



II Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Vírus do Papiloma Humano

Intervir para Prevenir

Dina Maria Agostinho Duarte Pinto

2012





II Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Vírus do Papiloma Humano

Intervir para Prevenir

Dina Maria Agostinho Duarte Pinto

Relatório de estágio orientado por:

Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas

Enfermeira Carla Silva Mendes

2012

A decorative graphic element in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved lines in shades of green, resembling a stylized leaf or a wave.

*Cada um que passa em nossa vida,
passa sozinho, pois cada pessoa é única
e nenhuma substitui outra.
Cada um que passa em nossa vida,
passa sozinho, mas não vai só
nem nos deixa sós.
Leva um pouco de nós mesmos,
deixa um pouco de si mesmo.
Há os que levam muito,
mas há os que não levam nada.
Essa é a maior responsabilidade de nossa vida,
e a prova de que duas almas
não se encontram ao acaso.*

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

“Porque cada um que passa em nossa vida... deixa um pouco de si mesmo...”

Este longo percurso pessoal e académico, só foi possível graças aos contributos de prodigiosas pessoas, que vão dando forma àquilo que somos, enquanto Pessoa e Enfermeira, sendo este agradecimento apenas uma forma sincera de lhes retribuir pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional que me proporcionaram:

À minha orientadora, Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, a quem ficarei profundamente agradecida por todo o apoio, colaboração, disponibilidade e sabedoria prestados ao longo do trabalho, sem a qual a sua realização não teria sido possível.

À minha orientadora, enfermeira Carla Silva Mendes, pelo seu apoio, colaboração e permanente disponibilidade ao longo desta caminhada.

A todos os professores do Mestrado agradeço os conhecimentos partilhados.

Ana, Elsa e Sandra companheiras nesta jornada... na partilha de ideias, preocupações, alegrias e receios... um agradecimento muito especial pela força e Amizade, essencial para a concretização deste projeto e que sei que permanecerá para o resto das nossas vidas. Obrigada!

À UCSP, em especial à equipa de enfermagem pelo apoio, amizade e incentivo dado ao longo de todo o caminho nem sempre fácil de percorrer.

À minha família, principalmente à minha mãe e ao meu marido, por todo o apoio, incentivo e ajuda que me deram, particularmente nos momentos mais difíceis, pela paciência e afeto que demonstraram e por sempre acreditarem que este projeto seria possível. Em especial ao Francisco e Gonçalo, por todas as horas que não passei convosco e que eram vossas por direito. Sem vocês, os vossos sorrisos e as vossas infintas interrupções ao longo do trabalho, seria mais difícil chegar ao fim...

A todas as adolescentes, sem a vossa participação e colaboração não teria sido possível concretizar este projeto.

RESUMO

O cancro do colo do útero é o segundo cancro a nível mundial mais comum em mulheres, estando comprovada para a sua ocorrência a necessidade de infeção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV). O aparecimento de uma vacina contra este vírus requer a criação de estratégias de vacinação eficazes, de modo a potencializar o impacto da sua utilização.

O projeto de intervenção comunitária realizado no ACES Lisboa Oriental, com 37 adolescentes, teve como objetivo geral reduzir o número de jovens, nascidas entre 1993 e 1994 inscritas na UCSP Penha de França, que não aderiram à vacina do HPV. Como metodologia, seguiu-se o Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares (1990) e Imperatori e Giraldes (1993), e como referencial teórico norteador, a Teoria de Dorothea Orem (1995). No diagnóstico de situação, recorreu-se à aplicação de um questionário para a colheita de dados, designado “conhecimentos dos estudantes: HPV e cancro do colo do útero” (RAMADA e MEDEIROS, 2010). Certificou-se através da Grelha de Análise, que se trata de uma população com vários *deficits* de conhecimentos, relacionados com o HPV e com o cancro do colo do útero.

Toda a intervenção ocorreu ao nível da prevenção primária, tendo-se definido como estratégia a educação para a saúde, através de ações de educação individual, facultando informação e conhecimentos, com o objetivo de ajudar as adolescentes no seu caminho rumo à autonomia relativamente ao autocuidado relacionado com o HPV.

Os resultados obtidos no decurso das atividades executadas tiveram grande impacto, expressos através dos indicadores de processo deste trabalho, em que a capacidade das adolescentes para manterem comportamentos de autocuidado, reflete o investimento na educação para a saúde e na formação de enfermeiros, conduzindo a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, traduzindo-se certamente, em ganhos de saúde para a comunidade.

Palavras-Chave: Vírus do Papiloma Humano; Vacinação; Cancro do colo do útero; Planeamento em Saúde; Autocuidado.

ABSTRACT

The cervix cancer is the second globally, more common in women, being proven for its occurrence the need for infection Human Papillomavirus (HPV).

The development of a vaccine against this virus requires the creation of effective vaccination strategies in order to maximize the impact of their use.

The project of community intervention carried out in the ACES Lisboa Oriental, with 37 adolescents, had an objective to reduce the number of young people born between 1993 and 1994 included in UCSP Penha de França, which didn't adhere the HPV vaccine.

The methodology was followed the Health Planning, according to Tavares (1990); Imperatori and Giraldes (1993), and as a guiding theoretical referential, the Theory Dorothea Orem (1995). In the diagnosis of the situation, we resorted to a questionnaire for collecting data, referred to as "knowledge of students: HPV and Cervical Cancer" (RAMADA and MEDEIROS, 2010).

Ensured through the analysis grid, which is a population with several deficits knowledge related to HPV and cervical cancer.

All interventions occurred at the level of primary prevention, and is defined as a strategy for health education, through actions of individual education, providing information and knowledge, with the aim of helping teenagers on their way to independence for the self care-related HPV.

The results obtained in the course of activities performed had great impact, expressed through the process indicators in this work, in which the ability of adolescents to maintain self-care behaviors, reflects investment in health education and training of nurses, leading to a improve the quality of care is certainly translate into health gains for the community.

Keywords: Human Papillomavirus; Vaccination; Cervix Cancer; Health Planning; Self-care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1– FOCO DE INTERVENÇÃO	14
1.1- Justificação da temática	15
1.2 - O cancro do colo do útero	16
1.3– A epidemiologia do HPV	17
1.4 - A Prevenção Primária no HPV	19
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	25
3 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	28
3.1- Diagnóstico de situação de saúde	28
3.1.1 - Questões éticas	29
3.1.2 - Contextualização do local de estágio	31
3.1.3 - Caracterização da população-alvo.....	31
3.1.4 - Instrumento de colheita de dados.....	32
3.1.5 - Análise de dados e principais resultados	33
3.1.6 - Seleção dos problemas.....	39
3.2 - Definição de prioridades.....	39
3.3 - Fixação de objetivos	41
3.4 - Seleção de estratégias	42
3.5 - Preparação operacional-programação	45
3.6 – Avaliação.....	49
4 - LIMITAÇÕES DO PROJETO	51
5 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	52
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
7- BIBLIOGRAFIA	56
ANEXOS	68
ANEXO I – Incidência do cancro do colo do útero a nível mundial.....	69
ANEXO II – Mortalidade pelo cancro do colo do útero a nível mundial.....	71
ANEXO III – Incidência/Mortalidade pelo cancro do colo do útero na Europa	73

ANEXO IV – Taxas de mortalidade e incidência em 2002 na Europa	75
ANEXO V – Questionário	77
ANEXO VI – Taxa de cobertura vacinal para a I dose vacina Gardasil®	83
ANEXO VII – Taxa de cobertura vacinal para a II dose vacina Gardasil®	85
APÊNDICES	87
APÊNDICE I - Cronogramas de atividades (previsto e reformulado)	88
APÊNDICE II – Autorização para utilização do questionário	91
APÊNDICE III – Autorização para aplicação do questionário na UCSP	93
APÊNDICE IV – Estrutura das dimensões do questionário	95
APÊNDICE V – Declaração de consentimento informado do questionário	97
APÊNDICE VI – Análise de dados do questionário	99
APÊNDICE VII - Descrição das estratégias e atividades por objetivos específico	104
APÊNDICE VIII – Plano operacional	106
APÊNDICE IX – Plano de ação da EpS individual	110
APÊNDICE X - Folheto informativo do HPV	112
APÊNDICE XI – Folheto informativo HPV – Mandarin	115
APÊNDICE XII – Cartão de registos da vacina	118
APÊNDICE XIII – Cartaz informativo - adolescentes.....	120
APÊNDICE XIV - Cartaz informativo - população.....	122
APÊNDICE XV – Divulgação da formação em serviço.....	124
APÊNDICE XVI – Plano de ação da formação em serviço.....	126
APÊNDICE XVII – Diapositivos da formação em serviço	128
APÊNDICE XVIII – Questionário de avaliação da formação em serviço	136
APÊNDICE XIX – Avaliação da ação de EpS individual.....	138
APÊNDICE XX – Avaliação da administração da vacina Gardasil®.....	140
APÊNDICE XXI – Avaliação da formação em serviço.....	142

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1 – Distribuição dos utentes de acordo com o género/grupo etário.....	31
--	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a idade.....	33
Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos que ouviram falar de HPV.....	33
Tabela 3 – Qual o agente responsável pela DST mais comum.....	33
Tabela 4 – Modos de transmissão do HPV.....	34
Tabela 5 – Medidas de prevenção do HPV.....	34
Tabela 6 – Incidência do cancro do colo do útero em Portugal.....	35
Tabela 7 – Nº de mulheres que morre anualmente em Portugal vítimas do CCU.....	35
Tabela 8 – Fatores de risco para o desenvolvimento de CCU.....	36
Tabela 9 – Relação entre HPV/ CCU	36
Tabela 10 – População disposta a ser vacinada	37
Tabela 11 – A divulgação acerca do HPV.....	37
Tabela 12 – O que gostarias de saber acerca do HPV.....	37
Tabela 13 – Meios mais adequados para divulgação do HPV.....	38
Tabela 14 – Início da atividade sexual.....	38
Tabela 15 – Interesse em participar em programas de rastreio e <i>workshops</i> acerca do HPV/CCU.....	38
Tabela 16 – Priorização dos problemas segundo a grelha de análise.....	40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ARS LVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
BIS – Boletim Individual de Saúde
CCU – Cancro do Colo do Útero
CEPCD - Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção-Geral da Saúde
DST – Doença Sexualmente Transmissível
Enf.^o ^(a) – enfermeiro(a)
EpS – Educação para a Saúde
Et al - et al e outros
HPV – Vírus do Papiloma Humano
km² - Quilometro quadrado
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
p. - Página
PNPCDO – Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas
PNV – Programa Nacional de Vacinação
RCV – Registo Central Vacinação
REPE – Regulamento do Exercício Profissional Enfermagem
SINUS – Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde
SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE - União Europeia
WHO –World Health Organization

INTRODUÇÃO

No Serviço Nacional de Saúde assiste-se à implementação de processos promotores de maior participação comunitária através da reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Neste sentido, é absolutamente central o papel desempenhado pelos enfermeiros na mudança de prioridades do sistema de saúde na procura de melhores respostas às necessidades em saúde das populações.

A realização deste trabalho surge como resposta académica, no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família com Relatório e teve como finalidade desenvolver competências na intervenção em enfermagem comunitária, utilizando estratégias adequadas à diversidade dos contextos, visando a aquisição de melhores níveis de saúde, nos indivíduos, grupos e comunidade. O estágio foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Penha de França que está inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Oriental, entre Outubro de 2011 e Fevereiro de 2012 (*vide* cronograma no APÊNDICE I) e teve como principal objetivo, a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista de enfermagem comunitária.

Os CSP são definidos como os cuidados de saúde essenciais e universalmente “acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade” (BISCAIA et al, 2006, p.23). Em que, os enfermeiros que exercem na comunidade “centram-se na protecção, promoção, preservação e manutenção da saúde e na prevenção da doença (...) e guiam-se por códigos de ética e estruturas de tomada de decisão ética” (SILVA, FLETCHER e SORRELL, 2011, p.132).

São condições indissociáveis da valorização pessoal e profissional, a necessidade de evolução e mudança, a procura de qualidade, da contribuição para a melhoria dos serviços prestados na sociedade e no lugar que ocupamos nas organizações de saúde. Neste sentido, é pertinente desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, e por outro lado adquirir e desenvolver conhecimentos, tendo em vista a evolução dos níveis de competência mencionados por Benner (2005), que vão desde o iniciado a perito.

O projeto é “um conjunto de actividades (tarefas) que decorrem num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a

execução de um Programa” (TAVARES, 1990, p.39). O projeto desenvolvido segue a metodologia do planeamento em saúde de acordo com Tavares (1990) e Imperatori e Giraldes (1993), tendo como referencial teórico a Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem, pois “a teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p.12).

Atualmente existe evidência científica que um terço dos casos de cancro é evitável, conforme têm demonstrado numerosos estudos epidemiológicos, sendo que a prevenção primária é a estratégia com melhor relação custo-eficácia para o controle do cancro (PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS ONCOLÓGICAS, 2009).

Segundo o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (CEPCD, 2009), o cancro cervical é o segundo tipo de cancro mais comum na União Europeia (UE), cuja causa principal é a infeção persistente do trato genital por um tipo de vírus do papiloma humano (HPV). Atualmente, “a vacina contra o HPV oferece uma ferramenta nova e complementar para melhorar o controlo do cancro cervical” (CEPCD, 2009, p.4). Como tal, a prevenção do cancro do colo do útero (CCU) é essencial atendendo à possibilidade que existe em o evitar e curar, devendo os programas de prevenção assentar em áreas basilares de educação para a saúde e prevenção da doença (BRANCO, 2008).

Emerge assim, numa perspetiva de saúde pública e tendo por base uma abordagem comunitária, a relevância destas questões, sendo inquestionável a intervenção no âmbito da prevenção do HPV nomeadamente nos adolescentes.

A vacinação é uma das primordiais atividades da responsabilidade dos enfermeiros que exercem nos CSP (SUBTIL e VIEIRA, 2011), tendo contribuído nos últimos anos, para uma apreciável redução da mortalidade na população mundial, bem como, na erradicação de algumas doenças. Contudo, a vacinação é uma área problemática da saúde pública que se encontra em constante atualização, acompanhando os avanços da ciência, designadamente com a descoberta da vacina do HPV. A enfermagem comunitária tem a excelência de permitir desenvolver trabalhos em diferentes áreas, sendo que a promoção de saúde e prevenção da doença, nomeadamente junto de grupos de jovens, sempre foi uma área de eleição. No entanto, mais do que os interesses pessoais, é importante intervir nas necessidades reais de uma comunidade, assim, o percurso do estágio foi ditado por necessidades sentidas pelos profissionais de enfermagem da UCSP. Neste contexto, foi pertinente atuar diretamente na população jovem que tinha em

atraso o esquema da vacina do HPV tendo-se assim elaborado um projeto de intervenção comunitária. O projeto tem como finalidade promover o autocuidado relacionado com os comportamentos de prevenção do HPV. Com este relatório pretende-se percorrer o caminho realizado ao longo do estágio, que tinha como objetivo, reduzir o número de jovens, nascidas entre 1993 e 1994 inscritas na UCSP Penha de França, que não aderiram à vacina do HPV.

O presente relatório apresenta-se em seis capítulos, onde se descreve e analisa todo o percurso efetuado ao longo do estágio. No primeiro capítulo, aparece descrito a justificação do foco de intervenção e todo o enquadramento teórico da problemática. No segundo, apresenta-se o referencial teórico norteador de toda a intervenção. No terceiro relatamos a metodologia utilizada, descrevendo todas as fases do planeamento em saúde, fazendo referência às questões éticas e à contextualização do local de estágio. No quarto, encontram-se as limitações do projeto, onde retratamos as principais dificuldades sentidas ao longo do trabalho. No quinto abordamos através de uma reflexão, as principais competências de enfermeiro especialista de saúde comunitária adquiridas com este percurso académico e profissional. No sexto, são apresentadas as considerações finais, constituindo as principais reflexões decorrentes da análise dos capítulos anteriores e onde se apresentam algumas sugestões.

1– FOCO DE INTERVENÇÃO

O cancro cervical é o segundo tipo de cancro mais comum, afetando mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, na UE, existindo cerca de 33 000 casos e 15 000 mortes. A causa principal é a infeção persistente do trato genital pelo HPV de risco elevado (CEPCD, 2009). Segundo o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO), as doenças oncológicas são a “segunda principal causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral, sendo provavelmente as doenças mais temidas pela população” (PNPCDO, 2007, p.5).

A World Health Organization (WHO), reconhece

“the importance of cervical cancer and other HPV-related diseases as global public-health problems and recommends that routine HPV vaccination should be included in national immunization programmes, provided that: prevention of cervical cancer or other HPV-related diseases, or both, constitutes a public-health priority; vaccine introduction is programmatically feasible; sustainable financing can be secured, and the cost effectiveness of vaccination strategies in the country or region is considered” (WHO 2010b, p.7).

Como tal, “a vacina contra o HPV oferece uma ferramenta nova e complementar para melhorar o controlo do cancro cervical” (CEPCD, 2009, p.4). A vacina anti-HPV (Gardasil®) “é 100% efetiva na prevenção da infeção com qualquer das 4 cepas componentes (6,11,16 e 18), (...) a redução destes tipos de HPV pode evitar mais de 70% dos cancros do colo do útero em todo o mundo” (FAUCI et al, 2009, p.489).

O HPV “is one of the most common sexually transmitted infections and it’s highly prevalent within the sexual active population, specially the one between 16-25 years old” (MEDEIROS e RAMADA, 2011, p.153). Os estudos de investigação realizados em Portugal, ligados às doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente pela Associação para o Planeamento da Família “indicam que cerca de 23% da população jovem inicia-se sexualmente com menos de 16 anos, 70% tem a sua primeira relação sexual até aos 18 anos, inclusive”, em que cerca de 24% dos adolescentes não utiliza os contraceptivos (DIAS e RODRIGUES, 2009, p.16). Similarmente num estudo realizado por Cirino, Nichiata e Borges evidencia-se que “o início sexual cada vez mais cedo propicia alta vulnerabilidade da adolescente a problemas da esfera sexual/reprodutiva, incluindo o

câncer de colo uterino e a infecção pelo HPV” (CIRINO, NICHATA e BORGES, 2010, p.126).

Como tal, “primary prevention through HPV vaccination appears to be a promising tool to prevent cervical cancer. Several studies indicate that HPV vaccines are safe and that its utilization reduces nearly 70% the probability to develop cervical cancer” (MEDEIROS e RAMADA 2011, p.153). Neste âmbito emerge a nossa atuação nesta área, a nível da prevenção primária.

1.1- Justificação da temática

As vacinas representam um papel específico na saúde e segurança das nações “durante o último século, a integração de imunização à rotina dos serviços de saúde em muitos países proporcionou aos profissionais de saúde certo grau de controlo sobre a morbilidade e a mortalidade relacionadas com a doença” (FAUCI et al, 2009, p.767). Os autores supracitados afirmam ainda que “é fundamental que haja um firme compromisso tanto científico quanto de saúde pública relativo à necessidade de imunização para contrabalançar a desconfiança do público e a pressão política” (FAUCI et al, 2009, p.767). É imperioso que os serviços de saúde pública tenham um papel primordial em “manter a imunidade individual e de grupo, e o trabalho não termina quando a população está vacinada. Com efeito, é imperativo imunizar cada geração subsequente” (FAUCI et al, 2009, p.780). Como tal, “as vantagens das vacinas e dos programas de imunização devem ter também em consideração o benefício que delas resulta para a saúde e o bem-estar da humanidade” (FELICIANO, 2002, p.4).

A prevenção primária protege das ameaças à saúde, em que a imunização contra uma doença evitável “através da vacinação é um exemplo de redução da susceptibilidade; a promoção da saúde nos jovens através do investimento no desenvolvimento é um exemplo de promoção da resiliência e de factores protectores” (KELLER, STROHSCHHEIN e BRISKE, 2011, p.201).

A prevenção é a estratégia-chave para a irradicação do cancro do colo do útero, em que “o enfermeiro baseado nos conhecimentos disponíveis sobre os factores que colocam as mulheres em alto risco de cancro do colo do útero, podem desenvolver programas de prevenção” (OTTO, 2000, p.216). Como tal as vacinas “para além da protecção que conferem a nível individual, têm objectivos mais vastos e de maior alcance em Saúde

Pública”, sendo que, programas/campanhas bem planeadas e corretamente executadas “conseguem, numa primeira fase, o controlo das doenças transmissíveis entre os seres humanos de uma comunidade e, posteriormente, como objectivo final, mesmo a sua erradicação” (FELICIANO, 2002, p.5).

O PNV, desde que surgiu tem vindo a sofrer inúmeras alterações, especialmente integrando novas vacinas, para se poder adaptar da melhor forma às doenças infecciosas mais relevantes (COSTA, NEVES e MARQUES, 2012). Como tal, “a inclusão da vacina no PNV, em 2008, para todas as adolescentes com 13 anos de idade, foi um avanço considerável numa perspectiva de saúde pública”, e a vacinação “por repescagem das jovens com 17 anos em 2009, 2010 e 2011, é mais um passo nesse sentido” (SOCIEDADE PORTUGUESA GINECOLOGIA, 2010, p.3). Neste âmbito, “introduction of HPV vaccines represents a challenging yet promising new opportunity to prevent the morbidity and mortality associated with cervical cancer and other HPV-related diseases” (KAHN, FEEMSTER e HILLARD, 2011, p.30). Contudo, em relação à vacinação esta por si só não é eficaz, uma vez que apenas protege contra certas estirpes de HPV é então “necessário e fundamental dar informação a nível de educação sexual de forma a evitar comportamentos de risco que podem promover o desenvolvimento do cancro do colo do útero” (RAMADA, 2010, p.13). Pelo exposto, advém a necessidade de intervir na prevenção do CCU, contudo, torna-se necessário identificar os conhecimentos da população relacionados com o HPV, pois só assim é possível seleccionar a estratégia mais eficaz para uma intervenção efetiva. Todavia, embora a educação sobre a imunização “possa constituir um esforço baseado na comunidade, a melhoria das taxas de vacinação em qualquer comunidade pode começar com o envolvimento de um único local de prática clínica” (LUTHY et al, 2011, p. 49). Como tal, para que haja realmente um projeto de saúde, é preciso uma “educação de saúde comunitária (...) o projecto de saúde é essencialmente sinónimo de preservação do capital de saúde por acções educativas e de prevenção em saúde comunitária e em saúde pública” (HONORÉ, 2002, p.173).

1.2 - O cancro do colo do útero

O cancro é uma doença complexa e multifatorial, que segundo o relatório mundial de cancro de 2008 da Organização Mundial de Saúde (OMS) se encontra entre as 10 principais causas de morte do mundo (WHO, 2008a).

Segundo a Direção-Geral Saúde (DGS), o CCU, em termos de magnitude da doença é “o segundo tipo de cancro mais frequente na mulher em todo o mundo, é a patologia mais relevante associada à infecção por HPV”, especialmente quando não é diagnosticado precocemente evoluindo para formas invasivas (DGS, 2008, p.8). De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (2011), o cancro é a segunda causa de morte em Portugal (2,3%) após as doenças cardiovasculares (3,1%), à semelhança de outros países desenvolvidos. O aumento da incidência e prevalência do cancro, faz com que seja considerado um problema de saúde pública mundial que envolve a utilização de muitos recursos na sua prevenção, tratamento e reabilitação. Em relação às manifestações clínicas “o Vírus do Papiloma Humano é responsável por um elevado número de infecções, que na maioria das vezes são assintomáticas e de regressão espontânea”, pode, no entanto, “originar lesões benignas, como as verrugas anogenitais/condilomas acuminados e as lesões benignas da orofaringe, e, em situações relativamente raras, pode evoluir para cancro”, com destaque especial para o CCU (DGS, 2008, p.8). As manifestações dependem da “localização das lesões e do tipo de vírus. Em geral as verrugas comuns ocorrem nas mãos e são evidenciadas por pápulas exofíticas e hiperqueratóticas da cor da pele ou castanhas” (FAUCI et al, 2009, p.1118).

A infecção por HPV “are estimated to be the most common sexually transmitted infection in the world and it has recently been found that the prevalence is 57% among sexually active females aged 14–19 years” (HÖGLUND et al, 2009, p.102). Cada tipo está associado a manifestações específicas, “por exemplo, o HPV-1 causa verrugas plantares, o HPV-6 produz verrugas anogenitais e a infecção pelo HPV-16 pode causar displasia cervical e cancro invasivo da cérvix” (FAUCI et al 2009, p.1117). O CCU “tem uma etiologia bem conhecida, relacionada com a infecção por Vírus do Papiloma Humano (quase 100% dos casos)” (DGS, 2008, p.11). Sendo inúmeros os fatores associados à persistência do HPV e ao desenvolvimento do CCU: “immune suppression; Multiparity; Early age at first delivery; Long-term use of hormonal contraceptives; Cigarette smoking; Infection with other sexually transmitted diseases” (WHO, 2007, p.5).

1.3– A epidemiologia do HPV

Em relação à epidemiologia, “a maior parte dos dados biológicos e epidemiológicos demonstra que algumas infecções por HPV causam cancro cervical”, sendo que “mais de

95% dos cancros cervicais contêm DNA dos HPV oncogênicos (risco alto), inclusive os tipos 16,18,31,33 e 45” (FAUCI et al, 2009, p.1117). O CCU representa o segundo tipo de cancro diagnosticado na mulher a nível mundial (ANEXO I e ANEXO II). Tal é corroborado por Kahn, Feemster e Hillard ao afirmarem que “worldwide, cervical cancer is the second most common cancer in women: Approximately 490,000 women are diagnosed and 270,000 die from cervical cancer annually” (KAHN, FEEMSTER e HILLARD, 2011, p.24).

O CEPCD refere que a seguir ao cancro da mama, o cancro cervical é o segundo tipo de cancro mais comum (ANEXO III), “afectando mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, na União Europeia. Todos os anos existem cerca de 33 000 casos e 15 000 mortes de cancro cervical na União Europeia” (CEPCD, 2009, p.4). Expõe ainda que a causa principal é a infeção persistente do trato genital por um tipo de HPV de elevado risco.

Citando a DGS “assume-se que os genótipos de HPV em Portugal tenham, de um modo geral, uma distribuição semelhante à de outros países da União Europeia, havendo estudos que apontam nesse sentido” (DGS, 2008, p.4). Afirma ainda que os genótipos 16 e 18 são os mais prevalentes e responsáveis por cerca de 70 a 75% dos casos de CCU. Sendo que “a taxa padronizada de incidência do cancro do colo do útero em Portugal, estimada para o ano 2000 foi de 17 casos por 100.000, correspondendo a 958 casos de cancro do colo do útero” (PINHEIRO et al, 2003 citado por DGS, 2008, p.4).

Outros estudos nacionais apontam para cerca de 1000 novos casos por ano, com 1090 casos em 2005, com uma taxa de incidência de 20,95/100.000 mulheres, em relação à mortalidade ocorreram, respetivamente, 220, 220, e 207 óbitos por CCU em 2002, 2003 e 2004, apresentados no ANEXO IV (DGS, 2008). Em 2004, verificou-se uma taxa de mortalidade bruta em todas as idades de 3,81/100.000 mulheres (DGS, 2008, p.4).

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG, 2010), referindo-se a um estudo em Portugal recentemente apresentado sobre a prevalência da infeção por HPV refere que numa amostra de 2326 mulheres, representativa da população nacional, 19,4% tinham infeção ativa. Se considerarmos o grupo etário dos 20-24 anos a prevalência foi de 28,8%, diminuindo em valores à volta dos 10% em mulheres até aos 49 anos e nas mulheres dos 50 aos 65 anos a prevalência foi cerca de 6%.

As “vacinas recém-desenvolvidas para o HPV reduzem dramaticamente os índices de infeção e doença produzidas pelos tipos-específicos contemplados nas vacinas”

(FAUCI et al, 2009, p.1119). Em que “as infecções por HPV são as infecções de transmissão sexual mais comuns nos adolescentes e adultos jovens sendo mais frequentes nos indivíduos com múltiplos parceiros sexuais ao longo da vida” (DGS, 2008, p.13).

1.4 - A Prevenção Primária no HPV

As doenças transmissíveis podem ser “prevenidas e controladas. O objectivo dos programas de prevenção e controlo é reduzir a prevalência de uma doença para um nível em que esta já não constitua um grande problema de saúde pública” (SY e LONG-MARIN, 2011, p.919).

A prevenção primária é a prevenção da doença através da alteração da suscetibilidade ou da redução da exposição dos indivíduos suscetíveis; a prevenção secundária “é a detecção e tratamento precoces da doença; a prevenção terciária é a diminuição da incapacidade resultante da doença e as tentativas para restabelecer uma função eficaz” (MAUSNER e KRAMER, 2009, p.22-23).

A prevenção primária, refere-se então a “activities that prevent or decrease the probability of occurrence of an injury, physical or mental illness, or health-threatening situation in an individual or family, or an event or illness in the population” (MURRAY, ZENTNER e YAKIMO, 2009, p.42). Os autores supra citados referem ainda que “examples of primary prevention are wellness or health promotion measures, including immunizations, health education and safety programs” (MURRAY, ZENTNER e YAKIMO, 2009, p.42). A prevenção primária refere-se então à prevenção do desenvolvimento da doença através da redução da exposição aos agentes que causam a doença ou por imunização (GORDIS, 2011).

Para Mausner e Kramer (2009) a prevenção primária divide-se em duas grandes categorias, a promoção geral de saúde e as medidas protetoras específicas, sendo que as medidas de protecção específica incluem as imunizações. Evidenciam ainda que os “sucessos obtidos no passado pela saúde pública nos países desenvolvidos foram conseguidos principalmente pela prevenção primária das doenças infecciosas através de medidas de protecção do ambiente e imunização” (MAUSNER e KRAMER 2009, p.23).

Em relação à intervenção do enfermeiro, “a prevenção encontra-se no centro da saúde pública e comunitária, e são os enfermeiros que realizam a maior parte deste

trabalho” (SY e LONG-MARIN, 2011, p.920). Declaram ainda que “alguns exemplos deste envolvimento são a administração de vacinas para doenças evitáveis através da vacinação (...) e monitorização do estado de imunização” (SY e LONG-MARIN, 2011, p.920).

Segundo o PNV, “as vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico”, sendo um Programa “universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal” (DGS, 2011, p.5).

A vacina “é vulgarmente considerado um agente – microrganismo ou substância – que, introduzido no corpo de um indivíduo, por via oral ou injectado, provoca a imunidade para determinadas doenças” (FELICIANO, 2002, p.3). O mesmo autor refere ainda que a vacina “é um produto antigénico que leva ao aparecimento de imunidade por mecanismos idênticos aos desencadeados pelas próprias doenças, isto é, através da formação de anticorpos específicos” (FELICIANO, 2002, p.3).

Os termos vacinação e imunização são “frequentemente utilizados como sinónimos, embora, tecnicamente, a vacinação denote a administração de uma vacina, enquanto a imunização refere-se ao processo de induzir ou fornecer imunidade” (FAUCI et al, 2009, p.767). A “imunidade é clinicamente induzida por imunização ativa ou passiva. A imunização ativa - isto é, a administração de uma vacina - induz imunidade, que costuma ser de longa duração e, algumas vezes, permanente” (FAUCI et al, 2009, p.772).

A introdução da vacina contra infeções por HPV (vacina HPV) no PNV foi aprovada em 20 de Março de 2008 (Circular Normativa 22 de 17/10/2008). Sendo que “as vacinas previnem mais de 90% das lesões pré-cancerosas associadas aos tipos 16 e 18 de HPV em mulheres sem contacto prévio com o vírus” (CEPCD, 2009, p.4).

Em Portugal, como já referido, a vacina foi implementada em Setembro de 2008 no PNV e foi acompanhada desde 2009 a 2011 por uma campanha dirigida às jovens que completam 17 anos de idade naqueles anos civis. São ainda recomendadas coberturas vacinais iguais ou superiores a 95% (D.R, II Série. 57, 2008-3-20). A vacinação com a “vacina HPV, de forma gratuita e universal, das raparigas no início da adolescência tem como objectivo diminuir a incidência das doenças preveníveis pela(s) vacina(s), com destaque para o cancro do colo do útero” (DGS, 2008, p.10). Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a adesão à vacinação é definida como um comportamento de adesão com “características específicas: desempenhar actividades para conseguir imunidade para as doenças transmissíveis susceptíveis de

prevenção, conforme as recomendações para a idade, doença ou viagem” (CIPE, 2003, p.58).

Relatando Fauci et al, “com o início da actividade sexual, surge o risco de transmissão sexual do HPV, o factor etiológico mais comum do cancro cervical” (FAUCI et al, 2009, p.491).

A vacina “should be administered before the onset of sexual activity (...) Females who are infected with one or more HPV types should also receive the vaccine if they are between the ages of 9 and 26 years”, sendo que “the vaccine will not protect them against the virus types they already have but may provide protection from the virus types they have not acquired” (KNUDTSON, TISO e PHILLIPS, 2009, p. 296).

Este aspeto é evidenciado pela DGS (2008) ao afirmar que além de não conferir proteção contra todos os génotipos com potencial oncogénico, o impacto da vacinação na incidência do cancro do colo do útero, só se verificará a médio e longo prazo, incentivando os programas de rastreio, cujos resultados na redução da doença se verificam a curto prazo. Pelo exposto, “o controlo do cancro do colo útero deve privilegiar estratégias integradas que potenciem as acções de prevenção primária (programas de educação para a saúde sexual e reprodutiva e vacinação)” (DGS, 2008, p.9). Sendo a “educação sexual um conjunto de informações desenvolvidas de forma sistemática sobre sexualidade. Esse processo é global, não intencional, e envolve toda a acção exercida sobre o indivíduo” (VILELAS 2009, p.33). Em que a “health promotion is behavior motivated by the person’s desire to increase well-being and health potential” (MURRAY, ZENTNER e YAKIMO, 2009, p.42).

A Circular n.º22, de 17/10/08, adverte para o esclarecimento das jovens sobre a proteção da vacina e a sua fragilidade pelo que, não tem eficácia terapêutica para infeções eventualmente já existentes por génotipos de HPV incluídos na vacina. Enfatiza que “a vacina não protege de outras infeções sexualmente transmissíveis, pelo que devem adoptar comportamentos seguros; deverão iniciar a rotina de rastreio do cancro do colo do útero, dois anos após o início da vida sexual activa” (DGS, 2008, p.6). Segundo KNUDTSON, TISO e PHILLIPS,

“the nursing implications for the HPV vaccine are related to education and counseling of parents and patients regarding HPV vaccination (...) It is important for nurses to understand the risk factors, prevalence, and implications of HPV infection in women to be able to counsel them appropriately” (KNUDTSON, TISO e PHILLIPS, 2009, p. 297).

Para Jekel, Katz e Elmore (2005) a estratégia para o desenvolvimento de programas de controlo de doenças utilizando vacinas, está dependente dos objetivos das respetivas campanhas de vacinação. Os autores supra citados certificam ainda que o objetivo pode ser “erradicação da doença (como alcançado com a varíola), eliminação regional da doença (como alcançado para a poliomielite, no hemisfério ocidental), ou controle da doença para reduzir a morbidade e a mortalidade” (JEKEL, KATZ e ELMORE, 2005, p.267).

Como tal, a educação para a saúde é prenunciadora de uma intervenção que procura melhorar a qualidade de vida, “todavia, este importante elemento é pouco explorado pelos profissionais de saúde, que em sua maioria preocupam-se com o curar da doença ou com o cuidar do doente”, e não com a promoção de saúde ou com a prevenção da doença (MOLLER, SILVA e SÁ, 2003, p.65).

Vários estudos de diversos autores evidenciam que a população alvo, no ensino da prevenção do CCU, devem ser os adolescentes (OTTO 2000, SUSSMAN et al 2007, HÖGLUND et al 2009, MEDEIROS e RAMADA 2011). Torna-se então elementar aprofundar as características inerentes a esta faixa etária, dado ser uma etapa do ciclo vital muito própria e específica.

A palavra adolescência tem origem no latim *adolescere*, que significa crescer, e corresponde ao período de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizado por rápidas e profundas transformações físicas, cognitivas, sociais e emocionais (WHALEY e WONG, 1989).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010, a OMS define jovem como indivíduo com idade “compreendida entre os 10 e os 24 anos e atribui as designações de adolescente e de jovem aos indivíduos que têm entre 10 e 19 anos e entre 15 e 24 anos, respectivamente” (DGS, 2006, p. 6).

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano onde ocorrem várias transformações, quer a nível físico, psicológico e social. São características desta etapa da vida as alterações no corpo, como a maturação dos órgãos sexuais, mudanças ao nível cognitivo e no modo como o adolescente se vê a si próprio e mudanças a nível relacional, com os amigos, sexo oposto e os pais.

Fonseca (2005) refere-se à adolescência como o percurso da dependência à autonomia, onde acontecem alterações a quatro níveis: biológico (comandadas pela puberdade, que irá influenciar o surto de crescimento e as diversas transformações a

nível do corpo); cognitivo (referente à capacidade de elaborar raciocínios cada vez mais complexos); psicológico (desenvolvimento da autonomia e construção da identidade), e social (relacionado com o desempenho de novos papéis).

Este aspeto é reforçado na medida em que estes “podem sentir-se divididos entre a necessidade infantil de proximidade e dependência e o desejo de crescerem e se tornarem adolescentes e adultos” (BRAZELTON e GREENSPAN, 2002, p.163). Neste contexto, “as necessidades de saúde dos adolescentes revestem-se de características particulares, que são reflexo do processo de crescimento e de desenvolvimento que atravessam” (PRAZERES, 1998, p.15). Em que, o comportamento sexual representa um “risco potencial para os adolescentes, uma vez que deriva frequentemente de uma actividade sexual precoce, muitas vezes não desejada ou sem efectiva ponderação das consequências possíveis” (FRASQUILHO, 1996, p. 44-45).

Portanto, “as doenças ligadas aos estilos de vida e aos comportamentos individuais constituem, hoje, uma preocupação grande para os profissionais de saúde” (PRAZERES, 1998, p. 19). Desta forma, a adolescência representa uma fase do ciclo de vida fulcral para intervenções de promoção de saúde. Sendo primordial a existência de políticas de saúde consistentes e o planeamento de intervenções, constituindo assim um investimento em termos de ganhos de saúde e contribuindo assim para o seu desenvolvimento e bem-estar. Estas diretrizes também se encontram explanadas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, onde está expresso que “os adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis”, em que os *settings* prioritários para a intervenção são o espaço escolar e universitário e ainda “a família, os locais de lazer, o local de trabalho e as unidades de saúde” (DGS, 2004, p.31-32). Como tal, estimular e “apoiar os adolescentes a assumirem, de forma progressiva, o controlo e a tomada de decisões sobre a sua própria vida é uma das tarefas que cabem, também, aos profissionais de saúde” (PRAZERES, 1998, p.24).

As diretivas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 visam o reforço das atividades de redução de comportamentos de risco, em que “nesta fase do ciclo de vida, serão priorizadas intervenções a incentivar a adopção de estilos de vida e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura” (DGS, 2004, p.31). Este facto é reforçado pela OMS, quando afirma que,

“adolescents (aged 10 to 19 years) have specific health and development needs, and many face challenges that hinder their well being, including poverty, a lack of access to health information and services, and unsafe environments. Interventions that address their

needs can save lives and foster a new generation of productive adults who can help their communities progress” (WHO, 2011, p.30).

A educação para a sexualidade é reconhecida como uma intervenção primordial para a promoção de uma vivência sexual saudável, pois permite não só o desenvolvimento da capacidade de autocuidado, mas também a aquisição de responsabilidades na manutenção do seu bem-estar. Ou seja, deve permitir ao indivíduo a oportunidade de conhecer e reconhecer a capacidade para a tomada de decisões, na busca de uma melhor qualidade de vida, de forma a perceber, interiorizar e preservar os valores transmitidos pela sua família/comunidade. Uma medida necessária, para reduzir a incidência de infecções sexualmente transmissíveis é o aconselhamento dos adolescentes em áreas tão importantes como: a vivência da sexualidade, as consequências associadas aos comportamentos de risco, a importância da contraceção, da relação sexual segura, o contributo da vacinação contra o HPV. Como tal, é primordial existir uma relação estreita e inteligente entre a escola e os centros de saúde, assumindo a importância da educação para a saúde (CUNHA-OLIVEIRA et al, 2009).

Emergem assim intervenções comunitárias neste âmbito, em que os enfermeiros “terão um papel crucial nos grupos de risco (na adolescência e juventude) fomentando programas de educação para a saúde, acompanhamento e avaliando as condutas de risco (...) e mudanças para a promoção da saúde e prevenção da doença” (OTTO, 2000, p.48).

A enfermagem, tendo como essência o cuidar ao ser humano em todas as suas dimensões, tem a possibilidade de contribuir para a construção de um saber interdisciplinar tendo como foco o adolescente. Pretendendo ter um impacto positivo e significativo, os enfermeiros devem ser participantes ativos na estruturação da agenda política e na adoção de estratégias para lidar com as necessidades de saúde dos jovens, sendo que o Serviço Nacional de Saúde tem vindo a investir numa crescente oferta de cuidados de saúde, de modo a dar resposta às necessidades e aos problemas de saúde da população juvenil.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

A abordagem desta temática será elaborada com base na teórica de enfermagem Dorothea Orem, pois a importância da adoção de um *constructo* teórico emerge de forma fundamental como guia à prática, à formação, à investigação e gestão dos cuidados de enfermagem.

A teoria é definida como uma “conceptualization of some aspect of nursing reality communicated for the purpose of describing phenomena, explaining relationships between phenomena, predicting consequences, or prescribing nursing care” (MELEIS, 2007, p.37). O modelo teórico serve para moldar a enfermeira, à luz de um conjunto de diretivas e formas de ver e agir, preconizadas pelo mesmo (COLLIÉRE, 1999).

A escolha da teórica Dorothea Orem como base de sustentação deste projeto de intervenção comunitária, deve-se ao facto de esta atribuir na sua conceptualização, a perspectiva e fundamento das intervenções dos enfermeiros relativamente à prática de cuidados, na promoção da maior autonomia possível a determinado indivíduo/família. Este é um aspeto fundamental na filosofia dos Cuidados de Saúde Primários e na intervenção comunitária, pois pretende-se capacitar eficazmente os clientes para que estes assumam responsabilidade no seu processo de saúde. O *empowerment* das suas potencialidades e capacidades de desempenho é um objetivo primordial, sendo que a informação constante e clara é um elemento imprescindível no rumo à autonomia.

A Teoria de Enfermagem de Orem foi desenvolvida entre 1959 e 1985, sendo composta por três Teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Deficit do Autocuidado e Teoria dos Sistema de Enfermagem, e baseia-se na premissa de que os indivíduos possuem capacidades para cuidar de si, sendo encorajados à prática do autocuidado de acordo com as suas competências. O autocuidado é alcançado em benefício de si mesmo para conservar o bem-estar e a vida. Para Orem o autocuidado “has purpose. It is action that has pattern and sequence and when performed effectively, contributes in specific ways to human structural integrity, human functioning, and human development” (OREM, 1995, p. 103). Às necessidades do autocuidado os indivíduos respondem naturalmente tendo em conta o seu estadio de desenvolvimento, recursos pessoais, sociais e exigências do meio. Quando os recursos existentes não permitem a auto satisfação dessas necessidades, a capacidade do autocuidado diminui e surge então a necessidade de ajuda. É nesta base de ajudar, cuidando, que surge a importância de

promover a capacidade do indivíduo aprender a cuidar de si próprio. A Teoria de Orem, defende que a enfermagem surge para compensar o déficit do autocuidado quando esta capacidade está diminuída.

Relativamente aos seres humanos, Orem (1997) citada por Fawcett (2005), refere que “human being is a unity that can be viewed as functioning biologically, symbolically, and socially” (FAWCETT, 2005, p.226). Sendo que “men, woman, and children are unitary beings. They are embodied persons who have biological psychobiological features” (OREM, 1997 citada por FAWCETT, 2005, p.226).

O período da adolescência é considerado uma etapa que compreende alterações fisiológicas e psicossociais complexas, que intervêm na forma de lidar com determinadas situações de saúde, a implementação de estratégias promotoras de saúde, adequadas ao interesse dos adolescentes torna-se fulcral com o intuito de motivá-los para aprender o autocuidado.

Na Teoria de Orem, é visível a evolução do conceito de saúde, inicialmente “has considerable general utility in describing the state of wholeness or integrity of human beings”, posteriormente “health, then, must include that which makes a person human (...), operating in conjunction with physiologic and psychophysiological mechanisms and material structure (...) and in relation to coexistence with other human beings” (OREM, 1995, p.96).

Relativamente ao autocuidado, refere que “self-care is the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health, and well-being” (OREM, 1995, p.104). É um comportamento adquirido, dirigido a uma finalidade que se desenvolve por uma experiência social e cognitiva, apreendida através das relações interpessoais, comunicação e cultura.

A sua Teoria do Autocuidado descreve também a ação do autocuidado, a exigência terapêutica de autocuidado e os requisitos de autocuidado. Sendo que os requisitos do autocuidado “are understood as expressions of action to be performed by or for individuals in the interest of controlling human and environmental factors that affect human functioning and human development” (OREM, 1995, p.108).

A autora aponta três tipos de requisitos de autocuidado: os universais, os de desenvolvimento e os de desvio de saúde. Afirma que “children require care from others because they are in the early stages of development physically, psychologically, and psychosocially” e desta forma “infants, children, (...) require complete care or

assistance with self-care activities” (OREM, 1995, p.104). A capacidade de autocuidado é adquirida através de um processo de crescimento e desenvolvimento de cada pessoa, por esse motivo, “for exemple, infant care differs from the care required by older children because specifications for care arise from children’s care needs at different stages of growth and development” (OREM, 1995, p.21). A enfermagem para a autora supracitada constitui, “as a helping art, nursing is the complex ability to accomplish or to contribute to the accomplishment of a person’s usual and therapeutic self-care” (OREM 1995, p.119). Existem cinco métodos gerais de ajuda pelos quais as pessoas podem ser compensadas: “1. Acting for or doing for another; 2. Guiding and directing; 3. Providing physical or psychological support; 4. Providing and maintaining an environment that supports personal development; 5. Teaching” (OREM, 1995, p.15). Os profissionais devem ter em conta que a capacidade do adolescente em assumir responsabilidade difere de pessoa para pessoa, logo diferentes graus de capacidade para desempenhar o autocuidado.

Como forma de colmatar o déficit do autocuidado manifestado pelo indivíduo, a teórica descreve na sua Teoria os sistemas de enfermagem, que se baseiam nas necessidades de autocuidado do indivíduo/família, na sua aptidão para a execução de atividades de autocuidado, tendo em linha de conta a sua capacidade de resposta e o seu grau de dependência. Identificou três classificações de sistemas de enfermagem: Sistema Totalmente Compensatório; Sistema Parcialmente Compensatório; Sistema de Apoio e Educação, no qual “the patient is able to perform or can and should learn to perform required measures of externally or internally oriented therapeutic self-care but cannot do so without assistance” (OREM, 1995, p.310). O indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite da ajuda do enfermeiro para lhe facultar informação e conhecimento, e ainda desempenha um papel de supervisão na realização das ações garantindo um desempenho adequado. Desta forma, o enfermeiro vai ser um mediador que ajuda o indivíduo a ser capaz de se auto cuidar, melhorando assim a sua qualidade de vida. É nesta base de ajudar, cuidando, que surge a importância de promover a capacidade do indivíduo aprender a cuidar de si próprio. Os profissionais de saúde assumem desta forma um papel decisivo em todo este processo, nomeadamente, nas tomadas de decisões, na disponibilização de informação sobre a promoção de saúde e prevenção da doença.

3 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido segundo a metodologia do planeamento em saúde. Este visa procurar mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo, dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços (IMPERATORI e GIRALDES, 1993). Premissa reforçada por Tavares (1990) ao afirmar que o planeamento em saúde “procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações” (TAVARES, 1990, p.37). Constitui assim um “processo que a administração de saúde, em conjunto com a população, leva a cabo, para conseguir (...) os melhores níveis de saúde das populações em causa” (DURÁN, 1989, p.19).

Assim, o “conhecimento das etapas do Planeamento da Saúde, é assim facilitador de correctas intervenções nesta área, permitindo a elaboração de eficientes projectos, quer vocacionados para problemas de saúde (...) quer para problemas dos serviços” (TAVARES, 1990, p.38). O planeamento em saúde é então um processo nem sempre fácil de percorrer, com as seguintes etapas: diagnóstico da situação; determinação de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; preparação operacional-programação; e avaliação (TAVARES, 1990; IMPERATORI e GIRALDES, 1993).

Passamos de seguida à descrição de cada etapa decorrida, na execução do projeto de intervenção comunitária.

3.1- Diagnóstico de situação de saúde

O presente projeto de intervenção comunitária está sustentado no PNV, em que as “vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico” (DGS, 2011, p.5). Como tal, foi fundamental realizar uma reunião com a enfermeira coordenadora da UCSP, com a enfermeira coordenadora da vacinação e com a restante equipa de enfermagem para informar acerca do respetivo trabalho a desenvolver e também avaliar a opinião das mesmas sobre a pertinência de realização do projeto nesta Unidade, assim como solicitar a sua colaboração.

O diagnóstico da situação de saúde “é o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população beneficiária”

(TAVARES, 1990, p.51). Deve ser “suficientemente alargado; suficientemente aprofundado; sucinto; suficientemente rápido; suficientemente claro; corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento” (TAVARES, 1990, p.53). Tal como “o diagnóstico da situação de saúde deverá corresponder às necessidades de saúde da população”, sendo que a conformidade entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou atividades (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.45).

A população para o diagnóstico de saúde é constituída por 107 jovens inscritas na UCSP Penha de França, nascidas entre 1/1/1993 e 31/12/1994, que ainda não tinham feito a primeira dose da vacina do HPV isto de acordo com dados obtidos do Programa SINUS, o que corresponde a 43% das jovens inscritas. De seguida procedeu-se à consulta do Registo Centralizado de Vacinas (RCV), que abrange os registos vacinais da ARS LVT, tendo sido atualizado os respetivos registos fixando-se a população em 84 jovens.

Como objetivo geral para esta fase definiu-se “identificar os fatores que interferem na adesão das jovens, nascidas nos anos 1993 e 1994 inscritas na UCSP Penha de França, relacionado com o esquema vacinal do HPV”. Para objetivos específicos delineou-se avaliar os conhecimentos e conhecer as necessidades de formação destas jovens. Procedeu-se à consulta do SINUS e do RCV para recolha dos dados demográficos e atualização do estado vacinal.

3.1.1 - Questões éticas

A enfermagem é uma profissão que se alicerça inevitavelmente em pressupostos éticos e morais, visando a proteção e dignidade da pessoa. Tendo a enfermagem como essência o cuidar, o agir ético do enfermeiro centra-se no cuidado ao outro, atendendo às suas necessidades, indigitando-se a sua máxima autonomia, no respeito pela sua dignidade e contribuindo para o desenvolvimento dos seus projetos de saúde. Como tal, o enfermeiro “profissional do cuidado humano, assume um papel crucial no respeito, na defesa e na promoção dos direitos das pessoas de quem cuida” (SOUSA, 2008, p.9). Também enquanto enfermeiros, a exercer uma profissão que se auto regula, estão presentes no REPE e Código Deontológico os princípios éticos e deontológicos que devemos pautar como estruturantes essenciais para o exercício profissional.

Qualquer investigação está regida por regras nacionais e internacionais, tais como: Constituição da República Portuguesa (1976); Código de Nuremberg (1947); Declaração de Helsínquia (1975,1983,1989,1996, 2000 e 2002); The Belmont Report (1978); Diretrizes internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos (1982;1993); Convenção sobre os direitos do homem e a Biomedicina (2003); entre outros.

Os princípios éticos, que regem as investigações foram tidos em conta ao longo de todo o projeto, pois particularmente a educação para a saúde, ao procurar alterar atitudes e comportamentos, levanta algumas questões de ordem ética (THOMPSON, MELIA e BOYD, 2004). Ao longo do trabalho tivemos em consideração os seguintes aspetos:

- Pedido de autorização para aplicar o questionário ao Diretor Executivo do ACES.
- Solicitada autorização aos autores do questionário para a sua utilização.
- Assinatura do consentimento livre e esclarecido, por parte dos participantes, sendo feito previamente uma apresentação da mestrandia, dos objetivos do projeto e clarificado que este era anónimo, confidencial e voluntário (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004). Sendo que este é considerado livre, “se a pessoa (...) usufrui de todas as suas faculdades mentais e não foi sujeita a nenhuma forma de manipulação, coerção ou pressão”, e esclarecido quando a pessoa “possua toda a informação necessária para poder julgar das vantagens e dos inconvenientes da sua participação” (FORTIN, 2009, p.193). Apesar de a população não ter dezoito anos de idade, não foi pedido o consentimento aos pais, porque tal como está descrito no Artigo 38.º 3 do Código Penal o consentimento pode ser dado pelos maiores de 16 se possuírem o discernimento necessário para avaliarem o sentido e alcance do mesmo (D.R, I Série. 170 - 2007-09-04). Em que, “quando o adolescente tem capacidade de discernimento é legítimo que seja envolvido no processo de decisão” (ANTUNES 1998, p.26).
- A participação nas atividades foi voluntária, e agendada de acordo com a disponibilidade dos sujeitos tendo sido cuidadosamente descrita previamente e informados que podiam desistir da sua participação a qualquer momento sem sofrer qualquer dano.
- Todos os participantes do estudo foram informados do direito de acesso aos resultados do trabalho.
- Toda a equipa de enfermagem da UCSP foi envolvida no projeto, informada dos procedimentos e resultados.

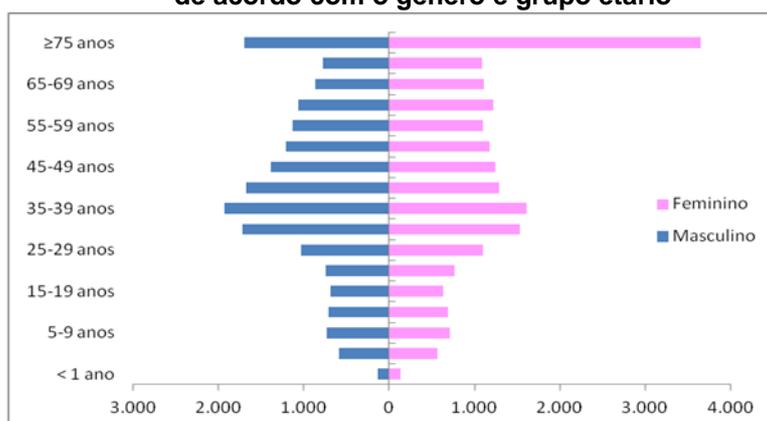
3.1.2 - Contextualização do local de estágio

Este projeto de intervenção comunitária é desenvolvido no ACES Lisboa Oriental que é composto por sete Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados: Penha de França; Damasceno Monteiro; Mónicas; S. Nicolau; S. João; Olivais e Marvila, duas Unidades de Saúde Familiar (Monte Pedral e Lóios) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade. Abrange 20 freguesias com uma densidade populacional média de 12708,19 habitantes/km². A população inscrita no ACES é de cerca de 214.000 utentes, tendo como hospital público de referência o Hospital de São José, integrado no Centro Hospitalar Lisboa Central.

O projeto é implementado na UCSP Penha de França que dá resposta a residentes das freguesias da Penha de França, Anjos e Pena, num total de 12744, 9766 e 4524 habitantes segundo os Censos 2011 (Instituto Nacional Estatística, 2011).

A UCSP Penha de França em 2011 tinha 37715 utentes inscritos, dos quais 18089 eram do género masculino (47,96%) e 19626 do género feminino (52,04%), segundo dados obtidos do Programa SINUS (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos utentes inscritos na UCSP de acordo com o género e grupo etário



Fonte: SINUS2011

3.1.3 - Caracterização da população-alvo

Num projeto os indivíduos, grupos ou comunidades abrangidos são designados por população-alvo (MARÔCO, 2010), sendo o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção que definimos previamente (FORTIN, 2009). O foco de intervenção deste projeto teve como população-alvo as adolescentes nascidas em 1993 e 1994 inscritas na UCSP Penha de França, em Setembro de 2011, que não tinham feito a

vacina contra o HPV, e como tal estavam com o PNV em atraso. Estes dados foram obtidos através do SINUS, estabelecendo-se como critérios de inclusão, o facto de nascer em 1993 e 1994 e ter em atraso a I dose da vacina contra o HPV. Definiram-se como critérios de exclusão, as adolescentes grávidas e todas aquelas que após contacto telefónico, envio de carta de convocatória e realização de visita domiciliária, não tenha sido possível estabelecer um contacto. Conseguiu-se uma amostra de 37 adolescentes, sendo que 17 eram estrangeiras, das quais 9 eram de nacionalidade chinesa e as restantes de nacionalidade brasileira, e as excedentes (20) de nacionalidade Portuguesa, sendo estes dados obtidos através do SINUS.

3.1.4 - Instrumento de colheita de dados

Para a recolha da informação acerca dos conhecimentos da população sobre o HPV recorreu-se ao inquérito por questionário (ANEXO V). Foi solicitada, aos autores autorização para aplicar o referido instrumento de colheita de dados (APÊNDICE II), bem como à diretora do ACES, para a sua aplicação na UCSP Penha de França (APÊNDICE III). O questionário “Conhecimento dos estudantes: HPV e cancro do colo do útero” (RAMADA e MEDEIROS, 2010), foi utilizado em contexto de mestrado em oncologia. O questionário é composto por trinta e duas questões de resposta simples e fechadas, que avalia as dimensões: conhecimento acerca do HPV; conhecimento acerca do cancro do colo do útero; conhecimento acerca da relação HPV/cancro do colo do útero; crenças e atitudes acerca da vacinação contra o HPV; crenças e atitudes acerca da educação sexual; e comportamento sexual do sujeito (tal como é explicitado no APÊNDICE IV). Os sujeitos que na questão 6 respondem “não” continuam o questionário na pergunta 22, enquanto os que respondem “sim” o preenchem na íntegra. Fazem também parte do questionário perguntas de âmbito demográfico.

O questionário foi aplicado durante o período compreendido entre 31 de Outubro a 25 de Novembro de 2011. A amostra foi de 37 utentes, da referida unidade de saúde. Os sujeitos foram previamente contactados pelo telefone, para apresentação do projeto e, em caso de pretenderem participar proceder à marcação do dia e hora para o preenchimento do questionário. O questionário foi auto administrado, e aos inquiridos foi solicitado o seu consentimento informado (APÊNDICE V) para participarem no projeto, após a apresentação dos objetivos do mesmo.

3.1.5 - Análise de dados e principais resultados

Os dados foram analisados recorrendo à estatística descritiva (HILLS e HILLS, 2008), utilizando-se o programa informático Microsoft Excel versão 2007 e SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 19. As tabelas das questões, que não são apresentados no decurso deste subcapítulo encontram-se no APÊNDICE VI. A amostra recolhida na UCSP Penha de França foi de 37 utentes, cuja caracterização da variável demográfica, idade, apresentamos na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a idade

Idade	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
16	1	2,7%
17	26	70,3%
18	10	27%

Pela análise da tabela 1, verificamos que a Moda é ter 17 anos (70,3%), sendo que apenas um sujeito da população tem 16 anos e os restantes 27% têm 18.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos que ouviram falar do HPV

Ouviste falar em HPV?	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	19	51,4%
Não	18	48,6%

Pela observação da tabela 2, conclui-se que 19 (51,4%) dos sujeitos já tinham ouvido falar de HPV, enquanto 18 (48,6%) responderam que não.

Tabela 3 - Qual o agente responsável pela DST mais comum

Agente Responsável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
VHI	15	40,5%
HPV	2	5,4%
Herpes Simples Vírus	1	2,7%
Não sei	19	51,4%

Na tabela 3, verifica-se que 2 (5,4%) dos sujeitos responderam corretamente à questão sobre qual o agente responsável pela DST mais comum, sendo que 15 (40,5%) acham que o VHI é o agente responsável pela doença sexualmente transmissível mais comum. Pode-se concluir ainda que um grande número dos sujeitos, 19 (51,4%) desconhece qual o agente, o que pode ser indicador da falta de informação acerca das doenças sexualmente transmissíveis.

Tabela 4 – Modos de transmissão do HPV

Modos de transmissão do HPV	Frequência Absoluta N=19			Frequência Relativa		
	V	F	Não sei	V	F	Não sei
Pode transmitir-se por sexo oral	8	3	8	42,1%	15,8%	42,1%
Pode transmitir-se por sexo vaginal	12	1	6	63,2%	5,2%	31,6%
Pode transmitir-se por sexo anal	4	3	12	21,1	15,8%	63,2%
Pode transmitir-se por contacto de pele	3	8	8	15,8%	42,1%	42,1%
Pode transmitir-se por contacto de mucosas	8	3	8	42,1%	15,8%	42,1%
Pode transmitir-se por partilha de toalhas ou roupa interior	3	6	10	15,8%	31,6%	52,6%
Pode transmitir-se por frequência de piscinas ou saunas	2	8	9	10,5%	42,1%	47,4%
Pode transmitir-se por transfusão sanguínea	8	4	7	42,1%	21,1%	36,8%

Em relação aos modos de transmissão do HPV, como se pode ler na tabela 4, 12 (63,2%) dos sujeitos responde que “não sei” quanto à transmissão do HPV por sexo anal, 8 (42,1%) responde também “não sei” no que concerne à transmissão por sexo oral, por contacto de pele e contacto de mucosas.

Tabela 5 – Medidas de prevenção do HPV

Prevenção do HPV	Frequência Absoluta N=19			Frequência Relativa		
	V	F	Não sei	V	F	Não sei
Reduzir o número de parceiros sexuais	9	5	5	47,4%	26,3%	26,3%
Utilizar, de forma correta, o preservativo	14	1	4	73,7%	5,3%	21,1%
Tomar anticoncepcionais orais (pílula)	0	15	3	0%	78,9%	21,1%
Não partilhar objetos de uso íntimo	7	6	6	36,8%	31,6%	31,6%
Evitar o início precoce da vida sexual	3	12	4	15,8%	63,2%	21,1%
Utilizar espermicidas	0	10	9	0%	52,6%	47,4%
Utilizar a "pílula do dia seguinte"	0	15	4	0%	78,9%	21,1%
Manter cuidados de higiene	8	7	4	42,1%	36,8%	21,1%
Abstinência sexual	4	10	5	21,1%	52,6%	26,3%

Pela análise da tabela 5, conclui-se que 10 (52,6%) dos sujeitos responderam que a abstinência sexual não é uma medida de prevenção do HPV e 5 (26,3%) respondem que não sabem. Dos sujeitos, 5 (26,3%) respondem que reduzir o número de parceiros sexuais não constitui uma medida de prevenção e outras 5 (26,3%) respondem que não sabem.

Tabela 6 – Incidência do cancro do colo do útero em Portugal

Incidência CCU	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1000	4	10,8%
10000	2	5,4%
Não sei	31	83,8%
Total	37	100%

Na questão, qual a incidência do cancro do colo do útero em Portugal, analisada na tabela 6, verifica-se que 31 (83,8%) dos sujeitos respondem que não sabem e 4 (10,8%) respondem corretamente.

Tabela 7 – Nº de mulheres que morre anualmente em Portugal vítimas do CCU

Nº mulheres que morre anualmente em Portugal	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
200	1	2,7%
2000	1	2,7%
20000	2	5,4%
Não sei	33	89,2%

Da leitura da tabela 7, constata-se que 1 (2,7%) dos sujeitos responde corretamente à questão sobre qual o número de mulheres que morre anualmente em Portugal vítimas do cancro do colo do útero, enquanto 33 (89,2%) respondem que não sabem.

Tabela 8 – Fatores de risco para o desenvolvimento do CCU

Fatores de risco para o CCU	Frequência Absoluta N=37			Frequência Relativa		
	V	F	Não sei	V	F	Não sei
Tabagismo	4	9	24	10,8%	24,3%	64,9%
Infeção por HPV	16	0	21	43,2%	0%	56,8%
Exposição prolongada ao sol	0	18	19	0%	48,6%	51,4%
Consumo de canabinóides	0	15	22	0%	40,5%	59,5%
Utilização de anticoncepcionais orais	2	10	25	5,4%	27%	67,6%
Orientação heterossexual	3	16	18	8,1%	43,2%	48,6%
Múltiplos parceiros sexuais	9	10	18	24,3%	27%	48,6%
Consumos prolongados de aspirina	0	14	23	0%	37,8%	62,2%
Doenças sexualmente transmissíveis	18	0	19	48,6%	0%	51,4%
Início precoce da vida sexual ativa	4	8	25	10,8%	21,6%	67,6%
Fatores genéticos	3	8	26	8,1%	21,6%	70,3%
Tipo de alimentação	1	16	20	2,7%	43,2%	54,1%

Da análise da tabela 8, pode verificar-se que 24 (64,9%) dos sujeitos responde “não sei” quanto ao tabagismo ser um fator de risco para o desenvolvimento de cancro do colo do útero, 9 (24,3%) respondem que é falso. Quanto à utilização de anticoncepcionais orais, 25 (67,6%) respondem “não sei” e 10 (27%) respondem que é falso. Em relação à infeção por HPV, 16 (43,2%) respondem que é verdadeiro e os restantes sujeitos, 21 (56,8%) respondem que não sabem.

Tabela 9 – Relação entre HPV/CCU

Relação entre HPV/CCU	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Presença de HPV implica cancro do colo do útero	2	11,1%
HPV é fator de risco para o desenvolvimento de cancro do colo do útero	11	61,1%
Não sei	5	27,8%

Da observação da tabela 9, verifica-se que 11 (61,1%) dos sujeitos respondem corretamente à questão, contudo 5 (27,8%) afirmam desconhecer qual a relação entre o HPV e o cancro do colo do útero.

Tabela 10 – População disposta a ser vacinada

Disposta a ser vacinada	Frequência Absoluta N=19	Frequência Relativa
Sim	14	74%
Não	5	26%

Da análise da tabela 10, concluímos que 74% (14) dos sujeitos estaria disposto a ser vacinado com uma vacina eficaz para o HPV e apenas 26% (5) não estariam disponíveis para serem vacinados.

Tabela 11 – A divulgação acerca do HPV

Divulgação do HPV é suficiente	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	5	13,5%
Não	32	86,5%
Total	37	100%

Depreende-se da leitura da tabela 11, que quanto à divulgação feita sobre o HPV, 32 (86,5%) dos sujeitos certificam que não é suficiente, sendo que apenas 5 (13,5%) acha suficiente.

Tabela 12 – O que gostarias de saber acerca do HPV

Informação acerca do HPV	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
O que é	30	81,1%
Como se transmite	29	78,4%
Medidas de prevenção	28	75,7%
Apresentação da infecção	21	56,8%
Diagnóstico da infecção	20	54,1%
Eficácia e tipos de tratamentos	12	32,4%
Consequências de infecção	11	29,7%
Relação com cancro do colo do útero	9	24,3%
Outros	2	5,4%

Pela análise da tabela 12, conclui-se que em relação ao que gostariam de saber em relação ao HPV, os sujeitos na sua maioria, 30 (81,1%) gostavam de saber o que é, 29 (78,4%) como se transmite e 28 (75,7%) quais as medidas de prevenção de transmissão.

Tabela 13 - Meios mais adequados para divulgação do HPV

Meios para divulgação do HPV	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Escola/local de ensino	37	100%
Profissionais de saúde	26	70,3%
Amigos	2	5,4%
Família	2	5,4%
Televisão	16	43,2%
Imprensa	5	13,5%
Outdoors	2	5,4%
Outra	1	2,7%

Da leitura da tabela 13, fica perceptível que os sujeitos consideram como meios mais adequados para a divulgação desta temática, em primeiro lugar a escola/local de ensino selecionada por todos, de seguida os profissionais de saúde com 26 (70,3%) respostas afirmativas seguida da televisão com 16 (43,2%) respostas.

Tabela 14 – Início da atividade sexual

Início da atividade sexual	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	11	29,7%
Não	26	70,3%
Total	37	100%

A tabela 14, permite afirmar que 26 (70,3%) dos sujeitos ainda não iniciaram a sua atividade sexual e 11 (29,7%) já iniciaram.

Tabela 15 - Interesse em participar em programas de rastreio e *workshops* acerca HPV/CCU

Participação em rastreios e <i>workshops</i>	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	26	70,3%
Não	11	29,7%
Total	37	100%

Da observação da tabela 15, verifica-se que os sujeitos quando questionados acerca do interesse em participar em programas de rastreio de HPV e *workshops* acerca do HPV e cancro do colo do útero, 26 (70,3%) responderam que sim, sendo que 11 (29,7%) responderam que não.

3.1.6 - Seleção dos problemas

Após a análise dos resultados, e sustentados pela Teoria de Orem podemos certificar os seguintes problemas nesta população, utilizando a linguagem CIPE® Versão2 (2011):

- Déficit de conhecimentos relacionado com o HPV.
- Déficit de conhecimentos relacionado com o cancro do colo do útero.
- Déficit de conhecimentos acerca da relação HPV/cancro do colo do útero.

De acordo com os problemas identificados formulou-se o seguinte diagnóstico de enfermagem, segundo a taxonomia da CIPE® Versão2 (2011):

- ✓ Capacidade diminuída para realizar o autocuidado por parte da população, relacionado com o déficit de conhecimentos acerca do HPV e relação entre o HPV e cancro do colo do útero.

3.2 - Definição de prioridades

Na metodologia do planeamento em saúde, a definição de prioridades corresponde à segunda etapa, tratando-se de um processo de tomada de decisão, composto por três fases: determinação de prioridades; definição de critérios e sua ponderação e por último, a seleção da técnica para determinar as prioridades (TAVARES, 1990). Como tal, é condicionada pelo diagnóstico da situação e por outro lado, determina a etapa seguinte, a fixação dos objetivos (IMPERATORI e GIRALDES, 1993).

Para a determinação de prioridades, optou-se pela **grelha de análise**, sendo esta uma técnica semiquantitativa que permite a ordenação dos problemas através da aplicação de critérios divididos em categorias dicotómicas (TAVARES, 1990 e IMPERATORI e GIRALDES, 1993). Para a transcendência, recorreu-se aos dados do questionário no que diz respeito ao grupo etário, para determinar a importância do problema de acordo com as idades dos sujeitos, pois “a transcendência é, de facto, uma simples ponderação por grupos etários” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.65). Na relação problema fatores de risco, teve-se em conta os resultados obtidos dos questionários no que diz respeito aos conhecimentos dos sujeitos tendo em vista os possíveis comportamentos de risco. Para a vulnerabilidade, avaliou-se para cada problema a possibilidade de prevenção, pois este critério “é fundamental, dado que o

processo de planeamento-programação pretende utilizar os recursos onde produzem maior efeito” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.66). Na exequibilidade, considerou-se o recurso temporal possível para a intervenção, cerca de 4 a 6 semanas e a preparação académica e profissional da mestranda face às intervenções prováveis em cada problema. Apresenta-se de seguida, a tabela 16 e os respetivos resultados desta etapa e sua explanação.

Tabela 16 - Priorização dos problemas segundo a grelha de análise

Problemas	Critérios				Ordem
	Transcendência	Relação problema/ Fatores de risco	Vulnerabilidade	Exequibilidade	
1 - Défice de conhecimentos relacionados com o HPV	+	+	+	+	1
2 - Défice de conhecimentos relacionados com o cancro do colo do útero	-	-	-	+	2
3 - Défice de conhecimentos acerca da relação HPV/cancro do colo do útero	+	+	+	+	1

Através da priorização, conclui-se que os problemas selecionados são o 1 e 3, considerando-se que ambos são suscetíveis de intervenção.

Tendo em conta o quadro norteador, a Teoria de Orem, é manifesto que estamos perante um défice de autocuidado consequente do desconhecimento dos sujeitos relacionados com as temáticas abordadas, podendo mesmo, estarmos na presença de comportamentos de risco por parte dos mesmos. A Teoria de Orem defende que a enfermagem surge para compensar o défice do autocuidado quando esta capacidade está diminuída. Contudo, é de realçar que o profissional nunca deve substituir o outro naquilo que ele é capaz de fazer por si próprio. Assim, como forma de colmatar o défice do autocuidado manifestado pelos sujeitos, devemos intervir tendo em consideração a Teoria dos Sistemas, na medida em que estes se baseiam nas necessidades de autocuidado do indivíduo/família, na sua aptidão para a execução de atividades de autocuidado, tendo em linha de conta a sua capacidade de resposta e o seu grau de dependência. Atendendo aos problemas identificados o Sistema Apoio e Educação é o que melhor responde às intervenções necessárias, na medida em que o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite da ajuda de enfermagem para lhe facultar informação e conhecimento. O enfermeiro vai tornar esse indivíduo no “agente” capaz de se auto cuidar, melhorando assim a sua qualidade de vida. A pedra basilar da autonomia

dos indivíduos relativamente à gestão do seu processo de saúde recai na responsabilização dos próprios como atores principais neste processo, pertencendo aos enfermeiros a implementação de estratégias educadoras e promotoras do autocuidado.

3.3 - Fixação de objetivos

Seguindo a metodologia do planeamento em saúde, a fixação de objetivos é a fase que se segue, sendo uma etapa essencial, na medida em que só com um correto delineamento dos objetivos vai ser possível proceder a uma correta avaliação dos resultados obtidos (IMPERATORI e GIRALDES, 1993). Devem ainda ser considerados quatro fases nesta etapa: seleção dos indicadores dos problemas prioritários; determinação da tendência dos problemas; fixação dos objetivos e tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas (IMPERATORI e GIRALDES, 1993).

O objetivo deve traduzir o enunciado de um resultado desejável, tecnicamente executável da evolução de um problema, alterando assim a sua evolução natural, traduzido em indicadores de resultado (IMPERATORI e GIRALDES, 1993).

Como tal, deverão estar compreendidos no seu enunciado os critérios com que se poderá “apreciar o grau de sucesso de um projecto, assim como a adequação entre os fins procurados pela sua implementação com as expectativas da população-alvo” (TAVARES, 1990, p.115).

Atendendo ao quadro norteador de Orem, definimos como objetivo geral:

✚ Reduzir o número de jovens, nascidas entre 1993 e 1994 inscritas na UCSP Penha de França e que não aderiram à vacina do HPV, no período compreendido entre Outubro de 2011 e Fevereiro de 2012.

Desta forma, pretendemos intervir no Sistema Apoio e Educação, para que as jovens venham a ser capazes de se auto cuidar. Para Orem (1995) o autocuidado tem um propósito quando desenvolvido eficientemente, contribuir de forma clara para a integridade estrutural, funcional e de desenvolvimento do ser humano. Às necessidades do autocuidado os indivíduos respondem naturalmente tendo em conta o seu estadio de desenvolvimento, recursos pessoais, sociais e exigências do meio. Quando os recursos existentes não permitem a auto satisfação dessas necessidades, a capacidade do autocuidado diminui e surge então a necessidade de ajuda. É nesta base de ajudar,

cuidando, que surge a importância de promover a capacidade do indivíduo aprender a cuidar de si próprio. Nesta base, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Contribuir para a aquisição de conhecimentos da população, relacionados com o HPV.
2. Sensibilizar a população, para a relação entre o HPV e o cancro do colo do útero.
3. Contribuir para as necessidades educativas da população, relacionadas com a vacina do HPV.
4. Aumentar a proteção específica da população contra o HPV.
5. Promover o autocuidado da população alvo, em relação aos comportamentos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.
6. Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCSP Penha de França, para a temática do HPV.

Segue-se a enumeração dos objetivos operacionais ou metas, dado que estes traduzem “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de actividade” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.80). Resultaram as seguintes metas, de acordo com os objetivos específicos já expostos anteriormente:

1. Que pelo menos 50% da população saiba identificar o que significa HPV; refiram, pelo menos dois modos de transmissão do vírus; e mencionem, pelo menos três medidas de prevenção da infeção por HPV.
2. Que pelo menos 50% da população, saiba indicar qual a relação entre o HPV e o cancro do colo do útero.
3. Que pelo menos 50% da população identifique qual a vacina do PNV contra o HPV, o número de doses e os respetivos intervalos de administração.
4. Atingir uma taxa de cobertura vacinal contra o HPV de 80% para a I dose da vacina e 70% para a II dose.
5. Que pelo menos 50% da população saiba reconhecer, pelo menos três medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.
6. Que 70% da equipa de enfermagem participe na ação de formação.

3.4 - Seleção de estratégias

Nesta fase, pretende-se conhecer qual o processo mais adequado para poder atingir os objetivos definidos e inverter a tendência natural de evolução dos problemas

(IMPERATORI e GIRALDES, 1993). Segundo os autores supra citados define-se estratégia de saúde “como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo (...) problemas de saúde” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.87).

Tendo este projeto comunitário como referencial norteador a Teoria de Orem, pretende-se ensinar a população para se autocuidar através do Sistema Apoio e Educação, em que “valid helping techniques in these situations include combinations of support, guidance, provision of a developmental environment, and teaching” (OREM, 1995, p.310). Como tal, a informação que os enfermeiros transmitem “capacita os clientes para atingir níveis ótimos de saúde, prevenir problemas de saúde” (ONEGA e DEVERS 2011, p.304). Os mesmos autores, referem ainda que a formação permite que os indivíduos tomem decisões sobre a sua saúde e assumam a responsabilidade da mesma, sendo capazes de lidar com as alterações de saúde e estilos de vida.

O aumento das expectativas dos cidadãos face à qualidade dos cuidados de saúde e o avanço tecnológico exige dos profissionais de enfermagem uma reflexão da prática clínica, consolidada em bases científicas, de tal forma que se justifiquem as ações adotadas na prática da educação para a saúde. Ao implementar um programa de educação para a saúde o enfermeiro deve: identificar as necessidades de aprendizagem; ter em consideração o modo como a população aprende; analisar as questões educativas que preocupam a população; desenhar e implementar um programa educativo; e avaliar os resultados do programa educativo (ONEGA e DEVERS, 2011).

Contudo para que a educação para a saúde “consiga facilitar a aquisição de comportamentos saudáveis, requer um processo de planeamento prévio à sua execução” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p. 51). Os autores supra citados certificam ainda que, a mudança de comportamentos não é uma tarefa fácil e requer um planeamento da intervenção prévio, com o objetivo final de facilitar a aquisição de comportamentos saudáveis.

As Teorias Gerais da Educação auxiliam os enfermeiros da comunidade a compreender a forma como as pessoas aprendem e como planear e implementar a educação para a saúde, analisando as características do cliente segundo uma abordagem teórica (LANCASTER, ONEGA e FORNESS, 1999). Neste sentido, recorreremos à Teoria Cognitiva, na medida em que esta “sustenta que mudando os padrões psicológicos e fornecendo informação, o comportamento dos utentes é alterado”

(LANCASTER, ONEGA e FORNESS, 1999, p.269). Como tal a aprendizagem consiste numa mudança na estrutura cognitiva do cliente ou na maneira como este percebe, seleciona, organiza os acontecimentos e lhes atribui significado (TAVARES e ALARCÃO, 2005).

Todavia, “para que haja mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem” (CARVALHO e CARVALHO, 2006, p.21). Na Teoria Cognitiva, a aprendizagem, corresponde ao “ desenvolvimento de padrões que fornecem um guia potencial para o comportamento” (REDMAN, 2003, p.21). Logo, a aprendizagem e a motivação vão assim tornar possível a mudança de comportamento.

Como tal, ambicionamos motivar a população para a aprendizagem, relacionando-a com as suas necessidades pessoais e os objetivos da própria aprendizagem, tendo sempre presente o seu nível anterior de conhecimento e ajudá-lo a relacioná-lo com os conhecimentos novos.

A educação para a saúde deve favorecer a “expressão dos problemas de saúde pelas pessoas e grupos a que respeitam, (...) o seu papel é de criar as condições de acesso a escolhas de saúde para as pessoas e comunidades” (HONORÉ, 2002, p.221). O autor supra citado atesta ainda que devem ser enunciados três princípios na educação para a saúde; uma abordagem global de saúde; uma abordagem cultural da saúde; e um sistema de recursos e de competências adaptadas.

A educação para a saúde é responsável pela “programação da agenda e de aumentar a consciência crítica relativamente aos programas de promoção de saúde” (LAVERACK, 2008, p.12). O mesmo autor afirma ainda que a educação para a saúde visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas decisões futuras, quer individuais quer coletivas.

No que concerne ao conteúdo funcional de todas as categorias da Carreira de Enfermagem (D.R, I Série. 184 – 2009-9-22) faz parte a execução de cuidados de enfermagem que integrem processos educativos e que promovam o autocuidado do utente. Também no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (D.R, II Série. 35 — 2011-02-18) se evidenciam as atividades de educação para a saúde, tal como nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, é salientado o desempenho do papel de agente de educação para a saúde, ao referir-se que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de

saúde, através de: identificação da situação de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade; a criação e aproveitamento de oportunidade para promoverem estilos de vida saudáveis identificados; promoção do potencial de saúde do utente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento e desenvolvimento; e fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo utente (OE, 2011).

Pelo exposto anteriormente, decidiu-se como estratégia a educação para a saúde, na medida em que a aprendizagem vai possibilitar aos clientes melhorarem as suas capacidades de tomada de decisão e assim alterarem o seu comportamento (ONEGA e DEVERS, 2011). Pretendemos que a população aprenda e adquira conhecimentos no âmbito do HPV, pois só depois de estabelecida a aprendizagem é possível obter mudanças no comportamento. Para tal, entrevistou-se a nível do domínio cognitivo e a nível do domínio afetivo, na medida em que este inclui mudanças nas atitudes. Teve-se em atenção os passos do ensino: prender a atenção; informar o educando quanto aos objetivos do ensino; estimular o recordar de anteriores aprendizagens; apresentação do material; proporcionar orientação para a aprendizagem; proporcionar feedback; avaliar o desempenho; realçar a retenção e a transferência de conhecimento (ONEGA e DEVERS, 2011). Apresentamos as estratégias e respetivas atividades de acordo com os objetivos específicos definidos no APÊNDICE VII. Foi ainda avaliada nesta etapa, a disponibilidade dos recursos humanos e outros necessários para as intervenções (IMPERATORI e GIRALDES, 1993), nomeadamente os custos, para garantir o número necessário de vacinas e asseverar a continuação das intervenções.

3.5 - Preparação operacional-programação

Nesta etapa, descrevem-se as atividades constituintes do projeto, definidas de acordo com os objetivos traçados (TAVARES, 1990). Atendendo a que, o projeto corresponde a uma atividade que decorre durante um período de tempo bem delimitado, com vista à obtenção de um resultado específico e contribui para a execução de um programa (TAVARES 1990; IMPERATORI e GIRALDES, 1993), como neste caso, foi elaborado um projeto, designado – Vírus do Papiloma Humano: Intervir para Prevenir. As intervenções de enfermagem executadas foram decorrentes de decisões de natureza científica, tendo em conta os problemas prioritizados, mas suportaram-se igualmente na

ética em enfermagem. Após a elaboração do diagnóstico de enfermagem, e atendendo à estratégia selecionada, decidiu-se intervir a nível da prevenção primária. Este nível de prevenção “is appropriate before the onset of disease and is directed to the maintenance and promotion of integrity of structure and functioning and the prevention of specific diseases” (OREM, 1995, p.129).

Apresenta-se de seguida, cada atividade particularizando os seguintes parâmetros: atividade; participantes; local e data; descrição; objetivo; e avaliação (TAVARES, 1990). O plano operacional encontra-se no APÊNDICE VIII.

Atividades realizadas:

Sessões de Educação para a Saúde.

Após o diagnóstico de situação de saúde, onde foram identificados os conhecimentos da população-alvo, optou-se por efetivar sessões de educação para a saúde a nível individual, que decorreram entre Janeiro e Fevereiro de 2012, no gabinete da vacinação da UCSP. Decidiu-se estas atividades, porque a população não demonstrou disponibilidade para a programação de sessões de grupo e porque, “os enfermeiros de saúde comunitária, que trabalham na comunidade (...) podem ter orientação clínica para o indivíduo como cliente” (WILLIAMS e STANHOPE 2011, p.15). Para tal, foi elaborado um plano para as ações educativas (APÊNDICE IX). A população-alvo foi convocada por telefone. As **ações educativas** tiveram como **objetivo capacitar a população para a prevenção do HPV**, através da informação, ensino, aconselhamento e sensibilização relacionado com a temática do vírus, da sua transmissão, medidas de prevenção da sua propagação e das doenças sexualmente transmissíveis, vacina disponível e intervalos de administração da mesma. Como está definido na taxonomia CIPE® Versão2 (2011): educar é “ensinar: transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém” (OE, 2011, p.96). O aconselhamento é “orientar: capacitar alguém para tomar a sua própria decisão, através do diálogo” (OE, 2011, p.95).

Folheto informativo do HPV.

Foi elaborado um folheto informativo acerca do HPV (APÊNDICE X) e a relação com o CCU, que foi distribuído às adolescentes no final das sessões. Foram também entregues exemplares na Escola Secundária de Dona Luísa de Gusmão, a fim de serem distribuídos

na Feira da Saúde, a realizar no dia 22 de Março. A pedido da professora coordenadora da Equipa da Educação para a Saúde, foram também disponibilizados folhetos para o Gabinete de Apoio e Informação ao Aluno. É relevante o número de imigrantes que hoje recorrem aos serviços de saúde, neste sentido os cuidados culturalmente sensíveis emergem como uma necessidade incontornável, em que os enfermeiros com os seus “ideais holísticos e com a sua proximidade com a pessoa doente estão numa posição privilegiada para executar a *competência cultural* e assim contribuir para a humanização dos cuidados de saúde” (PEREIRA, 2011, p.23). Como tal, procedemos à tradução do folheto em mandarim (APÊNDICE XI), devido ao elevado número de jovens chinesas inscritas na UCSP e às dificuldades sentidas na comunicação.

Administração da I e II dose da vacina contra o HPV.

A primeira dose da vacina contra o HPV foi administrada às adolescentes que concordaram e aceitaram, quando foram convocadas para responder ao questionário, tal como é preconizado no PNV 2012, compete aos profissionais de saúde “aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade aos serviços de saúde” (DGS, 2011, p.6). Procedeu-se à administração da segunda dose da vacina contra o HPV, entre Janeiro e Fevereiro de 2012, após a realização da ação educativa. A população-alvo é a mesma que foi descrita na primeira atividade tendo sido convocada por telefone. Todas as imunizações foram registadas no BIS e no SINUS. Foi também elaborado um cartão (APÊNDICE XII) para registo das datas de administração e agendamento da próxima dose, por se ter detetado que todas as adolescentes referiram que se não tivessem sido contactadas se teriam esquecido da II dose da vacina. Para avaliar esta atividade recorreu-se à adesão e taxa de cobertura vacinal.

Cartazes informativos.

Foram criados dois cartazes informativos, um dirigido para as adolescentes (APÊNDICE XIII) e outro direccionado para a população em geral (APÊNDICE XIV). Foram ambos afixados na UCSP, o dirigido às adolescentes no piso da vacinação, enquanto o outro foi exposto nas salas de espera dos restantes pisos. Foi também colocado na Escola Secundária de Dona Luísa de Gusmão e na Junta de Freguesia dos Anjos o cartaz referente às adolescentes, como meio de divulgação para a comunidade da informação

relacionada com o HPV e respetiva vacina. A Junta de Freguesia revelou-se um local muito profícuo na medida em que se situa junto à Piscina Municipal dos Anjos, que é frequentada por muitos adolescentes, tal como a Escola Secundária e o Gabinete do Adolescente da respetiva escola.

Ação de formação em serviço.

Por vezes, são os próprios profissionais dentro da instituição que mais resistem à implementação de um projeto (TAVARES 1990; IMPERATORI e GIRALDES 1993). Por outro lado, deve ser uma preocupação constante dos serviços de saúde a formação e constante atualização dos profissionais que trabalham na área da vacinação (DGS, 2011). Como tal, conscientes das necessidades de formação sentidas pelos profissionais de enfermagem, sentiu-se necessidade de envolver a equipa de enfermagem da UCSP no projeto de intervenção comunitária, através da realização de uma ação de formação em serviço. Foi para tal elaborado um cartaz informativo de divulgação da ação (APÊNDICE XV). A sessão formativa foi dirigida a toda a equipa de enfermagem da UCSP Penha de França e UCSP Damasceno Monteiro e realizou-se nas instalações da UCSP Penha de França a 8 de Fevereiro. A sessão teve como objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática do HPV, de modo a dar contributos úteis para a aquisição e desenvolvimento de competências dos enfermeiros para que estes possam dar continuidade ao projeto de intervenção comunitária. Pois as abordagens estruturadas, que permitem que o pessoal de enfermagem considere a cultura dos cuidados nos quais trabalham podem apoiar a reflexão, discussão crítica e como consequência a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Utilizou-se o método expositivo, através da projeção de diapositivos e incentivou-se a participação ativa do grupo, através da colocação de dúvidas e/ou sugestões. O plano da sessão formativa encontra-se no APÊNDICE XVI e os diapositivos da mesma no APÊNDICE XVII. Para a avaliação da sessão foi elaborado um questionário (APÊNDICE XVIII), aplicado no final aos participantes, tendo sido decidido pela enfermeira responsável pela formação em serviço, que este questionário seria utilizado como modelo para avaliação das ações de formação da UCSP.

3.6 – Avaliação

A avaliação das medidas implementadas é essencial para otimizar estratégias e sustentar as decisões de manter e replicar as intervenções que demonstrem ser eficazes. A sua finalidade é aprimorar os programas e orientar a organização dos recursos a partir das informações transmitidas pela experiência (IMPERATORI e GIRALDES, 1993). Representa a fase final do processo do planeamento, confrontando ao nível da adequação, os objetivos com as estratégias (TAVARES, 1990). Nesta fase, deve-se distinguir entre a “avaliação a curto prazo, só possível através de indicadores de processo ou actividade que serviram para fixar metas, e uma avaliação a médio prazo (...) indicadores de impacte ou resultado” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p.30). Neste sentido só foi possível definir indicadores de processo, pois num período tão limitado como o que decorreu o estágio não nos foi possível avaliar o impacto do projeto (CARVALHO e CARVALHO, 2006).

Sessões de Educação para a Saúde.

Para esta atividade definimos indicadores de processo, descritos no APÊNDICE XIX. Foram programadas trinta e sete sessões de educação para a saúde individual, no entanto só foi possível efetivar trinta e cinco, porque duas das adolescentes se encontravam na China não tendo regressado em tempo útil para a intervenção. Conseguimos uma adesão de 94,6% da população, em que 94,3% das adolescentes respondeu corretamente às questões colocadas para avaliação dos conhecimentos adquiridos com a intervenção, atendendo à meta delineada de 50%, consideramos que atingimos o objetivo.

Administração da I e II dose da vacina contra o HPV.

Para esta atividade designamos indicadores de adesão e a taxa de cobertura vacinal obtida através do SINUS, apresentadas no APÊNDICE XX. Para a administração da I dose da vacina contra o HPV, conseguimos vacinar trinta e sete adolescentes, das quarenta e sete que conseguimos contactar em tempo útil, atingindo assim uma taxa de adesão de 86%, o que se revelou superior à meta estabelecida de 80%. Destas quarenta e sete, uma encontrava-se internada numa instituição hospitalar; cinco recusaram fazer a vacina e quatro estavam grávidas, não podendo fazer a vacina pelo que foram excluídas.

Foram vacinadas trinta e cinco adolescentes com a II dose da vacina contra o HPV, o que corresponde a uma taxa de adesão de 94,6% da população convocada, sendo que este resultado é muito satisfatório atendendo à meta inicialmente estabelecida de 70%. Na última semana do estágio, foram expurgadas as listagens de utentes do ACES, sendo que neste grupo etário a população passou de 247 para 210 adolescentes, o que vem de encontro às conclusões emanadas da fase do diagnóstico de saúde, em que se trata de população migrante que não se encontra em Portugal, ou pelo menos nesta área de residência. A taxa de cobertura vacinal para a I dose da vacina contra o HPV obtida no SINUS foi de 90% (ANEXO VI) e de 81% para a II dose (ANEXO VII).

Ação de formação em serviço.

Efetuamos uma ação de formação em serviço de modo a assegurar a aquisição e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas adequadas a uma melhor prestação de cuidados, potenciando o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho. Por outro lado, pretendemos uniformizar procedimentos técnicos, científicos e comportamentais em termos de prestação de cuidados na UCSP no âmbito da vacinação contra o HPV, contribuindo deste modo para uma maior equidade da prestação de cuidados de saúde, assim como para a melhoria contínua e uniformização dos mesmos, possibilitando assim continuidade a este projeto. Para a avaliação desta atividade estabelecemos indicadores de atividade, adesão e de participação que se encontram indicados no APÊNDICE XXI. Estava programada uma sessão que foi realizada, em que estiveram presentes sete dos oito enfermeiros convocados, obtendo-se assim uma adesão de 87,5%, com uma taxa de participação de 100%, em que os formandos classificaram a ação entre o Bom e Muito Bom. Mais uma vez conseguimos superar a meta proposta de 70% de adesão à formação.

Pelo exposto precedentemente podemos afirmar que todas as metas foram atingidas na sua plenitude, o que certamente se irá traduzir em ganhos para a saúde a médio e longo prazo para esta população, na medida em que a educação para a saúde e a prevenção primária se afiguram como áreas de intervenção fundamental para o controlo das doenças oncológicas. Podemos então inferir que o papel do enfermeiro é fulcral na implementação de programas de promoção e proteção de saúde aos jovens, enquanto promotores de ganhos em saúde.

4 - LIMITAÇÕES DO PROJETO

Ao longo do projeto foram surgindo alguns constrangimentos, em que o percurso percorrido teve os seus altos e baixos, facilidades, dificuldades que foram prenunciadores de incentivos e da vontade de continuar sempre em frente, em que os “constrangimentos ultrapassáveis e zonas de incerteza constituem as disponibilidades de que qualquer ambiente é portador” (BOUTINET, 1996, p.287). As favoráveis e as menos favoráveis experiências, permitem um crescimento pessoal e profissional, levando assim à aquisição de competências, através das novas experiências e da reflexão sobre as mesmas.

Consideramos que a principal limitação foi o tempo concedido para a realização deste projeto, tendo sido muito restritivo. O estágio decorreu durante dezoito semanas, o que por si só já constitui uma limitação para a metodologia do planeamento em saúde, que envolve diversas fases, pelo que logo desde o início fomos condicionados em toda a intervenção comunitária por este fator.

Outra condicionante foi a dificuldade em contactar a população, sendo que a maior parte é população migrante com características flutuantes, não se encontrando em Portugal na altura em que decorreu o estágio. Alguns dos contactos telefónicos adquiridos através do SINUS, já não se encontravam atribuídos, pelo que foi enviada convocatória através de carta e realizadas ainda algumas visitas domiciliárias sem sucesso, facto que comprovou que a população inscrita na UCSP não corresponde à população residente em Portugal. Outra das limitações, foi o facto de duas adolescentes não se encontrarem em Portugal, quando foram contactadas para a intervenção, encontrando-se na China, tendo regressado depois de o estágio terminar, o que não nos possibilitou atingir a população na sua totalidade.

Consideramos ainda que, o número reduzido da amostra não nos permite generalizar as conclusões.

Por fim, o recurso temporal não nos permitiu aplicar indicadores de resultado, pois durante um período tão limitado como o do estágio não é possível determinar estes indicadores, pois “a maior parte das mudanças a nível da condição de saúde tardam muito tempo a aparecer. Tanto o impacto como os resultados são o objecto da avaliação sumativa” (CARVALHO e CARVALHO 2006, p.72).

5 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Com a finalização do projeto emerge refletir sobre as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, utilizando como referenciais a legislação em vigor e os cadernos temáticos da OE, designadamente o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2011). Não olvidando a aquisição de competências do 2.º ciclo descritas no Processo de Bolonha, nomeadamente o desenvolvimento de projetos que reflitam e questionem as práticas existentes no sentido de desenvolver processos de inovação nos cuidados prestados, tendo sempre presente as dimensões éticas, políticas, sociais e económicas envolventes às práticas. De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 80.º - Do dever para com a comunidade, o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assumindo o dever de: “a) conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido, b) participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detectados” (Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril de 1998, p.1754). Igualmente segundo a OE (2009), os enfermeiros especialistas devem desenvolver competências comuns a todas as áreas de especialidade que são a responsabilidade profissional, ética e legal; gestão da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Foram também emanadas competências específicas, tal como está descrito no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, em que o enfermeiro adquiriu competências que lhe vão permitir associar-se na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades (D.R II Série. 35 – 2011-02-18).

As principais competências adquiridas advêm da aplicação da metodologia do planeamento em saúde, que nos permitiu fazer uma avaliação do estado de saúde de um grupo da comunidade e podermos delinear um projeto de intervenção comunitária, mobilizando os referenciais teóricos de enfermagem, neste caso a Teoria de Orem, ao longo de toda a intervenção. A fase do diagnóstico de situação possibilitou-nos uma maior

aquisição de competências na área de investigação, nomeadamente na utilização de programas informáticos como o SPSS e através da colheita e tratamento de dados, assim como na interpretação dos resultados. Esta metodologia também nos permitiu o estabelecimento de prioridades em saúde e a definição das estratégias de acordo com o referencial teórico norteador de todo o trabalho. Neste âmbito, foi possível mobilizar alguns recursos da comunidade, nomeadamente a Junta de Freguesia dos Anjos e a Escola Secundária de Dona Luísa de Gusmão. As limitações anteriormente relatadas, induziram a capacidade de adaptação a situações desfavoráveis, onde desenvolvemos a força e a confiança para sermos proactivos e capazes de responder num ambiente exigente, através da capacidade de pensar criticamente, planear e gerir as adversidades.

Através da realização da ação de formação em serviço à equipa de enfermagem, temos a expectativa de ter contribuído para a consolidação de conhecimentos nesta área e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, permitindo assim a criação de sinergias para a continuidade do projeto intervenção comunitária por parte da equipa. Tal como está emanado nas competências comuns dos enfermeiros especialistas, devemos responsabilizarmo-nos por ser facilitadores da aprendizagem, em contexto de trabalho, através da formação de pares (D.R II Série. 35 – 2011-02-18).

A elaboração do relatório de estágio, permitiu-nos desenvolver a capacidade de análise crítica reflexiva de comunicação dos resultados obtidos com o projeto.

Como tal, “o modo como tratamos a nossa aprendizagem experiencial diária, na prática clínica, determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto colectivas como cumulativas, e ligadas de um modo vital com a prática clínica” (BENNER, 2005, p.12). Não olvidando a experiência profissional adquirida ao longo dos últimos oito anos desenvolvida em contexto de Cuidados de Saúde Primários e de acordo com o Modelo de Aquisição de Competência de Dreyfus, adotado por Benner (2005), consideramos que nos encontramos no nível *proficiente*. Na medida em que “a enfermeira proficiente percebe as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada, e as suas acções são guiadas por máximas” (BENNER, 2005, p.50). As competências desenvolvidas e supracitadas, revelaram-se profícuas no sentido de garantir elevados padrões de qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem que prestámos, maximizando os ganhos em saúde desta população.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo os CSP o pilar do Serviço Nacional de Saúde, é essencial desenvolver competências no sentido da enfermagem ser cada vez mais reconhecida como um elemento basilar. A mudança exige a participação de todos os profissionais, pelo que se deve promover a melhoria contínua dos serviços, propondo e implementando novos projetos de intervenção comunitária (FAWCETT e RUSSELL, 2001). Neste sentido, é de salientar que, os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária têm um papel preponderante no que diz respeito à vigilância epidemiológica e à intervenção com vista à promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

Neste sentido, a enfermagem comunitária caracteriza-se por uma prática continuada e globalizante, dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade. Integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença dos seus membros, capacitando os indivíduos, famílias e grupos para a sua autonomia e autocuidado. Esta área dos cuidados de enfermagem perfaz a síntese de todas as áreas da enfermagem, pois exige a necessidade de se mobilizar todos os conhecimentos para uma abordagem global e holística dos indivíduos/grupos/comunidades. A comunidade constitui o foco da intervenção comunitária estando implícito um trabalho abrangente, com uma abordagem interdisciplinar, intersectorial e de parceria, em que “o enfermeiro não deve fazer pela comunidade o que esta pode fazer por si própria” (RINER, 2011, p.423). Em que o processo comunitário “começa pelos serviços de cuidados de saúde primários e tem origem entre os profissionais de saúde e os utentes, para se alargar progressivamente à rede mais ampla da comunidade” (COLLIÈRE, 2003, p.270).

A prevenção primária encontra-se no centro da saúde pública e comunitária, pertencendo aos enfermeiros a ênfase nestas práticas, nomeadamente através da administração de vacinas e a monitorização do estado de imunização das populações (SY e LONG-MARIN, 2011). No âmbito do PNV, as atividades como a informação e a educação para a saúde, desenvolvida nos Centros de Saúde/Comunidade fazem parte integrante daquilo que os enfermeiros sempre outorgaram como fazendo parte da sua praxis (COSTA, 2005). Como tal, “the introduction of HPV vaccination could also effectively reduce the burden of cervical cancer in the coming decades” (WHO, 2010b, p.44). Pode então concluir-se que, “cervical cancer is an important global public health

problem. The degree of knowledge is essential to determine the most appropriate strategy for planning an effective intervention” (MEDEIROS e RAMADA, 2011, p.153).

Para a realização deste trabalho foi necessária uma pesquisa exaustiva, mas muito desafiadora e aliciante, que nos permitiu o aprofundamento de conhecimentos dos referenciais teóricos e taxonomias pouco utilizadas ainda na nossa praxis. O planeamento em saúde evidenciou-se como uma metodologia apropriada para o projeto de intervenção comunitária, tal como o referencial teórico escolhido, a Teoria de OREM, que sustentou toda a intervenção. Este trabalho, possibilitou-nos ainda confrontar e posteriormente consolidar ideias acerca das funções do enfermeiro especialista de saúde comunitária, no âmbito desta temática. Pelo exposto precedentemente, podemos certificar que os objetivos propostos inicialmente foram plenamente alcançados. Os resultados obtidos, sucintamente aqui relatados, corroboram a importância do desenvolvimento deste tipo de projetos, permitindo o desenvolvimento de normas de orientação baseadas na evidência científica e na educação contínua dos profissionais de enfermagem, assim como a dinamização de campanhas de informação da população, através dos recursos existentes na comunidade, tornando os jovens menos suscetíveis à infeção pelo HPV.

Como sugestão, achamos oportuno que se faça uma avaliação posterior deste projeto, na medida em que o esquema vacinal do HPV só fica completo em seis meses, com a administração das três doses, não tendo sido possível completá-lo devido ao recurso temporal. Este facto permitiria também a continuidade do projeto e uma avaliação do impacto do mesmo, ao nível dos conhecimentos obtidos, mudança de atitudes, nível de autocuidado e utilização dos serviços de saúde (TAVARES, 1990). Pois os enfermeiros nos CSP “estão posicionados de forma única para apresentar a enfermagem aos membros da comunidade, para falar em defesa da profissão para introduzir oportunidades educativas àqueles que procuram um futuro nos cuidados de saúde” (KINSEY e BUCHANAN, 2011, p.445).

Auguramos, que estamos aptos para a implementação de novos projetos na nossa praxis, em que a procura da qualidade é demanda da excelência em cada ato praticado e estamos munidos de competências, que nos vão possibilitar desenvolver uma prática baseada na evidência e promover o aumento da qualidade dos cuidados prestados, traduzindo-se certamente em ganhos de saúde para a comunidade com a qual trabalhamos, erigindo um importante contributo para as dinâmicas cada vez mais exigentes das organizações de saúde na qual estamos inseridos.

7- BIBLIOGRAFIA

ANTUNES, Alexandra (1998) – CONSENTIMENTO INFORMADO. In: SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui (1998) – **Ética em Cuidados de Saúde**. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-06033-6. p.13-28.

AZEVEDO, Mário (2009) – **TESES RELATÓRIOS E TRABALHOS ESCOLARES**. 7ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN 978-972-54-0247-4.

BENNER, Patrícia (2005) – **DE INICIADO A PERITO**. 2.ª ed. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-052-5.

BISCAIA, A. R. et al (2006) – **Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Reformar para novos sucessos**. Lisboa: Padrões Culturais Editora. ISBN 972-8721-64-1.

BOUTINET, Jean Pierre (1996) - **Antropologia do Projecto**. Lisboa: Editora Instituto Piaget. ISBN 972-8329-35-0.

BRANCO, I. P. (2008) - **Educação para a saúde: contributos para a prevenção do cancro - Modelo cancro do colo do útero**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Acedido a 5/11/2011 Disponível em:
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/16156/2/EdSaudeContributosPrevenoCancroModeloCancroColotero.pdf>

BRAZELTON, T.; GREENSPAN, S. (2002) – **A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem**. Lisboa: Editorial Presença. ISBN972-23-2923-5.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006) – **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: CONCEITOS, PRÁTICAS E NECESSIDADES DE FORMAÇÃO**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-22-4.

CENTRO EUROPEU DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS (2009) - **Resumo das principais publicações 2008**. Estocolmo: Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. Acedido a 1/11/2011. Disponível em: http://www.ecdc.europa.eu/pt/publications/Publications/0906_COR_Summary_of_Key_Publications_2008.pdf.

CIRINO, F. M. S. ; NICHATA L. Y. I. ; BORGES A. L. V. (2010) - CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO E HPV EM ADOLESCENTES. Rio de Janeiro. ISSN 1414-8145 **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Vol.14 N.º 1 (Janeiro-Março 2010) p. 126-134. Retrieved from EBSCOhost. Recuperado em 7/07/2011 de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010869115&lang=pt-br&site=ehost-live>

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 3ª ed. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-109-3.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (2003) – **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-53-3.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2003) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. – Versão beta 2**. 2.ºed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-5-3.

COSTA, I. A. (2005) - Os 40 anos do Programa Nacional de Vacinação em Portugal e os Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários. **Associação Portuguesa de Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 0871-0775 N.º 39, 2.ª série (Julho-Setembro 2005) p.10-11.

COSTA, I.; NEVES, A. L.; MARQUES, E. (2012) – Vacinas extra- Plano Nacional de Vacinação: conhecimento parental. **Patient Care**. Lisboa. ISSN 0873-2167. Vol. 17 nº177 (Janeiro 2012) p.51-57.

CRAIG, Jean V.; SMYTH, Rosalind L. (2004) – **Prática Baseada na Evidência: MANUAL PARA ENFERMEIROS**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-61-2.

CUNHA-OLIVEIRA et al (2009) – A aquisição do preservativo e o seu (não) uso pelos estudantes universitários. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série. n.º11 (Dezembro 2009) p.7-22.

DECRETO-LEI n.º 104/98. **D.R I Série**. 93 (1998-04-21) 1739-1757.

DECRETO-LEI n.º 59/07. **D.R I Série**. 170 (2007-09-04) 6181-6258.

DECRETO-LEI n.º 247/09. **D.R I Série**. 184 (2009-09-22) 6758-6761.

DESPACHO n.º 8378/08. **D.R II Série**. 57 (2008-03-20) 12427-12428.

DIAS, A. C.; RODRIGUES, M. A. (2009) - Adolescentes e sexualidade: Contributo da educação, da família e do grupo de pares adolescentes no desenvolvimento da sexualidade. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série. n.º10 (Julho 2009) p.15-22.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2006) – **Programa Nacional de Saúde dos Jovens**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008a) – **Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV)**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008b) - **Programa Nacional de Vacinação (PNV). Introdução da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano. Texto de apoio à Circular Normativa nº 22 /DSCS/DPCD de 17 de Outubro de 2008**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

DURÁN, Hernán (1989) – **Planeamento da Saúde. Aspectos Conceptuais e Operativos**. Lisboa: Ministério da Saúde. ISBN 972-675-000-8.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010) - Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária. Ano Lectivo 2010/2011. Guia Orientador. Lisboa.

FAUCI et al (2009) – **HARRISON. MEDICINA INTERNA.** 17.^aed. Vol I. Rio de Janeiro: McGraw-Hill. ISBN 978-85-7726-050-8.

FAWCETT, J. (2005) – **CONTEMPORARY NURSING KNOWLEDGE: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories.** 2.^aed. Philadelphia: F.A. Davis Company. ISBN 0-8036-1194-3.

FAWCETT, J.; RUSSELL, G. (2001) – A Conceptual Model for Nursing and Health Policy. **Policy, Politics & Nursing Practice.** ISSN: 1527-1544 Vol. 2 N.º 2. p.108-116.

FELICIANO, J. (2002) – A Vacinação e a sua História. **Cadernos da Direcção-Geral da Saúde.** Lisboa. ISSN 1645-4146 n.º2 (Outubro 2002) p.3-7.

FONSECA, H. (2005) - **Viver com adolescentes.** Lisboa: Editorial Presença. ISBN 972-23-3366-6.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.

FRASQUILHO, M. A. (1996) – **Comportamentos-problema em adolescentes: Factores protectores para a saúde – o caso da toxicoddependência.** Lisboa: Larboterapia.

GORDIS, Leon (2011) – **Epidemiologia.** 4 ed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-30-7.

HILL, M. M.; HILL, A. (2008) – **Investigação por questionário.** 2.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo ISBN 978-972-618-273-3.

HÖGLUND, A. T. et al (2009) - Knowledge of human papillomavirus and attitudes to vaccination among Swedish high school students. **International Journal of STD & AIDS**. UK & Ireland. ISSN 0956-4624.Vol 20(2) (Fevereiro 2009) p.102–107. Retrieved from EBSCOhost. Acedido a 2/10/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010213634&lang=pt-br&site=ehost-live>

HONORÉ, Bernard (2002) – **A SAÚDE EM PROJECTO**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-31-2.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário (1993) – **METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3.^aed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2011a) – **Portugal em Números 2009**. Lisboa: INE. ISBN 978- 989-25-0101-7.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2011b) - **Censos 2011 – Resultados Preliminares**. Lisboa: INE. ISBN 978-989-25-0135-2.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (2008) - **European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening**. 2.^aed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 978-92-79-07698-5. Acedido a 3/11/2011. Disponível em: <http://europa.eu>.

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE J. G. (2005) – **EPIDEMIOLOGIA, BIOESTATÍSTICA E MEDICINA PREVENTIVA**. 2.^aed. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-363-0296-8.

KAHN, J. A.; FEEMSTER, K.; HILLARD, P. J. A. (2011) - HPV vaccination. Do your patients get the message? **CONTEMPORARY OB/GYN**. ISSN 0090-3159 (Março 2011) p.24-31. Retrieved from EBSCOhost. Recuperado em 7/07/2011 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010971486&lang=pt-br&site=ehost-live>

KELLER, L. O.; STROHSCHHEIN, S.; BRISKE, L. (2011) – Prática de enfermagem de saúde pública centrada na população: a roda de intervenção. In: STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1. p.198-223.

KINSEY, K. K.; BUCHANAN, M. (2011) – Centro de enfermagem: um modelo para a prática de enfermagem na comunidade. In: STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1. p.427-448.

KNUDTSON, M.; TISO, S.; PHILLIPS, S. (2009) – Human Papillomavirus and the HPV Vaccine: Are the Benefits Worth the Risks? In: **NURSING CLINICS OF NORTH AMERICA**. Philadelphia: theclinics.com. ISBN 1-4377-1247-9. Vol. 44 nº3 (September 2009) p.293-299. Retrieved from EBSCOhost. Recuperado em 7/07/2011 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009647004&lang=pt-br&site=ehost-live>

LANCASTER, J.; ONEGA, L.; FORNESS, D. (1999) – Teorias, Modelos e Princípios Educacionais Aplicados à Enfermagem Comunitária. In: STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1999) – **Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 4ªed. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3. p.265-284.

LAVERACK, Glenn (2008) – **PROMOÇÃO DE SAÚDE. Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-09-3.

LUTHY, K. E. et al (2011) – Como melhorar as taxas de vacinação na clínica e na comunidade. **PATIENT CARE**. Lisboa. ISSN 0873-2167. Vol. 16 n.º171 (Junho 2011) p.49-56.

MARÔCO, J. (2010) - **Análise Estatística. Com o PASW Statistics**. 3ª ed. Pêro Pinheiro: Report Number. ISBN 978-989-96763-0-5.

MAUSNER, J. S.; KRAMER, S. (2009) – **INTRODUÇÃO À EPIDEMIOLOGIA**. 5ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-31-0518-6.

MEDEIROS, R.; RAMADA, D. (2011) – Knowledge differences between male and female university students about human papillomavirus (HPV) and cervical cancer: Implications for health strategies and vaccination. **Vaccine**. N.º 29 (2011) p.153-160. Acedido a 1/10/2011 Disponível em:

http://www.hu.ufsc.br/projeto_hpv/Knowledge%20differences%20between%20male%20and%20female%20university%20students%20about.pdf

MELEIS, A. I. (2007) – **THEORETICAL NURSING. Development & Progress**. 4 ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Williams. ISBN 0-7817-3673-0.

MOLLER, F. R.; SILVA, J. C.; SÁ, A. C. (2003) - Prevenção do HPV: uma proposta de educação em saúde. **CADERNOS**. São Paulo. ISSN 1517-1256. Vol. 9 N. º2 (Abril/Junho 2003) p.59-66.

MURRAY, R. B.; ZENTNER, J. P.; YAKIMO, R. (2009) – **HEALTH PROMOTION. Strategies through the life span**. 8.ªed. New Jersey: Prentice Hall. ISBN 0-13-513866-3.

ONEGA, L. L.; DEVERS, E. (2011) – Educação para a saúde e processo de grupo. In: STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1. p.302-330.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO: ANOTAÇÕES E COMENTÁRIOS**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011a) – **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública**. Acedido a 11/10/2011 Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011b) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE® Versão 2**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2.

OREM, D. E. (1995) – **NURSING – Concepts of Practice**. 5ª ed. Missouri: Mosby. ISBN 0-8151-6552-8.

OTTO, S. E. (2000) – **ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA**. 3.ªed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-12-6.

PEREIRA, Pedro (2011) - Salvar a Pessoa: Contributos para a competência cultural dos enfermeiros nos processos de doença. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 15 n.º 2 (2º Semestre de 2011) p.14-25. Acedido a 1/3/2012 Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Pensar%20Enfermagem15_2sem_14_25.pdf

23

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. (2004) - Compreensão da Ética na Pesquisa em Enfermagem. In: POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. (2004) - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5.ªed. Porto Alegre: Artmed. ISBN 9798573079844. p. 81-99.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004) **PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010: VOLUME II – ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN: 972-675-110-1.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Transmissíveis (2005) - **Programa Nacional de Vacinação 2006**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-136-5.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Conselho Nacional Oncologia (2007) – **Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Conselho Nacional Oncologia (2009) – **Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010. Programa de desenvolvimento**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 5/12/2011. Disponível em:<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F2CE0CE2-9802-473D-9F45F375687EB4F0/0/pnpcdoversaofinal8julho2009.pdf>.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2011) - **Programa Nacional de Vacinação 2012**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 2/1/2012 Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/DGS%20PNV%202012.pdf>

PRAZERES, V. (1998) – **Saúde dos adolescentes. Princípios Orientadores**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-9425-61-2.

RAMADA, Diana Cristina Pereira (2010) – **Conhecimentos dos Jovens Universitários acerca do HPV e do Cancro do Colo Uterino**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Tese de Mestrado. Acedido a 1/10/2011 Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/45435/4/TeseDianaRamada.pdf>

REDMAN, Barbara Klug (2003) – **A Prática da Educação para a Saúde**. 9ªed.Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-39-8.

REGULAMENTO n.º128 /2011. **D.R II Série**. 35 (2011-02-18) 8667-8669.

REGULAMENTO n.º122/2011. **D.R II Série**. 35 (2011-02-18) 8648-8653.

RINER, M. E. (2011) – Promoção da saúde através de cidades e comunidades saudáveis. In: STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1. p.411-426.

SILVA, M. C.; FLETCHER, J. J.; SORRELL, J. M. (2011) – Aplicação da Ética na Comunidade. In: STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2011) – **Enfermagem de Saúde**

Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1. p.131-147.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA (2010) - **Vacinas contra o HPV Reunião de Consenso Nacional.** Cascais: Secção Portuguesa de Ginecologia oncológica/Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Acedido a 5/10/2011 Disponível em: <http://www.cpicoimbra.com/pdf/papiloma.pdf>.

SOUSA, Maria Augusta (2008) – Enfermagem e Direitos Humanos. **Revista da Ordem dos Enfermeiros.** Lisboa. ISSN 1646-2629. Nº31 (Dezembro 2008) p.9-11.

SUBTIL, C. L.; VIEIRA, M. (2011) – Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. **Revista Referência.** Coimbra. ISSN 0874-0283. III Série. n.º4 (Julho 2011) p.167-174.

SUSSMAN, A. L. et al (2007) - HPV and cervical cancer prevention counseling with younger adolescents: implications for primary care. **Annals of Family Medicine.** ISSN 1544-1709. Vol 5, n.º4 (Jul-Aug 2007) p.298-304. Retrieved from EBSCOhost. Acedido em 7/7/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009647004&lang=pt-br&site=ehost-live>

SY, F.; LONG-MARIN, S. (2011) – Prevenção e controlo de doenças infecciosas. In: STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População.** Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1. p.909-942.

TAVARES, António (1990) – **MÉTODOS E TÉCNICAS DE PLANEAMENTO EM SAÚDE.** Lisboa: Ministério da Saúde.

TAVARES, J.; ALARCÃO, I. (2005) – **Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem.** Coimbra: Almedina. ISBN 9789724005195.

THOMPSON, Ian E.; MELIA, Kath M.; BOYD, Kenneth M. (2004) – **ÉTICA EM ENFERMAGEM**. 4ªed. Lusociência: Loures ISBN 972-8383-67-3.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ªed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

UNIDADE CURRICULAR DE OPÇÃO II – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA (Apontamentos). Prof.ª Rebelo Botelho. ESEL, 2011.

VILELAS, J. M. S. (2009) - **A Influencia da família e da escola na sexualidade do adolescente**. Coimbra: Formasau. ISBN 9789898269027.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. (1989) – **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara. ISBN 85-226-0329-4.

WILLIAMS, C. A.; STANHOPE, M. (2011) – Prática focada na população: o fundamento da especialização em enfermagem de saúde pública. In: STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1. p.2-21.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007) - **Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals**. Geneva: World Health Organization. Acedido a 1/7/2011. Disponível em: <http://www.who.int/vaccine-research>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008a) – **World Cancer Report 2008**. World Health Organization: International Agency for Research on Cancer. ISBN 978 92 832 0423 7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008b) – **International Agency for Research on Cancer – Globocan 2008 Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008**. World Health Organization. Acedido a 1/10/2011. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010a) - **Human Papillomavirus And Related Cancers in World. Summary Report 2009.** ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer. Acedido a 4/10/2011. Disponível em:

http://www.hpv2010.org/main/images/stories/docs/HPVInformationCentre_SummaryReportWorld_Feb2010.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010b) - **Human papillomavirus laboratory manual. First edition, 2009.** Geneva: Department of Immunization, Vaccines and Biologicals. Acedido em 12/10/2011. Disponível em: www.who.int/vaccines-documents/

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010c) - **Human Papillomavirus And Related Cancers Summary Report Update. November 15, 2010. World.** World Health Organization /Institut Català d'Oncologia. Acedido em : 12/10/2011.

Disponível em:

http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/XWX.pdf?CFID=4866897&CFTOKEN=72679976

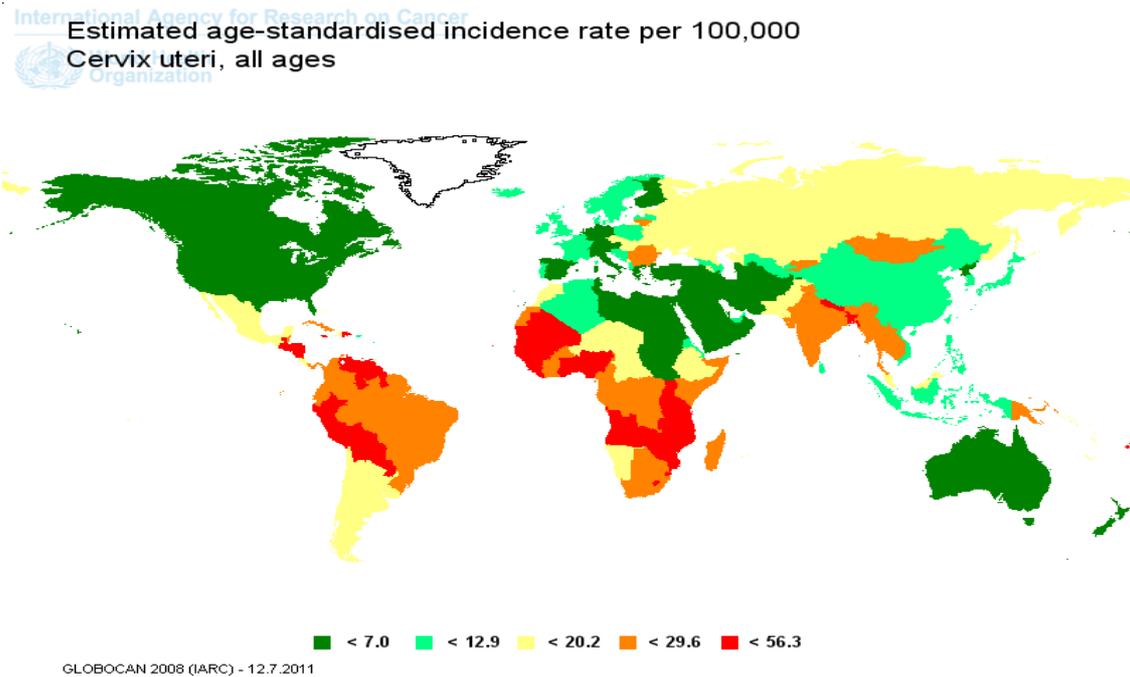
WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011) - **The sexual and reproductive health of younger adolescents. Research issues in developing countries.** Geneva: World Health Organization. ISBN 978 92 4 150155 2. Acedido em 12/11/2011. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501552_eng.pdf.

ANEXOS

ANEXO I – Incidência do cancro do colo do útero a nível mundial

Incidência do cancro do colo do útero a nível mundial

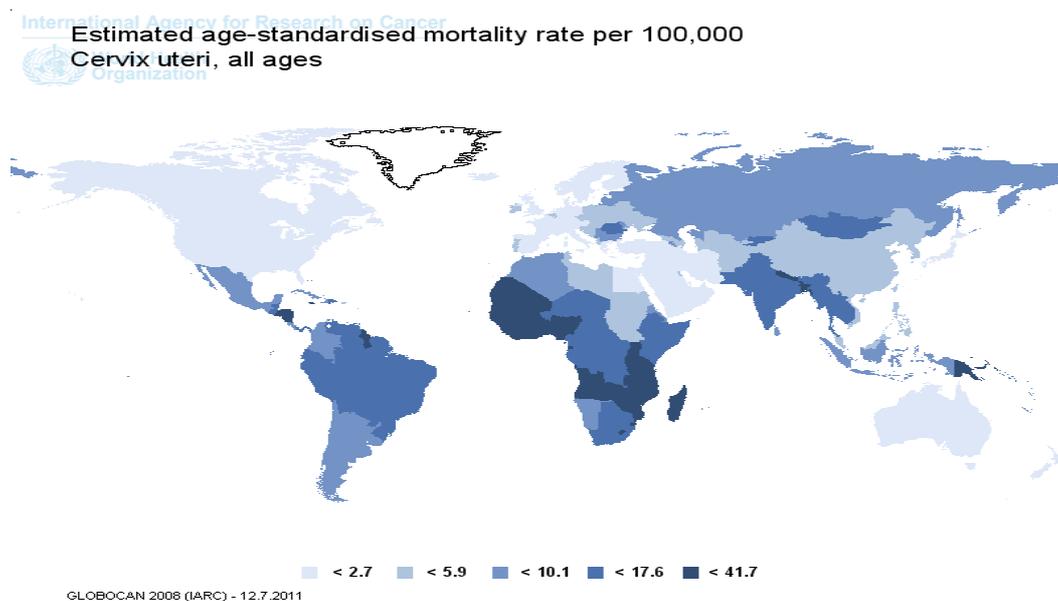


FONTE: Globocan (2008) Disponível em:

<http://globocan.iarc.fr/map.asp?selection=4152&title=Cervix+uteri&sex=2&type=0&statistic=2&map=5&window=1&size=1&colour=1&scale=0&submit=%A0Execute%A0>

ANEXO II – Mortalidade pelo cancro do colo do útero a nível mundial

Mortalidade pelo cancro do colo do útero a nível mundial

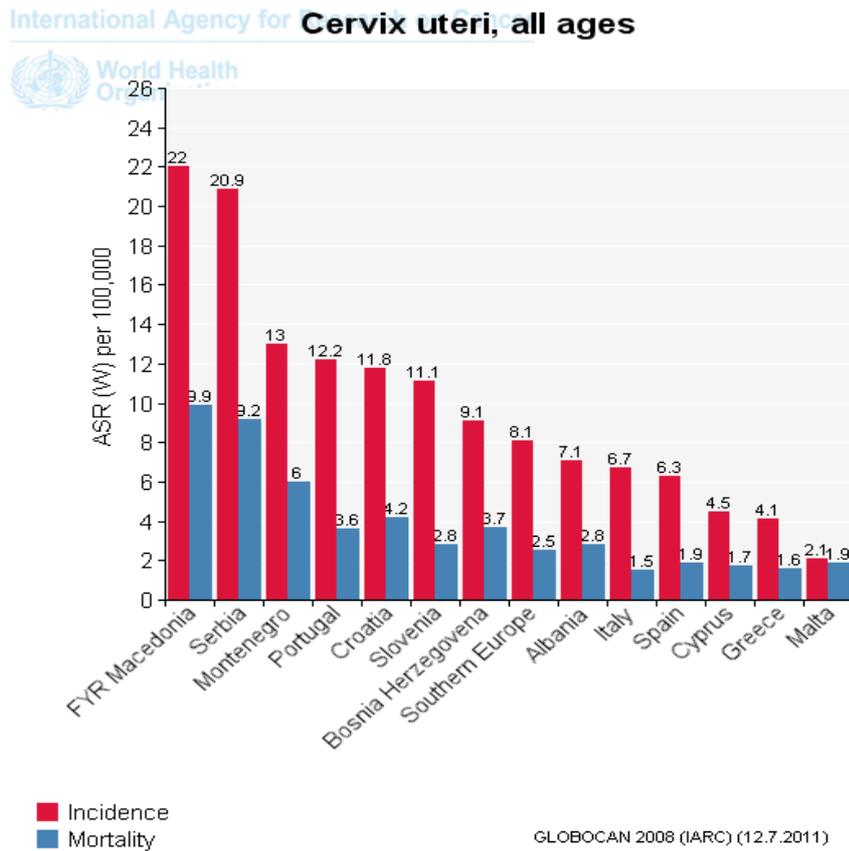


FONTE: Globocan (2008) Disponível em:

<http://globocan.iarc.fr/map.asp?selection=4152&title=Cervix+uteri&sex=2&type=0&statistic=2&map=5&window=1&size=1&colour=1&scale=0&submit=%A0Execute%A0>

ANEXO III – Incidência/Mortalidade pelo cancro do colo do útero na Europa

Incidência/Mortalidade pelo cancro do colo do útero na Europa

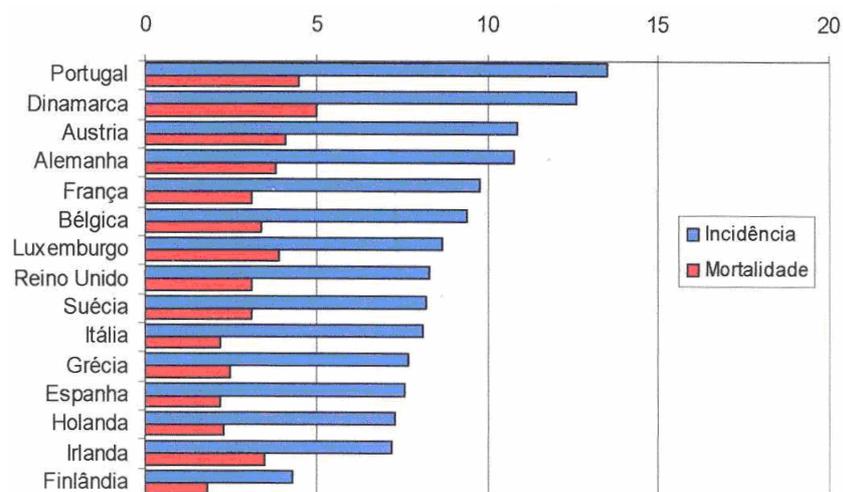


FONTE: Globocan (2008) Disponível em:

http://globocan.iarc.fr/bar_site.asp?selection=4152&title=Cervix+uteri&sex=2&statistic=2&populations=23&window=1&grid=1&info=1&orientation=1&color1=4&color1e=&color2=5&color2e=&submit=%A0Execute%A0

ANEXO IV – Taxas de mortalidade e incidência em 2002 na Europa

Taxas de mortalidade e incidência (por 100.000 habitantes) em 2002 por tumor maligno do colo do útero na Europa, padronizadas para a idade



FONTE: DIRECÇÃO-GERAL SAÚDE (2008, p.5) Disponível em:
<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/ED87F0AB-F8DA-4CE4-B48B-53040ABFD3EE/0/i010242.pdf>

ANEXO V – Questionário

Este questionário destina-se a avaliar o conhecimento que os alunos têm sobre o HPV e o Cancro do Colo do Útero

O questionário é anónimo e confidencial e deve ser preenchido de forma sincera para que a informação recolhida seja fidedigna.

1. Sexo

- a) Feminino
- b) Masculino

2. Idade _____

3. Ano _____

4. Qual o agente responsável pela DST (Doença Sexualmente Transmissível) mais comum? (selecciona a opção correcta)

- a) Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
- b) Neisseria gonorrhoeae
- c) Chlamydia trachomatis
- d) Tricomonas vaginalis (Tricomoníase)
- e) Papiloma Vírus Humano
- f) Herpes Simples Vírus
- g) Treponema pallidum (Sífilis)
- h) Não sei

5. Sabias que há vírus que estão relacionados com o desenvolvimento de cancro?

- a) Sim
- b) Não

6. Já ouviste falar em HPV?

- a) Sim
- b) Não (Continua o questionário na pergunta 22)

7. O que significa HPV? (selecciona a opção correcta)

- a) Parvovírus Humano (Human Parvovirus)
- b) Papiloma Vírus Humano (Human Papiloma Vírus)
- c) Hospital Pulido Valente
- d) Highly Pathogenic Virus
- e) Highly Purified Vaccine
- f) Host Protective Virus
- g) Não sei

8. Quais as fontes de informação para o teu conhecimento sobre HPV?

- a) Escola/ local de ensino
- b) Profissionais de Saúde
- c) Amigos
- d) Família
- e) Televisão
- f) Imprensa
- g) Artigos Científicos
- h) Outra (especifica p. F.) _____

9. Relativamente aos modos de transmissão de HPV, assinala as afirmações com V (verdadeiro), F (falso) ou NS (não sei), de acordo com o teu conhecimento.

	V	F	NS
a) O HPV pode transmitir-se por sexo oral			
b) O HPV pode transmitir-se por sexo vaginal			
c) O HPV pode transmitir-se por sexo anal			
d) O HPV pode transmitir-se por contacto de pele			
e) O HPV pode transmitir-se por contacto de mucosas			
f) O HPV pode transmitir-se por partilha de toalhas ou roupa interior			
g) O HPV pode transmitir-se por frequência de piscinas ou saunas			
h) O HPV pode transmitir-se por transfusão sanguínea			

10. Caso ocorra a exposição ao HPV, qual a probabilidade de contágio? (selecciona a opção correcta)

- a) 98%
- b) 66%
- c) 51%
- d) 27%
- e) 2%
- f) Não sei

11. Para prevenir a infecção por HPV, são eficazes as seguintes medidas: (assinala as afirmações com V (verdadeiro), F (falso) ou NS (não sei), de acordo com o teu conhecimento)

	V	F	NS
a) Reduzir o número de parceiros sexuais			
b) Utilizar, de forma correcta, o preservativo			
c) Tomar Anticoncepcionais orais (pílula)			
d) Não partilhar objectos de uso íntimo			
e) Evitar o início precoce da vida sexual			
f) Utilizar espermicidas			
g) Utilizar a "pílula do dia seguinte"			
h) Manter cuidados de higiene			
i) Abstinência Sexual			

12. Qual a faixa etária em que a infecção por HPV é mais frequente?

- a) < 18 anos
- b) 18 – 25 anos
- c) 26 – 33 anos
- d) 34 – 41 anos
- e) 42 – 60 anos
- f) > 60 anos
- g) Não sei

13. A infecção genital por HPV pode manifestar-se por:

(assinala as afirmações com V (verdadeiro), F (falso) ou NS (não sei), de acordo com o teu conhecimento)

	V	F	NS
a) Verrugas Genitais			
b) Sinais Inespecíficos (ardência, corrimento, dor durante o acto sexual...)			
c) Perda de apetite			
d) Úlceras genitais			
e) Carcinoma			
j) Cansaço			
K) De forma assintomática			

14. O HPV pode afectar Homens e Mulheres?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

15. Os Homens podem ser portadores assintomáticos?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

16. A infecção por HPV pode localizar-se (selecciona as opções correctas)

- a) Na cavidade oral
- b) No esófago
- c) Na região urogenital
- d) Na região anal
- e) Na pele
- f) Em qualquer lugar, desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada
- g) Não sei

17. A infecção genital por HPV pode ser diagnosticada através do teste Papanicolau?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

18. O diagnóstico de infecção por HPV implica tratamento imediato?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

19. A infecção por HPV é curável?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

20. Se estivesse disponível uma vacina eficaz para o HPV, estarias disposto(a) a ser vacinado(a)? Porquê?

- a) Sim _____
- b) Não _____

21. Qual a relação entre o HPV e o Cancro do Colo do Útero? (selecciona a opção correcta)

- a) A presença de HPV implica Cancro do Colo do Útero
- b) HPV e Cancro do Colo do Útero são sinónimos
- c) O HPV é factor de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero
- d) Não há relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero
- e) Não sei

22. Relativamente à incidência de Cancro do colo do útero em Portugal, qual o número aproximado de mulheres a quem é detectada anualmente esta doença?

- a) 10
- b) 100
- c) 1000
- d) 10000
- e) Não sei

23. Quantas mulheres morrem anualmente em Portugal, vítimas de Cancro do Colo do Útero?

- a) 20
- b) 200
- c) 2000
- d) 20000
- e) Não sei

24. São factores de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero: (assinala as afirmações com V (verdadeiro), F (falso) ou NS (não sei), de acordo com o teu conhecimento

	V	F	NS
a) Tabagismo			
b) Infecção por HPV			
c) Exposição prolongada ao Sol			
d) Consumo de canabinóides			
e) Utilização de anticoncepcionais orais (pílula)			
f) Orientação heterossexual			
g) Múltiplos parceiros sexuais			
h) Consumos prolongados de ácido acetilsalicílico (aspirina)			
i) Doenças sexualmente transmissíveis			
j) Início precoce da vida sexual activa			
k) Factores genéticos			
l) Tipo de alimentação			

25. Qual a percentagem de presença de HPV nos casos de Cancro do Colo do Útero?

- a) <10%
- b) 20%-30%
- c) 40%-50%
- d) 60%- 70%
- e) >90%
- f) Não sei

26. Achas suficiente a divulgação que é actualmente feita sobre o HPV?

- a) Sim
- b) Não

27. O que gostarias de saber sobre o HPV?

- a) O que é
- b) Como se transmite
- c) Quais as medidas de prevenção de transmissão
- d) Como se apresenta a infecção por HPV
- e) Como é feito o diagnóstico de infecção por HPV
- f) Qual a eficácia e os tipos de tratamento disponíveis actualmente
- g) Quais as consequências de infecção por HPV
- h) Qual a relação com o cancro do colo do útero
- i) Outros (especifica p.f.) _____

28. Que meios consideras mais adequados para a divulgação deste tema?

- a) Escola/ local de ensino
- b) Profissionais de Saúde
- c) Amigos
- d) Família
- e) Televisão
- f) Imprensa
- g) Outdoors
- h) Outra (especifica p.f.) _____

29. Qual a idade em que achas mais pertinente iniciar a Educação Sexual?

- a) < 5 anos
- b) 5-10 anos
- c) 10-15 anos
- d) 15-20 anos
- e) > 20 anos
- f) Não sei

30. Já iniciaste a tua vida sexual activa?

- a) Sim.
- b) Não

30.1 Se sim com que idade? _____ anos

31. Até à data, quantos parceiros sexuais já tiveste? _____

32. Estarias interessado(a) em participar em programas de rastreio de HPV e em Workshops acerca do HPV e do Cancro do colo do Útero?

- a) Sim
- b) Não

ANEXO VI – Taxa de cobertura vacinal para a I dose vacina Gardasil®

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 REGIÃO DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO
 SUB-REGIÃO LISBOA
 CENTRO DE SAÚDE PENHA DE FRANCA

SEDE

PERCENTAGEM DE UTENTES DO C.S.

COM AS VAC. , HPV Gardasi I

UTENTES ENTRE 01-01-1993 E 31-12-1994

RESULTADO	TOTAL	MAS	FEM
Número de utentes vacinados	188	0	188
----- =	----- = 50 %	----- = 0 %	----- = 90 %
De 01-01-1993 a 31-12-1994	379	169	210

ANEXO VII – Taxa de cobertura vacinal para a II dose vacina Gardasil®

MINISTÉRIO DA SAÚDE
REGIÃO DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO
SUB-REGIÃO LISBOA

CENTRO DE SAÚDE PENHA DE FRANCA

SEDE

PERCENTAGEM DE UTENTES DO C.S.

COM AS VAC. , HPV Gardasi II

UTENTES ENTRE 01-01-1993 E 31-12-1994

RESULTADO	TOTAL	MAS	FEM
Número de utentes vacinados	170	0	170
----- =	----- = 45 %	----- = 0 %	----- = 81 %
De 01-01-1993 a 31-12-1994	379	169	210

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronogramas de atividades (previsto e reformulado)

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO (REFORMULADO)

Meses Ano	Outubro 2011					Novembro 2011				Dezembro 2011		Janeiro 2012					Fevereiro 2012				Março 2012		
Semanas Atividades	3 7	10 14	17 21	24 28	31 4	7 11	14 18	21 25	28 2	5 9	12 16	2 6	9 13	16 20	23 27	30 3	6 10	13 17	20 24	2 7 2	5 9		
Diagnóstico de Saúde								SEMINÁRIO								SEMINÁRIO							
✓ Consulta de registos no SINUS/RCV																							
✓ Aplicação dos questionários																							
✓ Tratamento estatístico /Análise questionários																							
Definição de Prioridades																							
Fixação de Objetivos																							
Seleção de Estratégias																							
Intervenção																							
Avaliação																							
Elaboração do Relatório de Estágio																							
Orientação tutorial																							

APÊNDICE II – Autorização para utilização do questionário



dina maria duarte pinto <dinamariapinto@gmail.com>

tese de mestrado

3 mensagens

dina maria duarte pinto <dinamariapinto@gmail.com>
Para: dianaramada@hotmail.com

3 de Agosto de 2011 15:09

Boa tarde enfermeira Diana,

peço desculpa de estar a incomodar novamente, já lhe enviei um mail a alguns dias, mas não tenho a certeza se o recebeu porque estive com alguns problemas com o meu mail.

Tive conhecimento da sua Tese de Mestrado pela net e gostaria de lhe pedir autorização para utilizar o seu questionário. Sou enfermeira no ACES- Lisboa Oriental e estou a tirar a especialidade em enfermagem comunitária. Vou fazer a minha tese na área do HPV, mais concretamente nas jovens nascidas em 1993 e 1994 que tenham as vacinas em atraso no meu centro de saúde. Gostaria de utilizar o seu questionário para saber os conhecimentos das jovens acerca do HPV, caso me autorize.

Mais uma vez peço desculpa por estar a incomodar e muito obrigada

Com os melhores cumprimentos

Dina Pinto

diana ramada <dianaramada@hotmail.com>
Para: dinamariapinto@gmail.com

9 de Agosto de 2011 16:12

Cara Dina

Fico muito contente que a investigação no campo do HPV seja algo que esteja a aumentar e penso que a área em que pretende investir é deveras interessante.

Falei com o Professor Rui Medeiros e ambos concordamos em autorizar a utilização do nosso questionário. De qualquer forma gostaríamos que assinassem uma declaração de compromisso de modo a citar a origem do questionário.

Manda-ma para
Avenida das Magnólias N° 195 Hab 2.4
4425-015
Aguas Santas Maia

Após envio-te o questionário em PDF para facilitar a sua utilização, se assim quiseres

Aguardo resposta, cumprimentos

Diana Ramada

Date: Wed, 3 Aug 2011 15:09:40 +0100

Subject: tese de mestrado

From: dinamariapinto@gmail.com

To: dianaramada@hotmail.com

[Citação ocultada]

dina maria duarte pinto <dinamariapinto@gmail.com>
Para: Tânia Mendes <tania_rbsm@hotmail.com>

10 de Agosto de 2011 08:29

----- Mensagem encaminhada -----

APÊNDICE III – Autorização para aplicação do questionário na UCSP

ARSLVT, IP
ACES II - LISBOA ORIENTAL
ENTRADA DE DOCUMENTO
N.º 8813 em 21/01/11
A Funcionária
AS

Autorizada a recolha
Viz autorizada a divulgação

Exma. Sr.ª Directora Executiva do A.C.E.S

de Grande Lisboa II - Lisboa Oriental

Dina Maria Agostinho Duarte Pinto, com a categoria de Enfermeira, da Carreira de Enfermagem, a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem/Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar o consentimento autorizado para a recolha, tratamento e divulgação de resultados do Projecto de Intervenção Comunitária a realizar no âmbito do curso acima referenciado, intitulado: "HPV – Intervir para Prevenir".

Os objectivos deste estudo visam identificar os factores que interferem na adesão das jovens, nascidas nos anos 1993 e 1994 inscritas na UCSP- Penha de França, ao esquema vacinal do HPV.

Para a concretização deste estudo, torna-se necessário a aplicação de um questionário, a todas as jovens inscritas nesta UCSP, que se encontra anexado a este documento para uma prévia apreciação.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Lisboa, 20 de Fevereiro de 2011

Pede deferimento,

Dina Maria Agostinho Duarte Pinto

APÊNDICE IV – Estrutura das dimensões do questionário

Estrutura das dimensões do questionário

Dimensões do questionário	Questões
Conhecimentos acerca do HPV	4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19
Conhecimentos acerca do cancro do colo do útero	22; 23; 24
Conhecimento acerca da relação HPV/cancro do colo do útero	21; 25
Crenças e atitudes acerca da vacinação contra o HPV	20
Crenças e atitudes acerca da educação sexual	26; 27; 28; 29; 32
Comportamento sexual do sujeito	30; 31

APÊNDICE V – Declaração de consentimento informado do questionário

CONSENTIMENTO INFORMADO

Dina Maria Agostinho Duarte Pinto, enfermeira a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da docente Maria de Lourdes Varandas e da enfermeira Carla Silva Mendes (Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) do ACES – Lisboa Oriental, encontra-se a desenvolver o projeto de intervenção comunitária “Vírus do Papiloma Humano (HPV): Intervir para Prevenir”. Este estudo tem como objetivo *identificar os fatores que interferem na adesão das jovens, nascidas nos anos 1993 e 1994 inscritas na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados -Penha de França, ao esquema da vacina do HPV.*

Para a realização do estudo é imprescindível a sua colaboração através do preenchimento de um questionário, em que os dados obtidos serão tratados de forma confidencial e anónima.

Posteriormente é integrada nas dinâmicas a desenvolver na UCSP ou no âmbito da Saúde Escolar, referentes à promoção de comportamentos de prevenção do HPV.

Agradeço a sua disponibilidade e se tiver dúvidas coloco-mo à sua disposição para eventuais esclarecimentos.

Lisboa, Outubro 2011

(Assinatura)

APÊNDICE VI – Análise de dados do questionário

Sabias que há vírus que estão relacionados com o desenvolvimento do cancro

Vírus relacionados cancro	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	12	32,4%
Não	25	67,6%

O que significa HPV

O que significa HPV	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Papiloma Vírus Humano (Human Papiloma Vírus)	18	94,7%
Não sei	1	5,3%
Total	19	100%

Quais as fontes de informação para o teu conhecimento sobre HPV

Fontes informação sobre HPV	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Escola/local de ensino	9	50%
Profissionais de saúde	7	38,9%
Amigos	4	22,2%
Família	4	22,2%
Televisão	6	33,3%
Imprensa	1	5,6%
Artigos Científicos	1	5,6%
Outra	1	5,6%

Caso ocorra a exposição ao HPV, qual a probabilidade de contágio

Probabilidade de contágio	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
98%	1	5,3%
51%	2	10,5%
27%	1	5,3%
Não sei	15	78,9%
Total	19	100%

Qual a faixa etária em que a infecção por HPV é mais frequente

Faixa etária	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
18-25 anos	7	36,8%
Não sei	12	63,2%
Total	19	100%

A infecção por HPV pode manifestar-se por:

Manifestação da infecção	Frequência Absoluta N=37			Frequência Relativa		
	V	F	Não sei	V	F	Não sei
Verrugas Genitais	5	2	12	26,3%	10,5%	63,2%
Sinais Inespecíficos	5	0	14	26,3%	0%	73,7%
Perda de apetite	1	7	11	5,3%	36,8%	57,9%
Úlceras genitais	7	0	12	36,8%	0%	66,7%
Carcinoma	6	1	12	31,6%	5,3%	63,2%
Cansaço	1	4	14	5,3%	21,1%	73,7%
De forma assintomática	0	5	14	0%	26,3%	73,7%

O HPV pode afetar homens e mulheres

HPV pode afectar	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	8	42,1%
Não	7	36,8%
Não sei	4	21,1%

Os Homens podem ser portadores assintomáticos

Portadores assintomáticos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	6	31,6%
Não	1	5,3%
Não sei	12	63,2%

A infecção por HPV pode localizar-se

Localização infecção por HPV	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Na cavidade oral	0	0%
No esôfago	1	5,3%
Na região urogenital	5	26,3%
Na região anal	0	0%
Na pele	1	5,3%
Em qualquer lugar	2	10,5%
Não sei	12	63,2%

A infecção genital por HPV pode ser diagnosticada através do teste Papanicolau

Diagnóstico Papanicolau	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	9	47,4%
Não	1	5,3%
Não sei	9	47,4%

O diagnóstico de infecção por HPV implica tratamento imediato

Tratamento imediato	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	12	63,2%
Não	2	10,5%
Não sei	5	26,3%

A infecção por HPV é curável

Infecção é curável	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	7	36,8%
Não	6	31,6%
Não sei	6	31,6%

Qual a percentagem de presença de HPV nos casos de cancro do Colo do Útero

Percentagem de HPV	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
60%-70%	1	2,7%
> 90%	1	2,7%
Não sei	35	94,6%

Qual a idade em que achas mais pertinente iniciar a educação sexual

Grupo etário	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
5-10 anos	2	5,4
10-15 anos	11	29,7%
15-20 anos	23	62,2%
Não sei	1	2,7%

APÊNDICE VII - Descrição das estratégias e atividades por objetivos específico

Descrição das estratégias e atividades por objetivos específicos

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
1. Contribuir para a aquisição de conhecimentos da população relacionados com o HPV. <i>Domínio Cognitivo</i>	Informar as jovens acerca do que é o HPV; modo de transmissão e prevenção da infeção	Ação educativa individual
2. Sensibilizar a população para a relação entre o HPV e o cancro do colo do útero. <i>Domínio Cognitivo</i>	Consciencializar as jovens para a relação entre o HPV/cancro do colo do útero	Ação educativa individual
3. Contribuir para as necessidades educativas da população relacionadas com a vacina do HPV. <i>Domínio Cognitivo</i>	Aconselhar e ensinar as jovens sobre a vacina e esquema vacinal	Ação educativa individual
4. Aumentar a proteção específica da população contra o HPV. <i>Domínio Afetivo</i>	Cumprir o esquema de vacinação preconizado pela DGS	Vacinação
5. Promover o autocuidado da população alvo, em relação aos comportamentos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis <i>Domínio Afetivo</i>	Promover a educação sexual, contribuindo para a construção de um sistema de valores, atitudes e condutas no âmbito da sexualidade	Ação educativa individual
6. Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCSP, para a temática do HPV <i>Domínio Cognitivo</i>	Promover os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre o HPV	Ação de formação em serviço

APÊNDICE VIII – Plano operacional

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO A ATINGIR	AVALIAÇÃO Indicadores de processo
<p align="center">Sessão de Educação para a Saúde Individual</p>	<p>Enfermeira mestranda</p>	<p>Janeiro e Fevereiro de 2012</p>	<p>Gabinete da UCSP</p>	<p>20 minutos de exposição, distribuição de folheto informativo, esclarecimento de dúvidas</p>	<p>.Contribuir para a aquisição de conhecimentos da população, relacionados com o HPV. .Sensibilizar a população, para a relação entre o HPV e o cancro do colo do útero. .Contribuir para as necessidades educativas da população, relacionadas com a vacina do HPV. .Promover o autocuidado da população alvo, em relação aos comportamentos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.</p>	<p>1.Realização efetiva de sessões a 70% da população</p> <p>Indicador de adesão <u>Nº de participantes</u> x100 Nº de convocados</p> <p>Indicador de atividade <u>Nº sessões efetuadas</u> x100 Nº sessões previstas</p> <p>2.Que 50% da população responda corretamente às questões colocadas no final da sessão</p> <p>Indicador de participação (Nº de pessoas que respondeu às questões/ Nº de participantes) x100</p> <p><u>Nº folhetos distribuídos</u> x100 Nº sessões realizadas</p>

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO A ATINGIR	AVALIAÇÃO
Administração da vacina contra o HPV (Gardasil®)	enfermeira mestranda	Outubro 2011/Fevereiro 2012	Sala de vacinação da UCSP	Administração da vacina e registo no SINUS/BIS e no cartão de registo de vacina contra o HPV	- Aumentar a proteção específica da população contra o HPV.	Que a taxa de cobertura vacinal seja de 80% para a I dose da vacina e 70% para a II dose 1. $\frac{\text{N}^\circ \text{ pessoas vacinadas I dose}}{\text{N}^\circ \text{ total de convocados}} \times 100$ 2. $\frac{\text{N}^\circ \text{ pessoas vacinadas II dose}}{\text{N}^\circ \text{ total de convocados}} \times 100$ 2. Taxa de cobertura vacinal SINUS

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVO A ATINGIR	AVALIAÇÃO
Ação de formação em serviço	enfermeira mestranda	Fevereiro 2012	Sala de reuniões da UCSP	40 minutos de exposição e interrogação com projeção de slides, seguida de discussão entre os participantes	- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática do HPV	Que 70% da equipa de enfermagem esteja presente na ação $\frac{\text{N}^\circ \text{ de ações realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ ações previstas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros presentes}}{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros convocados}} \times 100$ Que 60% da equipa de enfermagem participe na avaliação da ação $\frac{\text{N}^\circ \text{ enfermeiros respondeu à avaliação}}{\text{N}^\circ \text{ participantes}} \times 100$

APÊNDICE IX – Plano de ação da EpS individual

Plano da Ação de Educação para a Saúde Individual

Data e Duração: Janeiro/Fevereiro 2012 - 20m

Local: Gabinete da UCSP

População-alvo: Jovens nascidas em 1993/1994

Material: Folheto

Objetivo Geral: Capacitar a população para a prevenção do HPV **Objetivos específicos:** Que a população saiba:

1. Identificar o que significa HPV; modos de transmissão; e medidas de prevenção da infeção.
2. Indicar qual a relação entre o HPV e o cancro do colo do útero.
3. Identificar qual a vacina do PNV contra o HPV, o número de doses e os respetivos intervalos de administração.
4. Identificar medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

	Conteúdos	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação do tema e objetivos.	Expositivo	5 min	Participação ativa Observação
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">✓ Definição de HPV, modos de transmissão do vírus e medidas de prevenção da infeção por HPV.✓ Relação entre HPV e cancro do colo do útero.✓ Vacina tetravalente contra infeções por HPV, esquema de administração da vacina.✓ Medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.	Expositivo Interrogativo	10 min	
Conclusão	Síntese dos aspetos fulcrais. Avaliação da ação.	Expositivo Interrogativo	5 min	Colocação de questões

APÊNDICE X - Folheto informativo do HPV

*PROGRAMA NACIONAL DE
VACINAÇÃO*

A vacina confere proteção contra os vírus tipo 16 e 18;

responsáveis por cerca de 70% dos casos de cancro do colo do útero.

Protege ainda contra os tipos 6 e 11;

responsáveis por 90% das verrugas genitais.

Recomendam-se 3 doses, com um intervalo de 2 meses entre a 1ª e 2ª dose e de 4 meses entre a 2ª e 3ª dose.



ACES LISBOA ORIENTAL

UCSP PENHA DE FRANÇA

RUA LUÍS PINTO MOUTINHO, Nº 5

TELEFONE: 218164100

EXTENSÃO: 201

HORÁRIO:

3ª e 5ª feira das 8:30 às 12h30 e das 13h30 às 17h.

Realizado por:

**Enf.ª Dina Duarte Pinto
Janeiro, 2012**

**II Curso de Mestrado em Enfermagem /
Área de Especialização em Enfermagem
Comunitária**

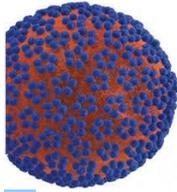


**ACES LISBOA ORIENTAL
UCSP PENHA DE FRANÇA**



**VÍRUS DO PAPILOMA
HUMANO**

**VACINAR
PARA
PREVENIR**

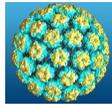


VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HPV)

O HPV é responsável por uma das infeções de transmissão sexual mais comum a nível mundial.

A maior parte das infeções por HPV não apresentam quaisquer sintomas e desaparecem por si próprias.

Verifica-se ainda, que um grande número de mulheres todos os anos desenvolve cancro do colo do útero.



SINAIS/SINTOMAS

O principal sinal é o aparecimento de verrugas, mais frequentes observarem-se na região genital, podendo também surgir na pele dos braços, mãos e outras partes do corpo.

As lesões invisíveis (uterinas), na sua maioria, não apresentam nenhum sintoma e podem progredir para cancro, caso não sejam tratadas precocemente.

HPV E O

CANCRO DO COLO DO ÚTERO

O cancro do colo do útero desenvolve-se na sequência de uma infeção das células do colo do útero pelo HPV.

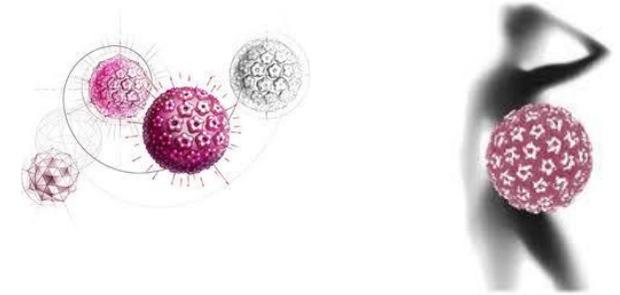


O cancro do colo do útero é o segundo tipo de cancro mais comum a nível mundial.

Em Portugal são identificados todos os anos, cerca de 1000 novos casos de cancro do colo do útero.

Como prevenir a infeção pelo HPV?

- Uso do preservativo
- Exame médico regular (Citologia)
- Vacinação



Encontra-se disponível uma vacina que permite reduzir o risco de cancro do colo do útero, mas que não elimina a necessidade de efetuar o rastreio.

A Vacina é gratuita para todas as jovens com 13 anos.

Excecionalmente, as jovens nascidas em **1993 e 1994** podem iniciar a vacinação até à véspera de fazerem 19 anos.

Em conjunto, o **rastreio** e a **vacinação** oferecem a proteção mais eficaz contra o cancro do colo do útero.

APÊNDICE XI – Folheto informativo HPV – Mandarin

国家疫苗计划

疫苗可以预防大约70%由HPV16和HPV18型病毒引发的子宫颈癌病列。

还可以预防大约由90%的HPV6和HPV11型病毒引发的阴道疣。

建议您打三剂，第一剂后间隔二个月打第二剂，第二剂后间隔四个月打第三剂。



LISBOA ORIENTAL 医疗中心联合
PENHA DE FRANÇA

RUA LUÍS PINTO MOUTINHO, N°5

联系电话：218164100

转分机号码：201

工作时间：

星期二 至 星期四

早上8H30-12H30 下午13H30-17H

本文于二零一二年一月由 Dina Duarte
Pinto 护士整理

ESEL 里斯本护士高等学院

护士专业硕士

公共护理专科



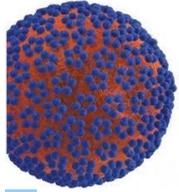
东里斯本健康中心联合
PENHA DA FRANÇA 个性化
健康维护机构



人类乳突病毒

接受疫苗

预防病毒

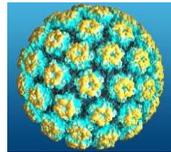


人类乳突病毒 (HPV)

人类乳突病毒是经由性交传染。

大部分HPV的感染没有任何征兆，可以自动消失。

与此同时，经调查显示得子宫颈癌的女性人数每年递增。



征兆

HPV感染最主要的征兆是在生殖器官周围出现湿疣，亦有可能在手臂，手或者身体其他的部位上出现湿疣。

大部份看不见的病变（子宫），没有任何征兆，如果不早期治疗，可以转化成癌。

人类乳突病毒与子宫颈癌

由HPV引起的子宫颈细胞感染可以引发子宫颈癌。

子宫颈癌是世界上排行第二的常见癌瘤。

在葡萄牙，每年都有大约1000新增的子宫颈癌案例。

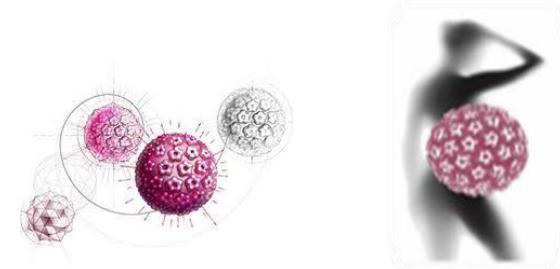


如何预防HPV感染？

使用避孕套

定期医检

注射疫苗



现在已经有疫苗减低得子宫颈癌风险，但是不排除必要的筛查。

此疫苗对于13岁的女生是免费的。

另外，在1993年和1994年出生的女生，也可以在19岁的前夕前免费注射疫苗。

筛查和**注射疫苗**的结合应用是抵抗子宫颈癌最有效的保护措施

APÊNDICE XII – Cartão de registos da vacina

**VACINA CONTRA O
VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO**

ACES - Lisboa Oriental
UCSP— Penha de França

Datas de administração da vacina

1ª Dose - _____

2ª Dose - _____

3ª Dose - _____

Vacinação

3ª e 5ª das

8:30 às 13:30

14:30 às 17:00



Telefone:218164100

APÊNDICE XIII – Cartaz informativo - adolescentes

Vírus do Papiloma Humano — HPV



O HPV é responsável por várias doenças, entre as quais o cancro do colo do útero.



É a infeção sexualmente transmissível mais comum.



Alguns tipos do vírus provocam lesões na pele vulgarmente conhecidas como verrugas, outros causam verrugas genitais.



70% da população sexualmente ativa tem contacto com o HPV pelo menos uma vez na vida



Tanto afeta homens como mulheres



Basta um contacto genital para transmitir o vírus



A Vacina é gratuita para todas as jovens com 13 anos.



Jovens nascidas em 1993 e 1994, ainda podem iniciar a vacinação até à véspera do dia em que fazem 19 anos.



Recomendam-se 3 doses.
1ª dose
2ª dose - 2 meses depois da primeira .
3ª dose - 4 meses depois da segunda .

PROTEGE-TE

**COLABORA NESTA IMPORTANTE
MISSÃO E TRAZ AS TUAS AMIGAS
CONTIGO...**

APÊNDICE XIV - Cartaz informativo - população

HPV

Vírus do Papiloma

Alguns tipos do vírus provocam lesões na pele, conhecidas como verrugas, outros lesões genitais.

É a infeção sexualmente transmissível mais comum.

Em Portugal são registados aproximadamente 1000 novos casos de cancro do colo do útero, morrendo anualmente cerca de 300 mulheres.

O HPV é responsável por várias doenças, entre as quais o cancro do colo do útero.

Atualmente existem 2 vacinas que protegem contra o HPV.

A vacina não protege contra todos os tipos de HPV que podem provocar cancro, mas previne o cancro do colo do útero associado aos 2 tipos de HPV mais frequentes.

A vacina é fornecida gratuitamente pelo Serviço Nacional de Saúde.



A vacinação aplica-se às jovens que fazem 13 anos de idade.



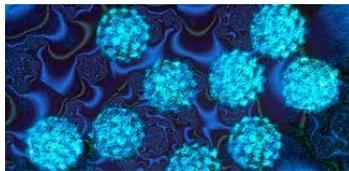
Recomendam-se 3 doses, com um intervalo de 2 meses entre a 1ª e 2ª dose e de 4 meses entre a 2ª e 3ª dose.



As jovens nascidas em 1993 e 1994 podem ainda, iniciar a vacinação até à véspera do dia em que completam 19 anos de idade.

APÊNDICE XV – Divulgação da formação em serviço

**ACES LISBOA ORIENTAL
UCSP— PENHA DE FRANÇA**



HPV INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Data: 8/2/2012

Local: UCSP— Penha de França

Hora: 14h

Enf.ª Dina Duarte Pinto

II Curso de mestrado em enfermagem/

Área de especialização em enfermagem comunitária

APÊNDICE XVI – Plano de ação da formação em serviço

Plano de Ação da Formação em Serviço

Data e Duração: 8/2/2012 - 40m

Hora: 14h

População-alvo: Equipa de enfermagem da UCSP

Local de apresentação: 5º andar

Material: projeto; computador; diapositivos

Tema da sessão: HPV – Intervenção do enfermeiro

Objetivo: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática do HPV

	Conteúdos	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação do tema; objetivos e estrutura da sessão.	Expositivo	5 min	Participação ativa do grupo Observação
Desenvolvimento	<p>Vírus do Papiloma Humano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ O que é ■ Características da infeção ■ HPV/Cancro do colo do útero ■ Cancro do colo do útero ■ Prevenção primária – papel do enfermeiro ■ Prevenção secundária – papel do enfermeiro 	Expositivo Interrogativo	30 min	
Conclusão	Síntese dos aspetos fulcrais mencionados no decorrer da sessão.	Expositivo Interrogativo	5 min	Aplicação de questionário para avaliação da sessão

APÊNDICE XVII – Diapositivos da formação em serviço

ACES Lisboa Oriental
UCSP – Penha de França



Dina Pinto - Fevereiro, 2012
II Curso Mestrado Enfermagem/Área
Especialização Enfermagem Comunitária



Sumário

- O que é
- Características da Infecção
- HPV/cancro do colo do útero
- Cancro do colo do útero
- Prevenção Primária
- Prevenção Secundária



HPV



- Sexualmente transmissível.
- Capacidade de infectar todas as pessoas, independentemente do seu sexo, idade, etnia ou localização geográfica.
- Infecções extremamente comuns, no entanto, a maioria dos indivíduos infectados não apresenta sintomas.

HPV

- ✗ Muito frequente no ambiente
- ✗ Existem mais de 120 tipos
a maioria são relativamente inofensivos



- ✗ Na maioria dos indivíduos, o próprio sistema de defesa do organismo elimina de forma natural o vírus

HPV

- * 40 tipos **afectam** a região genital.

Tipos de
"alto-risco"
ou
oncogénicos

• como os
tipos 16 e 18

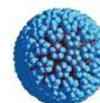


Tipos de
"baixo-risco"

• como os
tipos 6 e 11



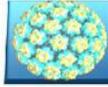
Características da Infecção



- ✓ Facilmente transmitido:
 - por contacto sexual;
 - não sexual;
 - via materno fetal (durante a gestação, intra e periparto).
- ✓ Apesar de nada se saber acerca da viabilidade do vírus fora do organismo, considera-se a transmissão por via não sexual apenas viável durante curtos períodos de tempo.

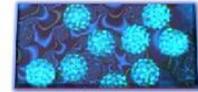
Características da Infecção

- Período de incubação não é muito bem conhecido;
- demorará entre 3 semanas a 8 meses, com uma média de 3 meses;
- desenvolvimento está relacionado com a competência imunológica de cada indivíduo e a carga viral no local da infecção.



HPV

- ↓ muito frequente;
- ↓ facilmente transmissível;
- ↓ pode passar totalmente despercebido;
- ↓ afecta tanto as mulheres como os homens



☐ 70% da população sexualmente activa tem contacto com o HPV pelo menos uma vez na vida

HPV

- Qualquer pessoa que tenha tido alguma forma de contacto genital com um portador de HPV genital pode estar infectada.
- Infecta principalmente as áreas genitais masculinas e femininas.
- Pode infectar qualquer outra região do corpo, **bastando uma lesão como porta de entrada da pele ou mucosas.**



HPV

- A maioria das pessoas contrai o vírus na adolescência.
- O pico de infecção ocorre entre os 15 e os 24 anos.



Condilomas

- Condilomas genitais são excrescências tipo verruga, que surgem na região genital externa, ou próximo do ânus.
- Afecta tanto homens como mulheres.
- Embora seja menos frequente, podem aparecer igualmente no interior da vagina e no colo do útero.
- 65% dos condilomas genitais podem ocorrer antes dos 25 anos.



HPV

HPV/Cancro do Colo do Útero

Uma infecção por HPV geralmente não leva ao desenvolvimento do cancro.

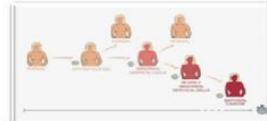
99% das mulheres com cancro do colo do útero estão infectadas com estirpes de HPV de alto risco.

Cancro do Colo do Útero



Cancro do Colo do Útero

- Segunda causa de morte na Europa.
- Grave problema de Saúde Pública.
- Taxa de Incidência em PORTUGAL –1000 casos/ano



SINTOMAS

Forma Latente

- Forma latente do vírus
- Não apresenta qualquer sintoma

Forma subclínica

- Infecção assintomática
- Ou com alguns sinais inespecíficos
- Prurido, ardor e dor durante a relação sexual

Forma clínica (Condiloma)

- Presença de verruga genital visível a olho nú

HPV

- Células anómalas no epitélio do colo do útero são células cujo aspecto se apresenta alterado em relação ao normal.
- Estas alterações são muitas vezes designadas por **displasia cervical** e são detectadas através da realização de uma **citologia**.



HPV

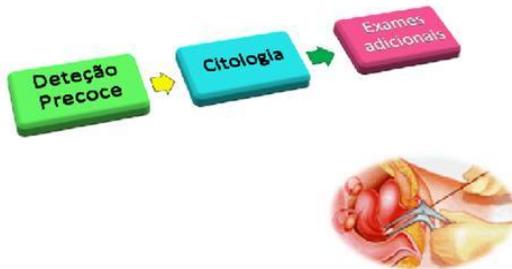
- ✓ Quanto mais acentuada for a anomalia, maiores são as probabilidades de desenvolvimento futuro de cancro do colo do útero.
- ✓ Na maioria dos casos, este processo demora alguns anos, mas em casos mais raros, pode ocorrer mais rapidamente.



História Natural da infecção por HPV de alto risco com potencial progressão para Cancro do Colo do Útero



Cancro do Colo do Útero



HPV

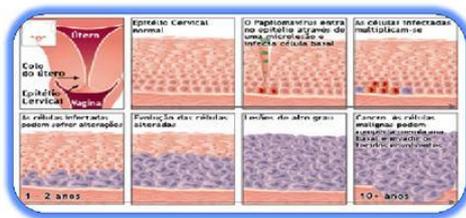


- ✓ células anómalas no colo do útero poderá ser a primeira consequência visível da infecção pelo HPV;
- ✓ citologia com resultado anormal é um sinal que não nunca deve ser ignorado

O risco das células anómalas evoluírem para cancro é real

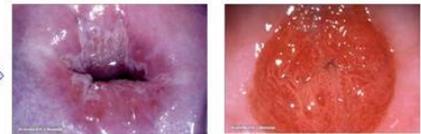
HPV

Se as alterações celulares forem detectadas numa fase prematura da doença quase sempre é possível ter êxito no tratamento.



Colposcopia

SEM LESÃO



COM LESÃO



HPV INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO



PREVENÇÃO PRIMÁRIA



EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



VACINAÇÃO



VACINAÇÃO



• Não protege contra todos os tipos de HPV que podem provocar cancro.

• Previne o cancro do colo do útero associado aos 2 tipos de HPV mais frequentes.



Gardasil®



- ✓ tipos 16 e 18, responsáveis por cerca de 70% de casos de cancro do colo do útero;
- ✓ tipos 6 e 11, responsáveis por cerca de 90% das verrugas anogenitais;
- ✓ esquema recomendado: 0,2 e 6 meses.



Cervarix®



- confere protecção contra a patologia causada pelos tipos 16 e 18 do HPV.
- O esquema de vacinação recomendado é 0, 1 e 6 meses.



Informar que:



• Vacina não protege de outras infeções sexualmente transmissíveis.

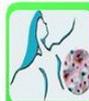


• Devem iniciar o rastreio do Cancro do colo do útero 2 anos após o início da vida sexual activa.



• Devem informar o serviço onde fizeram a vacina caso ocorrerem reacções adversas resultantes da vacina.

Informar que:



PREVENÇÃO SECUNDÁRIA



Após o início da atividade sexual, a mulher deve fazer regularmente um exame ginecológico e o rastreio do cancro do colo do útero.

Prevenção do HPV



Higiene



Redução do nº de parceiros sexuais ao longo da vida



Início tardio da primeira relação sexual



Atenção aos sintomas



Visitar regularmente o médico

CO-FACTORES DE RISCO PARA O CANCRO DO COLO DO ÚTERO



IST



PILULA



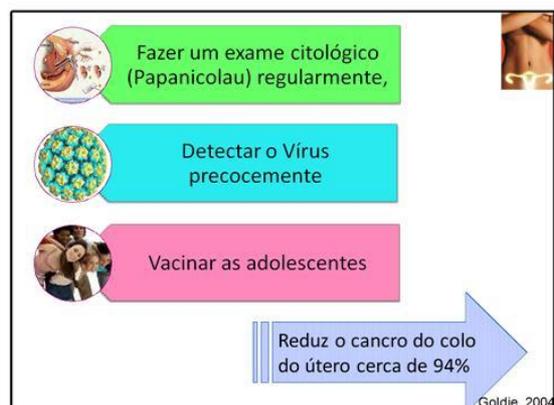
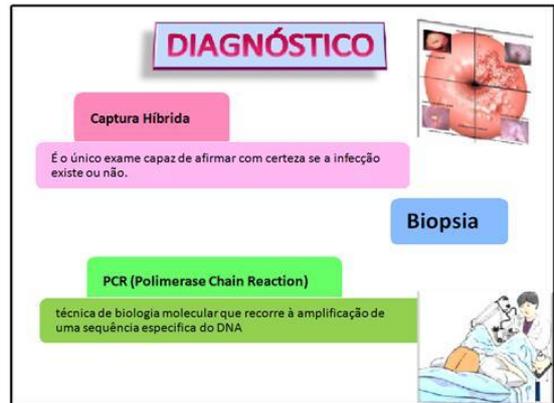
MÚLTIPLOS PARCEIROS



TABAGO



MÁ NUTRIÇÃO



APÊNDICE XVIII – Questionário de avaliação da formação em serviço

ACES LISBOA ORIENTAL - UCSP PENHA DE FRANÇA
AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Ação: _____

Data: __/__/__

Este questionário visa conhecer a opinião do formando sobre o modo como decorreu a acção. Na sua avaliação, utilize a seguinte escala:

Mau	Satisfaz Pouco	Satisfaz	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

QUESTÕES	1	2	3	4	5
1 – Como classifica a utilidade do conteúdo programático para a sua realidade profissional?					
2 – Como classifica a organização dos conteúdos?					
3 – Como classifica a duração da formação?					
4 – Como classifica as competências de dinamização do formador?					
5 – Como classifica a clareza da exposição do formador?					

Sugestões:

Muito obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE XIX – Avaliação da ação de EpS individual

ACTIVIDADE	METAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	RESULTADOS	AVALIAÇÃO
<p>Sessão de Educação para a Saúde Individual (SEpS)</p>	<p>.Que pelo menos 50% da população saiba identificar o que significa HPV; refiram, pelo menos dois modos de transmissão do vírus; e mencionem, pelo menos três medidas de prevenção da infecção por HPV.</p> <p>.Que pelo menos 50% da população, saiba indicar qual a relação entre o HPV e o cancro do colo do útero.</p> <p>.Que pelo menos 50% da população identifique qual a vacina do PNV contra o HPV, o número de doses e os respetivos intervalos de administração.</p> <p>.Que pelo menos 50% da população saiba reconhecer, pelo menos três medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis</p>	<p>ACTIVIDADE</p> <p>(nº SEpS efetuadas/nº SEpS previstas) x100;</p> <p>ADESÃO</p> <p>(nº participantes presentes/nº pessoas convocadas) x 100;</p> <p>PARTICIPAÇÃO</p> <p>(nº participantes que respondeu às questões/nº participantes) x 100;</p> <p>(nº folhetos distribuídos/nº de SEpS x 100.</p>	<p>ACTIVIDADE</p> <p>(35:37) x 100 = 94,6%</p> <p>ADESÃO</p> <p>(35:37) x 100 = 94,6%</p> <p>PARTICIPAÇÃO</p> <p>(33: 35) x100 = 94,3%</p> <p>(35:35) x100 = 100%</p>	<p>Objetivo Alcançado</p>

APÊNDICE XX – Avaliação da administração da vacina Gardasil®

ACTIVIDADE	METAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	RESULTADOS	AVALIAÇÃO
Administração da vacina contra o HPV (Gardasil®)	<p>.Atingir uma taxa de cobertura vacinal contra o HPV de 80% para a I dose.</p> <p>.Atingir uma taxa de cobertura vacinal contra o HPV de 70% para a II dose da vacina.</p>	<p style="text-align: center;">ADESÃO</p> <p>(nº pessoas vacinadas I dose/nº pessoas convocadas) x 100;</p> <p>(nº pessoas vacinadas II dose/nº pessoas convocadas) x 100;</p> <p>Taxa de cobertura vacinal obtida através do SINUS</p> <p style="text-align: center;">I dose</p> <p style="text-align: center;">II dose</p>	<p style="text-align: center;">ADESÃO</p> <p>(37:43) x 100 = 86%</p> <p>(35:37) x 100 = 94,6%</p>	<p>Objetivo Alcançado</p>

APÊNDICE XXI – Avaliação da formação em serviço

ACTIVIDADE	METAS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	RESULTADOS	AVALIAÇÃO
<p>Ação de Formação em Serviço</p>	<p>.Que 70% da equipa de enfermagem participe na ação de formação.</p> <p>.Que 60% da equipa de enfermagem participe na avaliação da ação.</p>	<p>ACTIVIDADE</p> <p>(nº ações realizadas/nº ações previstas) x100;</p> <p>ADESÃO</p> <p>(nº enfermeiros presentes/nº enfermeiros convocados) x 100;</p> <p>PARTICIPAÇÃO</p> <p>(nº enfermeiros que respondeu à avaliação/nº participantes) x 100.</p>	<p>ACTIVIDADE</p> <p>(1:1) x 100 = 100%</p> <p>ADESÃO</p> <p>(7:8) x 100 = 87,5%</p> <p>PARTICIPAÇÃO</p> <p>(7:7) x 100 = 100%</p>	<p>Objetivo Alcançado</p>