

# **Conhecimentos sobre o HPV e Cancro do Colo do Útero nos adolescentes: Uma questão de Saúde Pública**

**Marco Paulo Malojo Borges**

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança  
para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

## **Orientadoras:**

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Bragança, 19 de abril de 2016

# **Conhecimentos sobre o HPV e Cancro do Colo do Útero nos adolescentes: Uma questão de Saúde Pública**

**Marco Paulo Malojo Borges**

“Trabalho realizado pelo mestrando Marco Paulo Malojo Borges, no âmbito da unidade curricular - Relatório de Estágio II, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança”

Bragança, 19 de abril de 2016

**“Não é o mais forte que sobrevive,  
Nem o mais inteligente,  
Mas o que melhor se adapta às mudanças.”**

Charles Darwin

## **Agradecimentos**

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para o resultado deste trabalho.

Entre as quais, à Professora Doutora Maria Augusta Mata e à Professora Doutora Adília Fernandes, orientadoras desta investigação, um agradecimento muito especial pela dedicação, disponibilidade dispensada e pela excelente orientação que partilharam comigo ao longo do trabalho, dando ensinamentos e incentivos fundamentais para a elaboração do mesmo.

Ao Presidente do Conselho Executivo do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, de Bragança; a todos os funcionários e alunos, assim como aos encarregados de educação que permitiram a realização deste estudo.

Às enfermeiras especialistas Olívia Maria, Helena Meirinhos e Elisabete Matias, por quem fui orientado nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, pelo apoio e acolhimento durante o estágio.

Aos meus pais, José Manuel Borges e Ana Maria Malojo Borges pelo apoio e compreensão sempre demonstrados.

À disponibilidade e delicadeza de todos os profissionais que me acompanharam. A todos, bem hajam!

## **Lista de Acrónimos e Siglas**

ARS – Administração Regional da Saúde

ATA - Ácido tricloroacético

CCU - Cancro do Colo do Útero

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DNA - Ácido desoxirribonucleico

EPAR - Relatório Público Europeu de Avaliação

EpS – Educação para a Saúde

FDA - Food and Drug Administration

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV - Vírus do Papiloma Humano

ICO – Institut Català d'Oncologia

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

NSEE – Necessidades de Saúde e Educativas Especiais

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNV - Programa Nacional de Vacinação

RCM - Resumo das Características do Medicamento

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SRSVL – Sub Região de Saúde de Vila Real

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSNE, EPE – Unidade de Saúde Local Nordeste, Entidade Pública Empresarial

VLPs - Virus-like particles

WHO – World Health Organization

## **Resumo**

O Cancro do Colo do Útero (CCU) é uma das principais causas de morte por neoplasia nas mulheres, em todo o mundo. A principal etiologia do CCU é a infeção persistente pelas estirpes oncogénicas do Vírus do Papiloma Humano (HPV) (Ferreira, 2013).

Esta temática é de grande interesse para a Saúde Pública por se tratar de uma infeção que na maioria dos casos se apresenta de forma assintomática, afetando ambos os sexos (Leite, Lisboa, & Azevedo, 2011).

O presente trabalho tem como objetivos avaliar os conhecimentos dos alunos do Ensino Secundário do Agrupamento de escolas Emídio Garcia, em Bragança, sobre o HPV e CCU e conhecer os dados referentes à cobertura vacinal da população do Concelho de Bragança, relativamente à vacina do HPV no ano de 2014.

O estudo efetuado é de tipologia observacional-descritivo e correlacional, de paradigma quantitativo através de um processo sistemático de recolha de dados, num plano transversal. Numa amostra de 196 alunos do ensino secundário do Agrupamento de escolas Emídio Garcia em Bragança, com base num erro amostral de 5%, com um nível de confiança de fidelidade de 95%, classificada como amostra não probabilística, acidental/ocasional. O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário da autoria de Diana Ramada e Rui Medeiros, validado e devidamente autorizado.

As principais conclusões do estudo relativamente aos conhecimentos sobre esta temática por parte dos alunos, revelam que o maior conhecimento reside nos mais jovens com idades compreendidas entre os 15 e 16 anos em relação aos alunos de 18 e 19 anos. São alunos que estão bem informados no que diz respeito às manifestações e aos fatores de risco da infeção por HPV, conscientes de que afeta tanto o sexo feminino com o masculino e que os indivíduos do sexo masculino podem ser portadores assintomáticos. Reconhecem que a infeção pelo vírus do HPV é curável e que a persistência desta infeção pode provocar CCU. Existe uma lacuna relativamente ao HPV ser o agente mais comum das IST, em que 93,4% dos inquiridos respondeu ser o HIV. Revelam desconhecimento relativamente à localização e modos de transmissão deste vírus. Manifestaram interesse por adquirir e aprofundar conhecimentos, assinalando a escola e os profissionais de saúde como centro de informação. Existe, no entanto, um aspeto positivo a concluir, ao se verificar que a vacinação tem uma grande adesão e que é cumprido o esperado pelo Plano Nacional de Vacinação, diminuindo o risco de infeção por HPV e em consequência reduzindo a incidência do CCU, por infeção persistente de HPV.

**Palavras-Chave:** Cancro do Colo do Útero, Vírus do Papiloma Humano, Saúde Pública, Conhecimento dos adolescentes, Infeção Sexualmente Transmissível, Promoção da saúde

## **Abstract**

The uterus cervical cancer (CCU) is one of the leading causes of death from malignancy in women worldwide. The main cause of cervical cancer is persistent infection by oncogenic strains of the Human Papilloma Virus (HPV)(Ferreira, 2013).

This subject is of great interest to public health because it is an infection that in most cases presents asymptotically, affecting both sexes. (Leite, Lisboa, & Azevedo, 2011).

This study aims to evaluate students' knowledge of Secondary Education Grouping schools Emidio Garcia in Bragança, about HPV and cervical cancer and understand the data regarding the vaccination coverage of the County population of Bragança, regarding the HPV vaccine in 2014.

The study carried out is an observational, descriptive and correlational type of quantitative paradigm through a systematic process of data collection, a transverse plane. In a sample of 196 secondary school students of the schools grouping Emídio Garcia in Braganca based on a sampling error of 5 %, with a loyalty confidence level of 95 %, classified as non-probabilistic accidental / occasional sample. The data collection instrument was a questionnaire designed by Diana Ramada and Rui Medeiros, validated and authorized.

The main conclusions of the study with regard to knowledge on the subject by the students, reveal that greater knowledge resides in younger aged between 15 and 16 years compared to students 18 to 19 years. Are students who are knowledgeable with respect to statements and risk factors of HPV infection, aware that affects both females and males, and the males can be asymptomatic carriers. Recognize that infection by the HPV virus is curable and that the persistence of this infection can. There is a gap in relation to HPV is the most common agent of STIs, in which 93.4 % answered that HIV. Reveal ignorance regarding the location and mode of transmission of this virus. They expressed interest in acquiring and deepening knowledge, marking the school and health professionals as an information center. There is, however, a positive aspect to complete when it is found that immunization is a very adhesion which is achieved expected by the National Immunization Plan, reducing the risk HPV infection and consequently reducing the incidence of CC by HPV persistent.

**Keywords:** Uterus Cervical Cancer, Human Papilloma Virus, Public Health, Knowledge of adolescents, Sexually Transmitted Infection, Health promotion

# Índice

<b>Introdução</b> -----	<b>1</b>
-------------------------	----------

## **PARTE I**

### Enquadramento Teórico

<b>1. Cancro do Colo do Útero</b> -----	<b>4</b>
1.1. Epidemiologia -----	5
<b>2. Vírus do Papiloma Humano</b> -----	<b>7</b>
2.1. Fisiopatologia -----	7
2.2. Infecção por HPV -----	9
2.3. Sinais e Sintomas -----	10
2.4. Manifestações Clínicas -----	10
2.5. Fatores de risco -----	11
2.6. Transmissão do HPV -----	11
2.7. Diagnóstico -----	12
2.7.1. <i>Classificação citológica</i> -----	12
2.8. Tratamento e Cura -----	13
2.9. Prevenção -----	14
2.9.1. <i>Prevenção Primária</i> -----	14
2.9.2. <i>Prevenção Secundária</i> -----	4
2.9.3. <i>Prevenção Terciária</i> -----	6
<b>3. Educação para a Saúde enquanto estratégia de capacitação de indivíduos, grupos e comunidades</b> -	<b>7</b> -
3.1. Educação Escolar -----	8 -

## **PARTE II**

### Enquadramento Metodológico

<b>1. Metodologia</b> -----	<b>11</b> -
1.1. Contextualização do Problema e Objetivos do Estudo -----	11 -
1.2. Participantes -----	12 -
1.2.1. <i>Seleção da Amostra</i> -----	12 -
1.2.2. <i>Amostra</i> -----	12 -

1.3.	Procedimentos -----	15 -
1.3.1.	<i>Desenho do Estudo</i> -----	15 -
1.3.2.	<i>Procedimento de Colheita de Dados</i> -----	15 -
1.3.3.	<i>Procedimentos Éticos e Deontológicos</i> -----	16 -
1.4.	Metodologia de Tratamento de Dados-----	16 -
1.4.1.	<i>Operacionalização das Variáveis</i> -----	17 -
<b>2.</b>	<b>Análise dos Dados / Inferência -----</b>	<b>18 -</b>
2.1.	Conhecimento do Cancro do Colo do Útero-----	18 -
2.2.	<i>Conhecimento sobre HPV</i> -----	21 -
2.2.1.	<i>Conhecimento e fontes de informação do HPV</i> -----	23 -
2.2.2.	<i>Conhecimento geral sobre o HPV</i> -----	24 -
2.2.3.	<i>Conhecimentos e crenças acerca da relação entre o HPV e o Cancro do Colo do Útero</i> ---	37 -
2.2.4.	<i>Atitudes e Crenças sobre a Vacinação contra o HPV</i> -----	38 -
2.2.5.	<i>Educação sexual</i> -----	38 -
2.3.	Análise dos dados referente à Cobertura Vacinal -----	43 -
2.3.1.	<i>Quantidade de utentes vacinados de 1995 a 2004</i> -----	43 -
2.3.2.	<i>Vacinação HPV – Coortes de 1992 a 2004</i> -----	43 -
2.3.3.	<i>Contagem de Inoculações no ano de 2014</i> -----	44 -
<b>3.</b>	<b>Discussão dos Resultados -----</b>	<b>45 -</b>
	<b>Conclusões e Perspetivas Futuras -----</b>	<b>54 -</b>
	<b>Bibliografia -----</b>	<b>56 -</b>
	<b>Anexos -----</b>	<b>62 -</b>
	Anexo I – Questionário “Conhecimentos dos jovens sobre HPV e CCU ”-----	63 -
	Anexo II - Pedidos de autorização e respetivas autorizações para aplicação do questionário para recolha de dados -----	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
	Anexo III – Pedido e autorização para a aplicação do questionário ao Presidente do Conselho Executivo do Agrupamento de Escola Emídio Garcia, assim como à Comissão de ética da Escola	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
	Anexo IV – Pedido de autorização endereçado aos encarregados de educação	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

Anexo V – Pedido de autorização para levantamento de dados referente à cobertura vacinal da população do concelho de Bragança na Unidade de Saúde Pública da ULSNE, EPE, relativamente à vacina do HPV no ano de 2014 para estudo de investigação, dirigida ao Presidente do Conselho de Administração da ULSNE, EPE-----**Erro! Marcador não definido.**

Anexo VI - Pedido de autorização e resposta para realização de levantamento de dados referente à cobertura vacinal da população do Concelho de Bragança na Unidade de Saúde Pública ULSNE, EPE, relativamente á vacina do HPV no ano de 2014 para estudo de investigação, dirigido à Comissão de Ética da ULSNE, EPE -----**Erro! Marcador não definido.**

Anexo VII – Relatório das Atividades desenvolvidas em contexto de Estágio II**Erro! Marcador não definido.**

## Índice de Figuras

<b>Fig. 1</b> – Evolução desde a Infecção por HPV ao Cancro do Colo do Útero. -----	4
<b>Fig. 2</b> – Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno do colo do útero, em Portugal Continental de 2008 a 2012-----	6
<b>Fig. 3</b> - Taxas de Mortalidade Padronizada e Taxas de Mortalidade Precoce Padronizada (<65 anos) no sexo feminino por patologia e por local de residência (ARS) em 2012 -----	6
<b>Fig. 4</b> – Modelo tridimensional do Vírus do Papiloma Humano -----	7
<b>Fig. 5</b> – História natural da infecção por HPV e do cancro do colo do útero (CCU) -----	8
<b>Fig. 6</b> – Carcinogénese do colo do útero -----	9
<b>Fig. 7</b> – Esquemas de transição e de recurso para a vacina contra o HPV – outubro 2014 -----	19
<b>Fig. 8</b> – Cronograma da Campanha de vacinação com a vacina HPV, por coorte -----	19
<b>Fig. 9</b> - Cobertura Vacinal para a 3ª dose da vacina HPV em jovens nascidas em 1992, por ARS. Avaliação 2013, Continente. -----	21
<b>Fig. 10</b> – Cobertura Vacinal para a 3ª dose da vacina HPV em jovens nascidas em 1995, por ARS. Avaliação 2013, Continente. -----	21
<b>Fig. 11</b> – Países com vacina contra a infecção por HPV no Plano Nacional de Vacinação; e as introduções planeadas. -----	2
<b>Fig. 12</b> - Distribuição da amostra de acordo com o sexo -----	13
<b>Fig. 13</b> - Distribuição da amostra de acordo com a idade -----	14
<b>Fig. 14</b> - Distribuição da amostra de acordo com o ano de escolaridade que frequenta -----	14
<b>Fig. 15</b> - Distribuição da amostra de acordo com o meio de proveniência-----	15
<b>Fig. 16</b> - Distribuição da amostra no que concerne ao conhecimento sobre o cancro do útero -----	18
<b>Fig. 17</b> - Distribuição da amostra no que concerne ao conhecimento sobre o HPV -----	21
<b>Fig. 18</b> - Localização da infecção por HPV-----	29
<b>Fig. 19</b> - Infecção por HPV diagnosticada por Papanicolau-----	30
<b>Fig. 20</b> - Diagnóstico de infecção por HPV implica tratamento imediato-----	30
<b>Fig. 21</b> - Percentagem de presença de HPV nos casos de Cancro do útero -----	32
<b>Fig. 22</b> - Transmissão do HPV -----	33
<b>Fig. 23</b> - Prevenção da infecção por HPV -----	35

<b>Fig. 24</b> - Manifestação da infecção genital por HPV -----	35 -
<b>Fig. 25</b> - Número de respostas corretas sobre conhecimento e crenças acerca da relação entre HPV e CCU -----	37 -
<b>Fig. 26</b> - Distribuição da amostra de acordo com os meios de divulgação mais adequados -----	40 -
<b>Fig. 27</b> - Idade para o início da Educação Sexual -----	40 -
<b>Fig. 29</b> - Idade com que iniciou atividade sexual -----	41 -
<b>Fig. 30</b> - Número de parceiros sexuais -----	42 -
<b>Fig. 31</b> - Participação em Workshops -----	42 -

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da população e amostra em estudo -----	13 -
Tabela 2 - <i>Comparação do conhecimento sobre o cancro do colo do útero atendendo ao sexo, idade, ano de escolaridade e meio de residência</i> -----	19 -
Tabela 3 - <i>Distribuição das respostas dos inquiridos no que concerne ao conhecimento sobre o cancro do útero</i> -	20 -
Tabela 4 - <i>Conhecimento sobre o HPV de acordo com o sexo, idade, ano de escolaridade e meio de proveniência</i> -----	23 -
Tabela 5 - <i>Conhecimento e fontes de informação acerca do HPV</i> -----	24 -
Tabela 6 - <i>Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre a probabilidade de contágio</i> -----	25 -
Tabela 7 - <i>Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre a faixa etária em que predomina a infeção por HPV</i> -----	26 -
Tabela 8 - <i>Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre o HPV afetar homens e mulheres</i> -----	27 -
Tabela 9 - <i>Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre o homem poder ser portador assintomático</i> -	28 -
Tabela 10 - <i>Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre a localização da infeção</i> -----	29 -
Tabela 11 - <i>Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre a cura da infeção por HPV</i> -----	31 -
Tabela 12 - <i>Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre relação entre HPV e cancro do colo do útero</i> -----	31 -
Tabela 13 - <i>Percentagem de respostas corretas atendendo às formas de transmissão</i> -----	34 -
Tabela 14 - <i>Frequência absoluta e relativa sobre a infeção genital por HPV se manifestar de forma assintomática</i> -----	36 -
Tabela 15 - <i>Frequências absolutas e relativas entre “já ouviu falar de HPV” e “divulgação suficiente” e “gostaria de saber sobre o HPV”</i> -----	39 -
Tabela 16 - <i>Dados da população vacinada entre os anos de 1995 e 2004, com as vacinas HPV Gardasil.</i> --	43 -
Tabela 17 - <i>Avaliação anual 2014</i> -----	44 -
Tabela 18 - <i>Contagem de Inoculações de HPV Gardasil, no período de 01/01/2014 a 31/12/2014</i> -----	45 -



## Introdução

O Vírus do Papiloma Humano, também conhecido pela sua abreviatura HPV (*Human Papillomavirus*), é o agente sexualmente mais transmissível, que pertence à Família *Papillomaviridae* e ao Género *Papillomavirus*; é considerado o maior responsável pelo Cancro do Colo do Útero (CCU) (Camara, Cruz, Veras & Martins, 2008).

Este é um tema de muita relevância por se tratar de uma infeção em que na maioria dos casos se apresenta de forma assintomática manifestando-se por vezes na pele e nas mucosas vaginais, afetando tanto o sexo feminino como o sexo masculino. Trata-se de uma infeção que pode evoluir para uma neoplasia, se a persistência do vírus for superior a 12 meses, dependendo da resposta do sistema imunitário. Pode verificar-se a reativação do vírus após várias décadas ou até mesmo a reinfeção (Leite, Lisboa, & Azevedo, 2011).

O Vírus do Papiloma Humano possui uma grande afinidade por epitélios, que pode provocar lesões hiperplásicas, papilomatoses e verrugas tanto na pele como na mucosa, o que demonstra um papel importante na carcinogénese. É confirmado por estudos etiológicos desta patologia, está comprovado que durante a atividade sexual, o microtrauma do epitélio genital na zona do colo do útero permite a exposição das células basais em proliferação ativa, aos diferentes tipos de HPV, permitindo a união entre o recetor da célula basal com a proteína da cápside viral (Al-Talib, 2010).

Até ao momento presente, existem mais de 200 tipos de HPV identificados, dos quais cerca de 40 são infetantes, preferencialmente são afetados o trato anogenital, vulva, vagina, colo do útero, pénis e áreas perianais (World Health Organization [WHO], 2010).

O Cancro do Colo do Útero (CCU) é uma das principais causas de morte por neoplasia nas mulheres em todo o mundo. Pode-se afirmar, segundo estudos efetuados recentemente, que a principal etiologia do CCU é a infeção persistente pelas estirpes oncogénicas do HPV (WHO, 2010).

Reconhecendo a vacinação como um meio de prevenção, é importante a atualização do Programa Nacional de Vacinação (PNV). Em 2008, foi introduzida a vacina contra o HPV, com o objetivo de reduzir a incidência e a taxa de mortalidade de CCU em Portugal.

Perante os factos e relevância do problema, acrescido de novos comportamentos dos jovens na sociedade contemporânea, a pertinência deste estudo aumenta, no sentido da prevenção da doença e da promoção para a saúde, como propósito de um profissional de

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Razão pela qual a elaboração deste trabalho é intitulado “Conhecimentos sobre o HPV e CCU nos adolescentes, uma questão de Saúde Pública”.

Os objetivos deste trabalho são: avaliar o conhecimento dos adolescentes sobre o HPV e CCU; identificar as suas lacunas sobre esta temática e com base nesses resultados, agir em conformidade e conhecer a cobertura vacinal do concelho de Bragança no ano de 2014, relativamente à vacina contra o HPV.

O estudo efetuado é de tipo observacional-descritivo e correlacional, de paradigma quantitativo através de um processo sistemático de recolha de dados, num plano transversal. Com base num erro amostral de 5%, com um nível de confiança de fidelidade de 95%, a amostra foi calculada em 196 alunos do ensino secundário do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, em Bragança. A amostra é não probabilística, acidental/ocasional. Os dados foram recolhidos em maio e junho de 2015, através de um questionário da autoria de Diana Ramada e Rui Medeiros.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira parte remete para a revisão de literatura, fazendo o enquadramento teórico. Começando por abordar a temática do Cancro do Colo do Útero, do qual, o HPV é uma das causas deste tipo de cancro. Seguidamente, referimos a fisiopatologia, sinais e sintomas, manifestações clínicas, fatores de risco, transmissão, diagnóstico, tratamento e cura assim como a prevenção da infeção do HPV, incluindo a vacinação. A segunda parte engloba a metodologia utilizada no estudo e, conseqüente análise e discussão dos resultados, referindo as considerações finais e breve resenha das prespetivas futuras.

Acrescenta-se que em anexo, estão descritas as atividades desenvolvidas em contexto de estágio II.

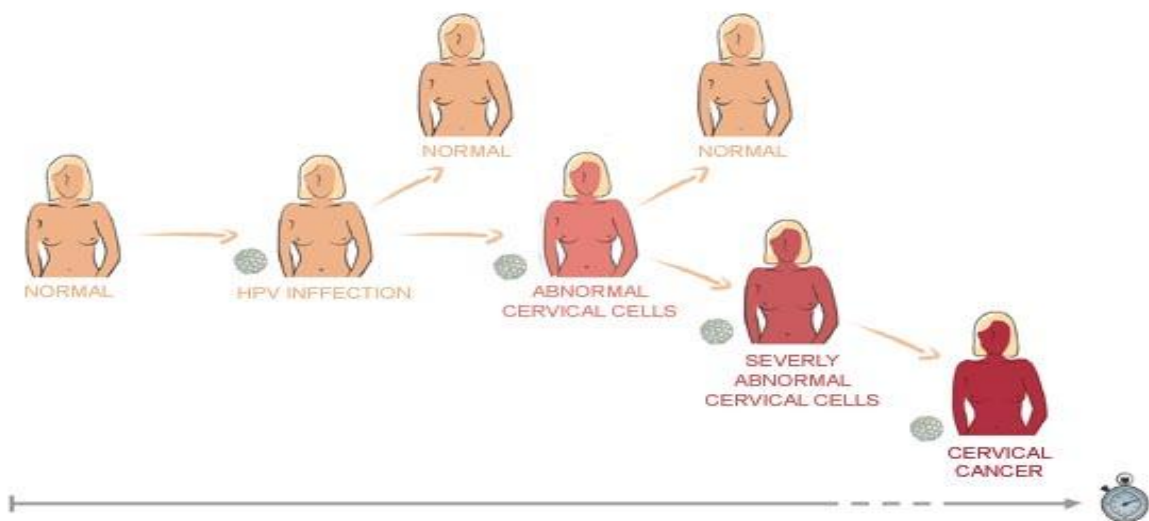
**PARTE I**  
**Enquadramento Teórico**

## 1. Cancro do Colo do Útero

O Cancro do Colo do Útero (CCU) desenvolve-se devido a anomalias na extremidade que liga o corpo do útero à vagina, que começam a crescer de forma descontrolada. As células anormais evoluem lentamente, das formas iniciais para cancro. Estas variações anómalas não apresentam sinais óbvios e só são detetadas por rastreio (European Cervical Cancer Association [ECCA], 2008).

Em 1977, Zur Hausen sugeriu e demonstrou a existência da relação entre o Papilomavirus Humano (HPV) e o Cancro do Colo do Útero e esta relação foi comprovada ao longo da década de 80 com o isolamento do vírus em células de tumores cervicais. Este feito foi reconhecido, o que lhe valeu um prémio Nobel da Medicina em 2008 (Côrrea & Russomano, 2012).

As células cervicais podem tornar-se anormais na presença do HPV e, com uma evolução gradual e lenta, darem origem a um cancro. No início as alterações são ligeiras e muitas acabam por desaparecer espontaneamente, sem ser necessário tratamento. Quando estas células anormais não desaparecem podem evoluir para cancro do Colo do Útero, caso não sejam detetadas e removidas. A sua remoção é um procedimento simples, evitando a sua progressão. Na figura 1 está representada a evolução temporal e os estádios desde a infeção por HPV ao Cancro do Colo do Útero (ECCA, 2013).



**Fig. 1** – Evolução desde a Infecção por HPV ao Cancro do Colo do Útero.  
Fonte: European Cervical Cancer Association [ECCA] (2013).

Na maioria das vezes, quando não existe uma lesão precursora de cancro, a infeção pelo HPV tem carater transitório, desaparecendo sem deixar sequelas em alguns meses a anos, devido à ação do seu sistema imunológico. Sinais e sintomas da infeção podem ressurgir algum tempo depois e, assim, não é possível saber se se trata de uma infeção recente ou muito antiga (Derchain, Filho & Syrjanen, 2005).

Os fatores de risco principais do CCU são os tipos de HPV de alto risco. As mulheres que não tenham este tipo de HPV, não correm o risco de ter CCU. Porém, os restantes fatores de risco conhecidos, da evolução da infeção por HPV para CCU, debruçam-se em aspetos individuais desde a resposta imunológica a outros fatores complementares que influenciam a resposta do hospedeiro (Administração Regional de Saúde do Norte [ARS Norte], 2009; ECCA, 2013).

### 1.1. Epidemiologia

A epidemiologia foi definida por Last (1988, p.77), como o “estudo da ocorrência, da distribuição dos acontecimentos, problemas e estados de saúde em populações específicas e dos seus [fatores] determinantes, bem como a aplicação deste estudo ao controlo dos problemas de saúde”. Através desta definição verifica-se a preocupação não só com a incapacidade, doença ou morte, mas também com a melhoria dos indicadores de saúde e com as estratégias de promoção da saúde (Bonita, Beaglehole & Kjellstrom, 2010).

A evolução da Oncologia tem tido um aumento significativo de novos casos, quer a nível nacional e internacional, mas, vemos também um aumento do cuidado de cada doente oncológico, de meios técnicos e humanos. O cancro é uma das doenças que apresenta uma perspetiva clínica multidisciplinar e uma abordagem política e social muito grande, para além das estruturas de saúde (DGS, 2014a).

Na figura 2, estão representados os dados referentes aos indicadores de mortalidade relativos ao tumor maligno do colo do útero, em Portugal Continental de 2008 a 2012 (DGS, 2014a).

Tumor maligno do colo do útero					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	233	255	216	240	204
Taxa de mortalidade	4,50	4,90	4,10	4,60	3,90
Taxa de mortalidade padronizada	3,40	3,70	2,90	3,30	2,80

**Fig. 2** – Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno do colo do útero, em Portugal Continental de 2008 a 2012

Nota: Taxas por 100 000 mulheres.

Fonte: DGS (2014a, p. 45).

As taxas de mortalidade padronizadas e as taxas de mortalidade precoce padronizadas com idade inferior a 65 anos de idade no sexo feminino por patologias e por local de residência em 2012, relativamente ao tumor maligno do colo do útero, são apresentadas na figura 3 (DGS, 2014a).

Causa de morte	Taxas de mortalidade padronizada	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
		Sexo feminino				
Tumor maligno do estômago	Todas as idades	11,70	8,30	7,50	8,60	8,20
	<65 anos	5,20	3,00	2,90	2,80	4,70
Tumor maligno do cólon	Todas as idades	10,20	11,80	11,10	11,40	10,40
	<65 anos	3,40	4,60	4,50	4,80	3,40
Tumor maligno do reto	Todas as idades	2,60	3,10	3,60	5,50	*
	<65 anos	1,20	1,20	1,70	2,20	*
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	Todas as idades	9,00	6,00	10,50	7,30	9,80
	<65 anos	4,50	2,70	6,60	4,40	4,70
Tumor maligno da mama feminina	Todas as idades	16,80	17,40	22,90	18,20	25,00
	<65 anos	10,80	11,00	13,90	9,50	17,10
Tumor maligno do colo do útero	Todas as idades	2,30	2,70	3,00	*	*
	<65 anos	1,40	2,40	2,60	*	*
Tumor maligno do corpo do útero	Todas as idades	1,80	1,60	1,90	*	*
	<65 anos	0,50	0,50	0,40	*	*
Tumor maligno da bexiga	Todas as idades	1,40	2,10	2,20	*	*
	<65 anos	0,30	0,50	0,40	*	*
Linfoma não-Hodgkin	Todas as idades	2,90	3,00	3,70	*	*
	<65 anos	1,10	1,10	1,60	*	*

**Fig. 3** - Taxas de Mortalidade Padronizada e Taxas de Mortalidade Precoce Padronizada (<65 anos) no sexo feminino por patologia e por local de residência (ARS) em 2012

Nota: Taxas apresentadas são taxas de mortalidade padronizadas por 100 000 habitantes.

\*Não são apresentadas taxas correspondentes a número de óbitos  $\leq 25$ , por apresentarem elevado erro padrão.

Fonte: DGS (2014a, p. 47).

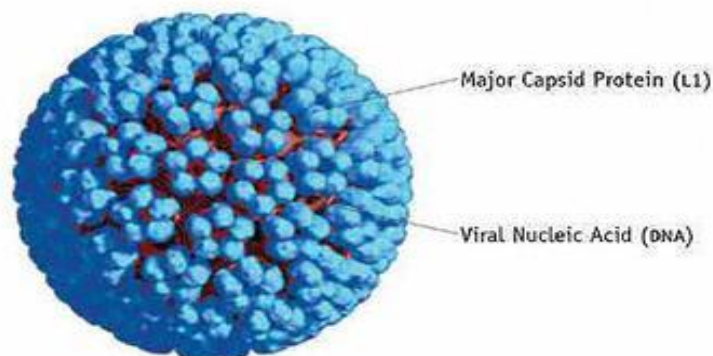
## 2. Vírus do Papiloma Humano

A infecção pelo HPV é uma das infecções sexualmente transmissíveis mais comuns em todo o mundo. O HPV é um vírus cujo genoma é constituído por ácido desoxirribonucleico (DNA) circular de cadeia dupla contendo cerca de 8000 pares de bases e com uma cápside, icosaédrica composta por duas moléculas proteicas – L1 e L2 (Munõz *et al.*, 2003). A replicação deste vírus pode ocorrer sob duas formas, por replicação epissomal nas células epiteliais (pele e mucosa) em diferenciação, com propagação para as células vizinhas ou, por integração do genoma viral no DNA das células epiteliais mais diferenciadas, conduzindo ao início do processo de carcinogénese (Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2007).

### 2.1. Fisiopatologia

Relativamente à sua fisiopatologia, podemos dizer que existem mais de 70 tipos de HPV e que cerca de 30 estirpes do vírus afetam o aparelho genital, na figura 4 está representado o modelo tridimensional do Vírus do Papiloma Humano. A maior parte destas estirpes é de baixo risco, mas existem quatro tipos de alto risco, sendo o 16, 18, 31 e 45. Estas estão associadas a displasias do colo do útero de grau elevado e têm maior probabilidade de evoluírem para cancro (Instituto do HPV, 2013).

#### THREE-DIMENSIONAL MODEL OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS

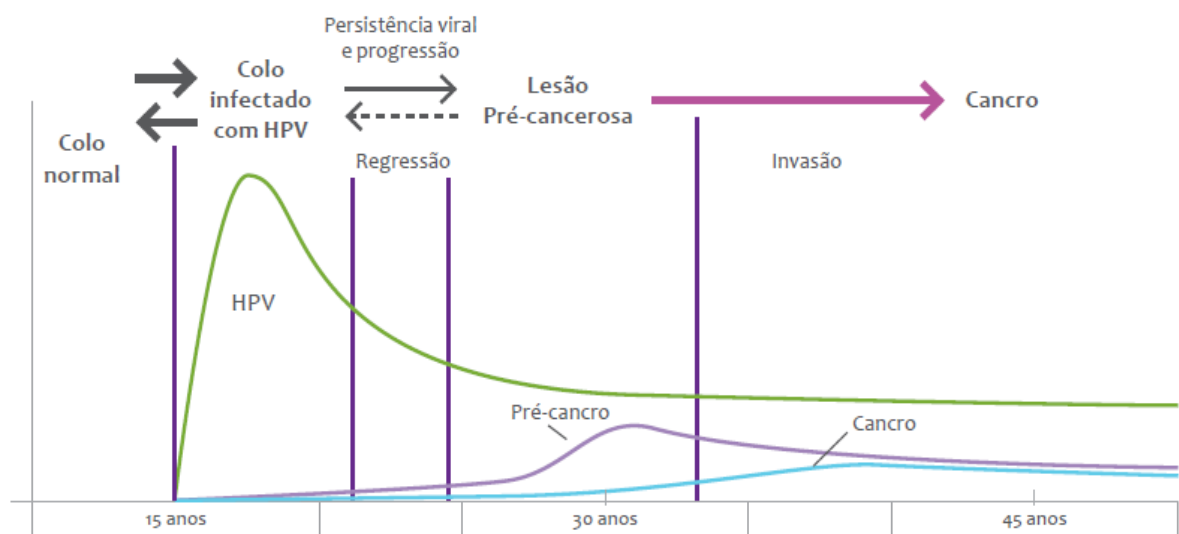


© Physicians' Research Network, Inc. All rights reserved.  
Published in The PRN Notebook, Volume 6, Number 3, September 2001 and  
The PRN Notebook Online at WWW.prn.org  
Three-dimensional model of HPV Created by Louis E. Henderson, PhD,  
Frederick Cancer Research Center.

**Fig. 4** – Modelo tridimensional do Vírus do Papiloma Humano  
Fonte: The PRN Notebook, Volume 6, N.º3, Setembro (2001).

Os vários tipos de HPV podem ser classificados de acordo com o seu potencial oncogénico em vírus de “baixo risco” ou de “alto risco”. Cerca de 15 tipos de HPV de alto risco podem infetar o trato anogenital, os génotipos 16 e 18 são responsáveis por 70 a 75% dos casos de Cancro do Colo do Útero (CCU), estando também associados a alguns casos de cancro vulvar, vaginal, peniano e anal (Schiffman & Castle, 2003). Cada um dos restantes génotipos está associado a menos de 5% dos casos de CCU (European Centre for Disease Prevention Control [ECDC], 2008; Monk & Tewari, 2007). Os HPV de baixo risco estão associados ao desenvolvimento de verrugas genitais. Em cerca de 90% destas situações são identificados os génotipos 6 e 11, não existindo diferenças entre os sexos feminino e masculino. Estes génotipos estão ainda associados de 80 a 90% dos casos de papilomatose respiratória recorrente, doença muito rara, mas de grande relevância por desenvolver elevada morbilidade (Greer *et al*, 1995; Kjaer *et al*, 2007).

A história natural da infeção por HPV está demonstrada na figura 5, onde se verifica que após o início da atividade sexual a prevalência de infeções transitórias pelas estirpes oncogénicas do Vírus do Papiloma Humano tem especial relevância na adolescência e entre os 20 e 30 anos de idade, o colo do útero é infetado com HPV (Linha Verde). A infeção por HPV pode ser transitória e ocorrer uma regressão pelo combate do sistema imunitário. Por outro lado, com a persistência do vírus e com a sua natural progressão manifestam-se, cerca de dez anos mais tarde, lesões pré-cancerosas (Linha Lilás). Com a evolução da invasão, é instalado o Cancro, nomeadamente o CCU, por volta dos 40 – 50 anos de idade (Linha Azul).



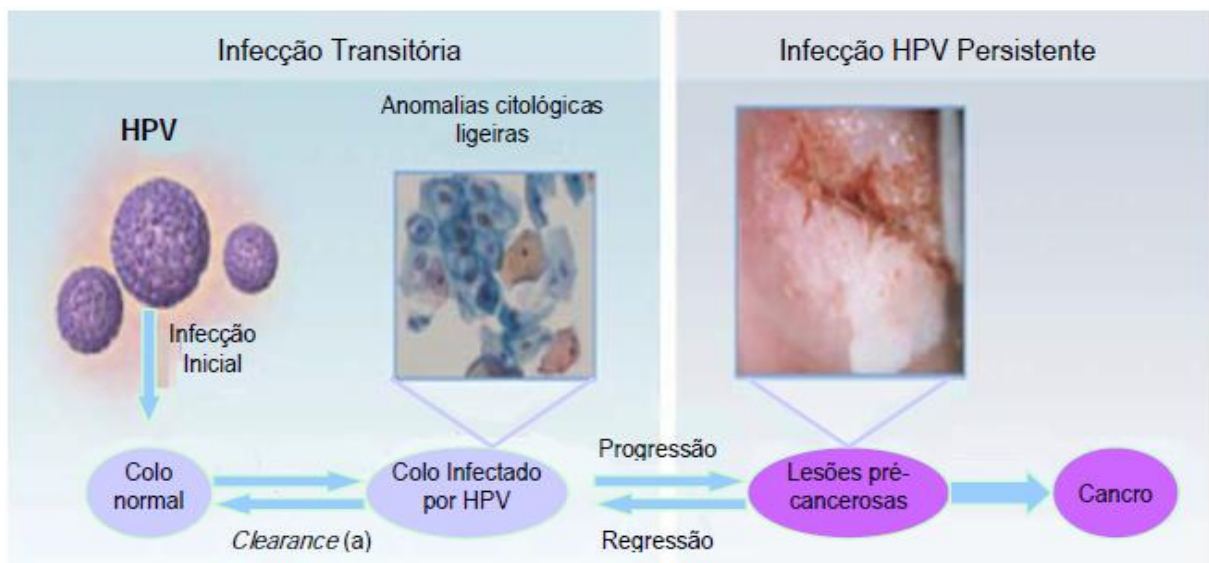
**Fig. 5** – História natural da infeção por HPV e do cancro do colo do útero (CCU)  
 Fonte: Adaptado de ARS Norte (2009, p. 5).

## 2.2. Infecção por HPV

A infecção pelo HPV, segundo vários estudos, pode ter uma resolução praticamente espontânea em poucos meses e estima-se que em 90% dos casos é revertida em menos de dois anos (DGS, 2008a).

A persistência desta infecção por um período superior a doze meses está associada a um risco aumentado de neoplasia. Na presença de uma infecção persistente por HPV, esta tem um período de latência prolongado, podendo levar anos e mesmo nalguns casos a décadas, desde o início da infecção até ao desenvolvimento de tumores, passando por várias fases evolutivas. As três fases do processo de Carcinogénese do Colo do Útero são a infecção com os genótipos específicos de alto risco oncogénico de HPV, a progressão para lesões pré-neoplásicas e, por último, instalação de lesões invasivas (DGS, 2008a).

Na figura 6 está ilustrado o processo de Carcinogénese do Colo do Útero.



**Fig. 6** – Carcinogénese do colo do útero

Fonte: DGS (2008a, p. 8).

As infecções por HPV são, em regra, transitórias e estão muitas vezes associadas a anomalias ligeiras evidentes no resultado da citologia.

Verificam-se, numa infecção persistente, diferentes graus de risco para o desenvolvimento de lesões pré-cancerosas e da doença invasiva, mas a infecção por genótipos

de HPV de alto risco é condição necessária, mas não suficiente para a progressão da doença (DGS, 2008a).

De acordo com Clifford (2003), Castellsague (2006) e Muñoz (2006), citados por Leite *et al.* (2011, p.396) afirmam que

os subtipos de HPV 16 e 18 estão implicados em cerca de 70% dos cancros do colo do útero, da vagina e do ânus, e em aproximadamente, 30 a 40% dos cancros da vulva, do pénis e da orofaringe. O HPV-18 é mais frequentemente encontrado no adenocarcinoma do que no carcinoma epidermóide cervicais.

A infeção simultânea com múltiplos subtipos de HPV é mais comum nas mulheres com infeção pelo HIV do que população em geral, por serem indivíduos imunossuprimidos (Strickler, 2003 citado por Leite *et al.*, 2011).

### 2.3. Sinais e Sintomas

O vírus do Papiloma Humano afeta ambos os sexos, feminino e masculino, podendo causar infeção e não apresentar sintomas. Após atingir um estado mais avançado da infeção pode verificar-se um corrimento avermelhado com consistência aquosa e poderá haver sangramento durante a relação sexual. No entanto, quando existe suspeita de infeção pelo HPV deve-se sempre verificar a presença de verrugas de tamanhos variáveis, em várias áreas do corpo e não só nas zonas genitais (Instituto do HPV, 2013).

No sexo feminino os sintomas mais comuns surgem na vagina, vulva, região do ânus e colo do útero. As lesões provocadas pelo HPV podem também aparecer na boca e na garganta. No sexo masculino, é mais comum o aparecimento de sintomas ao nível da cabeça do pénis ou glande e na região do ânus (Instituto do HPV, 2013).

### 2.4. Manifestações Clínicas

De acordo com Monk e Tewari (2007), na maioria dos indivíduos contaminados com o vírus do papiloma humano, não provoca doença. As manifestações clínicas são

desenvolvidas numa pequena percentagem dos indivíduos contaminados. As referidas manifestações, na maioria dos casos, têm caráter inflamatório como são o caso das verrugas genitais ou condilomas acuminados e semelhantes às encontradas comumente nos joelhos, cotovelos e dedos das crianças.

Existem também evidências de manifestações nos exames preventivos como é o caso do exame de lâmina, Citologia ou Papanicolau, chamadas de lesões intra-epiteliais de baixo grau, neoplasia intra-epitelial grau I, ou simplesmente pelo relato da presença do vírus sem mencionar qualquer lesão. Não são visíveis a “olho nu” e por isso denominadas de subclínicas. As formas de infecção que merecem atenção afetam uma minoria das mulheres. São as consideradas precursoras do cancro do colo do útero, pela possibilidade de progredir até esta doença em alguns meses a poucos anos, se não forem tratadas. Também não são visíveis no exame ginecológico comum e costumam ser seguidas de maneira preventiva pelo exame de rotina. Nesta categoria incluem-se as lesões intra-epiteliais de alto grau, neoplasia intra-epitelial grau II ou III, ou ainda, de carcinoma *in situ* (Vieira *et al.*, 2004).

## 2.5. Fatores de risco

Os fatores de risco são situações que predis põem a infecção pelo HPV e incluem múltiplos parceiros sexuais, a existência de outras infecções sexualmente transmissíveis e os fatores genéticos. Pessoas com condições imunossupressoras como é o caso de doentes com HIV, que tomam corticoterapia, tratamentos de quimioterapia, entre outros (SPP, 2008; WHO, 2010)

Homens com excesso de prepúcio, com ou sem fimose e balanite de repetição podem também constituir um grupo de risco (Carvalho, 2002).

No caso do uso de anticoncepcionais orais existem estudos que evidenciam uma maior incidência de cancro do colo do útero, quando se encontra também instalada a infecção pelo HPV (WHO, 2010).

## 2.6. Transmissão do HPV

A transmissão do HPV geralmente é feita pelo contacto íntimo desprotegido com o indivíduo infetado com o vírus a nível sexual, através do contato epitelial direto entre mucosa

e pele. Ou também, mas mais raramente acontece por via vertical durante o parto, outro caso de transmissão também descritos, mas pouco frequente é por contacto o orogenital (National Advisory Committee on Immunization [NACI], 2007).

O tempo de incubação do vírus varia entre um mês a dois anos e durante este período apesar de não causar e não serem visíveis sintomas, o individuo pode contaminar outros, podem existir verrugas invisíveis a “olho nu”, mas que podem ser transmissíveis para o parceiro (Sedicias, 2008).

## 2.7. Diagnóstico

O diagnóstico da infeção pelo vírus do papiloma humano é realizado pela deteção do seu DNA nas células do colo do útero. O teste de Papanicolau deteta alterações nas células e mucosas do colo do útero, que podem dever-se a HPV, nos casos em que se verifiquem lesões é efetuado um teste específico para o vírus do papiloma humano, citologia em meio líquido.

Esta infeção resulta em lesões morfológicas que variam entre a normalidade e diferentes fases de lesões pré-cancerosas e por último pelo cancro cervical invasivo (WHO, 2010).

### 2.7.1. Classificação citológica

Com base no relatório do *Centro de Informação do HPV e Cancro do Colo do útero da WHO/ICO*, em 2010, os resultados das citologias são classificados da seguinte forma:

- Citologia Normal – não se observam células anormais/atípicas na superfície do colo uterino após esfregaço citológico, resumindo, está negativa para lesão intraepitelial maligna.
- Neoplasia Intraepitelial Cervical/Lesões Intraepiteliais – referem-se a lesões pré-cancerosas ou anormais que dizem respeito ao crescimento de células escamosas observadas no colo do útero. Esta análise pode ser efetuada por um exame, normalmente de rastreio, citológico cervical ou comumente denominado de Papanicolau. Também pode ser efetuada uma análise histológica do tecido cervical obtido por biopsia ou excisão cirúrgica.

- Carcinoma *in situ* – onde as células cancerosas se limitam ao colo do útero e não se disseminam para outras partes do corpo.
- Carcinoma Cervical Invasivo/Cancro do Colo do Útero – as células cancerosas de alto grau invadem tecidos mais profundos do colo do útero ou outros tecidos ou órgãos.

Existem dois tipos de carcinoma invasivo:

- Carcinoma invasivo espinocelular que é composto por células que se assemelham às do epitélio escamoso.
- Adenocarcinoma que é um tumor invasivo composto por células glandulares.

## 2.8. Tratamento e Cura

Os tratamentos das infeções por HPV podem ser diversos, como é descrito pelo Instituto do HPV (2013), focando-se em reduzir ou eliminar as lesões causadas pela infeção, como as verrugas genitais e as alterações pré-cancerígenas no colo do útero e devem ser iniciados assim que se detete a presença do vírus. Os fatores determinantes para o tratamento são a idade do paciente, o tipo, a extensão e a localização das lesões.

O tratamento para este vírus pode ser feito pela própria mulher ou pelo médico em ambulatório.

O percurso a percorrer para alcançar a cura do HPV pode ser moroso e dispendioso, recomendando realizar o tratamento medicamentoso de forma assertiva e a utilização de proteção no que toca à sexualidade, mais especificamente a utilização do preservativo em todas as relações para evitar a recontaminação com o vírus. Durante o tratamento clínico, aconselha-se o fortalecimento do sistema imunitário, sugerindo o consumo de alimentos ricos em vitamina C (Sedicias, 2008).

O tratamento depende essencialmente do estágio do cancro e da extensão. Quando o cancro é restrito ao revestimento do colo do útero, designado por carcinoma *in situ*, por norma é possível removê-lo na totalidade cirurgicamente através de bisturi ou por excisão electrocirúrgica, preservando a capacidade da mulher poder ter filhos (Instituto do HPV, 2013).

Esta oncopatologia, Cancro do Colo do Útero, pode ter reincidências, por este motivo é indicado efetuar controlo e realização da citologia e da colposcopia. Quando este se

encontra disseminado numa dada extensão, num estágio mais avançado é aconselhado a remoção cirúrgica do útero e estruturas adjacentes (histerectomia radical) e a remoção de gânglios linfáticos. Relativamente ao tratamento radiológico, este é altamente eficaz quando o cancro não se encontra disseminado além da região pélvica. Quando há disseminação do cancro além da pelve, a quimioterapia é recomendada, tendo em consideração cada caso em particular (Instituto do HPV, 2013).

## 2.9. Prevenção

Tendo em conta a história natural da infeção pelo vírus do papiloma humano e a sua abrangência, assim como a transversalidade social e económica e a vulnerabilidade do cancro do colo do útero, e ainda a prevenção e o tratamento, as estratégias para minimizar o impacto desta infeção na saúde em geral e mundial devem ser abrangentes e complementares (DGS, 2008a; ARS Norte, 2009).

O controlo do Cancro do colo do útero deve ser executado com maior incidência e aprimorar estratégias integradas que potenciem as ações primárias de prevenção, como por exemplo, programas de educação sexual nas escolas e a vacinação, uma prevenção secundária através de rastreios, e prevenção terciária assegurando acessibilidade de diagnóstico e tratamento e acesso aos cuidados paliativos (DGS, 2008a).

Face à importância que esta problemática assume para a Saúde Pública, aos custos sociais, familiares e económicos envolvidos, foram desenvolvidos inúmeros estudos que culminaram no fabrico de vacinas que, uma vez inoculadas, protegem a pessoa contra esta infeção. Existem duas vacinas profiláticas, uma bivalente direcionada para os subtipos de HPV 16 e 18 e outra tetravalente, direcionada para os subtipos de HPV 6, 11, 16 e 18, utilizadas em diferentes abordagens, dependendo dos subtipos em questão, que contribuem para a redução desta infeção (Leite *et al.*, 2011).

### 2.9.1. Prevenção Primária

A prevenção primária consiste na prevenção da infeção do HPV e dos co-fatores que aumentam o risco de cancro do colo do útero, implementando estratégias de sensibilização

por forma a influenciar alterações comportamentais. Alertando, principalmente os jovens, que iniciam a vida sexual muito precocemente para os perigos das relações desprotegidas, informando sobre as diversas infeções sexualmente transmissíveis, aconselhando para que não tenham múltiplos parceiros sexuais, para o uso de contraceptivos, assim como os malefícios do tabagismo. Outras estratégias utilizadas para a diminuição do risco de infeção pelo HPV é a circuncisão masculina e o uso de preservativo, que demonstraram efeito significativo contra a transmissão do vírus. No entanto, o uso de preservativo não é totalmente eficaz, uma vez que a transmissão pode ocorrer manualmente, nos preliminares, durante o ato sexual não vaginal e através do contato do escroto com a vulva ou anûs (Markowitz, Sternberg, Dunne, McQuillan, & Unger, 2009).

### *Vacinação*

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) começou há 50 anos, com a vacina para a poliomielite e hoje inclui vacinas para doze agentes. Uma das últimas vacinas a entrar para o PNV foi contra o Vírus do Papiloma Humano, em 2008 (Lusa, 2015).

Ana Leça, consultora e colaboradora da Comissão Técnica de Vacinação da Direção Geral da Saúde, a propósito da comemoração dos 50 anos do PNV no passado mês de abril de 2015 referiu à Lusa [Correio da Manhã, 2015] que

o PNV foi determinante para a diminuição das taxas de mortalidade infantil, que são atualmente das mais baixas da Europa, se bem que outros fatores tenham contribuído para os valores atingidos nos últimos anos, nomeadamente, a excelência dos cuidados perinatais e que existe uma atualização sucessiva dos esquemas vacinais para melhor adaptação à realidade epidemiológica e facilitação e adesão ao cumprimento do PNV.

A vacina contra o vírus do papiloma humano pode reduzir eficazmente a prevalência de cancro do colo do útero, não só no momento presente como nas próximas décadas.

A existência de um tumor maligno com história natural complexa, mas bem definida e associada a um único vírus em quase 100% dos casos, como é o HPV, levou ao desenvolvimento de duas vacinas. A vacina bivalente desenvolvida contra os HPV 16 e 18, e

a vacina tetravalente desenvolvida contra os HPV 16 e 18, responsáveis por 70 a 75% de casos de CCU e contra os HPV 6 e 11, responsáveis por cerca de 90% de casos de verrugas genitais/condilomas (Ronco *et al.*, 2006).

Os objetivos e as metodologias de estudo destas vacinas foram diferentes desde o seu início no que respeita quer ao desenvolvimento da vacina quer aos parâmetros de validação clínica, pelo que se torna complexo comparar diretamente os valores de eficácia e de imunidade conferidos por cada uma (DGS, 2008a).

A vacina contra a infeção do HPV também aprovada na prevenção do cancro vulvar e vaginal passou a fazer parte do Programa Nacional de Vacinação que entrou em vigor a 27 de outubro de 2008, em Portugal (DGS, 2008a).

### ***População alvo da Vacinação***

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2014a), a vacina contra o HPV desde 2008, aquando da entrada para o PNV, estava recomendada para administração aos 13 anos de idade, apenas a raparigas, num esquema de três doses administrada aos 0, aos 2 e aos 6 meses.

Segundo a Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 016/2014, de 29 de setembro, ficou expresso que a alteração ao esquema de vacinação contra infeções por HPV, entrou em vigor a partir do dia 1 de outubro de 2014. A vacinação recomenda-se às raparigas dos 10 aos 13 anos de idade inclusive, pode no entanto ser iniciada até aos 18 anos de idade exclusive e completada até aos 25 anos de idade inclusive. Relativamente ao esquema de vacinação, foi alterado para administração de duas doses aos 0 e 6 meses (DGS, 2014b).

### ***Tipos de vacina***

As vacinas podem-se separar em vacinas profiláticas e vacinas terapêuticas, as profiláticas são a vacina tetravalente (*Gardasil*) e bivalente (*Cervarix*), esta última não é contemplada no PNV em Portugal. Estas vacinas são administradas por via intramuscular, preferencialmente no músculo deltóide e não está estabelecida a necessidade de reforços para nenhuma delas (Merck Sharp & Dohme Farmacêutica, Ltda., s.d.).

Segundo a informação do Centers for Disease Control and Prevention (2010), citado por Leite *et al.* (2011), estas vacinas são compostas por partículas semelhantes aos vírus

(*virus-like particles - VLPs*) constituídas pela proteína L1 recombinante da capsídeo do HPV. A vacina tetravalente tem como adjuvante o sulfato de hidroxifosfato de alumínio e é composta por *Saccharomyces cerevisiae* (ECDC, 2008; Leite *et al.*, 2011).

As duas vacinas comercializadas apresentam um alto perfil de segurança, não possuem nenhum produto biológico vivo, não apresentando nenhum potencial infeccioso. As vacinas profiláticas não demonstram capacidade de erradicação de uma infecção pré-existente, mas podem estimular a imunidade para outros subtipos específicos dessas vacinas (DGS, 2008a, p. 35).

As vacinas terapêuticas, por outro lado, têm o potencial de cura ou indução de remissão de lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas. É uma área onde a investigação deve continuar apesar dos estudos clínicos não serem fáceis de realizar pelo facto de não ser eticamente correto protelar o tratamento de lesões pré-neoplásicas quando existem atualmente tratamentos reconhecidamente eficazes (Leite *et al.*, 2011).

### ***Precauções e Contraindicações das vacinas***

Podem ocorrer reações adversas no local da injeção, nomeadamente dor, eritema e edema.

Na vacina *Gardasil*® as reações adversas mais frequentemente observadas são febre, rubor, dor e tumefação no local da administração (Merck Sharp & Dohme Farmacêutica, Ltda., s.d.).

A segurança e a eficácia destas vacinas nos doentes seropositivos para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ainda não estão estabelecidas e como a maioria dos doentes seropositivos para o HIV está infetado por vários subtipos de HPV e perante o facto destas vacinas não apresentarem potencial terapêutico, será difícil estabelecer um claro benefício da vacinação. As contra-indicações para a vacinação são a gravidez, doença febril aguda grave e hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes (DGS, 2008a).

### ***Vacinação no sexo masculino***

A vacina tetravalente e a vacina bivalente não foram estudadas em homens e não estão licenciadas para esta utilização. O homem é considerado um vetor da infeção por HPV, aumentando assim o risco de lesão para a mulher. Conhecer a epidemiologia e a história natural da infeção no homem é muito importante para avaliar a necessidade e o impacto da vacinação (SPG, 2010).

Existem estudos a decorrer no sentido de averiguar a eficácia da vacina tetravalente na prevenção de condilomas genitais e de cancro anal (DGS, 2008a).

A infeção por HPV no homem raramente evolui para doença grave. No entanto, se se verificarem verrugas genitais deve-se recorrer a uma consulta médica, alertar o parceiro sexual (que deve também ser observado) e fazer uso do preservativo nas relações sexuais. A vacinação no homem, pode ser efetuada pontualmente por indicação médica, mas ainda não faz parte integrante do PNV (Portal da Saúde, 2014).

### ***Posologia e Esquema de administração***

A vacinação com a vacina contra o HPV deve ser iniciada entre os 10 e os 13 anos de idade inclusive, segundo o esquema de duas doses, uma aos 0 e outra aos 6 meses.

As raparigas que iniciem a vacinação após os 13 anos de idade terão de fazer um esquema de três doses (DGS, 2014b).

Os esquemas cronológicos de transição e de recurso para a vacina contra o HPV constam na Figura 7.

Idade de início da vacinação	Estado vacinal	N.º de doses recomendadas	Esquema recomendado	Intervalo mínimo entre as doses	
				1ª e 2ª	2ª e 3ª
10-13 anos <sup>(a,b,c)</sup> (idade recomendada)	0 ou 1 dose	Fazer ou completar o esquema de 2 doses <sup>(c)</sup>	0, 6 meses	6 meses	—
	2 doses com intervalo ≥6 meses	0 doses			
	2 doses com intervalo <6 meses	1 dose	0, 2, 6 meses	1 mês	3 meses
≥14 e <18 anos <sup>(d)</sup>	Qualquer	Fazer ou completar o esquema de 3 doses	0, 2, 6 meses ou 0, 1, 4 meses		

(a) Se a vacinação tiver sido iniciada antes dos 9 anos de idade, deve ser completado o esquema de 3 doses.

(b) Se a vacinação tiver sido iniciada aos 9 anos de idade, deve ser completado o esquema de 2 doses.

(c) Se a vacinação não foi completada até aos 13 anos de idade, deve ser completado o esquema de 2 doses até aos 25 anos de idade inclusive.

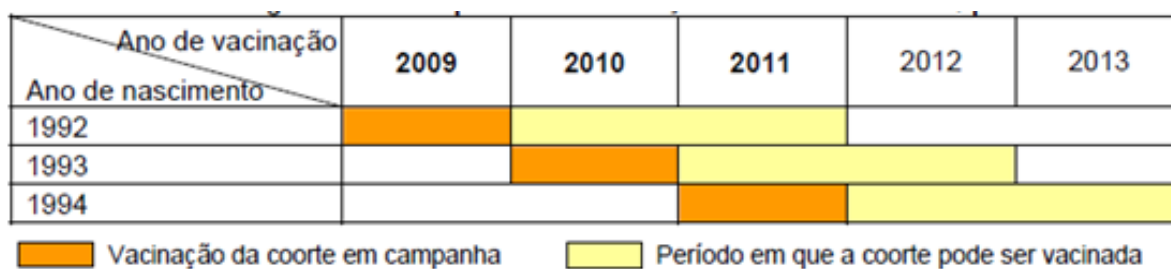
(d) Se a vacinação não foi completada até aos 18 anos de idade, deve ser completado o esquema de 3 doses até aos 25 anos de idade inclusive.

**Fig. 7** – Esquemas de transição e de recurso para a vacina contra o HPV – outubro 2014  
Fonte: DGS (2014b).

### *Epidemiologia da Vacinação Nacional*

A vacinação contra o HPV é avaliada, no âmbito da avaliação anual do PNV, pela percentagem de jovens vacinadas. O objetivo da campanha de vacinação contra infeções por HPV tem por finalidade abranger, as coortes que apresentam maior risco, mas que ainda têm uma elevada probabilidade de beneficiarem com a vacinação (DGS, 2008b).

A campanha de vacinação descrita foi dirigida às jovens nascidas em 1992, 1993 e 1994, conforme as indicações do Cronograma, apresentado na figura 8. As jovens das coortes abrangidas pela Campanha, que não se vacinaram no ano recomendado, poderão fazê-lo, iniciando o esquema aos 18 anos de idade (DGS, 2008b).



**Fig. 8** – Cronograma da Campanha de vacinação com a vacina HPV, por coorte  
Fonte: DGS (2008b).

Segundo a Circular Normativa N.º 25/DSCS/DPCD, de dezembro de 2008, a avaliação da cobertura vacinal atingida na Campanha é realizada semestralmente, em simultâneo com a avaliação de rotina do Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2008b).

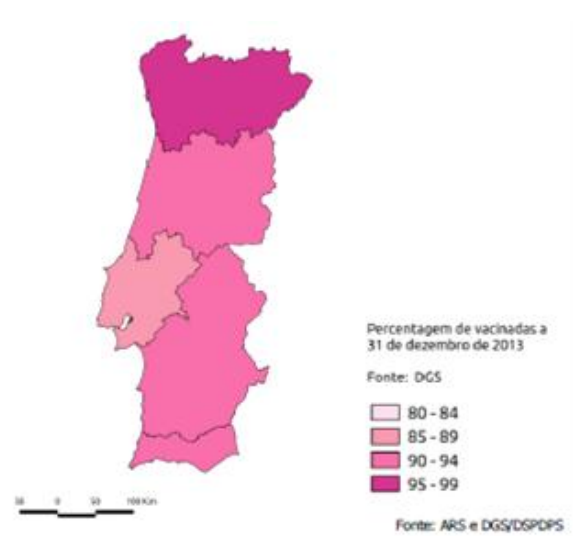
Na figura 9, estão apresentadas as coberturas vacinais por Administração Regional de Saúde (ARS) na coorte de jovens nascidas em 1992. Na figura 10, estão apresentadas as coberturas vacinais por Administração Regional de Saúde (ARS) na coorte de jovens nascidas em 1995 (DGS, 2014c).

Na avaliação da cobertura vacinal para a 3ª dose da vacina HPV nas jovens nascidas em 1992 (Fig. 9), verificou-se que a ARS de Lisboa e Vale do Tejo foi a área que apresentava uma percentagem inferior a nível nacional, com valores de 75 a 79% da população vacinada. Em seguida, representada por valores de 80 a 84% a área da ARS do Algarve, com melhores resultados de 85 a 89% da população vacinada estão representadas as ARS do Centro e Alentejo. A área que representava melhor cobertura vacinal para o HPV era a ARS Norte com valores superiores a 90%, superando o objetivo desejado por parte da DGS de valores superiores a 85%.

Na avaliação da cobertura vacinal para a 3ª dose da vacina HPV nas jovens nascidas em 1995 (Fig. 10), verificou-se que a ARS de Lisboa e Vale do Tejo aumentou os seus valores de cobertura vacinal para os 85 a 89%, continuando a ser a área nacional com menor percentagem de população vacinada para o HPV. As ARS de Algarve, Alentejo e Centro apresentavam valores de 90 a 94% de população vacinada. Assim como na análise efetuada para as jovens nascidas em 1992, a ARS a obter melhores resultados foi a ARS Norte, com valores superiores a 95% de cobertura vacinal. Apesar de algumas diferenças regionais, todas as ARS apresentaram valores superiores a 85% de cobertura vacinal para HPV, alcançando o objetivo desejado.



**Fig. 9** - Cobertura Vacinal para a 3ª dose da vacina HPV em jovens nascidas em 1992, por ARS. Avaliação 2013, Continente.  
Fonte: DGS (2014a).

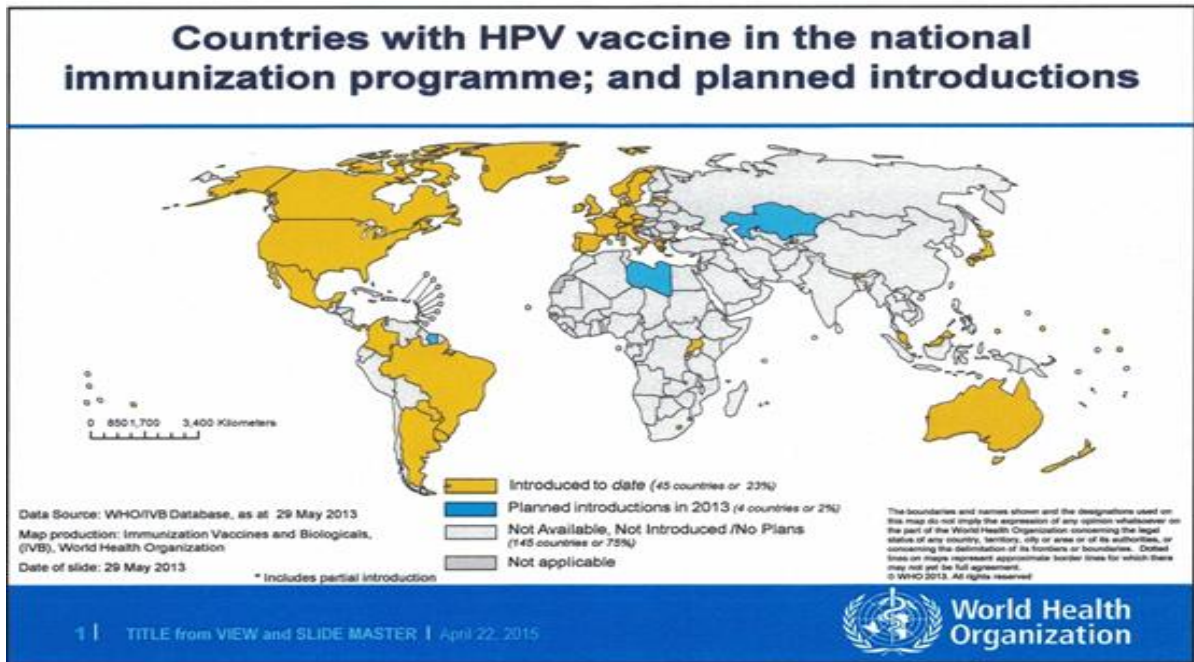


**Fig. 10** – Cobertura Vacinal para a 3ª dose da vacina HPV em jovens nascidas em 1995, por ARS. Avaliação 2013, Continente.

### *Epidemiologia da Vacinação Internacional*

Na Europa, os programas de vacinação contra HPV são semelhantes, com pequenas variações nas idades alvo da vacinação. As coberturas vacinais são, em geral, inferiores às alcançadas em Portugal (DGS, 2014c).

Na Figura 11, estão representados os países com vacina contra a infeção por HPV no Programa Nacional de Vacinação e as introduções da vacina contra o HPV planeadas. A vacina está presente em 45 países e existe um plano para que mais quatro países incorporem a vacina no seu Plano de Vacinação (WHO, 2015).



**Fig. 11** – Países com vacina contra a infeção por HPV no Plano Nacional de Vacinação; e as introduções planeadas.

Fonte: World Health Organization [WHO] (2015).

Os dados da epidemiologia vacinal foram descritos pela DGS, onde são enumerados os dados do Reino Unido (avaliação de 2012-2013) que indicam coberturas de 86% para jovens vacinadas aos 12-13 anos de idade. Num rastreio realizado de 2010-2012 verificou-se uma redução da prevalência de infeções pelos genótipos de HPV 16/18 em jovens mulheres com 16 a 18 anos de idade em relação ao ano de 2008. Na Holanda, a avaliação de 2013 indica uma cobertura de 58% em jovens nascidas em 1998. Na Dinamarca, em 2012, as coberturas vacinais eram de 81% quer nas jovens nascidas em 1996 quer nas jovens nascidas em 1993-1995. Em 2012, nos Estados Unidos da América, a cobertura vacinal para pelo menos uma dose da vacina contra o HPV foi cerca de 54%, mantendo esse valor desde 2011. Apesar destes valores, verificou-se uma redução de mais de 50% nas infeções por HPV nas jovens vacinadas (DGS, 2014a, 2014c).

### *Vigilância e Resultados Esperados*

A vacina para o HPV está em constante avaliação quanto à cobertura vacinal e em termos de farmacovigilância, assim como todas as vacinas que estão inseridas no Plano Nacional de Vacinação.

Relativamente à cobertura vacinal, quem faz o estudo é a Direção Geral da Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde, analisando este indicador que expressa a proporção da população-alvo que foi vacinada, medindo a capacidade de alcance das metas estabelecidas conforme a estratégia de vacinação. Esta cobertura pode ser avaliada utilizando como elementos a população-alvo, número de vacinados por idade, doses e área geográfica, feito por método administrativo, analisando as informações obtidas no sistema de registo dos serviços de saúde e pelo método estatístico, que consiste em inquéritos ou levantamentos de campo, realizados através de entrevistas em uma adequada amostra de domicílios (DGS, 2008a).

No que diz respeito à farmacovigilância, é o Infarmed, como Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, que regula e melhora a qualidade e segurança dos medicamentos, em defesa do utente e da saúde pública, através da deteção, avaliação e prevenção de reações adversas a medicamentos.

Deve ser desenvolvido um plano de vigilância que permita monitorizar o efeito da vacinação na incidência da infeção persistente e consequentes lesões, por forma de analisar o seu impacto. Assim como é importante existir um registo associado ao rastreio organizado.

Estratégias complementares e deveras importantes, tendo em vista a efetiva diminuição do cancro do colo do útero a curto/médio prazo passa pela vacinação contra a infeção por HPV ser efetuada antes do início da vida sexual e o rastreio do CCU deve ser efetuado em mulheres sexualmente ativas (DGS, 2008a).

A Comissão Técnica de Vacinação, em 2008, na publicação do documento Vacinação contra infeções por Vírus do Papiloma Humano (HPV) refere que “os resultados esperados com a vacinação verificar-se-ão apenas dentro de 15 a 20 anos, sendo a escolha das coortes importante para reduzir este período” (DGS, 2008a, p.38).

Para além da diminuição da incidência das patologias alvo da vacinação, espera-se que a introdução da vacina condicione, a médio prazo, a diminuição do número de

consultas e exames de seguimento, a diminuição da ansiedade nas mulheres, a redução do número de tratamentos/procedimentos e das complicações iatrogénicas.

A implementação de campanhas de informação sobre a infeção e as medidas preventivas devem trazer benefícios acrescidos pela oportunidade educacional da população-alvo de vacinação, dos pais e dos próprios profissionais de educação e de saúde, sensibilizando-os para a prevenção, incluindo o rastreio do CCU. A periodicidade e métodos utilizados no rastreio organizado, sinérgico e complementar da vacinação, deverão ser determinados pela evolução da cobertura vacinal e do padrão epidemiológico da patologia (DGS, 2008a).

### *2.9.2. Prevenção Secundária*

A abordagem para a prevenção secundária do HPV baseia-se na deteção precoce de lesões pré-malignas. Para tal, é necessário a existência de um programa de rastreio organizado por forma a convocar indivíduos de grupos alvo identificados, de acordo com uma calendarização definida e existindo uma interligação entre todos os níveis de cuidados de saúde.

A outra vertente desta prevenção secundária passa pela formação especializada de profissionais de saúde e de educação para a saúde dos indivíduos dos grupos alvo (DGS, 2008c, p. 19).

### ***Rastreio***

O rastreio citológico, com origem nos anos 40 e com uma maior implementação nas últimas décadas, foi desenvolvido com o objetivo da deteção de lesões pré-cancerosas. Com base neste exame citológico, conhecido comumente por Papanicolau, é possível fazer um diagnóstico precoce da doença ainda numa fase subclínica, pois as alterações citológicas no Cancro do Colo do Útero são habitualmente assintomáticas, e tem como objetivo reduzir a mortalidade provocada por este tipo de cancro; espera-se assim que ocorra uma redução da incidência desta mesma patologia (DGS, 2008a; Instituto do HPV, 2013).

Os programas de rastreio estão dependentes de uma certa sequência de intervenções, em tempo útil e de forma integrada. Deve-se em primeiro plano identificar a população alvo, em seguida verificar a terapêutica e não ignorar a vigilância após o tratamento (DGS, 2008c).

A citologia ginecológica é um teste relativamente simples, pouco invasivo e de curto tempo de exposição para recolha de uma amostra de células da parede do colo do útero e vagina, utilizando uma zaragatoa que é colocada diretamente sobre uma lâmina ou colocado em meio líquido. A escolha entre o esfregaço convencional e a citologia em meio líquido depende de vários fatores, incluindo a qualidade da amostra, a técnica de colheita, a capacidade de realizar outros testes em simultâneo e o seu custo, não existindo uma recomendação geral (DGS, 2008a; Instituto do HPV, 2013; SPG, 2007).

Este teste tem a capacidade de detetar o cancro do colo do útero numa fase pré-maligna ou incipiente, mas como todos os procedimentos manuais a sua realização é vulnerável a erros de colheita, de preparação da lâmina e à subjetividade da interpretação dos resultados. Todos estes passos do processo determinam a qualidade e a sensibilidade do mesmo (Feldman, Goodman & Sirovich, 2010).

Em Portugal, como em outros países desenvolvidos na Europa, o rastreio é recomendado com o objetivo de identificar e tratar precocemente lesões precursoras de CCU, reduzindo a mortalidade atribuída a este cancro, como descrito na Resolução do Conselho de Ministros n. °129/2001, de 17 de agosto. Para além disso existem também recomendações da Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia Cervico-Vulvovaginal (SPG, 2007).

Os dados relativos à realidade nacional, além de insuficientes, não são consistentes. Um grupo de peritos, em 2007, considerou que a população feminina abrangida por rastreio em Portugal seria de 40% de mulheres que teriam efetuado o rastreio de forma oportunista, 8% de forma sistemática e 52% não teriam sido abrangidas pelo rastreio (Pereira, Barbosa & Mateus, 2007).

O rastreio apresenta certas limitações, dependendo entre outros fatores, do método utilizado, da quantidade de amostra recolhida, da técnica de colheita e da capacidade de interpretação dos técnicos de saúde responsáveis pela observação das amostras. “As condicionantes do rastreio citológico são menos relevantes na técnica de citologia em meio líquido (*ThinPrep*), tendo as células centrifugadas e tendo uma melhor distribuição em

lâmina, o que facilita e melhora a qualidade da leitura dos resultados, conferindo uma maior sensibilidade e especificidade ao teste” (DGS, 2008c, p. 21).

### 2.9.3. *Prevenção Terciária*

A prevenção terciária acenta no diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para os casos de doença avançada. Devem existir um acompanhamento e seguimentos de todos os indivíduos com rastreio positivo, para assegurar que o diagnóstico é feito e que perante o resultado se faça uma adequação da gestão da doença (Instituto do HPV, 2013).

No caso dos tratamentos, as lesões pré-cancerosas devem ser tratadas para prevenir o desenvolvimento do cancro, o tratamento do cancro invasivo inclui cirurgia, radioterapia e quimioterapia, em caso de dor e outros sintomas relacionados com o cancro e com os seus efeitos secundários da terapêutica devem ser igualmente tratados.

Para além do diagnóstico e tratamento, é de extrema importância acompanhar os indivíduos de forma humana e mantendo um bom estado psicológico, onde a família e a própria comunidade devem ter um papel ativo (DGS, 2008a).

### **3. Educação para a Saúde enquanto estratégia de capacitação de indivíduos, grupos e comunidades**

Ao falar-se de Educação para a Saúde implica referenciar o alicerce basilar, que culminou com a Carta de Ottawa, em novembro de 1986 com a primeira conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, constituindo o ponto de partida para a responsabilização dos organismos internacionais, para o bem estar global e promoção de saúde das populações. Realça-se que a Educação para a Saúde não passa apenas pelos serviços de Saúde, responsabiliza e envolve diferentes entidades de todos os setores da sociedade. A OMS formou uma rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, cujo objetivo visa a promoção da saúde em meio escolar. Em 1995, Portugal adere ao movimento hoje reconhecido por Schools for Health in Europe (SHE) (DGE, s.d.).

Carvalho e Carvalho (2006, p. 25) elegeram a definição de Educação para a Saúde (EpS) mais bem aceite e considerada, à época, a proposta por Tones e Tilford (1994)

Educação para Saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.

Carvalho (2001) afirma que esta definição implica entre muitos outros fatores a influência nas tomadas de decisão. Para além da transmissão de conhecimentos para colocar em prática esta atividade de educar é necessário trabalhar valores, crenças e princípios pessoais e, acima de tudo, ter apoios diversos para sustentar a mudança de comportamentos.

É evidente que a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) exige reformulação e formação dos profissionais de saúde, com o propósito de dar resposta a alguns objetivos gerais como analisar modelos de trabalho para a EpS, aprofundar

conhecimentos sobre como obter, tratar e analisar dados, aprofundar conhecimentos relativamente, à educação e promoção da saúde, desenvolver competências de planeamento nas referidas atividades e pôr em prática o trabalho de equipa.

A Educação para a Saúde pretende capacitar (“empowerment”), os indivíduos e a comunidade para a melhoria das condições de saúde e bem estar, necessárias à promoção da qualidade de vida. Quanto mais precocemente se iniciar a educação em grupos mais jovens, inculcando princípios e práticas para uma vida mais saudável maior será o benefício alcançado.

### 3.1. Educação Escolar

De acordo com a Gro Harlem Brundtland (2000), citada pela DGS (2006,p.3),

“Um Programa de Saúde Escolar efetivo... é um investimento de custo-benefício mais eficaz que um país pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde”

É no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 que foram delineadas estratégias e prioridades, como o objetivo de obter ganhos em saúde a médio e a longo prazo através da implementação de um plano, com programas nacionais envolvidos nos múltiplos setores que contribuem para a saúde. São vários os programas de intervenção que determinam a saúde e estilos de vida, visando reduzir o risco de doenças transmissíveis e doenças crónicas (DGS, 2006).

A OMS, no Programa Health for all, estabelece metas tendo a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis, privilegiando o ambiente escolar e os serviços de saúde na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que respeita às crianças em idade escolar, reforçando que a escola é promotora da saúde. Pretende-se que os princípios desta promoção da saúde envolvam parcerias institucionais. O desenvolvimento desta implementação permite incentivar os jovens à mudança, ao exercício de cidadania partindo das organizações governamentais. Responsabiliza os organismos governamentais, por criar mecanismos capazes das práticas e princípios para a promoção da saúde. Acredita que a escola é um espaço capaz de promover a adoção de comportamentos saudáveis; num trabalho triangular de escola, família e meio (DGS, 2006).

O PNSE propõe-se a uma melhoria no seu desenvolvimento saúde/escola contribuindo para um maior sucesso escolar. Este trabalho é feito de parceria entre os Centros de Saúde e os Agrupamentos Escolares, assim ditado no PNSE e tem como finalidades promover e proteger a saúde da comunidade educativa, promover um ambiente seguro e saudável, contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras de saúde, assim como, apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais. Para que tudo isto tenha sucesso é necessário constituir uma equipa multidisciplinar, numa relação privilegiada entre os docentes, os profissionais de saúde e a família (DGS, 2015).

Este organismo, por sua vez, trabalha em parceria com equipas nucleares da saúde escolar que atuam em instituições particulares ou cooperativas onde desenvolvem o projeto a que se propõem. Os profissionais envolvidos fazem o intercâmbio entre o médico de família, saúde escolar e por sua vez atuam de forma individual e coletiva (DGS, 2015).

A educação escolar para a saúde está vocacionada para diferentes áreas, desde a proteção de crianças e jovens em risco, educação sexual nas escolas, apoio às necessidades de saúde e educação especiais (NSEE). Dá prioridade à saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, atividade física, ambiente e saúde, promoção da segurança e prevenção de acidentes, saúde sexual e reprodutiva e educação para o consumo (DGS, 2015).

Remetendo ao PNSE e confrontando com a realidade da Unidade de Cuidados na Comunidade Domus (UCC) da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE, EPE) em Bragança, criada em 2007, tendo em vista o cumprimento do PNSE.

O propósito do PNSE foi implementado na UCC Domus de acordo com as necessidades das crianças e jovens dos Agrupamentos Escolares. A intervenção dos profissionais de saúde da UCC nas escolas promovem a saúde, visando o “empowerment”, atua de forma a mudar os comportamentos de risco nos jovens. Os profissionais de saúde que constituem estes projetos têm competências específicas em Enfermagem Comunitária.

Visando as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, acentam na capacitação de indivíduos, famílias, grupos e comunidades (DR, 2011).

**PARTE II**  
**Enquadramento Metodológico**

## 1. Metodologia

Nesta segunda parte procede-se à contextualização do problema segundo os objetivos a que se propôs este estudo, referindo quais os participantes e a amostra que serviu para a investigação: Conhecimento sobre o HPV e o Cancro do Colo do Útero nos adolescentes. Assim como, mencionar o desenho do estudo e os procedimentos de colheita de dados, éticos e deontológicos. Descrevendo e tratando os resultados que reportam ao instrumento de medida utilizado.

### 1.1. Contextualização do Problema e Objetivos do Estudo

O estudo realizado é de grande relevância ao permitir fazer uma avaliação dos conhecimentos da população jovem, fundamentado pelo aparecimento de cerca de 1000 novos casos todos os anos em Portugal (Ramada, 2007).

Com a execução deste projeto, pretendeu-se analisar os dados obtidos através do questionário e perceber se os jovens do concelho de Bragança, estão bem informados sobre o HPV e o CCU, relativamente aos meios de transmissão, prevenção, tratamento e vacinação; assim como fazer a análise da cobertura vacinal no concelho de Bragança, através do levantamento de dados epidemiológicos e vacinais do HPV no ano de 2014.

Este estudo permitiu avaliar o conhecimento que os jovens alunos do Ensino Secundário do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, em Bragança, têm acerca do HPV, CCU, e da vacinação como prevenção. Nesse sentido foram efetuados 196 questionários, para a realização de um estudo de carácter quantitativo e de desenho transversal.

De 2001 a 2008, a OMS após vários estudos e cálculos com o intuito de avaliar a relação custo-benefício, concluiu que a vacinação contra a infeção do HPV é uma intervenção preventiva bastante eficiente e vantajosa. Após a avaliação e cálculos do custo, por ano, de cada vida salva concluiu que este é inferior ao produto interno bruto *per capita* (em Portugal), assim, as autoridades de saúde decidiram introduzir a vacina do HPV no Plano Nacional de Vacinação (PNV) (DGS, 2008c).

- ✓ O primeiro objetivo deste trabalho visa avaliar o conhecimento dos alunos do Ensino Secundário do Agrupamento de escolas Emídio Garcia, em Bragança, sobre o HPV e CCU.
- ✓ O segundo objetivo deste projeto conhecer a cobertura vacinal da população do Concelho de Bragança, relativamente à vacina do HPV no ano de 2014.

## 1.2. Participantes

Os participantes deste estudo são os adolescentes que frequentam o Ensino Secundário nas Escolas do Agrupamento Emídio Garcia em Bragança, no ano letivo de 2014/15.

### 1.2.1. Seleção da Amostra

A população-alvo deste estudo são os 396 alunos que frequentam o Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano) do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia em Bragança, no ano letivo de 2014/15.

A amostra calculada, com base num erro amostral de 5%, com um nível de confiança de fidelidade de 95%, e, com base numa estratificação por ano de escolaridade, ficou constituída por 196 alunos, selecionados de forma acidental através de metodologia não probabilística e que obedecessem ao seguinte:

- Critérios de inclusão: alunos matriculados no Ensino Secundário do Agrupamento de escolas Emídio Garcia, em Bragança.

- Critérios de exclusão: questionários com respostas incompletas, alunos ausentes no dia da aplicação do questionário e ainda aqueles de quem não se tivesse obtido a autorização dos encarregados de educação.

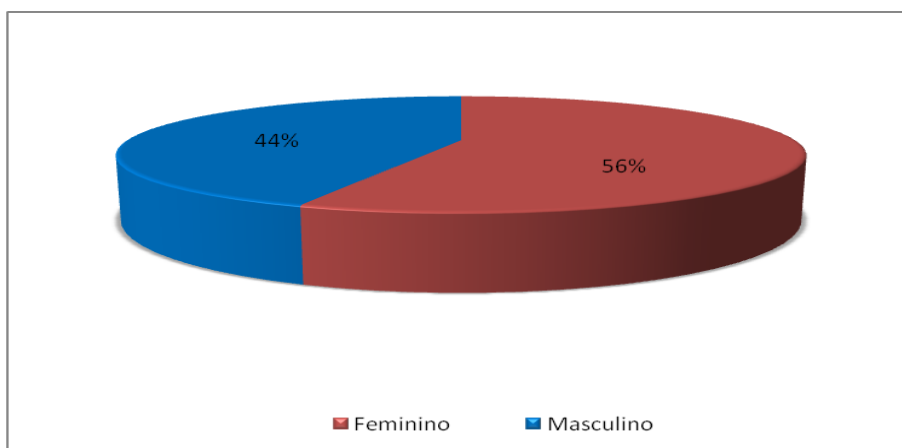
### 1.2.2. Amostra

Dos 115 alunos do 10º ano foram inquiridos 67, que representa cerca de 34,2% da amostra. Dos 155 alunos do 11º ano foram inquiridos 80 que representam cerca de 40,8% da amostra total. Os restantes 49 alunos da amostra (25,0%) frequentam o 12º ano de um universo de 126. Estes resultados constam da tabela 1.

**Tabela 1 - Distribuição da população e amostra em estudo**

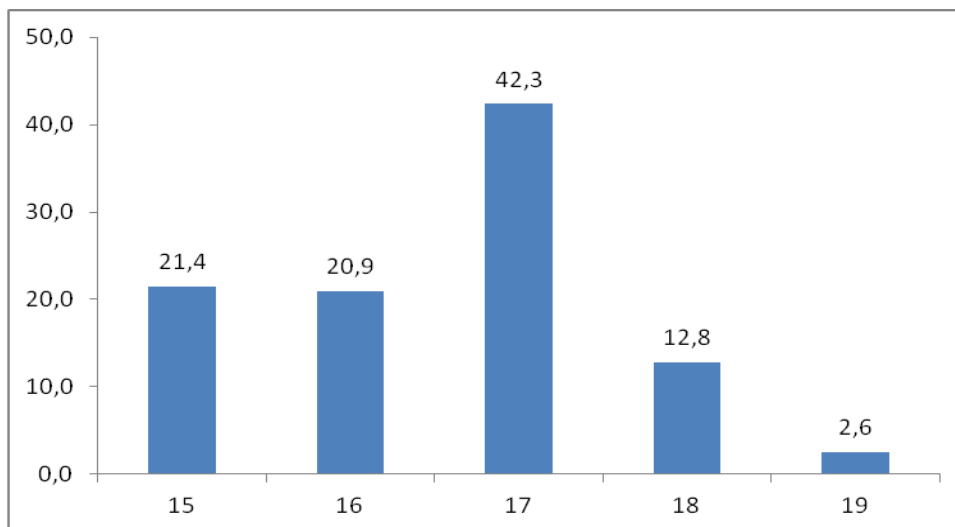
	Alunos inscritos		Inquiridos	
	N	%	n	%
10º ano	115	29,0	67	34,2
11º ano	155	39,1	80	40,8
12º ano	126	31,8	49	25,0
Total	396	100,0	196	100,0

A amostra deste estudo é constituída por 196 alunos do Ensino Secundário do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, sendo 56% (n=110) do sexo feminino e os restantes 44% (n=86) do sexo masculino (figura 12).



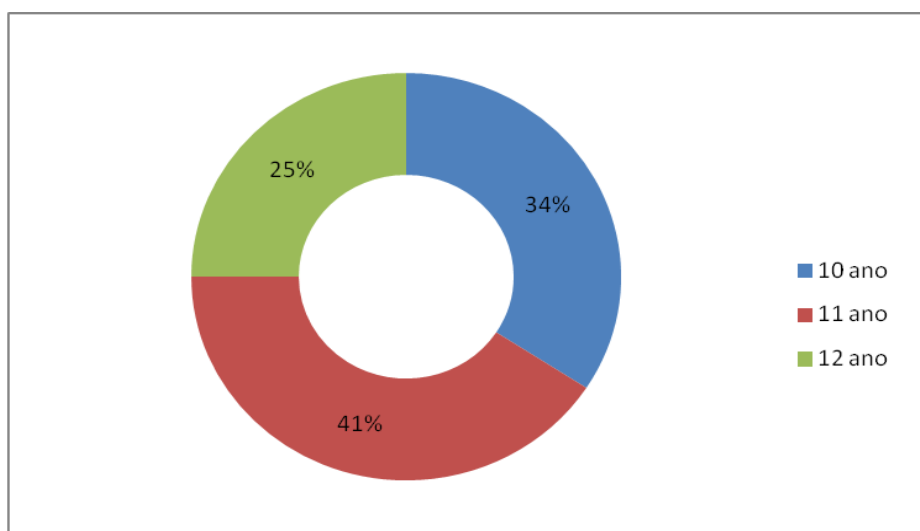
**Fig. 12 - Distribuição da amostra de acordo com o sexo**

Na figura 13 apresentamos a distribuição da amostra atendendo à idade. Em que, 42,3% (n=83) têm 17 anos, há 42,3% com 15 ou 16 anos repartidos de forma equitativa pelos dois grupos; 12,8% (n=25) têm 18 anos e os restantes 2,6% (n=5) têm 19 anos.



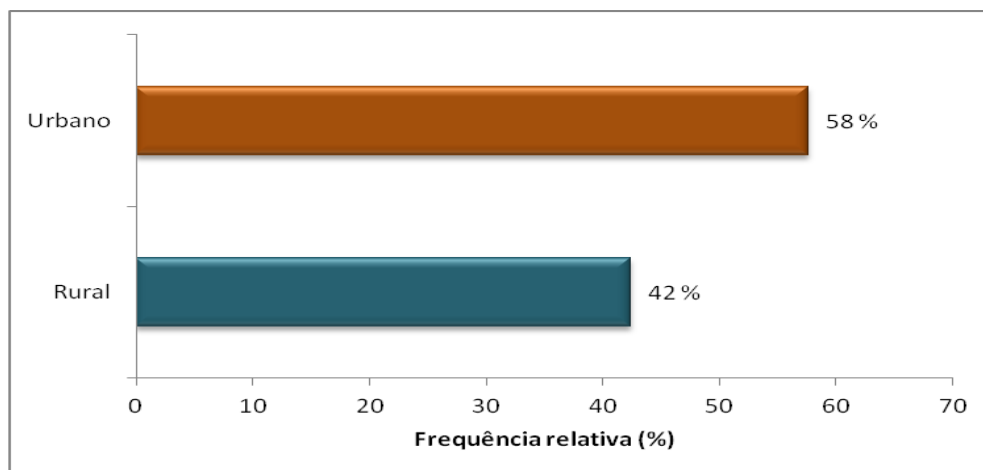
**Fig. 13** - Distribuição da amostra de acordo com a idade

Quanto ao ano de escolaridade, figura 14, 25% (n=49) frequentam o 12.º ano, 34% (n=67) no 10º ano e os restantes 41% (n=80) frequentam o 11.º ano.



**Fig. 14** - Distribuição da amostra de acordo com o ano de escolaridade que frequenta

Por último, a maioria dos alunos inquiridos provêm de meios urbanos (58%, n=113) como se ilustra na figura 15.



**Fig. 15** - Distribuição da amostra de acordo com o meio de proveniência

### 1.3. Procedimentos

#### 1.3.1. Desenho do Estudo

O estudo efetuado é de tipologia observacional-descritivo e correlacional, de paradigma quantitativo, através de um processo sistemático de recolha de dados, num plano transversal com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento e validação das variáveis.

#### 1.3.2. Procedimento de Colheita de Dados

O instrumento utilizado na recolha de dados foi um questionário, já validado pela Diana Ramada e pelo Rui Medeiros, em 2010 no Porto. A este questionário foram acrescentadas duas questões relativamente ao Ano de Escolaridade (10º, 11º ou 12º) e ao Meio de Proveniência (Rural ou Urbano) para uma análise mais completa dos dados. Este questionário foi aplicado a 196 jovens alunos de ambos os sexos, a estudar no Agrupamento de Escolas Emídio Garcia do Ensino Secundário, em Bragança (Anexo I – Questionário “Conhecimentos dos jovens sobre HPV e CCU”).

Para aplicação no presente estudo, foi solicitada a colaboração dos professores a quem foram explicados os objetivos do mesmo. Estes, no início de cada aula distribuíram o instrumento de colheita de dados aos estudantes presentes e com autorização escrita, recolhendo-os logo que estivessem preenchidos.

### *1.3.3. Procedimentos Éticos e Deontológicos*

Por se tratar de um questionário já elaborado e validado, no Porto em 2010, os pedidos seguiram por escrito para cada um dos autores. Um pedido de autorização foi enviado para a Diana Ramada dirigido ao IPO do Porto e o outro foi direcionado a Rui Medeiros para o Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, tendo sido concedidas as autorizações para a utilização do instrumento de recolha de dados pelos dois autores (Anexo II).

Foi também enviado um pedido de autorização, para aplicação do questionário ao Presidente do Conselho Executivo do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, assim como à Comissão de ética da Escola (Anexo III).

Por se tratar de menores de idade, outro pedido de autorização foi endereçado aos encarregados de educação (Anexo IV).

Aquando da entrega dos questionários aos alunos, foi-lhes explicado qual o objetivo e o âmbito do estudo, que a sua participação era livre e voluntária e que podiam abandonar a investigação a qualquer momento. Foi ainda garantido, a confidencialidade e o sigilo, tratando-se de uma recolha de dados anónima e que caso pretendessem podiam ter acesso aos resultados do estudo.

Os dados referentes à cobertura vacinal da população do Concelho de Bragança foram recolhidos com autorização solicitada em julho de 2015 e validada a 13 de outubro de 2015 pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde, Nordeste, E.P.E., segundo a “Base de Dados da Unidade de Saúde Pública da ULSNE, EPE – Bragança” (Anexo V e VI).

## 1.4. Metodologia de Tratamento de Dados

O tratamento de dados foi realizado no SPSS versão 20 para Windows. Tratando-se a estatística descritiva com cálculo de frequências absolutas e relativas, com medidas de tendência central e não de despressão.

Para caracterizar a amostra recorreremos a frequências absolutas e relativas apresentadas em gráficos de barras ou circulares.

Na inferência estatística recorreremos ao teste de associação do *Qui-quadrado/Teste de Fisher*, teste de *U Mann-Whitney* e teste *Kruskal-Wallis*. O primeiro serve para aferir se duas variáveis nominais estão associadas de forma estatisticamente significativa, e tem como pressupostos, que nenhuma frequência esperada seja inferior a 1, não mais de 20% das frequências esperadas inferiores a 5 e a amostra deve ser superior ou igual a 30. Quando estes pressupostos não são válidos recorre-se ao *teste exacto de Fisher* (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2011). Para variáveis dependentes ordinais e independentes nominais, atendendo à distribuição não normal das variáveis, recorreremos aos testes *U de Mann-Whitney* para comparar medianas em duas amostras independentes e o teste de *Kruskal-Wallis* para estabelecer a mesma comparação em mais de duas amostras independentes.

#### 1.4.1. Operacionalização das Variáveis

O conhecimento acerca do cancro do colo útero foi avaliado recorrendo a três questões, sobre: incidência (1000 mulheres por ano), mortalidade (200 mulheres por ano) e fatores de risco (12 fatores dos quais quatro estão associados a esta patologia: infeção por HPV, múltiplos parceiros sexuais, IST e fatores genéticos) (DGS, 2013, pp. 45 e 58).

Para cada inquirido contabilizaram-se o número de respostas corretas, que pode variar entre 0 e 14, pontuações mais elevadas traduzem maior conhecimento sobre o cancro do útero

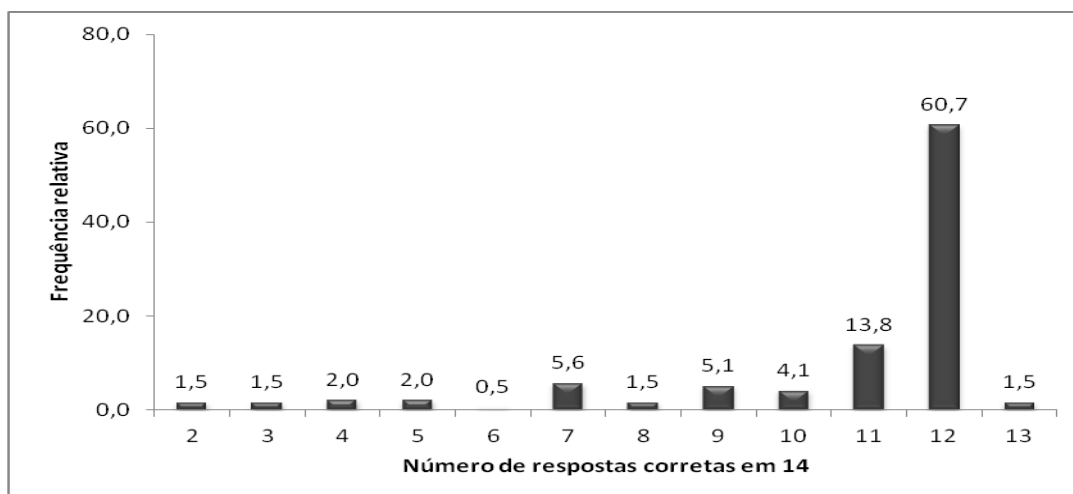
O conhecimento acerca do HPV foi avaliado contabilizando o número de respostas corretas às questões 5 até 22 com exceção da 7, 9, 21. O total varia entre 0 e 46 pontos, sendo que a valores mais elevados correspondem um maior conhecimento do HPV.

## 2. Análise dos Dados / Inferência

Nesta primeira parte da análise dos dados, do primeiro objetivo deste trabalho, procedemos à avaliação dos conhecimentos dos alunos do Ensino Secundário do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, em Bragança, sobre modos de transmissão e prevenção do HPV e Cancro do Colo do Útero.

### 2.1. Conhecimento do Cancro do Colo do Útero

Na figura 16 apresentamos a distribuição da amostra em estudo de acordo com o número de respostas corretas, e observa-se que a maioria dos inquiridos (60,7%, n=119) respondeu corretamente a 12 questões, e como tal podemos afirmar que evidenciam estar bem informados.



**Fig. 16** - Distribuição da amostra no que concerne ao conhecimento sobre o cancro do útero

O conhecimento sobre cancro do útero é muito semelhante nos inquiridos dos dois sexos, ainda que o valor médio registado no sexo feminino seja ligeiramente mais alto, a diferença para os indivíduos do sexo masculino não se revelou estatisticamente significativa, pois o valor de prova obtido no teste U Mann-Whitney é de 0,695.

Quanto ao conhecimento sobre o cancro do colo do útero, os indivíduos com 15 e 16 anos apresentam valor médio superior a 11 pontos, os de 17 anos apresentam média de 10,8 pontos mas, os indivíduos com 18 ou 19 anos são os que possuem um conhecimento

mais baixo sendo a média, respetivamente de 8,80 e 6,80. O teste de Kruskal-Wallis usado para comparar as medianas obtidas permite-nos concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre as várias faixas etárias, em particular, os mais velhos (18 e 19 anos) que possuem menos conhecimento sobre esta questão de Saúde Pública.

Atendendo ao ano de escolaridade, os alunos que frequentam o 10.º e o 11.º ano são os que apresentam maior nível de conhecimento sobre a temática em causa, com valores médios superiores a 11 pontos. Já os alunos que frequentam o 12.º ano apresentam o valor médio mais baixo (8,33) e como tal, menor conhecimento sobre o cancro do colo do útero. O teste de Kruskal-Wallis dá consistência estatística a esta constatação, pois permite verificar que há diferenças estatisticamente significativas entre as medianas, e a única que difere é a do 12.º ano, claramente inferior às restantes.

Por último, conclui-se que não há diferenças significativas nos conhecimentos acerca desta questão que os alunos revelaram ter sobre o cancro do colo do útero segundo o meio de residência, pois o valor de prova obtido no teste U de Mann-Whitney é superior ao nível de significância adotado (tabela 2).

**Tabela 2 - Comparação do conhecimento sobre o cancro do colo do útero atendendo ao sexo, idade, ano de escolaridade e meio de residência**

		Média	DP	Mediana	ET	p
Sexo	Masculino	10,56	2,73	12	$U = 4594$	0,695
	Feminino	10,76	2,20	12		
Idade	15	11,29	1,57	12	$\chi_4^2 = 19,406$	0,001
	16	11,37	1,53	12		
	17	10,80	2,34	12		
	18	8,80	3,18	10		
	19	6,80	4,55	5		
Ano de escolaridade	10.º	11,25	1,6	12	$\chi_2^2 = 47,904$	<0,001
	11.º	11,63	1,01	12		
	12.º	8,33	3,31	9		
Meio de Residência	Rural	10,73	2,46	12	$U = 4605,5$	0,808
	Urbano	10,63	2,44	12		

**Tabela 3 - Distribuição das respostas dos inquiridos no que concerne ao conhecimento sobre o cancro do útero**

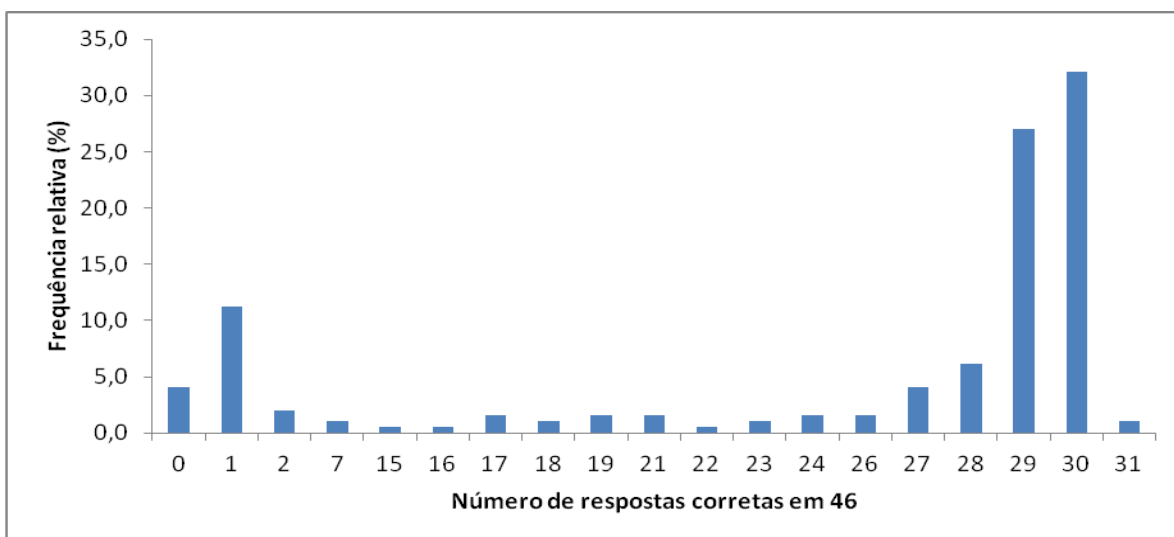
		n	%
Número de mulheres com diagnóstico de cancro do útero por ano	100	4	2,0
	<b>1000</b>	<b>19</b>	<b>9,7</b>
	10000	7	3,6
	Não sei	166	84,7
Número de mulheres que morre anualmente de cancro do útero	20	4	2,0
	<b>200</b>	<b>12</b>	<b>6,1</b>
	2000	6	3,1
	Não sei	174	88,8
Tabagismo	V	14	7,1
	<b>F</b>	<b>170</b>	<b>86,7</b>
	Não sei	12	6,1
HPV	<b>V</b>	<b>180</b>	<b>91,8</b>
	F	1	0,5
	Não sei	15	7,7
Exposição solar	V	4	2,0
	<b>F</b>	<b>183</b>	<b>93,4</b>
	Não sei	9	4,6
Canabinóides	V	10	5,1
	<b>F</b>	<b>162</b>	<b>82,7</b>
	Não sei	24	12,2
Pílula	V	12	6,1
	<b>F</b>	<b>171</b>	<b>87,2</b>
	Não sei	13	6,6
Orientação sexual	V	13	6,6
	<b>F</b>	<b>175</b>	<b>89,3</b>
	Não sei	8	4,1
Múltiplos parceiros sexuais	<b>V</b>	<b>172</b>	<b>87,8</b>
	F	17	8,7
	Não sei	7	3,6
Consumo de aspirina	V	0	0
	<b>F</b>	<b>171</b>	<b>87,2</b>
	Não sei	25	12,8
IST	<b>V</b>	<b>185</b>	<b>94,4</b>
	F	5	2,6
	Não sei	6	3,1
Início precoce da atividade sexual	V	34	17,3
	<b>F</b>	<b>150</b>	<b>76,5</b>
	Não sei	12	6,1
Fatores genéticos	<b>V</b>	<b>178</b>	<b>90,8</b>
	F	10	5,1
	Não sei	8	4,1
Alimentação	V	16	8,2
	<b>F</b>	<b>164</b>	<b>83,7</b>
	Não sei	16	8,2

Na tabela 3 apresentamos as frequências absolutas e relativas das respostas dos inquiridos nas perguntas relacionadas com o conhecimento do cancro do útero. Quanto ao número de mulheres que são diagnosticadas com esta patologia por ano, 84,7% dos inquiridos respondeu que não sabe, e apenas 9,7% respondeu corretamente. Registou-se uma tendência semelhante no número de mortes por ano, pois 88,8% dos inquiridos não sabe essa informação, tendo 6,1% respondido de forma correta.

Os fatores de risco associados ao cancro do colo do útero, que são: o HPV, múltiplos parceiros sexuais, as IST e os fatores genéticos foram corretamente identificados pela grande maioria dos inquiridos pois a percentagem de respostas corretas varia entre 88% e 94%.

## 2.2. Conhecimento sobre HPV

Na figura 17 apresentamos a distribuição da amostra em estudo de acordo com o número de respostas corretas em relação ao HPV e observa-se que o número de respostas corretas varia entre 0 e 31, sendo 29 e 30 o mais frequente.



**Fig. 17** - Distribuição da amostra no que concerne ao conhecimento sobre o HPV

O conhecimento sobre o HPV é muito semelhante nos inquiridos dos dois sexos, ainda que o valor médio registado no sexo masculino seja ligeiramente mais elevado, a diferença para os indivíduos do sexo feminino não se revelou estatisticamente significativa, pois o valor de prova obtido no teste U de Mann-Whitney é 0,792.

Quanto ao conhecimento sobre o HPV, os indivíduos com 15 e 16 anos apresentam valor médio superior a 26 pontos, os de 17 anos apresentam média de 23,67 pontos, mas os indivíduos com 18 registam um valor médio de 14,90 e os de 19 anos são os que possuem um conhecimento mais baixo sendo a sua média aproximadamente nula. O teste de Kruskal-Wallis usado para comparar as medianas obtidas permite-nos verificar que há diferenças estatisticamente significativas entre as várias faixas etárias, em particular, os mais velhos possuem menos conhecimento sobre o HPV.

Atendendo ao ano de escolaridade, os alunos que frequentam o 11.º ano são os que apresentam maior nível de conhecimento sobre a temática em causa, com valor médio superior a 28 pontos. Já os alunos que frequentam o 12.º ano apresentam o valor médio mais baixo (11,14) e como tal menor conhecimento sobre o HPV. O teste de Kruskal-Wallis dá consistência estatística a esta constatação, pois permite verificar que há diferenças estatisticamente significativas entre as medianas, e a única que difere é a do 12.º ano, claramente inferior às restantes.

Por último, verifica-se que há diferenças significativas na variável, conhecimento sobre o HPV entre estudantes residentes em meio urbano e rural ( $U=4326$ ;  $p=0,341$ ) (tabela 4), sendo que os alunos provenientes do meio rural apresentam mais conhecimentos sobre o HPV.

**Tabela 4 - Conhecimento sobre o HPV de acordo com o sexo, idade, ano de escolaridade e meio de proveniência**

		Média	DP	Mediana	ET	p
Sexo	Masculino	23,48	10,81	29	$U = 4629$	0,792
	Feminino	22,93	10,97	29		
Idade	15	26,50	7,43	29	$\chi^2_4 = 29,550$	<0,001
	16	26,61	7,77	29		
	17	23,67	10,29	29		
	18	14,80	13,52	16		
	19	0,40	0,55	0		
Ano escolaridade	10.º	25,99	8,31	29	$\chi^2_2 = 65,354$	<0,001
	11.º	28,18	4,80	29		
	12.º	11,14	12,13	2		
Meio de Residência	Rural	24,71	9,60	29	$U = 4326$	0,341
	Urbano	22,04	11,64	29		

### 2.2.1. Conhecimento e fontes de informação do HPV

Na tabela 5 apresentamos as respostas dos inquiridos sobre o conhecimento e fontes de informação acerca do HPV. Quanto ao agente responsável pelas IST mais comum, 93,4% dos inquiridos respondeu que é o VIH, mostrando desconhecimento do HPV, foi indicado por 2 indivíduos num universo de 196. E, destes, 82,7% (N=162) já ouviu falar do HPV.

Para os que já ouviram falar de HPV (N=162) foi-lhes pedido que indicassem o significado dessa sigla e quais as suas fontes de informação. Quanto ao significado 3 indivíduos não indicaram a resposta correta, e as fontes de informação mencionados por 90,7% dos inquiridos foram a Escola e os Profissionais de saúde.

Por último, e em relação à divulgação do HPV, 67,9% dos inquiridos num universo de 196, considerou que é suficiente, os restantes 32,1% consideraram que a mesma se revela insuficiente.

**Tabela 5 - Conhecimento e fontes de informação acerca do HPV**

		n	%
Agente responsável pelas IST mais comum	VIH	183	93,4
	Chlamydia	1	0,5
	<b>Papiloma vírus</b>	<b>2</b>	<b>1,0</b>
	Herpes simples	8	4,1
	Não sei	2	1,0
Ouvir falar de HPV	<b>Sim</b>	<b>162</b>	<b>82,7</b>
	Não	34	17,3
Significado de HPV (N=162)	Parvo vírus humano	1	0,6
	<b>Papiloma vírus humano</b>	<b>159</b>	<b>98,1</b>
	Host protective virus	1	0,6
	Não sei	1	0,6
Fontes de informação (HPV) (N=162)	Escola/local de ensino	2	1,2
	Profissionais de saúde	5	3,1
	Família	3	1,9
	TV	3	1,9
	Artigos científicos	2	1,2
	Escola e profissionais de saúde	147	90,7
Divulgação suficiente (N=196)	Sim	133	67,9
	Não	63	32,1

### 2.2.2. Conhecimento geral sobre o HPV

Aos estudantes que já tinham ouvido falar acerca do HPV (n=162) foi pedido para responderem a uma lista de perguntas de forma a avaliar o seu conhecimento geral sobre este vírus e também acerca da transmissão, prevenção e sintomatologia da infeção com HPV.

A probabilidade de contágio caso tenha existido exposição ao HPV é desconhecida, como tal, a resposta esperada dos alunos inquiridos era “Não sei”. Na tabela 6

apresentamos a frequência absoluta e relativa dessa categoria. Observa-se que a percentagem de respostas corretas varia entre 97,5% e 100%, e como tal os resultados são muito similares entre os vários grupos. No Teste de Associação de Fisher obtivemos valores de prova sempre superiores a 5% e como tal, não há uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sexo, idade, ano de escolaridade e meio de proveniência e o conhecimento da probabilidade de contágio.

**Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre a probabilidade de contágio**

Probabilidade de contágio é desconhecida		n	%	p
Sexo	Masculino	70	98,6	0,686
	Feminino	90	98,9	
Idade	15	39	97,5	0,815
	16	38	100	
	17	69	98,6	
	18	14	100	
	19	0	0	
Ano escolaridade	10.º	61	98,4	0,770
	11.º	77	98,7	
	12.º	22	100	
Meio de Residência	Rural	72	98,6	0,700
	Urbano	88	98,9	

Os 162 inquiridos que já ouviram falar do HPV revelam total desconhecimento da faixa etária em que predomina essa infecção viral, pois as percentagens de respostas corretas são muito baixas (inferiores a 10%), como se observa na tabela 7. De notar, que a maioria dos inquiridos em cada grupo respondeu que não sabia qual é a faixa etária onde predomina a infecção por HPV. No teste de associação de Fisher obtiveram-se valores de prova sempre superiores a 5% e como tal não há uma relação estatisticamente significativa entre o conhecimento da faixa etária predominante e o sexo, idade, ano de escolaridade e meio de proveniência.

**Tabela 7** - Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre a faixa etária em que predomina a infecção por HPV

Os 18-25 anos é a faixa etária em que a infecção por HPV é mais frequente		n	%	p
Sexo	Masculino	2	2,8	0,842
	Feminino	5	5,5	
Idade	15	2	5	0,649
	16	2	5,3	
	17	3	4,3	
	18	0	0	
	19	0	0	
Ano escolaridade	10.º	4	6,5	0,148
	11.º	1	1,3	
	12.º	2	9,1	
Meio de Residência	Rural	3	4,1	0,636
	Urbano	4	4,5	

Na tabela 8 apresentamos as frequências absolutas e relativas das respostas afirmativas acerca do HPV afetar homens e mulheres, sendo que de uma maneira geral, os inquiridos revelaram ter conhecimento deste facto. Assim, não há diferenças entre sexos, idades ou meio de proveniência pois os valores de prova obtidos no teste de associação de *Fisher* foram superiores a 5%. No entanto, comprovou-se, pelo mesmo teste ( $p < 0,001$ ) que os alunos do 12.º ano estão menos informados face aos alunos do 10.º e 11.º ano, pois dos primeiros 72,7% dos inquiridos responderam corretamente, face a 93,5% e 100% dos outros.

**Tabela 8 - Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre o HPV afetar homens e mulheres**

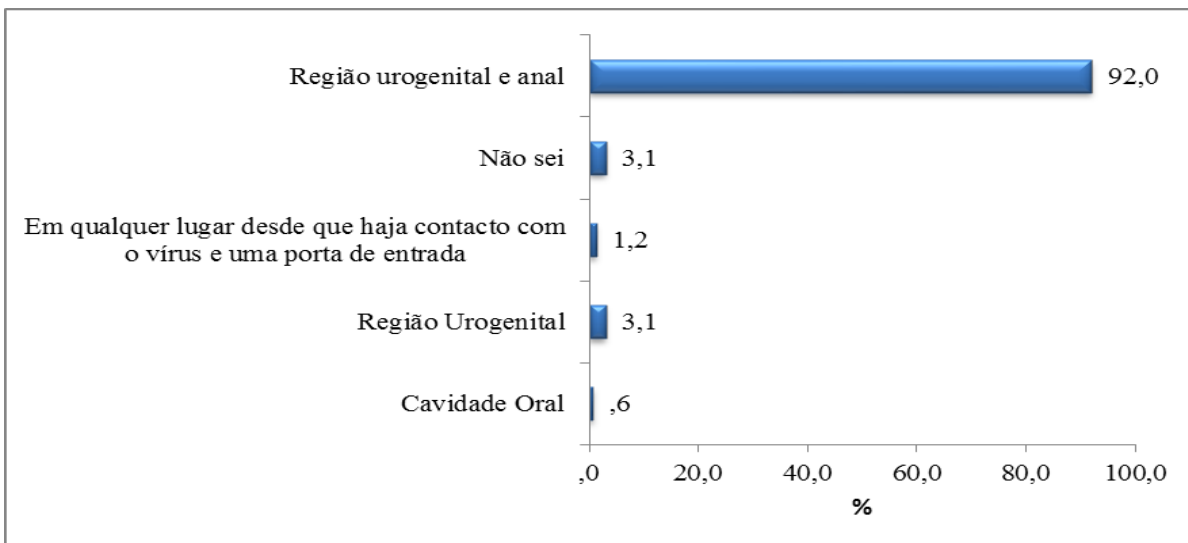
HPV afeta homens e mulheres		n	%	p
Sexo	Masculino	67	94,4	0,202
	Feminino	85	93,4	
Idade	15	38	95	0,633
	16	36	94,7	
	17	65	92,9	
	18	13	92,9	
	19	0	0	
Ano escolaridade	10.º	58	93,5	p<0,001
	11.º	78	100	
	12.º	16	72,7	
Meio de Residência	Rural	69	94,5	0,866
	Urbano	83	93,3	

No que concerne ao conhecimento sobre o homem poder ser portador assintomático, os inquiridos revelam um bom conhecimento geral, com percentagens de respostas corretas bastante elevadas. Este conhecimento é independente do sexo, da idade e do meio de residência pois os valores de prova obtidos no teste associação de Fisher são todos superiores a 5%. Mais uma vez, os alunos do 12.º ano são os menos conhecedores deste facto.

**Tabela 9 - Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre o homem poder ser portador assintomático**

Homens podem ser portadores assintomáticos		n	%	Vp
Sexo	Masculino	67	94,4	0,999
	Feminino	86	94,5	
Idade	15	37	92,5	0,274
	16	38	100	
	17	66	94,3	
	18	12	85,7	
	19	0	0	
Ano escolaridade	10.º	59	95,2	<b>0,003</b>
	11.º	77	98,7	
	12.º	17	77,3	
Meio de Residência	Rural	69	94,5	0,999
	Urbano	84	94,4	

Quanto à localização da infeção por HPV os inquiridos foram confrontados com as seguintes possibilidades: cavidade oral, esófago, região urogenital, região anal, na pele, em qualquer lugar, desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada e Não sei e foi-lhes solicitado que seleccionassem as opções corretas. A resposta pretendida era “desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada”, mas essa resposta só foi dada por 1,2% dos 162 inquiridos que já ouviram falar do HPV (figura 18). A região urogenital e anal foi apontada por 92% dos inquiridos, parecendo ser esta a principal localização da infeção conhecida pelos estudantes.



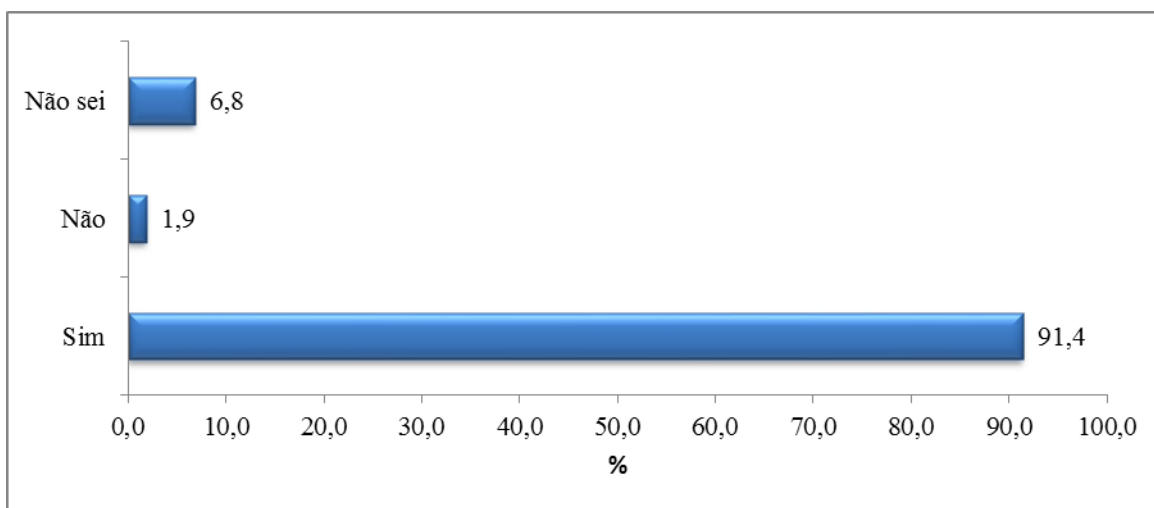
**Fig. 18 - Localização da infecção por HPV**

Na tabela 10 apresentamos a frequência absoluta e relativa dessa resposta de acordo com o sexo, idade, ano de escolaridade e meio de proveniência, onde se observa uma percentagem de respostas corretas muito baixa, não se distinguindo nenhum dos grupos face aos restantes em qualquer uma das quatro variáveis apresentadas.

**Tabela 10 - Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre a localização da infecção**

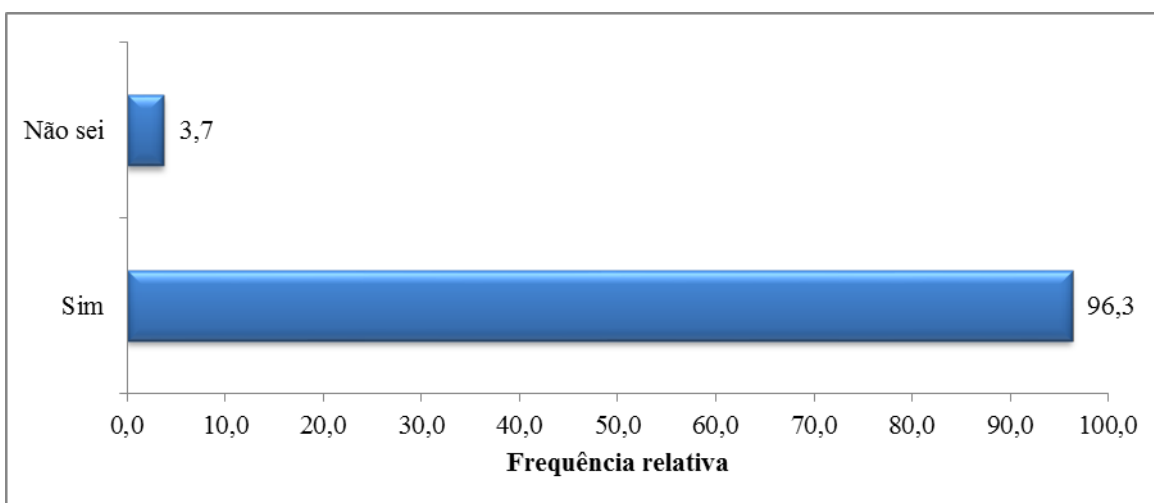
A infecção ocorre em qualquer lugar onde haja uma porta de entrada e contacto com o vírus		n	%
Sexo	Masculino	0	0
	Feminino	2	2,2
Idade	15	0	0
	16	0	0
	17	2	2,9
	18	0	0
	19	0	0
Ano escolaridade	10.º	0	0
	11.º	1	1,3
	12.º	1	4,5
Meio de Residência	Rural	0	0
	Urbano	2	2,2

No que toca à infeção por HPV poder ser diagnosticada pelo teste Papanicolau a resposta correta é sim (por se tratar de uma questão ambígua foi considerada correta). Da análise da figura 19, apenas 3 inquiridos dos 162 que já ouviram falar de HPV responderam de forma incorreta. Atendendo a isto, não faz sentido cruzar esta resposta com as quatro variáveis independentes.



**Fig. 19 - Infeção por HPV diagnosticada por Papanicolau**

E, no que concerne ao tratamento imediato após o diagnóstico de infeção por HPV, a resposta correta é sim, sendo que 96,3% dos inquiridos que já ouviram falar de HPV responderam corretamente (figura 20).



**Fig. 20 - Diagnóstico de infeção por HPV implica tratamento imediato**

Na tabela 11 apresentamos o número e a percentagem de respostas afirmativas no que toca à cura da infeção por HPV. A grande maioria dos alunos inquiridos respondeu que sim é curável, não existindo diferenças por sexo, idade ou meio de proveniência. Já os alunos que frequentam o 12.º ano apresentam uma menor percentagem de respostas corretas face aos restantes anos de escolaridade, estatisticamente comprovada pois o valor de prova obtido no teste de associação de Fisher é inferior a 0,001.

**Tabela 11 - Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre a cura da infeção por HPV**

A infeção por HPV é curável		n	%	p
Sexo	Masculino	64	90,1	0,090
	Feminino	77	84,6	
Idade	15	36	90	0,648
	16	35	92,1	
	17	59	84,3	
	18	11	78,6	
	19	0	0	
Ano escolaridade	10.º	55	88,7	<b>p&lt;0,001</b>
	11.º	74	94,9	
	12.º	12	54,5	
Meio de Residência	Rural	66	90,4	0,536
	Urbano	75	84,3	

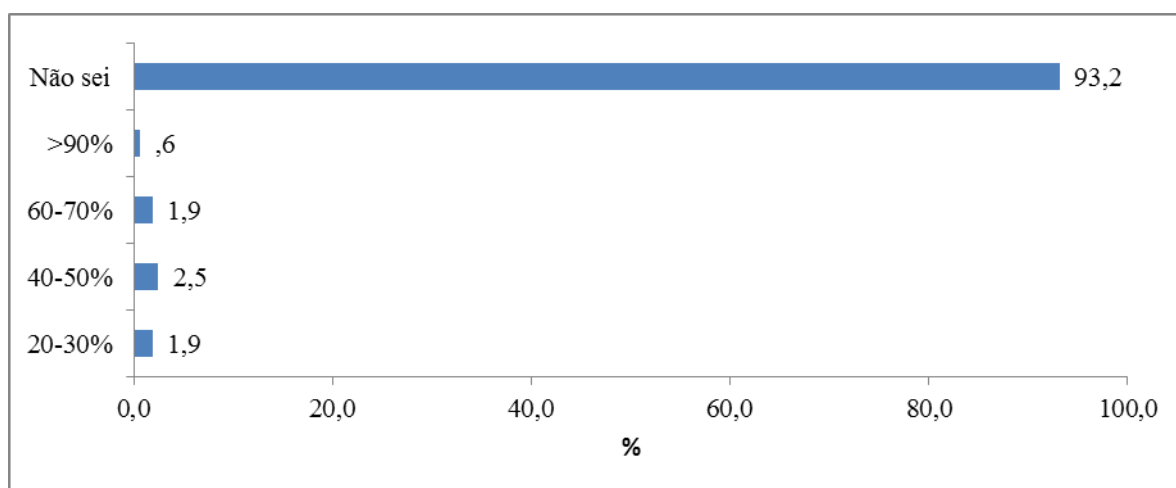
A grande maioria dos inquiridos tem conhecimento de que o HPV é um fator de risco para o desenvolvimento do Cancro do Colo do Útero com percentagens de respostas corretas na ordem dos 90% (tabela 12) e, não há diferenças por sexo, idade ou meio de proveniência. Mas, no ano de escolaridade, os alunos do 12.º ano são os menos informados, sendo as diferenças para os restantes anos, estatisticamente significativa pois o valor de prova obtido no teste de associação de Fisher é inferior a 0,001.

**Tabela 12 - Frequência absoluta e relativa da resposta correta sobre relação entre HPV e cancro do colo do útero**

HPV é fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do colo do útero	n	%	p
--	---	---	---

Sexo	Masculino	68	95,8	0,640
	Feminino	82	90,1	
Idade	15	37	92,5	0,127
	16	35	92,1	
	17	66	94,3	
	18	12	85,7	
	19	0	0	
Ano escolaridade	10.º	57	91,9	p<0,001
	11.º	76	97,4	
	12.º	17	77,3	
Meio de Residência	Rural	68	93,2	0,396
	Urbano	82	92,1	

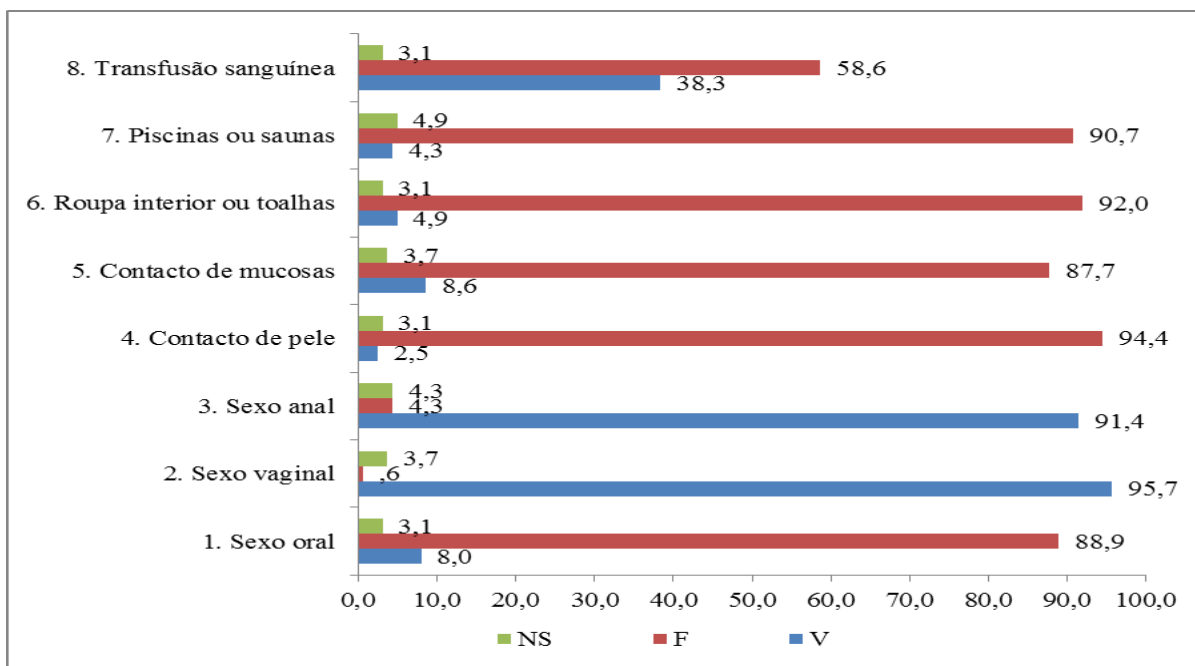
Quanto ao conhecimento da percentagem de presença de HPV nos casos de Cancro do Colo do Útero, estudos revelam que essa incidência é superior a 90%, e como tal era esta a resposta correta. No entanto, dos 162 inquiridos que já ouviram falar de HPV apenas um indivíduo respondeu corretamente. A grande maioria dos inquiridos (93,2%) respondeu que não sabe. Estes resultados são apresentados na figura 21.



**Fig. 21** - Percentagem de presença de HPV nos casos de Cancro do útero

Na figura 22 apresentamos a distribuição das respostas dos inquiridos que já ouviram falar de HPV sobre as formas de transmissão do HPV. Observa-se que 91,4% e 95,7% dos jovens inquiridos consideram o sexo anal e vaginal como formas de transmissão, respetivamente. No entanto, consideram, erradamente, que o sexo oral, o

contacto de pele ou de mucosas não são formas de transmissão do vírus HPV. Já a transmissão através de roupa interior, toalhas ou piscinas ou saunas não está cientificamente comprovada. A maioria dos jovens, 58,6%, indicou que a transmissão não é feita por transfusões sanguíneas.



**Fig. 22 - Transmissão do HPV**

Na tabela 13 apresentamos a percentagem de respostas corretas em cada uma das formas de transmissão de acordo com o sexo, idade, ano de escolaridade e meio de proveniência, assim como, as relações com relevância estatística comprovada pelo teste exato de Fisher. O sexo, idade e meio de proveniência não estão relacionados de forma significativa com nenhuma das formas de transmissão. Já os alunos do 12.º ano revelam maior conhecimento na transmissão por sexo oral e por contacto de pele, e menor conhecimento quanto à transmissão por sexo vaginal e anal, piscinas e saunas e transfusões sanguíneas. Os alunos do 11.º são os que evidenciam maior conhecimento acerca da transmissão por contacto de mucosas.

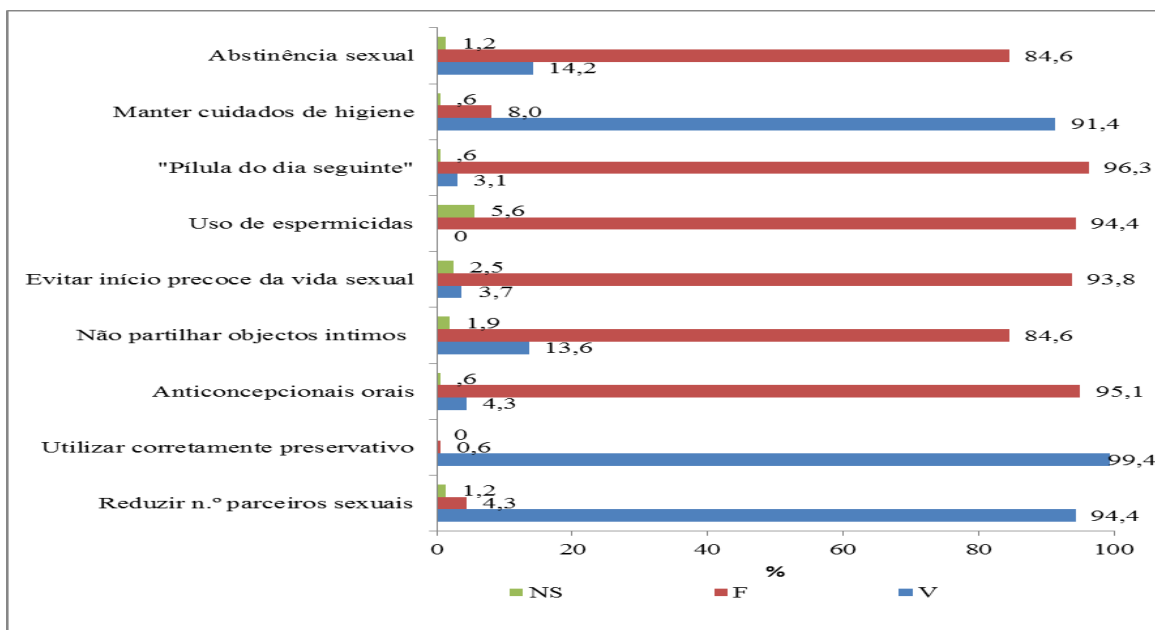
**Tabela 13 - Percentagem de respostas corretas atendendo às formas de transmissão**

% Corretas		Formas de Transmissão							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Sexo	Masculino	2,8	97,2	95,8	0	7	94,4	94,4	56,3
	Feminino	12,1	94,5	87,9	4,4	9,9	90,1	87,9	60,4
Idade	15	7,5	95	95	0	10	87,5	92,5	62,5
	16	2,6	100	97,4	0	7,9	94,7	97,4	68,4
	17	12,9	94,3	85,7	4,3	8,6	94,3	87,1	55,7
	18	0	92,9	92,9	7,1	7,1	85,7	85,7	35,7
	19	0	0	0	0	0	0	0	0
Ano escolaridade	10.º	4,8	96,8	95,2	0	6,5	91,9	93,5	66,1
	11.º	6,4	98,7	97,4	2,6	10,3*	93,6	93,6	61,5
	12.º	22,7*	81,8*	59,1*	9,1*	9,1	86,4	72,7*	27,3*
Meio de Residência	Rural	9,6	94,5	94,5	0	9,6	87,7	90,4	53,4
	Urbano	6,7	96,6	88,8	4,5	7,9	95,5	91,0	62,9

\* Valor de prova inferior a 5%, associação estatisticamente significativa entre as variáveis

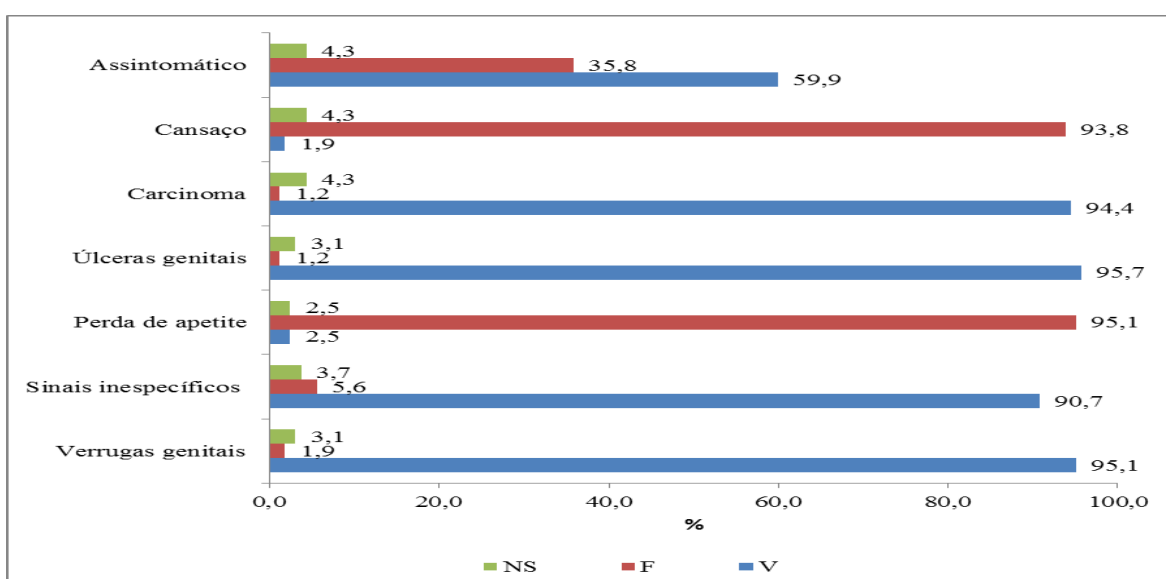
Legenda: 1 - O HPV pode transmitir-se por sexo oral; 2 – Por sexo vaginal; 3 – Por sexo anal; 4 – Por contacto de pele; 5 – Por contacto de mucosas; 6- Por partilha de toalhas e roupa interior; 7 – Por frequência de piscinas ou sauna; 8 – Por transfusão sanguínea.

Na figura 23 apresentamos a distribuição das respostas dos inquiridos no que concerne a formas de prevenir a infeção por HPV. A literatura científica foca em particular: redução do número de parceiros sexuais, utilização de preservativo, não partilha de objetos íntimos e manter cuidados de higiene após a relação sexual. Na amostra em estudo, 94,4% dos alunos inquiridos aponta a redução do número de parceiros sexuais, quase a totalidade (99,4%) menciona o uso correto de preservativo, os cuidados de higiene são apontados por 91,4%. A não partilha de objetos íntimos é apontada por uma reduzida proporção de estudantes (13,6%). As restantes medidas apresentadas não são formas de prevenir infeção por HPV, e são também corretamente identificadas pelos inquiridos.



**Fig. 23 - Prevenção da infeção por HPV**

Quanto à manifestação da infeção genital por HPV destaca-se que esta pode ser assintomática, e noutros casos pode manifestar-se por: verrugas genitais, sinais inespecíficos, úlceras genitais e carcinoma. E, na amostra em estudo, a grande maioria dos inquiridos que já ouviu falar de HPV identifica claramente estas manifestações, com percentagens de respostas superiores a 90% (figura 24).



**Fig. 24 - Manifestação da infeção genital por HPV**

A percentagem de respostas corretas mais baixa foi no assintomático, pois foi mencionada por 59,9% dos inquiridos. Para esta resposta, aplicou-se o teste exato de Fisher para avaliar se há uma associação estatisticamente significativa com as variáveis sexo, idade, ano de escolaridade e zona de proveniência, cujos resultados apresentamos na tabela 14.

**Tabela 14 - Frequência absoluta e relativa sobre a infeção genital por HPV se manifestar de forma assintomática**

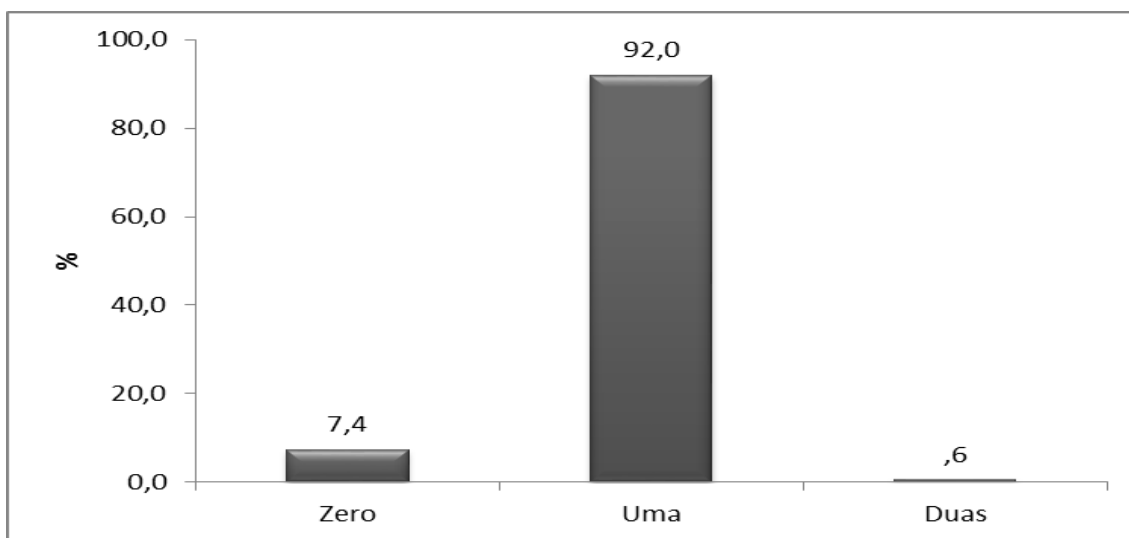
A infeção genital por HPV manifesta-se de forma assintomática		n	%	p
Sexo	Masculino	45	63,4	0,619
	Feminino	52	57,1	
Idade	15	27	67,5	0,876
	16	22	57,9	
	17	40	57,1	
	18	8	57,1	
	19	0	0	
Ano escolaridade	10.º	40	64,5	0,014
	11.º	50	64,1	
	12.º	7	31,8	
Meio de Residência	Rural	47	64,4	0,547
	Urbano	50	56,2	

De notar que mais rapazes do que raparigas respondem corretamente, mas não há significância estatística; os indivíduos mais jovens têm mais conhecimento desse facto face aos mais velhos, mas a relação também não é estatisticamente significativa; os jovens provenientes de meio rural assinalaram em maior percentagem esta resposta face aos provenientes do meio urbano, mas sem significância estatística.

A única relação comprovada estatisticamente é com o ano de escolaridade, na qual se comprova que os alunos do 12.º ano são os que têm menor conhecimento acerca da infeção genital por HPV poder ser assintomática.

### 2.2.3. Conhecimentos e crenças acerca da relação entre o HPV e o Cancro do Colo do Útero

Para avaliar os conhecimentos e crenças acerca da relação entre HPV e o Cancro do Colo do Útero contabilizaram-se as respostas corretas em duas questões: “Relação entre HPV e o Cancro do Colo do Útero” e “percentagem de HPV nos casos de Cancro do Colo do Útero”, já apresentadas na tabela 10 e figura 16, respetivamente. Da sua análise, verificou-se que mais de 90% dos inquiridos que já ouviram falar de HPV sabem que o HPV é um fator de risco para o desenvolvimento de CCU, mas apenas um inquirido sabe que a percentagem de HPV nos casos de CCU é superior a 90%. Deste modo, 92% dos 162 inquiridos que já ouviram falar de HPV acertaram uma destas questões, e apenas 1 acertou duas representado com 0,6%. Os restantes 7,4% não acertaram nenhuma das questões. Estes resultados são apresentados na figura 25.



**Fig. 25** - Número de respostas corretas sobre conhecimento e crenças acerca da relação entre HPV e CCU

#### *2.2.4. Atitudes e Crenças sobre a Vacinação contra o HPV*

Dos 162 inquiridos que já ouviram falar do HPV todos manifestaram interesse em ser vacinados. A única justificativa apresentada foi “Evitar a Contaminação”.

#### *2.2.5. Educação sexual*

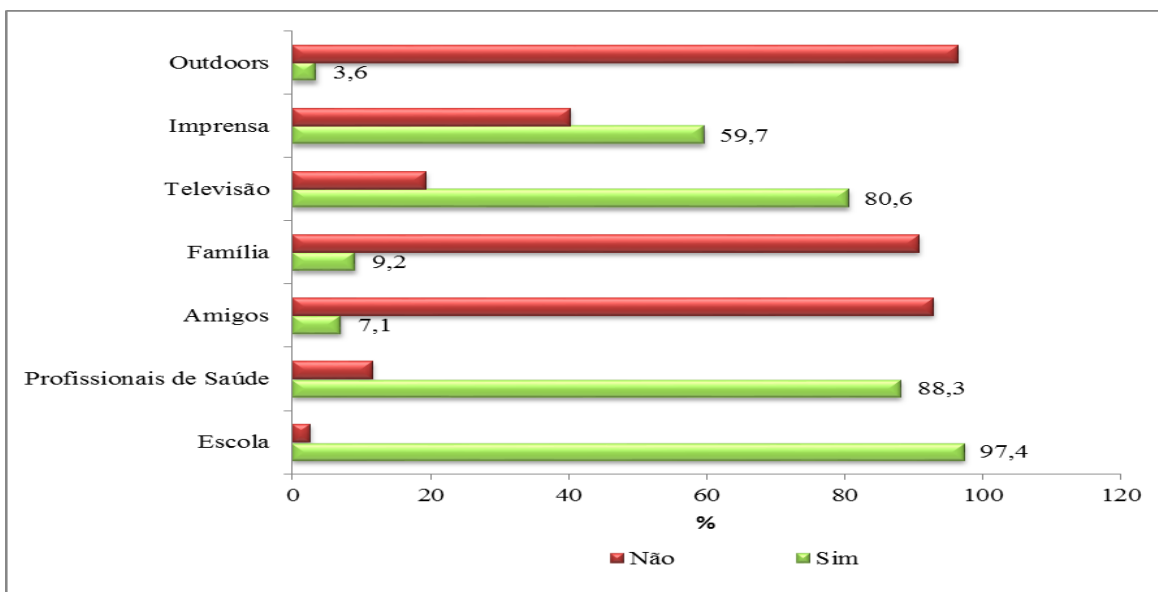
Na tabela 15 apresentamos as frequências absolutas e as relativas resultantes do cruzamento das variáveis “já ouviu falar de HPV” com “Divulgação suficiente” e “gostaria de saber sobre o HPV”. A maioria dos inquiridos que já ouviu falar de HPV considera que há divulgação suficiente sobre essa temática, mas, dos 34 inquiridos que nunca ouviram falar de HPV, 29 consideram que não há divulgação suficiente, isto é, há 5 que nunca ouviram falar, mas opinam que há informação suficiente. Globalmente, é de 67,9% dos inquiridos consideram haver divulgação suficiente sobre o HPV.

Nas restantes variáveis relacionadas com o que gostaria de saber sobre o HPV, tem particular interesse analisar as respostas dos indivíduos que nunca ouviram falar deste vírus. Destes, de 94,1% gostava de saber o que é, 82,4% quer saber como se transmite, 73,5% quer saber quais as medidas de prevenção da transmissão, 61,8% quer saber como se manifesta a infeção, 50% está interessado em saber como é feito o diagnóstico da infeção, 55,9% gostaria de saber quais os tratamentos e a sua eficácia, 67,6% quer conhecer quais as consequências da infeção por HPV e 61,8% quer saber qual a relação entre HPV e CCU.

**Tabela 15 -** *Frequências absolutas e relativas entre “já ouviu falar de HPV” e “divulgação suficiente” e “gostaria de saber sobre o HPV”*

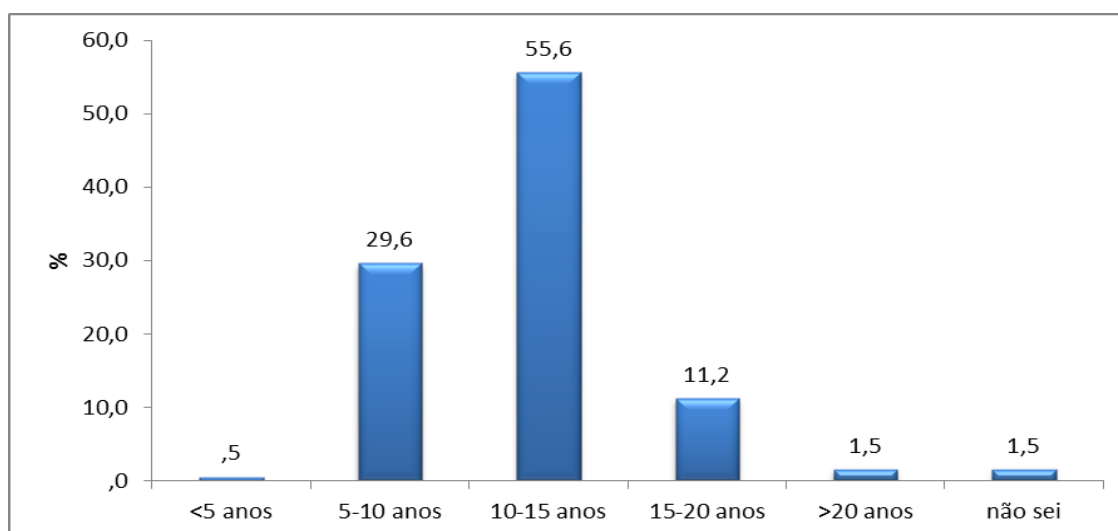
		Já ouviu falar de HPV		Total
		Sim (n=162)	Não (n=34)	
Divulgação suficiente	Sim	128 (79%)	5 (14,7%)	<b>133 (67,9%)</b>
	Não	34 (21%)	29 (85,3%)	63 (32,1%)
Gostava de saber o que é o HPV	Sim	16 (9,9%)	32 (94,1%)	48 (24,5%)
	Não	146 (90,1%)	2 (5,9%)	<b>148 (75,5%)</b>
Gostava de saber como se transmite	Sim	34 (21%)	28 (82,4%)	62 (31,6%)
	Não	128 (79%)	6 (17,6%)	<b>134 (68,4%)</b>
Gostava de saber quais as medidas de prevenção de transmissão	Sim	48 (29,6%)	25 (73,5%)	73 (37,2%)
	Não	114 (70,4%)	9 (26,5%)	<b>123 (62,8%)</b>
Gostava de saber como se apresenta a infecção	Sim	46 (28,4%)	21 (61,8%)	67 (34,2%)
	Não	116 (71,6%)	13 (38,2%)	<b>129 (65,8%)</b>
Gostava de saber como é feito o diagnóstico de infecção por HPV	Sim	46 (28,4%)	17 (50%)	63 (32,1%)
	Não	116 (71,6%)	17 (50%)	<b>133 (67,9%)</b>
Gostava de saber qual a eficácia e os tipos de tratamentos	Sim	48 (29,6%)	19 (55,9%)	67 (34,2%)
	Não	114 (70,4%)	15 (44,1%)	<b>129 (65,8%)</b>
Gostava de saber quais as consequências de infecção por HPV	Sim	76 (46,9%)	23 (67,6%)	<b>99 (50,5%)</b>
	Não	86 (53,1%)	11 (32,4%)	97 (49,5%)
Gostava de saber qual a relação com o CCU	Sim	117 (72,2%)	21 (61,8%)	<b>138 (70,4%)</b>
	Não	45 (27,8%)	13 (38,2%)	58 (29,6%)

Quanto aos meios de divulgação mais adequados para esta temática, destaca-se claramente a Escola com 97,4% de respostas favoráveis, seguem-se os Profissionais de Saúde com 88,3% de respostas favoráveis, com 80,6% de respostas afirmativas aparece a televisão e 59,7% escolheu a imprensa. Pela negativa, destacam-se os amigos e os familiares, e também os outdoors. Estes dados são apresentados na figura 26.



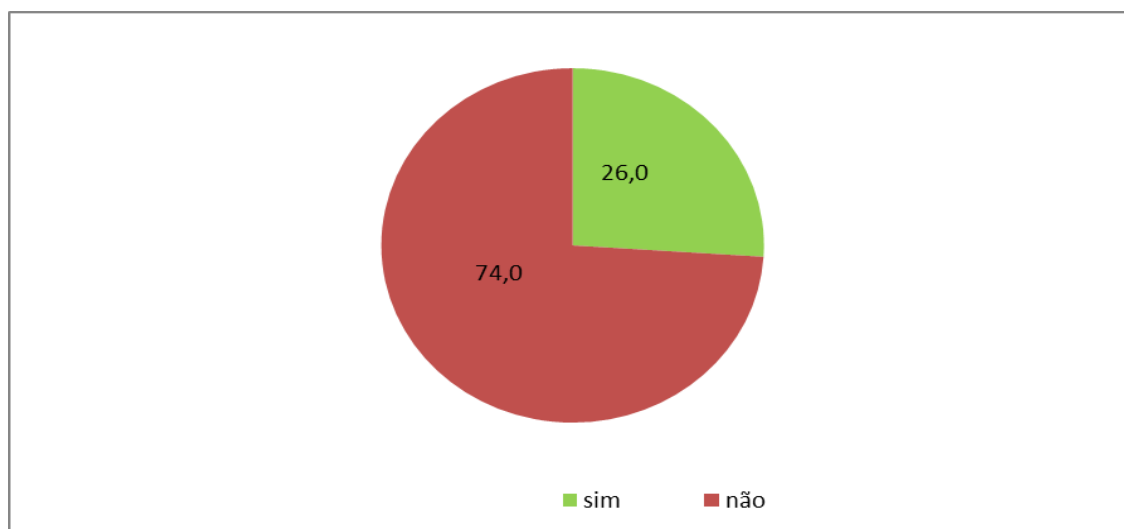
**Fig. 26 -** Distribuição da amostra de acordo com os meios de divulgação mais adequados

Quando inquiridos sobre qual a idade ideal para iniciar a Educação Sexual, a maioria (55,6%) considera entre 10 e 15 anos. Com 29,6% estão representados os que responderam que deveria ser entre 5 e os 10 anos e 11,2% entre os 15 e os 20 anos. Estes dados são apresentados na figura 27.



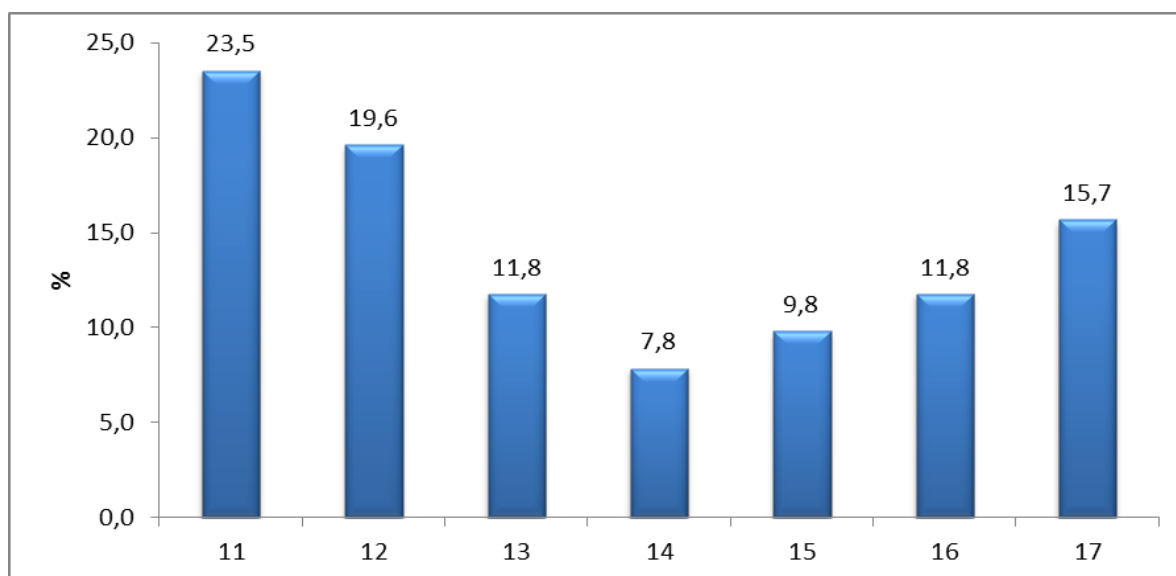
**Fig. 27 -** Idade para o início da Educação Sexual

Relativamente a já ter iniciado a sua atividade sexual, 26% responderam favoravelmente, como é representado na figura 28.



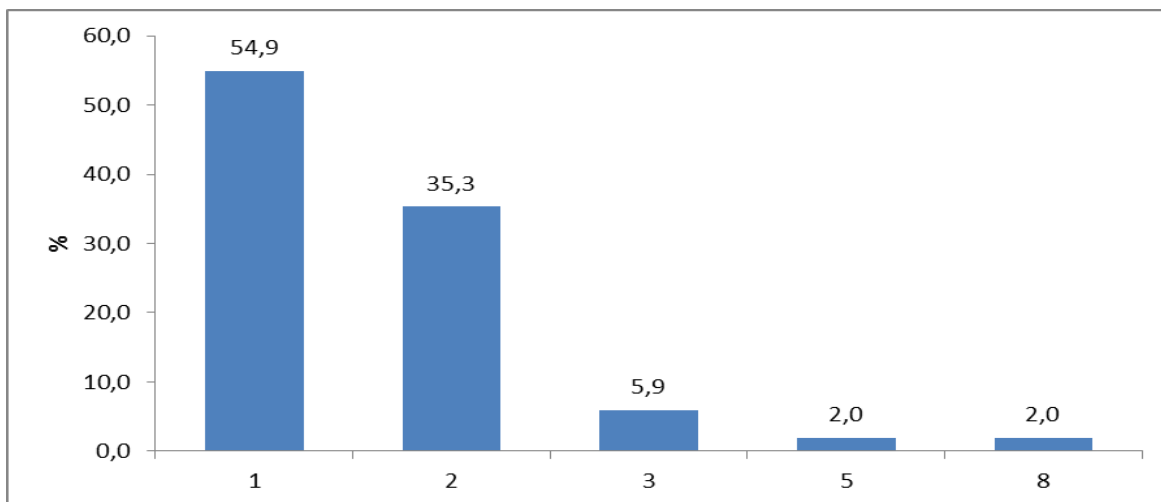
**Fig. 28 - Iniciou atividade sexual**

Dos que já iniciaram a sua atividade sexual, 23,5% indicou que o fez com 11 anos, 19,6% iniciou aos 12 anos, 15,7% aos 17 anos. A idade menos comum foi 14 anos com 7,8% dos inquiridos. Os dados relativos à idade constam da figura 29.



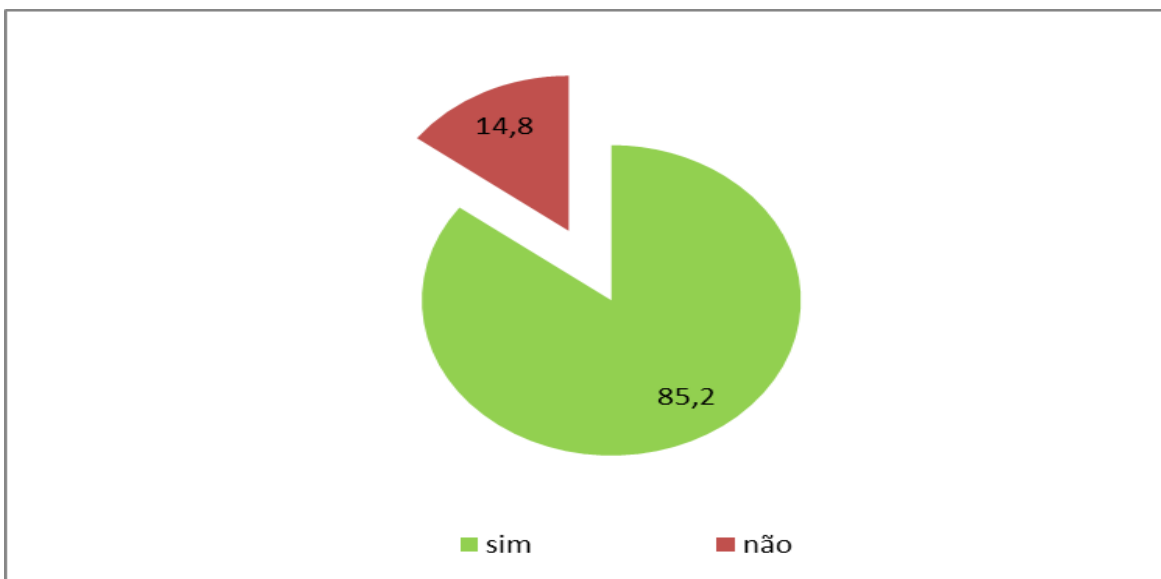
**Fig. 29 - Idade com que iniciou atividade sexual**

Quanto ao número de parceiros sexuais tidos desde o início da atividade sexual, a grande maioria dos jovens indicou 1 ou 2 com especial relevância para os que responderam um, com 54,9% (figura 30).



**Fig. 30** - Número de parceiros sexuais

No que concerne à participação em Workshops sobre a temática em estudo, 85,2% dos jovens inquiridos manifestou-se de forma positiva, representado pela figura 31.



**Fig. 31** - Participação em Workshops

### 2.3. Análise dos dados referente à Cobertura Vacinal

Nesta última parte da análise dos dados, do segundo objetivo deste trabalho, segue-se para o levantamento de dados e sua análise referente à cobertura vacinal da população do Concelho de Bragança, relativamente à vacina do HPV até e no ano de 2014.

Os pontos de administração e registo da vacinação foram efetuados na Unidade de Saúde da Sé, Extensão Saúde de Izeda – Sé e Unidade de Saúde de Santa Maria, em Bragança.

#### 2.3.1. Quantidade de utentes vacinados de 1995 a 2004

Os dados da Tabela 16, representam a quantidade de utentes vacinados entre os anos de 1995 e 2004. Num total de 3192 pessoas nascidas entre 01/01/1995 e 31/12/2004 foram vacinadas 32%. Na análise desta tabela verificou-se que no sexo masculino (n=1645) foi vacinado 1 indivíduo (0,06%). No sexo feminino (n=1547) foram vacinadas 1015 pessoas (66%).

**Tabela 16 - Dados da população vacinada entre os anos de 1995 e 2004, com a vacina HPV Gardasil.**

<b>Resultado</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>Maculino</b>	<b>%</b>	<b>Feminino</b>	<b>%</b>
<b>N.º utentes vacinados De 01/01/1995 a 31/12/2004</b>	1016	32%	1	0,06%	1015	66%
	3192		1645		1547	

Fonte: ULSNE, EPE – Unidade de Saúde Pública (2015)

#### 2.3.2. Vacinação HPV – Coortes de 1992 a 2004

Na Tabela 17, estão representados os valores do número de jovens vacinadas e a respetiva percentagem, para cada tipo de vacina/dose de HPV, nas coortes de 1992 a 2004.

Pode-se verificar que nas coortes de 2002 a 2004, foram administradas a primeira dose da vacina do HPV e que o total de jovens vacinadas foi gradualmente diminuindo à medida que se avançou nos anos das coortes.

Verificou-se que em todas as coortes de 1992 a 2001, foram administradas as três doses da vacina do HPV e que a percentagem de vacinação alcançou valores superiores a

88%, à exceção da coorte de 2001 para a terceira dose da vacina com uma percentagem de 70,4%.

**Tabela 17 - Avaliação anual 2014**

Coorte	Vacina / Dose	Total de fichas de vacinação (só raparigas)	Total de jovens vacinadas	%
2004	HPV 1	142	22	15,5
2003	HPV 1	151	35	23,2
2002	HPV 1	58	56	96,6
2001	HPV 1	142	136	95,8
	HPV 2		125	88,0
	HPV 3		100	70,4
2000	HPV 1	174	168	96,6
	HPV 2		166	95,4
	HPV 3		159	91,4
1999	HPV 1	163	161	98,8
	HPV 2		161	98,8
	HPV 3		159	97,5
1998	HPV 1	159	157	98,7
	HPV 2		154	96,9
	HPV 3		151	95,0
1997	HPV 1	161	160	99,4
	HPV 2		159	98,8
	HPV 3		157	97,5
1996	HPV 1	178	175	98,3
	HPV 2		174	97,8
	HPV 3		171	96,1
1995	HPV 1	144	142	98,6
	HPV 2		141	97,9
	HPV 3		141	97,9
1994	HPV 1	173	161	93,1
	HPV 2		158	91,3
	HPV 3		155	89,6
1993	HPV 1	215	201	93,5
	HPV 2		200	93,0
	HPV 3		197	91,6
1992	HPV 1	193	183	94,8
	HPV 2		182	94,3
	HPV 3		179	92,7

Fonte: ULSNE, EPE – Unidade de Saúde Pública (2015)

### 2.3.3. Contagem de Inoculações no ano de 2014

Na Tabela 18, estão representados os valores registados relativamente à Contagem de Inoculações da vacina do HPV, conforme as idades e as doses (1,2 ou 3), num período de um ano, do ano de 2014.

Neste período de tempo, constatou-se que às jovens de 10 e 11 anos foi administrada a primeira dose da vacina HPV e que às jovens com idades compreendidas entre os 12 e 14 anos foram administradas as três doses da vacina. A partir dos 15 anos é notória a diminuição das vacinas administradas, às jovens com 15 e 17 anos só foram administradas as duas últimas doses da vacina e nos registos das idades de 18 e 19 anos, não foram administradas nenhuma das doses da vacina do HPV.

**Tabela 18** - *Contagem de Inoculações de HPV Gardasil, no período de 01/01/2014 a 31/12/2014*

<b>Idades</b>	<b>HPV 1</b>	<b>HPV 2</b>	<b>HPV 3</b>
10	15	0	0
11	33	0	0
12	135	58	21
13	42	79	112
14	2	4	13
15	0	1	4
16	4	3	1
17	0	1	1
18	0	0	0
19	0	0	0
<b>Total</b>	231	146	152

Fonte: ULSNE, EPE – Unidade de Saúde Pública (2015)

### **3. Discussão dos Resultados**

O estudo focou-se essencialmente em avaliar os conhecimentos dos adolescentes sobre o HPV e Cancro do Colo do Útero, tendo em conta a caracterização da amostra, quanto ao sexo, idade, ano de escolaridade e o meio de proveniência. Conhecimentos sobre o Cancro do Colo do Útero, das fontes de informação sobre a infeção pelo Vírus do Papiloma Humano, os conhecimentos e crenças gerais sobre o HPV, a relação do HPV com o CCU, as atitudes e crenças sobre a vacinação contra o HPV em ambos os sexos e a educação sexual, como primeiro objetivo.

No presente estudo foram inquiridos 196 estudantes do ensino secundário distribuídos por 56% do sexo feminino e 44% do masculino. As idades variam entre os 15 e 19 anos distribuídos da seguinte forma: 15 - 16 anos- 42% e igual percentagem de estudantes com 17 anos de idade. Os jovens de 18 anos representam 12,8% da amostra e a minoria inquirida foram os jovens de 19 anos (2,6%). Quanto ao ano de escolaridade ficaram distribuídos por 34,2% que frequentava o 10º ano, 40,8% a frequentar a 11º ano e os alunos do 12º ano representados por 25%. Estes resultados estão de acordo com o previsto no artigo 2º da Lei n.º 85/2009 que preconiza que se consideram "... em idade escolar as crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos" (p.5635). Da totalidade da amostra a maioria com 58% reside em meio urbano.

O primeiro aspeto avaliado foi o conhecimento sobre o Cancro do Colo do Útero e comparando as médias por sexo, idade, ano de escolaridade e meio de residência, podemos considerar que a maioria (60,7%) respondeu acertadamente a 12 das 14 questões colocadas.

De modo particular, verifica-se uma pequena percentagem de estudantes (9,7%) que sabe o número de mulheres a quem é detetada a doença anualmente e 6,1% dos jovens sabem o número de mortes que esta patologia provoca anualmente, resultados inferiores aos obtidos por Ramada (2010), onde numa amostra de 1706 estudantes do ensino superior, a percentagem de jovens que respondeu corretamente à pergunta sobre a taxa de incidência foi de 20,9% e sobre a taxa de mortalidade foi de 17,1%. Também no estudo de Agostinho (2012), perante uma amostra de 858 estudantes do ensino superior, se obtiveram maiores proporções de respostas corretas. A percentagem de jovens que respondeu corretamente à taxa de incidência foi de 24,9% e relativamente à taxa de mortalidade foi de 12,7%. As respostas corretas apresentadas pelos estudantes são concordantes com o descrito na DGS – Portugal, Doenças Oncológicas em números 2013, onde se pode

observar que a incidência anual é da ordem dos 1000 novos casos/ano e uma taxa de mortalidade que aponta para os 200 óbitos/ano (DGS, 2013, pp. 45 e 58).

Quanto aos fatores de risco associados ao cancro do colo do útero, foram corretamente identificados pela grande maioria dos inquiridos do nosso estudo, pois a percentagem de respostas corretas varia entre 88% e 94%. Os fatores de risco mais apontados corretamente foram: a presença de IST com a maior percentagem de 94,4%, a infeção por HPV com uma percentagem de resposta de 91,8%, os fatores genéticos com 90,8% e múltiplos parceiros sexuais apresentados por 87,8%.

Estes resultados são superiores aos obtidos no estudo efetuado por Ramada (2010), onde os inquiridos referem a presença de IST em 68,2% das respostas, a infeção por HPV em 64,1%, referem que o fator de risco principal são os fatores genéticos com 68,7% e os múltiplos parceiros sexuais foram indicados por 62,4%. No estudo realizado por Agostinho (2012) a amostra identifica a presença de IST em 54%, na sua maioria 70,7% referem a infeção por HPV como o principal fator de risco para o desenvolvimento do CCU, os fatores génicos 50% e por último os múltiplos parceiros sexuais em 66,9%. Todos os resultados representam bons conhecimentos sobre este domínio. No presente estudo realizado com uma amostra de uma faixa etária menor, em relação aos estudos de Ramada e Agostinho, verifica-se maior percentagem de conhecimentos no que diz respeito aos fatores de risco.

Em segunda instância, nesta investigação procedeu-se ao estudo dos conhecimentos do HPV e as fontes de informação. Pode-se verificar que os conhecimentos sobre o HPV são similares nos inquiridos independentemente do sexo, ainda que se apure maior conhecimento pelos alunos do sexo masculino, contrariamente ao estudo realizado por Ramada (2010) que conta as pontuações médias de conhecimento superiores no sexo feminino.

Relativamente à idade, os indivíduos de 15 e 16 anos apresentam maior conhecimento do que os alunos com idade superior, de 18 e 19 anos. Os alunos do 11º ano são os mais bem informados e com maior nível de conhecimento sobre o HPV. Podemos constatar que o meio de residência não influi na aquisição de conhecimentos sobre esta temática.

A grande maioria dos inquiridos, no presente estudo, representados por 93,4% respondeu erradamente à questão sobre qual o agente responsável pela IST mais comum, indicando o HIV, evidenciando desconhecimento desta temática e contrariando o afirmado pelo Instituto do HPV (2013) e Monk (2007). Também nos resultados obtidos por Agostinho (2012) os alunos responderam igualmente de maneira errada, como 48,1% de respostas a esta questão.

Contudo, 82,7% dos adolescentes referiram já ter ouvido falar em HPV. Destes (82,7%) apenas três indivíduos não indicou a resposta correta do significado da sigla HPV, demonstrando que grande parte dos inquiridos já ouviu falar em HPV e que têm noção do seu significado. Ramada (2010) constatou que 55,4% dos estudantes respondeu ter ouvido falar em HPV e que 95% destes sabem o significado da sigla. Igualmente, Agostinho (2012) constatou que 67,8% já ouviu falar em HPV.

Nestes termos, a Escola e os Profissionais de Saúde foram referenciados como as principais fontes de informação com 90,7% de respostas. A divulgação do HPV, foi mencionada como suficiente por sensivelmente três terços da população, havendo 32,1% dos inquiridos que manifestaram que a divulgação não é suficiente. Nos estudos que se tem vindo a referir, constata-se que as principais fontes de informação vão ao encontro destes resultados, onde a principal fonte de informação considerada foi a escola/local de ensino. Ramada (2010) refere que os estudantes de sexo masculino selecionaram os média como outra fonte de informação; enquanto que o sexo feminino indicou os profissionais de saúde. Por outro lado, 93,7% dos inquiridos responderam que não existe divulgação suficiente sobre o HPV.

Em terceiro lugar foram analisados os resultados sobre o conhecimento geral sobre o HPV. A probabilidade de contágio, caso tenha existido exposição ao HPV é desconhecida, em consonância com o que foi respondido, neste estudo, como “Não sei” entre 97,5 a 100%, corretamente; resultados que estão em consonância com os obtidos por Agostinho (2012).

Existe um verdadeiro desconhecimento da faixa etária em que predomina a infeção viral, visto que a percentagem de respostas corretas foi muito baixa, inferior a 10% e que a maioria respondeu que não sabe, sendo a resposta correta de 18 a 25 anos, onde a maioria inicia a sua atividade sexual. Porém na adolescência a atividade biológica cervical está em nível máximo, onde a replicação celular e substâncias presentes no meio cervical facilitam

a infecção por HPV. Após a adolescência, a frequência da infecção pelo HPV nas mulheres diminui com a idade (Murta *et al.*, 2001). Encontra-se no estudo de Ramada (2010) um resultado de conhecimento superior.

Quanto ao HPV afetar homens e mulheres, de uma maneira geral as respostas dos inquiridos neste estudo revelaram ter conhecimento deste facto. Neste sentido, quanto aos homens serem portadores assintomáticos, os alunos também revelam bom conhecimento geral com uma percentagem de respostas corretas bastante elevadas. Nestes dois últimos aspetos, do HPV afetar tanto homens como mulheres e de os homens poderem ser portadores assintomáticos, os alunos do 12º ano estão menos informados, comparativamente aos alunos do 10º e 11º anos, estando relacionado com o desconhecimento de os homens também serem afetados pela infeção por HPV. Verificou-se uma lacuna no conhecimento da localização desta infeção, pois a resposta correta foi dada por apenas 1,2% da totalidade dos inquiridos sendo a “desde que haja contato com o vírus e exista uma porta de entrada” (Medeiros & Ramada, 2010). As possibilidades mais identificadas “região urogenital” e “região anal” pela maioria, representada por 92%.

Os adolescentes do nosso estudo continuam a demonstrar conhecimento significativo no que diz respeito ao diagnóstico representado por 91,4% que é realizado por teste de Papanicolau. O Papanicolau é o exame ginecológico preventivo mais comum, capaz de detectar as alterações que o HPV pode causar nas células e um possível cancro.

Relativamente à necessidade de tratamento imediato verificaram-se que 96,3% dos adolescentes responderam afirmativamente, e a grande maioria dos adolescentes inquiridos, foi de 90%, respondeu acertadamente que a infeção por HPV é curável e que o HPV é um fator de risco para o desenvolvimento de CCU (DGS, 2008c).

É de salientar que os alunos do 12º ano estão menos bem informados que os restantes alunos do 10º e 11º anos. Apenas um indivíduo respondeu corretamente á percentagem de presença de HPV, nos casos de CCU 93,2%, ou seja, a grande maioria não sabe responder a esta questão.

A amostra desta investigação demonstra algumas dificuldades nas respostas relativas ao modo de transmissão do HPV, em que 91,4% respondeu como “sexo anal” e principalmente o ,“sexo vaginal”com 95,7% como as únicas respostas corretas, descartando as restantes hipóteses de “sexo oral”, “contacto de pele” e “contacto de

mucosas” como verdadeiras; tendo por outro lado respondido uma grande parte com 58,6% corretamente como falso à transmissão do HPV por transfusão sanguínea (NACI, 2007). O caso deste estudo em particular, os alunos do 12.º ano revelam maior conhecimento na transmissão por sexo oral e por contacto de pele, e menor conhecimento quanto à transmissão por sexo vaginal e anal, piscinas e saunas e transfusões sanguíneas. Os alunos do 11.º ano são os que têm maior conhecimento acerca da transmissão por contacto de mucosas. Dificuldades sentidas na população do estudo de Agostinho (2012) que revelam lacunas do conhecimento associadas à transmissão do HPV; o mesmo acontece com os jovens que contribuíram para o estudo de Medeiros & Ramada (2010) demonstrando também possuir poucos conhecimentos sobre a transmissão da infeção por HPV.

De um modo geral, houve uma correta identificação das medidas de prevenção pelos inquiridos, Consideram que a prevenção deve ser efetuada pela redução de parceiros sexuais com um valor de 94,4% e a manutenção dos cuidados de higiene com 91,4%, exceptuando na resposta da “não partilha de objetos de uso íntimo” revelando uma falta de conhecimentos neste campo, onde somente 13,6% respondeu acertadamente a esta questão (Markowitz *et al.*, 2009). Mais uma vez, pode-se verificar que os resultados vão ao encontro dos obtidos pelos autores que se têm vindo a mencionar; segundo a descrição de Agostinho (2012) quando analisa que 76,7% dos inquiridos do seu estudo assinalam como prevenção a redução do número de parceiros e 46,4% responde corretamente a não partilha de objetos de uso íntimo, mas existe uma lacuna no que diz respeito ao uso do preservativo como forma de prevenção contra a infeção por HPV com uma percentagem de 82,5%.

Na amostra em estudo, a grande maioria dos inquiridos que já ouviu falar de HPV identifica claramente as manifestações da infeção genital por HPV, com percentagens de 95,1% através de verrugas, 95,7% através de úlceras genitais e 94,4% através de carcinoma. A percentagem de respostas corretas mais baixa foi na apresentação de forma assintomática, pois foi mencionada por cerca de 59,9% dos inquiridos, demonstrando uma boa identificação das manifestações da infeção por HPV. Estatisticamente, a única relação verificada com o ano de escolaridade, na qual se comprova que os alunos do 12.º ano são os que evidenciam menor conhecimento acerca da infeção genital por HPV poder ser assintomática.

Noutra prespetiva, tendo em conta o conhecimento e as crenças acerca da relação entre o HPV e CCU, avaliado por duas questões apontando para a relação entre HPV e

CCU e a percentagem de HPV nos casos de CCU, há uma acentuada ausência de conhecimento destes dois aspetos (WHO, 2010). Em que 92% dos 162 inquiridos que já ouviram falar de HPV acertaram uma destas questões, e apenas 1 acertou as duas. Os restantes 7,4% não acertaram nenhuma das questões. Na amostra de estudantes que já ouviram falar de HPV, no estudo de Ramada (2010), pode-se verificar uma percentagem alta de 88,3% que o HPV é um fator de risco para o desenvolvimento do CCU e relativamente à percentagem de HPV nos casos de CCU os alunos revelaram ter menor conhecimento, com 14,8% de respostas corretas.

De acordo com as atitudes e crenças sobre a vacinação contra o HPV, dos 162 inquiridos que já ouviram falar do HPV neste estudo, todos manifestaram interesse em ser vacinados (ambos os sexos). A única justificação apresentada foi “Evitar a Contaminação”.

Na análise das variáveis “já ouviu falar de HPV” seguindo a “Divulgação suficiente” e “gostaria de saber sobre o HPV”, pode-se apurar que a maioria dos inquiridos que já ouviu falar de HPV considera que há divulgação suficiente sobre essa temática. No entanto há 5 inquiridos que nunca ouviram falar, mas opinam que há informação suficiente. Globalmente, foi de 67,9%, a maioria dos inquiridos considera haver divulgação suficiente sobre o HPV. Por outro lado, e tendo particular interesse avaliar quais as temáticas que gostariam de ver e ser esclarecidas, os indivíduos que nunca ouviram falar do HPV, demonstram grande interesse em todas as vertentes, desde o que é, como se transmite, quais as medidas de prevenção, como se apresenta a infeção, como é feito o diagnóstico, quais os tratamentos actuais e a sua eficácia, as consequências da infeção por HPV e a sua relação com o CCU.

De modo a promover a divulgação sobre o HPV, os alunos apontam para a televisão com 80,6% e para a imprensa com 59,7%, como os principais meios escolhidos para uma melhor difusão da informação. Por outro lado, consideraram pela negativa os amigos, a família e outdoors. As escolhas favoritas recaem na escola e nos profissionais de saúde.

Quanto à idade ideal para iniciar a Educação Sexual mais de metade dos inquiridos, 55,6%, considerou a faixa etária dos 10 aos 15 anos, sendo o programa de saúde escolar focado nestas idades. Havendo 29,6% que considera que deveria começar dos 5 aos 10

anos. Questionados sobre o início da vida sexual existe uma maior percentagem de 74%, que ainda não iniciou a vida sexual e 26% referiram que já iniciaram. Dos que responderam afirmativamente à pergunta anterior, a maior parte referiu ter iniciado a vida sexual com 11 anos, uma resposta aos 12 anos, 15,7% referiu a idade de 17 anos e uma minoria de 7,8% afirma ter iniciado aos 14 anos.

O número de parceiros sexuais ronda o um e dois, com especial relevância para o um. Questionados quanto ao interesse de participar em programas de rastreio de HPV e em workshops acerca do HPV e CCU revelaram grande interesse em que isso acontecesse, com 85% das respostas positivas.

No que diz respeito à cobertura vacinal, com base nas coortes procedeu-se ao levantamento de dados referentes à vacinação realizada nos cuidados de saúde primários tendo em vista abranger toda a população.

Relativamente à quantidade de utentes vacinados verifica-se que no período de 1 de janeiro de 1995 a 31 de dezembro de 2004, foram vacinados um total de 1016 utentes, representando uma percentagem de 32% da população. Da população feminina (n=1547) só 1015 foram vacinadas corresponde a 66%, e só um único utente do sexo masculino foi vacinado representando 0,06% da população masculina (ULSNE, EPE) Unidade de Saúde Pública. Remetendo aos dados de 2004, constata-se que uma maioria da população do concelho de Bragança foi vacinada, mas que ainda não foi considerado um número satisfatório de vacinação.

Outro dado fornecido pela ULSNE, EPE, foi o registo das vacinas/doses administradas e ao número de jovens que estas foram administradas, como avaliação anual de 2014.

Aquando da Campanha de Vacinação contra a infeção por vírus do papiloma humano (HPV), em 2009, 2010 e 2011 dirigida às jovens nascidas em 1992, 1993 e 1994, respetivamente, conseguiram-se alcançar os objetivos esperados obtendo-se uma cobertura vacinal no mínimo de 85% em cada coorte abrangida pela campanha. (DGS, 2008b). Verifica-se que a adesão à vacina contra a infeção por HPV está a ser muito positiva e que o objetivo de vacinação, no mínimo de 85% da população, tem sido alcançado, com a administração das três doses da vacina.

Por último, podemos contabilizar um total de 529 vacinas administradas no período de 01/01/2014 a 31/12/2014. Destas foram administradas 231 da primeira dose, 146 da

segunda dose e 152 da terceira dose da vacina (Gardasil<sup>®</sup>), nas idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos de idade. Verifica-se uma adesão à vacina maioritariamente nas idades de 10 a 13 anos, conforme recomendado pela (OMS e DGS,2008a).

Relativamente aos dados fornecidos e analisados pela Unidade de Saúde Pública da ULSNE, EPE, pode concluir-se que a vacinação tem sido efetuada com uma adesão superior ao objetivo inicial em 2008, aquando da campanha de vacinação e entrada para o PNV, de um mínimo de 85% da população vacinada. Um aspeto bastante positivo que reduz à partida a infeção por HPV e, por sua vez, reduz a incidência de CCU pela infeção permanente por HPV.

## **Conclusões e Perspetivas Futuras**

Após análise dos resultados obtidos pode-se concluir que os adolescentes inquiridos que frequentam o Ensino Secundário no Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, de Bragança, têm um bom conhecimento no que diz respeito ao HPV e CCU. Atendendo ao Ano de escolaridade, podemos ainda concluir que os alunos que frequentam o 10º e 11º ano apresentam maior conhecimento desta temática em relação aos alunos que frequentam o 12º ano. Não houve diferenças significativas quanto aos conhecimentos acerca da temática, em relação ao sexo e meio de proveniência.

No entanto foram verificados alguns défices de conhecimentos mais específicos e particulares no que diz respeito à taxa de incidência e mortalidade por ano.

Conclui-se também que existe algum desconhecimento sobre a probabilidade de contágio, assim como a localização do HPV.

Entendemos que os resultados obtidos estão estreitamente relacionados com a dinâmica da comunidade educativa que, em estreita parceria com a equipa que constitui a UCC Domus definem estratégias e assumem o compromisso com os setores sociais na consecução dum objetivo comum – a promoção da saúde e educação para a cidadania de todos os elementos que compõem essa comunidade – numa ligação intrínseca entre os sistemas de saúde e educação.

Realça-se que um dos conceitos fundamentais da promoção é a participação comunitária uma vez que, para que a intervenção na comunidade seja efetiva, é imprescindível que a comunidade se envolva de forma ativa e participativa ao longo de todo o processo, desde a identificação das necessidades sentidas à implementação das intervenções, reconhecendo que as relações de poder se estabelecem ao mesmo nível.

Destaca-se ainda o facto de os alunos terem realçado o papel da escola e dos profissionais de saúde na veiculação de conhecimentos nomeadamente no que concerne à temática desenvolvida no presente estudo, conclusão que evidencia a qualidade do trabalho desenvolvido pelos atores que, numa estreita ligação têm concorrido para a concretização do Programa Nacional de Saúde Escolar

Considerando o cancro do colo do útero e a infeção pelo HPV uma questão de saúde pública a nível mundial em que os organismos governamentais exercem um papel fundamental na manutenção/promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades e

tendo em consideração o preconizado pela Carta de Ottawa em 1986, que refere a capacitação das pessoas tendo em mente o seu *empowerment* para a defesa e mediação da saúde, entendemos que a Educação para a Saúde deve ser implementada o mais precocemente possível, constituindo-se como uma estratégia por excelência, para alcançar tal objetivo. Este também parece ser o entendimento dos estudantes participantes no presente estudo, dado que 55,6%, considerou a faixa etária dos 10 aos 15 anos como a idade ideal para início da educação sexual.

A mudança dos comportamentos e crenças sobre qualquer tema na comunidade não depende apenas da boa intervenção dos profissionais de saúde. Este trabalho deve ser planeado e colocado em prática, recorrendo ao auxílio do maior número possível de profissionais de diversas áreas, quer da saúde, quer de educação, de comunicação e divulgação e envolvimento ativo e participativo da comunidade. Só reunindo esforços, o mais globalmente possível, se conseguirá concretizar tanto o empowerment individual como comunitário. Entendemos que a implementação de programas de educação e promoção para a saúde, prevenção da doença e de rastreio, abre caminho com vista à diminuição do problema e com a ambição da erradicação do cancro do colo do útero por infeção do HPV, incentivando também à vacinação.

Apesar de se verificar uma adesão muito positiva à vacinação contra o HPV, preconiza-se que é importante continuar a divulgar a sua inclusão no PNV, onde a vacina é gratuita para mulheres até aos 18 anos de idade e seria importante também incluir a mesma vacina para o sexo masculino.

A formação especializada de profissionais motivada para a promoção da saúde e prevenção da doença é a base da sustentabilidade e mudança de comportamentos.

Propoem-se realizar um estudo de investigação nesta temática num agrupamento de escolas do ensino secundário do Concelho de Mirandela e comparar os resultados obtidos com os resultados deste estudo.

Perspetivamos colocar em prática as competências específicas adquiridas durante o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na capacitação dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades na tomada de decisão ativa e esclarecida.

## Bibliografia

- Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte). (2009). *Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero na Região Norte*. Porto: ARS Norte.
- Agostinho, M.I.R. (2012). *Conhecimentos dos jovens universitários sobre HPV e Cancro do colo do útero, na era da vacina*. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Al-Talib, T. (2010). *Human Papillomavirus Infection and Primary Prevention*. Dissertação de Mestrado em Epidemiologia. Charles University, Prague.
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellstrom, T.. (2010) *Epidemiologia Básica*. (2.<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Livraria Santos Editora Comp. Imp. Ltda.. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43541/5/9788572888394\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43541/5/9788572888394_por.pdf)
- Bonito, J.. (2009). *Educação para a Saúde no Século XXI – Teorias, Modelos e Práticas*. Vol. I. Évora: Universidade de Évora. ISBN: 978-989-95539-3-4.
- Camara, G.N.N.L., Cruz, M.R., Veras, V.S. & Martins, C.R.. (2008). Os papilomavirus humanos – HPV: histórico, morfologia e ciclo biológico. *Universitas Ciências da Saúde*. 1(1): 149-158.
- Carvalho, A.A.S. & Carvalho, G.S.. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-22-4.
- Carvalho, J.J.M. (2002). HPV. [Publicação Instituto Garnet]. Disponível em <http://www.garnet.com.br/saibamais/hpv.php>
- Côrrea, F.M., & Russomano, F.B. (2012). Novas Tecnologias de Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Quem de fato se beneficia? *Revista Brasileira de Cancerologia*. 58(3): 525-527.
- Derchain, S., Filho, A., & Syrjanen, K. (2005). Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 27 (7), 425-33.

Direção Geral da Educação. (s.d.). *Educação para a Saúde*. Disponível em <http://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude>.

Direção Geral da Saúde. (2013). *Portugal – Doenças Oncológicas em números*. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Despacho n.º 12.045/2006 (2ª série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de julho.

Direção-Geral da Saúde. (2008a). *Programa Nacional de Vacinação (PNV): Introdução da vacina contra infeções por Vírus do Papiloma Humano*. Comissão técnica de vacinação. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010242.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2008b). *Circular Normativa n.º 25/DSCS/DPCD* de 22 de dezembro de 2008. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010429.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2008c). *Circular Normativa n.º 22/DSCS/DPCD* de 17 de outubro de 2008. Disponível em <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010243.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2014a). *Portugal – Doenças Oncológicas em números*. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2014-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. (2014b). *Norma N.º 016/2014* de 29 de setembro de 2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162014-de-29092014.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2014c). *Boletim N.º 08, Vacinação – edição especial de Abril de 2014*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boletim-vacinacao-edicao-especial-abril-2014-pdf.aspx>.

European Centre for Disease Prevention Control (ECDC). (2008) *Guidance for the Introduction of HPV Vaccines in EU Countries*. Stockholm. Disponível em [http://ecdc.europa.eu/en/Documents/4940\\_0801\\_HPV\\_guidance.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/Documents/4940_0801_HPV_guidance.pdf)

European Cervical Cancer Association (ECCA). (2009) Folheto Informativo: Rastreio do Cancro do Colo do Útero. Disponível em

[http://www.ecca.info/fileadmin/user\\_upload/Brochures/Portugal/L1\\_PT\\_PT\\_A.pdf](http://www.ecca.info/fileadmin/user_upload/Brochures/Portugal/L1_PT_PT_A.pdf).

European Cervical Cancer Association (ECCA). (2013) *Cancro do Colo do Útero*. Disponível em <http://www.ecca.info/pt/cancro-do-colo-do-utero/o-colo-do-utero/>.

Greer, C.E., Wheeler, C.M., Ladner, M.B., Beutner, K., Coyne, M.Y., Liang, H., Langenberg, A., Yen, T.S. & Ralston, R. (1995). Human papillomavirus (HPV) type distribution and serological response to HPV type 6 virus-like particles in patients with genital warts. *J. Clin. Microbiol.* Aug; 33(8), 2058-63.

Instituto do HPV. (2013). *Guia do HPV*. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia das Doenças do Papilomavirus Humano. Brasil. Disponível em [http://www.incthpv.org.br/upl/fckUploads/file/Guia%20do%20HPV%20Julho%202013\\_2.pdf](http://www.incthpv.org.br/upl/fckUploads/file/Guia%20do%20HPV%20Julho%202013_2.pdf)

Kjaer, S.K., Tran, T.N., Sparen, P., Tryggvadottir, L., Munk, C., Dasbach, E., Liaw, K.L., Nygård, J. & Nygård, M. (2007). The burden of genital warts: a study of nearly 70.000 women from the general female population in the 4 nordic countries. *J. Infect Dis.* Nov, 196 (10), 1447-54.

Last, J.M.. (1995). *Um Dicionário de Epidemiologia*. (2ª ed.). Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. (1988, New York, Oxford, Toronto: Oxford University Press)

Leite, I., Lisboa, C., & Azevedo, F. (2011). Vírus do papiloma humano e vacinação. *Revista da SPDV*, 69 (3).

Lusa. (12/04/2015) A vacinação é um “direito e um dever”. [Publicado pelo Correio da Manhã]. Disponível em: [http://www.cmjornal.xl.pt/cm\\_ao\\_minuto/detalhe/programa\\_de\\_vacinacao\\_comecou\\_ha\\_50\\_anos\\_quando\\_a\\_poliomielite\\_matava\\_em\\_portugal.html](http://www.cmjornal.xl.pt/cm_ao_minuto/detalhe/programa_de_vacinacao_comecou_ha_50_anos_quando_a_poliomielite_matava_em_portugal.html)

Marôco, J.. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (5ª Ed.). Pero Pinheiro: Report Number. ISBN: 978-989-967-63-2-9.

Markowitz, L.E., Sternberg, M., Dunne, E.F., McQuillan, G. & Unger, E.R. (2009).

Seroprevalence of human papillomavirus types 6, 11, 16 and 18 in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey. 2003-2004. *J. Infect Dis*, 200(7), 1059-67.

Medeiros R., & Ramada, D. (2010). Knowledge differences between male and female university students about human papillomavirus (HPV) and cervical cancer: Implications for health strategies and vaccination. *Elsevier* 29(2), 153-160. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Merck Sharp & Dohme Farmacêutica, Ltda. (s.d.). *Resumo das Características do Medicamento. Gardasil. Vacina contra o Papilomavírus Humano [Tipos 6, 11, 16, 18]*. Disponível em [http://www.ema.europa.eu/docs/pt\\_PT/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/000703/WC500021142.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000703/WC500021142.pdf)

Modelo tridimensional do Vírus do Papiloma Humano, adaptado do The PRN Notebook, Volume 6, N.º3, Setembro de 2001, retirado de <http://www.taringa.net/posts/ciencia-educacion/16046647/Tres-avances-argentinos-en-vacunas.html>.

Monk, B.J., & Tewari, K.S. (2007). The spectrum and clinical sequelae of human papillomavirus infection. *Gynec. Oncol.* 107: S6-S13.

Muñoz, N., Bosch, F.X., Sanjosé, S., Herrero, R., Castellsagué, X., Shah, K.V., Snijders, P.J., & Meijer, C.J. (2003). Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer. *International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group*. *N. Engl. J. Med.*, 348(6), 518-527.

Murta, E.F.C, Souza, M.A.H., Adad, S.J., Júnior, E.A. (2001). Infecção pelo Papilomavírus Humano em Adolescentes: Relação com o Método Anticoncepcional, Gravidez, Fumo e Achados Citológicos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 23(4), 217-221. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032001000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001000400004)

National Advisory Committee on Immunization (NACI). (2007). Statement on human papillomavirus vaccine. *Canadian Communicable Disease Report*. Feb., 33(2): 1-31.

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Portal da Saúde, (2014). Acedido a 1 de maio de 2015, disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/vacinacao/virus+vacinacao.htm>
- Ramada, D. (2010). *Conhecimentos dos jovens universitários acerca do HPV e Cancro do Colo Uterino*. Dissertação de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45435/4/TeseDianaRamada.pdf>
- Ronco, G., Segnan, N., Giorgi-Rossi, P., Zappa, M., Casadei, G.P., Carozzi, F., Dalla Palma, P., Del Mistro, A., Folicaldi, S., Gillio-Tos, A., Nardo, G., Naldoni, C., Schincaglia, P., Zorzi, M., Confortini, M. & Cuzick, J.. (2006). Human papillomavirus testing and liquid-based cytology: results at recruitment from the new technologies for cervical cancer randomized controlled trial. New Technologies for Cervical Cancer Working Group. *J. Natl. Cancer Inst.* 98(11), 765-74.
- Sedicias, S.. (2008). HPV: cura, transmissão, sintomas e tratamento. [Publicação Tua Saúde] Disponível em <http://www.tuasaude.com/hpv-cura-transmissao-sintomas-e-tratamento/>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG). (2007). *Vacina contra o HPV – Reunião de Consenso Nacional*. Fev; 6-7. Disponível em [http://www.spginecologia.pt/uploads/consenso\\_final\\_rev31maio.doc](http://www.spginecologia.pt/uploads/consenso_final_rev31maio.doc).
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG). (2011). *Consenso sobre Infecção HPV, lesões intraepiteliais do colo, vagina e vulva*. Cascais. Disponível em [http://www.spginecologia.pt/uploads/consenso\\_definitivo.pdf](http://www.spginecologia.pt/uploads/consenso_definitivo.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Papillomavirus (SPP). (2008). Disponível em [www.sppv.org/](http://www.sppv.org/)
- Vieira, L.H.C., Drumond, D.G., Júnior, J.C.A., Vidal, V.R., Gollner, A.M., Assis, R.V.C. & Cupolilo, S.M.N. (2004). Acompanhamento das lesões intra-epiteliais escamosas cervicais/Follow-up of squamous cervical intraepithelial lesions. *HU Rev*, 30(1), 28-32.

WHO/ICO Information Center on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Center). (2010). *Human Papillomavirus and Related Cancers, Summary Report Update*. Disponível em <http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/methodologies.pdf>.

World Health Organization (WHO) (2015). Countries using hpv vaccine. Disponível em [http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/Countries\\_using\\_HPВ\\_Nat\\_Imm\\_Schedule\\_planned\\_introductions.pptx?ua=1V](http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/Countries_using_HPВ_Nat_Imm_Schedule_planned_introductions.pptx?ua=1V)

## **Anexos**

**Anexo I – Questionário “Conhecimentos dos jovens sobre HPV e CCU ”**

## QUESTIONÁRIO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança está a ser realizado um trabalho de investigação com o objetivo de avaliar os *“Conhecimentos dos jovens sobre HPV e Cancro do Colo do Útero”*. Este questionário tem um carácter anónimo, pelo que não é necessário ser assinado. A confidencialidade será garantida pela análise dos dados na sua globalidade e estes apenas serão utilizados nesta investigação. Agradeço, antecipadamente, a tua disponibilidade no preenchimento do presente questionário, imprescindível para a consecução deste trabalho.

Mestrando - Enfermeiro Marco Borges.

**(seleciona a opção correta com um X)**

**1. Sexo:**

- a) Feminino \_\_\_\_\_
- b) Masculino \_\_\_\_\_

**2. Idade \_\_\_\_\_**

**3. Ano \_\_\_\_\_**

**4. Meio: Rural \_\_\_; Urbano \_\_\_**

**5. Qual o agente responsável pela DST (Doença Sexualmente Transmissível) mais comum?**

**(seleciona a opção correta)**

- 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 \_\_\_\_\_

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

- a) Sim\_\_\_\_\_
- b) Não\_\_\_\_\_

**7. Já ouviste falar em HPV?**

- a) Sim\_\_\_\_\_
- b) Não (Se respondeste Não, continua o questionário na pergunta 22) \_\_\_\_\_

**8. O que significa HPV? (seleciona a opção correta)**

- 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\_\_\_\_\_

**9. 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.) \_\_\_\_\_

**10. 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\_\_\_\_\_

**11. Caso ocorra a exposição ao HPV, qual a probabilidade de contágio?  
(seleciona a opção correta)**

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

**12. 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 \_\_\_\_\_

**13. 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 \_\_\_\_\_

**14. 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\_\_\_\_\_

**15. O HPV pode afectar Homens e Mulheres?**

- a) Sim\_\_\_\_\_
- b) Não\_\_\_\_\_
- c) Não sei\_\_\_\_\_

**16. Os Homens podem ser portadores assintomáticos?**

- a) Sim\_\_\_\_\_
- b) Não\_\_\_\_\_
- c) Não sei\_\_\_\_\_

**17. A infecção por HPV pode localizar-se (seleciona as opções corretas)**

- 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\_\_\_\_\_

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

- a) Sim\_\_\_\_\_
- b) Não\_\_\_\_\_
- c) Não sei\_\_\_\_\_

**19. O diagnóstico de infecção por HPV implica tratamento imediato?**

- a) Sim\_\_\_\_\_
- b) Não\_\_\_\_\_
- c) Não sei\_\_\_\_\_

**20. A infecção por HPV é curável?**

- a) Sim\_\_\_\_\_
- b) Não\_\_\_\_\_
- c) Não sei\_\_\_\_\_

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

**Porquê?**

a) Sim \_\_\_\_\_

b) Não \_\_\_\_\_

**22. 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 \_\_\_\_\_

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

a) 10 \_\_\_\_\_

b) 100 \_\_\_\_\_

c) 1000 \_\_\_\_\_

d) 10000 \_\_\_\_\_

e) Não sei \_\_\_\_\_

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

a) 20 \_\_\_\_\_

b) 200 \_\_\_\_\_

c) 2000 \_\_\_\_\_

d) 20000 \_\_\_\_\_

e) Não sei \_\_\_\_\_

**25. 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 ativa \_\_\_\_\_
- k) Fatores genéticos \_\_\_\_\_
- l) Tipo de alimentação \_\_\_\_\_

**26. 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 \_\_\_\_\_

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

- a) Sim \_\_\_\_\_
- b) Não \_\_\_\_\_

**28. 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 infeção por HPV \_\_\_\_\_
- e) Como é feito o diagnóstico de infeção por HPV \_\_\_\_\_
- f) Qual a eficácia e os tipos de tratamento disponíveis atualmente \_\_\_\_\_
- g) Quais as consequências de infeção por HPV \_\_\_\_\_
- h) Qual a relação com o cancro do colo do útero \_\_\_\_\_
- i) Outros (especificap.f.) \_\_\_\_\_

**29. 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.) \_\_\_\_\_

**30. 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 \_\_\_\_\_

**31. Já iniciaste a tua vida sexual activa?**

- a) Sim \_\_\_\_\_ **31.1 Se sim com que idade? \_\_\_\_\_ anos**
- b) Não \_\_\_\_\_

**32. Até à data, quantos parceiros sexuais já tiveste? \_\_\_\_\_**

**33. 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 \_\_\_\_\_

**Obrigado pela tua colaboração!**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**  
Escola Superior de Saúde

*Relatório das Atividades Desenvolvidas  
no Estágio II*

*Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária*

**Mestrando:**

Marco Paulo Malojo Borges,

N.º 10691

**Orientadoras:**

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Bragança, fevereiro de 2016

*Relatório das Atividades Desenvolvidas  
no Estágio II*

*Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária*

“Trabalho realizado pelo mestrando Marco Paulo Malojo Borges, no âmbito da unidade curricular – Relatório de Estágio II, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança”

Bragança, fevereiro de 2016

## **Lista de Acrónimos e Siglas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

BK – Bacilo de Kock

CCU – Cancro do Colo do Útero

CDP – Consulta de Diagnóstico Pneumológico

CLAS – Conselhos Locais de Ação Social

CPCJ – Comissão de Proteção a Crianças e Jovens

CRI – Centro de Respostas Integradas

CS – Centro de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Vírus do Papiloma Humano

IGRA – *Interferon Gamma Realease Assay*

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IPDJ – Instituto Português do Desporto de da Juventude

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

RSI – Rendimento Social de Inserção

SVIG - TB – Sistema Português de Farmacovigilância da Tuberculose

TOD – Toma de Observação Direta

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSNE, EPE – Unidade de Saúde Local Nordeste, Entidade Pública Empresarial

USP – Unidade de Saúde Pública

# Índice

<b>Introdução</b>	77
<b>1. Âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública</b>	78
1.1. Unidade de Cuidados na Comunidade	79
1.2. Unidade de Saúde Pública	80
<b>2. Descrição/Análise Crítico-reflexiva das Atividades Desenvolvidas</b>	81
2.1. Unidade de Cuidados na Comunidade – Saúde Escolar	81
2.1.1. <i>População</i>	82
2.1.2. <i>Objetivos</i>	82
2.1.3. <i>Atuação</i>	83
2.2. Unidade de Saúde Pública	85
2.2.1. <i>População</i>	87
2.2.2. <i>Objetivos</i>	87
2.2.3. <i>Atuação</i>	87
2.3. Cronograma	89
<b>3. Notas Finais</b>	<b>90</b>
<b>4. Reflexão Crítica</b>	91
<b>Bibliografia</b>	93
<b>Anexos</b>	95
<b>Anexo I – Planeamento das Sessões da Educação para a Saúde (I, II, III)</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo II – Material pedagógico utilizado nas sessões de Educação para a Saúde</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
<b>Anexo III – Questionário de Avaliação das sessões da Educação para a Saúde</b>	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

## **Índice de Gráficos**

**Gráfico 1** - Avaliação da Formação/Formador da 1ª sessão de intervenção ----- 84

**Gráfico 2** - Avaliação da Formação/Formador da 2ª e 3ª sessão de intervenção ----- 84

## **Índice de Quadros**

<b>Quadro 1</b> – Cronograma das Atividades planejadas e realizadas do Estágio II -----	<b>90</b>
---	-----------

## **Introdução**

No âmbito da unidade curricular - Estágio II, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança elaborou-se este Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

O objetivo deste Estágio é adquirir competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública.

A realização deste Relatório de Estágio tem como objetivos:

1) Descrever as experiências vivenciadas e informações assimiladas ao longo do estágio, calendarizado entre 14 de setembro de 2015 a 12 de fevereiro de 2016;

2) Refletir sobre as atividades realizadas.

A estrutura deste relatório é composta da seguinte forma:

- Numa primeira fase, pretende-se dar continuidade ao trabalho de investigação anteriormente realizado, no âmbito da Saúde Escolar na Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde (CS) de Santa Maria. Teve como base a investigação dos “Conhecimentos sobre o Vírus do Papiloma Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero (CCU) nos adolescentes, uma questão de Saúde Pública” do ensino secundário do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, em Bragança.

Após a análise dos dados recolhidos surge a necessidade de intervir/interagir na população-alvo, de maneira a contribuir para o esclarecimento e aprofundar conhecimentos sobre a temática em questão, o HPV.

- A segunda fase do estágio incidiu sobre a Unidade de Saúde Pública do Centro de Saúde da Sé. Descrever-se-á a funcionalidade e os objetivos das componentes desta Unidade, dando maior relevância à Unidade de Consulta de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

Para concluir, uma breve reflexão sobre a aquisição de conhecimentos e as experiências vivenciadas neste estágio.

## **1. Âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública centra-se sobretudo na comunidade. Neste sentido o Enfermeiro especialista deve, através dos seus conhecimentos e da sua experiência clínica, ter capacidade de dar resposta na resolução de problemas colocados pelos cidadãos, nos cuidados de saúde primários.

Perante os problemas de saúde pública colocados pelos cidadãos e através de uma avaliação multicausal, segundo o Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (D. R., Regulamento n.º 128/2011) estes profissionais têm competências para a elaboração e desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades, com vista à promoção da saúde coletiva e no exercício da cidadania. Por conseguinte, existem múltiplos contextos de atuação, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, não descurando a avaliação dos resultados obtidos segundo a interação com as comunidades e os seus recursos.

Segundo a responsabilidade para a identificação das necessidades e assegurando a continuidade dos cuidados, os Enfermeiros Especialistas evidenciam-se nas atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados (Diário da República, 2011).

No âmbito de avaliação de competências, para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e consequente Título de Especialista, este relatório demonstra várias ações realizadas que vão de encontro aos pilares das competências pretendidas. Segundo o Regulamento n.º 128/2011, existem quatro grandes competências como:

- 1 – Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- 2 – Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- 3 – Integrar a Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- 4 – Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Para a consolidação destas competências, o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) preconiza a realização de um estágio com os seguintes objetivos:

- 1 – Elaborar um diagnóstico da Situação de Saúde de uma População/Comunidade;
- 2 – Intervir na comunidade (mercê do diagnóstico da situação de saúde), com base na metodologia do Planeamento em Saúde;
- 3 – Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- 4 – Integrar as intervenções, nos Planos de Atividades das UCC, com base no diagnóstico da situação de saúde.

Para a concretização deste estágio, foram eleitas as Unidades de Cuidados na Comunidade e de Saúde Pública do Centro de Saúde de Bragança.

#### 1.1. Unidade de Cuidados na Comunidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) tem como objetivo principal contribuir para o bem estar geral, com foco na melhoria do estado de saúde da população, de uma determinada área geográfica onde incide a sua intervenção, promovendo a obtenção de ganhos em saúde.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de risco ou dependência funcional (...), atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (DR, 2009, p. 15438).

À UCC compete assegurar as suas funções através de uma carteira básica de serviços. A carteira de serviços da UCC incide sobre a promoção de estilos de vida saudáveis, em parceria com outras instituições, em todo o ciclo de vida.

No âmbito da Rede Nacional de Cuidados, os projetos dependem da área de intervenção e da população-alvo. Tendo como áreas de atuação a Intervenção precoce, a

Saúde Escolar, a Preparação para a parentalidade, a Comissão de proteção a crianças e jovens (CPCJ), os Conselhos Locais de Ação Social (CLAS), a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), o Rendimento Social de Inserção (RSI), a Unidade Móvel de Saúde e o Núcleo de Atendimento de Crianças e Jovens em Risco (NACJR).

## 1.2. Unidade de Saúde Pública

A Unidade de Saúde Pública (USP) tem um papel importante na administração da saúde da população abrangida pela ULSNE, EPE.

Nesta unidade são desenvolvidas funções executivas nas áreas do Planeamento da Saúde, na Vigilância Epidemiológica e Coordenação de Programas e Projetos de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença da população, Autoridade de Saúde, Laboratório Regional de Saúde Pública e Observatório Regional de Saúde.

Numa perspetiva de trabalho em equipa multidisciplinar deve potenciar as competências de cada grupo profissional e contribuir, em complementaridade, para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, promotora de uma resposta integrada, de maior diferenciação às necessidades em cuidados de saúde (...) assegurar os recursos técnicos e matérias (...). (Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, 2009 citado por Ferreira, 2010, p. 21).

Este departamento, de Saúde Pública, tem como objetivos operacionais a Implementação do Plano Nacional de Saúde, Promover o diagnóstico da infeção por HIV/SIDA, Promover a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças alvo de vacinação / vacinação contra a gripe sazonal, Avaliar o impacto do Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), Melhorar o acesso a consultas de apoio à Cessação Tabágica e consolidar e alargar a abrangência do processo de contratualização às várias unidades de saúde funcionais da ULSNE, EPE, sendo este objetivo partilhado com o Departamento de Contratualização. (ARS Norte, 2014, p.30)

## **2. Descrição/Análise Crítico-reflexiva das Atividades Desenvolvidas**

A realização deste estágio teve lugar no Centro de Saúde de Bragança, nas Unidades de Santa Maria e da Sé. A primeira área de atuação foi da Saúde Escolar na Unidade de Cuidados na Comunidade situada no CS de Santa Maria. A segunda área foi na Unidade de Saúde Pública da ULSNE, EPE.

### **2.1. Unidade de Cuidados na Comunidade – Saúde Escolar**

De acordo com o objetivo e programas de promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, atuou-se, intervindo junto da comunidade jovem, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015).

Consideramos a escola como um espaço seguro e saudável, por este motivo é um local que, por si só, deve facilitar a adoção de comportamentos mais saudáveis. A escola constitui o local onde deve incidir uma atuação no sentido de promover e manter a saúde, tanto da comunidade educativa como da comunidade envolvente (DGS, 2015).

O programa de saúde escolar está a cargo de três enfermeiras na UCC, a quem são atribuídos os respetivos agrupamentos de escolas do concelho de Bragança, os quais são responsáveis pela implementação, atuação e avaliação das atividades desenvolvidas. Em todas as escolas do agrupamento EB 2/3 e de ensino secundário existe um Gabinete de Apoio ao Aluno, que está disponível um dia por semana, para responder a dúvidas e questões dos alunos e da comunidade educativa.

Ao longo do Estágio acompanhei uma das Enfermeiras no Gabinete de Apoio ao Aluno no Agrupamento de Escolas Emídio Garcia às quartas-feiras de manhã; às quartas-feiras à tarde no Gabinete de Apoio ao Aluno da Escola Paulo Quintela; quintas-feiras de manhã no Centro Escolar da Sé no Gabinete de Apoio ao Aluno e quintas-feiras à tarde no Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ).

Durante este percurso foi desenvolvido o diagnóstico sobre o tema “Conhecimentos sobre o HPV e CCU nos adolescentes, uma questão de Saúde Pública”. Este foi considerado de grande relevância ao permitir fazer uma avaliação dos conhecimentos da população jovem,

fundamentado pelo aparecimento de cerca de 1000 novos casos, todos os anos em Portugal (Medeiros, 2007).

A investigação permitiu avaliar o conhecimento de uma amostra de 196 alunos, do Ensino Secundário do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, em Bragança, acerca do HPV, CCU e da Vacinação como prevenção.

Após a análise dos dados, verificou-se que existiam algumas lacunas no conhecimento dos alunos relativamente ao HPV, CCU e sua vacinação. Em concreto, sobre a localização, diagnóstico e modo de transmissão da infeção pelo HPV. Revelaram, no entanto, que os conhecimentos que possuíam foram adquiridos na escola e através dos profissionais de saúde.

Perante esta realidade, torna-se notório que a intervenção é de facto relevante na educação para a saúde, no meio escolar.

A forma de intervenção selecionada foi o planeamento, realização e avaliação de três atividades de intervenção para a promoção da saúde, calendarizadas e planeadas, em consonância com o Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, em Bragança, e tendo em consideração as preferências temáticas manifestadas pelos estudantes.

#### 2.1.1. População

A população-alvo desta intervenção foram os alunos do Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano) do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, em Bragança, do presente ano letivo 2015/2016.

#### 2.1.2. Objetivos

☞ Elucidar e erradicar as lacunas observadas nos conhecimentos sobre o tema do HPV, CCU e vacinação, esclarecer dúvidas, clarificar ideias, em suma, promover a saúde e prevenir a doença, através da divulgação de informação e conhecimentos;

☞ Avaliar os conhecimentos adquiridos pelos alunos do ensino secundário, após as atividades de intervenção;

☞ Capacitar os alunos para os fatores de risco e para as medidas preventivas;

☞ Distribuir documentação informativa sobre a temática e de preservativos masculinos e femininos, como estratégia de proteção contra comportamentos de risco e prevenção da infeção.

### 2.1.3. Atuação

Os enfermeiros devem desenvolver capacidades de comunicação que lhe permitam favorecer na transmissão de informação, no âmbito da promoção da saúde, adotando estratégias de comunicação em conformidade com a faixa etária e o estágio de desenvolvimento, da população a intervir.

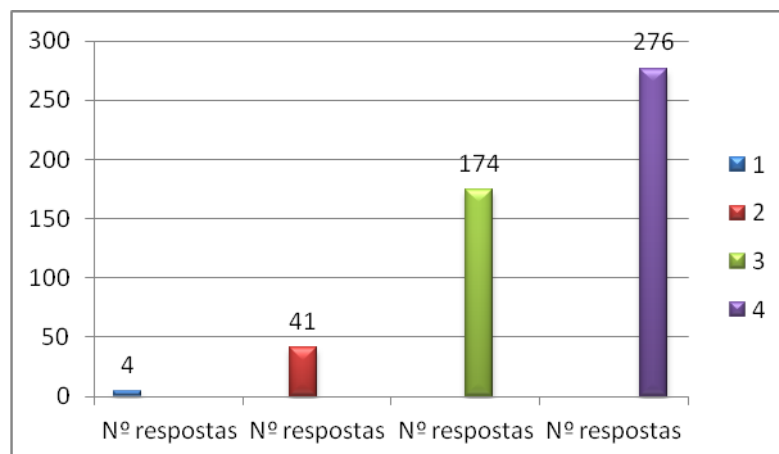
Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros na Saúde Escolar, devem desempenhar o seu papel considerando certos aspetos como as características dos jovens, o seu estágio de desenvolvimento e a sua maturidade; para que a prática educativa tenha uma dinâmica personalizada e adaptada à população em questão (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

☞ A primeira sessão de Intervenção de Educação para a Saúde subordinada ao tema “Conhecimentos sobre o HPV e CCU nos adolescentes, uma questão de Saúde Pública”, foi realizada no dia 19 de outubro de 2015 no auditório do Agrupamento de Escolas Emídio Garcia, em Bragança, para alunos do ensino secundário (10º, 11º, 12º anos). Estiveram presentes 3 turmas, 10º A, 11º A, 11º C com a presença de 45 alunos adolescentes, sob a orientação e presença da Enfermeira Tutora.

A segunda e terceira sessões de Intervenção de Educação para a Saúde, com o mesmo tema que a primeira sessão, realizaram-se dia 2 de novembro de 2015, no mesmo local. Estiveram presentes 4 turmas, 10º A, 11º A, 10º PTAs1, 12º ano PTAs3 com a presença de 95 alunos, sob a orientação e presença Enfermeira Tutora.

☞ No final de cada uma das três sessões, foi entregue um questionário de Avaliação da Formação/Formador, onde foi solicitada a avaliação da temática, da utilidade do seu conteúdo, da forma como esses conteúdos foram transmitidos, assim como o relacionamento interpessoal com os formandos, a dinamização e incentivo à participação, o grau de satisfação dos alunos, se correspondeu às expectativas assim como os recursos utilizados.

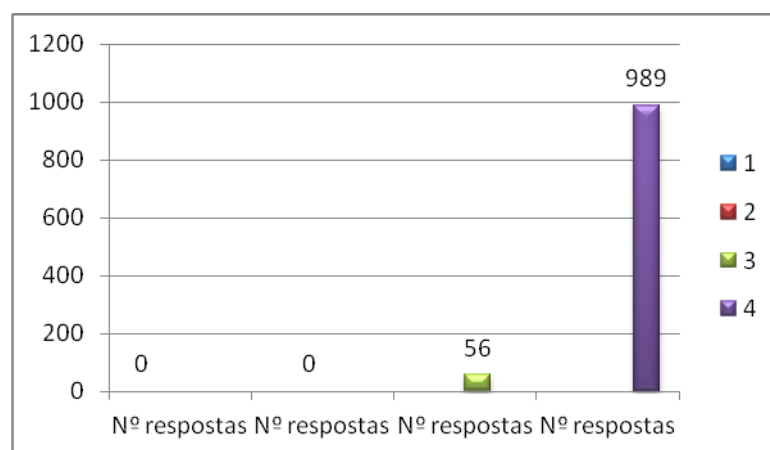
A Avaliação da Formação/Formador é representada pelo número de respostas na ficha de avaliação, através da atribuição de um nível da Escala de 1 a 4. Os níveis 1 e 2 correspondem a classificação negativa e os níveis 3 e 4 a classificação positiva. Os resultados da avaliação da primeira sessão de esclarecimento, estão representados no Gráfico 1.



**Gráfico 1** - Avaliação da Formação/Formador da 1ª sessão de intervenção

Os níveis com maior expressão na avaliação da primeira sessão foram os nível 3 apresentando 174 respostas e o nível 4 teve 276 respostas.

Na avaliação da segunda e terceira sessões de intervenção não se verificaram respostas para os dois primeiros níveis, como representado no Gráfico 2.



**Gráfico 2** - Avaliação da Formação/Formador da 2ª e 3ª sessão de intervenção

Contabilizaram-se 56 respostas no nível 3 e 989 respostas para o nível 4, em que todas as respostas revelaram uma avaliação positiva.

Constatou-se que o número de participantes foi maior na segunda e terceira sessão. Verificou-se também na segunda e terceira sessão a ausência de respostas negativas.

Relativamente à avaliação de conhecimentos dos alunos e sessões, obteve-se uma cotação de 100%. Esta avaliação foi efetuada também através da terceira e última sessão de intervenção, que se focou essencialmente numa sessão aberta a respostas dadas pelos alunos a perguntas colocadas ao longo da sessão. Pela interação demonstrada pelos alunos nessa mesma sessão, conclui-se que ficaram bem esclarecidos, sobre todos os pontos focados sobre a temática do HPV e CCU, assim como sobre a vacinação.

☞ Foi pertinente também a distribuição de informação à cerca do HPV e CCU, sob a forma de panfletos, que estão normalmente disponíveis nos Centros de Saúde e foram distribuídos também preservativos masculinos e femininos, aos alunos presentes nas sessões de intervenção. Esta ação foi realizada como forma de prevenção da infeção e como meio de proteção para comportamentos de risco, como sugerido pelos alunos na primeira intervenção.

## 2.2. Unidade de Saúde Pública

A segunda fase do estágio decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) da ULSNE, EPE, no período de 3 a 26 de Novembro de 2015, sob a orientação de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária.

Esta Unidade de Saúde Pública diferencia-se pelos objetivos a que se propõe, que por sua vez tem como alicerce programas já implementados, nomeadamente a Coordenação da vacinação a nível distrital sob a responsabilidade de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária; Saúde Ocupacional, e Saúde Escolar. O Laboratório de Saúde Pública parte integrante desta USP, onde se realizam análises a amostras de águas, esfregaços de alimentação nas escolas, lares. Fazem também parte do programa a análise de ondas de calor e de frio, de ruídos, entre outros. Enquadra ainda a Consulta do Viajante, em Macedo de Cavaleiros, assim como os Rastreios de HIV na Unidade Móvel percorrendo as aldeias e durante as semanas académicas; contempla ainda os Rastreios e Consultas para Diagnóstico Pneumológico, no Estabelecimento Prisional de Izeda e de Bragança, no CRI e a trabalhadoras sexuais.

Durante a frequência no Estágio, desenvolvi e explorei as atividades inerentes aos programas que constituem parte desta Unidade de Saúde Pública. Após o reconhecimento da orgânica desta unidade, valências e programas constituintes, como a dinâmica circunstancial e

população envolvente o interesse despertou pelo programa da Saúde Escolar, apoio a Trabalhadoras Sexuais e ao CDP.

O interesse incide no programa de Saúde Escolar pelo facto de se tratar de uma população vulnerável e sujeita a inúmeras doenças infeto contagiosas a que estão expostas. É pertinente e necessária vigilância no sentido da prevenção. Realizando rastreio de diagnóstico de surtos de doenças infeto contagiosas nas escolas, cumprindo o programa da USP. Após o diagnóstico e confirmação da doença infeto contagiosa é realizada profilaxia à população dessa comunidade. Durante o período de estágio registaram-se, dois casos de Meningite tipo B em dois Agrupamentos de Escolas na localidade de Bragança.

Também foi oportuno para a recolha de dados/coortes sobre a vacinação, especificamente do HPV a nível do concelho de Bragança.

A intervenção alargou-se, numa perspetiva de apoio às Trabalhadoras Sexuais, atuando na verificação e atualização do PNV, na Unidade Móvel. Esta atuação tem como propósito dar assistência, garantindo o anonimato desta população de risco. Nestas intervenções são deliberadas outras atuações como a distribuição de panfletos informativos e material preventivo, esclarecimento sobre doenças ginecológicas, realização de testes de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e atuação no Programa de Troca de Seringas, na Unidade Móvel de Saúde, em pontos estratégicos da cidade de Bragança.

De entre os programas, anteriormente referidos, a minha motivação recaiu ainda com maior interesse na Consulta de Diagnóstico Pneumológico, pelo facto de se pensar que era uma doença de outros tempos mas, na atualidade, o registo da tuberculose é significativo, considerada um problema de Saúde Pública e de Declaração Obrigatória. A pertinência deste estudo reside no facto da incidência da Tuberculose, em Portugal, ter um dos valores mais altos da Europa Ocidental. Esta doença pode afetar vários órgãos mas principalmente, afeta os pulmões e é considerada uma doença de monitorização em Saúde Pública por ter características infeto contagiosas. Através dos dados do Sistema de Vigilância da Tuberculose (SVIG - TB), em 2012, cerca de 14% dos doentes com tuberculose apresentavam dependências ativas, de pelo menos, uma substância ilícita. (Correia, Seabra, Silva & Duarte, 2014)

### 2.2.1. População

A população observada para efetuar rastreio de Tuberculose e Doenças Respiratórias são essencialmente os grupos considerados de risco, no âmbito de pesquisa de sintomas e diagnóstico de patologias.

População composta por:

- 320 reclusos do Estabelecimento Prisional de Izedá;
- 70 reclusos do Estabelecimento Prisional de Bragança;
- Doentes Auto Imunes (artrite reumatoide, doença de Crohn) inseridos no Centro de Respostas Integradas (CRI);

Para além da população considerada de risco, ainda são referenciados para o CDP, os doentes com um diagnóstico prévio pelo médico de família ou observados na consulta num rastreio de contato, na Unidade de Saúde Pública da ULSNE, EPE.

Existem nas consultas de CDP aproximadamente 1000 utentes a ser seguidos, entre os quais, alguns são para rastreio de contato.

### 2.2.2. Objetivos

- ☞ Vigilância Epidemiológica da população da região de Bragança;
- ☞ Levantamento de casos de doença importantes na área da saúde pública que afetam a população;

### 2.2.3. Atuação

No decorrer do estágio, houve a oportunidade de presenciar a dinâmica e funcionalidade da Unidade de Saúde Pública. O programa implementado no apoio à comunidade pela Unidade Móvel, destaca-se na distribuição e recolha de material perfurocortantes, como seringas e agulhas, às populações críticas em zonas estratégicas da cidade.

Tive também a possibilidade de participar nas consultas de CDP no Centro de Saúde de Bragança, Unidade de Santa Maria. Sob orientação de outra Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, constatei de uma forma exploratória e explícita que os doentes que chegam à consulta de DP, são acolhidos e acompanhados metodicamente ao longo do tratamento.

Descrevo, em seguida, as diferentes etapas programadas neste tipo de consultas:

- Cada utente admitido tem uma história clínica, o seu processo é iniciado na primeira consulta de CDP, ficando com seu o seguimento;

- O rastreio é efetuado através do preenchimento de um Inquérito de sintomas e realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) como Rx Tórax e Prova de Mantoux;

- Quando a doença já se encontra instalada, o diagnóstico é feito através de colheitas de expetoração para análise, no sentido de uma confirmação. No entanto, a tuberculose pode ser ou estar numa fase latente, sendo feita também para confirmação colheita de sangue para o Teste IGRA (*interferon gamma realease assay*);

- Na doença diagnosticada existem diferentes tipos de tuberculose;

- Nas consultas de CDP os doentes são observados de 15 em 15 dias no 1º mês e depois passam a ser seguidos mensalmente;

- A atuação mais frequente dos rastreios é efetuada nos Estabelecimentos Prisionais, onde existe um maior número e centrado de grupos de risco;

- A medicação a administrar nos casos confirmados da doença, são os Tuberculostáticos. Os medicamentos de primeira linha utilizados são: Rifampicina, Pirazinamida, Esoniazida e Etambutol. Este tratamento inicial tem uma duração de 2 a 3 meses;

- Tive oportunidade de distribuir a toma de observação direta (TOD) aos doentes na consulta de CDP;

- A segunda fase do tratamento é feita com o medicamento antibiótico: Rifinant e a duração do tratamento vai no mínimo de 4 até 12 meses, dependendo do tipo de tratamento que a pessoa necessite de fazer;

- Os esquemas de segunda e terceira linha também podem ser utilizados. Como exemplos a Vancomicina, Levofloxacina e Ciprofloxacina para além do Rifinant;

- O departamento do CDP realiza consultas às segundas-feiras de manhã no CS de Santa Maria e às quintas-feiras à tarde.

Neste programa existe um protocolo nos grupos de risco entre os Estabelecimentos Prisionais de Bragança e Izeda e o CRI. Os utentes vêm à primeira consulta de CDP onde fazem análises e Rx Tórax, seguidamente as 2 enfermeiras de Saúde Pública vão às cadeias fazer as Provas de Mantoux para despiste.

As leituras da Prova de Mantoux têm um resultado normal de 0 a 9 mm, mesmo assintomáticos. Com uma leitura superior ou igual a 10 mm o indivíduo já faz o Teste IGRA, mesmo sendo assintomático. Se se tratar de um indivíduo imunocompetente, realiza o teste de IGRA a partir de 5mm.

Perante esta problemática acentuada em populações de risco, não se pode descuidar que a população em geral também corre risco de ser infetada e até mesmo ser portadora desta doença. Por não ser considerada uma população de risco, usufrui de menos vigilância, sendo assim mais difícil de detetar pelos profissionais de saúde e poder passar despercebida. Esta pode ser só detetada e diagnosticada numa fase já avançada, quando os doentes recorrerem aos cuidados de saúde por manifestação de sintomas e sinais, sem melhoria clínica.

### 2.3. Cronograma

Em suma, o estágio II, teve uma abrangência às duas Unidades Locais de Cuidados de Saúde Primários da cidade de Bragança. Este decorreu entre os meses de setembro a novembro de 2015, conforme o cronograma:

ANO 2015 / 2016						
ATIVIDADES	MESES					
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Estágio II – UCC de Bragança 14/09/15 a 02/11/15			Até 2/11			
Reunião de Estágio II dia 21/09/15						
1ª Sessão de Educação para a Saúde no Liceu com 45 alunos dia 19/10/15.						
2ª e 3ª Sessões de Educação para a Saúde no Liceu com 95 alunos dia 02/11/15.						
Estágio II – USP de Bragança 03/11/15 a 26/11/15						
Consultas de CDP dia 16/11/15						
Colheita de dados da cobertura vacinal do HPV relativos a 2014 na USP – Bragança						
Reuniões com as Orientadoras do Estágio II.						

### **3. Notas Finais**

Este relatório, não é mais que um documento escrito que pretende informar, descrever, analisar e refletir, fazendo uma retrospectiva do que foi realizado na intervenção junto da comunidade perante a realidade e avaliar se os objetivos foram atingidos.

Neste meu percurso, na busca de mais conhecimento e qualificação na área da Enfermagem Comunitária, tive a oportunidade de transportar para os meus atos profissionais, enquanto enfermeiro e enquanto estagiário, os conhecimentos científicos adquiridos na teoria, para a prática do bem cuidar.

Considero que alcancei os objetivos propostos nos campos de estágio onde, oportunamente, realizei diagnósticos e intervenções. Neste documento foram relatadas as áreas de atuação, assim como o exercício das minhas funções na obtenção de novas vivências, tornou-se uma mais valia na intervenção e acompanhamento da comunidade, na promoção da saúde e prevenção da doença.

De uma forma global, na avaliação crítica de todas as atividades desenvolvidas neste estágio, desde o seu projeto à realização do mesmo, sinto-me satisfeito com o meu desempenho. Consciente que foquei todo o meu esforço e empenho no decorrer desta etapa, assim como já é minha prática, no desempenho da minha profissão.

O meu papel como enfermeiro de cuidados de saúde primários, dá-me benefícios e gosto por poder trabalhar tão perto de cada utente, de cada família integradas numa comunidade, pois anseio contribuir para um bem comum e na saúde de toda a população. Convicto de que após este percurso adquiri as competências exigidas para o cumprimento profissional como Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Estas competências passam por avaliar o estado de saúde de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos seus objetivos e, por fim mas não menos relevante, realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Na finalização deste relatório, com a aquisição de mais conhecimentos científicos e com a aplicação desta informação teórica num ambiente real e colocá-la em prática, considero que adquiri produtivamente domínio em certas competências, que enriqueceram à partida toda a minha prestação de cuidados gerais, na comunidade e de saúde pública.

#### **4. Reflexão Crítica**

Esta reflexão sobre todo o trabalho observado e realizado, é importante na avaliação de todos os aspetos e tomar consciência das ações e atitudes, assim como dos conhecimentos adquiridos e realçados.

O trajeto cumprido desde o reconhecimento à realização de atividades inerentes ao contexto de Estágio, considero ter sido de uma vital importância na aprendizagem que conduziu ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, nos vários itens do planeamento, investigação e intervenção no âmbito da Enfermagem Comunitária e Saúde Pública; fortalecendo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho. A efetivação do enquadramento conceptual caracterizou um moroso desafio, na medida em que impôs introspeção de autoconhecimento da minha prática profissional contribuindo para a minha autonomia e responsabilização, bem como, para a consciencialização do que é para mim - Enfermagem Comunitária e Saúde Pública - o fornecer de uma relação de cuidado em que é dado o primado ao utente, e em que a relação empática e terapêutica entre enfermeiro e utente/família/grupos/comunidade facilita o processo de promoção da saúde, prevenção de doença e cura.

Assim, com base nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, as minhas atividades desenvolvidas em estágio, efetuaram-se de acordo com:

- 1 – Estabeleci com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
  - 1.1. – Elaborei o Diagnóstico de Saúde de uma Comunidade;
  - 1.2. – Estabeleci as Prioridades em Saúde de uma Comunidade;
  - 1.3. – Formulei Objetivos e Estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;

1.4. – Estabeleci Programas e Projetos de Intervenção com vista à resolução de problemas identificados;

1.5. – Avaliei Programas e Projetos de Intervenção com vista à resolução de problemas identificados;

2 – Contribui para o Processo de Capacitação de grupos e comunidades;

2.1. – Liderei Processos Comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;

2.2. – Integrei-me nos Processos de Mobilização e de Participação Comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: Enfermagem, Educação, Comunicação, Ciências Humanas e Sociais;

2.3. – Procedi à Gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade;

3 – Integrei e participei na Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

3.1. – Participei na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

4 – Realizei e cooperei na Vigilância Epidemiológica de âmbito geodemográfico;

4.1. – Procedi e participei na Vigilância Epidemiológicas dos Fenómenos de Saúde/Doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

O acolhimento por parte da equipa de enfermagem da USP foi positivo na integração e procedimentos intrínsecos às ações realizadas na prestação de cuidados diretos.

Com a realização deste Estágio, foi possível a aquisição e aprofundamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública. Foi enriquecedor e muito construtivo, possibilitando a consciencialização da aquisição de novas competências e domínios, no âmbito da prevenção de controlo de infeção em pessoa em situação crítica e no que diz respeito à gestão de cuidados.

Concluindo este processo penso que atingi os objetivos a que me propus, e, delineados para a obtenção de grau de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública. Desenvolvi autonomia para tomada de decisão e raciocínio, que autorizam a utilização de argumentos rigorosos integrando equipas multidisciplinares de forma proactiva.

## **Bibliografia**

Administração Regional da Saúde do Norte. (2014) *Plano de atividades 2013*. Disponível em [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/A%20ARS%20Norte/Instrumentos%20de%20Gest%C3%A3o/Ficheiros/Plano\\_Atividades\\_ARSN\\_2013.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/A%20ARS%20Norte/Instrumentos%20de%20Gest%C3%A3o/Ficheiros/Plano_Atividades_ARSN_2013.pdf)

Correia, A.M., Seabra, A., Silva, J.S., & Duarte, R. (Abril de 2014). *Rastreio de Tuberculose em utilizadores nocivos de substâncias psicoativas*. Programa de Luta contra a Tuberculose. Departamento de Saúde Pública. Administração Regional de Saúde do Norte.

Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009. *Despacho n.º 10143/2009, artigo 3.º, alínea 2 – Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*. p. 15438.

Diário da República, 2.<sup>a</sup> série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011. *Regulamento n.º 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro*. Pgg. 8648-8653.

Diário da República, 2.<sup>a</sup> série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011. *Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Pgg. 8667-8669.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 015/2015– Plano Nacional de Saúde Escolar*.

Ferreira, J.F.B.C.. (2010). *Contributo das Unidades de Saúde Familiar Norte enquanto Instrumento de Apoio ao Envelhecimento*. (Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real

Medeiros, R. & Ramada, D. (2010). *Knowledge differences between male and female university students about human papillomavirus (HPV) and cervical cancer: Implications for health strategies and vaccination*. 29(2): 153-160. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

## **Anexos**