

WERIKA DA SILVA SOUSA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO: ênfase na vacina HPV no município de Itaituba,
Pará, Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Bruna Santana de Souza Soares

Itaituba, PA

2024

WERIKA DA SILVA SOUSA

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO
COLO DO ÚTERO: ênfase na vacina HPV no município de Itaituba,
Pará, Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Bruna Santana de Souza Soares

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof.^a Ma. Bruna Santana de Souza Soares

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof.^a Ma. Mara Aparecida Pereira do Nascimento

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof.^a Ma. Rosângela de Aguiar Rodrigues

Resultado: _____ Média: _____

12 de agosto de 2024

*Dedico este trabalho primeiramente a **Deus** por ter me concedido esta oportunidade de estudo e a toda a minha família em especial aos meus pais.*

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo dom da vida e o privilégio de me permitir cumprir essa etapa.

Aos **familiares** por serem meus maiores incentivadores e apoiadores contribuindo para tornar essa trajetória satisfatória

Aos amigos e colegas de classe, por tornarem meus dias mais alegres.

À professora e orientadora Bruna Santana, por todo seu compromisso, dedicação e conhecimentos transmitidos, que foram de fundamental importância na minha formação e na elaboração desse trabalho.

Aos **professores** do curso, pelo repasse de conhecimentos relevantes.

À todas as pessoas que contribuíram de forma direta e indiretamente para a minha formação.

*“O que vale da vida não é o ponto de partida e
sim a caminhada. Caminhando e semeando, no
fim terás o que colher”.*

(Cora Carolina)

RESUMO

A infecção por HPV pode ser comum, mas geralmente é transitória e regride espontaneamente na maioria dos casos. As melhores formas de prevenir essas infecções são a vacinação preventiva e o uso regular de preservativo. O Papanicolau é o exame mais comum para detectar as alterações que o HPV pode causar nas células e um possível câncer. Diante desse problema de saúde pública, surgiu a respectiva questão norteadora: Qual o papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero com ênfase na vacina HPV? A pesquisa teve como objetivo geral descrever o papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero com ênfase na vacina HPV, e objetivos específicos, conhecer as ações implementadas pelo enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero com ênfase na vacina HPV e investigar a cobertura vacinal da vacina HPV no município de Itaituba, Pará. Deste modo, o estudo potencializa o processo de prevenção do câncer do colo uterino, orienta políticas de saúde, serve de base a pesquisas acadêmicas a fim de educar a população e reduzir desigualdades no acesso à prevenção. Trata-se de um estudo teórico – empírico, de levantamento, com abordagem quanti – qualitativa de natureza exploratória e descritiva, realizado através de entrevista com a Coordenadora de Imunização da SEMSA no ano de 2015, e busca na base de dados do SIPNI acerca das doses aplicadas da Vacina HPV no município de Itaituba no ano de 2015. Como resultados obteve – se: no ano em questão foram aplicadas 2.200 doses de HPV nas meninas do município de Itaituba, dessas, 1.413 receberam a D1, e 787 receberam a D2, num total de 29.669 doses aplicadas ao ano, perfazendo uma cobertura anual de 103,45%. O Município de Itaituba possui 20 salas de vacinas, no entanto, somente 17 salas registraram doses aplicadas conforme relatório do SI-PNI. Conclui-se que o enfermeiro desempenha um papel crucial na prevenção do câncer do colo do útero, promovendo a saúde e o bem-estar das mulheres através da educação, incentivo à vacina, aconselhamento sobre o rastreamento com o exame Papanicolau e redução de barreiras ao acesso à saúde.

Palavras – chave: Papilomavírus Humano. Câncer do Colo do Útero. Prevenção. Vacina. Enfermeiro.

ABSTRACT

HPV infection can be common, but it is usually transient and resolves spontaneously in most cases. The best ways to prevent these infections are preventive vaccination and regular use of condoms. The Pap smear is the most common test to detect the changes that HPV can cause in cells and possible cancer. Faced with this public health problem, the respective guiding question arose: What is the role of nurses in preventing cervical cancer with an emphasis on the HPV vaccine? The research had the general objective of describing the role of nurses in preventing cervical cancer with an emphasis on the HPV vaccine, and specific objectives, knowing the actions implemented by nurses in preventing cervical cancer with an emphasis on the HPV vaccine and investigating vaccination coverage of the HPV vaccine in the city of Itaituba, Pará. In this way, the study enhances the process of preventing cervical cancer, guides health policies, serves as a basis for academic research in order to educate the population and reduce inequalities in access to prevention. This is a theoretical – empirical, survey study, with a quantitative – qualitative approach of an exploratory and descriptive nature, carried out through an interview with the SEMSA Immunization Coordinator in 2015, and a search in the SIPNI database about the doses of the HPV Vaccine applied in the city of Itaituba in 2015. The results were: in the year in question, 2,200 doses of HPV were applied to girls in the city of Itaituba, of which 1,413 received D1, and 787 received D2, for a total of 29,669 doses applied per year, totaling an annual coverage of 103.45%. The Municipality of Itaituba has 20 vaccination rooms, however, only 17 rooms recorded doses administered according to the SI-PNI report. It is concluded that nurses play a crucial role in preventing cervical cancer, promoting the health and well-being of women through education, encouraging vaccination, counseling on screening with the Pap smear and reducing barriers to access. access to healthcare.

Keywords: Human Papillomavirus. Cervical Cancer. Prevention. Vaccine. Nurse.

LISTA DE SIGLAS

HPV – Human Papiloma Vírus

MSD – Merck Sharp Dohme

FDA – Food and Drug Administration

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

CCU – Câncer do Colo do útero

DNA – Ácido Desoxirribonucléico

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

PNI – Programa Nacional de Imunização

MS – Ministério da Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 –	Capsídeo do vírus HPV.....	16
Figura 02 –	Estrutura Genômica do HPV.....	17

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 –	Vantagens e desvantagens das diferentes modalidades terapêuticas do HPV.....	27
Quadro 02 –	Estudos de curto, médio e longo prazo para avaliação das vacinas.....	31
Quadro 03 –	Informações Gerais da Vacina HPV.....	33
Quadro 04 –	Registro de doses aplicadas da vacina HPV por bairro no município de Itaituba no ano de 2015.....	39
Quadro 05 –	Registro de doses aplicadas por mês no município de Itaituba no ano de 2015.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Características específicas das vacinas profiláticas contra o HPV, Tetravalente e Bivalente.....	32
Tabela 02 – Cobertura vacinal da HPV - D1 e D2 no ano de 2015.....	39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Registro de doses aplicadas da vacina HPV, por bairro no município de Itaituba no ano de 2015.....	40
Gráfico 02 – Registro de doses da vacina HPV – D1 e D2 aplicadas, por Bairro no Município de Itaituba no ano de 2015.....	41
Gráfico 03 – Registro de doses aplicadas por mês no município de Itaituba no ano de 2015.....	42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1	PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)	16
2.2	O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E O HPV	18
2.2.1	Associação do Vírus HPV com o Câncer do Colo do útero	19
2.2.2	Sinais e Sintomas	20
2.2.3	Sentimentos Psicológicos	20
2.2.4	Idade	21
2.2.5	Contágio	21
2.3	CLASSIFICAÇÃO DOS ACHADOS CITOPATOLÓGICOS	22
2.4	DIAGNÓSTICO	24
2.5	PREVENÇÃO PELO EXAME PAPANICOLAU	24
2.6	TRATAMENTO	27
2.7	A VACINA HPV	28
2.7.1	Os tipos de Vacina HPV: Tretavalente e Bivalente	31
2.7.2	Informações Gerais da Vacina	33
2.8	O ENFERMEIRO FRENTE AO ATENDIMENTO CONTRA O HPV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	34
3	METODOLOGIA	36
3.1	TIPO DE ESTUDO	36
3.2	LOCAL DO ESTUDO	37
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	37
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	37
3.5	ANÁLISE DE DADOS	37
3.6	ANÁLISE DE BENEFÍCIOS	38
3.7	ANÁLISE DE RISCOS	38
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	38
4	RESULTADO E DISCUSSÃO	39
5	CONCLUSÃO	50
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICE A	57
	APÊNDICE B	59

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade é um assunto bastante comentando nos dias de hoje, face ao aumento do número de pessoas com alguma morbidade sexualmente transmissível. Sendo a Atenção Primária assinalada como a porta de entrada do atendimento na saúde pública brasileira, cabe a esse nível de atendimento o papel de informar a população quanto às ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, assistindo- a de forma continua e resolutiva (BRASIL, 2006).

Dentre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), destaca- se como as mais comuns, as que são causadas pelo Papilomavírus Humano (HPV). Uma de suas características que mais chama a atenção é a possibilidade dessa infecção evoluir silenciosamente para outros estágios que possam causar o câncer do colo do útero (NONNENMACHER *et al.*, 2002).

O câncer do colo uterino, no Brasil, atualmente está atrás apenas do câncer de mama como o mais frequente entre as mulheres. Infecções recorrentes pelo HPV é a principal causa do desenvolvimento do carcinoma de colo uterino (INCA, 2012).

São mais de 150 tipos de HPV, classificados em alto, intermediário e baixo risco para o câncer cervical. Mas, 40 tipos podem afetar a mucosa anogenital (vagina, vulva, colo do útero, pênis, região perianal e anal) por apresentar tropismo por esta região, destes, 15 possuem potencial para desenvolver o câncer (oncogênico). Os sorotipos 16 e 18 são de alto risco e responsáveis por 70% de todos os cânceres cervicais, entre os de baixo risco, os tipos 6 e 11 são os que mais se relacionam com os condilomas genitais (WHO, 2007 apud ARAUJO, 2014).

As infecções pelo HPV são consideradas um problema de saúde pública, visto que acometem em torno de 30% da população sexualmente ativa (BRASIL, 2005). Desse público, a maior incidência de contaminação está nas mulheres na idade entre 20 a 40 anos, porém a maioria destas apresentam a forma latente da doença, tornando muito difícil a sua identificação e facilitando a sua transmissão. Com base nas pesquisas acredita-se que 75% das pessoas sexualmente ativas possam entrar em contato com mais de um tipo de vírus do HPV (ARAUJO, 2014).

Pensando em prevenção, a vacina profilática contra o HPV trouxe a possibilidade de reforçar com as ações de prevenção em nível primário, que até então se baseava apenas no uso de preservativo nas relações sexuais e exame preventivo Papanicolau (ARAUJO, 2014).

Nesse sentido surgiu o seguinte questionamento: Qual o papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero com ênfase na vacina HPV?

Este estudo teve como objetivo geral descrever o papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero com ênfase na vacina HPV, e objetivos específicos, conhecer as ações implementadas pelo enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero com ênfase na vacina HPV e investigar a cobertura vacinal da vacina HPV no município de Itaituba, Pará.

Deste modo, o estudo torna-se relevante pois potencializa o processo de prevenção do câncer do colo uterino, visto que, enfatiza a implementação da vacina como meio eficaz de combate a essa patologia, orienta políticas de saúde, serve de base a pesquisas acadêmicas a fim de educar a população e reduzir desigualdades no acesso à prevenção.

Por fim este estudo está estruturado em cinco partes, iniciando com uma introdução ao tema, a segunda fundamenta sobre o vírus HPV com ênfase na vacina, em todo o seu enfoque. A terceira explica como foram realizadas as coletas de dados da pesquisa. A quarta refere-se à interpretação dos dados e da análise de resultados proveniente dos estudos nas unidades básicas de saúde do município de Itaituba, encerrando com a conclusão da pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

O Papilomavírus Humano (HPV) é um vírus de dupla fita circular de DNA, contendo aproximadamente 7900pb de forma icosaédrica, não envelopado, com 72 capsômeros e pertence à família *Papillomaviridae*. O HPV é distribuído conforme a espécie de hospedeiro natural e subclassificado em tipos de acordo com as sequências de nucleotídeos do DNA (BURD, 2003; PEREYRA; PARELLADA, 2003).

Atualmente, são conhecidos mais de 90 tipos de HPV com base na homologia do DNA, sendo que aproximadamente 30 possuem tropismo pelo trato anogenital e, esses são divididos em alto e baixo risco para o desenvolvimento do câncer, conforme o seu potencial oncogênico (PINTO, 2001).

Segundo Pinto *et al.* (2001), todos os HPVs possuem organização genômica parecidas. Sendo que das regiões examinadas, foram identificadas sete, ditas precoce quando se trata de replicação viral. Destacando os seguintes passos:

Earlyregions – E1 a E7, responsáveis pelos processos iniciais da replicação viral, controle da transcrição e transformação celular; duas regiões tardias (late regions) – L1 e L2 – responsáveis pelas etapas finais da replicação do vírus, como a síntese de proteínas estruturais do capsídeo; e uma região responsável pela modulação destes processos na célula do hospedeiro, chamada de região longa de controle (longcontrolregion – LCR) (PINTO et al., 2001).

As imagens do capsídeo do vírus Papilomavírus Humano (HPV) e de sua estrutura genômica estão representadas na Figura 01 e 02 a seguir.

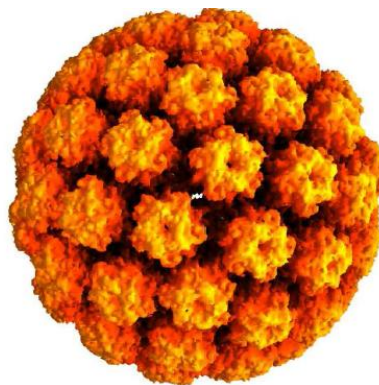


Figura 01 – Capsídeo do vírus HPV.
Fonte: Araújo, 2014

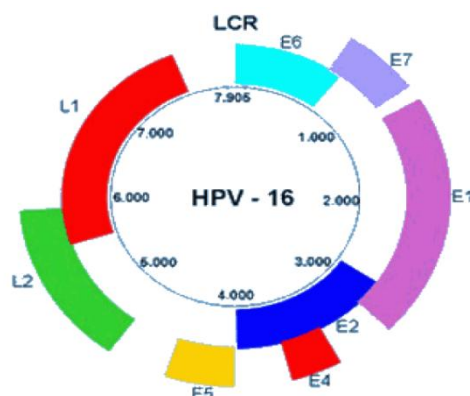


Figura 02 – Estrutura Genômica do HPV
Fonte: Machado, 2010

Outras afirmações são explanadas por Queiroz *et al.* (2005), o Papilomavírus Humano do grupo Papilomavírus, membro da família *Papovaviridae* é um vírus não cultivável que predispõe lesões na pele ou em mucosas. O vírus do HPV é pequeno, com um capsídeo icosaédrico composto de 72 capsômeros pentaméricos, não envelopados, de aproximadamente 50 nm de diâmetro e que engloba uma molécula de DNA fita dupla e circular, em torno de 8.000 pb, associado a proteínas semelhantes a histonas (RABACHINI; SICHERONO, 2012).

A região distal (L) do genoma do HPV contém dois genes, conhecidos como L1 e L2, estes codificam as cápsulas das proteínas virais, enquanto que os genes da região proximal (E) que codifica as proteínas envolvidas na replicação viral e controle de transcrição são denominados E1 e E2. E os principais genes que transformam em E6, E7 e E5; e, por último, entre as regiões E e L, encontra-se uma longa região de controle (LCR), vinculada a vários locais que contêm fatores de transcrição nucleares e virais e divulgador sequenciais (NAKAGAWA *et al.*, 2010).

Bragueto e Susuki (2008) corroboram que dos mais de 200 tipos diferentes de HPV identificados em vários estudos, somente os tipos de alto risco estão relacionados a tumores malignos. Sendo os subtipos de alto risco (principalmente os tipos 16, 18, 31, 33, 45 e 58) os com maior probabilidade de persistir e evoluir para lesões pré-cancerígenas e tumores genitais; e especificamente o HPV do tipo 16 é três vezes mais repetido no câncer do epitélio escamoso.

Para Incthpv (2013), o HPV é um vírus que se instala na pele ou em mucosas e, compromete as pessoas do sexo masculino e feminino. O HPV tido hoje como uma infecção sexualmente transmissível que ocorre com maior constância, através

do sexo. Em boa parte dos casos, a infecção é assintomática, podendo ser eliminado pelo organismo de maneira natural.

No entanto, entre os mais de 200 tipos distintos de HPV existentes, cerca de 30 a 40 podem afetar as genitálias tanto de homens quanto de mulheres, causando várias moléstias, tais como: verrugas na genitália, os cânceres de colo do útero, vagina, vulva, ânus e pênis, tumores na parte interna da boca e na garganta (orofaringe), a Papilomatose respiratória recorrente, quantos tumores malignos, como os cânceres de orofaringe (INCTHPV, 2013).

O HPV é considerado hoje como a doença sexualmente transmissível, que tem chamado mais atenção dos profissionais de saúde, primeiro pela relevância que têm por sua associação ao câncer de colo de útero e em segundo pelo aumento de sua incidência na população feminina a cada ano (ALMEIDA, 2011).

O autor ainda acrescenta que o Papilomavírus Humano é responsável por cerca de 100% dos casos de câncer do colo, por se tratar de um parasita intracelular, com capacidade de precipitar a velocidade da mitose celular, favorecendo a chance de desenvolvimento de atipias (ALMEIDA, 2011).

2.2 O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E O HPV

De acordo com BRASIL (2009), a palavra câncer é empregada para representar um grupo de doenças causadas por anormalidade no processo de divisão celular, que culmina em mais de 100 patologias.

“Inclui tumores malignos em diferentes localizações”, possuindo um grande impacto na saúde mundial devido às altas taxas de morbimortalidade, que com o crescente aumento da população, juntamente com o seu envelhecimento alcança magnitudes terríveis (BRASIL, 2009, p. 8).

Para a OMS, o câncer uterino ocupa o quarto lugar no *ranking* da doença na população feminina no mundo inteiro, e também ocupa a mesma posição das mortes causadas por tais morbidades, sendo mais comum nos países subdesenvolvidos (WHO, 2013). A primeira posição é ocupada pelo câncer de mama, a segunda pelo câncer de traqueia, brônquios e pulmão e a terceira, cólon e reto (BRASIL, 2014).

Além de estar no quarto no *ranking* da doença feminina, Araújo (2014), diz que o câncer do colo do útero é o terceiro que tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 530 mil novos casos por ano no mundo, sendo

responsável pelo óbito de 275 mil mulheres por ano”. Em 2009, esta neoplasia foi à causa de 5.063 mortes, representando a terceira causa de óbitos por câncer em mulheres, ou seja, uma taxa de mortalidade de 5,18/ 100 mil.

2.2.1 Associação do Vírus HPV com o Câncer do Colo do útero

Nakagawa *et al.* (2010) destacam que a primeira associação do HPV com o câncer de colo de útero foi feita pelo patologista George Papanicolau, que permitiu o reconhecimento de alterações celulares pré-malignas no ano de 1949.

Após esse período os estudos feitos por Harold Zur Hausen, um infectologista alemão, já realizado na década de 70, associaram o comportamento sexual das pacientes com a presença de um agente etiológico que seria transmitido na relação sexual. Convencido que o HPV era o agente causal do câncer de colo uterino, procurou-se apoio de companhias farmacêuticas para o desenvolvimento de vacinas (HAMMES *et al.*, 2008).

Diversos estudos epidemiológicos, clínico-patológicos e moleculares admitiram o papel do HPV na patogênese do câncer cervical e em suas lesões precursoras (SOUZA *et al.*, 2001).

O câncer do colo do uterino está associado à infecção pelo HPV, este vírus apresenta mais de 150 genótipos distintos, dos quais 12 são considerados oncogênicos e ligados às neoplasias malignas do trato genital. “Os subtipos virais oncogênicos mais comuns são HPV 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero” (BRASIL, 2013).

Conforme Brasil (2013), além da infecção ser causada pelo HPV, o câncer de colo de útero é uma enfermidade grave que carrega ameaças de morte a vida das mulheres. De início, a doença é assintomática, que tende a evoluir para uma lesão precursora de câncer e, se não forem tratadas, essas lesões em alguns anos podem evoluir para o carcinoma.

Caracterizado por um crescimento desordenado das células, que constitui a parte inferior do útero que fica em contato com a vagina, o câncer do colo uterino, ocorre quando uma mulher tem infecção recorrente com certos tipos de HPV, sem realizar nenhum tipo de tratamento. Podendo ocorrer o acréscimo de células anormais no revestimento do colo do útero. Caso não sejam diagnosticadas e tratadas a tempo, as células anormais evoluirão de um pré-câncer para um câncer. Em geral o processo leva vários anos (INCTHPV, 2013).

Assim, Silva (2012), em consonância com o exposto, diz que dentre os tumores malignos localizados nos órgãos genitais da mulher, o câncer do colo uterino é o mais comum no surgimento das neoplasias. Por sua evolução lenta, o câncer do colo uterino, passa por fases pré-clínicas considerado por muitos especialistas como detectáveis e com maior chance de cura.

Essas fases conforme Brasil (2013) pode agir de três modos: A maioria dos indivíduos consegue eliminar o vírus naturalmente em cerca de 18 meses, sem que ocorra nenhuma manifestação clínica; Em um pequeno número de casos, o vírus pode se multiplicar e então provocar o surgimento de lesões, como as verrugas genitais (visíveis a olho nu) ou “lesões microscópicas” que só são visíveis através de aparelhos com lente de aumento.

2.2.2 Sinais e Sintomas

Brasil (2013) afirma que por sua característica assintomática, e eliminação espontânea pelo organismo, na maioria dos casos, o HPV pode permanecer no organismo por anos sem que manifeste qualquer sinal ou sintoma. Em uma pequena parte dos indivíduos contaminados, alguns tipos de HPV podem continuar durante um período mais prolongado, favorecendo o desenvolvimento de alterações das células, que tendem a evoluir para as doenças diretamente relacionadas ao vírus.

Tais alterações celulares podem causar: verrugas genitais, lesão pré-maligna de câncer (também chamada de lesão precursora), diversos tipos de cânceres, como os de colo do uterino, vaginal, vulva, retal, peniano e de natureza orofaringe, além da (PRR) - Papilomatose Respiratória Recorrente (BRASIL, 2013).

Tecnicamente, a lesão “microscópica” é chamada de lesão subclínica. Sabe-se que a verruga genital é altamente transmissível e que a infecção subclínica tem menor poder de contágio, porém esta peculiaridade ainda continua sendo estudada; O vírus pode conservar-se no organismo por muitos anos, sem causar nenhuma manifestação clínica e/ou subclínica. Vale ressaltar, que a diminuição da resistência do organismo pode desencadear a multiplicação do HPV e, conseqüentemente, provocar o aparecimento de lesões clínicas e/ou subclínicas (BRASIL, 2013).

2.2.3 Sentimentos Psicológicos

Incthov (2013) mostra que o HPV, por se tratar de uma doença sexualmente transmissível e ligada a possibilidade de desenvolver as enfermidades relacionadas

ao vírus, saber da infecção pode causar no indivíduo, estresse, baixa autoestima e ansiedade, além de desestruturar a vida de um casal, e, portanto, considera-se ainda, que o diagnóstico da infecção por HPV pode ocasionar desastroso impacto social e psicológico para homens e mulheres.

A verruga genital na vida da mulher costuma ter um efeito devastador. Em muitos casos, será sempre um grande choque emocional, pois o câncer de colo de útero, pois ele não é visível (INCTHOV, 2013).

Segundo um levantamento feito por Brasil (2013), a preocupação e o medo, com 69% e 66% de incidência, respectivamente, são os principais sentimentos quando as pacientes recebem o diagnóstico de HPV. Em seguida, estão: raiva (31%), tristeza (28%), vergonha (24%), culpa (17%), surpresa (14%), impotência (7%) e indiferença (93%).

No âmbito social, o estudo aponta ainda que 41% tiveram alteração na atividade sexual por causa das verrugas genitais e apenas 49% disseram que passaram a usar preservativos em todas as relações sexuais após o descobrimento da doença. Entre elas, 21% relataram presença de conflito com o parceiro correlacionando a doença com infidelidade e 10% romperam seus relacionamentos afetivos por causa desse conflito (INCTHOV, 2013).

2.2.4 Idade

De acordo com Brasil (2014), com relação à idade, aproximadamente 50% das mulheres com diagnóstico positivo para câncer de colo uterino têm entre 35 e 55 anos e foi exposta ao HPV na fase da adolescência, sendo que na maioria das vezes, por meio de relações sexuais com alguém infectado.

Outras pesquisas, como a de Araújo (2014), diz que em decorrência da frequência da prática da atividade sexual, a maior incidência de infecções pela HPV atinge mulheres na faixa etária entre 20 e 40 anos. Todavia, a maioria destas apresenta a forma oculta da doença, o que dificulta a identificar e facilita a sua transmissão.

2.2.5 Contágio

Segundo Santana *et al.* (2008), os homens são os principais vetores de contágio por HPV. No entanto, pelo desempenho silencioso do vírus é difícil se

avaliar a real incidência e prevalência da infecção pelo HPV em homens assintomáticos.

Ainda assim, o homem deve ser considerado como um reservatório permanente do vírus, e em vista disso, o responsável pela perpetuação da infecção em suas parcerias sexuais, considerando que as mulheres que se relacionam sexualmente com homens HPV positivos, são 5,5 vezes mais expostos ao risco de serem infectados com Papilomavírus Humano, quando comparados àquelas que têm parceiros HPV negativos (ARAÚJO, 2014).

De início a infecção pelo HPV afeta as células basais, por pequenas lesões no tecido ou durante o processo de metaplasia de células escamosas na zona de transformação, quando as células basais são expostas (PRIMO *et al.*, 2004).

Quando o HPV contagia as células-alvo fica latente ou inicia o seu processo de replicação no núcleo causando consequentemente a síntese e liberação de partículas virais infectantes (PRIMO *et al.*, 2004).

A sua transmissão só ocorre por contato da pele ou sexual com um indivíduo que tenha a infecção, ressaltando que os tipos virais são sítios específicos (PRIMO *et al.*, 2004). O vírus quando contamina uma célula, pode permanecer escondido por anos, como também apresentar manifestações clínicas ou subclínicas (FEDRIZZI *et al.*, 2008). Como mostra Santana *et al.* (2008) o DNA do vírus HPV e os seus genes conseguem controlar o ciclo celular do hospedeiro para favorecer a sua replicação e persistência.

2.3 CLASSIFICAÇÃO DOS ACHADOS CITOPATOLÓGICOS

As células do colo do útero podem ter causas distintas, como uma infecção ou inflamação, porém são na maioria das vezes causadas por certos tipos de HPV. “São células do revestimento do colo do útero que apresentam alterações de forma e conteúdo”. Esse processo também pode ser chamado de disciplina cervical ou Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) (INCTHPV, 2013).

Solomon e Nayar (2005) abordam sobre o Sistema Bethesda, esse espectro se divide nas categorias de baixo grau (LSIL) e de alto grau (HSIL). As lesões de baixo grau compreendem as alterações chamadas de diversas maneiras de “efeito citopático do HPV” (Coilocitose) e uma displasia leve ou neoplasia intraepitelial cervical (NIC I). As lesões de alto grau abrangem displasia moderada a grave e carcinoma in situ ou NIC II e III.

A NIC é classificada em duas (NIC de baixo e alto grau) ou três categorias (NIC I, II e III). Quanto maior a categoria, maior será a probabilidade de evoluir para um câncer de colo de útero no futuro. Certos tipos, chamados de alto risco oncogênico, de maneira progressiva, vir a modificar as células alteradas progressivamente em câncer, enquanto outros nomeados de baixo risco oncogênico podem ocasionar verrugas e alterações não cancerosas (INCTHPV, 2013).

Em se tratando da NIC de baixo o Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos preconizou o uso de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau para citologia com HPV e/ou neoplasia intraepitelial grau I (NIC I) e de lesão intraepitelial escamosa de alto grau para neoplasias intraepiteliais graus II e III (NIC II e NIC III) com objetivo de garantir uma terminologia uniforme do diagnóstico colpocitológico (INCTHPV, 2013).

Já a lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), apresentada por Munhoz *et al.* (2012), compreende NIC II e NIC III, que ocorrem em células menores e menos “maduras” do que as células na LSIL. As características citológicas incluem a apresentação de citoplasma denso arredondado, ovalado ou irregular em células isoladas, dispostas em lâminas ou agrupamentos sinciciais.

O acréscimo da relação núcleo/citoplasma, além da variação no formato e no tamanho nuclear, apresentando cromatina fina ou grosseira, confere ao núcleo hiperchromatismo e núcleos pequenos. A membrana nuclear é irregular e espessada (MUNHOZ *et al.*, 2012).

O carcinoma invasor de células escamosas é determinado como neoplasia epitelial maligna do colo uterino que irrompe a membrana basal, infiltra o estroma adjacente e tem capacidade de metástase. No carcinoma queratinizante o esfregaço apresenta muitas células neoplásicas sem formas, pleomórficas, com núcleo grande ou picnótico, irregulares, e hipercrômicos exibindo citoplasma eosinofílico/queratinizado bem definido (SOLOMON; NAYAR, 2005).

É comum a presença de pérolas córneas e notável variação do tamanho e das formas celulares. Estão presentes células em fibra, isoladas ou em agrupamentos, além de células em girino. O carcinoma de as características da HSIL. Os núcleos oferecem uma distribuição acentuadamente irregular de cromatina grosseiramente agrupada. Uma diátese tumoral, que consiste em detritos necróticos e sangue antigo, está geralmente presente. Pode apresentar macronúcleos proeminentes e citoplasma basofílico (SOLOMON; NAYAR, 2005).

Em outras palavras, Munhoz *et al.* (2012) informa que muitas mudanças na cérvix antecedem o desenvolvimento do carcinoma cervical, especialmente na zona de transformação, nomeada junção escamo colunar, região onde se encontra a ectocérvice com a endocérvice.

Esta região, segundo Solomon e Nayar (2005) é altamente sensível à infecção pelo HPV. Como descrito por a lesão intra-epitelial escamosa (SIL) engloba as anormalidades não invasivas, cervicais, escamosas, epiteliais associadas ao papilomavírus humano (HPV), que muda desde alterações celulares associadas a infecção transitória, até alterações celulares anormais que representam precursores de alto grau para um câncer escamoso invasivo.

2.4 DIAGNÓSTICO

Almeida (2011) informa que o primeiro passo para saber o diagnóstico é a avaliação clínica. A queixa principal do público feminino é o sangramento espontâneo ou o causado pela atividade sexual (sinusorragia). Portanto, seguramente afirma-se que toda mulher com queixa de corrimento ou sangramento anormal precisa ser avaliada.

Não necessariamente é utilizada a colposcopia com auxílio no diagnóstico através de biopsia, embora este exame esteja hierarquizado pelo Sistema de Informações do Câncer (SISCAN). O exame Citopatológico, Papanicolau, é um método essencial de orientação, contudo, em alguns casos o processo inflamatório e o sangramento podem atrapalhar o diagnóstico, por impedirem a leitura do esfregaço (ALMEIDA, 2011).

Nesse contexto existem as etapas pré-clínicas e as lesões antecessoras quando diagnosticadas antecipadamente, contribuindo consideravelmente para o tratamento eficaz da paciente que é acometida desta doença (SILVA 2012).

Vale destacar que um diagnóstico preciso traz um benefício social à população precioso, visto que os exames para detecção do Papiloma Vírus Humano "associados ao rastreamento citológico podem ser úteis para a antecipação do tratamento, evitando assim, um mal prognóstico" (ALMEIDA, 2011).

2.5 A PREVENÇÃO PELO EXAME PAPANICOLAU

Brasil (2004) define que o teste de Papanicolau, também conhecido como citologia oncológica, citologia oncológica, citologia esfoliativa, Pap Test, é um método

desenvolvido pelo médico George Papanicolau para a identificação, ao microscópio, de células esfoliadas do colo uterino, atípicas, malignas ou pré-malignas.

As células são então coletadas na região do orifício externo do colo e canal endocervical, postas numa lâmina transparente de vidro, coradas e levadas a exame ao microscópio, no qual, pessoal treinado poderá distinguir entre o que são células normais, as que se apresentam como evidentemente malignas e as que apresentam alterações de lesões pré-malignas.

Almeida (2011) diz que a citologia oncótica, a colposcopia e a biopsia são armas, muito eficazes que se dispõe para a detecção dos processos pré-malignos e das fases micro- invasivas do carcinoma cervical. No entanto, a prevenção do câncer de colo uterino é uma das áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica (LIMA, 2012).

O Câncer de Colo de Útero (CCU) corresponde dois níveis de prevenção: o de detecção precoce, sendo a prevenção primária que é realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual, evitando a transmissão do vírus papiloma humano (HPV), o qual tem papel importante no desenvolvimento desta neoplasia e das lesões precursoras; e o de prevenção secundária que é o rastreamento realizado por meio do exame Papanicolau (MISTURA *et al.*, 2011).

Para Ramos (2008), o risco de se desenvolver câncer de colo do útero durante a vida está conexo com a idade da pessoa e outro fator, que merece uma pauta é a falta de prevenção primária em realizar o exame Papanicolau, pois permite que uma lesão precursora do câncer de útero seja detectada até quinze anos antes da doença se manifestar. Este exame, como afirma o autor, é fácil de ser empregado e de baixo custo e muito eficaz.

Para garantir um resultado correto para a paciente, esta deve ser orientada a não manter relações sexuais (mesmo com camisinha) nas 48 horas anteriores ao exame, bem como evitar o uso de duchas, medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais (BRASIL, 2012).

Brasil (2012) explica que a mulher não pode realizar o exame menstruada, porque a presença de sangue pode alterar o resultado. Para a coleta do material, é introduzido um instrumento chamado espéculo na vagina (conhecido popularmente como “bico de pato”, devido ao seu formato).

Em seguida, faz-se a inspeção visual do interior da vagina e do colo do útero, depois o profissional promove a escamação da superfície externa e interna do colo

do útero com uma espátula de madeira e uma escovinha com giro de 360°, as células colhidas são colocadas numa lâmina e lançado fixador na lâmina, e encaminhado para análise em laboratório especializado em citopatologia (BRASIL, 2012).

Brasil (2004) relata que os profissionais médicos e enfermeiros devidamente treinados estão aptos a realizar o exame de Papanicolau. Assim, Nogueira (2002) enfatiza que no dia a dia das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), o enfermeiro está engajado em todas as atividades de prevenção do câncer uterino, sendo relevante seu desempenho quando se enfatiza que o maior número de coletas citológicas, em nível da Atenção Básica, é realizado por enfermeiros.

Lima (2012) fala que a entrega dos resultados citopatológicos, também é uma das atribuições do enfermeiro. Sendo é importante que este profissional esteja atento às alterações detectadas no exame com a finalidade de realizar o encaminhamento adequado de pacientes que necessitem realizar procedimentos mais invasivos.

Em face do exposto, está comprovado que 90% dos casos de câncer de colo de útero podem ser detectados por meio do exame Papanicolau, de forma precisa e com baixo custo, mesmo antes do aparecimento dos sintomas, fato confirmado pela redução significativa de mais de 50% dos óbitos por esse tipo de câncer (INCTHPV, 2013).

Incthpv (2013) afirma-se que se 100% das mulheres, procurassem a Unidade Básica de Saúde para a fazerem o exame, as mortes poderiam ser reduzidas em um percentual muito significativo. No entanto, verifica-se que a muitas mulheres nunca fizeram o exame, ou não fazem na periodicidade preconizada, ou não é diagnosticada corretamente ou ainda não recebe o tratamento adequado.

Portanto, como afirma Silva (2012), há muito que se fazer ainda, para que se atinja um numero satisfatório de mulheres que aderem à realização do exame Papanicolau, porém são evidentes os avanços tecnológicos no rastreamento do câncer, não só do colo do útero, pois o declínio evidente no índice de mortes por essa doença é evidente, isso graças à implementação de políticas de saúde que primam pela prevenção e promoção da saúde da mulher.

2.6 TRATAMENTO

Como afirma Silva (2009), não é fácil conseguir a adesão das mulheres ao tratamento, mesmo sabendo das necessidades de se começar o tratamento para potencializar as chances de cura, mesmo com tantas informações de mídia.

É claro as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde, pela resistência por parte das pacientes, e sem falar nas dificuldades enfrentadas em encontrar estratégias de intervenção que possam alterar a compreensão daquela paciente que não aceita e muitas vezes nega a importância do tratamento (SILVA, 2009).

Ainda segundo a autora acima, a maneira como o profissional conduz o acolhimento da paciente, é um meio poderoso na adesão ao tratamento, e respalda o paciente para novas atitudes ante o adoecimento, e o remédio é mais uma porta terapêutica na estratégia de promoção da saúde (SILVA, 2009).

Portanto, os serviços de saúde precisam promover e estimular atividades que colaborem para que os indivíduos envolvidos caminhem rumo à eficácia e à qualidade do tratamento (ARAÚJO, 2014).

Devendo ser criados ambientes onde o acesso à informação, seja facilitado, onde a troca de conhecimentos, e que haja motivação tanto para as pacientes quanto também para os profissionais de saúde, para que possam através da vivência de situações criarem esclarecimentos para seus dilemas e preocupações bem como interagir e superar dificuldades durante o tratamento (ARAÚJO, 2014).

Passos *et al.* (2008), apresenta no Quadro 01 a seguir, os tipos de tratamento: cirúrgico, Eletro cautério, Laser terapia, Crio terapia, Agentes químicos, Interferons, Imiquimode. Apresentando suas vantagens e desvantagens.

Quadro 01 – Vantagens e desvantagens das diferentes modalidades terapêuticas do HPV

Tratamento	Tipo	Vantagens	Desvantagens
Cirurgia	Antitumor	- Rápida absorção da lesão	Alta taxa de recorrência, associa-se a sangramentos, infecções na ferida e formação de cicatriz.
Eletro cautério	Antitumor	- Menos sangramento que o tratamento cirúrgico, rápida resolução da lesão	Alta taxa de recorrência, pode deixar cicatriz no local do procedimento e dor.

Laser terapia	Antitumor	- Boa eficácia na resolução da lesão	- Alta taxa de recorrência, dor, alto custo, pode deixar cicatriz no local da aplicação.
Crio terapia	Antitumor	- Menos sangramento	- Alta taxa de recorrência, dor, alto custo, menor taxa de resposta que a cirurgia, pode deixar cicatriz no local da aplicação, requer várias sessões.
Agentes químicos	Antitumor	- Não requer procedimento cirúrgico	- Alta taxa de recorrência, dor, pode causar irritação local importante, com processo inflamatório, ulceração e formação de crosta, requer várias sessões.
Interferons	Antiviral	- Potencializa a eficácia de outros tratamentos, reduz a taxa de recorrência	- Requerem várias sessões, alto custo, eventos adversos sistêmicos, dor com injeção intralesional.
Imiquimode	Antiviral	- Melhor tolerabilidade, eficácia com a redução da taxa de recorrência, autoaplicável	- Alto custo, resultados diferentes em homens, irritação local.

Fonte: Passos *et al.*, (2008)

2.7 A VACINA HPV

Para Brasil (2014) a vacina contra o HPV no País foi introduzida no Calendário Nacional de Vacinação em 2014 com a vacina do tipo quadrivalente. Sua produção é realizada pelo Instituto Butantan através da transferência de tecnologia cedida pelo laboratório Merck Sharp Dohme (MSD).

Para inserção do esquema vacinal no Brasil foram considerados os descontos relacionados ao custo benefício, a incidência da doença, mortalidade no país causado pelo HPV e a sobrevivência das pacientes após o diagnóstico de câncer. Foram avaliados ainda o acesso ao diagnóstico e tratamento da doença, o custo da vacina e a idade para início da vacinação (BRASIL, 2014).

A fabricação de vacina tem sido bastante influenciada pelos progressos tecnológicos e científicos nas áreas da imunologia e biologia molecular, permitindo a redução das doenças infecciosas na população. Além disso, há o interesse, por parte das instituições de fundos internacionais, em financiar a produção de vacinas para serem incorporadas nos sistemas de saúde (SCHATZMAYR, 2003; NOVAES, 2008).

Nesse contexto, Brasil (2013) afirma que a introdução de qualquer vacina no Programa Nacional de Imunização (PNI) necessita de uma severa análise técnica, regulada por critérios epidemiológicos, imunológicos, socioeconômicos, operacionais, financeiros e tecnológicos.

Desde 2007, tem sido indispensável à prática de estudos de custo-efetividade para que novas vacinas sejam inseridas no Calendário Nacional de Vacinação, pois é preciso ponderar tanto o impulso da vacina na redução da morbimortalidade da doença, como a eficácia do programa de imunização, para haver benefícios à redução nos custos relacionados às doenças, como: hospitalização, tratamentos, dias de trabalho e estudo perdidos e sobrevida e a operacionalização da vacinação (BRASIL, 2013).

Ribeiro (2008) explica que o Programa Nacional de Imunização é um programa do Ministério da Saúde do Brasil, criado em setembro de 1973 e institucionalizado pelo decreto nº 78.231 de 12 de agosto de 1976, com o objetivo de promover o controle das doenças preveníveis por imunização, estabelecendo normas e parâmetros técnicos para a utilização de imunobiológicos para estados e municípios. O PNI também tem as funções de coordenação e supervisão da utilização dos imunobiológicos, e ainda participação na produção destes no país.

Completa nas palavras de Porto e Pontes (2003), que entre as políticas de saúde pública, a vacina ocupa um lugar de destaque. No Brasil, as estratégias de vacinação têm alcançado altos índices de eficiência e servido de parâmetro para iniciativas semelhantes em outros países.

Exemplos como os das campanhas contra a varíola e a poliomielite, bem como a proximidade da erradicação do sarampo em nosso território, confirmam o desempenho dos resultados dos programas de cobertura vacinal coordenados pelo Ministério da Saúde (PONTES; PORTO, 2003).

Dentro do Programa Nacional de Imunização está a vacina HPV, composta por 4 tipos de HPV, por isso é chamada de quadrivalente. Previne a infecção e, por

consequente, os casos de câncer de colo de uterino decorridos dos tipos 16 e 18 e ainda as verrugas genitais pelos 6 e 11 (BRASIL, 2013).

A vacina HPV já foi introduzida como estratégia de saúde pública em mais de 51 países. Acredita-se que as pessoas que nunca tiveram contato com o vírus, a vacina confira maior proteção, por esse motivo é indicada para meninas que ainda não foram expostas ao HPV, tendo em vista que a eficácia neste público é de até 10 vezes mais uma infecção natural pelo HPV (BRASIL, 2013).

Não há evidências de que a vacina tenha ação em casos de infecções pré-existentes, por isso a sua utilização é exclusivamente à prevenção e não o tratamento da doença já estabelecida. Não há indícios científicos de benefícios significativos em vacinar mulheres que já foram expostas ao HPV (BRASIL, 2013).

Sendo a vacina é uma estratégia de prevenção primária, portanto não isenta a mulher vacinada do rastreamento do câncer de colo de útero através do exame Citopatológico, já que a vacina não confere proteção contra todos os tipos de alto risco do HPV. De igual modo, o imunobiológico não confere proteção contra outras DST como HIV, sífilis, hepatites B e C e, assim enfatiza-se o uso do preservativo em todas as relações sexuais (BRASIL, 2013).

No ano de 2015 o Ministério da Saúde aumentou a faixa etária para tratamento vacinal com objetivo de formar a primeira geração livre de contrair o câncer de colo de útero. Como medida de inclusão 33,5 mil mulheres de 9 a 26 anos de idade portadoras do vírus HIV também receberiam a vacina. Esse grupo por apresentar imunodeficiência é o mais propenso a desenvolver o câncer de colo de útero (BRASIL, 2014).

O Esquema adotado pelo Ministério da Saúde (MS) é composto por duas doses que devem ser administradas com 0 e 6 meses. A justificativa para isso é que o maior intervalo entre as doses garante um maior título de anticorpos. A vacinação estendida também permite atingir dois grupos etários que são as meninas de 10 a 11 anos e de 11 a 13 anos (BRASIL 2014).

Além disso, o intervalo de doses permite que a campanha de vacinação seja realizada concomitantemente com outras campanhas de vacinação garantindo maior adesão do paciente (BRASIL 2014).

Brasil (2013) determina que após a vacinação o Ministério da Saúde realize estudos de avaliação primária e complementar em curto, médio e longo prazo. Para

analisar o impacto da estratégia bem como dificuldades que podem ser suprimida, mais detalhes da nova estratégia são apresentando no Quadro 02.

Quadro 02 – Estudos de curto, médio e longo prazo para avaliação das vacinas

Prazo (anos após a introdução)	Avaliação primária	Avaliação complementar
Curto (5-10 anos)	• Prevalência de genótipos HPV em adolescentes sexualmente ativos • Avaliação da adesão à vacinação contra o vírus do HPV	• Prevalência de verrugas genitais
Médio (10-15 anos)	• Prevalência de lesões pré-cancerosas (com ajuste por cobertura de rastreamento) • Prevalência de genótipos de HPV em lesões precursoras	• Cobertura de rastreamento • Positividade das provas de rastreamento
Longo (≥ 20 anos)	• Incidência/ mortalidade de câncer do colo uterino • Prevalência de genótipos de HPV em câncer invasor	• Incidência de outros cânceres por HPV • Cobertura de rastreamento • Seguimento de mulheres com provas positivas de rastreamento

Fonte: Ministério da Saúde (2013)

2.7.1 Os Tipos de Vacina HPV: Tetravalente e Bivalente

Rodrigues (2011) destaca em seu estudo que através do panorama bem definido e da progressão neoplásica causada pelo HPV, se viu a necessidade de criar uma nova estratégia terapêutica, profilática e de detecção precoce.

Diante desse panorama, a vacina contra o Papilomavírus Humano foi lançada. Assim, nas palavras de Zardo *et al.* (2013) a vacina quadrivalente contra o HPV foi aprovada em 2006 pela FDA (Food and Drug Administration) e no mesmo ano a ANVISA liberou sua comercialização.

O autor acima citado, diz que atualmente existem no mercado vacinas profiláticas com duas configurações: a tetravalente HPV 6,11,16 e 18 (MERCK) e a bivalente HPV 16 e 18 (GSK), cujas características específicas são apresentadas na Tabela 01.

Tabela 01 – Características específicas das vacinas profiláticas contra o HPV, Tetravalente e Bivalente

Vacinas profiláticas contra o HPV	Composição	Dose administrada	Via de administração	Esquema de administração	Idade recomendada
Tetravalente	20 µg de HPV 6, 40 µg de HPV 11, 40 µg de HPV 16 e 20 µg de HPV 18, VLP em um adjuvante de 225 g de hidroxissulfato de alumínio	0,5 ml	Via intramuscular	Mês 0, 6	Mulheres de 10 aos 25 anos
Bivalente	20 µg de HPV 16 e 20 µg de HPV 18, VLP em um adjuvante de 500 µg de hidróxido de alumínio com 50 g de 3-deacilato monofosforil lipídio A (AS04)	0,5 ml	Via intramuscular	Mês 0, 2, 6	Mulheres de 09 aos 26 anos

Fonte: Derchain; Sarian, 2007; Ema, 2010

Bragueto e Suzuki (2008) destacam que existem dois tipos de vacinas contra o HPV: a terapêutica e profilática. A terapêutica estimula a resposta imune sensibilizando as células do sistema imunológico para atuar contra a infecção viral.

Apesar dos crescentes estudos a vacina terapêutica não tem apresentado resultados muito eficazes e em relação à vacina profilática Giraldo *et al.* (2010) ressaltam que estas são de 3 tipos: monovalente, bivalente e quadrivalente.

Para Simões (2010), as vacinas monovalentes para os subtipos 11, 16, e 18 vem sendo estudadas e mostrando eficácia, porém existem vários tipos de HPV causadores de doenças a combinação de partículas semelhantes aos vírus que ocorre nas vacinas multivalentes apresentam um benefício maior.

Assim, esse imunobiológico tem se mostrado competente em todos os ensaios clínicos realizados com eficácia de mais de cinco anos de soropositividade. A vacina Cevax bivalente presente no mercado possui VLP's L1 dos tipos 16 18 e previnem as neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau NIC II E NIC III (SIMÕES, 2010).

Conforme Rodrigues (2011), a vacina quadrivalente é competente em prevenir neoplasia causada pelos subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. De acordo com

Simões (2010), uma das vacinas quadrivalentes Gardasil possui as VLP's L1 purificadas a partir de dois genes do HPV 16 e 18 mais dois genes do HPV 6 e 11. Dessa forma previne as lesões genitais que são pré-cancerosas, o câncer cervical e as verrugas genitais.

O Papiloma Vírus Humano é sexualmente transmissível e a vacina então deve ser administrada antes da primeira relação sexual, pois após a relação sexual não apresentaria eficácia porque os anticorpos precisariam de memória para o vírus propriamente dito (SIMÕES, 2010).

O pico da resposta imune para as duas vacinas ocorre no sétimo mês. Estudos comparativos realizados entre as vacinas sugerem diferenças entre as repostas imunológicas induzidas por ambas. Porém, a importância clínica desta constatação é ainda desconhecida. É possível que esteja relacionada às diferenças de duração de proteção induzida pelas vacinas e, portanto, há necessidade de um maior acompanhamento para a conclusão dos estudos (SCHWARZ, 2009).

2.7.2 Informações Gerais da Vacina

O Manual Técnico do Programa de Imunobiológicos apresenta as características da vacina do Papiloma Vírus Humano, conforme demonstrado no Quadro 03 a seguir:

Quadro 03 – Informações Gerais da Vacina HPV

Apresentação	A vacina é apresentada na forma de suspensão injetável em frasco-ampola unidose de 0,5 mL.
Composição	A vacina quadrivalente recombinante e inativada, constituída por proteínas L1 do HPV tipos 6, 11, 16 e 18. Contém como excipientes o adjuvante sulfato de hidroxifosfato de alumínio amorfo, cloreto de sódio, L-histidina, polissorbato 80, borato de sódio e água para injetáveis.
Indicação	E indicada para jovens do sexo feminino de 9 a 13 anos de idade, para a imunização ativa contra os tipos de HPV 6, 11, 16 e 18, a fim de prevenir contra câncer do colo do útero, vulvar, vaginal e anal, lesões pre-cancerosas ou displásicas, verrugas genitais e infecções causadas pelo papilomavírus humano (HPV).
Esquema, dose e volume	A vacinação consiste na administração de três doses com o seguinte esquema vacinal: zero, 6 e 60 meses (esquema estendido). O volume a ser administrado é 0,5 mL.

Vias de Administração	Deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular, preferencialmente na região deltóide, na parte superior do braço, ou na região anterolateral superior da coxa. A vacina HPV pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas do PNI, utilizando-se agulhas, seringas e regiões anatômicas distintas.
Conservação	A vacina é conservada entre + 2°C e + 8° C não podendo ser congelada, pois o congelamento provoca a perda de potencia e/ou forma agregados e aumenta o risco de reações.
Outras informações	O esquema de vacinação deve ser interrompido em casos de gravidez durante o processo. Não se recomenda a troca de uma vacina por outra e não é recomendado usar os dois tipos de vacinas. Pessoas que apresentam reações de hipersensibilidade sistêmica grave não devem continuar com o esquema vacinal.

Fonte: Brasil (2014)

2.8 O ENFERMEIRO FRENTE AO ATENDIMENTO CONTRA O HPV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Almeida (2011) diz que mesmo os avanços tecnológicos de comunicação e uma gama de informações, mesmo que as doenças sexualmente transmissíveis sejam de interesse da comunidade, não é possível informar a todos.

Ainda há uma restrição e dificuldade em relação à informação acessível e confiável sobre esses assuntos que de certa forma mexem com a intimidade das pessoas, seja pelo contexto onde estão inseridas, as condições socioeconômicas, o grau de escolaridade, o tabus religiosos ou, até mesmo, o desinteresse e falta de atenção com sua própria saúde (ALMEIDA, 2011).

E numa busca de minimizar esse problema, Paulo (2010) em sua pesquisa recomenda efetivar políticas públicas para propagar as informações em saúde para a população e o PNI, principalmente o que diz respeito a produtos disponíveis, idade, situações de adiamento e contra indicações. Também, realizar reciclagens periódicas com profissionais da saúde comprometidos com as atividades de vacinação, médicos e enfermeiros, pessoas responsáveis pela coordenação do PNI.

Nesse sentido Molina *et al.* (2005), destacam que o enfermeiro e sua equipe são elementos importantes para que haja sucesso na vacinação, pois além de passar o maior tempo com as pessoas, possui capacidades para desenvolver ações educativas, e que os mesmos devem ter zelo pela imunização das adolescente, conforme calendário vacinal, e dar continuidade sempre quando for necessário e com isso, estarão promovendo o aumento da cobertura vacinal.

Portanto, Brasil (2014) considera que a enfermagem exerce papel fundamental em todas as ações de execução do Programa Nacional de Imunizações, sendo de sua responsabilidade orientar e prestar assistência à clientela com segurança, responsabilidade e respeito, prover periodicamente as necessidades de material e Imunobiológicos.

Bem como, manter as condições ideais de conservação de imunobiológicos, manter os equipamentos em boas condições de funcionamento, acompanhar as doses de vacinas administradas de acordo com a meta, buscar faltosos, avaliação e acompanhamento sistemático das coberturas vacinais e buscar periodicamente atualização técnico-científica (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, é de responsabilidade do enfermeiro, através do seu conhecimento científico capacitar todos os profissionais integram a equipe de enfermagem, principalmente os que trabalham na sala de vacina procurando despertar nesses profissionais o interesse de realizarem ações diversas nesta área. Sensibilizando- os sobre suas responsabilidades como profissionais conscientes e cuidadores e não aplicadores de vacinas (PEREIRA; BARBOSA, 2007).

Assim, Brasil (2014) afirma que é de suma importância o desenvolvimento de processos de produção de conhecimentos, especialmente pesquisas que ofereçam subsídios ao ensino e a novas formas de atuação, e alterar de acordo com referências novas, quando o objetivo é propor competências profissionais significativas que o enfermeiro precisa apresentar para atuar em prevenção aos problemas de saúde.

Além do mais, é importante ressaltar que para o profissional de saúde (enfermeiro) é importante ouvir, através das falas dos clientes, palavras de reconhecimento pela assistência prestada durante qualquer procedimento executado. A valorização do cuidado possibilita aos profissionais de enfermagem uma visão do ser no mundo em sua totalidade de vida e singularidade, desempenhando as práticas assistenciais de forma compreensiva e humana. Porém, é importante que se saiba a opinião das clientes a fim de manter a qualidade da assistência (JOSÉ, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo teórico – empírico foi realizado com dados da campanha vacinal contra HPV de 2015 apresentados no SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização) em 2016. Trata-se de uma pesquisa de levantamento, de abordagem quanti – qualitativa de natureza exploratória e descritiva. Segundo Gil (2002), um estudo é considerado exploratório quando o objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, permitindo assim ao investigador aprimorar suas ideias de forma que auxilie na descoberta de elementos e resultados desejados.

A abordagem qualitativa é quando se procura entender um fato específico em profundidade, trabalhando com descrições, comparações e interpretações. Sendo um fenômeno em estudo complexo de natureza social e cultural (ALMEIDA, 2005).

Na pesquisa qualitativa, a delimitação do problema resulta da imersão do pesquisador no contexto que o condiciona, partilhando das experiências e percepções dos sujeitos, tomando por diretriz a questão inicial explicitada, a ser revista, reorientada, a partir do contexto real. O pesquisador é um interpretador da realidade (CHIZZOTTI, 2005).

Por outro lado, a pesquisa quantitativa busca apurar opiniões explícitas e consciente dos entrevistados uma vez que utiliza instrumentos estruturados. Seu objetivo é mensurar e permitir o teste de hipóteses já que os resultados são tangíveis e possuem menor possibilidade de erro (MAZZOTTI, 2001).

Em muitos casos criam-se índices que podem ser comparados ao longo do tempo, permitindo assim, a construção de um histórico da informação ou da situação foco do estudo. O método citado é aceito quando o pesquisador tem a sua disposição uma quantidade razoável de amostras numéricas, das quais o pesquisador poderá se valer para descobrir um padrão (MAZZOTTI, 2001).

O estudo descritivo visa observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Procura então descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características (POLIT; HUNGLER, 1995).

A pesquisa utiliza os métodos descritivos, qualitativo, exploratório e quantitativo, uma vez que, a quantidade e a qualidade dos dados à disposição proporcionam que todos esses métodos sejam satisfatoriamente utilizados

culminando assim em um resultado mais amplo e abrangente. Não perdendo, assim sua profundidade (POLIT; HUNGLER, 1995).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Coordenação de Imunização, departamento vinculado a Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Itaituba.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Este estudo foi realizado com 01(um) enfermeiro responsável pela imunização do município de Itaituba, e através de estudo documental dos relatórios de registro de doses aplicadas de HPV com 20 salas de vacina através das informações do SIPNI (Sistema Nacional do Programa de Imunização) no ano de 2015.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados coletados ocorreram em duas etapas a partir de dados primários: na primeira foi aplicado um instrumento de coleta através de entrevista com o responsável pela Coordenação de Itaituba e na segunda, foi obtida a cobertura do esquema vacinal da vacina HPV no ano de 2015 da cidade de Itaituba-Pará, através do banco de dados do SI-PNI. Conforme perguntas no (APENDICE B).

De acordo com Roesch (1999), dados primários são aqueles colhidos diretamente pelo pesquisador, por diferentes métodos de coleta. No primeiro momento foi feito a aplicação de uma entrevista com questionário semiestruturados (apêndice B) com o profissional enfermeiro responsável pela Coordenação de Imunização do município de Itaituba.

Segundo Minayo (2000), a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, permitindo ao entrevistado, discorrer sobre o tema proposto sem resposta ou condições prefixada pelo o pesquisador.

3.5 ANALISE DE DADOS

Obtidas as informações necessárias na coleta de dados, iniciou-se o processo de análise do material de campo, que com base em Minayo (1992), existem quatro finalidades para esta fase: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e

ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural de que faz parte.

Dessa forma, os dados coletados foram analisados de forma indutiva através de leitura e releitura do material, agrupando as ideias semelhantes, buscando, nos relatos, a compreensão do objeto em estudo. As respostas foram tabuladas e representadas graficamente no formato Excel, em forma de quadro e gráfico e tabela, para melhor interpretação dos dados.

3.6 ANÁLISE DE BENEFÍCIOS

O desenvolvimento do presente estudo oferecerá elevada possibilidade de gerar melhoria nas formas de prevenção do Câncer de Colo de Útero através da vacinação. Trazendo ao conhecimento da categoria o que pode melhorar em seu trabalho através da pesquisa, devendo servir de base para novas pesquisas.

3.7 ANÁLISE DE RISCOS

Com base no Artigo V da Resolução nº 466/96 toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e graduações variados, devendo ser avaliados, além das possibilidades de danos imediatos ou posteriores ao indivíduo ou a coletividade (BRASIL, 2012b).

Portanto, com base no que foi citado, este estudo não apresentou riscos aos participantes, levando em conta que o instrumento de pesquisa foi à entrevista realizada em local fechado, onde apenas o pesquisador e o pesquisado tiveram consciência do que foi relatado.

Os pesquisados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a partir da explanação pela pesquisadora quando aos benefícios e riscos presente na pesquisa (APÊNDICE A).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Foram esclarecidas as condições da pesquisa e diante do exposto ficou claro o objetivo do trabalho, sendo informado para os participantes que as informações, obtidas através das perguntas da entrevista, não trariam nenhum risco ou prejuízo.

Quanto à identidade das participantes, foi mantido total e absoluto sigilo. A participação no estudo não acarretou custos ou gerou qualquer tipo de compensação financeira adicional.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

A Coordenação de Imunização de Itaituba está vinculada ao serviço de Vigilância Epidemiológica parte integrante da Gerência de Vigilância em Saúde.

Sendo assim, serão analisados e discutidos os resultados desta pesquisa, através do questionário aplicado à Coordenação de Imunização do Município de Itaituba, com perguntas abertas e a tabulação de cobertura dos dados da vacinal da vacina HPV, obtidos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), ano de 2015, estão expressas na Tabela 02 a seguir:

Tabela 02– Cobertura vacinal da HPV - D1 e D2 no ano de 2015

POULAÇÃO ANO	D1	D2	DOSES APLICADAS	COBERTURA ANUAL
Total	1413	787	29.669	103,45%

Fonte: SIPNI (2016)

No ano de 2015, foram aplicadas 2.200 doses de HPV nas meninas do município de Itaituba- Pará. Dessas 1.413 receberam a D1, e 787 receberam a D2, num total de 29.669 doses aplicadas no ano de 2015 no município de Itaituba – PA, tendo a vacina HPV alcançado uma cobertura anual de 103,45%.

As vacinas do Programa de Imunização do Município de Itaituba são efetivadas através do 9º Centro Regional de Saúde, e a sua redistribuição às Unidades Básicas de Saúde da Rede Pública e o Sistema é alimentando atualmente pelo Sistema de Informação (SI-PNI) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunobiologicos. Atualmente o Município conta com 20 salas de vacinas, sendo 17 na Zona Urbana e 3 na Zona Rural (SEMSA, 2015).

A seguir, destaca-se a situação das doses aplicadas da vacina HPV, com D1 e D2 por sala de vacina. Quadro 04 e Gráfico 01:

Quadro 04 – Registro de Doses aplicadas da vacina HPV por unidade de saúde no município de Itaituba no ano de 2015

UNIDADES DE SAÚDE	D1	D2	TOTAL
Barreiras	31	34	65
Bela Vista	16	26	42
Bom Remédio	141	85	226
Carlos Furtado	129	129	258
Crepurizão	15	3	18
Crepurizinho	2	4	6
Edsom Botelho	221	67	288
Floresta	142	63	205

Jardim Aeroporto	115	64	179
Jardim Araras	154	86	240
Km 28	20	13	33
Km 30	89	56	145
Liberdade	2	19	21
Maria Madalena	2	7	9
Miritituba	87	54	141
Piracaná	23	30	53
São Tomé	224	47	271
TOTAL	1413	787	2200

Fonte: SIPNI (2016)

O Município de Itaituba tinha 20 salas de vacinas, no entanto, somente 17 salas conforme demonstra o Quadro 04 registraram no SIPNI as doses de HPV realizadas no ano de 2015.

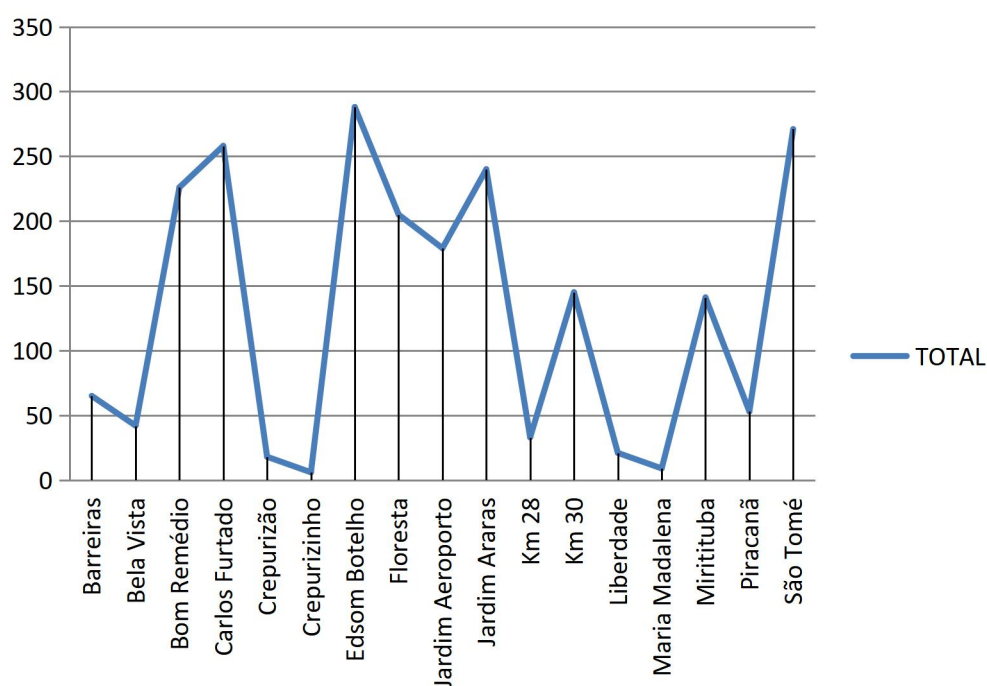


Gráfico 01 – Registro de doses aplicadas da vacina HPV, por unidade de saúde no município de Itaituba no ano de 2015 . Fonte: SIPNI (2016)

No Gráfico 01 é notável o registro nas salas de vacinas: Edson Botelho, com 288 doses aplicadas; Piracaná, com 271 doses aplicadas; Carlos Furtado com 258 doses aplicadas, Jardim das Araras, com 240 doses aplicadas; e as demais salas de vacinas com registros inferiores a este.

Segundo Silveira (2008), referindo-se sobre uma pesquisa, informa que a avaliação das coberturas básicas continua sendo a melhor forma de monitorar o

desempenho e credibilidade das ações de imunização. Considerando que os dados podem ser obtidos pelo próprio Município e por unidade de saúde, através do SI-API, ferramenta importante para a geração de informação que devem subsidiar o planejamento e redirecionamento das ações de imunização.

Foi feito um comparativo entre as primeiras doses (D1) e segunda dose (D2), da vacina HPV, e observa-se uma disparidade considerável entre as duas doses, conforme Gráfico 02:

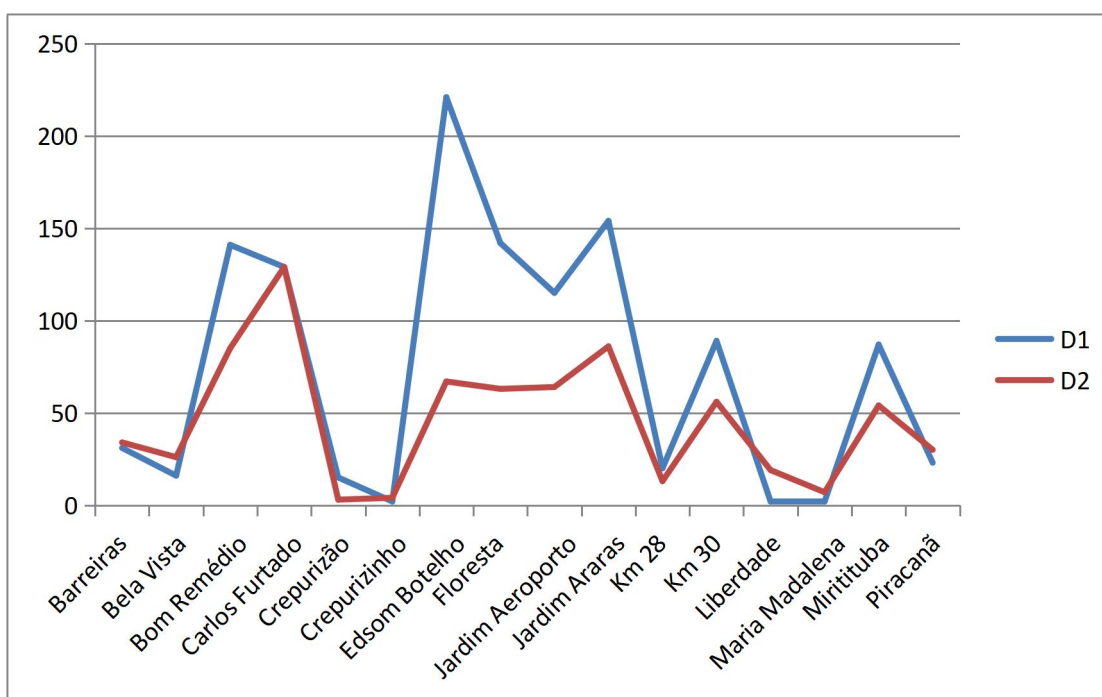


Gráfico 02 – Registro de doses aplicadas da vacina HPV – D1 e D2, por unidade de saúde no Município de Itaituba no ano de 2015. Fonte: SIPNI (2016)

Em relação às doses de vacinas D1 e D2, representadas no Gráfico 02, observa-se que a Unidade de Saúde Edson Botelho é a que mais aplicadas dose de HPV na D1, porém a sala de Vacina do Carlos Furtado é a quem mais aplica na D2, e esta sala é a única que mantém as coberturas D1 e D2 completas. Na sala de vacina do Bela Vista, Crepurizão, Crepurizinho, Liberdade e Maria Madalena, estão com as coberturas mais baixas tanto na D1 e D2, em relação as outras salas.

Segundo a pesquisa de Borsatto *et al.* (2011), a vacina quadrivalente é preparada de maneira estéril para injeção intramuscular de 0,5 ml. Teve inicialmente o esquema: 0; 6 meses e 5 anos (3 doses). Porém, o esquema vacinal padrão segundo o Calendário de Vacinação do Ano de 2016 passou o esquema de três para duas doses (BRASIL, 2014).

A seguir estão demonstrados os registros de doses aplicadas por mês no município de Itaituba, sendo demonstrados no Quadro 05 e no Gráfico 03:

Quadro 05 – Registro de doses aplicadas por mês no município de Itaituba no ano de 2015

Mês	D1 e D2
Janeiro	89
Fevereiro	65
Março	979
Abril	125
Maio	245
Junho	55
Julho	45
Agosto	78
Setembro	63
Outubro	285
Novembro	135
Dezembro	36
Total	2.200

Fonte: SIPNI (2016)

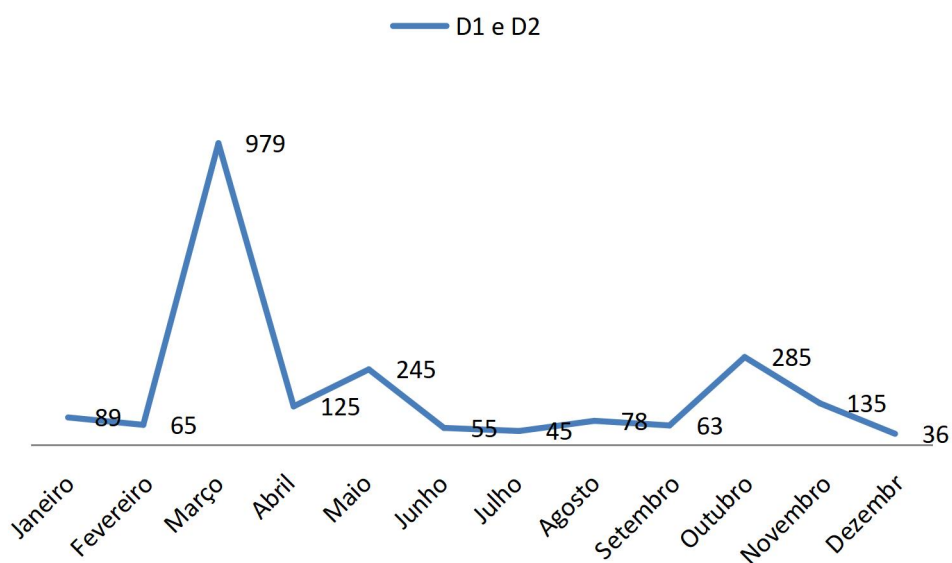


Gráfico 03 – Registro de doses aplicadas por mês no município de Itaituba no ano de 2015.
Fonte: SIPNI

O Quadro 05 apresenta os dados nominalmente por mês e também está representado em forma de gráfico, para uma melhor visualização do mês que mais ocorreu à vacinação das meninas contra o HPV, e observou-se o pico alcançado de doses aplicadas ocorreu no mês de março com 979 de doses aplicadas, e o mês que menos ocorreu a vacinação foi o mês de dezembro.

Diante dos dados apresentados da cobertura vacinal, foi questionado para a coordenação de Imunização em que ano o Município começou a disponibilizar as vacinas HPV no Município de Itaituba e como são distribuídas as vacinas para as salas de vacinas das Unidades Básicas de Saúde.

“As vacinas aqui na cidade são recebidas pelo 9º Centro Regional de Santarém”. Há um cronograma local, onde cada responsável da UBS faz uma solicitação de imunobiológicos uma vez por mês. Essa distribuição do município é garantida tanto as unidades da zona urbana quanto as da zona rural como: Crepurizinho, Crepurizão e Moraes Almeida.

Segundo Yazigi (2007), a primeira vacina contra o HPV foi lançada em 2006, essa medida proporcionou uma nova geração de mulheres a se proteger contra os cânceres do colo do útero, vaginal e vulvar, bem como as verrugas genitais. Em 2009, a Food and Drug Administration (FDA) aprovou nos Estados Unidos a vacina quadrivalente para prevenção de verrugas genitais em meninos e homens, de 9 a 26 anos.

Os registros no Brasil são apontados na pesquisa de Miranda (2015) e o autor diz que de acordo com o Ministério da Saúde, a vacina foi inserida no Calendário Nacional de Vacinação em 2013 com a vacina do tipo quadrivalente. Sua produção é realizada pelo Instituto Butantan através da transferência de tecnologia cedida pelo laboratório Merck Sharp Dohme (MSD).

Para inserção do esquema vacinal no Brasil foram considerados os descontos relacionados ao custo benefício a incidência da doença e mortalidade no país causado pelo HPV, a sobrevivência das pacientes após o diagnóstico de câncer. Foi avaliado ainda o acesso ao diagnóstico e tratamento da doença, o custo da vacina e a idade para início da vacinação.

Assim, também foi indagado para a Coordenação se os profissionais de saúde estão preparados para a efetiva promoção e proteção da saúde das adolescentes, principalmente no que se refere contra o câncer do colo de útero.

“Todo profissional que trabalha com a coordenação Municipal de Imunização, sempre participa de reuniões e treinamentos oferecidos pela 9ª Centro Regional Estadual, e de posse dessas informações o enfermeiro coordenador, se planeja para um treinamento local do seu município com os enfermeiros e técnicos que atuam em sala de vacina, e são passadas as informações recebidas das novas atualizações[...] a prevenção também ocorre não somente pela vacinação mas com outras formas de prevenção, como o exame Papanicolau e uso de preservativos que a Coordenação da atenção básica faz o mesmo procedimento”.

Observa-se pela explanação da Coordenadora de Imunização local, conhecimento do assunto, e além da vacinação, ela aponta outras formas importantes de prevenção contra o vírus HPV.

O Ministério da Saúde fala sobre a importância do profissional está realmente preparado. A infecção pelo HPV (papiloma vírus humano) tem sido considerada atualmente, uma das infecções por via sexual mais frequente em todo o mundo, atacando aproximadamente 30% da população sexualmente ativa. Por isso é necessário o preparo dos profissionais da área de saúde para promover ações de promoção e prevenção das DSTs e identificar precocemente essa população suscetível. BRASIL (2005).

Esse preparo é para os enfermeiros e Médicos, profissionais apontados por Borsatto *et al.* (2011), quando treinados estão aptos a realizar o exame de Papanicolau. O enfermeiro, em especial está engajado em todas as atividades de prevenção do câncer uterino, sendo relevante seu papel quando se enfatiza que o maior número de coletas citológicas, em nível da atenção básica, é realizado por enfermeiros.

Nascimento (2014) corroborando com o autor citado, diz que o enfermeiro deve orientar quanto ao uso adequado do preservativo masculino ou feminino, do início ao fim da relação, podendo proporcionar alguma proteção; manter relações com parceiro fixo ou reduzir o número de parceiros; realizar o exame ginecológico anual para rastreio de DSTs; avaliação do (a) parceiro (a) e sobre a abstinência sexual durante o tratamento, essas são medidas preventivas muito importantes.

Outra forma também de prevenção, é através do uso de preservativos. Esta seria a forma mais eficaz de se evitar o contágio pelo HPV, e até têm diminuído a ocorrência (WEAVER, 2006).

Outro ponto abordado foi saber da coordenadora qual a importância da divulgação de informações sobre a vacina HPV para a população, e ela prontamente discorreu sobre a questão nas palavras que se segue.

“Toda vacina nova no calendário vacinal, é pontualmente discutida em treinamento muito antes de chegar até a sala de vacina. Antes, porém, o próprio Ministério da Saúde se encarrega de fazer as devidas divulgações, por meio da Mídia e entre os gestores que atuam na Rede de Saúde por todo o território nacional [...] Toda vacina gera um medo novo por parte da população é exatamente por isso que as informações precisam ser esclarecidas”

Araújo (2014) corroborando com o citado, diz que atualmente, existe uma necessidade de esclarecer a importância da vacinação contra o vírus HPV. A finalidade é diminuir o número de casos de câncer do colo do útero, mas sem deixar de realizar o exame Papanicolau, uma vez que a vacina não seria eficaz para quem já o contraiu. A vacinação combate a propagação da infecção pelo HPV e suas sequelas, e por isso, a divulgação de informações atualizadas sobre imunização preventiva se torna ultra-necessária.

Nos resultados do estudo de Osis *et al.* (2013) informou sobre a falta de informação: somente 9% dos participantes da pesquisa conheciam as vacinas contra o HPV. Dos 538 entrevistados sete pessoas afirmaram que a decisão de vacinar os filhos cabe a eles próprios. Duas pessoas alegaram que não se vacinariam por essa estratégia ainda ser nova.

O autor ainda reforça que esses resultados demonstram que o número de pessoas com conhecimento sobre a vacina é muito abaixo do ideal, faltando medidas educativas para garantir informação adequada sobre o vírus e sobre a técnica de prevenção. A informação deve estar sempre de modo acessível às diferentes classes sociais.

Com as sequencia de questionamentos, foi perguntado sobre quais as dificuldades enfrentadas pela eficiência da cobertura da vacina, para a não aceitação de vacinar, por parte da população.

“exatamente a falta de informação dos benefícios da vacina faz com que os responsáveis das adolescentes não dão o devido valor [...] enfrentamos muitas outras barreiras como: dificuldades logísticas entre a residência da população e da Unidade Básica de Saúde; a própria falta de vacina deve ser pautada também. Pois há atraso no repasse das vacinas aos municípios, e as vezes há a procura e a falta deixa a população inativa nessa cobertura; A busca ativa do profissional deve ser mais zelosa, principalmente quando é feita a primeira dos [...], então vale ressaltar empenho maior para quem atua na responsabilidade das salas de vacinas”.

Como mencionado por autores anteriores, a falta de informação também é destacada na fala da Coordenadora como uma barreira, pois sem o devido esclarecimento a população fica sem confiar na eficácia da vacina, outros fatores

foram ainda citados, que são claramente corroborados pelos autores nos parágrafos que se seguem.

Rey (1996), afirma que existem as barreiras institucionais, com problemas de vacinas não disponíveis diariamente, horários de funcionamento da imunização diferentes dos horários de atendimento, longa espera (filas), controle do número de crianças. Problemas logísticos, como depósitos de vacinas insuficientes; vacinas que não são administradas todas juntas.

Já Molina *et al.* (2005), cita a falta de conhecimento dos pais ou responsáveis quanto ao calendário vacinal, o medo das reações e contra indicações das vacinas, a insegurança da vacina, a oposição geral a qualquer vacina, a falta de motivação em vacinar, fatores relacionados à estrutura dos serviços de saúde: atraso no agendamento das consultas; falta de consultas noturnas ou nos finais de semana; filas e tempo de espera; a falta de pessoal, equipamentos, insumos e vacinas; a incorreta contra indicação da vacina na presença de doenças.

Vale mencionar nesse estudo que, há uma barreira para os homens, palavras estas ressaltadas por Santos *et al.* (2009), dizendo que os homens têm menos probabilidade que as mulheres de procurar tratamento dos sintomas referentes às infecções seja por medo, vergonha ou carência de informação. Por isso segundo a autora, é que os profissionais de saúde são desafiados a reconhecer, avaliar, encaminhar, colaborar, tratar e apoiar os homens que demonstram relatos ou alterações evidentes em seu aparelho genital.

Foi perguntando também, o porquê da vacina ser ofertado só para as meninas.

“A vacina HPV são para ambos os sexos, porém até o presente momento o SUS só oferece para as meninas, pois é o sexo feminino que desenvolve os sintomas. Vale lembrar que as clínicas particulares vendem a vacina [...] O Sistema Único de Saúde, começou a vacinar as adolescentes, numa forma de tentar proteger as futuras mulheres contra o HPV. Mas segundo o Ministério de Saúde, está previsto para o ano de 2017 a vacina ser ampliada para os homens. Mas até o presente momento não recebemos a informação por escrito”.

Brasil (2006) afirma que o HPV é um tipo de infecção que no homem pode manifestar-se de forma diferente que na mulher. Isso porque apesar do homem poder estar infectado com o vírus ele pode não apresentar nenhuma verruga/condiloma genital nas partes íntimas, mesmo assim ele já pode contaminar suas parceiras sexuais durante o contato íntimo sem preservativo.

Em consonância com o exposto, Santos (2010) apud Barbaceno (2014), ainda diz que um simples traumatismo associado ao coito pode causar rupturas na pele da

vulva, permitindo contato direto entre as partículas virais de um homem infectado e a camada da epiderme de sua parceira sexual suscetível. A infecção pode ser latente ou causar a replicação das partículas virais, produzindo uma verruga.

Já Derchan e Sarian (2008) falam em seu estudo que apesar da comprovação de imunidade e segurança da vacina em meninos entre 9 e 15 anos, ainda faltam dados a respeito da sua recomendação em homens de todas as idades e por isso a vacina não é indicada para o sexo masculino. Considerando que a mulher em grande maioria das vezes é contaminada por homens com lesões penianas causadas pelo HPV, a vacinação para eles poderia reduzir os casos de doenças sexualmente transmissíveis.

Vale ressaltar que, muitos homens não têm atendimento que os capacite a lidar com essas infecções, eles não têm como ser orientados quanto à recorrência, devido à falta de uma política pública de orientação (BRASIL, 2002).

Embora a vacina seja preconizada para adolescente, foi indagado sobre a eventual gravidez nesse período, se é recomendável a vacina HPV.

“a vacina HPV não deve ser administrada em caso de gravidez, uma vez iniciado o esquema deverá a mesma ser adiada”.

Essa afirmativa é descrita na pesquisa de Miranda (2015), afirmando sobre os dos benefícios à saúde com essa vacina HPV, no entanto, esta não é indicada para as mulheres grávidas. A Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia adverte que mulheres grávidas não devem receber a vacina até que estudos mais complexos comprovem sua segurança, sendo que o esquema de vacinação deve ser interrompido em casos de gravidez durante o processo.

Foi questionado para a Coordenadora de Imunização, para ela descrever a importância do Enfermeiro contra o câncer do colo do útero.

[...] o enfermeiro é um sujeito muito importante no que se refere a transmitir informações necessária para a população com relação a prevenção do colo do útero. O papel do enfermeiro é como o de um amigo, que dispõe do seu tempo, seja para dirimir dúvidas com relação a vacina, exame ou sexo seguro. [...] mesmo diante de todos os programas da atenção básica, ainda é da enfermagem a responsabilidade de gerenciar o processo do cuidar, seja na parte primária ou secundária e terciária da atenção básica.

A enfermagem segundo, a coordenadora de imunização é de fundamental importância na prevenção contra o câncer do colo do útero, tendo o papel principal de gerenciar esse processo na atenção primária.

Essa afirmativa está ancorada por Teixeira (2006), o mesmo diz que o profissional Enfermeiro deve atuar de acordo com os princípios básicos para o controle das DSTs, orientando a população quanto à interrupção da cadeia de transmissão e na prevenção novas ocorrências.

Utilizando estratégias para o controle que englobam a prevenção (estratégia básica); detecção dos casos; tratamento imediato e manejo adequado de casos, através da triagem, da educação em saúde, consulta de enfermagem, aconselhamento e comunicação aos parceiros sexuais. Com isso conseguiremos conscientizar a população sobre as DSTs e suas complicações.

Ainda segundo Barbaceno (2014), o enfermeiro deve orientar o paciente quanto à educação sexual, sendo estimulado a falar com seu (a) parceiro (a) sobre HPV, encorajando-o quanto ao tratamento de lesões visíveis. O paciente deve estar consciente que mesmo após o desaparecimento das lesões ele ainda é transmissor do vírus para outros parceiros (as). Portanto é importante manter abstinência e o uso do preservativo.

E Geniole (2011) ainda contribui afirmando que o enfermeiro, com base no histórico de enfermagem e em outros dados detecte os principais diagnósticos de enfermagem, realize o planejamento e a implementação das ações e as prescrições de enfermagem necessárias, aliviando a dor e o desconforto, reduzindo a ansiedade, evitando a reinfecção ou a disseminação da infecção e promova a educação e a manutenção da saúde do paciente.

E por fim, foi perguntando para a Coordenadora de Imunização, para ela descrever o vírus HPV e suas particularidades.

“O HPV é um vírus que se transmite no contato pele com pele, por isso pode ser considerado uma doença sexualmente transmissível”. No primeiro contato sexual em cada 10 meninas chega a entrar em contato com o vírus. Conforme o tempo passa, entre 80 e 90% da população já entrou em contato com o vírus alguma vez na vida, mesmo que não tenha desenvolvido lesão. Mas é importante lembrar que mais de 90% das pessoas conseguem eliminar o vírus do organismo naturalmente, sem ter manifestações clínicas.

A explanação da coordenadora está bastante fundamentada dentro da literatura existente, conforme afirma autores a seguir:

Assim segundo afirma Who (2007), existem mais de 150 tipos de HPV, que são classificados em alto, intermediário e baixo risco para o câncer cervical. Apenas 40 tipos podem afetar a mucosa anogenital (vagina, vulva, colo do útero, pênis, região perianal e anal) por apresentar tropismo por esta região, destes 15 possuem potencial para desenvolver o câncer (oncogênico).

Os sorotipos 16 e 18 são de alto risco e responsáveis por 70% de todos os cânceres cervicais, entre os de baixo risco, os tipos 6 e 11 são os que mais se relacionam com os condilomas genitais (WHO, 2007).

Com relação ao diagnóstico, segundo BRASIL (2002), pode ser feito através da observação das verrugas que o HPV provoca na região íntima. Entretanto as verrugas podem ser tão pequenas que são imperceptíveis a olho nu, e por isso o urologista poderá aplicar uma solução e olhar minuciosamente toda a área com auxílio de um colposcópio.

Brasil (2006) relata sobre os fatores que podem influenciar a escolha do tratamento que são: o tamanho, o número e o local da lesão, além de sua morfologia e preferência do paciente, custos, disponibilidade de recursos, conveniência, efeitos adversos e a experiência do profissional de saúde.

Em geral, verrugas localizadas em superfícies úmidas e/ou nas áreas intertriginosas respondem melhor a terapêutica tópica (ATA - ácido tricloroacético, podofilina) que as verrugas em superfícies secas. Deve-se mudar de opção terapêutica quando um paciente não melhorar substancialmente depois de três aplicações ou se as verrugas não desaparecerem após seis sessões (BRASIL, 2006).

A infecção pelo HPV (papiloma vírus humano) tem sido avaliada atualmente, como uma das infecções por via sexual mais frequente em todo o mundo, acometendo aproximadamente 30% da população sexualmente ativa. Por isso é necessário o preparo dos profissionais da área de saúde para promover ações de promoção e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e identificar precocemente essa população suscetível (BRASIL 2005).

5 CONCLUSÃO

Existem cerca de 150 tipos de HPV, que são classificados para o desenvolvimento do câncer cervical. Porém destes 15 possuem potencial para desenvolver o câncer do colo do útero. Ao final dessa pesquisa, observa-se que a vacina contra o HPV é mais um meio para a prevenção do câncer do colo de útero, visto que apenas o exame Papanicolau não consegue diminuir as estatísticas dessa incidência de morbimortalidade, portanto a vacinação é uma forma de prevenção e tem como objetivo a erradicação da infecção do HPV que é o maior causador por do câncer de útero.

O presente estudo mostrou que no ano de 2015, foram aplicadas 2.200 doses de HPV nas meninas do município de Itaituba, Pará, dessas 1.413 receberam a D1, e 787 receberam a D2, num total de 29.669 doses aplicadas ao ano, perfazendo uma cobertura anual de 103,45%. O Município de Itaituba possui 20 salas de vacinas, no entanto, somente 17 salas registraram doses aplicadas conforme relatório do SI-PNI.

Conclui-se através do estudo realizado que o enfermeiro desempenha papel crucial na prevenção do câncer do colo do útero, atuando em várias frentes para promover a saúde e o bem-estar das mulheres, onde suas responsabilidades incluem educação e conscientização da população, incentivo à administração da vacina, aconselhamento ao rastreamento através da realização do exame papanicolau, a fim de reduzir barreiras que dificultem o acesso a saúde

Portanto é necessário o preparo dos profissionais enfermeiros para promover ações de promoção e prevenção contra o HPV e identificar precocemente essa população suscetível, buscando soluções para as dificuldades enfrentadas pela população com relação aos riscos de contágio e para a efetividade da vacinação, a fim de garantir a plenitude do cumprimento da cobertura vacinal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. A. **Imunidade mediada por células. Imunobiologia: o sistema imune na saúde e na doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, 767p.

ALMEIDA, F. J. C. P. **Linguística Aplicada: Ensino de Línguas e Comunicação**, Campinas: SP, 2005.

ARAÚJO, E. N.; BARBOSA, A. C.; SILVA, A. L. F.; CAMPOS-JÚNIOR, A. P. Prevenção do câncer do colo do útero na visão do enfermeiro da Unidade Básica de Saúde (UBS). Interdisciplinar: **Revista Eletrônica UNIVAR**, Vale do Araguaia, v. 1, n. 11, p. 170 - 175, 2014.

BORSATTO, M. D.; CHICO A. S. **Vacina contra o HPV e a prevenção do câncer do colo do útero: subsídios para a prática**. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Estado da Saúde (FOSP). **Coleta do Papanicolau e ensino do auto exame da mama manual de procedimentos técnicos e administrativos**. 2ª ed. São Paulo: Imprensa Oficial, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Programa Nacional de imunização**. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica de Eventos Adversos Pós- vacinação**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. **Manual de procedimentos para vacinação**. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Salvador: DIVEP, 2009.

BRASIL. **Manual de procedimentos para vacinação**. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Salvador: DIVEP, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde e defesa Civil **Superintendência de Vigilância em Saúde. Coordenação do Programa de imunização**. Guia Prático de

normas e procedimentos de Vacinação. Edição revista série B. Normas e Manuais Técnicos. Rio de Janeiro: SMSDC, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico**, Brasília: MS, v. 16, n. 1, p. 43-49, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância Epidemiológica. Eventos Adversos Pós-Vacinação**. Brasília: MS, 2014b.

BREGUETO, J.;SUSUKI, P.Relação entre a Atividade Proliferativa do Epitélio e a Resposta Angiogênica Estromal em Neoplasias Intra-Epiteliais do Colo Uterino. **Revista. brasileira. Ginecologia e obstetrícia**. ,v.22, n.6 , p. 35-44 , 2008.

BURD, M. E. Human Papilloma vírus and Cervical Cancer.**Clin. Micribiol**, v. 3, n. 2, p. 1 - 17, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7. ed., São Paulo, 2005.

DERCHAIN, S. F. M.; SARIAN, L. O. Z. Vacinas profiláticas para o HPV. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, v. 29, n. 6, p. 281-284, 2007.

FEDREZZI, M. T. C. F. As defesas do trato genital inferior feminino contra os micro-organismos patogênicos. **Revista Femina**. Brasília, v. 33, n. 7, p. 497 - 506, 2008.

GENIOLE, L. A. I.; KODJAOGLANIO, V. L; VIEIRA, L. C A; LACERDA ,V. R. R; **Saúde bucal por ciclos de vida**. UFMS. Campo Grande: FIOCRUZ Unidade Cerrado Pantanal, 2011. 191 p.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

INCA. **Instituto nacional do câncer**, São Paulo: INCA, 2012.

INCTHPV, M .A. Immune cellular response to HPV: current concepts. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 1 - 9, 2013.

JOSE, J. R. Oral contraceptives as riskfactors for cervixcaradeno carcinoma asandquamouscellcarcinomas. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, v. 8, n., p. 1079 - 85, 2009.

LIMA, C. R. V.; BISPO, B. K. S.; ARAUJO, E. A. N.; MONTEIRO, L. M.; LOW, S. T. Dificuldades relatadas pelos pais: responsáveis para o cumprimento da imunização básica das crianças de uma creche. **Revista enfermagem UFPE online**. p. 2404 - 10, oct., 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 2000.

MIRANDA, C. **HPV: Infecções causas pelo vírus do HPV e cuidados necessários**. 2015.

MISTURA, C.; MISTURA, C.; SILVA, R. C. C.; SALES, J. R. P.; MELO, M. C. P.; SARMENTO, S. S. Papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino, na estratégia de saúde da família. **Rev. contexto e saúde**. Ijuí, v. 11, n. 20, p. 1161 – 1164, Jan.– Jun., 2011.

NAKAGAWA, J. T. T; SCHIRMER, J.; BARBIERI, M. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 307 - 311, 2010.

NASCIMENTO, A. F. Câncer cérvico - uterino: ameaça (in) evitável? **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.14, p.123 - 9, 2014.

NASCIMENTO, L. C; NERY, I. S; SILVA, A. O. Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2014.

NOGUEIRA X. P. Human papillomavirus molecular biology and pathogenesis. **J. Eur Acad Dermatol Venereol**. v. 8, n. 3, p. 255 - 265, 2002.

NUNHOSZET, S. V.; SANCLEMENTE, G. B. Human papillomavirus molecular biology and pathogenesis. **J. Eur Acad Dermatol Venereol**. v. 8, n. 3, p. 255 - 265, 2012.

OSESET, E. A. G.; PARELLADA, C. I. **Entendendo melhor a infecção pelo Papilomavírus Humano**. Manual Schering, 2013.

PASSOS, J. A.; MERLIN, J. C.; MENEZES, M. E. Prevalência de HPV de baixo e alto risco pela técnica de biologia molecular (Captura Híbrida II®). **Revista brasileira de Análises Clínicas**, v. 39, n. 4, p. 265 - 268, 2008.

PAULO, A.; WANG, S. S. Host and viral genetics and risk of cervical cancer: a review. **Virus Res.** v. 89, n., p. 229 - 40, 2010.

PEREIRA, D. B.; BARBOSA, P. H. **Index of Viruses. Family Papillomaviridae, Genus Human Papillomavirus.**

Disponível em <www.ncbi.nlm.nih.gov/ICTVdb/Ictv/fs> Acessado em 20/04/2017.

PINTO, A. P. Co-fatores do HPV na Oncogênese Cervical. **Revista da associação de Medicina Brasileira**. v. 48, n. 1, p. 29 - 38, 2001.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTO, G.; PONTOS, B. **Infecção pelo Papiloma Virus**. Colposcopia e patologia do trato genital inferior. Trad. Maria Inês M. Fabricio e RACHELE, M. Santoro. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2003, cap. 9, p. 133 - 188 (original italiano).

PRIMO, C. C; BOM, M.; SILVA, P. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no Programa Saúde da Família. **Revista de Enfermagem**, UERJ, v. 16, n. 1, p. 76 - 82, 2008.

QUEIROZ, A. A.; FRANÇA JÚNIOR, I.; SCHRAIBER, L. B. et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolau no Município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 303 - 13, 2005.

RABACHINI P. E, Sichereno. Beyond human papillomavírus: the cervix, exogenous secondary factors, and the development of cervical pre cancer and a câncer. **Journal of Lower Genital Tract Disease**. v. 8, n. 3, p. 224 - 230, 2012.

RAMA, C. H.; ROTELI-MARTINS, C.; DERCHAIN, S. et al. Prevalência do HPV em mulheres rastreadas para o câncer cervical. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 123-130, 2014.

RAMOS, A. P. Co-fatores do HPV na Oncogênese Cervical. **Revista da associação de medicina brasileira**. v. 48, n. 1, p. 29 - 38, 2008.

REY, L. Oportunidades Perdidas de Vacinação em um Hospital Infantil de Fortaleza. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1, p. 9 - 13, jan. – fev., 1996.

RIBEIRO, J. J. **Consenso Brasileiro de HPV, 2000**. 1ª ed. São Paulo: BG Cultural, 2008.

RODRIGUES, T.S.O; COSTA, D.R.A.; RAMOS, A.S.M.B.; FERRO, T.A.F. **Situação vacinal de crianças menores de dois anos atendidas em um centro de saúde do município de Raposa**. Maranhão, 2014.

ROESCH, S. M. A. **Projeto de estágio e pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTANA F. L. Núcleo de Coordenação Nacional. Programa Nacional de Combate ao Câncer. **Diretrizes básicas para a organização do programa**. p. 1 - 5, 2008.

SANTOS, L. B.; BARRETO, C. C. M.; SILVA, F. L. S.; SILVA, K. C. K. Percepção das mães quanto a importância da imunização infantil. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 621, jul. – set., 2010.

SCHATZMARYR, U. **As doenças e possíveis diagnósticos a partir do vírus HPV**, 2003.

SCHWARZ, A. C. **Comparação do desempenho do esfregaço citológico Serviço vaginal convencional com esfregaço colhido em meio líquido em mulheres com alto risco para neoplasia do colo uterino**. Ana Cláudia Guedes. Campinas, 2009.

SEMSA, Secretária Municipal de Saúde. **História da SemsA (PA): SEMSA**, Itaituba 2015.

SILVA, E. F.; ANDRADE, D. R. S.; LOURENZINI, E. Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. **Cogitare Enfermagem**. jan. – mar., 2009.

SILVA, M. de. A. S. S.; COLLET, N. SILVA, K. de. L.; MOURA, F. M. de. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 359 – 65, 2012.

SILVA, M. S; SILVA, M. R. da; ALVES, M. de F. P. **Sexualidade e adolescência: é preciso vencer os tabus**. In: Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2.-12 a 15 de setembro de 2012, Belo Horizonte, 2012.

SILVA, M. Y. Epidemiologic and mucosal immunologic aspects of HPV infection and HPV-related cervical neoplasia in the lower female genital tract: a review. **International Journal of Gynecological Cancer**. v. 11, n. 9, p. 194, 2009.

SILVEIRA, F. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. **Caderno de saúde pública**, v. 17, n. 6, p. 19 - 25, 2008.

SIMÕES, C. B. **Vacinas contra o HPV: Uma visão crítica**. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 15, n. 2, p. 92 - 95, 2010.

SOLOMON, R. D.; NAYAR, A. C. Human papillomavirus vaccine: history, immunology, current status, and future prospects. **Obstetrics & Gynecology Clinics**. v. 48, n. 1, p. 226 - 240, 2005.

SOUZA, A. S.; LOPES, F. S. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997- 1998. **Caderno de Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 19 - 25, 2011.

TEIXEIRA D. et al O significado do Diagnóstico e Tratamento do Papiloma Vírus Humano (HPV) para o portador masculino. **Enfermeira Integral**, 2006.

Weaver, B. A. .Epidemiology and natural history of genital human papillomavirus infection. **J Am Osteopath Assoc**. v. 106, n. 3, p. 2 – 8, 2006.

WHO. Working Group on vaccine pharmaco vigilance: definition and application of terms for vaccine pharmaco vigilance. 2007.

YAZIGI R, I.; RODRIGUES, T. A. Vacuna contra el vírus Del papiloma humano (VPH). **Revista Médica Clínica las Condes**. v. 18, n. 4, p. 400 - 406, 2007.

ZARDO, G. E.; BARRASCO, R. **Infecção por Papilomavírus Humano: Atlas clínico de HPV**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 2013.

APÊNDICE A



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO BACHARELADO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo denominado de pesquisa sob o título: O papel do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: ênfase na vacina HPV, com o objetivo descrever o papel do enfermeiro na atenção básica contra a prevenção do colo do útero, com ênfase na vacina HPV, descrevendo as particularidades do vírus papilomavírus humano, sua forma de transmissão e abordando também as outras formas de prevenção do HPV, e cobertura vacinal contra o HPV no Município de Itaituba no ano de 2015..

A sua participação nesse estudo consiste em responder perguntas através de uma entrevista estruturada contendo perguntas do tipo aberto-fechadas. Não foram identificados riscos ou desconfortos decorrentes de sua participação neste estudo.

No caso de quaisquer dúvidas ou questionamentos você poderá contatar a pesquisadora principal desta pesquisa, Werika da Silva Sousa (93) 991420930 ou pelo wer.sousa@gmail.com, assim como sua orientadora, Bruna Santana de Souza Soares

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo. Será garantida a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins de pesquisa sobre a temática e serão publicados ou apresentados em eventos científicos, sendo que você poderá ser informado sobre os resultados da pesquisa se assim o desejar.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei contatar a qualquer momento o pesquisador Werika da Silva Sousa (93) 991420930 ou pelo wer.sousa@gmail.com, assim como sua orientadora, Bruna Santana de Souza Soares, pelo telefone (93) 99141-9669 ou pelo lielbruna@gmail.com.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, _____ de _____ de 20____.

Participante

Pesquisador (a)

APÊNDICE B



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO BACHARELADO DE ENFERMAGEM

Roteiro da Entrevista e Coleta de Dados

Nome: _____ Escolaridade: _____
Idade: _____ Tempo de atuação na profissão _____

- 1) Informe a cobertura do ano de 2015 da vacina HPV e a quantidade de doses aplicadas no D1 e D2.
- 2) No quadro abaixo, descreva a situação das doses aplicadas da vacina HPV, com D1 e D2 por cada sala de vacina nas unidades de saúde do município de Itaituba.

BAIRRO	D1	D2	TOTAL
Barreiras			
Bela Vista			
Bom Remédio			
Carlos Furtado			
Crepurizão			
Crepurizinho			
Edsom Botelho			
Floresta			
Jardim Aeroporto			
Jardim Araras			
Km 28			
Km 30			
Liberdade			
Maria Madalena			
Miritituba			
Piracaná			
São Tomé			
TOTAL			

- 3) Registre no quadro abaixo os registros de doses aplicadas por mês no município de Itaituba.

Mês	D1 e D2
Janeiro	
Fevereiro	
Março	
Abril	
Maio	
Junho	
Julho	
Agosto	
Setembro	
Outubro	
Novembro	
Dezembro	
Total	

- 1) Quando o Município começou a disponibilizar as vacinas HPV e como são distribuídas as vacinas para as salas de vacinas das Unidades Básicas de saúde.
- 2) Se os profissionais de saúde estão preparados para a efetiva promoção e proteção da saúde das adolescentes, principalmente no que se refere contra o câncer do colo de útero?
- 3) Qual a importância da divulgação de informações sobre a vacina HPV?
- 4) Quais as dificuldades enfrentadas pela eficiência da cobertura da vacina, para a não aceitação de vacinar, por parte da população?
- 5) Por que a vacina ser ofertado só para as meninas?
- 6) Embora a vacina seja preconizada para adolescente, numa eventual gravidez nesse período, é recomendável a vacina HPV?
- 7) Qual a importância do Enfermeiro contra o câncer do colo do útero?
- 8) Descreva sobre o vírus HPV e suas particularidades