



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**CONHECIMENTOS SOBRE O PAPILOMA VÍRUS HUMANO E CANCRO DO
COLO DO ÚTERO,
NUMA AMOSTRA DE ALUNOS DO ENSINO SUPERIOR**

Inclui críticas e sugestões do respetivo júri

Aluna: Lic. Cátia Sofia Afonso Costa

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

Bragança, 2015



**CONHECIMENTOS SOBRE O PAPILOMA VÍRUS HUMANO E CANCRO DO
COLO DO ÚTERO,
NUMA AMOSTRA DE ALUNOS DO ENSINO SUPERIOR**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do Consórcio
IPB/IPVC/UTAD, ao abrigo do Despacho n.º 345/2012 do
Diário da República, 2.ª série — N.º 8 — 11 de janeiro de
2012

Aluna: Lic. Cátia Sofia Afonso Costa

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

Bragança, 2015

Costa, C. S. (2015). *Conhecimentos sobre o Papiloma Vírus Humano e Cancro do Colo do Útero, Numa amostra de alunos do ensino superior*. Bragança: Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.

Palavras- Chave: Conhecimentos, Ensino Superior, HPV, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Neoplasia do Colo do Útero, Vacinação.

As seguintes partes da presente dissertação foram apresentadas (Comunicação):

Costa, C. S., Galvão, A. M., & Gomes, M. J. (2014, novembro). *Conhecimentos e atitudes dos alunos do Ensino Secundário e Superior sobre o Vírus do Papiloma Humano e Cancro do Colo do Útero: Revisão da literatura*. Comunicação apresentada nas *VII Jornadas de Obstetrícia*. Vila Nova de Famalicão, Portugal.

Costa, C. S., Galvão, A. M., & Gomes, M. J. (2014, novembro). *Conhecimentos dos alunos de uma Escola Superior de Saúde sobre HPV e Cancro do Colo do Útero: resultados preliminares*. Comunicação apresentada nas *VII Jornadas de Obstetrícia*. Vila Nova de Famalicão, Portugal.

As seguintes partes da presente dissertação foram publicadas (Artigo):

Costa, C. S., Galvão, A. M., & Gomes, M. J. (2014, novembro). *Conhecimentos dos alunos de uma Escola Superior de Saúde sobre HPV e Cancro do Colo do Útero: resultados preliminares*. Artigo publicado *In E-Book* nas *VII Jornadas de Obstetrícia*. Vila Nova de Famalicão, Portugal.

À minha mãe, com amor, admiração e gratidão pela compreensão,
carinho, apoio.

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Galvão, o meu muito obrigado por toda a atenção, disponibilidade e apoio que sempre demonstrou durante o todo este processo, orientando-me com competência e rigor científico. À professora Maria José Gomes disponibilidade e apoio que sempre demonstrou.

A todos os que tornaram possível a elaboração deste trabalho.

“Não é da filosofia que deve partir o impulso da investigação... Mas sim das coisas e dos problemas”.

Edmund Husserl

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE TABELAS.....	xi
RESUMO	xv
ABSTRACT.....	xvii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xix
1. INTRODUÇÃO	21
1.1. Vírus do Papiloma Humano	21
1.2. Epidemiologia	22
1.3. Fatores de Risco e Prevenção	24
1.4. Sinais e Sintomas	25
1.5. Infecção	25
1.6. Transmissão	27
1.7. Da infecção à Doença	29
1.8. Diagnóstico e Tratamento	30
1.9. Prevenção e Comportamentos de Risco.....	33
1.10. Vacinação.....	35
2. CONHECIMENTOS DOS JOVENS SOBRE VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO E CANCRO DO COLO DO ÚTERO	39
3. METODOLOGIA.....	43
3.1. Instrumento de Recolha de Dados	45
3.2. Recolha de Dados e Procedimentos Éticos.....	46
3.3. Procedimento e Tratamento Estatístico.....	47
4. RESULTADOS	49
4.1. Caracterização Sociodemográfica e Académica dos Participantes	49
4.2. Respostas dos Inquiridos Acerca do Conhecimento Geral e Fontes de Informação Sobre o Vírus do Papiloma Humano	51
4.3. Respostas Relativas à Compreensão Sobre a Divulgação De Informação Sobre Vírus Do Papiloma Humano	53
4.4. Dados de Caracterização do Comportamento Sexual dos Jovens.....	54
4.5. Dados Acerca dos Conhecimentos Sobre Infecção Pelo Vírus Do Papiloma Humano ..	55
4.6. Dados Sobre Os Conhecimentos Do Cancro Do Colo Do Útero.....	59
5. DISCUSSÃO	63

5.1.	Discussão dos Resultados	63
5.1.1.	Conhecimento Sobre Papiloma Vírus Humano e Cancro do Colo do Útero	63
5.1.2.	Importância e Necessidade de Formação e Intervenção	65
5.2.	Discussão da Metodologia	66
6.	CONCLUSÕES.....	69
7.	BIBLIOGRAFIA.....	71
8.	ANEXOS	77
	ANEXO I. Instrumento de Recolha de Dados	79
	ANEXO II. Autorização da Autora para Aplicação do Questionário	87
	ANEXO III. Pedido de Autorização Formal à Direção para Preenchimento de Questionários pelos Alunos das Licenciaturas da Escola Superior de Saúde do IPB.	91

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	49
Tabela 2. Caracterização segundo Curso	50
Tabela 3. Caracterização dos inquiridos segundo o curso e ano que frequentam	50
Tabela 4. Respostas dos inquiridos acerca do conhecimento geral e fontes de informação sobre o HPV	52
Tabela 5. Respostas dos participantes sobre os aspetos relacionados com a divulgação de informação sobre o HPV	53
Tabela 6. Resposta dos inquiridos sobre a importância de programas de rastreio e Workshops sobre HPV e CCU	54
Tabela 7. Respostas dos inquiridos sobre a sua atividade sexual	54
Tabela 8. Respostas dos inquiridos aos itens relativos ao conhecimento sobre HPV	57
Tabela 9. Respostas dos inquiridos aos itens relativos ao conhecimento sobre CCU	60

RESUMO

INTRODUÇÃO: As lesões pelo Vírus do Papiloma Humano têm uma incidência muito elevada em todo o mundo, é responsável por lesões benignas e algumas neoplasias malignas. É considerado o segundo carcinogéneo mais importante, logo a seguir ao tabaco. Responde por cerca de 5% dos cancros em geral e 15% nas mulheres dos países em vias de desenvolvimento (World Health Organization, 2007).

O Vírus do Papiloma Humano é das infeções sexualmente transmissíveis mais frequente, entre mulheres e homens e muito comum nos jovens. É um vírus reconhecido como o fator de risco mais importante de desenvolver Cancro do Colo do Útero.

OBJETIVOS: Os objetivos deste trabalho são: avaliar os conhecimentos sobre o Papiloma Vírus Humano e Cancro do Colo do Útero, numa amostra de alunos do ensino superior e conhecer a importância e necessidade de formação e intervenção na população em estudo.

METODOLOGIA: O nosso estudo é descritivo, quantitativo, num plano transversal. Propusemo-nos responder à seguinte questão: Quais são os conhecimentos sobre o Papiloma Vírus Humano e Cancro do Colo do Útero, numa amostra de alunos do ensino superior? A População alvo são 1077 alunos dos cinco cursos de licenciatura da Escola Superior de Saúde. A nossa amostra é não probabilística e por conveniência, constituída por 337 alunos. O questionário utilizado intitula-se “Vírus do Papiloma Humano e Cancro do Colo do Útero”, utilizado e testado por Agostinho (2012).

RESULTADOS: Relativamente às características da amostra, predomina do género feminino, a faixa etária entre os 20 aos 25 anos, quanto ao curso a maioria dos inquiridos frequenta o curso de Enfermagem. Os resultados apontam, conhecimento reduzido, relativamente aos domínios da transmissão e das manifestações e desconhecimento total nos domínios da localização do Vírus do Papiloma Humano, incidência e mortalidade do Cancro do colo do útero.

CONCLUSÕES: Os conhecimentos dos jovens são limitados, existindo assim a necessidade de aprender, reaprender ou renovar os conhecimentos dos jovens. As falsas

conceções da população jovem relativas à infecção genital por Vírus do Papiloma Humano poderão conduzir ao aumento de comportamentos sexuais de risco.

Palavras-chave: Conhecimentos, Ensino Superior, HPV, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Neoplasia do Colo do Útero, Vacinação.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The lesions caused by the Human Papilloma Virus have a very high incidence worldwide and it is responsible for some benign lesions and malignancies. It is considered the second most important carcinogen, just after tobacco. It accounts for about 5% of cancers in general and 15% of cancers in women in developing countries (WHO, 2007).

The human papilloma virus is the most common sexually transmitted infection among women and men and it is very common among young people. It is recognized as the most important risk factor for developing Cervical Cancer.

OBJECTIVES: The aim of this study is to assess the knowledge about the Human Papilloma Virus and Cervical Cancer, using a sample of university students, and to learn about the importance and the need for training and intervention among the studied population.

METHODS: Our study is descriptive, but also quantitative at a transversal level. We set out to answer the following question: What do university students know about Human Papilloma Virus and Cervical Cancer? The target population are 1077 students from the five graduate studies of the Superior School of Health. This non-probabilistic sample consists of 337 students. The questionnaire used is entitled "HPV and Cervical Cancer", used and tested by Agostinho (2012).

RESULTS: Regarding the characteristics of the sample, most of the respondents are female, aged between 20 to 25 years old and attend the Nursing Course.

The results show limited knowledge about the areas of transmission and of the manifestations and total ignorance in the areas of location and incidence of the Human Papilloma Virus and of cervical cancer mortality rate.

CONCLUSIONS: Young people knowledge about this issue is limited, so there is a need to learn, relearn or renew their knowledge. Young population's false conceptions regarding genital HPV infection can increase risky sexual behaviors.

Keywords: Knowledge, Higher Education, HPV, sexually transmitted infections, Cervical Neoplasia, Vaccination.

LISTA DE ABREVIATURAS

CCU- Cancro do Colo do Útero

CDC- Center for Disease Control

CET's- Curso de Especialização Tecnológica

DGS- Direção Geral de Saúde

ADN- Ácido Desoxirribonucleico

FDA- Food and Drug Administration

HIV- Vírus Imunodeficiência Humana

HPV- Vírus do Papiloma Humano

ICO- Instituto Catalão de Oncologia

IPB- Instituto Politécnico de Bragança

IPVC- Instituto Politécnico de Viana do Castelo

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

LIC- Licenciada

PCR- Reação em Cadeia de Polimerase

PNV- Plano Nacional de vacinação

UTAD- Universidade de Trás- os- Montes e Alto Douro

VLPs- Virus – Like Particles

WHO- World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

1.1. Vírus do Papiloma Humano

As lesões provocadas pelo Papiloma vírus humano (HPV) são descritas desde a Grécia antiga, no começo do século XX foram realizadas as primeiras pesquisas. Na década de 1970 começou a surgir interesse por este vírus.

O HPV “pertence à família dos Papovavírus ou *Papovaviridae* e é responsável por uma infecção de transmissão sexual conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou também de crista de galo” (Panobianco, Lima, Oliveira, & Gozzo, 2013, p. 202).

Segundo Bernard et al. (2010, citado por Varino, 2013) os vírus do HPV estão agrupados em 5 géneros: *Alphapapillomavirus*, *Betapapillomavirus*, *Gammapapillomavirus*, *Mupapillomavirus* e *Nupapillomavirus*. O HPV genital está incluído no género *Alpha*.

Segundo Martínez, Baldiris e Díaz (2014) e Larrea et al. (2012) o vírus tem aproximadamente 55 nm de diâmetro, apresenta um núcleo de ADN (ácido desoxirribonucleico) de cadeia dupla circular. É formado por 7200 a 8000 pares de bases com um peso molecular de $5,2 \times 10^6$ Daltons.

Guerrero-Preston et al. (2009) explica que constitui um grupo heterogéneo que tem grande afinidade por epitélios, é capaz de produzir lesões hiperplásicas, papilomatosas e verrugosas na pele e mucosa, demonstrando um papel importante de carcinogénese.

Segundo Gómez e Lince (2011) o HPV é sexualmente transmissível e pode infetar a pele, a mucosa oral e respiratória, anal e genital. Pode afetar tanto homens como mulheres. As lesões genitais podem evoluir para o cancro do colo do útero (CCU), colocando as mulheres como vítimas diretas. Os homens são portadores assintomáticos do vírus e são responsáveis por sua disseminação, no entanto, tem sido associado entre 30 e 40% dos cancros do ânus e do pénis, com alguns tipos de HPV (tipo 16 e 18).

De acordo com a Direção Geral de Saúde [DGS] (2008) foram identificados, do ponto de vista molecular, mais de 200 subtipos de HPV e cerca de 40 apresentam capacidade de infetar o trato genital.

O World Health Organization [WHO] e o Instituto Catalão de Oncologia [ICO] (2010) divulgam que mundialmente os HPV 16 e 18 contribuem para mais de 70% dos casos de CCU, sendo o 16 o tipo mais comum, detetado em 55% dos casos, e os HPV 31, 33, 35, 45, 52 e 58 são os mais comuns em todas as regiões do mundo sendo responsáveis por mais de 20% do CCU.

Manziona e Nadal (2010) explicam que este vírus se desenvolve nos epitélios e necessita de lesão de continuidade para penetrá-los e alojar-se na camada basal onde se localiza, e no momento propício inicia sua proliferação. Torna-se mais fácil aceitar que esse vírus possa atingir o trato digestivo alto por deglutição e os pulmões por aspiração a partir da contaminação da orofaringe.

Castro, Filho, Nascimento e Xavier (2009) referem que a infeção da mucosa oral, bem como a patogenia das lesões orais associadas ao HPV, ainda não é completamente conhecida podendo a infeção ocorrer durante a gravidez, no parto vaginal por autoinoculação ou sexo oral.

1.2. Epidemiologia

Leite, Lisboa e Azevedo (2011) afirmam que o risco de infeção é máximo imediatamente após o início da atividade sexual diminuindo com a idade. Em algumas populações as mulheres em idade de menopausa também apresentam um risco aumentado para o cancro.

Segundo Nakagawa, Schirmer e Barbieri (2010) a infeção pelo HPV é a infeção sexualmente transmissível mais comum. Satyaprakash, Creed, Ravanfar e Mendoza (2009) divulgam que anualmente cerca de 1-2% dos adultos sexualmente ativos apresentam condilomas acuminados anogenitais.

Segundo a DGS (2008) no Programa Nacional de Vacinação (Introdução da vacina contra infeções por vírus do papiloma humano) os genótipos do HPV em Portugal, de um modo geral, têm uma distribuição semelhante aos países do resto da Europa. Sendo o 16 e 18 os mais prevalentes e responsáveis por 70 a 75% dos casos de CCU e o 31 e 45 foram encontrados em apenas 6% dos casos em Portugal com CCU (dados anteriores a 2006).

Borsatto, Vidal e Rocha (2011) divulgam que anualmente são diagnosticados 500 mil novos casos em todo o mundo, com desigualdade entre nações. A incidência é o

dobro nos países menos desenvolvidos comparada aos países desenvolvidos. A diferença também é verificada em relação à sobrevivência já que nos países mais pobres o diagnóstico é realizado na maioria das vezes em estados mais avançados.

Segundo a DGS (2008) os dados nacionais apontam para 1000 novos casos todos os anos.

Ferreira, Matos, Oliveira e Bettencourt (2013) afirmam que a história natural da doença desde a infeção até ao CCU é bem conhecida e a sua evolução lenta. Pelo que o programa de rastreio direcionado às mulheres entre os 25-64 anos é eficaz. Em Portugal existem cerca de 1000 novos casos de CCU todos os anos, o que demonstra a importância deste rastreio na nossa população.

Bragagnolo, Eli e Haas (2010) referem que a incidência por CCU torna-se evidente na faixa etária de 20 aos 29 anos e o risco aumenta na faixa dos 45 aos 49 anos.

Para a DGS (2008) a idade de maior incidência do CCU é entre os 45 e 55 anos e desenvolve-se geralmente lenta, progressiva e assintomaticamente.

WHO/ICO (2010) divulgam que no ano de 2002 em Portugal o número de novos casos foi de 244, entre os 15-44 anos, e 256 entre os 45-54 anos, comparando com os 3120 e 2763 novos casos da Europa do Sul respetivamente. Espera-se que em 2025 este valor diminua 23% na faixa etária dos 15-44 anos e aumente 21% na faixa etária dos 45-54 anos.

Araujo, Caetano, Braga e Silva (2013) consideram que o CCU é um problema de saúde pública, principalmente nos países mais pobres e a WHO (2007) considera que mundialmente essa doença foi responsável por aproximadamente 260 mil mortes em 2005 sendo 80% delas nos países em desenvolvimento.

Segundo a DGS (2008) relativamente à mortalidade em Portugal os dados variam entre 220 e 207 óbitos por CCU, dados de 2002 e 2004, respetivamente.

Melo, Prates, Carvalho, Marcon e Pelloso (2009) reafirmam que o CCU é um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento porque apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de baixo nível sócio-económico e corresponde a 20% de todos os tipos de cancro em mulheres.

Segundo Agostinho (2012) o CCU é mundialmente o segundo cancro mais comum nas mulheres com cerca de 500 000 casos e 250 000 mortes por ano.

Os dados epidemiológicos portugueses segundo a DGS (2008) são relativos apenas aos casos de displasia e cancro invasivo. Assume-se que os subtipos de HPV tenham

uma distribuição semelhante ao resto da Europa. Segundo Leite et al. (2011) os subtipos 16 e 18 são os mais prevalentes e os subtipos 31 e 45 foram encontrados em 6% das mulheres portuguesas com CCU. O HPV 16 é o mais comum em todo o mundo, tendo maior prevalência na Europa do que em África.

Segundo Gómez e Lince (2011) o risco de infeção pelo HPV ao longo da vida para qualquer pessoa sexualmente ativa é de 50%. Anualmente meio milhão de casos de CCU associado ao HPV são diagnosticados no mundo, 274 mil mulheres morrem, 83% acontece em países desenvolvidos.

Ferreira et al. (2013) afirmam que o CCU é uma das principais causas de morte por cancro nas mulheres em todo o mundo, sendo hoje aceite que a principal etiologia do CCU é a infeção persistente pelas estirpes oncogénicas do HPV.

1.3. Fatores de Risco e Prevenção

Segundo Costa e Goldenberg (2013) o comportamento sexual foi sofrendo modificações ao longo do tempo, passando de um padrão tradicional que dá ênfase à sexualidade com o sentido da reprodução para a liberação sexual. Desvinculada a atividade sexual da reprodução destaca-se em primeira instância a questão da prevenção da gravidez. No decorrer desse movimento, regista-se o aumento das Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST's), o que amplificaria a preocupação com a prevenção em torno da contraceção.

Castellsagué (2008) considera que fatores como estado imunológico, tabagismo, herança genética, hábitos sexuais e uso prolongado do contraceptivo oral contribuem para a persistência da infeção e a progressão para lesões intraepiteliais.

Agostinho (2012) menciona que outros cofatores são necessários para a progressão da infeção pelo HPV até ao CCU. A alimentação (nomeadamente baixos níveis de vitamina A e C e de ácido fólico), raça, tabagismo, idade precoce do início da atividade sexual, múltiplos parceiros sexuais, parceiro sexual de alto risco, alta paridade e uso de anticoncepcionais orais são cofatores já identificados.

Segundo Ferraro, Canedo, Oliveira, Carvalho e Dias (2011) a infeção pelo HPV pode agir sinergicamente com agentes carcinogénicos, como tabaco e álcool.

1.4. Sinais e Sintomas

Na maioria dos casos o HPV não apresenta sintomas e é eliminado pelo organismo espontaneamente, “todavia pode ser responsável pela sensação de prurido, ardor durante o ato sexual, algum corrimento anormal ou pelo aparecimento de verrugas genitais” (Agostinho, 2012).

O Instituto do HPV (2013) divulga que dos mais de 100 tipos diferentes de HPV existentes, 30 a 40 podem afetar as áreas genitais de ambos os sexos provocando diversas doenças, como as verrugas genitais, o CCU, cancro da vagina, vulva, ânus e pênis. Além disso provocam tumores na parte interna da boca e na garganta, tanto benignos (como a papilomatose respiratória recorrente), quanto malignos, como os cancro da orofaringe.

“As verrugas são as manifestações clínicas mais comuns e características da infeção pelo HPV. São tumores induzidos por vírus pleomórficos, que acometem diversas localizações, principalmente a pele de extremidades, mucosa, pele genital e mucosa oral e laríngea” (Leto, Porro, Júnior & Tomimori, 2011, p. 309). Leto et al. referem que quando comparadas as verrugas antigas com verrugas mais recentes, observa-se uma carga viral mais elevada, as verrugas plantares possuem maior carga viral do que verrugas vulgares e o centro da lesão parece ser o local de maior concentração viral.

1.5. Infeção

Costa e Goldenberg (2013) reafirmam que o HPV afeta homens e mulheres, manifestando-se tanto na região genital como na extragenital. A infeção pode manifestar-se nas formas clínica, subclínica e latente, sendo predominante a forma subclínica e assintomática entre os homens, considerando-os como propagadores do vírus, o que não exclui a possibilidade de desenvolverem a doença.

Leite et al. (2011) referem que os estudos realizados em mulheres demonstraram que a infeção pelo HPV pode ter resolução espontânea em poucos meses e cerca de 90% resolve após 2 anos. A persistência da infeção após 12 meses está associada a um risco

aumentado de neoplasia. “O período de incubação é em média de 4 a 8 semanas” (Pinto & Passos, 2010, p. 500).

DGS (2008) refere que a maioria das infeções regride espontaneamente, aproximadamente 10% persistem e 3 a 4% evoluirão para lesões intraepiteliais, dessas 0,7 a 1% poderão evoluir para lesão de alto grau, destas 0,1% evoluirão para cancro invasivo se não detetadas e tratadas precocemente e 100% dos casos de CCU estão relacionados com o HPV.

WHO (2007) e Murillo et al. (2010) mencionam que a infeção pelo HPV é uma causa bem estabelecida de CCU sendo este o tipo de cancro mais comum no sexo feminino nos países em desenvolvimento.

“Os subtipos 16 e 18 estão implicados em cerca 30- 40% dos cancros da vulva, do pénis e da orofaringe, e 70% dos cancros do colo do útero, da vagina e do ânus. O HPV 18 encontra-se com mais frequência no adenocarcinoma do que no carcinoma epidermoide cervical” (Leite et al., 2011, p. 396).

Segundo Leite, Acay, Reche, Silva e Sousa (2008) o HPV constitui um grupo de vírus de ADN oncogénico e está envolvido na indução de várias lesões verrucosas, papilomatosas e hiperplásicas no epitélio que reveste as mucosas e a pele em vários locais como ureta, laringe, cavidade oral e nasal, região anogenital e região traqueobrônquica. São vírus epiteliotrópicos e mais de 120 tipos de HPV têm sido identificados em várias lesões.

“A relação entre o HPV e as lesões epiteliais proliferativas benignas e malignas é muito bem conhecida nas lesões genitais” (Ferraro et al., 2011, p. 452). Segundo Leite et al. (2008) e Soares, Ferreira, Villa e Matos (2011) os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 73 e 82 são considerados de alto risco para o CCU e os tipos 6, 11, 42, 43, 44, 54, 55, 61, 62, 64, 67, 69, 70, 71, 72, 81, 83 e 89 de baixo risco

Segundo Ferraro et al. (2011) o HPV também foi identificado como agente etiológico de alguns carcinomas de células escamosas de cabeça e pescoço. A infeção pelo HPV pode agir como agente carcinogénico como tabaco e álcool que por sua potência e frequência tem ação oncogénica.

“A infeção persistente tem um período de latência prolongado (20 anos ou mais, entre o início da infeção e o desenvolvimento de lesões de alto grau ou cancro invasivo) e as várias fases evolutivas” (DGS, 2008, p. 3).

1.6. Transmissão

A disseminação do HPV para Maucourt- Boulch (2008, citado por Reis et al., 2010) tende a ser universal em indivíduos sexualmente ativos, sendo o homem um importante fator propagador deste vírus.

Para Panobianco et al. (2013) a transmissão do HPV acontece por contato direto com a pele infetada através de relações sexuais, podendo causar lesões no pênis e ânus, na vagina e no colo do útero. Também existem estudos que demonstram a presença rara dos vírus na pele, na laringe (cordas vocais) e no esófago” (, p. 202).

Segundo o Guia do Instituto HPV (2013) o HPV é altamente contagioso, sendo possível a contaminação com uma única exposição. Com qualquer tipo de atividade sexual, incluindo o contato genital, pode contrair o HPV, embora seja raro, o vírus pode propagar-se também por meio de contato com a mão, pele, objetos, toalhas e roupas íntimas.

Instituto HPV (2013) divulga que segundo o infetologista e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Edson Moreira, o preservativo tem um papel relevante na contenção de IST's, mas não evita o contágio pelo HPV, que pode ocorrer mesmo sem penetração, porque o vírus também está na pele da região genital.

Segundo Feller, Khammissa, Wood e Lemmer (2009) o HPV infeta epitélios por meio de abrasões ou microlacerações da pele e da mucosa por autoinoculação ou contato com objetos contaminados, permitindo o acesso do vírus as células da camada basal, responsáveis pela renovação epitelial.

Leto et al. (2011) e Pereira (2010) referem que o HPV é transmitido pelo contato direto ou indireto com o indivíduo que tem a lesão, disfunções na barreira epitelial por traumatismos, pequenas agressões ou macerações que provoquem perda de continuidade das mucosas, possibilitando a infecção viral. Após a inoculação o período de incubação varia de três semanas a oito meses, na maioria dos casos observa-se regressão espontânea.

Feller et al. (2009) e Ganguly e Parihar (2009) mencionam que a infecção pelo HPV tem início quando o vírus entra nas células epiteliais basais (células-alvo) a partir da ligação a um recetor específico na superfície das células basais, através um processo de endocitose.

Pyeon, Pearce, Lank, Ahlquist e Lambert (2009) explicam que o ciclo de vida do HPV é vinculado à diferenciação das células epiteliais do hospedeiro, sendo possível a identificação de estádios.

Figueiredo et al. (2013) reafirmam que a transmissão é frequentemente sexual e é facilitada pela presença de verrugas clinicamente visíveis, havendo outras vias, tais como: instrumentos ginecológicos não adequadamente esterilizados, transmissão indireta por toalhas e roupas íntimas, materno-fetal, auto ou heteroinoculação a partir de lesões genitais ou cutâneas.

Para além da transmissão sexual, “o HPV pode ser transmitido verticalmente, podendo ser por via ascendente de contaminação, pela via hematogénica através da placenta ou durante a passagem do Recém-nascido pelo canal de parto” (Jach et al., 2014, p. 86).

Estudos relataram que o HPV pode infetar a placenta humana, o sangue do cordão umbilical e o colostro ou leite materno (Teixeira et al., 2015), mas ainda não há um consenso na literatura sobre a transmissão materno-infantil do HPV.

Segundo Omland et al. (2014) a papilomatose respiratória recorrente é a doença resultante da transmissão vertical dos genótipos de baixo risco HPV-6 e HPV-11 e é caracterizada pelo crescimento de múltiplas lesões exofíticas na laringe, podendo ocorrer ao longo de todo aparelho respiratório.

DGS (2008) divulga que a papilomatose respiratória recorrente é causada quase sempre pelo HPV 6 e 11, transmite-se no momento da passagem do recém nascido pelo canal de parto. É uma situação rara, não fatal, mas de grande morbidade. O período de latência desta infeção é variável, podendo manifestar-se na infância ou na adolescência e raramente no adulto. Manifesta-se através de condilomas no trato respiratório superior (principalmente na laringe), provocando crises dispneicas que exigem múltiplas intervenções cirúrgicas.

A grande maioria das infeções evolui de forma autolimitada, sendo o vírus eliminado em aproximadamente dois anos, sem deixar sequelas e muitas vezes sem manifestar qualquer sintoma.

Al-Garaji et al. (2009, citado por Silva et al. 2009) entendem que existe um grande período de latência entre a infeção pelo HPV e o desenvolvimento do CCU e refere que possam atuar como cofatores na carcinogénese cervical outros fatores, como o nível

socioeconómico, o tabagismo, a nutrição, a predisposição genética, *status* imunológico e o comportamento sexual.

Segundo Nadal e Nadal (2008) a contaminação só pode ser evitada com abstinência sexual completa, porque os preservativos não garantem proteção total.

1.7. Da infecção à Doença

Para Ferreira et al. (2013) o período de maior risco de infecção por este vírus e displasia cervical é a adolescência. Na grande parte dos casos a infecção por HPV é eficazmente eliminada, contudo pode persistir e originar lesões pré-cancerígenas e cancerígenas.

Instituto HPV (2013) e DGS (2008) divulgam que certos tipos de HPV têm sido relacionados a outros tipos de pré-cancro e cancro. Entre eles estão o cancro de vagina, o cancro de vulva, o cancro do ânus e o da orofaringe, podendo estar relacionado também com o cancro do pénis.

Em 2013, Panobianco et al. referiram que os estudos demonstraram que a zona de transformação do colo do útero na qual as células colunares podem sofrer metaplasia escamosa está mais suscetível durante a adolescência do que na vida adulta à infecção por agentes patogénicos de transmissão sexual, inclusive pelo HPV, sendo a área a partir da qual se origina a maior parte das lesões precedentes e carcinomas cervicais como o cancro de colo de útero.

Nakagawa et al. (2010) e Melo et al. (2009) referem que o HPV constitui um problema reatualizado de saúde pública na década de 80, devido ao reconhecimento de sua associação com o CCU.

A WHO (2007) refere que os subtipos de HPV de alto risco responsáveis por cerca de 90% dos CCU são: HPV 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 e 59. Os subtipos, para além dos 16 e 18, são responsáveis por apenas 5% dos casos de neoplasias cervicais.

Para Matos, Silva e Moutinho (2010) os HPV's anogenitais foram separados em dois grupos: um grupo de baixo risco (HPV 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81) o de alto risco, associado ao desenvolvimento do cancro genital (HPV 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82). Mencionam também, que recentemente

deixaram de ser considerados de alto risco comprovado os HPV 26, 53, 66, 68, 73 e 82, por falta de evidências.

Segundo Ferraro et al. (2011) nas lesões genitais, os tipos 6, 11, 42, 44, são considerados de baixo risco e os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 e 68 são considerados de alto risco para o carcinoma cervical.

Entretanto, a participação do HPV na patogênese das lesões orais pré-malignas e malignas é um tema controverso, com alguns estudos demonstrando sua correlação com a carcinogênese

Segundo vários autores (DGS, 2008; Silva, 2009; Anjos, Vasconcelos, Franco, Almeida e Pinheiro, 2010; Larrea, 2012) o CCU é o segundo tipo de cancro mais frequente em todo o mundo, tem uma etiologia conhecida relacionada com a infeção por HPV (quase 100% dos casos) sendo esta a patologia mais relevante associada a este vírus.

Leite et al. (2011), Anjos et al. (2010) e DGS (2008) mencionam que os fatores de risco para desenvolver CCU após infeção são: imunossupressão, multiparidade, idade precoce do 1º parto, tabaco, uso prolongado de contraceptivos orais e coinfeção com *Chlamydia trachomatis* ou vírus Herpes *simplex*17.

Borsatto et al. (2011) afirmam que o diagnóstico do CCU é baseado na análise microscópica de alterações no esfregaço cervical (citologia) que permite detetar precocemente as lesões precursoras ou o próprio cancro. Nos países onde esse exame está disponível para a maior parte da população feminina houve redução da mortalidade e da incidência.

Cirino, Nichiata e Borges (2010) esclarecem que embora as citologias atípicas em adolescentes sejam mais frequentemente de baixo risco, se não tratadas, existe o risco de desenvolvimento para lesões de alto risco e carcinoma especialmente se envolvem infeção por subtipos de HPV de alto risco.

1.8. Diagnóstico e Tratamento

Instituto HPV (2013) divulga que o diagnóstico da infeção por HPV pode trazer grande impacto social e psicológico para homens e mulheres. A natureza sexualmente

transmissível e a possibilidade de desenvolver as doenças relacionadas ao vírus podem causar stresse, baixa autoestima e ansiedade, assim como abalar a vida de um casal.

Melo et al. (2009) explicam que o diagnóstico precoce e o êxito no rastreio do CCU e das suas lesões precursoras dependerão, além de outros fatores, da acuidade e precisão em diagnosticar corretamente lesões neoplásicas e pré-neoplásicas verdadeiras, daqueles casos que não apresentem qualquer tipo de alteração epitelial.

O Ministério da Saúde no Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (2009, citado por Agostinho, 2012) esclarece que em Portugal o rastreio do CCU é realizado através de citologia cervico-vaginal, nas mulheres entre os 25 e os 60 anos. Este exame consiste em recolher uma amostra de células da parede do colo do útero e vagina, o produto recolhido é colocado diretamente em uma lâmina e fixa com o fixador químico, ou colocada a amostra de células suspensas em meio líquido conservante, para posterior centrifugação antes da fixação na lâmina. Os resultados da citologia podem variar entre: normal, neoplasia intraepitelial cervical/ lesões intraepiteliais, carcinoma *in situ*, carcinoma cervical invasivo/ CCU.

Panobianco et al. (2013) referem que o diagnóstico do HPV é feito pela identificação da presença de verrugas, identificadas na realização de citologias, que devem ser retiradas. Nos casos em que as verrugas não são visíveis a olho nu, é feito o diagnóstico na mulher por colposcopia e no homem de peniscopia.

O documento “Vacinação contra infeções por HPV”, da DGS (2008), indica que a classificação internacional das alterações citológicas causadas por HPV adotada em Portugal é o sistema de Bethesda:

- Atípicas de células escamosas de significado indeterminado;
- Atipias de células glandulares de significado indeterminado;
- Atipias de células escamosas de significado indeterminado, não podendo ser excluída lesão de alto grau intraepitelial;
- Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau, que corresponde às displasias ligeiras;
- Lesão escamosa intraepitelial de alto grau, que corresponde às displasias moderadas e graves/carcinoma *in situ*;
- Adenocarcinoma *in situ*;
- Cancro invasivo.

Panobianco et al. (2013) afirmam também que o diagnóstico das lesões que provocam o CCU devido ao Papiloma vírus é feito através do exame preventivo de citologia e é confirmado por meio de exames de diagnóstico molecular, como o teste de captura híbrida.

Castro et al. (2009) explicam que o HPV pode ser dividido em infecção clínica, subclínica e latente. A clínica é facilmente detetada devido à presença de verruga, a subclínica é mais frequente no colo do útero, correspondendo a 80% dos casos e sendo diagnosticada por colposcopia após uso de ácido acético a 5% e a latente é identificada apenas através de exames de biologia molecular. A biopsia apenas permite o estudo anatomopatológico da amostra mas não o HPV nem o tipo, só possível através da biologia molecular.

Segundo os mesmos autores e Martínez et al. (2014) o ADN do HPV pode ser detetado por diferentes técnicas: Dot Blot, Southern Blot, Hibridação *in Situ*, Hibridação II, Reação em Cadeia de Polimerase (PCR), sendo esta a mais sensível, amplifica a sequência de ADN em milhões de vezes, por isso a mais usada.

Já Leite et al. (2008) classificam os métodos de identificação do HPV segundo a sensibilidade e especificidade do vírus, dividindo em métodos de baixa, modera e alta sensibilidade. Consideram os de baixa sensibilidade a microscopia eletrónica, imunoistoquímica, imunofluorescência e a hibridização *in situ* (ISH); de moderada sensibilidade o Dot Blot, Southern Blot e hibridização *blot* reversas; e de alta especificidade PCR.

Segundo Carvalho et al. (2007) a prevenção do desenvolvimento do HPV pressupõe o tratamento e remoção das verrugas e cauterização, e a prevenção do contágio desse vírus admite a utilização das vacinas (bivalente e quadrivalente), o uso de métodos de barreiras nas relações sexuais e cuidados higiénicos.

O diagnóstico precoce é importante para a prevenção do agravamento associados ao HPV, para evitar a persistência, o progresso da infecção e a reincidência.

Existem diversos tratamentos que têm por objetivo reduzir ou eliminar as lesões causadas pela infecção, como as verrugas genitais e as alterações pré-cancerígenas no colo do útero. A forma de tratamento depende de fatores como a idade do paciente, o tipo, a extensão e a localização das lesões.

O Instituto HPV (2013) divulga que as verrugas genitais não tem um tratamento totalmente satisfatório. As verrugas externas podem ser removidas por laser, crioterapia

ou cirurgia com uso de anestésicos. No cancro, o tratamento depende do estadió em que se encontra, pode passar por remover parte do colo cirurgicamente, em estadios mais avançados histerectomia radical, radioterapia e quimioterapia.

1.9. Prevenção e Comportamentos de Risco

Panobianco et al. (2013) entendem que apesar de não haver evidências de que os preservativos são eficazes na prevenção do contágio pelo HPV 13, o seu uso diminui a a probabilidade de contaminação pelo vírus, além de o sexo seguro, junto com a mudança do comportamento sexual ser uma importante estratégia para o controle da cadeia de transmissão de outras IST's e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Ferreira et al. (2013) referem que os principais fatores de risco para CCU, mencionados pela WHO são: infeção por HPV, início precoce de atividade sexual, relações sexuais sem método de proteção, grande número de parceiros sexuais, outras infeções sexualmente transmissíveis, como a infeção pelo HIV. Outras condições são também associadas como a diminuição da imunidade, tabagismo e uso prolongado de contraceptivo oral.

Segundo Agostinho (2012) outros fatores são necessários para a progressão do HPV até ao cancro, tais como a alimentação (baixos níveis de vitamina A e C e de ácido fólico), parceiro sexual de alto risco, alta paridade. Os casos de HIV ou casos de transplante, são também fatores de risco porque a eliminação da infeção por HPV depende do sistema imunológico e dos estados de imunossupressão.

Ferreira et al. (2013) explicam que os principais fatores protetores incluem uso de preservativo, número reduzido de parceiros sexuais, início tardio de atividade sexual, vacina contra o HPV e realização regular de exame ginecológico, incluindo citologia cervical.

Panobianco et al. (2013) entendem que o início da atividade sexual é cada vez mais cedo, fato que sugere uma importante causa para o aumento da prevalência de HPV e as lesões causadas por sua infeção. Adolescentes que são sexualmente ativas apresentam as taxas mais altas de infeções incidentes e prevalentes por HPV, variando entre 50 e 80% de infeção, a partir de dois a três anos do início da atividade sexual.

Segundo os mesmos autores, na adolescência, as relações acontecem com um maior número de parceiros, o que contribui para o aumento da ocorrência das IST's. Assim, sem a prevenção, a patologia pode ser disseminada de adolescente para adolescente, aumentando o número de pessoas contaminadas, tornando-se esta situação um problema de saúde pública.

“Os fatores de risco associados ao comportamento sexual, por meio de atividades educativas, é importante para o controle da transmissão. O uso do preservativo nas relações sexuais é uma das principais formas de reduzir o risco, porém não elimina o risco de contaminação pelo HPV” (Panobianco et al., 2013, p. 202).

Para Matos et al. (2010) a redução da ocorrência da infeção por HPV e consequentemente do CCU, só será possível através de medidas incontestáveis de prevenção primária e secundária. As medidas de prevenção primária precisam ser adotadas antes de o processo patogénico/infecioso se iniciar. Essas medidas devem passar pela informação/formação e sensibilização da população para os fatores de risco e medidas preventivas; vacinação contra o HPV integrada no PNV, que deverá ser administrada de forma universal e gratuita; recomendação da vacinação contra o HPV à população não abrangida pelo PNV.

A DGS (2008) no plano de Vacinação contra infecções por HPV considera que se deve ter em conta as seguintes estratégias:

- Prevenção primária- a prevenção da infeção pelo HPV e dos cofatores que aumentam o risco de CCU recorrendo à implementação de estratégias que influenciem alterações de comportamentos sexuais e reprodutivos e vacinação.

- Prevenção secundária- a detecção precoce de lesões pré-malignas com programas de rastreio e formação de profissionais.

- Prevenção terciária- o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos fazendo assim o seguimento das mulheres com rastreio positivo; tratamento das lesões pré-cancerosas; tratamento do cancro invasivo; tratamento da dor e outros sintomas; humanização dos cuidados e apoio psicológico e o envolvimento da família e da comunidade.

Segundo Pyeon et al. (2009) há a necessidade urgente de identificar outras abordagens para evitar as infeções de HPV, devido às limitações das vacinas, como a cobertura incompleta dos génotipos do HPV de o alto risco e alto custo, uma abordagem potencialmente valiosa seria o acesso para microbicidas eficazes.

1.10. Vacinação

A DGS (2008) refere que a vacinação para o HPV, de forma gratuita e universal para raparigas no início da adolescência, tem como objetivo diminuir a incidência das doenças preveníveis pela vacina e para o CCU.

Nadal e Nadal (2008) referem que as vacinas são também muito eficazes na prevenção da infeção por este vírus principalmente quando administradas no início da vida sexual, pois os adolescentes e pré-adolescentes são sexualmente imaturos e adquirem boa resposta imune.

Os mesmos autores divulgam que estas vacinas não alteram o curso da doença preexistente, como a infeção é adquirida após o início da atividade sexual, a vacina é recomendada para mulheres que ainda não iniciaram uma vida sexual ativa, sendo a idade recomendada os 12 anos, podendo ter início a partir dos nove anos.

Existem atualmente “duas vacinas profiláticas: uma bivalente, Cervarix[®], direcionada para os subtipos de HPV 16 e 18 e outra quadrivalente, Gardasil[®], direcionada para subtipos de HPV 6, 11, 16 e 18. Vários países implementaram a Gardasil[®] nos planos de vacinação” (Leite, Lisboa, & Azevedo, 2011).

“A vacina Gardasil[®] foi a primeira a ser licenciada e aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA) em Março de 2006, para uso no sexo feminino dos 9 aos 26 anos nos Estados Unidos e Canadá e está aprovada em mais 108 países” (Borsatto, Vidal, & Rocha, 2011; Bornstein, 2009). “Em Outubro de 2009 foi também aprovada para prevenção de condilomas acuminados no sexo masculino” (Center for Disease Control [CDC], 2010).

Segundo a DGS (2008) em Portugal está comercializada desde Dezembro de 2007 e em Março de 2008 foi incluída no PVN, para o sexo feminino.

“A vacina Cervarix[®] foi licenciada em Abril de 2007” (Bornstein, 2009), mas só foi “aprovada pela FDA em Outubro de 2009 para o sexo feminino dos 10 aos 25 anos de idade” (CDC, 2010, p. 627).

Bornstein (2009), Silva, et al. (2009) mencionam que apenas a vacina quadrivalente Gardasil[®] confere imunidade para os subtipos responsáveis pelos condilomas acuminados genitais (6 e 11) além dos subtipos 16 e 18. A vacina bivalente

Cervarix® confere imunidade para os HPV 16 e 18. Estudos mais recentes revelam proteção também para os subtipos 31 (Gardasil®) e 31, 33, 45 e 52 (Cervarix®)

A CDC (2010) menciona que 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 *Saccha romyces cerevisiae* (CDC, 2010).

Leite, Lisboa e Azevedo (2011) esclarecem que a infeção genital pelo HPV não desencadeia uma potente resposta imunológica, apenas 50-60% das mulheres ganham anticorpos séricos para o HPV após infeção. A duração e o grau de proteção conferidos após infeção são desconhecidos e parece ser possível a ocorrência de reinfeção. Os níveis de anticorpos após vacinação são muito superiores aos que se encontram após a infeção em todos os grupos etários.

“No grupo etário dos 15 aos 26 anos os níveis de anticorpos são 10 a 104 vezes superiores após vacinação quando comparados com os valores após a infeção natural” (Leite, Lisboa, & Azevedo, 2011, p. 397).

Segundo a CDC (2010) a vacinação do sexo masculino foi aprovada para a vacina Gardasil® em Outubro de 2009. Esta vacina deve ser administrada dos 9 aos 26 anos de idade para prevenção dos condilomas acuminados genitais, no entanto, não é recomendada por rotina para o sexo masculino.

Borsatto et al. (2011) explicam que as recomendações para a administração da vacina baseia-se nos seguintes dados: a vacina administrada em raparigas jovens mostrou 100% de eficácia sem nenhum evento adverso grave reportado. Nessa faixa etária, os mais altos níveis de anticorpos foram encontrados após a vacinação e as meninas que não tenham sido infectadas por nenhum dos quatro serotipos presentes na vacina terão maiores benefícios, há alta probabilidade da aquisição da infeção pelo HPV logo após o primeiro contato sexual.

Borsatto et al. (2011) mencionam que a vacina quadrivalente é preparada de maneira estéril para ser administrada no deltóide ou vasto lateral, alcançando assim mais rapidamente os vasos linfáticos locais, ocorrendo produção de anticorpos neutralizantes em grande quantidade. Ambas as vacinas são administradas por via intramuscular.

Nadal e Nadal (2008) esclarecem que se recomenda a observação durante 15 minutos após a administração por risco de síncope, principalmente em adolescentes e adultos jovens

Segundo a DGS (2014) até 26 de setembro de 2014 eram administradas em 3 doses, de 0,5 ml cada, segundo um esquema de 0, 1 e 6 meses (Cervarix[®]) e 0, 2 e 6 meses (Gardasil[®]). Segundo a nova Norma do PNV sobre a alteração do esquema da vacina contra infeções por HPV da DGS (2014), do dia 26 de setembro de 2014, a firma detentora da autorização da introdução no mercado da vacina, apresentou alterações ao resumo das características do medicamento relativamente à sua posologia: a vacina pode ser administrada a indivíduos dos 9 aos 13 em doses de 0,5 ml aos 0 e 6 meses. Na consequência desta nova informação a Comissão Técnica de Vacinação propôs para o PNV um esquema de duas doses a administrar a raparigas entre os 10 e 13 anos inclusive, em simultâneo com a administração da vacina contra o Tétano e a Difteria (Td). Se houver uma dose em falta pode ser administrada gratuitamente até aos 25 anos. Esta norma entrou em vigor a partir 1 de outubro de 2014.

Para Araújo et al. (2013) e Leite et al. (2011) a vacina não é terapêutica nem eficaz em mulheres com infeção ativa no momento da vacinação, mulheres sexualmente ativas podem beneficiar apenas da proteção contra subtipos que ainda não tenham sido adquiridos.

Satyaprakash et al. (2009) esclarecem que as vacinas profiláticas que existem são altamente eficazes, mas não conferem proteção para todos os tipos oncogénicos de HPV, e por isso a importância da citologia como vigilância e tratamento das lesões precancerígenas. Nos países onde há maior prevalência e mortalidade causadas pelo HPV ainda não estão disponíveis as vacinas.

2. CONHECIMENTOS DOS JOVENS SOBRE VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO E CANCRO DO COLO DO ÚTERO

O início da atividade sexual numa idade cada vez mais precoce propícia a que os jovens tenham uma elevada vulnerabilidade para problemas da área da sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis como o HPV. Por isso a importância de conhecermos na realidade, quais os conhecimentos dos jovens, para que se possam adequar estratégias de rastreio e promoção para a saúde, tentando minimizar a propagação do vírus e, naturalmente, o desenvolvimento do CCU.

Há poucos estudos recentes relacionados com este tema em Portugal, Varino (2013); Ferreira et al. (2013); Agostinho (2012); Diaz (2012) e Medeiros e Ramada (2010), internacionalmente foram realizados, por: Panobianco et al. (2013) e Costa e Goldenberg (2013) ambos no Brasil; Urrutia et al. (2012) no Chile; por Gómez e Lince (2011) e Murillo et al. (2010) ambos na Colombia e por Cirino, Nichiata e Borges (2010) no Brasil e Mehu-Parant et al. (2010) em França.

Segundo Mehu-Parant, Rouzier, Soulat e Parant (2010) o conhecimento de infeções por HPV, doenças associadas e prevenção foi limitado, uma descoberta que indica a necessidade de prosseguir campanhas educativas.

Para Gómez e Lince (2011) o desconhecimento sobre HPV é alto na população estudada, podendo-se considerar este como um dos principais fatores de risco para aquisição de HPV. Torna-se então necessário começar a implementar programas específicos de educação para a saúde sexual dentro da Universidade. Neste estudo, dos entrevistados, 25% tinham um alto nível de conhecimento, 32% um nível médio, 23% menor e 20% não sabiam. Após a análise da literatura é importante ressaltar a grande falta de conhecimento em áreas como: o tipo de vírus que provoca lesões (70,5%), os fatores de risco para infeção (72,6%), o diagnóstico (63,2%) e a prevenção (54%).

Agostinho (2012) divulga que em vários estudos verifica-se que os jovens reconhecem que o desenvolvimento do CCU está relacionado com a atividade sexual, mas a maioria desconhece o modo de transmissão do HPV e quais as possíveis

consequências da infeção por este vírus. Da mesma forma, alguns jovens reconhecem a relação entre o HPV e o CCU ignorando ainda a existência de cofatores.

Os resultados obtidos no estudo de Agostinho (2012) permitem-lhe garantir que os estudantes evidenciam um nível razoável de conhecimentos sobre o HPV, comparando com os resultados do estudo de Medeiros e Ramada (2010) que afirmam que “os níveis de conhecimento dos elementos da sua amostra são ligeiramente superiores mas não muito diferentes, pois a posição dos valores médios relativamente aos máximos das respetivas escalas são 48,6% e 49,9%”.

No estudo de Gerend (2008, citado por Agostinho, 2012, p. 41) averiguou-se que a “maioria da amostra estava bem informada sobre o HPV sendo que 92% identificaram corretamente a relação causal entre a infeção por este vírus e o CCU”. No entanto, no mesmo estudo, “a perceção do risco de infeção pelo HPV foi relativamente baixa, com a maioria dos participantes (56%) a discordar da afirmação de que “eles estavam em risco de serem infetados pelo HPV”. Além disso, verificou-se que a maior consciencialização não implica um conhecimento correto, grande parte dos alunos não entendiam a natureza das infeções pelo HPV, a qualidade assintomática do vírus ou a sua ligação com as verrugas genitais.

Os resultados do estudo de Medeiros e Ramada (2010) divulgam que os estudantes da área da saúde tem um conhecimento superior às restantes áreas estudadas, contudo existe um conhecimento reduzido dos jovens sobre o CCU e um baixo conhecimento e consciência sobre o HPV, o sexo feminino tinha mais conhecimentos, que o sexo masculino. Torna-se preocupante, os baixos níveis de conhecimentos e os falsos conhecimentos que estes jovens possuem, podendo induzir a comportamentos de risco. Relativamente aos modos de transmissão, vários estudantes, acreditam que a infeção pelo HPV pode ocorrer através de transfusões sanguíneas. O uso do preservativo que oferece apenas uma proteção limitada é considerado pela maioria dos estudantes um método seguro.

O estudo de Ferreira et al. (2013) revela que os conhecimentos demonstrados são superiores aos referidos na bibliografia internacional consultada. Mesmo assim, ajudou a identificar algumas lacunas de conhecimento, podendo assim reorganizarem-se estratégias para a promoção da saúde. Os meios de comunicação social e os profissionais de saúde podem ser um meio importante na transmissão de conhecimentos.

No estudo desenvolvido por Panobianco et al. (2013), relativamente às formas de transmissão, 69% relataram conhecê-las e apenas 20,7% responderam saber alguns dos sinais e sintomas do HPV, 54,3% dos adolescentes referiram não saber o que o vírus pode causar.

Segundo o estudo de Urrutia, Concha, Riquelme e Padilla (2012) 20% da amostra ignora a presença de uma vacina contra o HPV, alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento de CCU é ter múltiplos parceiros sexuais (70,8%), HPV (78,3%) e herança hereditária (60,3%). A transmissão do HPV através de relações sexuais desprotegidas é reconhecido por 68,2% da amostra.

Murillo et al. (2010) referem que num estudo realizado na Colômbia 70% dos estudantes apresentaram baixo conhecimento sobre HPV, 46% conheciam os modos de transmissão e 9% sabiam sobre os fatores de risco. Este estudo incluiu também os docentes que apresentaram baixo grau conhecimento, chegando à conclusão que há desconhecimento global dos alunos e docentes sobre o HPV, havendo a necessidade de apostar na prevenção e campanhas de educação de forma a melhorar o conhecimento da população sobre o vírus.

Segundo o estudo de Costa e Goldenberg (2013) os alunos na sua maioria já ouviram falar sobre o HPV mas têm um conhecimento limitado a respeito de questões específicas relacionadas com a transmissão, com o desenvolvimento de doenças associadas ao HPV e de forma correspondente com as formas de prevenção.

Na população em estudo de Diaz (2012) o grau de conhecimentos relativamente ao HPV e CCU é baixo sugerindo a necessidade de mais informação acerca deste tema, tendo as escolas e os profissionais de saúde um papel central. “O género e a vacinação produzem influências relevantes nos conhecimentos e atitudes acerca do CCU, HPV e vacinação, que devem ser analisadas e tidas em conta no planeamento de estratégias de saúde” (Diaz, 2012).

De forma generalizada é consensual em todos os estudos mencionados anteriormente, que o conhecimento dos jovens sobre o HPV e CCU em todas as suas vertentes é limitado ou baixo.

3. METODOLOGIA

Segundo Coutinho (2014), num nível mais geral a metodologia analisa e descreve os métodos e distancia-se da prática para poder tecer considerações teóricas em torno do seu potencial na produção do conhecimento científico. Metodologia, métodos e mesmo técnicas são termos que surgem na literatura para designar os diversos meios que ajudam e/ou orientam o investigador na sua busca do conhecimento.

Objetivos:

- Avaliar os conhecimentos sobre o Papiloma Vírus Humano e CCU, numa amostra de alunos do ensino superior;
- Conhecer a importância e necessidade de formação e intervenção da população em estudo.

Como questão de investigação objetivou-se avaliar “Quais os conhecimentos sobre o HPV e CCU, numa amostra de alunos do ensino superior?”

O tipo de estudo é descritivo, quantitativo, num plano transversal.

A população-alvo deste estudo são os 1077 alunos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Considerando que são jovens com uma vida sexual ativa e futuros profissionais de saúde.

A população do nosso estudo será constituída apenas pelos alunos dos 5 cursos de licenciatura: Enfermagem, Gerontologia, Dietética e Nutrição, Análises Clínicas e Farmácia.

A amostra é não probabilística e por conveniência, e é constituída por 337 alunos.

Os critérios de inclusão foram:

- Os alunos de licenciaturas da Escola Superior de Saúde do IPB (Enfermagem, Gerontologia, Dietética e Nutrição, Análises Clínicas e Farmácia);
- Os alunos com idade \geq a 17 anos.

Os critérios de exclusão selecionados foram:

- Resposta aos questionários incompletos;
- Alunos dos cursos CETS, pós-graduações, pós- licenciaturas e mestrados;
- Alunos ausentes no dia da aplicação do questionário.

Domínios em análise

Os conhecimentos sobre HPV referentes a 6 domínios:

- Significado de HPV;
- Transmissão do HPV;
- Prevenção do HPV;
- Faixa etária de maior incidência do HPV;
- Manifestações do HPV;
- Localização do HPV.

Os conhecimentos sobre o CCU referentes a 5 domínios:

- Relação do CCU com o HPV,
- Incidência do CCU;
- Mortalidade por CCU;
- Fatores de risco do CCU;
- Percentagem de presença de HPV no CCU.

Variáveis sociodemográficas e académicas, que identificamos foram:

- Idade;
- Género;
- Curso;
- Ano escolar.

3.1. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados foi um questionário, intitulado “*HPV e cancro do colo do útero*” (2012), utilizado e testado por Agostinho, adaptado de Medeiros e Ramada (2010), com carácter anónimo, confidencial e de autopreenchimento.

O questionário utilizado é constituído por quatro grupos. O grupo I é composto por 9 questões com o objetivo de caracterizar a amostra (questões n.º 1, 2, 3 e 4 – Anexo I) e verificar qual o conhecimento e fontes de informação dos inquiridos sobre o HPV (questões n.º 5, 6, 7, 8 e 9 – Anexo I).

O grupo II é dirigido aos indivíduos que já ouviram falar em HPV, é formado por 46 afirmações sobre vários assuntos relacionados com o HPV (significado, prevenção, manifestações, localização da infeção, transmissão, faixa etária, portadores, diagnóstico e tratamento. As restantes afirmações (n.º 12, 20, 21, 28, 35, 40, 45, 46 e 50 – Anexo I) servem apenas para estimar a expectativa de resposta da amostra, uma vez que o quadro conceptual atual não inclui, respostas cientificamente corroboradas.

Os conhecimentos sobre o CCU e a relação com o HPV, e os subtipos da vacina tetravalente, são avaliados por 28 afirmações no grupo III (mencionados no subcapítulo das variáveis).

As opções de resposta para as afirmações do grupo II e III são “Verdadeiro”, “Falso” ou “Não sei”.

O grupo IV apresenta 3 questões (n.º 84, 85 e 86 – Anexo I) para avaliar o interesse dos jovens em obter mais conhecimentos sobre estas duas temáticas e 4 questões (n.º 87, 87.1, 87.2 e 88 – Anexo I) referentes ao seu comportamento sexual.

A variável conhecimentos sobre HPV é avaliada através de 32 afirmações referentes a 6 domínios:

- Significado de HPV (afirmações n.º 10, 18, 26 e 33 – Anexo I);
- Transmissão do HPV (afirmações n.º 11, 19, 27, 34, 39 e 54 – Anexo I);
- Prevenção do HPV (afirmações n.º 13, 29, 36, 41 e 51 – Anexo I);
- Faixa etária de maior incidência do HPV (afirmações n.º 14, 22, 30, 37 e 42 – Anexo I);
- Manifestações do HPV (afirmações n.º 15, 23, 31, 43, 47 e 52 – Anexo I);
- Localização do HPV (afirmações n.º 17, 25, 32, 38, 44 e 48 – Anexo I).

E as 5 afirmações que validam se os inquiridos consideram que: o HPV pode afetar homens e mulheres (afirmação n.º 16 – Anexo I), os homens podem ser portadores

assintomáticos (afirmação n.º 24 – Anexo I), a citologia é um método de diagnóstico do HPV (afirmação n.º 49 – Anexo I), a infeção por este agente implica sempre tratamento imediato (afirmação n.º 53 – Anexo I) e a infeção é curável (afirmação n.º 55 – Anexo I).

A variável conhecimentos sobre o CCU é avaliada através de 25 afirmações referentes a 5 domínios:

- Relação do CCU com o HPV (afirmações n.º 56, 63 e 78 – Anexo I);
- Incidência do CCU (afirmações n.º 57, 70 e 79 – Anexo I);
- Mortalidade por CCU (afirmações n.º 59, 75 e 81 – Anexo I);
- Fatores de risco do CCU (afirmações n.º 58, 60, 62, 64, 67, 69, 71, 73, 76, 80 e 83 – Anexo I);
- Percentagem de presença de HPV no CCU (afirmações n.º 61, 65, 68, 72 e 77 – Anexo I).

E 3 afirmações relativas aos subtipos de HPV que a vacina tetravalente do HPV protege (afirmações n.º 66, 74 e 82 – Anexo I).

As variáveis independentes serão a idade (questão n.º 2 – Anexo I, género (questão n.º 1 – Anexo I), curso (questão n.º 3 – Anexo I); e ano escolar (questão n.º 4 – Anexo I).

3.2. Recolha de Dados e Procedimentos Éticos

Foi realizado um pedido de autorização formal à direção da Escola Superior de Saúde (Anexo III), o qual foi deferido. Seguidamente, procedeu-se aplicação dos questionários.

Os questionários foram entregues aos alunos, pela investigadora no período de outubro, novembro e dezembro de 2014, nas salas de aulas, nos últimos 15 minutos das aulas, cujos professores se disponibilizaram em colaborar. Foi explicado o contexto e propósito do mesmo e sendo-lhes pedido que respondessem no momento. Os alunos foram devidamente esclarecidos em relação a algumas dúvidas.

Obteve-se sempre por parte dos inquiridos, o consentimento livre e esclarecido, mantendo os seus direitos: à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade e respeitando a sua autodeterminação.

De modo a maximizarmos, o mais possível, a qualidade dos resultados, considerámos importante estarmos presentes aquando da aplicação do questionário. Desta forma, pudemos esclarecer as dúvidas pontuais que surgiram, assegurando que os alunos perceberam corretamente o que lhes era questionado.

3.3. Procedimento e Tratamento Estatístico

Os dados obtidos pelo questionário foram devidamente codificados, inseridos e analisados na base de dados no programa de tratamento estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 21.0 de 2013.

Foi feita uma primeira análise a todos os questionários preenchidos com o intuito de se eliminarem aqueles que se encontrassem incompletos ou indevidamente preenchidos.

Recorremos à estatística descritiva.

4. RESULTADOS

Neste capítulo, procedemos à apresentação e análise dos resultados obtidos de forma a sistematizar e realçar a informação.

4.1. Caracterização Sociodemográfica e Académica dos Participantes

Os dados que constituem a Tabela 1 permitem-nos verificar que a maioria dos participantes 87,2% são do género feminino.

As suas idades oscilam, entre os 17 e os 30 anos, sendo a média 20.27 anos. Dos participantes 55,2% tinham entre 20 e 23 anos, seguidos de 39,2% cujas idades eram inferiores a 20 anos. Metade dos indivíduos tinha, pelo menos, 20 anos (idade mediana).

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica dos participantes

Variável	n	%
Género		
Feminino	294	87,2
Masculino	43	12,8
Grupo etário		
<20 Anos	132	39,2
20 a 23 anos	186	55,2
24 a 26 anos	9	2,7
27 a 29 anos	2	,6
≥ 30 anos	8	2,4

Os dados da Tabela 2 permitem-nos observar que foram abrangidos no estudo, como referido anteriormente, alunos dos cursos de Gerontologia, Dietética e Nutrição, Enfermagem, Análises Clínicas e Saúde Pública e Farmácia. Sendo que 40,9% dos indivíduos inquiridos frequentavam o curso de Enfermagem, seguidos 17,8% frequentam o curso de Farmácia, 17,2%, frequentavam o curso de Análises Clínicas e

Saúde Pública, de 15,1% que frequentavam o curso de Dietética e Nutrição e de 8,9% frequentam o curso de Gerontologia.

Tabela 2. Caraterização segundo Curso

Curso	Nº de Inquiridos	%
Gerontologia	30	8,9
Dietética e Nutrição	51	15,1
Enfermagem	138	40,9
Análises Clínicas e Saúde Pública	58	17,2
Farmácia	60	17,8
Total	337	100,0

A maioria dos alunos de Gerontologia (70%) frequentava o 1º ano, enquanto 54,9% estavam no 1º ano do curso de Dietética e Nutrição, 34,1% frequentavam o 2º ano do curso de Enfermagem, 46,6% estavam no 3º ano do curso de Análises Clínicas e Saúde Pública e 40% estavam no 1º ano do curso de Farmácia, como refere a Tabela 3.

Tabela 3. Caraterização dos inquiridos segundo o curso e ano que frequentam

Curso	Gerontologia		Dietética e Nutrição		Enfermagem		Análises Clínicas e S P.		Farmácia	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano escolar										
1º	21	70,0	28	54,9	45	32,6	15	25,9	24	40,0
2º	9	30,0	9	17,6	47	34,1	16	27,6	14	23,3
3º	0	0,0	14	27,5	32	23,2	27	46,6	22	36,7
4º	-	-	-	-	14	10,1	-	-	-	-
Total	30	100%	51	100%	138	100%	58	100%	60	100%

4.2. Respostas dos Inquiridos Acerca do Conhecimento Geral e Fontes de Informação Sobre o Vírus do Papiloma Humano

Os dados que constituem a Tabela 4 revelam que 71,2% dos elementos da amostra assinalam o HIV como sendo o agente responsável pela ITS mais comum, seguindo-se 14,2% que assinalam o HPV.

Averiguamos que 85,8% dos estudantes afirmam que conheciam a existência de vírus relacionados com o cancro, a maioria dos inquiridos, 83,7%, já tinha ouvido falar em HPV, 91,1% dos inquiridos que já tinham ouvido falar em HPV, diz que conhece a existência de vacinas contra alguns tipos de HPV.

Relativamente à questão “Quais as fontes de informação para o teu conhecimento sobre HPV?”, foram seleccionadas pelos inquiridos: escola/local de ensino (78,4%), os profissionais de saúde (60,6%), a televisão (36,2%), os amigos e a família (21,6%) e os artigos científicos (15,6%).

Tabela 4. *Respostas dos inquiridos acerca do conhecimento geral e fontes de informação sobre o HPV*

Variável	n	%
Agente responsável pela ITS		
HIV	240	71,2
Neisseria gonorrhoeae	1	0,3
Chlamydia trachomatis	5	1,5
HPV	48	14,2
Herpes Simples Vírus	21	6,2
Treponema pallidum (Sífilis)	1	0,3
HPV, Herpes Simples Vírus	1	0,3
HIV e HPV	2	0,6
HIV e Herpes Simples Vírus	1	0,3
HIV e Herpes Simples e Vírus, Treponema pallidum (Sífilis)	1	0,3
Não sei	16	4,7
Conhecimento sobre a existência de vírus relacionados com o desenvolvimento de cancro		
Sim	289	85,8
Não	48	14,2
Ouviu falar em HPV		
Sim	282	83,7
Não	55	16,3
Conhece a existência da vacina contra alguns tipos de HPV		
Sim	257	91,1
Não	25	8,9
Fontes de informação para o teu conhecimento sobre HPV		
Escola/ local de ensino	221	78,4
Profissionais de Saúde	171	60,6
Televisão	102	36,2
Amigos/Família	61	21,6
Artigos Científicos	44	15,6

4.3. Respostas Relativas à Compreensão Sobre a Divulgação De Informação Sobre Vírus Do Papiloma Humano

Os dados da Tabela 5 permitem-nos averiguar que a maioria dos elementos da amostra (81,6%) considera que a divulgação realizada, sobre a infeção pelo HPV não é suficiente. Relativamente à questão “O que é mais importante divulgar sobre o HPV?”, os inquiridos consideram mais importante o modo de transmissão (92,0%), medidas de prevenção da transmissão (83,1%), o que é o HPV (80,7%), como se manifesta (80,1%) e quais as consequências da infeção por este vírus (63,8%). Os meios mais adequados para a divulgação do tema, segundo os inquiridos, são a escola/local de ensino (88,4%), os profissionais de saúde (80,4%) e a televisão (61,1%). A maior parte dos estudantes considera como adequada a combinação de vários meios de divulgação, principalmente a associação da escola/local de ensino, os profissionais de saúde, a televisão, e a Internet.

Tabela 5. Respostas dos participantes sobre os aspetos relacionados com a divulgação de informação sobre o HPV

Variável	n	%
A divulgação sobre HPV feita atualmente é suficiente		
Sim	62	18,4
Não	275	81,6
O que é importante divulgar sobre o HPV		
Como se transmite	310	92,0
Quais as medidas de prevenção da transmissão	280	83,1
O que é	272	80,7
Como se manifesta	270	80,1
Quais as consequências da infeção pelo HPV	215	63,8
Qual a relação com o CCU	210	62,3
Qual a eficácia e os tipos de tratamento disponíveis atualmente	189	56,1
Como é feito o diagnóstico de infeção	178	52,8
Informações sobre a vacina	173	51,3
Meios mais adequados para a divulgação do tema		
Escola/local de ensino	298	88,4
Profissionais de Saúde	271	80,4
Televisão	206	61,1
Internet	140	41,5
Amigos/Família	38	11,3
Outdoors	25	7,4

Os dados que constituem a Tabela 6 confirmam que todos os estudantes, consideram que era importante desenvolver programas de rastreio e Workshops sobre HPV e CCU.

Tabela 6. *Resposta dos inquiridos sobre a importância de programas de rastreio e Workshops sobre HPV e CCU*

É importante o desenvolvimento de programas de rastreio e Workshops sobre HPV e CCU	n	%
Sim	337	100,0
Não	0	0,0%

4.4. Dados de Caracterização do Comportamento Sexual dos Jovens

Na Tabela 7 constatamos que 71,2% dos estudantes já tinham iniciado a sua vida sexual ativa. A idade de início variou entre os 13 e os 27 anos, sendo a média 17 anos. Verificamos, ainda, que 76,3% destes estudantes dizem ter iniciado a vida sexual ativa com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, seguidos de 19,2% que indicam idades entre 19 e 22 anos.

Em relação ao número de parceiros sexuais, verifica-se que 47,1% dizem que já tiveram entre 2 e 4 parceiros, 43,8%, apenas 1 parceiro.

Tabela 7. *Respostas dos inquiridos sobre a sua atividade sexual*

Iniciou a vida sexual ativa	n	%
Sim	240	71,2
Não	97	28,8
Idade de início da vida sexual ativa		
10-14	9	3,8
15-18	183	76,3
19-22	46	19,2
≥ 23	2	0,8
Número de parceiros sexuais		
1	105	43,8
2-4	113	47,1
5-7	18	7,5
8-10	3	1,3
≥ 17	1	0,4

4.5. Dados Acerca dos Conhecimentos Sobre Infecção Pelo Vírus Do Papiloma Humano

Os resultados da Tabela 8 foram conseguidos através do registo das respostas dos elementos da amostra aos itens de avaliação dos seus conhecimentos sobre HPV. Alguns destes itens, não foram incluídos na avaliação dos conhecimentos, por isso, as respostas consideradas corretas não apresentam sombreado.

Como podemos constatar, a maioria dos inquiridos assinala a resposta correta nos itens “HPV significa Parvovírus Humano (Human Parvovirus)” (Falso, 89,4%), “A transmissão do HPV pode prevenir-se reduzindo o número de parceiros sexuais” (Verdadeiro, 80,5%), “A faixa etária em que a infecção pelo HPV é mais frequente é na inferior a 18 anos” (Falso, 51,1%), “O HPV pode afetar, igualmente, homens e mulheres” (Verdadeiro, 48,2%), “HPV significa Papiloma Vírus Humano (Human Papiloma Virus)” (Verdadeiro, 90,4%), “O HPV transmite-se por sexo vaginal” (Verdadeiro, 91,5%), “A infecção pelo HPV pode manifestar-se por sinais inespecíficos (ardência, corrimento, dor durante o ato sexual...)” (Verdadeiro, 62,4%), “Os homens podem ser portadores assintomáticos do HPV” (Verdadeiro, 70,2%), “HPV significa Highly Pathogenic Virus”, (Falso, 70,2%), “A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso de anticoncepcionais orais (pílula)” (Falso, 82,6%), “A infecção pelo HPV pode ocorrer na região urogenital” (Verdadeiro, 52,8%), “HPV significa Highly Purified Vaccine” (Falso, 78,7%), “A transmissão do HPV pode prevenir-se não partilhando objetos de uso íntimo” (Verdadeiro, 62,4%), “O HPV transmite-se por contacto de mucosas” (Verdadeiro, 60,3%), “A transmissão do HPV pode prevenir-se evitando o início precoce da vida sexual”, (Verdadeiro, 42,6%), “A faixa etária em que a infecção pelo HPV é mais frequente é na superior a 60 anos” (Falso, 58,9%), “A infecção pelo HPV pode ocorrer em qualquer lugar, desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada”, (Verdadeiro, 39,4%), “A transmissão do HPV pode prevenir-se com a abstinência sexual” (Verdadeiro, 61,7%), “A infecção pelo HPV é curável”, (Verdadeiro, 48,2%). Nestes itens os inquiridos evidenciam melhores conhecimentos.

Verificamos, por outro lado, que os inquiridos, que já tinham ouvido falar em HPV, revelam poucos conhecimentos nos itens seguintes, nos quais a maioria não sabe ou

errou a resposta: “O HPV transmite-se por sexo oral” (Verdadeiro, 14,2%), “A infeção pelo HPV pode manifestar-se por verrugas genitais” (Verdadeiro, 41,8%), “A infeção pelo HPV pode ocorrer na cavidade oral” (13,5%), “A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 18 e 29 anos” (Verdadeiro, 44,0%), “A infeção pelo HPV pode ocorrer no esófago” (Verdadeiro, 3,9%), “O HPV transmite-se por sexo anal” (Verdadeiro, 14,2%), “A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 30 e 41 anos”, (Falso, 40,8%), “A infeção pelo HPV pode manifestar-se por perda de apetite” (Falso, 21,6%), “O HPV transmite-se por contacto de pele” (Verdadeiro, 7,4%), “A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 42 e 60 anos” (Falso, 47,5%), “A infeção pelo HPV pode ocorrer na região anal” (Verdadeiro, 17,4%), “A infeção pelo HPV pode manifestar-se através de carcinoma” (Falso, 5,3%), “A infeção pelo HPV pode ocorrer na pele” (Verdadeiro, 12,1%), “A infeção pelo HPV pode manifestar-se pelo cansaço” (Falso, 31,2%), «A infeção pelo HPV pode ocorrer em qualquer lugar, desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada» (Verdadeiro, 39,4%), “A infeção pelo HPV pode ser diagnosticada através do teste Papanicolau” (Falso, 3,5%), “A infeção pelo HPV pode manifestar-se de forma assintomática”, (Verdadeiro, 44,3%), “O diagnóstico de infeção pelo HPV implica sempre tratamento imediato” (Falso, 6,0%), “O HPV transmite-se através do sangue” (Falso, 26,2%).

Nos itens referentes à probabilidade de contágio, a maioria dos estudantes responde que “não sabe” qual a percentagem, esta situação decorre do valor da probabilidade de contágio ainda ser desconhecida.

A afirmação “A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso do preservativo”, 89,0% dos estudantes classificam-na como sendo verdadeira, e as afirmações “O HPV transmite-se pela partilha de toalhas ou roupa interior”, “A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso de espermicidas” e “O HPV transmite-se nas piscinas ou saunas” são classificadas como falsas por, respetivamente, 48,9%, 60,3% e 58,2% dos estudantes.

Tabela 8. Respostas dos inquiridos aos itens relativos ao conhecimento sobre HPV

Resposta	Verdadeiro		Falso		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
HPV significa Parvovírus Humano (Human Parvovírus)	15	5,3	252	89,4	15	5,3
O HPV transmite-se por sexo oral	40	14,2	179	63,5	63	22,3
Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 98%	64	22,7	45	16,0	173	61,3
A transmissão do HPV pode prevenir-se reduzindo o número de parceiros sexuais	227	80,5	39	13,8	16	5,7
A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é na inferior a 18 anos	29	10,3	144	51,1	109	38,7
A infeção pelo HPV pode manifestar-se por verrugas genitais	118	41,8	23	8,2	141	50,0
O HPV pode afetar, igualmente, homens e mulheres	136	48,2	119	42,2	27	9,6
A infeção pelo HPV pode ocorrer na cavidade oral	38	13,5	129	45,7	115	40,8
HPV significa Papiloma Vírus Humano (Human Papiloma Vírus)	255	90,4	8	2,8	19	6,7
O HPV transmite-se por sexo vaginal	258	91,5	3	1,1	21	7,4
Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 66%	15	5,3	59	20,9	208	73,8
A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso do preservativo	251	89,0	10	3,5	21	7,4
A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 18 e 29 anos	124	44,0	30	10,6	128	45,4
A infeção pelo HPV pode manifestar-se por sinais inespecíficos (ardência, corrimento, dor durante o ato sexual...)	176	62,4	10	3,5	96	34,0
Os homens podem ser portadores assintomáticos do HPV	198	70,2	19	6,7	65	23,0
A infeção pelo HPV pode ocorrer no esófago	11	3,9	143	50,7	128	45,4
HPV significa Highly Pathogenic Virus	16	5,7	198	70,2	68	24,1
O HPV transmite-se por sexo anal	40	14,2	126	44,7	116	41,1

Sombreado = resposta considerada correta

Continua

Tabela 8. *Continuação- Respostas dos Inquiridos aos itens relativos ao conhecimento sobre HPV*

Resposta	Verdadeiro		Falso		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 51%	15	5,3	51	18,1	216	76,6
A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso de anticoncepcionais orais (pílula)	9	3,2	233	82,6	40	14,2
A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 30 e 41 anos	25	8,9	115	40,8	142	50,4
A infeção pelo HPV pode manifestar-se por perda de apetite	31	11,0	61	21,6	190	67,4
A infeção pelo HPV pode ocorrer na região urogenital	149	52,8	23	8,2	110	39,0
HPV significa Highly Purified Vaccine	2	,7	222	78,7	58	20,6
O HPV transmite-se por contacto de pele	21	7,4	218	77,3	43	15,2
Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 27%	4	1,4	65	23,0	213	75,5
A transmissão do HPV pode prevenir-se não partilhando objetos de uso íntimo	176	62,4	44	15,6	62	22,0
A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 42 e 60 anos	7	2,5	134	47,5	141	50,0
A infeção pelo HPV pode ocorrer na região anal	49	17,4	121	42,9	112	39,7
O HPV transmite-se por contacto de mucosas	170	60,3	34	12,1	78	27,7
Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 2%	4	1,4	93	33,0	185	65,6
A transmissão do HPV pode prevenir-se evitando o início precoce da vida sexual	120	42,6	106	37,6	55	19,5
A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é na superior a 60 anos	2	,7	166	58,9	114	40,4
A infeção pelo HPV pode manifestar-se através de carcinoma	142	50,4	15	5,3	125	44,3

Sombreado = resposta considerada correta

Continuação

Tabela 8. *Continuação- Respostas dos Inquiridos aos itens relativos ao conhecimento sobre HPV*

Resposta	Verdadeiro		Falso		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
A infeção pelo HPV pode ocorrer na pele	34	12,1	131	46,5	117	41,5
O HPV transmite-se pela partilha de toalhas ou roupa interior	46	16,3	138	48,9	98	34,8
A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso de espermicidas	16	5,7	170	60,3	96	34,0
A infeção pelo HPV pode manifestar-se pelo cansaço	50	17,7	88	31,2	144	51,1
A infeção pelo HPV pode ocorrer em qualquer lugar, desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada	111	39,4	86	30,5	85	30,1
A infeção pelo HPV pode ser diagnosticada através do teste Papanicolau	212	75,2	10	3,5	60	21,3
O HPV transmite-se nas piscinas ou saunas	15	5,3	164	58,2	103	36,5
A transmissão do HPV pode prevenir-se com a abstinência sexual	174	61,7	45	16,0	63	22,3
A infeção pelo HPV pode manifestar-se de forma assintomática	125	44,3	19	6,7	138	48,9
O diagnóstico de infeção pelo HPV implica sempre tratamento imediato	176	62,4	17	6,0	89	31,6
O HPV transmite-se através do sangue	87	30,9	74	26,2	121	42,9
A infeção pelo HPV é curável	136	48,2	33	11,7	113	40,1

Sombreado = resposta considerada correta

4.6. Dados Sobre Os Conhecimentos Do Cancro Do Colo Do Útero

Relativamente aos conhecimentos sobre o CCU, os resultados que expomos na Tabela 9 permitem-nos averiguar a resposta dos estudantes para cada uma das afirmações.

Podemos verificar que a maioria dos estudantes inquiridos tem conhecimentos, assinalando a resposta correta, nas seguintes afirmações: “A infeção pelo HPV é um

fator de risco para o desenvolvimento de CCU” (Verdadeiro, 80,1%), “HPV e CCU são sinónimos” (Falso, 50,7%), “A orientação heterossexual é um fator de risco para o desenvolvimento de CCU” (Falso, 51,3%), “Múltiplos parceiros sexuais são um fator de risco para o desenvolvimento de CCU” (Verdadeiro, 64,4%), “As doenças sexualmente transmissíveis são um fator de risco para o desenvolvimento de CCU” (Verdadeiro, 69,4%), “O início precoce da vida sexual ativa é um fator de risco para o desenvolvimento de CCU” (Verdadeiro, 43,3%), “Não há relação entre HPV e CCU” (Falso, 65,3%) e “Os fatores genéticos são um fator de risco para o desenvolvimento de CCU” (Verdadeiro, 55,8%).

Nas restantes afirmações, a maioria dos estudantes assinala a resposta errada ou afirma que não sabe, demonstrando menos conhecimentos, fundamentalmente nos itens relacionados com a percentagem de presença de HPV no CCU, proteção da vacina tetravalente, a incidência do CCU e a mortalidade relativa ao CCU em Portugal.

Tabela 9. *Respostas dos inquiridos aos itens relativos ao conhecimento sobre CCU*

Resposta	Verdadeiro		Falso		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
A presença de HPV implica CCU	137	40,7	114	33,8	86	25,5
Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 100 casos de CCU	50	14,8	32	9,5	131	75,7
O tabaco é um fator de risco para o desenvolvimento de CCU	101	30,0	105	31,2	121	38,9
Em Portugal, anualmente, morrem cerca de 200 mulheres vítimas de CCU	39	11,6	26	7,7	272	80,7
A infeção pelo HPV é um fator de risco para o desenvolvimento de CCU	270	80,1	4	1,2	63	18,7
Nos casos de CCU a presença de HPV é inferior a 10%	11	3,3	66	19,6	260	77,2
A exposição prolongada ao sol é um fator de risco para o desenvolvimento de CCU	17	5,0	196	58,2	124	36,8
HPV e CCU são sinónimos	75	22,3	171	50,7	91	27,0
O consumo de drogas é um fator de risco para o desenvolvimento de CCU	89	26,4	98	29,1	150	44,5

Sombreado = resposta considerada correta

Continua

Tabela 9. *Continuação- Respostas dos inquiridos aos itens relativos ao conhecimento sobre CCU*

Resposta	Verdadeiro		Falso		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
Nos casos de CCU a presença de HPV é cerca de 20%-30%	16	4,7	26	7,7	295	87,5
Os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege são os HPV 6, 11, 16, 31	23	6,8	28	8,3	286	84,9
A utilização de anticoncepcionais orais (pílula) é um fator de risco para o desenvolvimento de CCU	85	25,2	157	46,6	95	28,2
Nos casos de CCU a presença de HPV é cerca de 40%-50%	18	5,3	25	7,4	294	87,2
A orientação heterossexual é um fator de risco para o desenvolvimento de CCU	66	19,6	173	51,3	98	29,1
Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 1000 casos de CCU	37	11,0	23	6,8	277	82,2
Múltiplos parceiros sexuais são um fator de risco para o desenvolvimento de CCU	217	64,4	48	14,2	72	21,4
Nos casos de CCU a presença de HPV é cerca de 60%-70%	21	6,2	29	8,6	287	85,2
As doenças sexualmente transmissíveis são um fator de risco para o desenvolvimento de CCU	234	69,4	15	4,5	88	26,1
Os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege são os HPV 6, 11, 16, 18	33	9,8	19	5,6	285	84,6
Em Portugal, anualmente, morrem cerca de 2000 mulheres vítimas de CCU	21	6,2	25	7,4	291	86,4
O início precoce da vida sexual ativa é um fator de risco para o desenvolvimento de CCU	146	43,3	77	22,8	114	33,8
Nos casos de CCU a presença de HPV é superior a 90%	36	10,7	22	6,5	279	82,8
Não há relação entre HPV e CCU	19	5,6	220	65,3	98	29,1
Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 10 000 casos de CCU	11	3,3	33	9,8	293	86,9
Os fatores genéticos são um fator de risco para o desenvolvimento de CCU	188	55,8	34	10,1	115	34,1
Em Portugal, anualmente, morrem cerca de 20 000 mulheres vítimas de CCU	6	1,8	42	12,5	289	85,8
Os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege são os HPV 6, 11, 18, 31	11	3,3	33	9,8	293	86,9
O tipo de alimentação é um fator de risco para o desenvolvimento de CCU	72	21,4	117	34,7	148	43,9

Sombreado = resposta considerada correta

Os dados da Tabela 9. descrevem a avaliação dos conhecimentos dos estudantes sobre CCU, e permitem-nos confirmar que os estudantes evidenciam melhores conhecimentos acerca dos fatores de risco do CCU e a relação do CCU com o HPV.

5. DISCUSSÃO

5.1. Discussão dos Resultados

5.1.1. Conhecimento Sobre Papiloma Vírus Humano e Cancro do Colo do Útero

Uma análise mais atenta dos nossos resultados revela que alguns dados são preocupantes no domínio da transmissão do HPV, por exemplo, verificamos que apenas 14,2% assinalou como verdadeiras as afirmações “o HPV transmite-se por sexo anal” e “o HPV transmite-se por sexo oral”, ou 7,4% “o HPV transmite-se por contacto de pele”, apenas 26,2 % dos inquiridos assinalam como falsa a afirmação “O HPV transmite-se através do sangue”. No estudo de Agostinho (2012), os valores são significativamente diferentes e preocupantes, HPV transmite-se por sexo anal” (23,3%), “o HPV transmite-se por sexo oral” (23,1%) ou “o HPV transmite-se por contacto de pele” (9,9%). Também no estudo de Medeiros e Ramada (2010) os inquiridos demonstraram poucos conhecimentos sobre os modos de transmissão da infeção pelo HPV.

O facto de 89,0% dos inquiridos considerarem que “A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso do preservativo”, mais as lacunas referidas anteriormente, levamos a concluir que estes jovens estão em risco de serem infetados com o HPV. Apesar disso, salienta-se que os inquiridos no domínio da prevenção revelam melhores conhecimentos: prevenção reduzindo o número de parceiros sexuais (80,5%), não partilhar objetos de uso íntimo (62,4%), evitar o início precoce da atividade sexual (42,6%) e abstinência sexual (61,7%). Relativamente ao estudo de Agostinho (2012), existe um aumento significativo dos conhecimentos, nas afirmações: reduzir o número de parceiros sexuais (76,7%), não partilhar objetos de uso íntimo (46,4%), e um decréscimo, nas afirmações: evitar o início precoce da atividade sexual (46,6%) e abstinência sexual (69,0%).

No estudo de Costa e Goldenberg (2013) os alunos têm um conhecimento limitado a respeito de questões específicas relacionadas com a transmissão, com o

desenvolvimento de doenças associadas ao HPV e de forma correspondente com as formas de prevenção.

Dos 282 estudantes (83,7%) que já tinham ouvido falar em HPV, 94,5% conhecem o significado das siglas “HPV”, 51,5% identificam a faixa etária em que a infeção por este agente é mais frequente, 67,1% afirmam que esta se pode manifestar de forma assintomática e 53,1% sabem que se trata de uma infeção curável. No estudo de Agostinho (2012) dos 582 estudantes (67,8%) que já tinham ouvido falar em HPV, 94,5% conhecem o significado das siglas “HPV”, 51,5% identificam a faixa etária em que a infeção por este agente é mais frequente, 67,1% afirmam que esta se pode manifestar de forma assintomática e 53,1% sabem que se trata de uma infeção curável.

No estudo de Costa e Goldenberg (2013), os alunos, “na sua maioria, já ouviram falar sobre o HPV”.

Relativamente ao domínio da localização, os resultados são ainda piores. Uma pequena percentagem responderam corretamente às seguintes afirmações: “A infeção pelo HPV pode ocorrer na cavidade oral” (13,5%), “A infeção pelo HPV pode ocorrer no esófago” (3,9%), “A infeção pelo HPV pode ocorrer na região anal” (17,4%), “A infeção pelo HPV pode ocorrer na pele” (12,1%), “A infeção pelo HPV pode ocorrer em qualquer lugar, desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada” (39,4%), comparando com os resultados de Agostinho (2012), que são significativamente melhores, 22,6%, 11,6%, 23,3%, 17,3%, 31,0% respetivamente.

Para Varino (2013) é claro que a nível global o conhecimento acerca do HPV dos inquiridos do seu estudo é insuficiente assim como existe um conhecimento limitado em itens mais específicos.

Apesar de todos os esforços realizados pelos vários meios intervenientes “continua a ser fundamental investir na informação, uma vez que os estudantes revelam pouco conhecimento sobre a infeção por HPV” (Santos, Figueiredo, Castro, & Raimundo, 2012, p. 461).

Apenas 9,8% identifica corretamente os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege percentagem superior em Agostinho (2012) 12,2%.

Relativamente ao CCU no que diz respeito aos fatores de risco, 80,1% responde corretamente, referindo o HPV como um fator de risco e 55,8% os fatores genéticos, múltiplos parceiros sexuais em 64,4%, doenças sexualmente transmissíveis 69,4% e o início precoce da atividade sexual em 43,3%. No estudo de Medeiros e Ramada (2010)

a maioria dos inquiridos referiram os fatores genéticos como o principal fator de risco para o desenvolvimento de CCU e em Agostinho (2012) 70,7% da amostra identifica a infeção pelo HPV como o principal fator. Os conhecimentos em geral sobre este domínio são bons.

Por outro lado, os inquiridos manifestam pouco conhecimento do impacto desta problemática na saúde no que diz respeito à incidência e mortalidade por CCU em Portugal e à percentagem de presença de HPV no CCU. Apenas 11,0% dos jovens referiu que em Portugal, anualmente, “são detetados cerca de 1000 casos de CCU” e 11,6% mencionou que “morrem cerca de 200 mulheres” vítimas desta patologia. Estes valores são inferiores aos observados por Agostinho (2012) 13,4% e 12,7% e Medeiros e Ramada (2010) 20,9% e 17,1% respetivamente.

5.1.2. Importância e Necessidade de Formação e Intervenção

Os inquiridos que já tinham ouvido falar em HPV referem a escola/local de ensino (78,4%), os profissionais de saúde (60,6%) e a televisão (36,2%), como as três principais fontes de informação. Com resultados semelhantes, Medeiros e Ramada (2010) e Agostinho (2012) constataram que as principais fontes de informação da sua amostra foram a escola/local de ensino, os meios de comunicação social e os profissionais de saúde. Nos três estudos, a escola/local de ensino foi mencionada como a principal fonte de informação. Em um estudo realizado na Flórida por Gerend e Magloire (2008) a maioria dos entrevistados (60%) referiu que as fontes de informação sobre HPV foram os “media”, seguido dos profissionais de saúde (39%), amigos (32%), internet (28%) e pais (27%).

Os aspetos de divulgação mais importantes para os inquiridos são: modo de transmissão (92,0%), medidas de prevenção da transmissão (83,1%), o que é o HPV (80,7%), como se manifesta (80,1%) e quais as consequências da infeção pelo HPV (63,8%), idênticos resultados em Agostinho (2012) modo de transmissão (87,5%), medidas de prevenção da transmissão (83,3%), o que é o HPV (76,2%), como se manifesta (69,6%) e quais as consequências da infeção pelo HPV (64,6%). Para Diaz (2012) medidas de prevenção de transmissão (57,9%), como se transmite (56,8%), eficácia dos tipo de tratamento disponíveis e consequências da infeção ambas com 55,8%.

Os meios mais adequados para a divulgação do tema para os inquiridos seria: escola/local de ensino (88,4%), os profissionais de saúde (80,4%) e a televisão (61,1%), internet (41,5%). No estudo de Agostinho (2012), escola/local de ensino (75,3%), televisão (73,9%), os profissionais de saúde (66,3%), internet (43,0%); para Diaz (2012) a Escola/local de ensino (86,6%), Profissionais de Saúde (65,9%), Televisão (62,1%), Imprensa (34,3%), Outdoors/placards (24,4%).

A divulgação deveria realizar-se através da associação de todos os meios, nomeadamente, a escola/local de ensino, profissionais de saúde, televisão e internet. Medeiros e Ramada (2010) afirmaram também, “os estudantes consideraram uma variedade de meios como sendo os adequados para a divulgação da informação sobre o HPV” e Agostinho (2012) refere que “ a divulgação destes aspetos relacionados com o HPV deveria ser realizada, de acordo com a opinião dos inquiridos, através da associação de vários meios, nomeadamente, a escola/local de ensino, televisão, profissionais de saúde e internet”.

No nosso estudo 100% dos inquiridos refere ser importante o desenvolvimento de programas de rastreio e Workshops sobre HPV e CCU, em Agostinho (2012), 97,1%. No estudo de Medeiros e Ramada (2010) constataram que 75,6% dos inquiridos estavam interessados em participar nestas iniciativas. Estes dados levam-nos a concluir que o interesse dos jovens sobre esta temática aumentou significativamente e que existe uma grande lacuna sobre a temática.

5.2. Discussão da Metodologia

A discussão metodológica é efetuada tendo em conta o tipo de estudo, a população e o instrumento de recolha de dados aplicado.

O HPV é das IST's a mais frequente, entre mulheres e homens e muito comum nos jovens.

A seleção da população tinha que cumprir alguns critérios como ser uma população jovem, presumivelmente com uma vida sexual ativa e futuros profissionais de saúde. Sendo estes futuros profissionais de saúde, os futuros informadores

Optamos por uma amostra não probabilística e por conveniência tendo sempre em conta que os resultados não são estatisticamente projetáveis na população, porque não

permitem avaliar objetivamente e com exatidão os dados da amostragem mas podem levar-nos a boas avaliações das características da população. Este tipo de amostra é mais acessível, mais fácil de inquirir e mais cooperante.

Os questionários foram entregues aos elementos mais disponíveis da população em estudo, presentes nos momentos da aplicação dos questionários (337 alunos).

O questionário aplicado foi escolhido, entre dois questionários já aplicados em Portugal, sendo o que nos parecia o mais adequado à população em estudo e aos nossos objetivos.

Optamos pela aplicação de um questionário pelas suas múltiplas vantagens: a fácil aplicação, a recolha de grande quantidade de informação, a pouca interferência do investigador, garantindo assim a privacidade das respostas.

6. CONCLUSÕES

Considerando os resultados obtidos, é possível retirar as seguintes conclusões:

Os inquiridos sabem o significado das siglas HPV, no domínio sobre a prevenção os inquiridos revelam conhecimentos, respondendo corretamente e na sua maioria às questões sobre este domínio: pode prevenir-se reduzindo o número de parceiros sexuais, não partilhando objetos de foro íntimo, com abstinência sexual.

Os inquiridos evidenciam conhecimentos reduzidos sobre os meios de transmissão do HPV, respondendo erradamente ou “não sei” à maioria das afirmações: transmite-se por sexo oral, anal, contato com a pele e através do sangue. Relativamente às manifestações e localização do HPV desconhecimento total respondendo erradamente ou “não sei”.

No domínio sobre a relação do CCU com o HPV os inquiridos reconhecem que existe uma relação entre HPV e CCU, mas respondem erradamente à afirmação “a presença de HPV implica CCU”.

Os inquiridos evidenciam desconhecimento nos domínios da incidência, mortalidade do CCU e percentagem de presença de HPV no CCU respondendo erradamente ou “não sei” a todas as afirmações relativas a estes domínios. Relativamente aos fatores de risco do CCU 50% dos participantes demonstra conhecimentos, não existindo diferença significativa entre os inquiridos que responderam corretamente e os que responderam erradamente ou “não sei”.

Os conhecimentos dos jovens são limitados, existindo assim necessidade de aprender, reaprender ou renovar os conhecimentos dos jovens.

Concluímos, considerando ter atingido os objetivos a que nos propusemos para este estudo. Este trabalho permitiu-nos compreender quais os conhecimentos dos alunos da escola de saúde do IPB e quais as suas necessidades de informação.

As falsas conceções da população jovem relativas à infeção genital por HPV poderão conduzir ao aumento de comportamentos sexuais de risco, nomeadamente outras práticas sexuais tais como, sexo oral, sexo anal, utilização de instrumentos sexuais, entre outras.

Sugestões

Estudar o conhecimento dos jovens é essencial para delinear estratégias preventivas e eficazes, que ajudem a reduzir a infeção pelo HPV e, conseqüentemente, a incidência e mortalidade do CCU.

Consideramos, que seria útil realizar um estudo idêntico no 3º ciclo, ensino secundário e escolas do ensino superior, tendo em conta a idade cada vez mais precoce do início da atividade sexual e em profissionais de saúde tendo estes um papel central e privilegiado na educação para a saúde.

Estes estudos ajudar-nos-iam a conhecer melhor as lacunas e necessidades da população para se poder planejar novas estratégias e intervenções para poderemos oferecer uma melhor e mais correta informação na educação para a saúde, apostando assim na prevenção.

Proposta de intervenção

- 1º Desenhar um programa de intervenção junto do gabinete clínico do IPB (Agentes: psicóloga; enfermeira do centro de saúde e docentes da escola de saúde);
- 2º Implementação do programa na semana da saúde, mês de abril, em colaboração com a associação de estudantes;
- 3º Avaliação, no final do ano;
- 4º Passar o questionário nas outras escolas do IPB, pois pretendemos dar continuidade a este estudo, face aos resultados encontrados

7. BIBLIOGRAFIA

- Agostinho, M. I. (2012). *Conhecimento 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 e Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto. Obtido em 15 de junho de 2014, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63643/2/Tese%20MestradoMarisa%20Agostinho.pdf>.
- Anjos, S. J., Vasconcelos, C. T., Franco, E. V., Almeida, P. C., & Pinheiro, A. K. (2010). Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. *Rev Esc Enferm USP*, 44(4), pp. 912- 920.
- Araújo, S. C., Caetano, R., Braga, J. U., & Silva, F. V. (2013). Eficácia das vacinas comercialmente disponíveis contra a infecção pelo papilomavírus em mulheres: revisão sistemática e metanálise. *Cad. Saúde Pública*, 29(Sup), pp. S32- S44.
- Bornstein, J. (2009). The HPV vaccines-which to prefer? *Obstet Gynecol Surv*, 64(5), pp. 345-50.
- Borsatto, A. Z., Vidal, M. L., & Rocha, R. C. (2011). Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57(1), pp. 67-74.
- Bragagnolo, A., Eli, D., & Haas, P. (2010). Papiloma Vírus Humano (HPV). *Rev. bras. anal. clin*, vol. 42(2), pp. 91-96. Obtido em 31 de maio de 2015, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=558425&indexSearch=ID>.
- Carvalho, A. L., Barros, S. K., Leitão, N. M., Nobre, R. N., Bezerra, S. J., & Pinheiro, A. K. (junho de 2007). Sentimentos vivenciados por mulheres submetidas a tratamento para papillomavírus humano. *Esc Anna Nery R Enferm*, 11(2), pp. 248-253.
- Castellsagué, X. (2008). Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 110(3), pp. S4- S7.
- Castro, T. M., Filho, I. B., Nascimento, V. X., & Xavier, S. D. (2009). Detecção de HPV na mucosa oral e genital pela técnica PCR em mulheres com diagnóstico histopatológico para HPV genital. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 75(2), pp. 167-171.

- Center For Disease Control. (28 de maio de 2010). FDA Licensure of Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine (HPV4, Gardasil) for Use in Males and Guidance from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(20), pp. 630-632.
- Centers For Disease Control . (28 de maio de 2010). FDA Licensure of Bivalent Human Papillomavirus Vaccine (HPV2, Cervarix) for Use in Females and Updated HPV Vaccination Recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(20), pp. 626-629.
- Cirino, F. M., Nichiata, L. Y., & Borges, A. L. (jan-mar de 2010). Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescente. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14(1), pp. 126-134.
- Costa, L. A., & Goldenberg, P. (2013). Papilomavírus humano (HPV) entre os Jovens: um sinal de alerta. *Saúde Soc. São Paulo*, 22(1), pp. 249- 261.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª edição ed.). Coimbra, Portugal: Edições Almedina, SA. Obtido em 08 de setembro de 2015, de <https://books.google.pt/books?id=uFmaAwwAAQBAJ&pg=PT516&lpg=PT516&dq=metodologia+de+investiga%C3%A7%C3%A3o+em+ci%C3%A2ncias+sociais+e+humanas+teoria+e+pr%C3%A1tica+pdf&source=bl&ots=GfeByfYYP5&sig=u8cCC02PX1wgnNcbPs1EFuQLEZQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0CF8Q6AEwCWo>.
- Diaz, P. M. (2012). *Diferença de conhecimentos entre estudantes do sexo masculino e do sexo feminino do ensino secundário acerca do Papiloma Vírus Humano (HPV) e Cancro do Colo do Útero: Implicações nas estratégias de saúde e vacinação*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina- Artigo de Investigação Médica, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Obtido em 14 de junho de 2014, de file:///C:/Users/utilizador/Downloads/Tese_Mestrado_Priscila_Diaz.pdf.
- Direção Geral de Saúde. (outubro de 2008). *Programa Nacional de Vacinação - Introdução da vacina contra infeções por vírus dp papiloma humano*. Obtido em 18 de junho de 2014, de DGS: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/infeccoes-de-transmissao-sexual/programa-nacional-de-vacinacao-pnv-introducao-da-vacina-contrainfeccoes-por-virus-do-papiloma-humano-pdf.aspx>.
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Vacinação contra infeções por Vírus do Papiloma Humano (HPV)*. Obtido em 19 de junho de 2014, de DGS: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/vacinacao-contrainfeccoes-por-virus-do-papiloma-humano-hpv.aspx>.

- Direção Geral de Saúde. (2014). *Norma- Programa Nacional de Vacinação - Alteração do esquema da vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano*. Norma DGS, Direção Geral de Saúde, Lisboa. Obtido em 29 de outubro de 2014, de http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_016_2014%20ACTUALIZADA%20A%2010.2014.pdf.
- Feller, L., Khammissa, R. A., Wood, N. H., & Lemmer, J. (2009). Epithelial maturation and molecular biology of oral HPV. *Infectious Agents and Cancer*, pp. 4-16.
- Ferraro, C. T., Canedo, N. H., Oliveira, S. P., Carvalho, M. G., & Dias, E. P. (Agosto de 2011). Infecção oral pelo HPV e lesões epiteliais proliferativas associadas. *J Bras Patol Med Lab*, 47(4), pp. 451- 459.
- Ferreira, C., Matos, A. A., Oliveira, B., & Bettencourt, J. (2013). Cancro do Colo do Útero: o que sabem os jovens? *Rev Port Geral e fam*, 29, pp. 226-234.
- Figueirêdo, C. B., Alves, L. D., Silva, C. C., Soares, M. F., Figueirêdo T G, F. P., & Neto, P. J. (2013). Abordagem terapêutica para o Papilomavírus humano (HPV). *Rev. Bras. Farm.*, 94(1), pp. 4-17. Obtido em 31 de maio de 2015, de <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2013-94-1-1.pdf>.
- Ganguly, N., & Parihar, S. P. (2009). Human papillomavirus E6 and E7 oncoproteins as risk factors for tumorigenesis. *J Biosci, Indian academy of sciences*, 34, pp. 113-123.
- Gerend, M. A., & Magloire, Z. F. (2008). Awareness, knowledge, and beliefs about human papillomavirus in a racially diverse sample of young adults. *Journal of Adolescent Health*, 237–242. Obtido em 25 de agosto de 2015, de [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(07\)00404-1/pdf](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(07)00404-1/pdf).
- Gómez, M. L., & Lince, S. A. (enero-junio de 2011). Conocimientos que tienen los estudiantes de una universidad pública de Manizales sobre el papillomavirus humano. *Hacia la Promocion de la Salud*, 16(1), pp. 110-123.
- Guerrero-Preston, R., Báez, A., Blanco, A., Berdasco, M., Fraga, M., & Esteller, M. (março de 2009). Global DNA methylation: a common early event in oral cancer cases with exposures to environmental carcinogens or viral agents. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 28(1), pp. 24-29.
- Instituto HPV. (2013). *Guia do HPV*. Brasil. Obtido em 17 de agosto de 2015, de www.incthpv.org.br.
- Jach, R., Galarowicz, B., Huras, H., Pawlik, D., Basta, T., Streb, J., . . . Ludwin, A. (2014). Vertical transmission of HPV in pregnancy. A prospective clinical study of HPV-positive pregnant women. *Ginekol Pol*, 85(9), 672-6. Obtido em 17 de agosto de 2015.

- Larrea, G. Z., Molina, F. M., Ferreyra, C. F., Morales, J. A., Rivas, M. L., Lara, M. R., & Malagón, G. V. (2012). Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 77(4), pp. 315-321.
- Leite, C. A., Acay, R. R., Reche, P. M., Silva, O. G., & Sousa, S. O. (julho-setembro de 2008). Detecção do papilomavírus humano em lesões verrucosas orais por meio da técnica de hibridização in situ. *RGO*, 56(3), pp. 237-243.
- Leite, I., Lisboa, C., & Azevedo, F. (2011). Vírus do papiloma humano e vacinação. *Revista da SPDV*, 69(3), pp. 395- 402.
- Leto, M. G., Porro, A. M., Júnior, G. F., & Tomimori, J. (2011). Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. *An Bras Dermatol*, 86(2), pp. 306-317.
- Manziona, C. R., & Nadal, S. R. (2010). Papilomavírus humano e sua associação com o carcinoma colorretal. *Rev bras Coloproct*, 30(4), pp. 462-464.
- Martínez, M. A., Baldiris, A. R., & Díaz, C. A. (2014). Infección por papiloma virus humano y carcinoma escamocelular bucal, diversas técnicas moleculares para detectar su presencia. *Avances en Odontoestomatología*, 30(2), pp. 69-78.
- Matos, A., Silva, D. P., & Moutinho, J. M. (2010). *Vacinas contra HPV- Reunião de Concenso Nacional*. Reunião de Concenso Nacional, Secção Portuguesa de Ginecologia Oncológica, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Cascais.
- Medeiros, R., & Ramada, D. (2010). *Conhecimento dos estudantes: HPV e cancro do colo do útero*. Tese de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Obtido em 14 de junho de 2014, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45435/4/TeseDianaRamada.pdf>.
- Mehu-Parant, F., Rouzier, R., Soulat, J.-M., & Parant, O. (fevereiro de 2010). Elegibilidade e vontade dos alunos do primeiro ano de entrar na universidade para participar de um programa de vacinação contra o HPV. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 146, pp. 186-190. Obtido em 10 de setembro de 2015, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030121150900640X>.
- Melo, S. C., Prates, L., Carvalho, M. D., Marcon, S. S., & Pelloso, S. M. (dez de 2009). Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. *Rev Gaúcha Enferm*, 30(4), pp. 602-608.
- Murillo, Z., Suárez, Y., Hinestroza, L., Bedoya, A. M., Sánchez, G. I., & Baena, A. (maio-agosto de 2010). Conocimiento de los estudiantes y docentes de la Escuela de Microbiología de la Universidad de Antioquia sobre la infección por el virus del papiloma humano. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 28(2).

- Nadal, L. R., & Nadal, S. R. (janeiro- março de 2008). Indicações da Vacina Contra o Papilomavirus Humano. *Rev bras Coloproct*, 28(1), pp. 124-126.
- Nakagawa, J. T., Schirmer, J., & Barbieri, M. (mar-abr de 2010). Vírus HPV e câncer de colo de útero. *Rev Bras Enferm*, 63(2), pp. 307-311.
- Omland, T., Lie, K. A., Akre, H., Sandlie, L. E., Jebsen, P., Sandvik, L., . . . Brøndbo, K. (junho de 2014). Recurrent Respiratory Papillomatosis: HPV Genotypes and Risk of High-Grade Laryngeal Neoplasia. *Journal Pone*, 9(6), e99114. Obtido em 17 de agosto de 2015.
- Panobianco, M. S., Lima, A. D., Oliveira, I. S., & Gozzo, T. O. (Jan - Mar de 2013). O conhecimento sobre o hpv entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem. *Texto Contexto enferm*, 22(1), pp. 201-207.
- Pereira, A. S. (2010). *Genotipagem do vírus do papiloma humano em citologia cérvico vaginal*. Dissertação, Universidade de Aveiro, Departamento de Biologia, Aveiro. Obtido em 24 de junho de 2014, de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/8739/1/250393.pdf>.
- Pinto, L., & Passos, F. (2010). Infeciologia da gravidez. Em L. Graça, *Medicina Materno Fetal* (4ª Edição ed., pp. 487-505). Lisboa: Lidel.
- Pyeon, D., Pearce, S. M., Lank, S. M., Ahlquist, P., & Lambert, P. F. (27 de fevereiro de 2009). Establishment of Human Papillomavirus Infection Requires Cell Cycle Progression. *PLoS Pathog.*, 5(2), p. 1000318.
- Reis, A. A., Monteiro, C. D., Paula, L. B., Santos, R. S., Saddi, V. A., & Cruz, A. D. (2010). Papilomavírus humano e saúde pública: prevenção ao carcinoma de cérvix uterina. *Ciências & Saúde Coletiva*, 15(supl.1), pp. 1055-1060.
- Santos, M. J., Figueiredo, A., Castro, J., & Raimundo, F. (maio de 2012). Conhecimento sobre a infeção por vírus do papiloma humano em jovens adultos. (I. Escola Superior de Saúde, Ed.) *Comportamentos de saúde infanto-juvenis (Realidades e perspetivas)*, pp. 453- 463. Obtido em 25 de outubro de 2015, de 978- 989-96715-5-3.
- Satyaprakash, A., Creed, R., Ravanfar, P., & Mendoza, N. (mar-abr de 2009). Human papillomavirus vaccines. *Dermatol Ther.*, 22(2), pp. 150-157.
- Silva, M. J., Gonçalves, A. K., Giraldo, P. C., Pontes, A. C., Dantas, G. L., Silva, R. J., & Silva, L. G. (outubro de 2009). A eficácia da vacina profilática contra o HPV nas lesões HPV induzidas. *FEMINA*, 37(10), pp. 519-526.
- Soares, P. C., Ferreira, S., Villa, L. L., & Matos, D. (janeiro- março de 2011). Identificação do papilomavírus humano em doentes com carcinoma de células escamosas do canal anal e sua relação com o grau de diferenciação celular e estadiamento. *Rev bras Coloproct*, 31(1), pp. 8-16.

- Teixeira, L. O., Amaral, S. C., Finger- Jardim, F., Hora, V. P., Gonçalves, C. V., Soares, M. A., & Martinez, A. M. (2015). Frequência do Papilomavírus Humano na placenta, no colostro e no sangue do cordão umbilical. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 37(5), 203-7.
- Urrutia, M. T., Concha, X., Riquelme, G., & Padilla, O. (2012). Conocimientos y conductas preventivas sobre cáncer cérvico-uterino y virus papiloma humano en un grupo de adolescentes chilenas. *Rev Chilena Infectol*, 29(6), pp. 600-606.
- Varino, V. E. (2013). *Conhecimento das jovens acerca da infeção genital por HPV: um estudo piloto*. Trabalho de projeto de obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Obtido em 14 de junho de 2014, de <http://run.unl.pt/bitstream/10362/11542/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Vanessa%20Varino.pdf>.
- World Health Organization. (2007). *Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals*. Obtido em 25 de julho de 2014, de World Health Organization: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.14_eng.pdf?ua=1.
- World Health Organization/ Instituto Catalão de Oncologia. (2010). *Human Papillomavirus and Related Cancers. Summary Report Update*. Obtido em 15 de maio de 2015, de Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre): <http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/methodologies.pdf>.

8. ANEXOS

ANEXO I. Instrumento de Recolha de Dados

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do Instituto Politécnico de Bragança, está a ser realizado um estudo com o tema: **“Conhecimentos dos estudantes da Escola Superior de Saúde do IPB sobre o Papiloma Vírus Humano 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. Agradecemos, antecipadamente, a tua disponibilidade no preenchimento do presente questionário, imprescindível para a consecução deste trabalho.

NOTAS EXPLICATIVAS

1. Lê com atenção antes de responder.
2. Nos grupos I e IV assinala a(s) resposta(s) que mais se adequem a ti, de forma sincera.
3. Nos grupos II e III classifica cada afirmação em V (verdadeiro), F (falso) ou NS (não sei), de acordo com o teu conhecimento
4. Não deixes nenhuma pergunta por responder, pois implicaria a anulação do questionário.

QUESTIONÁRIO “HPV E CANCRO DO COLO DO ÚTERO”

GRUPO I

1. **Género:** Feminino Masculino

2. **Idade** _____

3. **Curso** _____

4. **Ano escolar** _____

5. **Qual o agente responsável pela doença sexualmente transmissível mais comum?**

- 1) Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
- 2) Neisseria gonorrhoeae
- 3) Chlamydia trachomatis
- 4) Papiloma Vírus Humano
- 5) Herpes Simples Vírus
- 6) Treponema pallidum (Sífilis)
- 7) Não sei

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

- 1) Sim
- 2) Não

7. **Já ouviste falar em HPV?**

- 1) Sim
- 2) Não (Continua o questionário no grupo III)

8. Sabias que existe uma vacina contra alguns tipos de HPV?

- 1) Sim
- 2) Não

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

- 1) Escola/ local de ensino
- 2) Profissionais de Saúde
- 3) Amigos/Família
- 4) Televisão
- 5) Artigos Científicos
- 6) Outra (específica) _____

GRUPO II

	V	F	NS
10. HPV significa Parvovírus Humano (Human Parvovirus)			
11. O HPV transmite-se por sexo oral			
12. Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 98%			
13. A transmissão do HPV pode prevenir-se reduzindo o número de parceiros sexuais			
14. A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é na inferior a 18 anos			
15. A infeção pelo HPV pode manifestar-se por verrugas genitais			
16. O HPV pode afetar, igualmente, homens e mulheres			
17. A infeção pelo HPV pode ocorrer na cavidade oral			
18. HPV significa HPV (Human Papiloma Vírus)			
19. O HPV transmite-se por sexo vaginal			
20. Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 66%			
21. A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso do preservativo			
22. A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 18 e 29 anos			
23. A infeção pelo HPV pode manifestar-se por sinais inespecíficos (ardência, corrimento, dor durante o ato sexual...)			
24. Os homens podem ser portadores assintomáticos do HPV			
25. A infeção pelo HPV pode ocorrer no esófago			
26. HPV significa Highly Pathogenic Virus			
27. O HPV transmite-se por sexo anal			
28. Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 51%			
29. A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso de anticoncecionais orais (pílula)			
30. A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 30 e 41 anos			
31. A infeção pelo HPV pode manifestar-se por perda de apetite			

	V	F	NS
32. A infeção pelo HPV pode ocorrer na região urogenital			
33. HPV significa Highly Purified Vaccine			
34. O HPV transmite-se por contacto de pele			
35. Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 27%			
36. A transmissão do HPV pode prevenir-se não partilhando objetos de uso íntimo			
37. A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 42 e 60 anos			
38. A infeção pelo HPV pode ocorrer na região anal			
39. O HPV transmite-se por contacto de mucosas			
40. Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 2%			
41. A transmissão do HPV pode prevenir-se evitando o início precoce da vida sexual			
42. A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é na superior a 60 anos			
43. A infeção pelo HPV pode manifestar-se através de carcinoma			
44. A infeção pelo HPV pode ocorrer na pele			
45. O HPV transmite-se pela partilha de toalhas ou roupa interior			
46. A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso de espermicidas			
47. A infeção pelo HPV pode manifestar-se pelo cansaço			
48. A infeção pelo HPV pode ocorrer em qualquer lugar, desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada			
49. A infeção pelo HPV pode ser diagnosticada através do teste Papanicolau			
50. O HPV transmite-se nas piscinas ou saunas			
51. A transmissão do HPV pode prevenir-se com a abstinência sexual			
52. A infeção pelo HPV pode manifestar-se de forma assintomática			
53. O diagnóstico de infeção pelo HPV implica sempre tratamento imediato			
54. O HPV transmite-se através do sangue			
55. A infeção pelo HPV é curável			

GRUPO III

	V	F	NS
56. A presença de HPV implica Cancro do Colo do Útero			
57. Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 100 casos de Cancro do Colo do Útero			
58. O tabaco é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			

	V	F	NS
59. Em Portugal, anualmente, morrem cerca de 200 mulheres vítimas de Cancro do Colo do Útero			
60. A infeção pelo HPV é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
61. Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é inferior a 10%			
62. A exposição prolongada ao sol é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
63. HPV e Cancro do Colo do Útero são sinónimos			
64. O consumo de drogas é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
65. Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é cerca de 20%-30%			
66. Os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege são os HPV 6, 11, 16, 31			
67. A utilização de anticoncepcionais orais (pílula) é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
68. Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é cerca de 40%-50%			
69. A orientação heterossexual é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
70. Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 1000 casos de Cancro do Colo do Útero			
71. Múltiplos parceiros sexuais são um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
72. Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é cerca de 60%- 70%			
73. As doenças sexualmente transmissíveis são um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
74. Os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege são os HPV 6, 11, 16, 18			
75. Em Portugal, anualmente, morrem cerca de 2000 mulheres vítimas de Cancro do Colo do Útero			
76. O início precoce da vida sexual ativa é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
77. Nos casos de Cancro do Colo do útero a presença de HPV é superior a 90%			
78. Não há relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero			
79. Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 10 000 casos de Cancro do Colo do Útero			
80. Os fatores genéticos são um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
81. Em Portugal, anualmente, morrem cerca de 20 000 mulheres vítimas de Cancro do Colo do Útero			
82. Os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege são os HPV 6, 11, 18, 31			
83. O tipo de alimentação é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			

GRUPO IV

84. Consideras suficiente a divulgação feita atualmente sobre o HPV?

- 1) Sim
- 2) Não

85. O que consideras ser importante divulgar sobre o HPV?

- 1) O que é
- 2) Como se transmite
- 3) Quais as medidas de prevenção da transmissão
- 4) Como se manifesta
- 5) Como é feito o diagnóstico de infeção
- 6) Qual a eficácia e os tipos de tratamento disponíveis atualmente
- 7) Quais as consequências da infeção pelo HPV
- 8) Qual a relação com o cancro do colo do útero
- 9) Informações sobre a vacina
- 10) Outros (específica) _____

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

- 1) Escola/ local de ensino
- 2) Profissionais de Saúde
- 3) Amigos/Família
- 4) Televisão
- 5) Internet
- 6) Outdoors
- 7) Outros (específica) _____

87. Já iniciaste a tua vida sexual ativa?

- 1) Sim
- 2) Não

87.1 Se sim, com que idade? _____ anos


87.2 Até à data, quantos parceiros sexuais já tiveste? _____

88. Consideras importante o desenvolvimento de programas de rastreio do HPV e Workshops acerca do HPV e Cancro do Colo do Útero?

- 1) Sim
- 2) Não

ANEXO II. Autorização da Autora para Aplicação do Questionário

RE: Questionário da dissertação

De: **Marisa Agostinho** (marisa.ira@hotmail.com)
Enviada: quarta-feira, 11 de Junho de 2014 20:00:54
Para: Katia Costa (catiaafonso83@hotmail.com)
 1 anexo
Questionário.doc (173,4 KB)

Boa tarde Enf.^a Catia,

Pode utilizar o questionário sem qualquer problema! Envio-o em anexo.

No final do estudo, caso se recorde e seja possível, gostaria de ter acesso ao seu trabalho! Fico curiosa para saber quais as diferenças dos resultados!

Ao dispor para eventuais duvidas!
Boa sorte!

Cp,
Marisa Agostinho

From: catiaafonso83@hotmail.com
To: marisa.ira@hotmail.com
Subject: Questionário da dissertação
Date: Wed, 11 Jun 2014 16:53:40 +0100

Boa tarde D^a Marisa Agostinho

Chamo-me Cátia Costa, sou enfermeira e aluna do Instituto Politécnico de Bragança- Escola Superior de Saúde, frequento o Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, e vou fazer a minha dissertação sobre "O conhecimento dos alunos da Escola Superior de Saúde do IPB sobre Papiloma Vírus Humano. Gostaria de utilizar o questionário que você utilizou para realizar a sua Dissertação sobre "Conhecimentos dos jovens universitários sobre HPV e cancro do colo do útero, na era da vacina".

Agradecia a sua resposta com brevidade. Por isso venho por este meio, pedir a autorização para utilizar o seu questionário na minha Dissertação. Se pudesse também facultar-me o seu questionário em formato digital.

Cp

Cátia Costa

ANEXO III. Pedido de Autorização Formal à Direção para Preenchimento de Questionários pelos Alunos das Licenciaturas da Escola Superior de Saúde do IPB.

Cátia Sofia Afonso Costa
Cátia Costa [catiaafonso83@hotmail.com]

Auxílio
Pimenta
10.0.2014

Exma. Sr.ª Diretora da Escola
Superior de Saúde de Bragança
Prof.ª Dr.ª Maria Helena Pimentel

Assunto: Pedido de autorização para preenchimento de questionários pelos alunos.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, promovido pelo consórcio que integra a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, estamos a realizar um estudo de carácter transversal sobre “Conhecimentos dos estudantes da Escola Superior de Saúde do IPB sobre o Papiloma Vírus Humano e Cancro do Colo do Útero” sob a orientação da Prof.ª Doutora Ana Maria Nunes Galvão.

O instrumento de recolha de dados que pretendemos aplicar no referido estudo será um questionário, com o título “*HPV E CANCRO DO COLO DO ÚTERO*” (2012) aferido para a população portuguesa, utilizado e testado por Agostinho M., adaptado de Medeiros R. e Ramada D. (2010).

Os dados fornecidos serão apenas utilizados no presente estudo, garantindo a confidencialidade e anonimato dos inquiridos.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a V. Excelência autorização para a aplicação do respetivo instrumento de recolha de dados, aos alunos dos cursos de licenciatura, sem prejuízo das atividades pedagógicas.

Junto se anexa o projeto de trabalho o respetivo questionário.

Atenciosamente.

Respeitosos cumprimentos

Bragança, 10 de julho de 2014

Pede deferimento,

Cátia Sofia Afonso Costa

(Cátia Sofia Afonso Costa)

Informação e
coordenação
2014/07/10

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BRAGANÇA
Entrada Nº 368
Em 10 / 07 / 2014
Processo Nº 2.01.06