalorizando as dimensões ética e cultural da educação, considerando que a educação ocorre ao longo de toda a vida e por isso é permanente, devendo ser uma construção contínua de cada um, seus saberes, experiências e aptidões, permitindo a tomada de consciência, autocrítica e autonomia.

Importante relatar a integração havida entre as mulheres durante o desenvolvimento da pesquisa, cujo processo de empoderamento foi fortalecido pela teia de conhecimentos, compreensão e afetos criada pelo sentimento de grupalidade que predominou nos encontros. As participantes ressignificaram suas relações, antes baseadas no despoder, para relações apoiadas na horizontalidade. As mulheres que integraram o grupo educacional desta pesquisa decidiram, ao encerrarmos o grupo focal, dar continuidade aos encontros, formando um grupo de mulheres da comunidade do Murinin, com o objetivo de desenvolver atividades

educativas na busca pela construção contínua do aprendizado e da competência para se autocuidarem, conforme se manifestaram:

“[...] Penso que este grupo não tem que acabar; até pensei no nome: “Unidas pelo amor”. Podemos nos reunir uma vez por semana, aí chamamos pessoas para vir fazer apresentações uma vez por mês, assim continuamos aprendendo e nos encontrando”. (Luana)

Por fim, salientamos que ao iniciarmos a presente pesquisa identificamos práticas sexuais não recomendáveis das mulheres infectadas pelo Papilomavirus Humano que aumentavam o risco de reinfecção pelo HPV e o agravamento de seus danos.

Os défices relacionados a hábitos saudáveis, práticas sexuais seguras e desvio de saúde foram identificados, sendo posteriormente avaliados, instituindo-se estratégia educacional por meio da técnica do grupo focal para levar a essas mulheres conhecimentos sobre HPV, desenvolver consciência crítica e seu empoderamento, consciência do direito que têm sobre seu corpo e para conduzir sua vida, com responsabilidade sobre o autocuidado na prevenção do HPV e de seus agravos.

As ações educacionais no grupo alcançaram o objetivo de intervir na realidade das mulheres, tornando-as agentes do autocuidado e de desenvolvimento de competência para se autocuidarem. Salientamos o valor da dinâmica de sensibilização desenvolvida, a discussão em grupo com troca de experiências, aquisição de conhecimentos por meio da construção coletiva de material didático e desenvolvimento do senso crítico das mulheres sobre suas próprias realidades.

O ponto alto desse processo educativo foi a elaboração do álbum seriado por iniciativa das mulheres e incentivada pela enfermeira pesquisadora, o que as estimulou a buscar maiores conhecimentos sobre o HPV, em meio ao exercício de aprender a aprender novos conhecimentos integradas no grupo e tomando consciência da necessidade de adquirir competências e habilidades para o autocuidado no comportamento sexual preventivo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), incluindo o HPV e suas consequências.

Pautado pelo método da PCA e guiado pelas premissas do autocuidado, o estudo mostrou-se útil e propiciou a participação efetiva das mulheres, que foram protagonistas das ações de novas aprendizagens e da intenção de mudanças de comportamento necessárias à prevenção do HPV e seus agravos.

Capítulo 6

6 CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES

Desenvolver pesquisa adotando os pressupostos da pesquisa convergente assistencial - PCA, guiada pelo referencial teórico do autocuidado de Orem, possibilitou-nos imergir no cotidiano do cuidado, intervindo na realidade das mulheres residentes em Benevides acometidas pelo HPV, e contribuir no processo de reflexão e conscientização de mudança e/ou formação de comportamentos de saúde mais condizentes no enfrentamento do HPV e de outras ISTs.

No presente estudo, a competência para o autocuidado das mulheres foi adquirida e fortalecida graças às estratégias educacionais desenvolvidas por meio da técnica do grupo focal, de aprender a pensar e repensar, e aprender juntas em trabalho grupal. O espaço das relações em grupo favoreceu a interação das mulheres, propiciando troca de experiências e estímulo ao exercício da crítica e reflexão.

Essas atividades educacionais conduzidas pela enfermeira contribuíram para esclarecer e superar dificuldades das mulheres na prática do autocuidado para enfrentar o HPV e seus possíveis agravos, ao mesmo tempo em que eram estimuladas a adquirir competências continuadas de autocuidado na regulação dos processos vitais, mantendo sua estrutura e funcionamento e desenvolvendo-se como seres humanos em família e na sociedade.

Em síntese, na avaliação da estratégia educacional realizada, cumpre enfatizar os seguintes fatos que evidenciam o sucesso na aprendizagem de **comportamentos sexuais seguros em face do HPV**:

a) A elaboração do álbum seriado propiciou a iniciativa das mulheres em aprofundar seus conhecimentos acerca do HPV. Todo o material usado por elas foi obtido com seu esforço pessoal e emergiu da discussão entre elas, adquirindo conhecimentos que transcenderam o seu próprio eu para orientar outras pessoas

sobre comportamentos adequados na prevenção do HPV e de seus agravos, como o câncer de colo do útero.

b) O processo de empoderamento das mulheres se mostrou crescente como fruto das influências ao longo das atividades educacionais. As mulheres conseguiram identificar défices no seu autocuidado e buscaram de maneira crítica os requisitos necessários para se tornarem competentes no autocuidado no enfrentamento do HPV.

c) A integração e a criação de vínculos entre as mulheres foram tão representativas que elas decidiram manter-se em contato constante. Para tanto, sugeriram criar um grupo independente de mulheres para reunir-se uma vez ao mês, convidando autoridades para explanar temas de interesse do grupo, demonstrando o poder e o protagonismo em organizar-se para conduzir suas próprias vidas, discutindo e decidindo pelo que lhes parecer melhor e mais saudável.

d) A estratégia e ações educacionais idealizadas pela enfermeira pesquisadora foram moldadas ao contexto e às circunstâncias reais das mulheres, num processo dinâmico e sempre sintonizado com o clima do grupo. Após dois meses de atividades educacionais, as mulheres envolvidas acabaram por demonstrar sinais de mudanças e/ou aquisição de novos comportamentos de saúde mais condizentes ao enfrentamento do HIV e suas consequências.

6.1 CONCLUSÃO

Dos resultados auferidos dessa experiência prática de estratégia educacional idealizada, podemos concluir que ela contribui para a aprendizagem das mulheres infectadas pelo HPV, que demonstraram sinais de aquisição de competências e habilidades para o autocuidado e a higiene e práticas sexuais mais saudáveis, de modo compartilhado com seus parceiros.

A estratégia e ações educacionais desenvolvidas propiciaram, durante o processo ensino-aprendizagem, um agir participativo horizontal. O sucesso demonstrado permite à enfermeira pesquisadora afirmar, não a generalização dos resultados obtidos, mas a transferência dos resultados com aplicabilidade para

outras mulheres nas mesmas circunstâncias e em contextos sociogeográficos diversos, conforme esperada em resultados provenientes de estudos que adotam o método da pesquisa convergente-assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004).

Convém alertar que essa estratégia e essas ações educativas não podem ser vistas como meras receitas, mas poderiam chamar-se de tecnologias leves cuidativo-educacionais (MERHY, 2002), pois representam atos de trabalho de cada profissional; no presente caso, a enfermeira, que no seu estilo próprio desenvolve seu trabalho cuidativo-educativo, a todo momento, em consonância com o clima e com as exigências do grupo participante. (GONÇALVES *et al.*, 2014).

6.2 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, ENSINO E PESQUISA

Na atenção destinada à mulher infectada pelo HPV é flagrante observar, em nosso meio, como a rede de atenção à saúde é fragmentada, obrigando mulheres a se deslocarem a outros municípios, muitas vezes de difícil acesso, para consulta especializada, exames e tratamento. A atenção básica, como porta de entrada do SUS, deveria estar preparada para acolher essas mulheres. As **implicações práticas** estão, entre outras, na equipe de saúde, mormente a enfermagem, cujos profissionais são os primeiros a acolher os usuários que chegam à Unidade: encontrando meios criativos e incisivos, juntamente aos gestores, outros setores e a população circundante mais implicada (aqui, as mulheres) na conquista de serviços condizentes necessários à aplicação da política de prevenção de ISTs e de promoção da saúde da mulher.

Na observação de comportamento de mulheres subjugadas ao poder dos homens, questão de gênero de difícil trato por parte das mulheres, não se tem visto nos serviços nem entre os profissionais, ações pontuais de inclusão dos parceiros masculinos como usuários, quando se trata de ISTs em mulheres. Mudança de visão e de comportamento dos profissionais na atenção à saúde tem **implicações para o ensino**, tanto na formação de recursos humanos quanto na capacitação em serviço, pois no caso em tela é imprescindível adotar outra postura: a de atender a unidade mulher/homem como par conjugal/sexual.

O presente estudo tem seu foco voltado para a mudança de comportamento para reduzir a incidência do HPV, e também controlar, tratar e prevenir agravos pelo HPV. Sua replicação se torna essencial na busca por métodos cada vez mais eficientes e eficazes. **Implicações para a pesquisa** são muitas, porque embora o HPV já seja conhecido sob o aspecto biomédico, os comportamentos humanos que mantêm elevada sua incidência devem ser perscrutados, buscando encontrar melhores estratégias para prevenir o HPV e outras ISTs.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, S.R. V. de. **PAPILOMAVÍRUS HUMANO: fatores de risco e prevalência na população carcerária feminina do Pará.** 2011. 109 f. Dissertação (Mestrado em doenças tropicais) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

AMARAL *et al.* Atuação do enfermeiro como educador no programa saúde da família: importância para uma abordagem integral na atenção primária. **FG Ciência**, Guanambi, v.01, n.1, p.01-21, Jan/Jul. 2011.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2), p.S465-S469, 2003.

BEZERRA, S. J. S. **Fatores de risco para câncer de colo e lesões cervicais por Papilomavírus Humano.** 2007. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

BOGLIOLO, Luigi. **Patologia.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BRANCO, J. M. A. **O autocuidado na diálise peritoneal ambulatorial contínua: A enfermagem e os clientes em tratamento domiciliar.** 2009. 185 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.** Brasília (DF): Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde amplia faixa etária da vacina contra HPV.** Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/13360/162/ministerio-da-saude-amplia-faixa-etaria-da-vacina-contra-hpv.html> Acesso em 20 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva de Controle do Câncer de Colo Uterino. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino/Ministério da Saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: recomendações para profissionais de saúde.** 2.ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Manual Técnico Profissionais de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006 b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Panorâmico Brasil. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília, (DF): Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Reprodutiva/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011 a.

BRASIL. **Resolução COFEN 381/2011**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício Profissional de Enfermagem, e resolve sobre a coleta de material para colpocitologia oncótica. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, A. L. S. *et al.* Sentimentos de Mulheres em Tratamento para Papillomavirus Humano. **Rer Enferm**. Esc Anna Nery.v.11, n. 2, p. 248 - 253. Jun. 2007.

CASTELLSAGUÉ, X; MUÑOZ, N. Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis: role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. **J Natl Cancer Inst Monogr**. v. 31, p. 20-28. 2003.

CATRIB, A.M.F. *et al.* Saúde no espaço escolar. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Orgs.). **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

CESTARI, M. E. W. **Estar Infectada com Papilomavirus Humano: Vivências das Mulheres e Necessidade de Cuidado**. 2010.128 f. Tese (Doutor em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

DIÓGENES, M. A.R.; PAGLIUCA, L. M. F. TEORIA DO AUTOCUIDADO: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 24, n.3, p.286-293, dez 2003.

DIÓGENES, M.A.R.; CARVALHO, A.R.F. A.; SILVA, H.H.R. Desvios de saúde em portadoras de condiloma vulvar. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 58-66, abr./jun.2009.

DIONIZIO, E. **Realização do exame de Papanicolau em mulheres com 20 anos ou mais: Inquérito de Saúde de base populacional no Município de São Paulo-2008**. 2011. 143 f. Dissertação (Mestre em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FEDRIZZI, E. N.. Epidemiologia da infecção genital pelo HPV. **Rev Bras Trato Gen Inf**, v1, n.1, p. 3-8, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FOCCHI, José. Papilomavírus Humano. In: Oliveira; Lemgruber. **Tratado de Ginecologia da Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

GONÇALVES, L.H.T.; SCHIER, J. “Grupo Aqui e Agora” - Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n.2, p.:271-279, 2005.

GONÇALVES, L. H. T *et al.* Tecnologias de/em enfermagem no cuidado da vida e saúde do cliente/usuário/paciente idoso. In: NIETSCHE, Elisabeta Albertina; TEIXEIRA, Elisabeth; MEDEIROS, Horácio Pires (Org.). **Tecnologias cuidativo-educacionais: Uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?**. Porto Alegre: Moriá, 2014, p. 125-146.

GIRALDO, P. *Cet al.* Prevenção da infecção por HPV e lesões associadas com o uso de vacinas. **DST- J. Bras. Doenças Sex. Transm**, v. 20, n. 2, p. 132-140, mar. 2009.

GHISLERI, D. L.S. **Competência para o autocuidado da mulher que vivencia o Processo de gestar: contribuições para a enfermagem**. 2008. 183. f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

JOCA, M. T. **Mulher Acometida pelo Papilomavírus Humano e repercussões na Família**. 2007. 87 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

IBGE. **Estimativa populacional de Benevides2010**. Disponível em<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=150150&r=1>>Acesso em: 18 jan. 2012.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n.2, p.115-21, jun. 2001.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero / Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **O que é o Câncer**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322> Acesso em 04 ago. 2012.

LIMA, M. **Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV AIDS: repercussões para a saúde**. 2012. 216 f. Tese (Doutorem Ciências)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

LISBOA, T. K. O Empoderamento como estratégia de inclusão das mulheres nas políticas sociais. **In: Fazendo gênero 8 – corpo, violência e poder**. Florianópolis, 2008

MACIEL, A. A.; TANAKA, A C. O papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença. **Rev. Cienc Cuid Saude**, v.11, p.108-114, 2012.

MANDIC, A; VUJKOV, T. **Human papillomavirus vaccine as a new way of preventing cervical câncer: a dream or the future?**. Ann Oncol, 2004.

MARENZI, J. **Défices de competência para o autocuidado de pessoas com dor miofascial: uma abordagem fisioterapêutica educativa**. 2006. 107 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

CESTARI, M. E. W.;ZAGO, M. M.F. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: questões culturais e de gênero. **Rev. Cienc Cuid Saúde**, v. 11, p.176-182, 2012.

MENDES, E. C. Papilomavirose Humana. In: Moreira. **Tocoginecologia para graduação, residência e especialização**. Belém: Cejup, 2003.

MONTEIRO, E. M. L. M. **(Re) construção de ações de Educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiros do PSF do Recife/PE**. 2007. 179f. Tese (Doutor em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.111-118, 2005.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOREIRA, M. A. **Tocoginecologia para Graduação, residência e especialização**. Belém: Ajup, 2003.

MURRAY, P. R. **Microbiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

MUNÕZ, N. et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. **N. Engl. J. Med**, v. 384, p. 518-27, 2003.

NAUD, P. **Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS**. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

NASCIMENTO, E. D. **Prevalência da infecção por HPV e perfil das mulheres frente ao exame de Papanicolau no município de São José do Mipibu/RN**. 2008. 104f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

VARGENS, O. M.C. *et al.* Diagnóstico de HPV: o processo de interação da mulher com seu parceiro. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.3, p. 327-332, Brasília, mai./jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Papilomavirus Humano (HPV)**. Disponível em <<http://www.who.int/immunization/topics/hpv/en/>> Acesso em 08 nov. 2011.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. New York: McGRAW-HILL Book, 1985.

OREM, D. E. **Nursing: Concepts of Practice**. Georgia: Mosby, 1995.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. (com contribuição de Suzan Taylor r Kathie McLaughline Renpenning) 6 th ed. St Luis: Mosby Inc, 2001.

PARENTE, T. G.; GUERRERO, Olaya Fernández. O desempoderamento das mulheres dos reassentamentos rurais em Porto Nacional (TO, Brasil). **Rev. História Oral**, v. 14, n. 2 e v. 15, n. 1, p. 177-201, jul.-dez. 2011 / jan.- jun. 2012.

PARELLADA, C. I.; PEREYRA, E. A. G. Papilomavíroses humanas. In: FOCACCIA, Roberto; VERONESI, Ricardo. **Tratado de Infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

PARELLADA, C. I.; PEREYRA, E. A. G. Papilomavíroses Humanas. In: FOCACCIA, Roberto; VERONESI, Ricardo. **Tratado de Infectologia**. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

PADILHA, P.R. **O “Círculo de Cultura” na perspectiva da intertransculturalidade**. Disponível em: <http://www.paulofreire.org/pub/ Crpf/CrpfAcervo000135/O_Circulo_de_Cultura_na_persepectiva_intertranscultural.p df> Acesso em: 14 de setembro de 2013.

PASSOS, M.R. *et al.* Papilomavírose Humana em Genital, parte I. **DST- J bras Doenças Sex. Transm**, v.20, n.2, p. 108-124, 2008.

PEREYRA, E. A. G.; GUERRA, D. M.M.; LINHARES, I. M. Papilomavírus Humano: Etiopatogenia, Diagnóstico e Tratamento. In: Halbe. **Tratado de Ginecologia**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000.

RAMOS, K. S. **Estudo do HPV e variáveis sócio-comportamentais em mulheres com lesão intraepitelial de alto grau.** 2009.193 f. Doutorado (Doutor em Ciências)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SAMPAIO, C.F. **Práticas de autocuidado de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2: implicações para o cuidado clínico e educativo de enfermagem.** 2012. 134 f. Dissertação (Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

SANTOS, O. O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga *ponderal*. **Rev. Endocrinologia, Diabetes & Obesidade**, v. 4, n. 3, p.127-134, jul/set 2010.

SELLORS, JW; Sankaranarayanan ,R. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia by loop electrosurgical excision procedure (LEEP) In Sellors Jw, Sankaranarayanan.R. **Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginners' Manual.** Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2003.

SCHMITT, V. M. Papilomavirus Humano. In: Rossetti. **Doenças infecciosas: diagnóstico molecular.** Ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, I.J.*et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.3, p. 697- 703, 2009.

SILVEIRA, I. P. *et al.* Ação educativa à gestante fundamentada na promoção da saúde: uma reflexão. **Rev. Anna Nery**, v. 9, n.3, p.451-458, 2005.

TAYLOR, S. G. Dorothea E. Orem - Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In: TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra.** Portugal: Lusociência, 2004. p. 211-235.

TENÓRIO, T.*et al.* Papilomavírus Humano. In: Hinrichsen. **Doenças infecciosas e parasitárias.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2.ed. Florianópolis: Insular, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA (WHO/ICO). **HPV Information Centre. Human Papillomavirus and Related Cancers–Brazil, Summary Report 2009.** Disponível em: <http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/BRA.pdf?CFID=4005139&CFTOKEN=50211239> Acesso em: 20 jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; ICO Information Centre on Human PapillomaVirus (HPV) and Cervical Cancer. **Humanpapillomavirusandrelatedcancers in Brazil.** Disponível em: <www.who.int/hpvcenter> Acesso em: 19 jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary**. Geneva, Switzerland. 1998. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf> Acesso em: 10 nov. 2013.

ANEXOS

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autocuidado para prevenção e controle de HPV em mulheres residentes no município de Benevides/PA.

Pesquisador: Shirley Aviz de Miranda

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11624612.2.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 207.232

Data da Relatoria: 26/02/2013

Apresentação do Projeto:

A saúde da mulher é um dos temas em foco do Ministério da Saúde (MS), com vistas a implementar ações que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e diminuição da morbimortalidade por causas preveníveis, tais como o câncer de útero. A infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) é uma das ISTs mais comuns no mundo e é considerado o principal fator de risco para o desenvolvimento de Lesões Intraepiteliais de Alto Grau (LIEAG) e conseqüentemente do câncer do colo do útero. **OBJETIVOS:** Identificar como são as atitudes de autocuidado sexual das mulheres atendidas nas Unidades Saúde da Família de Benevides na faixa etária de 25 a 64 anos com resultados alterados para HPV, face aos fatores de risco para desenvolvimento do câncer de colo de útero; Desenvolver estratégias de educação para a saúde formadora de comportamentos sexuais saudáveis em mulheres, na prevenção do HPV e conseqüentemente do câncer de colo de útero. **METODOLOGIA:** Optou-se pela pesquisa qualitativa, utilizando o tipo de Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). O estudo será desenvolvido no município de Benevides/Pará. A população alvo do estudo será representada por mulheres da faixa etária de 25 a 64 anos que realizam o exame de PCCU periodicamente como indicação de prática de saúde destinada a mulheres que já iniciaram atividade sexual, com vistas à prevenção e controle de infecções sexualmente transmissíveis e suas conseqüências. Utilizaremos como técnica de coleta de dados e desenvolvimento de estratégia educativa, o grupo focal. **ANÁLISE DOS RESULTADOS:** O procedimento de análise das informações obtidas serão focados nas percepções e

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-6026 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



comportamentos sobre saúde sexual das mulheres face aos fatores de risco para HPV, e será essencial como avaliação diagnóstica para opção de estratégias educativas de autocuidado apropriadas à situação. A análise do processo de mudança comportamental esperada pela implementação de estratégias de educação para a saúde procederá após cada encontro, ao longo dos dois meses, uma vez que o processo educacional exige retroalimentação constante e contínua.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar como são as atitudes de autocuidado sexual das mulheres atendidas nas Unidades Saúde da Família de Benevides na faixa etária de 25 a 64 anos com resultados alterados para HPV, face aos fatores de risco para desenvolvimento do câncer de colo de útero.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece riscos ao participante, em decorrência de as informações obtidas com as mulheres a serem expostas, causando eventuais constrangimentos. Na tentativa de evitá-los será mantido sigilo de todos os dados coletados. Entretanto, caso haja a divulgação dessas informações, provocadas pelo próprio risco da pesquisa, será disponibilizado atendimento psicológico. Para os pesquisadores, os riscos oferecidos são a não

obtenção da amostra desejada de participantes e a dificuldade para a colaboração dos mesmos. Estes riscos serão minimizados por meio do esclarecimento adequado a respeito do assunto para os possíveis participantes, e explicação adequada de todos os momentos que permeiarão a pesquisa. A comunidade científica sofrerá riscos com a coleta de dados realizada de forma inadequada, para minimizar estes riscos.

Benefícios:

A pesquisa beneficiará a sua comunidade e a si próprio na medida em que os resultados poderão ser fornecidos para o planejamento e execução de ações que propiciem um resultado mais satisfatório na manutenção e desenvolvimento atitudes de autocuidado das mulheres, podendo fortalecer a elaboração e manutenção de políticas públicas e de saúde baseadas na realidade local, contribuindo no desenvolvimento de ações específicas voltadas para o enfrentamento da doença e prevenção da infecção pelo HPV, além de poder contribuir no fortalecimento de atitudes de autocuidado em mulheres. Essa pesquisa reforçará a necessidade de estudos e esclarecimentos sobre a importância de primeiramente conhecer com quem se vai trabalhar e a localidade, para que os envolvidos na pesquisa, pois se observam ainda nas ações de atenção a saúde da mulher, lacunas de atenção ao climatério/menopausa; às queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; à adolescência; às doenças crônico-degenerativas; na saúde ocupacional; na saúde mental e nas doenças infecto-contagiosas. Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade da saúde da mulher brasileira, na qual convivem doenças dos

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas dos países em desenvolvimento (mortalidade materna e desnutrição). Segundo Aguiar (2011) no mundo inteiro, diversas evidências apontam uma alta ocorrência de lesões do colo do útero de natureza inflamatória, pré-neoplásica ou neoplásica, entretanto número significativo de casos estariam concentrados principalmente nos países em desenvolvimento, como os países da América Latina, dentre eles o Brasil, e regiões mais pobres da África. Cerca de 80% dos casos de câncer do colo do útero se reúnem nos países em desenvolvimento, os quais representam 82% da população mundial. O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame de colpocitologia oncótica (também chamado de exame de Papanicolaou, citologia oncótica, exame de lâmina ou PCCU- Prevenção do Câncer de Colo de Útero), que deve ser oferecido prioritariamente às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já iniciaram atividade sexual (INCA, 2011a). De acordo com os dados do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (2011) na análise regional do Brasil, o câncer do colo do útero se destaca como o primeiro mais incidente na região Norte. As mortes por câncer do colo do útero representaram cerca de 5% de todos os óbitos por câncer em mulheres. Foi detectada no município de Benevides/PA por meio do exame de colpocitologia oncótica, em dados agrupados no SISCOLO, 237 exames de PCCU com citologia alterada do total de 13.541 coletas realizadas no município no período de 2007 a 2011, sendo que deste total, oito mulheres evoluíram a óbito em decorrência da contaminação pelo HPV de alto grau com progressão para câncer de colo uterino. A identificação dos fatores de risco mais incidentes para HPV na região e o conhecimento atitudes de autocuidado das mulheres, tende a fortalecer a elaboração e manutenção de políticas públicas e de saúde baseadas na realidade local, contribuindo no desenvolvimento de ações específicas voltadas para o enfrentamento da doença e prevenção da infecção pelo HPV, além de poder contribuir no fortalecimento de atitudes de autocuidado em mulheres. Tamanho da Amostra no Brasil: 15 saúde da mulher possam posteriormente traçar ações de atuação e cuidado específicas para esta parcela da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta metodologia e critérios bem definidos. Sem implicações éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão de acordo com a Resolução 196/96 do CNS/MS.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, somos pela aprovação do projeto. Este é nosso parecer, SMJ.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamã CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 27 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TÍTULO: AUTOCUIDADO DE MULHERES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE BENEVIDES/PA NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE HPV – PARTICIPAÇÃO DA(O) ENFERMEIRA(O)

ESCLARECIMENTOS DA PESQUISA

Identificar como são as atitudes de autocuidado sexual das mulheres atendidas nas Unidades Saúde da Família de Benevides na faixa etária de 25 a 64 anos com resultados alterados para HPV, em face dos fatores de risco para desenvolvimento do câncer de colo de útero. Queremos também desenvolver estratégias de educação para a saúde que contribuam para adoção de comportamentos sexuais saudáveis em mulheres.

Algumas doenças acometem somente mulheres, dentre as quais está o câncer de colo de útero, que se desenvolve com a presença de micróbio chamado papilomavírus humano, que, aliado a alguns fatores de risco, aumenta o risco para o aparecimento da doença.

O que você precisa autorizar à pesquisadora e mestranda é a realização com gravação ou registro manuscrito de grupos formados por mulheres que abordará questões relativas ao autocuidado e comportamentos de saúde sexual. Para evitar a preocupação de que seus dados sejam divulgados, esclarecemos que as informações obtidas têm como única finalidade a pesquisa e que os resultados obtidos serão descritos de forma codificada, não sendo divulgada qualquer informação que possa identificá-la. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e publicados em revistas da área.

O responsável pela de pesquisa é a enfermeira mestranda Shirley Aviz de Miranda, COREN-PA N^o163602 e trata-se de estudo para elaborar dissertação de mestrado na UFPA/PPGENF orientado pela prof^a. Dr^a. Lúcia Hisako Takase Gonçalves. A qualquer momento você pode desautorizar a pesquisadora de usar as informações coletadas. Se optar por afastar-se da pesquisa, não sofrerá qualquer penalidade e todo material gravado e/ou registrado lhe será devolvido. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Não haverá nenhum pagamento por sua participação. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa, poderá fazer contato com a enfermeira responsável pela pesquisa. Com a participação nos encontros e discussões durante o estudo, acredita-se que os

benefícios serão positivos no processo de mudança de comportamentos, proporcionando a adoção de estilos de vida mais saudáveis entre as mulheres, assim como poderá contribuir na formulação de estratégias de educação na saúde que facilitem a manutenção da saúde.

Belém,.....de.....de 2013.

Assinatura da pesquisadora responsável.

Enfª. Shirley Aviz de Miranda
 Endereço: Travessa Bom Jardim, nº 1310- Jurunas, Belém, Pará
 Fone: (91) 3272-6525/ (91) 8854-0684 e-mail: shirleyaviz@hotmail.com
 CEP: 66030-130

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ de declaro que compreendi as informações que li ou que me foram explicadas sobre o trabalho em questão, ficando claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que minha participação não tem despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento. Concordo voluntariamente em participar desse estudo, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante seu desenvolvimento, sem penalidades nem prejuízos.

Belém (PA),de.....de 2013.

Assinatura da participante: _____

Nota: O presente Termo será assinado em duas vias, ficando uma com a própria participante da pesquisa e outra será arquivada pela pesquisadora.

APÊNDICE B- FORMULÁRIO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ/ INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ICS/PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- MESTRADO ACADÊMICO**

PROJETO: Autocuidado de mulheres residentes no município de Benevides/PA na prevenção e controle de HPV – participação da (o) enfermeira (o)

Dados Sociodemográficos

Iniciais: _____

1) Idade (Anos completos): _____

2) Nacionalidade:

3) Naturalidade:

4) Raça/cor/etnia:

1. Branca ()
2. Preta ()
3. Parda ()
4. Indígena ()

5) Estado Civil :

1. Solteiro ()
2. Casado/união estável ()
3. Viúvo ()
4. Desquitado ou divorciado ()
5. Outro ()

6) Escolaridade:

1. Analfabeto ()
2. Nível primário ()
3. Nível fundamental incompleto ()
4. Nível fundamental completo ()
5. Ensino médio completo ()
6. Ensino médio incompleto ()
7. Ensino superior ()

7) Ocupação:

1. Trabalhador formal ()
2. Aposentado ()
3. Do lar ()
4. Autônomo ()
5. Desempregado ()
6. Outro. Qual? _____

8) Renda familiar (salários mínimos): _____**9) Religião:**

1. Católico ()
2. Evangélico ()
3. Espírita ()
4. Outra. Qual? _____

10) Fuma? Há quanto tempo?

Sim () _____ Não ()

11) Usa bebidas alcoólicas? Há quanto tempo?

Sim () _____ Não ()

12) Quantas vezes realizou PCCU?

- Uma vez ()
- Duas vezes ()
- Três vezes ()
- Faz como rotina ()

13) Possui filhos?

Sim () Não ()

14) Se possui filhos, quantos?

01 filho () 02 filhos () 03 filhos () 04 filhos () 05 filhos ()

15) História de Câncer de Colo do útero ou mama na família?

Sim: () Não ()