Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

XII CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de projeto de obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública submetido à

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

Conhecimento das jovens acerca da infeção genital por HPV: um estudo piloto

Orientador: Professora Doutora Carla Nunes

Categoria: Professora Auxiliar com Agregação – Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

Co-orientador: Professora Doutora Ângela Pista

Categoria: Investigadora Auxiliar - Departamento de Doenças Infeciosas - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Vanessa Elisabete Caboz Henriques Ribeiro Varino

Lisboa, Abril de 2013

Agradecimentos

À orientadora Professora Doutora Carla Nunes pela sua sabedoria e incansável disponibilidade.

À co-orientadora Professora Doutora Ângela Pista pela partilha de conhecimentos, disponibilidade e palavras de incentivo em momentos cruciais.

À minha família, pelo amor, compressão e ajuda, preciosos para elaboração deste trabalho.

Índice Geral

LISTA DE SIGLAS v
LISTA DE FIGURAS viii
LISTA DE TABELAS ix
LISTA DE GRÁFICOS x
Resumo/ *Abstract* xi
1 INTRODUÇÃO 1
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO 3
2.1 **Vírus do Papiloma Humano** 3
2.1.1 Breve História 3
2.1.2 Taxonomia e nomenclatura 4
2.1.3 Caracterização e Classificação 4
2.1.4 Biologia da infeção genital por HPV 5
2.1.5 HPV e Carcinogénese 8
2.1.6 HPV no homem 11
2.1.7 Transmissão e fatores de risco 12
2.1.8 Manifestações Clínicas 14
2.1.9 Diagnóstico 14
2.1.10 Epidemiologia 18
2.1.11 Prevenção 21
2.2 **Literacia em Saúde** 27
2.2.1 Conhecimentos, atitudes e comportamentos nos jovens 28
2.2.2 Conhecimentos acerca do HPV 30
3 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 31
4 OBJETIVOS 32
4.1 **Objetivo Geral** 32

4.2 **Objetivos Específicos** 32

5 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO 33

5.1 **Tipo de estudo** 33

5.2 **População objeto do estudo** 33

5.3 **Amostra** 34

5.4 **Materiais e Métodos** 35

6 ESTUDO PILOTO 40

6.1 **Apresentação do caso - SAMS** 40

6.2 **Resultados** 41

6.2.1 Conhecimentos acerca da infeção por HPV 42

6.3 **Discussão** 48

7 CONCLUSÕES FINAIS 52

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 55

9 ANEXOS 68

ANEXO I – Autorização/Consentimento Informado dos Encarregados de Educação 69

ANEXO II – Autorização dos SBSI-SAMS para implementação do questionário na COGA 72

ANEXO III – Questionário 76

ANEXO IV – Folheto Informativo 85

ANEXO V – Tabela de operacionalização das variáveis 88

ANEXO VI - Despacho normativo nº 24-A/2012. Diário da República, 2ª série, Parte C Nº236, de 6 de Dezembro de 2012 92

LISTA DE SIGLAS

ACIP - *Advisory Committee on Immunization Practices*

AGC - *Atypical Gladular Cells* – Células Glandulares Atípicas

AHRP - *Aliance for Human Research Protection*

AIS - Adenocarcinoma *in situ*

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSN - Administração Regional de Saúde Norte

ASC-US - *Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance* – Células Pavimentosas Atípicas de Significado Indeterminado

ASC-H - *Atypical Squamous Cells Suggestive of High-Grade* – Células Pavimentosas Atípicas

CADIN - Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil

CCU – Cancro do colo do útero

CDC - *Center of Disease Control*

CIN - *Cervical Intraepithelial Neoplasia* – Neoplasia Intraepitelial Cervical

CLEOPATRE - *Cervical Lesions Observed by Papillomavirus Types – A Research in Europe*

CN - Circular Normativa

COGA - Consulta de Obstetrícia e Ginecologia do Adolescente

DGE - Direção Geral de Educação

DGS - Direção Geral de Saúde

DNA - *Deoxyribonucleic Acid* - Ácido Desoxirribonucleico

DP - Desvio Padrão

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

EUROGIN - *European Research Organization on Genital Infection and Neoplasia*

EUA - Estados Unidos da América

FDA - *Food and Drug Administration*

GSK - *GlaxoSmithKline*

HBSC - *Health Behaviour in School aged Children*

HLA - *Human Leukocyte Antigen*

HPV - *Human Papillomavirus* - Vírus do Papiloma Humano

HPVbr - HPV de baixo risco

HPVar - HPV de alto risco

HSIL - *High-grade Squamous Intraepithelial Lesions* – Lesões Intraepiteliais Pavimentosas de Alto Grau

IARC - *International Agency for Research on Cancer*

IC - Intervalo de Confiança

ICO - *Institut Català d'Oncologia*

ICTV - *International Committe on Taxonomy of Viruses*

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INSA - Instituo Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

LSIL - *Low-grade Squamous Intraepithelial Lesions* - Lesões Pavimentosas Intraepiteliais de Baixo Grau

OMS - Organização Mundial de Saúde

ORF'S - *Open Reading Frames*

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNV - Plano Nacional de Vacinação

PON - Plano Oncológico Nacional

pRb - proteína do retino-blastoma

RNA - *Ribonucleic Acid* - Ácido Ribonucleico

RNAm - *Mensager Ribonucleic Acid* - Ácido Ribonucleico mensageiro

SAMS - Serviços de Assistência Médico-Social

SBSI - Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas

SPG - Sociedade Portuguesa de Ginecologia

UNL - Universidade Nova de Lisboa

VIH - Vírus Imunodeficiência Humana

VIN - *Vulvar Intraepithelial Neoplasia* - Neoplasia Intraepitelial Vulvar

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Árvore Filogenética da família *Papillomaviridae*. Fonte: Villiers; et al, 2004.

FIGURA 2 - Localização, no epitélio genital, das principais etapas do ciclo de vida do Vírus do Papiloma Humano. Fonte: Muñoz et al., 2006.

FIGURA 3 - Representação esquemática do genoma do HPV, com a localização dos genes precoces (E) ou não estruturais, dos genes de expressão tardia (L1 e L2) e da região reguladora não codificante (LCR) (LCR=URR=*Upstream regulatory region*). Fonte: Muñoz *et al.,* 2006.

FIGURA 4 - Organização do genoma do HPV e ciclo de vida do vírus. Fonte: Doorbar, 2006.

FIGURA 5 - Alterações nos padrões de expressão da infeção na progressão para o CCU. Fonte: Doorbar, 2006.

FIGURA 6 - Taxas de Incidência e Mortalidade nas mulheres por cancro. Fonte: WHO-GLOBOCAN, 2008.

FIGURA 7 – Vacina HPV. Cobertura Vacinal por coorte e número de dose. Avaliação 2011. Fonte: PORTUGAL.MS.DGS, Março2012.

FIGURA 8 - Efeito da idade de vacinação na prevenção de casos de CCU. Fonte: Pereira; et al, 2007.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Classificação das Lesões Pré-malignas do colo. Fonte: SPG, 2004

TABELA 2 - Caracterização da amostra de acordo com os diferentes cursos e anos letivos.

TABELA 3 - Caracterização da amostra de acordo com a idade e ano letivo.

TABELA 4 - Objetivos específicos e questões correspondentes.

TABELA 5 - Resposta às questões para caracterização do conhecimento das jovens que *"já ouviram falar em HPV".*

TABELA 6 - Escalas de avaliação do conhecimento

TABELA 7 - Indicadores de conhecimento – Infeção genital por HPV.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Média de idades da amostra em estudo.

GRÁFICO 2 – Média de idades das jovens que já iniciaram atividade sexual.

Resumo/ *Abstract*

A infeção por Vírus do Papiloma Humano (HPV) constitui uma das infeções de transmissão sexual mais comuns em mulheres adolescentes e jovens sexualmente ativas, sendo responsável por 99,7% dos casos de cancro do colo do útero (CCU). O desenvolvimento de duas vacinas de segurança e eficácia comprovadas e a introdução da vacinação contra os HPV 6, 11, 16 e 18 nos programas de imunização de diversos países constituiu um marco muito importante para a investigação no âmbito do conhecimento das populações nesta temática. O presente trabalho de projeto teve como objetivo geral avaliar o conhecimento dos adolescentes/jovens entre os 15 e os 19 anos acerca da infeção genital por HPV. Foi efetuado um estudo piloto cuja amostra foi constituída por 20 jovens, género feminino, que acorreram à Consulta de Obstetrícia e Ginecologia do Adolescente dos Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas, acompanhadas dos respetivos encarregados de educação. Foi-lhes solicitado o consentimento informado e entregue um questionário de caráter anónimo e confidencial com questões para avaliação do conhecimento geral acerca da infeção por HPV, formas de transmissão, manifestações clínicas, prevenção, relação entre HPV e CCU e necessidades de informação. Este estudo piloto poder-se-á revelar útil na aferição de resultados quando aplicado em larga escala, para posterior avaliação comparativa do conhecimento no âmbito do HPV. Pode igualmente ser útil no desenvolvimento de mensagens apropriadas que acompanham os programas de rastreio nesta coorte, no futuro, com vista ao aumento da literacia nos jovens.

Palavras-chave: Infeção por HPV, Conhecimento, Jovens

Infection with Human Papillomavirus (HPV) is one of the most common sexually transmitted infections in sexually active adolescents and young women and it is a risk factor for approximately 99,7% of all cases of cervical cancer globally. The recent development of two safe and clinically effective vaccines against HPV's 6, 11, 16 e 18 and the introduction of this vaccines in the immunity programs of many countries was a promising step for investigation in this area. The aim of this project work was to assess adolescents/young people knowledge of HPV genital infection. A pilot study was conducted in a sample of 20 adolescents/young people aged 15 – 19 years seen at the Obstetric and Ginecology Adolescent Consulting at Medico-Social Assistant Services at Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas *(bank workers syndicate). A self-administered anonymous questionnaire covered general knowledge about HPV infection, transmission, prevention, HPV relationship with cervical cancer and identifying problems with information provision. This study pilot could be helpful in benchmarking HPV related knowledge and could be used in the development of appropriate educational messages to accompany the screening programs in this cohort in the future, with a goal of increasing healt literacy in young people.*

Keywords: HPV Infection; Knowledge; Teenager

1 INTRODUÇÃO

No âmbito do XII Curso de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa é proposta a elaboração de um trabalho de projeto para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

O Planeamento de uma intervenção efetiva depende essencialmente da determinação prévia do nível de conhecimento da população alvo. As medidas de prevenção da doença e promoção da saúde no âmbito da infeção genital por Virus do Papiloma Humano (HPV) só serão viáveis perante uma determinação do conhecimento real que as jovens têm acerca da mesma, nomeadamente no que respeita às formas de transmissão, manifestações clínicas, prevenção e relação HPV e Cancro do Colo do Utero (CCU). É igualmente importante determinar se a informação de que têm sido alvo se tem revelado suficiente e adequada para a construção de conhecimento.

Os jovens são, de facto, a população com maior taxa de prevalência de infeção por HPV sendo por isso necessário avaliar os seus conhecimentos nesta temática com vista a adequação das medidas de promoção e proteção da saúde sexual e reprodutiva, evitando desta forma a propagação do vírus. A adolescência, idealmente antes do início da atividade sexual, é o período indicado para a construção do conhecimento no âmbito das doenças sexualmente transmissíveis e de um bom nível de literacia, de forma a capacitar o jovem para o seu autocuidado e autoproteção (Pista; et al, 2011; Sakellarides; Sorensen et al, 2012).

De acordo com o que já foi referido, suportado por estudos nacionais e internacionais, a infecão por HPV assume uma enorme relevância em termos de saúde pública, não possuindo ainda um espaço significativo nas campanhas nacionais de educação e prevenção. Perante este facto e de acordo com uma das “Questões para o Futuro” apontadas pela Direção Geral de Saúde (Ventura; et al, 2008), indicando uma eventual diminuição da adesão das mulheres vacinadas ao rastreio, torna-se pertinente avaliar o conhecimento das jovens entre os 15 aos 19 anos relativamente à infeção pelo HPV, para que desta forma as campanhas educativas e preventivas alcancem resultados mais efetivos, tornando os jovens mais informados e portanto mais capacitados para a sua autoproteção. (Ventura; et al, 2008) Como tal a finalidade deste trabalho de projeto será: contribuir para a adequação das campanhas de prevenção e promoção da saúde em jovens; contribuir de forma indireta para o aumento do conhecimento dos jovens acerca da infeção por HPV.

Trata-se de um trabalho de projeto com o tema: 'Conhecimento das jovens entre os 15 e os 19 anos acerca da infeção genital por HPV' tendo como principal objetivo avaliar o nível de conhecimentos de jovens do género feminino acerca da infeção genital por HPV. Estruturalmente o presente trabalho é constituído por 4 partes principais: Enquadramento teórico – acerca da infeção por HPV, começando por uma breve história do vírus, essencial para a compreensão do seu comportamento, passando pela sua definição, caracterização, relação com o cancro do colo do útero (CCU), manifestações clínicas, diagnóstico, epidemiologia e prevenção e, por último, dado que se trata de um estudo do conhecimento, é feita uma abordagem aos conceitos de literacia em saúde e conhecimento, essenciais para a compreensão do contexto atual dos sistemas de transmissão e receção de informação/formação em saúde; Objetivos – onde são definidos os objetivos geral e específicos deste estudo; Metodologia – onde é exposto todo o processo de investigação a ser aplicado futuramente numa amostra de maior dimensão, com fim aos objetivos traçados; Estudo Piloto – onde é apresentado o caso, a análise e tratamento dos dados, resultados e discussão e, por fim, as conclusões finais, abordando a sua aplicabilidade futura. Este estudo piloto consiste no início de uma investigação futuramente mais ampla. Permite amadurecer e sistematizar ideias e dados consistindo desta forma numa experiência de trabalho metodológico, cujo objetivo é construir um 'objeto' utilizável também para outros investigadores.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Vírus do Papiloma Humano (HPV)

2.1.1 Breve História

O conhecimento das verrugas da pele e dos órgãos genitais remonta aos antigos povos gregos e romanos. De acordo com Payne (1891) até 1891 as verrugas genitais eram associadas a comportamentos sexuais promíscuos e potencialmente infeciosas (Hausen, 2009; Payne, 1891). A primeira demonstração experimental da natureza da infeção das verrugas genitais foi efetuada em Itália por Ciuffo em 1907 da qual resultou a deteção da natureza viral e do agente responsável. Por volta de 1920 foi igualmente confirmada a origem da infeção das verrugas genitais e papilomatose laríngea (atualmente denominada Papilomatose Respiratória) (Hausen, 2009; Ciuffo, 1907). Apesar destes importantes desenvolvimentos, foi na década de 30 que foi demonstrado pela primeira vez o potencial carcinogénico do papilomavirus em ratos domésticos. Nos anos seguintes a investigação e interesse pelo vírus das verrugas humanas abrandou. Contudo, foram posteriormente desenvolvidos estudos moleculares no âmbito do papilomavirus bovino (Hausen, 2009; Strauss*, et al*, 1949) que suscitaram novamente o interesse da comunidade científica para o desenvolvimento de estudos dos papilomavirus humanos. A deteção microscópica das partículas virais chegou em 1949 (Hausen, 2009; Strauss*, et al*, 1949).

Em 1965 surgiram os primeiros estudos científicos caracterizando a dupla camada de DNA (Ácido desoxirribonucleico) do HPV. Uma importante investigação de Rowson e Mahy em 1967 (Rowson, 1967) descreve os vários tipos de verrugas e papilomas resultantes do então chamado *vírus da verruga humana*. Em 1970 tornou-se mais evidente a complexidade do HPV. De acordo com Almeida *et al* (1969), estudos de hibridização com transcrição *in vitro* de RNA (Ácido Ribonucleico) de verruga plantar e DNA viral proveniente de biopsias a tecido carcinogéneo da pele, verrugas genitais e colo do útero, tornaram aparente a pluralidade do HPV (Hausen, 2009; Almeida *et al*, 1969).

Os estudos experimentais tentando estabelecer uma relação causal entre o HPV e o CCU foram iniciados em 1972 (Hausen, 1977). Com base na literatura médica que referia a existência de uma conversão maligna das verrugas genitais (condiloma acuminado) em carcinomas das células escamosas, chegaram à hipótese de que o CCU poderia ter origem na infeção pelo vírus encontrado no condiloma acuminado (Hausen, 2009; Hausen, 1977). Hoje em dia esta relação causal entre a

infeção por HPV e o cancro do colo do utero está bem estabelecida, assim como com outras neoplasias (Hausen, 2009).

2.1.2 Taxonomia e nomenclatura

A taxonomia é a disciplina que define os grupos de organismos biológicos. A classificação taxonómica e a nomenclatura dos vírus é da responsabilidade do *International Comitte on Taxonomy of Viruses* (ICTV). Foi então definida a família *Papovaviridae* constituída pelos papilomavirus e poliomavirus. Em 2000 este comité definiu a família *Papillomaviridae* onde estaria incluído o género *Papillomavirus*. Dentro deste género são descritas cerca de oito espécies entre as quais se encontra o HPV. As diferentes espécies de papilomavirus adquirem nomes de acordo com o grupo de animais que infetam. Na literatura inglesa encontramos: *Bovine papillomavirus, Cottonnail rabbit papillomavirus, Deer papillomavirus, European elk papillomavirus, Human papillomavirus, Ovine papillomavirus,* entre outros*.* O papilomavirus tem vindo a evoluir ao longo dos anos ao mesmo ritmo que os seus hospedeiros animais (Bernard; et al, 2010).

Os papilomavirus Humanos foram agrupados em 5 géneros: *Alphapapillomavirus, Betapapillomavirus, Gammapapillomavirus, Mupapillomavirus* e *Nupapillomavirus.* Os HPV genitais estão incluídos no género *Alpha* (Bernard; et al, 2010).

2.1.3 Caracterização e Classificação

O HPV apresenta um DNA circular de cerca de 8000 pares de bases. É um vírus característico de espécie e dependendo da região do organismo que infeta origina comportamentos biológicos específicos, podendo daí resultarem lesões de características muito distintas (Doorbar, 2006). É um vírus que pode infetar as mucosas (como por exemplo região genital e anal) e a derme (como por exemplo as mãos e os pés) (Longworth; et al, 2004). Através da análise da sequência de DNA foram já identificados mais de 180 tipos de HPV dos quais cerca de 45 infetam a região anogenital masculina e feminina e destes, 12 são classificados como carcinogéneos (Sanjose; et al, 2010).

A classificação atual dos HPV baseia-se na comparação da sequência de nucleótidos do gene L1 (genoma do vírus) dos diferentes HPV, sendo que cada tipo de HPV difere de outros tipos em pelo menos 10% desta sequência. As diferenças observadas na sequência de nucleótidos do gene L1 vão determinar o potencial de oncogenicidade e classificação, organizando a maioria dos HPV de alto risco no mesmo subgrupo. Assim, as relações filogenéticas entre os tipos de HPV, com base na variação de sequência numa dada região do genoma, permitem interpretar como os diferentes tipos e subtipos evoluíram. Foi então construída uma árvore filogenética de papilomavirus humano e de

outros animais, para melhor interpretação e demonstração da correlação entre a classificação genómica e o tropismo característico do HPV. Assim, conforme podemos visualizar na figura 1, a maior parte dos HPV de alto risco estão relacionados filogeneticamente com os HPV16 – 31, 33, 35, 52 e 58 – ou com os HPV18 – 39, 35, 59 e 68 (Bernard; et al, 2010)).

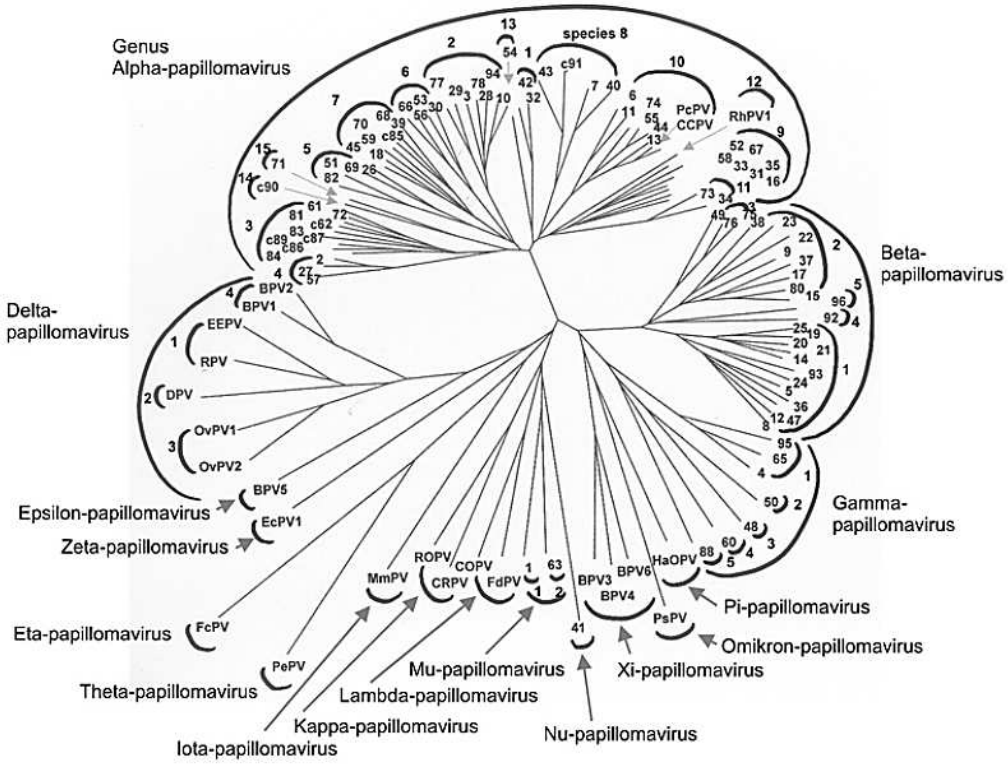

FIGURA 1 – Árvore Filogenética da família *Papillomaviridae.* Fonte: Villiers; et al, 2004

No que respeita aos tipos de HPV que infetam a região genital, tendo em conta o seu potencial oncogénico, podemos classificá-los em **HPV de baixo risco** (HPVbr: HPV 6, 11, 13, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81, 89), **HPV de possível ou provável risco** (HPV 26, 53, 66, 67, 68, 70, 73, 82), **HPV de alto risco** (HPVar: HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 e 59) e **HPV de risco indeterminado** (HPV 2, 3, 7, 10, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 55, 62, 69, 71, 74, 83, 84, 85, 86, 87, 90 e 91). Os HPV de alto risco estão associados ao desenvolvimento de cancro das regiões anogenital sendo os HPV de baixo risco geralmente responsáveis pelo desenvolvimento de lesões benignas (Munõz; et al, 2006; Nobre; et al, 2008).

2.1.4 Biologia da infeção genital por HPV

A infeção genital por HPV ocorre rapidamente após o contacto com o vírus, não levando necessariamente à displasia. Grande parte das infeções por HPV são subclínicas, ou seja regridem espontaneamente qualquer que seja o tipo de HPV associado. São geralmente assintomáticas e

transitórias. Existe geralmente uma resposta natural imunitária mediada por células com consequente regressão das lesões cervicais. O tempo decorrido entre a infeção e a cura espontânea é geralmente rápido sendo que o período de latência, ou seja o período decorrido entre a infeção e o desenvolvimento de uma neoplasia pode demorar décadas. Contudo em apenas 10% das mulheres a infeção torna-se persistente, podendo daí resultarem lesões cervicais de alto grau e CCU (Bragagnolo; et al, 2010; Doorbar, 2006).

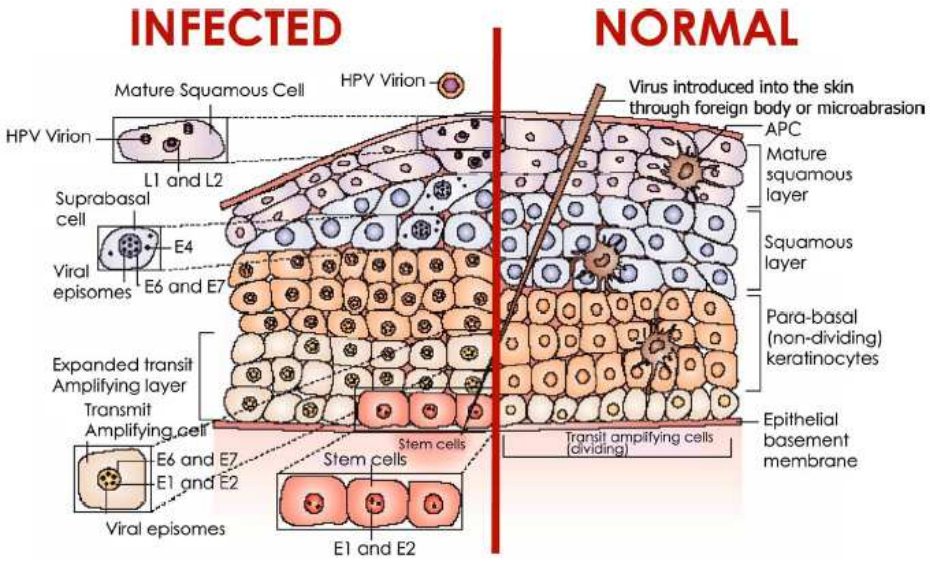

FIGURA 2 - Localização, no epitélio genital, das principais etapas do ciclo de vida do Vírus do Papiloma Humano.

Fonte: Muñoz *et al.*, 2006

Tal como referido o Papilomavirus apresenta uma dupla cadeia de DNA circular que se replica exclusivamente no epitélio estratificado escamoso (Figura 2). Apresenta uma região reguladora não codificante (*LCR – Long Control Region*) (Figura 3) onde tem origem a replicação e onde se localizam os elementos responsáveis pelo controlo da transcrição e oito *Open Reading Frame* (*ORF)* cujo papel é a codificação das proteínas estruturais responsáveis pela replicação e revestimento viral. Estas proteínas apresentam-se em duas classes: *early proteins (E)* ou proteínas precoces e *late proteins (L)* ou proteínas tardias. As *early proteins* regulam a replicação do DNA viral (*E1 e E2*), a transcrição do RNA viral (*E2*), a reorganização do citoesqueleto (*E4)* e a transformação celular (*E5, E6 e E7*). As *late proteins* (*L1 e L2*) são componentes estruturais do capsíde viral, participando na montagem do virião, e não possuindo capacidade infeciosa (Figura 3). A expressão das *late proteins* induz a imunogenicidade, dado que possuem determinantes antigénicos específicos para uma resposta imunitária por parte da célula hospedeira (Doorbar, 2006).

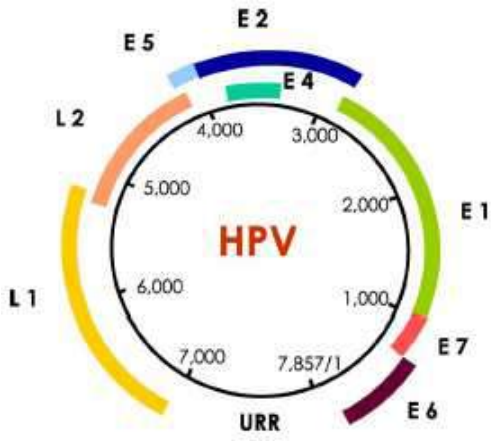

FIGURA 3 - Representação esquemática do genoma do HPV, com a localização dos genes precoces *(E)* ou não estruturais, dos genes de expressão tardia (*L1 e L2*) e a região reguladora não codificante (*LCR*) (*LCR=URR=Upstream regulatory region*). Fonte: Muñoz *et al*, 2006

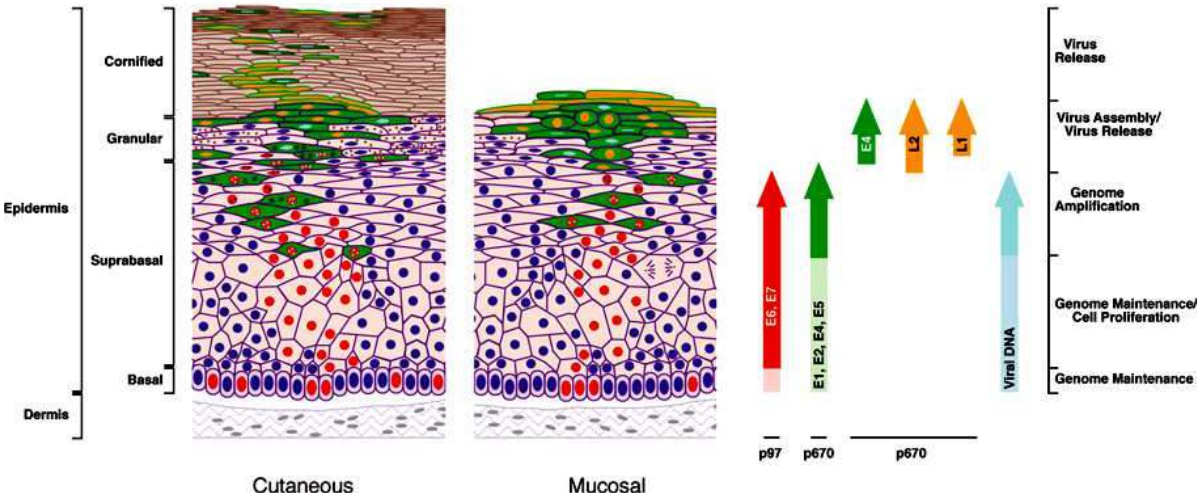

FIGURA 4 - Organização do genoma do HPV e ciclo de vida do vírus. Fonte: Doorbar, 2006

Para que ocorra a infeção, o vírus tem que atingir a camada basal do epitélio (Figura 4), através de microabrasão ou microfissuras presentes na epiderme ou mucosa do colo uterino (Doorbar, 2006).

Numa primeira fase as proteínas virais *E1, E2, E6 e E7* são expressas a um nível baixo em que o vírus mantém o seu genoma através da amplificação de um baixo número de cópias (cerca de 100), denominando-se episssoma e manifestando-se sob a forma de uma infeção latente ou não produtiva. A lesão produtiva ocorre nas camadas suprabasais (Figura 4) quando o vírus completa o seu ciclo de vida, onde o DNA é amplificado e se inicia a expressão das proteínas do capsídio. As *late proteins L1* e *L2* são produzidas quando o DNA viral está inserido no núcleo da célula hospedeira de forma a ser copiado aquando da divisão celular. *L1* e *L2* são responsáveis pela síntese do capsíde viral para criação de novos vírus (Doorbar, 2006). Esta cápside proteica vai conferir ao HPV uma capacidade de

resistência por longos períodos (Doorbar, 2006). Assim que o DNA viral penetra o núcleo celular, inicia-se a síntese das *early proteins E1* e *E2.* A sua quantidade é um indicador do número de genomas virais presente nas células. A proteína *E2* tem uma importante função na replicação do genoma do HPV. Mantendo-se íntegra a *ORF* de *E2*, esta proteína é responsável por uma regulação eficiente dos genes *E6* e *E7,* mantendo o número de cópias virais sob a forma latente (episssoma) ou seja, controlando de forma indireta a proliferação da célula, isto é a progressão do ciclo celular. Havendo uma disrupção de *E2*, dá-se uma interação de elementos da célula hospedeira com a *LCR* do genoma do HPV e inicia-se a expressão das proteínas não-estruturais *E6* e *E7*. Estas proteínas vão permitir a replicação do DNA do hospedeiro nas células epiteliais suprabasais conduzindo ao desenvolvimento de lesões (Doorbar, 2006).

Uma das manifestações clínicas mais frequentes da infeção por HPV de baixo risco é o condiloma acuminado mais conhecido por verruga genital. Estima-se que 10% da população sexualmente ativa será diagnosticada com verrugas genitais externas durante algum momento da sua vida. As verrugas genitais externas apresentam um período de incubação de 2 a 3 meses com uma taxa de infeção na ordem dos 64%. Apesar de benignas as verrugas genitais apresentam uma sintomatologia desagradável como prurido, infeção secundária e por vezes sangramento, acabando por representar, do ponto de vista psicológico, uma situação muito stressante para a doente, tornando-se desta forma uma patologia de elevada morbilidade. O seu pico de incidência ocorre em idades compreendidas entre os 16 e os 25 anos, tal como para outras infeções de transmissão sexual (Garland; et al, 2006).

2.1.5 HPV e Carcinogénese

A infeção persistente por HPV de alto risco é condição necessária, mas não suficiente, para o desenvolvimento do CCU, estando presente DNA viral em 99% dos casos (Longworth; et al, 2004). A progressão para CCU passa por 4 fases distintas. A primeira fase será a infeção por HPV, a segunda etapa a persistência viral, a terceira a multiplicação de células persistentemente infetadas e por fim a invasão celular. Como já referido, poderá ocorrer a regressão da infeção ou mesmo da lesão pré-cancerosa. As mulheres que desenvolvem infeção persistente apresentam diferentes graus de risco de desenvolvimento de lesões pré-cancerosas ou mesmo de doença invasiva, como é o caso do CCU (Ventura; et al, 2008).

A progressão para lesão pré-cancerígena acontece numa altura ainda indefinida, sabendo-se no entanto que acontece devido a uma disrupção do gene *E2* e consequente desregulação da expressão de *E6* e *E7* cujo resultado é uma expressão exagerada destas proteínas na lesão epitelial. São

portanto consideradas as oncoproteinas primárias (Doorbar, 2006). Caso exista uma "rotura" na *ORF* do gene *E2* o genoma do HPV é integrado no genoma da célula hospedeira, levando inevitavelmente à diminuição da expressão de *E2* e consequentemente as proteínas *E6* e *E7* passam a sobreexpressar (Bragagnolo; et al, 2010). Os viriões penetram no tecido epitelial e infetam as células estaminais epiteliais que se encontram na camada basal celular epitelial. As oncoproteínas *E6* e *E7* associam-se a fatores supressores de tumor, sendo que *E6* associa-se a níveis celulares de p53 (proteína responsável pela apoptose[1] das células infetadas) e *E7* associa-se à proteína do retino-bastoma (pRb) (responsável pelo bloqueio do ciclo celular), com consequente inativação destes fatores. Ocorre aumento dos níveis de *E6* e *E7* cujas proteínas têm a capacidade de induzir a transformação maligna das células infetadas e posterior aumento da proliferação celular. Assim, a célula é induzida a dividir-se continuamente conduzindo à formação de um tumor (Doorbar, 2006).

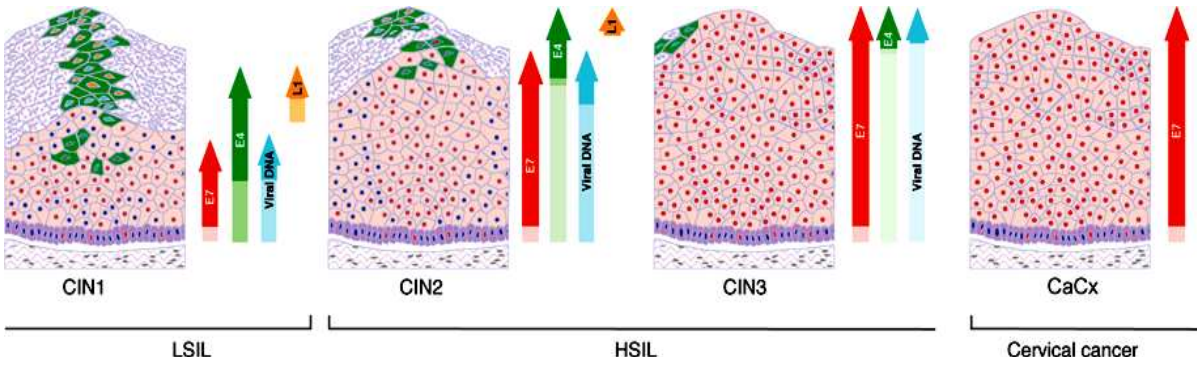

FIGURA 5 - Alterações nos padrões de expressão desde a infeção ao CCU. Fonte: Doorbar, 2006

Durante a progressão para CCU a expressão dos genes virais vai sofrendo alterações (Figura 5). Em CIN 1 (*Cervical Intraepithelial Neoplasia* – Neoplasia Intraepitelial Cervical) (LSIL) o processo é semelhante ao ocorrido em lesões produtivas (representado esquematicamente no lado esquerdo). Em CIN 2 e CIN 3 a progressão é semelhante a CIN 1, no entanto os efeitos tardios são retardados e a produção de viriões infeciosos torna-se restrita a áreas específicas do epitélio superficial. Estas alterações podem ser acompanhadas pela integração de sequências de HPV no genoma celular levando a uma maior desregulação da expressão de *E7* e à perda das proteínas de replicação *E1* e *E2* (Doorbar, 2006).

Outros cofatores estão igualmente envolvidos no processo de carcinogénese, nomeadamente:

[1] Apoptose – Morte celular programada ou "autodestruição celular" que impede uma célula anormal de continuar o seu ciclo e de se transformar em célula cancerosa.

- **Fatores virológicos:**
    - Infeção por múltiplos tipos de HPV
    - Genótipo do vírus. Como já referido os genótipos do HPV 16 e HPV 18 têm um maior potencial oncogénico;
    - Variação molecular intratípica dos HPV de alto risco
    - Integração do DNA
    - Expressão persistente dos transcritos do RNAm dos oncogenes *E6* e *E7*
- **Fatores do hospedeiro:**
    - Polimorfismos da proteína p53 (Gene supressor de tumor)
    - Situações de imunossupressão
    - Antigénio Leucocitário Humano (*HLA - Human Leukocyte Antigen)*
- **Fatores exógenos:**
    - **Multiparidade**

Existe um aumento de risco de persistência viral e consequentemente de CCU em mulheres com maior número de gestações completas, sobretudo quando associado a outros fatores tais como a utilização de contracetivos orais (Bosch; et al, 2006).

- **Contracetivos orais**

Segundo a Organização mundial de Saúde (OMS) 45,3% de um total de 949 mulheres com CCU utilizavam contracetivos orais (WHO/ICO, 2010). Embora ainda pouco consistente, existe uma associação entre o consumo ininterrupto por mais de cinco anos de contracetivos hormonais e a persistência da infeção por HPV. O efeito dose-resposta é linear, tendendo a desaparecer algum tempo depois da cessação dos mesmos. Contudo esta associação foi considerada significativa pelo *Working Group* da Organização Mundial de Saúde (OMS) devendo ser tida em conta no que respeita à saúde pública (Bosch; et al, 2006).

- **Tabagismo**

Existe evidência científica do efeito carcinogéneo do fumo do cigarro nas mulheres com persistência de infeção por HPV (Bosch 2006; Pista; et al, 2011). De entre as 949 mulheres portuguesas diagnosticadas com CCU em 2010, 24,3% eram fumadoras (WHO/ICO, 2010).

- **Imunossupressão e coinfeção com outras doenças sexualmente transmissíveis**

O CCU está incluído nos fatores de risco para síndromes de imunodeficiência humana. Tal como diversos estudos têm sugerido (Sopracordevole; et al, 2012; Dell; et al, 2000), existe evidência científica que comprova a interação entre a infeção por HPV e o VIH (Vírus Imunodeficiência Humana) (Bosch; et al, 2006).

2.1.6 HPV no homem

Em países pouco desenvolvidos, em que os programas de rastreio da infeção por HPV são inexistentes ou deficientemente implementados, a taxa de mortalidade por CCU com origem na infeção por HPV é substancialmente maior do que a apresentada para as neoplasias no homem. Tratando-se de uma infeção de transmissão maioritariamente sexual, a morbilidade associada à infeção por HPV no homem reflete-se inevitavelmente na morbilidade e mortalidade na mulher. A infeção por HPV no homem torna-se desta forma um dado indissociável dos dados recentes no âmbito da mesma infeção na mulher (Palefsky, 2010).

Comparativamente com o CCU a incidência de cancro peniano é substancialmente baixa, sobretudo em países desenvolvidos. A taxa de circuncisão e os comportamentos sexuais são os fatores de risco mais significativos no que respeita à infeção por HPV no pénis (Palefsky, 2010).

No que respeita ao cancro oral, a grande maioria está associada ao consumo de álcool e tabaco. Contudo uma parte substancial está também associada à infeção por HPV e a comportamentos sexuais que conduzam à aquisição do vírus (Palefsky, 2010).

Relativamente ao cancro anal, na população em geral, este apresenta-se raro em comparação com o CCU. Mais comum na mulher do que no homem, o cancro anal é de aproximadamente 1 para cada 100000 habitantes, dependendo mais uma vez dos fatores de risco inerentes. A taxa de incidência do cancro anal a par do CCU tende a aumentar. Homens que praticam sexo com outros homens, indivíduos imunocomprometidos, sobretudo portadores de VIH assim como, no caso da mulher, a implementação dos programas de rastreio (casos notificados), contribuem para este aumento (Palefsky, 2010).

Nos EUA cerca de 7000 novos casos de cancro no homem surgiram em 2011 com origem na infeção por HPV. A grande maioria dos cancros foi na orofaringe (cerca de 5400), de seguida o cancro anal com 1500 novos casos e o cancro do pénis com aproximadamente 300 novos casos (Brady; et al, 2012).

De acordo com um estudo desenvolvido por Castellsagué (1997) é frequente encontrar-se lesões penianas nos parceiros de mulheres diagnosticadas com CCU. A regressão das lesões penianas torna-se significativamente mais difícil se a parceira estiver infetada com o mesmo tipo de HPV (Palefsky, 2010; Castellsagué; et al, 1997). De acordo com Franchesci (2002), diversos estudos vieram demonstrar que companheiros de mulheres com CCU apresentam maior taxa de prevalência de infeção por HPV comparativamente aos companheiros de mulheres saudáveis. Os comportamentos do homem tais como múltiplas parceiras sexuais e o contacto com prostitutas devem ser seriamente considerados enquanto fatores de risco para a infeção por HPV (Palefsky, 2010; Franchesci; et al, 2002).

2.1.7 Transmissão e fatores de risco

Os fatores de risco de infeção por HPV podem ser de origem biológica ou comportamental.

Fatores **biológicos**:

- Inflamação do colo uterino - Conduz geralmente a uma lesão tecidual desencadeando-se ou não uma cascata inflamatória que diminui a imunidade celular e promove a angiogénese. Poderá tornar os tecidos mais suscetíveis a microfissuras aumentando a probabilidade de entrada do vírus (Bosch; et al, 2006).

- Imaturidade do colo uterino - De facto as adolescentes e mulheres jovens-adultas (sobretudo entre os 20 e os 24 anos) apresentam maior vulnerabilidade para a infeção pelo HPV devido às diferenças que se observam nos tecidos do colo do útero. São observadas diferenças biológicas e fisiológicas no epitélio do colo uterino, sendo que nas mulheres jovens adultas existe uma maior predominância de células escamosas, já nas adolescentes as células são sobretudo do tipo colunar e metaplásico ou seja células jovens e "sensíveis" em processo amadurecimento (Medeiros; et al, 2011; Pista; et al, 2012).

- Co-infeção com outros vírus de transmissão sexual (sobretudo Herpes Simplex Tipo 2 e Chlamydia trachomatis) (WHO/IARC, 2007; Clements; et al, 2010; Medeiros; et al, 2011; Pista; et al, 2012).

- Imunodeficiência (Bosch; et al, 2006).

Fatores **comportamentais**:

- Início precoce da atividade sexual;
- Múltiplos parceiros sexuais;
- Parceiros com múltiplos parceiros (WHO/IARC, 2007; Clements; et al, 2010; Pista; et al, 2012; Medeiros; et al, 2011).

O contacto sexual (ou seja contacto epitelial direto, pele e mucosas das regiões vaginal, vulvar, peniana ou anal) é a principal via de transmissão do HPV sendo desde logo possível a infeção num único contacto sexual com um parceiro infetado (WHO/IARC, 2007; Bragagnolo; et al, 2010). O contacto sexual com um parceiro infetado será condição necessária para a transmissão do HPV, não sendo necessária a penetração. A infeção genital por HPV poderá ocorrer através de outras práticas sexuais nomeadamente através da masturbação, sexo oral, anal e utilização de objetos de uso íntimo como por exemplo objetos/dispositivos de utilização sexual (Bosch; et al, 2006).

Em Portugal, uma continuação do estudo CLEOPATRE *(Cervical Lesions Observed by Papillomavirus Types – A Research in Europe)* desenvolvido em 2009 que pretendia avaliar a prevalência de infeção por HPV nas mulheres, teve como objetivo analisar os fatores demográficos, socioeconómicos, clínicos e estilos de vida que poderiam aumentar o risco de infeção por HPV e consequentemente de CCU nas mulheres portuguesas. Os resultados foram semelhantes: 22,3% eram fumadoras; 54,9% já tinham filhos, 89.1% utilizavam contracetivos orais. De referir que 96% das mulheres não tinha história familiar de CCU (Pista; et al, 2012).

Estudos epidemiológicos mundiais que investigam os fatores de risco de infeção genital por HPV têm vindo a demonstrar claramente que os principais determinantes para a infeção por HPV na mulher são: o número de parceiros sexuais; idade em que iniciou a atividade sexual; múltiplos parceiros sexuais e o comportamento sexual dos companheiros. O comportamento sexual do companheiro é tão determinante para a infeção por HPV quanto o comportamento da própria mulher. Por conseguinte o comportamento sexual do homem é considerado um determinante central para a incidência de CCU (WHO/IARC, 2007; Bosch; et al, 2006).

A transmissão não-sexual ou indireta do HPV tem provocado controvérsia entre os diversos estudos efectuados. Este tipo de transmissão está associada a objetos tais como roupas, lençóis, toalhas e instrumentos médicos, assim como pela frequência de piscinas ou saunas. Foi sugerida por diversos estudos, contudo o seu papel na indução de uma infeção não está comprovado cientificamente sendo pouco significativo do ponto de vista estatístico. Alguns estudos têm vindo a demonstrar que a

transmissão do HPV poderá ocorrer de outras formas nomeadamente da mãe para o feto ou no trabalho de parto – transmissão vertical (Bosch; et al, 2006; WHO/IARC, 2007).

A transmissão do HPV não é possível através de transfusão sanguínea uma vez que são necessárias células epiteliais da mucosa ou da epiderme para o vírus poder proliferar (Bosch; et al, 2006).

2.1.8 Manifestações Clínicas

Geralmente a infeção por HPV é assintomática e não localizada. Normalmente não é detetada qualquer alteração no corpo, podendo surgir sintomas tais como prurido, ardor no ato sexual e/ou um corrimento anormal (Medeiros; et al, 2011). As manifestações clínicas desta infeção podem ser organizadas da seguinte forma:

- Forma latente: tal como o nome sugere o vírus permanece latente, não apresentando o seu portador qualquer sinal ou sintoma que permita traçar um diagnóstico. A infeção só é detetável por teste HPV.

- Forma subclínica: a infeção poderá manter-se assintomática ou apenas com alguns sinais ou sintomas inespecíficos. Estes sintomas podem ser prurido, ardor e dor durante o ato sexual.

- Forma Clínica: Já é possível identificar a presença de uma lesão no colo do útero. Poderão surgir lesões benignas como por exemplo condilomas induzidos por HPV 6 ou 11, ou lesões pré-malignas ou malignas induzidas por HPV de alto risco (SPG, 2004).

Os condilomas acuminados ou verrugas genitais aparecem sobretudo na mucosa ou pele onde se deu o contacto com tecido infetado. Apresentam-se sob a forma de saliências carnudas e são mais frequentes na região vulvar, grandes e pequenos lábios. Existe ainda o chamado condiloma gigante ou tumor *Busche Lowenstein* mais característico das regiões anogenital e peniana sendo geralmente tratado cirurgicamente devido à probabilidade de malignizar (SPG, 2004).

Naturalmente que a presença de fatores de risco que aumentem a persistência da infeção por HPV aumentam igualmente o risco de desenvolvimento de lesões pré-cancerígenas no colo uterino. O risco estimado de infeção por HPV ao longo da vida é da ordem dos 50 a 80%, em ambos os sexos (Ventura; et al, 2008).

2.1.9 Diagnóstico

O diagnóstico de infeção por HPV deverá ter em conta a história clínica do utente, o exame físico e exames complementares de diagnóstico. O vírus poderá ser detetado diretamente através de testes

específicos ou poderão ser efetuados exames que permitam a deteção de alterações nos tecidos e células, resultantes de uma possível infeção (SPG, 2011). O processo de diagnóstico passa sobretudo pelo estudo da estrutura do vírus e da sua interação com a célula hospedeira (Carvalho, 2012).

Os métodos moleculares traçam o diagnóstico definitivo de infeção por HPV. Com exceção das verrugas genitais ou condilomas acuminados, as lesões resultantes da infeção por HPV não são detetadas macroscopicamente (SPG, 2011).

Os métodos de pré-diagnóstico podem ter diferentes graus de sensibilidade e especificidade. A sensibilidade de um exame refere-se à probabilidade que esse mesmo exame tem de definir uma infeção, não significando necessariamente que a utente esteja infetada. A especificidade irá aumentar o rigor do método diagnóstico na medida em que permite distinguir, de entre os utentes com suspeita de infeção por HPV, aqueles que de facto estão infetados (Carvalho, 2012).

A periodicidade dos exames de rotina para a deteção da infeção vai depender do método utilizado (SPG, 2011).

A **citologia** convencional ou em meio líquido é o mais comummente utilizado e faz parte dos exames de rotina. Segundo as recomendações europeias (2008) constitui atualmente o método de rastreio preferencial na abordagem clínica primária. A citologia deteta alterações celulares sugestivas de infeção por HPV, sendo preferencial a citologia em meio líquido dado que permite a identificação de outros microrganismos e a utilização de outras técnicas diagnósticas como por exemplo o teste de HPV. Os relatórios relativos aos esfregaços citológicos devem basear-se na classificação descrita no sistema de *Bethesda* de 2001 (SPG, 2011). O sistema de *Bethesda* foi proposto em 1988 para uniformizar os resultados clínicos e retificar determinados conceitos acerca da infeção por HPV. Este sistema foi revisto em 2001 apresentando ligeiras alterações. Pretende descrever alterações citológicas tendo classificado a citologia como um método de “interpretação” ou apenas um “resultado” e não um “diagnóstico” (SPG, 2004).

TABELA 1 – Classificação das lesões pré-malignas do colo. Fonte: SPG, 2004

<table>
<tr><th colspan="2">ANO 1950-1969 (REAGAN)</th><th>ANO 1970-1989 (RICHART)</th><th>ANO 1990-ATUALIDADE (BETHESDA)</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Displasia</td><td rowspan="2">Leve</td><td rowspan="2">CIN 1</td><td>Infeção HPV</td></tr>
<tr><td>LSIL</td></tr>
<tr><td>Moderada</td><td>CIN 2</td><td rowspan="3">HSIL</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Grave</td><td>CIN 3</td></tr>
<tr><td>CIS</td></tr>
</table>

Legenda: CIN 1, 2 ou 3 (Neoplasia Cervical Intraepitelial de grau 1, 2 ou 3; HPV (Virus do Papiloma Humano); LSIL (lesão escamosa intraepitelial de baixo grau;
HSIL (lesão escamosa intraepitelial de alto grau); CIS (Carcinoma in situ).

Dentro da classificação internacional do sistema de *Bethesda* incluem-se as seguintes nomenclaturas, sugestivas de infeção por HPV (Ventura; et al, 2008):

- Células Pavimentosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASC-US - *Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*);
- Células glandulares atípicas, favorecendo neoplasia (AGC - *Atypical glandular cells*);
- Células Pavimentosas Atípicas, não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H - *Atypical Squamous Cells Suggestive of High-Grade*);
- Lesões Pavimentosas Intraepiteliais de Baixo Grau (LSIL - *Low-grade Squamous Intraepithelial Lesions*), que corresponde às displasias ligeiras;
- Lesões Intraepiteliais Pavimentosas de Alto Grau (HSIL - *High-grade Squamous Intraepithelial Lesions*), que corresponde às displasias moderadas e graves/carcinoma *in situ*;
- Adenocarcinoma *in situ* (AIS);
- Cancro invasivo.

Caso se detetem alterações citológicas a sua repetição deverá ser efetuada no mínimo após três meses de forma a dar tempo à regeneração celular completa (SPG, 2011).

A eficácia da citologia depende de diversos fatores nomeadamente o processo de colheita da amostra e a sua interpretação, devendo os laboratórios apresentar mecanismos de garantia e controlo de qualidade. Sendo um procedimento manual e passível de erro humano, a citologia pode

apresentar variações na sensibilidade e apresentar falsos positivos, sendo por isso essencial uma correta monitorização (SPG, 2004; SPG, 2011).

Os **testes de biologia molecular** ou teste HPV identificam a presença do vírus evidenciando o seu DNA. É possível uma quantificação do vírus com rapidez (algumas horas) e elevada sensibilidade e especificidade. O diagnóstico molecular do HPV tem vindo a ser implementado em diversos países do mundo, tendo sido proposto como um exame primário de diagnóstico da infeção por HPV em substituição do teste de papanicolau ou citologia, sobretudo em países cujos programas de rastreio citológico não existem ou estão mal implementados. O teste de HPV apresenta um valor preditivo negativo elevado, ou seja, a proporção de verdadeiros negativos entre todos os indivíduos com teste negativo é elevada e apresenta bom grau de sensibilidade, contudo apresenta um baixo valor preditivo positivo na identificação das mulheres com lesões intraepiteliais de alto grau ou CCU. É como já referido útil na identificação de mulheres com baixo risco de lesões intraepiteliais (Bosch; et al, 2006). Segundo as conclusões da EUROGIN 2010 *(European Research Organisation on Genital Infection and Neoplasia)* relativamente à prevenção do CCU, existe evidência científica de que o teste de HPV pode ser utilizado como rastreio primário em mulheres com idade igual ou superior a 30 anos. Nos países desenvolvidos o mesmo teste demonstrou maior sensibilidade em comparação com a utilização em simultâneo da citologia e a visualização do colo do útero com ácido acético[2] sendo desta forma responsável por uma redução na taxa de incidência e mortalidade por CCU (Franceschi; et al, 2011).

A infeção por HPV é muito frequente nas adolescentes sobretudo após o início da atividade sexual, tendo no entanto uma elevada taxa de regressão (Medeiros; et al, 2011). Como tal e seguindo a reunião de consenso da infeção por HPV de 2011 pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia, o teste de HPVar, perante uma citologia negativa, não deverá ser considerado nesta altura. Antes dos 21 anos o teste HPVar não deverá ser tido em conta na intervenção terapêutica. Como tal, existe o risco de se obter um resultado positivo para o teste de HPV e negativo para a citologia, caso se utilizem em simultâneo. Nestes casos poderá ser necessária investigação dado que aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de CCU. O teste de HPV é o exame preferencial perante uma ASC-US tendo especial interesse em mulheres mais velhas cujo resultado citológico tenha sido uma LSIL (SPG, 2011).

Perante um teste de rastreio positivo é necessário traçar um diagnóstico definitivo com base no estudo histológico. A colposcopia é a técnica escolhida para um diagnóstico de confirmação ou

[2] A acido acético (reagente químico, concentração 2%, alguns usam ate 3%) afasta o muco e melhora a visualização produzindo a coagulação das proteínas – resulta uma região esbranquiçada, pavimentosa.

tratamento de lesões intraepiteliais e do cancro precocemente invasivo do trato genital inferior. Tal como referido, o diagnóstico definitivo é conseguido com toda a informação clínica, colposcópica e resultados laboratoriais tais como as citologias, biópsia, deteção de HPV entre outros (PORTUGAL. MS. ARSN, 2009).

Não são conhecidos quaisquer métodos de tratamento da infeção por HPV. O vírus pode ser eliminado do organismo humano exclusivamente através da ação do seu próprio sistema imunitário. Não existe nenhum medicamento que elimine o vírus, contudo utilizam-se alguns medicamentos de aplicação tópica que eliminam as células infetadas pelo vírus na região vulvar não podendo ser aplicados no epitélio do colo uterino e outros que potenciam a resposta imunitária local. Este tipo de "tratamentos" têm sido usualmente utilizados nas verrugas genitais (Garland; et al, 2006). Perante lesões do colo existem também técnicas cirúrgicas como a conização que tem como objetivo a excisão da lesão na sua totalidade e células adjacentes possivelmente infetadas (SPG, 2011).

2.1.10 Epidemiologia

Os resultados do primeiro estudo epidemiológico de base populacional – realizado em **Portugal** - sobre a prevalência de infeção por HPV nas mulheres (CLEOPATRE) - numa parceria entre o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e a Sanofi Pasteur MSD, foram apresentados em Janeiro de 2010. Este estudo concluiu que, numa amostra de 2326 mulheres entre os 18 e os 64 anos, 28,8% das mulheres entre os 20 e os 24 anos tinham infeção por HPV. Do total da amostra, 19,4% eram HPV-positivo, sendo que a prevalência do HPV foi mais elevada nos grupos dos 18 aos 19 e dos 20 aos 24 anos, com as taxas de 27 e 28,8% respetivamente. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a prevalência do HPV e a idade. A mais baixa prevalência de HPV foi encontrada no grupo etário entre os 60 e os 64 anos. Neste mesmo estudo, em 451 mulheres diagnosticadas com HPV, foram encontrados HPV de alto risco em 76,5% (n=345) dos casos tendo sido os mais frequentes os HPV 16, 31, 51, 52, 58, 59 e 18. A infeção por múltiplos tipos de HPV foi encontrada em 7,1% do total da amostra e em 36,6% das mulheres HPV-positivo (Pista *et al*, 2011).

Nas mulheres HPV-positivo os genótipos de HPV incluídos nas vacinas bivalente (genótipos 16 e 18) e quadrivalente (genótipos 6, 11, 16 e 18) foram identificados em 24,2% e 32,6%, respetivamente. Em 32,6% dos casos HPV-positivo estava presente um tipo de HPV coberto pela vacina quadrivalente. Apenas 2% apresentou um resultado positivo para dois tipos de HPV cobertos pela vacina quadrivalente. Não houve nenhum caso em que se detetassem 3 ou 4 tipos de HPV presentes nesta vacina. Este estudo foi conclusivo: existe uma relação estatisticamente significativa entre a

prevalência de infeção por HPV de alto risco e a idade, sendo os grupos etários mais jovens (18-19; 20-24; 25-29 e 30-39 anos) os mais afetados (Pista *et al*, 2011).

Os resultados de um estudo clínico que pretendia avaliar o perfil e distribuição de infeção por HPV numa população de adolescentes e mulheres universitárias da região norte de Portugal foram publicados em 2011. Este estudo concluiu que numa amostra de 277 mulheres com uma média de idades de 17 anos foram identificados 46 resultados positivos à infeção por HPV. Cerca de 15% das mulheres infetadas iniciou a sua atividade sexual com idade igual ou superior a 16 anos e 29% mantém relações sexuais com 2 ou mais companheiros. A maioria (n=154) não está vacinada, das quais 34 já estavam infetadas. De entre as vacinadas (n=97) apenas 9 estavam infetadas. Os investigadores concluíram também que a infeção por HPV era mais frequente nas estudantes universitárias (24%) comparativamente com não-universitárias (12,8%). Contudo a prevalência de infeção por HPV de alto risco era superior nas não universitárias. Neste estudo foram detetados 19 tipos de HPV: seis de HPV-HR, nomeadamente HPV 16, 18, 31, 45, 56 e 58, dois de possível ou provável risco, entre eles HPV 53 e HPV 66, quatro de HPV-LR, HPV 6, 54, 61 e 89 e sete tipos de HPV de risco indeterminado, HPV 30, 32, 71, 84, 86, 87 e 97. De referir que os HPV mais frequentemente encontrados foram os de alto risco, sendo que o HPV 31 foi encontrado em 15,2% dos casos, seguindo-se o HPV 16 (13,0%), o HPV 53 e o HPV 61 (9,7%) (Medeiros; et al, 2011).

Epidemiologia do Cancro do Colo do útero

Está hoje mais do que estabelecida a relação causal entre a persistência de infeção por HPV e o aparecimento de CCU. O HPV é responsável por 99,7% dos casos de CCU em todo o mundo dos quais mais de 70% são atribuídos aos HPV 16 e 18 (WHO/ICO, 2010). Tal como referido anteriormente, a infeção por HPV é igualmente responsável por outros tipos de cancro anogenital, nomeadamente do ânus, vulva, vagina e pénis. Só em 2011 nos Estados Unidos surgiram 15000 novos casos de cancro em mulheres, 7000 nos homens resultado de infeção por HPV pelos tipos 16 e 18 (Brady; et al, 2012).

Segundo um estudo retrospetivo mundial acerca da distribuição dos genótipos de HPV em doentes com CCU verificou-se que em 2364 mulheres europeias com CCU, 2058 apresentavam positividade para o HPV. Os 8 tipos de HPV mais comuns observados nas mulheres europeias com CCU foram: HPV-16, HPV-18, HPV-31, HPV-33, HPV-35, HPV-45, HPV-52 e HPV-58. Os tipos de HPV de alto risco presentes na maioria das mulheres com CCU foram o HPV-16, HPV-18, HPV-31, HPV-33 e HPV-45. O mesmo estudo revelou que em 2058 mulheres com CCU, 1348 apresentavam infeção por HPV-16. Os tipos de HPV-16, HPV-18 e HPV-45 foram de facto os mais comuns, em cada grupo histológico (carcinoma das células escamosas; adenocarcinoma, adenocarcinoma das células escamosas). No

que respeita aos HPV de baixo risco foram ocasionalmente identificados em infeções isoladas, sendo os mais frequentes (cerca de 90%) os HPV 6 e 11. A maioria das infeções foi resultado de um tipo de HPV isolado (cerca de 93%) (Sanjose; et al, 2010).

Em comparação com mulheres adultas, as adolescentes apresentam um baixo risco de desenvolvimento de CCU. Por outro lado estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de ASC-US e LSIL na sequência da infeção por HPV (Clements; et al, 2010). Portanto, as lesões CIN 1 são de facto mais frequentes nas adolescentes tendo contudo uma elevada taxa de regressão sobretudo nos dois primeiros anos após traçado o diagnóstico. As lesões CIN 2 ocorrem igualmente na população adolescente, contudo são geralmente regressivas. Nestes casos deverá manter-se a vigilância periódica (SPG, 2011). Estudos científicos continuam a apontar baixos níveis de CIN 3 em adolescentes e mulheres jovens mesmo com resultados citológicos anormais (Clements; et al, 2010).

São cerca de 4,64 milhões as mulheres com idades entre os 15 e os 45 anos em risco de desenvolvimento de CCU. Tal como já foi referido, dados estatísticos revelam que em Portugal anualmente são diagnosticadas 949 mulheres com CCU das quais 346 morrem pela doença. Em Portugal o CCU encontra-se em quarto lugar na lista das neoplasias mais frequentes, e em segundo lugar nas mulheres entre os 15 e os 44 anos. No sul da Europa, onde Portugal se inclui, estima-se que 9,2% das mulheres irão desenvolver CCU em algum momento das suas vidas (WHO/ICO, 2010).

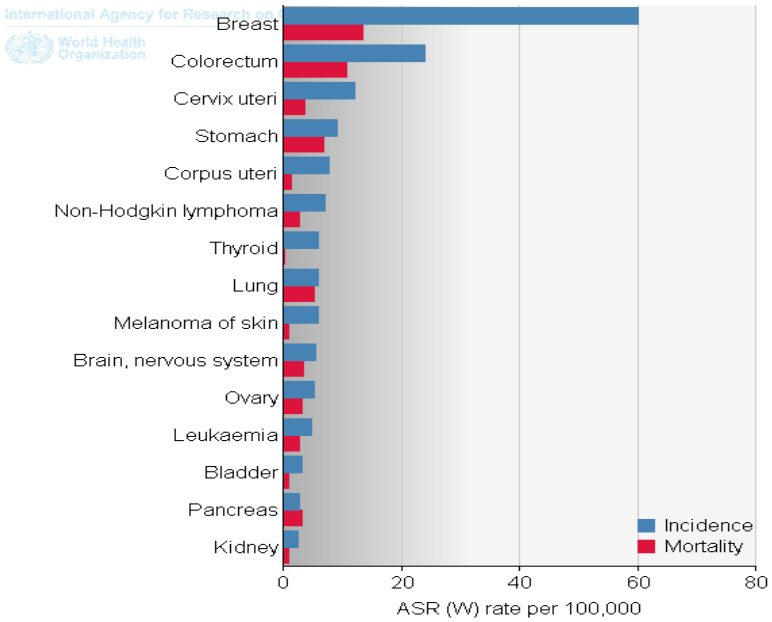

FIGURA 6 – Taxas de Incidência e Mortalidade por cancro nas mulheres. Fonte: WHO-GLOBOCAN, 2008

De facto, a persistência de elevadas taxas de incidência e mortalidade por CCU na vida das mulheres são sugestivas de programas de rastreio mal implementados que deveriam funcionar como moderadores da progressão da doença o mais precocemente possível e em idades mais jovens. Segundo a mesma fonte e de acordo com dados da OMS de 2006 dada a existência de desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na adesão às medidas preventivas são detetadas assimetrias nas taxas de incidência de CCU, que podem variar entre os 8 e os 29,9 por cada 100000 habitantes (Ventura; et al, 2008).

2.1.11 Prevenção

A redução da incidência da infeção por HPV e consequentemente do CCU, só será possível através da adoção de medidas efetivas de prevenção primária e secundária. São consideradas como medidas de prevenção primária da infeção por HPV, todas as medidas que possam ser adotadas antes de o processo patogénico/infecioso se iniciar, tais como: informação/formação e sensibilização das populações para os fatores de risco e medidas preventivas; vacinação contra o HPV integrada no Plano Nacional de Vacinação (PNV) em que, tal como o mesmo o preconiza, deverá ser administrada de forma universal e gratuita; recomendação da vacinação contra o HPV à população não abrangida pelo PNV (Denny; et al, 2006; SPG, 2011).

Tal como referido anteriormente a infeção por HPV afeta as células da camada basal através de microabrasão do epitélio. A abstinência sexual, a circuncisão e a utilização do preservativo, em diversos estudos, constitui um fator de proteção/barreira reduzindo o risco de infeção no homem e parceiras(os) (WHO/IARC,2007; Brady; et al, 2012). Contudo a utilização do preservativo, dado que não protege os genitais externos, que também podem apresentar células infetadas, não confere uma proteção total, já que a transmissão do HPV dá-se pele com pele (Brady; et al, 2012).

A finalidade de um programa de rastreio não se esgota no diagnóstico e/ou resultado mas sim na educação da população para a prevenção da doença e persuasão da mesma para a adesão ao rastreio. Para que um programa de rastreio seja de facto aceitável, acessível e efetivo é imprescindível compreender o contexto sociocultural das populações antes da sua implementação (Garland; et al, 2006). Os fatores socioculturais vão influenciar diretamente o comportamento das populações e desta forma a sua recetividade ao rastreio e à forma como encaram o resultado. A chave para o desenvolvimento de uma intervenção efetiva assenta igualmente na avaliação da perceção do risco e dos níveis de conhecimento das populações acerca da infeção por HPV e CCU. A compreensão das suas atitudes perante situações de risco, a sua aceitação perante um método de "diagnóstico" ou de qualquer programa no âmbito da saúde reprodutiva ou das infeções

sexualmente transmissíveis vão permitir uma adequação dos serviços e dos meios de informação. Em alguns países os fatores socioculturais têm sido problemáticos na adesão ao estudo citológico, sendo muito provável que essa problemática se mantenha na adesão ao teste de HPV (Maloy; et al, 2000; Garland; et al, 2006).

Como tal, a prevenção da infeção por HPV e consequente controlo do CCU deve passar por estratégias integradas que favoreçam as ações de prevenção primária, nomeadamente programas de educação para saúde sexual e reprodutiva e a vacinação, ações de prevenção secundária como por exemplo o rastreio, não esquecendo a prevenção terciária, que garante a continuidade dos cuidados e o acesso aos serviços de saúde (Ventura; et al, 2008).

Pretender-se-ia com os rastreios aplicados à população saudável, diminuir a incidência e a mortalidade, com base numa metodologia organizada e centralizada, de base populacional com mecanismos rigorosos de controlo e garantia de qualidade. Devem igualmente estar previstos o diagnóstico complementar e tratamentos imediatos assim como análises de custo-benefício pré e pós-intervenção, partindo do princípio de que a execução dos programas de rastreio possibilitam uma intervenção na história natural da doença (PON, 2001-2005).

A vacinação

De acordo com a EUROGIN 2008 nunca, na história da vacinação, a recomendação e a introdução de uma vacina no PNV se mostrou tão rápida como aconteceu no caso da vacina contra o HPV. Não obstante, é uma vacina cuja introdução nos programas de imunização de vários países desenvolvidos apresenta alguns desafios, em particular por ser mais dispendiosa do que qualquer outra vacina, por ter como população-alvo jovens adolescentes e por ter como objetivo a prevenção indireta de um cancro para o qual já existe uma estratégia de prevenção secundária eficaz (Franceschi; et al, 2008).

Até ao final do ano de 2007 foram autorizadas para comercialização na União Europeia duas vacinas contra o HPV, sendo que no final do mesmo ano cerca de sete países da UE já tinham integrado a vacina nos respetivos programas de imunização nacional (Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Italia, Espanha e Reino Unido) (Franceschi; et al, 2008).

No final de 2009 mais dez países aderiram à vacinação contra o HPV (Dinamarca, Grécia, Irlanda, Luxemburgo, Noruega, Roménia, Eslovénia, Suécia, Letónia e Holanda). Mesmo em alguns países fora da Europa como por exemplo Austrália, EUA e Canadá, a vacina foi rapidamente implementada. A grande maioria escolheu os 12 anos como a idade ideal para o início do esquema de vacinação, sendo que outros escolheram uma idade compreendida entre os 11 e os 18 anos. As idades de

repescagem também foram diferentes nos diversos países oscilando entre os 16 e os 26 anos (Franceschi; et al, 2008).

Em Portugal a vacinação contra o HPV (vacina quadrivalente-Gardasil®) foi introduzida no PNV em 2008 para a *coorte* de raparigas a completar os 13 anos de idade no respetivo ano. Em 2009 foi iniciada uma campanha de vacinação, com duração de três anos para a repescagem das jovens de 17 anos. A cobertura vacinal (por *coorte* e número de dose) das jovens de ambos os grupos foi avaliada em 2011 alcançando resultados satisfatórios. Verificou-se em todas as idades uma diminuição na adesão à vacinação aquando da administração das terceiras doses, ou seja verificou-se um incumprimento dos esquemas iniciados (Figura 7) (Portugal.MS.DGS, Março 2012; PNV, 2012).

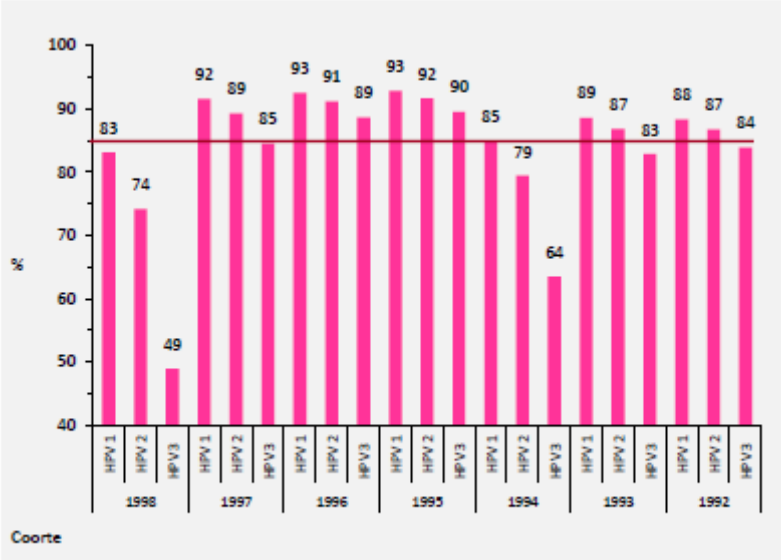

FIGURA 7 – Vacina HPV. Cobertura Vacinal por coorte e número de dose. Avaliação 2011. Fonte: DGS, Março 2012).

A associação entre os programas de rastreio e as campanhas de imunização têm vindo a demonstrar, em diversos estudos, um elevado potencial no que respeita à diminuição das taxas de incidência de uma determinada doença. A vacinação contra o HPV por si só revela-se insuficiente (WHO, 2010). Segundo Franceschi (EUROGIN 2008), admitindo uma cobertura vacinal contra os HPV 16 e 18 de 85% de um determinado grupo de mulheres em que apenas 10% efetuaram o rastreio, obtemos uma percentagem de CCU evitável de 67%, correspondente aos casos de CCU associados aos genótipos em questão (Franceschi; et al, 2008). De facto, os resultados futuros no que respeita à prevenção efetiva da infeção por HPV e CCU incluem inevitavelmente a combinação entre a vacinação em idade precoce e a continuação do rastreio organizado periódico (Bosch; et al, 2006).

A vacinação não confere proteção contra todos os tipos de HPV e, como tal, não previne todos os casos de CCU e de cancros anogenitais (DGS, CI Nº4, 2007). Contudo, a vacinação contra a infeção

por HPV constitui um marco importante, tendo sido a sua aplicação por rotina aconselhada pela OMS a todos os países em que a prevenção do CCU e/ou outro tipo de doenças associadas ao HPV constitui uma prioridade na Saúde Pública (Franceschi; et al, 2008). A vacinação contra o HPV tem portanto resultado em significativos benefícios na saúde pública e ganhos em saúde (Schiffman et al, 2011).

As vacinas

A associação entre a infeção por HPV e cerca de 100% dos casos de tumor maligno associado a um vírus e a taxa de morbilidade e mortalidade associadas levou ao desenvolvimento de duas vacinas. Segundo a Comissão Técnica de Vacinação da DGS é difícil comparar, no que respeita à eficácia e imunidades conferidas, as duas vacinas disponibilizadas no mercado, dado que aquando do seu desenvolvimento estas vacinas tiveram objetivos e metodologias de estudo distintas (Ventura; et al, 2008; Romanowski, 2011)

Em Junho de 2006 foi aprovada, pela *Food and Drug Administration* (FDA) a vacina quadrivalente dos Laboratórios SanofiPasteurMSD (Gardasil®) contra os HPV 6 e 11, 16 e 18, principais genótipos responsáveis pelo desenvolvimento dos condilomas acuminados (verrugas genitais) e pelos cancros do colo do útero, da vulva e da vagina, respetivamente. Posteriormente o *Advisory Committee on Imunnization Practices* (ACIP) do *Center of Disease Control* (CDC) recomendou um esquema vacinal constituído por três doses. Esta vacina foi licenciada em Portugal em dezembro de 2006, ficando disponível para venda em farmácias mediante prescrição médica. Foi oficialmente introduzida no PNV em 20 de Março de 2008 destinada às jovens de 13 anos, tendo como objetivo "*a prevenção de infeções por Vírus do Papiloma Humano e a diminuição, a longo prazo, da incidência do cancro do colo do útero"* (Portugal.MS.DGS, CN nº22, 2008). Atualmente esta vacina é recomendada a raparigas e mulheres entre os 9 e os 45 anos de idade (Castellsagué; et al, 2011) e rapazes entre os 16 e os 26 anos de idade (Giuliano; et al, 2011; AHRP, 2010). Foi permitida a sua administração ao género masculino em 2010, ano em que a FDA dos EUA, baseando-se num estudo de eficácia dirigido aos homens, deu novas indicações no âmbito da prevenção do cancro anal em ambos os sexos. Uma continuação desse mesmo estudo, tendo como população-alvo jovens do sexo masculino com alto risco de infeção por HPV, nomeadamente homens que têm relações sexuais com outros homens, a vacina demonstrou eficácia na prevenção de lesões pré-cancerosas do ânus. Estes estudos contribuíram para a recomendação atual da administração da vacina quadrivalente aos jovens do sexo masculino entre os 16 e os 26 anos de idade cuja eficácia foi efectivamente demonstrada para a prevenção de verrugas genitais causadas pelos tipos cobertos pela vacina (6 e 11) (Giuliano; et al,

2011). Não foram ainda desenvolvidos estudos de proteção pela vacina quadrivalente no âmbito dos cancros da orofaringe ou papilomatose respiratória recorrente (Brady; et al, 2012).

Em Outubro de 2009 foi licenciada pela FDA a vacina bivalente (Cervarix®) dos laboratórios GlaxoSmithKline contra os HPV 16 e 18, responsáveis por cerca de 75% dos casos de CCU. Esta vacina está indicada a raparigas e mulheres entre os 15 e os 25 anos de idade, podendo ser administrada a partir dos 9 anos de idade (Portugal.MS.DGS, CI Nº4, 2007; Ventura; et al, 2008).

Ambas são vacinas profiláticas e não infeciosas, ou seja, induzem a produção de anticorpos neutralizantes contra os HPV incluídos nas vacinas e deverão ser administradas preferencialmente antes do início da atividade sexual (Ventura; et al, 2008). São constituídas por *virus like particles* ou seja partículas semelhantes aos vírus, sendo produzidas por tecnologia de DNA recombinante. Em mulheres sexualmente ativas entre os 16 e os 26 anos de idade, estudos demonstraram que a vacinação previne infeções por HPV nomeadamente infeções persistentes, lesões pré-cancerosas do colo do útero, vulva e vagina, verrugas genitais e CCU (Brady; et al, 2012; Ventura; et al, 2008).

Vários estudos que pretendiam investigar a imunidade e eficácia das vacinas contra o HPV a longo prazo, através da análise do nível de anticorpos neutralizantes dos HPV 16 e 18, concluíram que a vacina bivalente garantia uma imunidade de 8,4 anos e a vacina quadrivalente garantia imunidade por cerca de 5 anos. De acordo com Schiffman *et al* (2011), baseando-se nos recentes e promissores estudos de *coorte* de populações vacinadas, mesmo sem a aplicação de reforços a vacinação primária contra os HPV 16 e 18 poderá garantir proteção durante 10 a 15 anos, refletindo-se nos picos de incidência da infeção, levando a uma forte redução na incidência de lesões pré-cancerosas e proporcionalmente uma redução do cancro (Schiffman *et al*, 2011). Contudo, imunidade a longo prazo não é garantia do sucesso de uma vacina na medida em que geralmente o período de latência entre a infeção por HPV e o cancro, é longo. Como tal uma estratégia de vacinação em idades mais avançadas é de considerar. Constitui uma prioridade em saúde pública garantir a segurança das vacinas a longo prazo, assim como a sua administração durante a gravidez e aleitamento (Schiffman *et al*, 2011).

Um estudo efetuado pela ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública) em Outubro de 2007, a pedido dos Laboratórios GlaxoSmithKline, cujo objetivo seria desenvolver um modelo para avaliação dos efeitos económicos da vacina bivalente Cervarix®, concluiu, através da análise da sensibilidade, que a vacinação contra o HPV quando administrada aos 12 anos evita em 91,7% os casos de CCU e 91,8% de mortes por CCU (Figura 8) (Pereira *et al*, 2007).

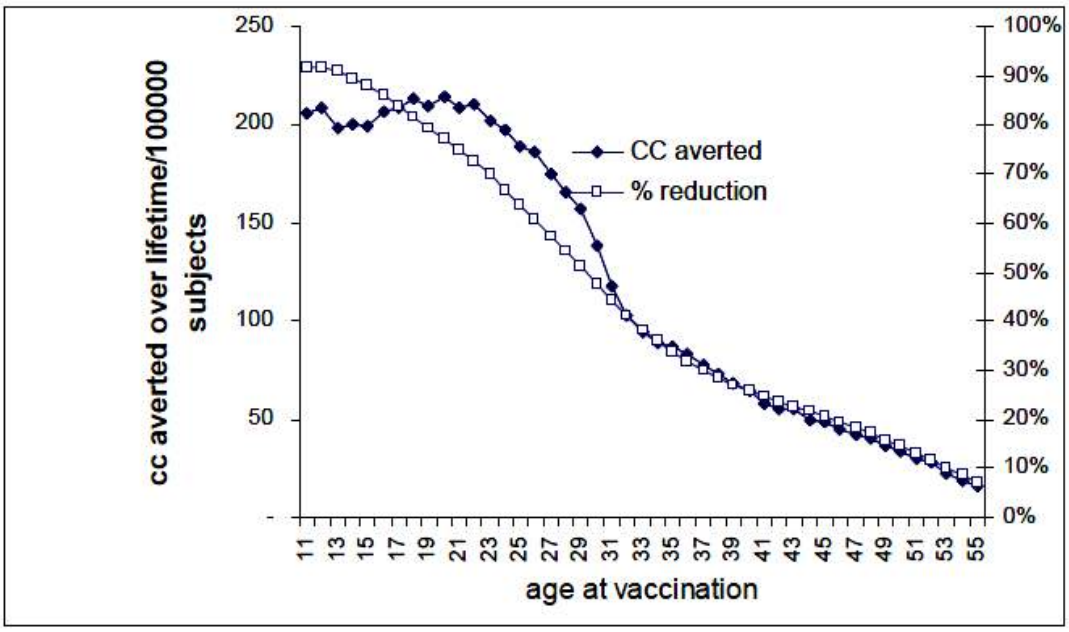

FIGURA 8 – Efeito da idade de vacinação na prevenção de casos de CCU (CC=CCU=Cancro do Colo do Útero). Fonte: Pereira *et al*, 2007).

De referir que ambas as vacinas comercializadas têm vindo a demonstrar elevada eficácia e excelentes benefícios para a Saúde Pública. A escolha por uma ou outra das vacinas disponíveis no mercado passa muito por aspetos comerciais sendo pouco significativa no âmbito da Saúde Pública (Schiffman *et al*, 2011).

De acordo com Hinman (1999) diversos estudos de avaliação económica das vacinas têm demonstrado ao longo dos anos que a imunização da população constitui um excelente investimento (Hinman, 1999; Pereira; et al, 2007; Ventura; et al, 2008). Contudo, o custo de qualquer das vacinas contra o HPV tem vindo a representar o maior obstáculo para a sua implementação nos restantes países, existindo uma evidente correlação entre a conjuntura socioeconómica dos países e a implementação de programas de imunização organizados. Os custos de um programa de imunização incluem não só as vacinas como também a sua administração, os custos associados a possíveis efeitos adversos e os custos de eventuais programas de educação da população (Hinman, 1999). A maioria dos países que iniciou a vacinação contra o HPV no âmbito de um programa de imunização apresenta um índice de desenvolvimento humano (IDH) igual ou superior a 0.9. Nos países com baixo IDH a ausência de um programa de imunização nacional reflete-se nos elevados índices de mortalidade por CCU. Mesmo na Europa a vacinação contra o HPV não está a chegar a todas as mulheres que beneficiariam com a vacina e como tal não está a ter o devido impacto na redução de mortes por CCU. A União Europeia, enquanto órgão principal, exerce pouca influência nas decisões

do setor da saúde dos seus Estados Membros, em particular no que respeita aos programas de vacinação, que são da exclusiva competência das autoridades nacionais (Franceschi; et al, 2008).

2.2 Literacia em Saúde

Literacia em saúde é definida pela OMS como o conjunto de "*competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso, a compreenderem e a usarem a informação de formas que promovam e mantenham boa saúde. Literacia em saúde permite que os indivíduos utilizem de forma efetiva a informação que dispõem sendo um fator determinante no empoderamento do indivíduo.*" (WHO, 2009) A literacia em saúde capacita o indivíduo para a toma de decisões fundamentadas relativas à sua saúde, não só em períodos críticos da sua vida como também no seu dia-a-dia. O indivíduo está mais consciente dos determinantes da sua saúde em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização do sistema de saúde e também no contexto político. As pessoas têm maior controlo sobre a sua saúde, maior capacidade para procurar, compreender e assimilar informação e para assumir responsabilidades sobre a sua própria conduta (Portugal.MS.INSA). Assim a literacia em saúde é assumida no novo Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS 2012-2016) como um determinante da saúde (Portugal.MS.DGS, 2012).

Um projeto denominado "Saúde que Conta" desenvolvido em Portugal por um grupo de peritos em diversas áreas resultou da iniciativa de investigação nacional, no âmbito da capacitação do cidadão. Este projeto, da responsabilidade da ENSP e dedicado à literacia em saúde dos portugueses, identificou a baixa literacia em saúde como um fator influenciador dos níveis de saúde da população, da utilização dos serviços de saúde e dos gastos desnecessários nos mesmos. O estudo concluiu igualmente que baixos níveis de literacia em saúde garantem ao indivíduo uma maior suscetibilidade na adoção de comportamentos de risco, resultando daí uma pior condição de saúde e consequentemente uma maior taxa de morbilidade em doenças como a Diabetes, Hipertensão, Obesidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis. O baixo nível de literacia em saúde é apontado como responsável por uma ineficiente utilização dos serviços de saúde, uma utilização inadequada dos recursos nomeadamente no que respeita aos cuidados preventivos (como por exemplo rastreios) e uma menor taxa de vacinação da população (Sakellarides; Sorensen *et al*, 2012).

Ao falarmos de literacia em saúde falamos na aquisição de competências básicas em saúde, em que o indivíduo adota comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, competências enquanto doente, competências enquanto consumidor e competências enquanto cidadão (Sakellarides; Sorensen *et al*, 2012).

Segundo a Direção Geral de Educação "*Educar para a saúde consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam. A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão.*" Em educação para a saúde pretende-se promover alterações positivas nos comportamentos de saúde, ou seja capacitar e reforçar o comportamento voluntário para a promoção da saúde do indivíduo e comunidade.

A **literacia em saúde** baseia-se na interação das aptidões dos indivíduos, adquiridas através da **educação para a saúde** e os respetivos contextos de saúde, o sistema de saúde, o sistema de educação e os fatores sociais e culturais em casa, no trabalho, na escola e comunidade. Deste modo um bom nível de literacia em saúde dependeria dos vários setores. Vai além de um conceito mais estreito de educação em saúde na medida em que tem em conta os fatores ambientais, sociais e culturais em que o indivíduo está inserido, capacitando-o para uma maior consciência dos determinantes da saúde. Estes conceitos tornam-se importantes por exemplo quando nos referimos à promoção da saúde sexual e reprodutiva na mulher. A simples transmissão de informação é insuficiente para a obtenção de **conhecimento**, assim como o conhecimento é insuficiente para um bom nível de literacia em saúde, já que a literacia pressupõe a utilização inteligente desse mesmo conhecimento.

2.2.1 Conhecimentos, atitudes e comportamentos nos jovens

O *Health Behaviour in School aged Children* (HBSC) foi um estudo internacional desenvolvido pela OMS que pretendia criar uma aliança entre grupos de pesquisadores de diversos países do mundo com o objetivo de fazer um levantamento dos determinantes sociais de saúde e bem-estar, ambiente social e comportamentos em saúde na população jovem. Este estudo faz uma recolha de dados a cada quatro anos. Teve a sua raiz em 1982 quando investigadores de Inglaterra, Finlândia e Noruega acordaram desenvolver um protocolo de pesquisa cuja população eram os jovens em idade escolar. No ano seguinte a OMS adotou este modelo criando o HBSC *Study*. Atualmente o HBSC inclui 43 países e regiões em toda a Europa e América do Norte (Currie; et al, 2010).

Os investigadores envolvidos neste estudo, peritos nas diversas áreas tais como medicina, epidemiologia, biologia humana, pediatria, pedagogia, psicologia, saúde pública, sociologia e política, formulam as questões de pesquisa, decidem os métodos a adotar e por fim trabalham em equipa na análise dos dados e na publicação dos resultados (Currie; et al, 2010).

Os comportamentos e atitudes adotados na adolescência perduram geralmente até à idade adulta exercendo influência no âmbito da saúde mental, no desenvolvimento de problemas de saúde,

consumo de tabaco, consumo de álcool, hábitos alimentares e atividade física. O HBSC pretende estudar a população jovem no seu contexto social e familiar com o objetivo de compreender, do ponto de vista individual e coletivo, de que forma estes fatores influenciam os comportamentos e a saúde dos adolescentes. Esta investigação pretende, através de um questionário, recolher informação de diversas áreas tais como as relações dos adolescentes com os seus familiares e pares, a sua perceção do risco no desenvolvimento de problemas de saúde e os seus conhecimentos, comportamentos e atitudes no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (Currie; et al, 2010).

" (…) A acção promotora de saúde deve começar logo nos primeiros anos de escola (…)". Foi com base nesta premissa que o estudo HBSC arrancou em Portugal pela equipa do Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana e Centro da Malária e Doenças Tropicais desde 1998. Pretende estudar igualmente os estilos de vida dos adolescentes dos 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, com uma idade média de 14 anos de ambos os sexos, os seus comportamentos, e problemas nos vários "cenários" da vida (Matos; et al, 2006). No estudo HBSC de 2009/2010 a amostra portuguesa foi constituída por 52,3% de raparigas e 47,7% de rapazes revelando que as raparigas apresentam mais facilidade na adoção inconsciente de atitudes e padrões de comportamento que copiam de outras pessoas ou da sociedade, ou seja uma maior internalização, já os rapazes apresentam mais comportamentos de externalização, tendendo a fugir aos padrões adotados pela sociedade em geral. Este estudo revelou que os adolescentes mais velhos (10ºano) apresentam mais comportamentos de risco e menos comportamentos de proteção, como por exemplo uma boa comunicação com os pais. Verificou-se um pico de risco nos alunos do 8ºano no que respeita aos comportamentos associados à saúde. No que respeita ao uso do preservativo 82,5% dos jovens portugueses afirmam utilizar. Contudo apesar de uma maior utilização de preservativo e de uma maior facilidade dos jovens em comunicar com os pais e/ou professores, os jovens demonstram menos conhecimentos nesta matéria (Currie; et al, 2010).

Este mesmo estudo estendeu-se à população jovem universitária no que respeita aos temas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Dos cerca de 3278 jovens entre os 18 e os 35 anos (30% do sexo masculino) 83,3% iniciaram a sua atividade sexual aos 16 anos e 95,8% utilizou preservativo na sua primeira relação sexual. As jovens mulheres apresentam uma maior preocupação preventiva face aos riscos associados à sexualidade enquanto os homens apresentam uma maior aceitação do risco. No que respeita a comportamentos seguros ou de risco na utilização dos métodos contracetivos nomeadamente o contracetivo hormonal e o preservativo, as mulheres apresentam melhores conhecimentos (Currie; et al, 2010).

Este estudo revelou-se muito importante na determinação dos conhecimentos, comportamentos e atitudes dos jovens face à sua própria saúde, tendo em conta o contexto social e familiar em que estão inseridos. Qualquer estratégia de educação/intervenção junto de uma população deve depender do conhecimento prévio das necessidades da mesma, sendo fundamental conhecer os contextos sociais e familiares e acompanhar a mudança. O sistema de saúde deve igualmente moldar-se às necessidades manifestadas pelos jovens, procurando desta forma criar adultos com um bom nível de literacia em saúde.

2.2.2 Conhecimentos acerca do HPV

Um estudo realizado em 2006 na Austrália com mulheres entre os 18 e os 30 anos demonstrou que grande parte não conhecia os fatores de risco associados à infeção por HPV ou seja não reconheciam as potenciais complicações a longo prazo, demonstrando, no entanto, bom conhecimento relativo à necessidade de realização da citologia e do significado de um resultado anormal. No mesmo ano foi realizado um inquérito por telefone a cerca de 1100 mulheres entre os 18 e os 61 anos com o objetivo de investigar o conhecimento acerca do CCU, citologia e vacinação. 51% sabia da existência do HPV, sendo que a maior parte referiu os *media* como a fonte desse conhecimento. O nível de conhecimento geral destas mulheres foi elevado revelando elevada confiança nos profissionais de saúde, tendo portanto resultados sugestivos da importância do papel destes profissionais no desenvolvimento de programas de educação e promoção da saúde (Garland; et al, 2006).

Apesar dos estudos mais recentes revelarem bons níveis de conhecimento relativo à infeção por HPV as mulheres necessitam de mais informação acerca da infeção genital por HPV nomeadamente sobre as formas de transmissão, métodos de prevenção e deteção, probabilidade de progressão para cancro com ou sem tratamento, infeciosidade dos parceiros, entre outros. Está igualmente pouco clarificada a distinção entre HPV de alto e baixo risco. O papel dos *media* assume novamente elevada importância na medida em que cerca de 90% das comunicações dos *media* não faz qualquer distinção entre os tipos de HPV que causam as verrugas genitais, os tipos de HPV que poderão causar cancro e os tipos de HPV incluídos nas vacinas (Garland; et al, 2006; Pitts *et al*, 2010).

3 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação é o ponto de partida de um projeto. Contudo não é por si só suficiente para o concretizar. É necessário, através da pesquisa de trabalhos científicos de mérito, averiguar se a questão já foi respondida e em que contextos. A questão de investigação deverá ser reformulada e aperfeiçoada consoante o que já foi investigado e afirmado, as publicações existentes e de acordo com os modelos e teorias de que dispomos. É necessário garantir que o acesso à amostra e ao contexto da investigação é, em termos burocráticos, facilitado e se a recolha de dados é viável, mantendo a qualidade interna e externa do desenho da investigação ou seja garantir a operacionalização das variáveis, as condições adequadas para a recolha de dados e respeitando os prazos pré-definidos. Definida a questão de investigação é pertinente averiguar se a investigação não viola aspetos éticos básicos e se as autorizações para a implementação das mesmas são viáveis (Ribeiro, 2010).

A questão de investigação do presente trabalho de projeto surgiu empiricamente no exercício da profissão de enfermagem (Serviço de vacinação dos Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas - SAMS-SBSI) onde é frequente lidar com raparigas e rapazes de diversas faixas etárias que se dirigem ao serviço para a administração da vacina contra o HPV. Fazendo parte da profissão de enfermagem o ensino ao utente com vista à sua independência e autocuidado, aquando da vacinação contra o HPV é prestada informação às jovens acerca da infeção por HPV, sendo assegurado que a jovem é esclarecida em relação à cobertura vacinal e às medidas preventivas da infeção por HPV. São igualmente esclarecidas todas as questões que a jovem colocar. As lacunas de informação/formação das jovens foram evidentes e após alguma pesquisa do estado da arte surgiu a questão de investigação:

Que conhecimentos têm as jovens entre os 15 e os 19 anos, relativamente à infeção por HPV?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Determinar/Avaliar o nível de conhecimentos de jovens do género feminino relativamente à infeção por HPV.

4.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar o conhecimento geral das jovens acerca do HPV;
2. Caracterizar o conhecimento no que respeita às formas de transmissão do HPV na região genital;
3. Caracterizar o conhecimento no que respeita às manifestações clínicas da infeção genital por HPV;
4. Caracterizar o conhecimento acerca da prevenção da infeção genital por HPV;
5. Avaliar o conhecimento acerca da relação entre HPV e CCU;
6. Verificar a existência de necessidades de formação na população em estudo;

5 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A investigação científica é um processo que permite solucionar problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos reais. É um método particular de aquisição de conhecimentos, um processo ordenado e sistemático de encontrar respostas, para questões que necessitam de uma investigação. A investigação permite descrever, explicar e predizer factos, acontecimentos ou fenómenos. Está intimamente ligada à teoria, dado que esta é parte integrante do seu desenvolvimento, quer seja para a produzir, quer seja para a verificar.

Por sua vez, a teoria potencia a compreensão dos fenómenos estudados pela investigação e esta nova compreensão conduz à análise de outros problemas. Esta interligação entre a teoria e a investigação suporta todo o processo científico.

Desta forma, a investigação científica é em primeiro lugar um processo sistemático, que permite examinar fenómenos a fim de obter respostas para questões concretas, que merecem uma investigação. Este processo comporta certas características inegáveis, entre as quais ser sistemático e rigoroso, levando à aquisição de novos conhecimentos.

Todas as definições de investigação deixam entender que esta permite criar novos conhecimentos quer pelo desenvolvimento da teoria, quer pela verificação da mesma.

Desta forma, conforme a abordagem de investigação escolhida, assim adotamos a definição que melhor se adapte às nossas preocupações e planificaremos um método apropriado para a obtenção das respostas às nossas questões (Fortin, 1999).

5.1 Tipo de estudo

De acordo com a questão de investigação colocada, o presente estudo enquadra-se no domínio da **investigação quantitativa**. Será um estudo descritivo do tipo observacional e transversal, com abordagem de análise quantitativa (Ribeiro, 2010).

5.2 População objeto do estudo

Sendo que a população alvo é constituída por todos os elementos que satisfazem os critérios de seleção pré-definidos e para os quais o investigador faz generalizações, a população alvo deste

estudo são todas as jovens do género feminino entre os 15 e os 19 anos de Portugal, distrito de Lisboa (Ribeiro, 2010).

5.3 Amostra

Pela impossibilidade de estudar todas as jovens com as condições acima descritas e de forma a garantir que a amostra é representativa da população objeto de estudo, será definido um número representativo de escolas do distrito de Lisboa abrangendo instituições de ensino público e privado, de meios socioeconómicos e culturais distintos e onde poderemos obter um número de participantes adequado a esta investigação.

A amostra deverá ser caracterizada de acordo com o ano letivo e o curso escolhido, conforme representado na tabela 1, e de acordo com a idade e o ano letivo que frequentam (tabela 2). Estes dados permitem conhecer melhor a amostra e aferir a sua representatividade em relação à população do ensino secundário, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. Será portanto um processo de amostragem aleatório estratificado, sendo os estratos definidos pelos anos e cursos.

TABELA 2 – Caracterização da amostra de acordo com os diferentes cursos e anos letivos.

Curso	**Ano letivo**			
	10º Ano	11º Ano	12ºAno	Total
Ciências e Tecnologias				
Ciências Socioeconómicas				
Línguas e Humanidades				
Artes Visuais				
Profissionais				
Total				

TABELA 3 – Caracterização da amostra de acordo com a idade e ano letivo.

Ano letivo	**Idades**					
	15	16	17	18	19	Total
10º Ano						
11º Ano						
12ºAno						
Total						

Foram definidos como critérios de inclusão:

- Género feminino;
- Idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos;
- Alunas inscritas no ensino secundário, dos cursos e anos das escolas selecionadas.

Por questões de logística, especialmente condicionadas pelo tempo de elaboração do trabalho de projeto, será apresentado apenas um estudo piloto que pretende validar toda a metodologia a aplicar futuramente num estudo de maior escala (desde a recolha de dados, inserção, análise e discussão). Assim, no estudo piloto, será utilizada uma amostra de conveniência, formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, tendo em conta os objetivos do estudo, a proximidade com o investigador, a autorização dos encarregados de educação e a vontade das jovens. Este estudo encontra-se apresentado detalhadamente no capitulo 6.

5.4 Materiais e métodos

Apesar de bem definido o desenho da investigação e a intenção da aplicação futura do mesmo, será implementado apenas o estudo piloto (capitulo 6), analisando a viabilidade futura desta investigação através dos resultados do mesmo em comparação com estudos já efetuados.

Os dados obtidos pelo estudo piloto são importantes e ricos em informação não só dos participantes mas também da aplicabilidade do instrumento utilizado (Graça, 2009). Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário (Anexo III). A pesquisa de literatura relacionada com a formulação de questionários e a apreciação dos mesmos por peritos nas diversas áreas revela-se por vezes insuficiente para garantir a viabilidade do mesmo. Assim, com o estudo piloto (capitulo 6) pretende-se simular o procedimento de recolha e tratamento dos dados com o objetivo de reformular/aperfeiçoar, eliminar e/ou acrescentar dados no que respeita ao conteúdo, à forma e à sequência das questões colocadas aos participantes.

O questionário foi elaborado como resultado da vasta revisão bibliográfica efetuada, tanto na área do HPV (incluindo o conhecimento) como em termos metodológicos (construção de questionários). Foi posteriormente analisado em termos de forma e conteúdo por diversos peritos em diversas áreas, tendo em conta os objetivos traçados. Este foi um processo informal, iterativo, de consenso, até obter a aprovação de todos os peritos envolvidos.

Peritos envolvidos na apreciação do questionário:

Orientadora – Professora Doutora Carla Nunes – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa (ENSP / UNL) – Apreciação do questionário e adequação das questões aos objetivos.

Coorientadora – Professora Doutora Ângela Pista – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge - Apreciação do questionário no âmbito teórico e adequação das questões aos objetivos.

Pedopsiquiatra (Infância e Adolescência) – Doutor Fernando Santos – Serviços de Assistência Médico-Social - Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SAMS-SBSI); Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIN); Hospital Beatriz Ângelo – Adequação das questões no âmbito dos aspetos psicológicos e sociais do adolescente.

Professor/Sociólogo (ENSP / UNL) – Professor Doutor Luís Graça - Para apreciação do questionário no que respeita ao seu desenho, redação e aplicação.

Professor (Ensino Secundário) – Professor Benjamin Moucho – Professor de Economia e Matemáticas Aplicadas – Para apreciação empírica e prática das questões colocadas, de acordo com a sua experiência na convivência profissional com adolescentes.

O questionário (Anexo III) é constituído por uma folha de rosto com esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e instruções de preenchimento e 2 secções de preenchimento com um total de 19 questões. A 1ª secção estará dividida em três partes: 1ª parte (8 questões) – para avaliação do conhecimento das jovens acerca da infeção genital por HPV; 2ª parte (4 questões) - para avaliação do conhecimento relativo à vacinação contra o HPV e 3ª parte (3 questões) - para a identificação de fontes de informação e necessidades de formação/informação. A 2ª secção (4 questões) será para a recolha de dados relativa a algumas características individuais das jovens.

Relativamente ao tipo de perguntas o questionário foi organizado da seguinte forma:

⇒ Perguntas de resposta fechada:

- Pergunta Filtro (Q.1)
- Perguntas dicotómicas (Q.4; Q.5; Q.7; Q.8; Q.10; Q.12)
- Perguntas de escolha múltipla (Q.2; Q.3; Q.4; Q.5; Q.6; Q.14)
- Perguntas de nível de informação (Q.2; Q.3; Q.4; Q.5; Q.6; Q.7; Q.8; Q.10; Q.12)
- Perguntas de auto-perceção (Q.13; Q.14)
- Perguntas de opinião (Q.13; Q.15)
- Perguntas 'ratoeira' (Q.5; Q.8; Q.11) (cont.)

⇒ Perguntas de caracterização individual (Q.9; Q.16; Q.17; Q.18) (Graça, 2009)

TABELA 4 – Objetivos específicos e questões correspondentes.

OBJETIVOS	QUESTÕES
Objetivo Geral	**Conhecimento global**
Objetivo Específico 1	**Conhecimento geral** Já tinhas ouvido falar em HPV? (Q.1)
Objetivo Específico 2	**Formas de transmissão** Quais as formas de transmissão deste vírus? (Q.2) Os rapazes também podem ter infeção por HPV? (Q.4) Os rapazes também podem ser portadores assintomáticos? (Q.5)
Objetivo Específico 3	**Manifestações clínicas** De que forma se pode manifestar no meu corpo a infeção por HPV? (Q.3)
Objetivo Específico 4	**Prevenção** Medidas preventivas: Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter a infeção? (Q.6) Vacinação: Considera que a vacina a protege contra(…) (Q.10) Prevenção secundária: Considera a infeção genital por HPV curável? (Q.8) Importância dos exames ginecológicos de rotina. (Q.12)
Objetivo Específico 5	**Relação entre HPV e CCU** Qual a relação entre HPV e CCU? (Q.7)
Objetivo Específico 6	**Necessidades de formação** Considera que a divulgação que existe atualmente sobre o HPV é suficiente? (Q.13) Sobre a infeção por HPV o que gostaria de saber mais? (Q.14) Quais os meios que para si são mais adequados para a divulgação deste tema? (Q.15)

Após ultrapassadas as formalidades no que respeita a autorizações das direções escolares e dos encarregados de educação, as jovens serão convidadas a participar, reforçando a ideia de que a participação é absolutamente voluntária e anónima e que estão garantidas todas as condições de privacidade e confidencialidade dos dados.

Critérios de aplicação:

- Autorizações dos estabelecimentos de ensino;
- Autorização prévia dos encarregados de educação;
- Aplicação a várias turmas do mesmo ano de forma a abranger mais alunos e garantir que a amostra é representativa (por exemplo área de Ciências e Tecnologias; Ciências Socioeconómicas; Línguas e Humanidades e Artes Visuais);
- Seleção aleatória de turmas. Os professores serão contactados pessoalmente, via *Email* ou por telefone para que o questionário possa ser aplicado em sala de aula durante 10 a 15 minutos antes do início da mesma;
- Os objetivos do estudo e o seu âmbito deverão ser clarificados antes de os alunos iniciarem o preenchimento, assim como deverão ser garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, podendo o educando desistir ou recusar o seu preenchimento a qualquer momento e sem qualquer perjúrio para o mesmo;
- O questionário será distribuído apenas aos alunos do sexo feminino em várias visitas e diferentes dias;
- Após o preenchimento o questionário deverá ser colocado pelo educando em envelope fechado fornecido (Graça, 2009);
- As dúvidas colocadas pelas alunas, relativas ao preenchimento do questionário, serão esclarecidas a qualquer momento pelo investigador;
- Após a recolha dos questionários preenchidos, será distribuido um folheto informativo dando resposta às questões colocadas (Anexo IV).

Análise e tratamento dos dados

Para o tratamento e análise estatística dos resultados foi utilizado o programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20 e o Excel 97-2003. Atendendo à estrutura do questionário foi construída uma base de dados cujas variáveis de operacionalização estão no anexo V.

Os resultados são apresentados em número (n) e percentagem (%) apesar de no estudo piloto (Capitulo 6) não fazerem sentido as percentagens, dada a dimensão da amostra utilizada (perspectiva

pedagógica). Relativamente às variáveis quantitativas, tais como *idade* e *idade de início da atividade sexual*, são apresentadas a média, a moda, a mediana, os valores mínimo e máximo e o desvio padrão (DP). No que respeita às variáveis qualitativas foram criadas tabelas de frequências.

Para as questões relativas às formas de transmissão, manifestações clínicas, prevenção e relação HPV e CCU foram criados indicadores de conhecimento. Estes indicadores foram obtidos através da divisão entre o número de respostas corretas e o total de respostas corretas e incorretas, cujo resultado permitiu determinar, de entre os elementos da amostra que achavam que sabiam a resposta correta, os que efetivamente sabiam (Anexo VII). Para atingir o objetivo geral deste estudo, foi criado um indicador global, através da soma de todos os indicadores a dividir pelo número total dos mesmos, cujo resultado refletiu o nível de conhecimentos acerca da infeção genital por HPV.

Para verificar se existia relação entre as variáveis quantitativas, nomeadamente idades e indicadores de conhecimento, foram utilizados os testes de correlação de *Pearson* ou *Spearman,* consoante a normalidade das mesmas (aferida através do teste de *Kolmogorov-Smirnov Z*). Para verificar se existia relação entre as variáveis qualitativas, ou seja comparações entre frequências, os valores de *p* foram calculados utilizando o teste do Qui-quadrado (χ^2). O valor de $p < 0,05$ foi considerado como estatisticamente significativo (nível de significância de 5%).

A avaliação dos conhecimentos teve por base a seguinte escala percentual, utilizada para avaliação curricular dos conhecimentos no ensino secundário:

TABELA 6 – Escalas de avaliação do conhecimento.

Classificação percentual (%)	Conversão (1 a 5)	Classificação qualitativa
0 - 19	1	Mau
20 – 49	2	Insuficiente
50 – 69	3	Suficiente
70 – 89	4	Bom
90 - 100	5	Muito bom

Adaptado de: Despacho normativo nº 24-A/2012. Diário da República, 2ª série, Nº236, de 6 de Dezembro de 2012 – ver Anexo VI

Com a utilização desta escala pretendeu-se estruturar os diferentes níveis de conhecimento, dado que os resultados são apresentados em percentagem por forma a facilitar a descrição e compreensão dos resultados. Esta escala foi elaborada para os alunos do ensino secundário e como tal está perfeitamente adequada à faixa etária alvo deste estudo.

6 ESTUDO PILOTO

Tal como referido anteriormente, dada a impossibilidade de fazer um estudo de dimensão adequada e tendo em conta a metodologia descrita, foi implementado um estudo piloto com o objetivo de averiguar a validade e exequibilidade da pesquisa numa perspetiva essencialmente metodológica, ou seja descobrir "pontos fracos" e potenciais problemas antes da aplicação da mesma. O estudo piloto serve para testar a viabilidade do desenho do estudo com vista ao seu melhoramento e qualidade. Trata-se de um teste em pequena escala dos procedimentos, materiais e métodos propostos, sendo, de alguma forma uma "miniversão" do projeto de pesquisa. Desenvolvido o instrumento de recolha de dados o estudo piloto irá testar e avaliar o mesmo assim como os procedimentos da pesquisa possibilitando ainda obter e antever resultados. Possibilita oportunidades de aprendizagem através da prática. Permite desta forma uma aplicação futura mais experiente e com uma metodologia mais afinada (Mackey; Gass, 2005).

Reforça-se aqui que os resultados obtidos não são representativos (dada a dimensão da amostra e o processo de amostragem utilizado), sendo apenas apresentados e discutidos por uma questão pedagógica, proporcionando a aquisição de competências, esperadas no âmbito deste mestrado.

6.1 Apresentação do caso – SAMS

Para a sua concretização e de acordo com o tempo disponível para esta tarefa, foram selecionadas 20 adolescentes/jovens, cujos critérios foram semelhantes aos definidos para a amostra com a diferença de que foram jovens que recorreram à COGA (Consulta de Obstetrícia e Ginecologia do Adolescente) e ao serviço de vacinação dos SAMS-SBSI acompanhadas pelos respetivos encarregados de educação, a quem foi solicitada autorização para o preenchimento (Anexo I). A autorização da direção dos SAMS-SBSI foi também concedida por escrito (Anexo II).

Em reunião com a equipa médica e de enfermagem da consulta do adolescente dos SAMS foi apresentado o estudo e respetivos objetivos solicitando a colaboração da equipa na entrega do instrumento de recolha de dados, caso a investigadora não pudesse estar presente. À equipa da COGA foram dadas as seguintes orientações:

- Garantir condições de espaço e iluminação adequados;
- Garantir que a jovem responde de forma isolada, sem a intervenção do encarregado de educação e de nenhum membro da equipa;
- Garantir que o encarregado de educação consulte o questionário antes de a jovem responder, caso este o solicite;
- Garantir que o encarregado de educação assina o documento para consentimento informado;
- Garantir que o questionário seja imediatamente guardado pela jovem em envelope fechado fornecido;
- Guardar autorizações e questionários em envelopes separados (Graça, 2009);
- Distribuição do folheto informativo (Anexo IV).

A análise e tratamento dos dados descrita no subcapítulo 5.4. foi aplicada no presente estudo piloto.

6.2 Resultados

Nenhuma jovem recusou participar neste estudo, assim como nenhum encarregado de educação recusou o consentimento informado. A amostra (n=20) apresenta uma média de idades de 16,8 anos, uma moda de 17, uma mediana de 17, um valor máximo de 19, um valor mínimo de 15 e um desvio padrão de 1,24 (Gráfico 1).

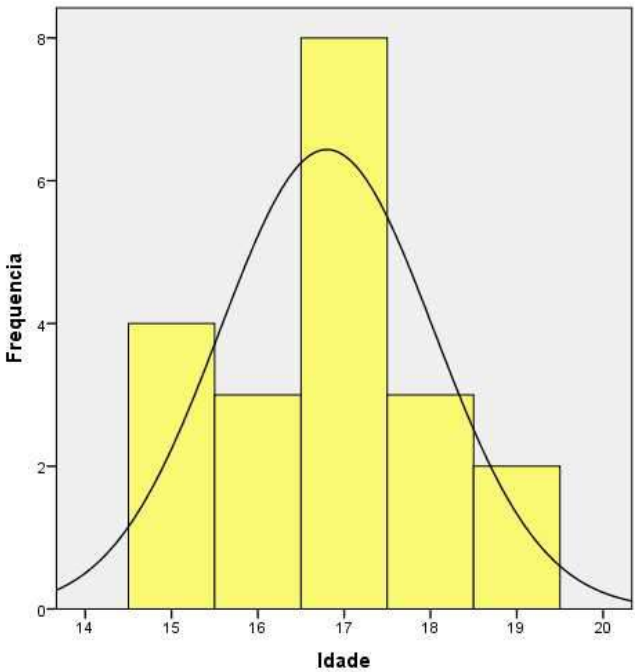

GRÁFICO 1 – Média de idades da amostra em estudo.

Verificou-se que, dos 20 elementos que constituem a amostra, 16 já tinham ouvido falar em HPV. Destes, 9 (45%) já iniciou a atividade sexual com uma média de idades de 16,1 (Gráfico 2). Dos elementos de nunca ouviram falar em HPV (n=4), 3 (15%) já tinham atividade sexual. A moda de idade de início da atividade sexual corresponde aos 16 anos, a mediana corresponde a 16, com um valor mínimo de 14 e máximo de 17 e um desvio padrão de 0,928.

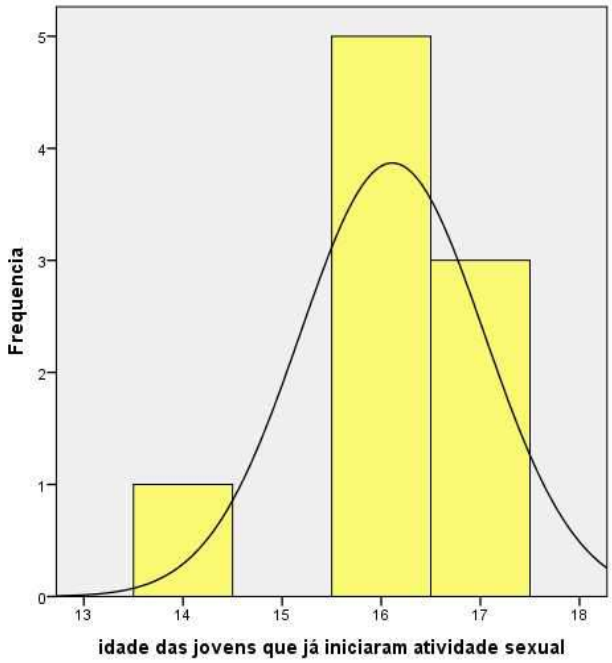

GRÁFICO 2 – Média de idades das jovens que já iniciaram atividade sexual.

Relativamente aos métodos contracetivos, 10 das jovens não utilizam qualquer tipo de método contracetivo, das quais nenhuma iniciou a atividade sexual. A maioria das jovens (n=9; 45%) utiliza o preservativo masculino das quais 4 utiliza a "pílula" (contracetivo oral) em simultâneo. Os restantes métodos contracetivos mencionados (preservativo feminino; anel vaginal contracetivo; adesivo contracetivo e implante contracetivo) não foram selecionados por nenhum elemento da amostra.

6.2.1 Conhecimentos acerca da infeção por HPV

Na primeira questão pretende-se desde logo selecionar as jovens que '*já tinham ouvido falar em HPV*', sendo que cerca de 16 responderam afirmativamente continuando o questionário na questão seguinte. Todas as jovens que '*já tinham ouvido falar em HPV*' (n=16) já tinham sido vacinadas contra o HPV. As jovens que nunca tinham ouvido falar em HPV passaram para a questão 12.

TABELA 5 – Resposta às questões para caracterização do conhecimento das jovens que "já ouviram falar em HPV". [(n=16 (80%)]

	Correcto n (%)	Incorreto n (%)	Não sabia n (%)
HPV - CONHECIMENTO DAS FORMAS DE TRANSMISSÃO			
Quais as formas de transmissão deste vírus?	**44 (39%)**	**45 (40%)**	**23 (21%)**
O HPV pode transmitir-se por via sexual (V)	13 (81%)	2 (13%)	1 (6%)
O HPV pode transmitir-se por contacto de pele (V)	0 (0%)	14 (88%)	2 (13%)
O HPV pode transmitir-se por contacto das mucosas (p.e: boca) (V)	2 (13%)	11 (69%)	3 (19%)
O HPV pode transmitir-se por partilha de toalhas ou roupa interior (F)	9 (56%)	3 (19%)	4 (25%)
O HPV pode transmitir-se por frequência de piscinas ou saunas (F)	10 (63%)	1 (6%)	5 (31%)
O HPV pode transmitir-se por transfusão sanguínea (F)	1 (6%)	12 (75%)	3 (19%)
O HPV apenas se transmite por transfusão sanguínea (F)	9 (56%)	2 (13%)	5 (31%)
Os rapazes também podem ter infeção por HPV? (S)	**3 (19%)**	**10 (63%)**	**3 (19%)**
Os rapazes podem ser portadores assintomáticos ou seja terem uma infeção silenciosa sem qualquer sinal ou sintoma? (S)	**7 (44%)**	**5 (31%)**	**4 (25%)**
HPV - CONHECIMENTO DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS			
De que forma se pode manisfestar no meu corpo a infeção por HPV?	**39 (35%)**	**19 (17%)**	**54 (48%)**
Verrugas genitais (V)	7 (44%)	1 (6%)	8 (50%)
Ardor, dor e corrimento (sinais inespecíficos) (V)	13 (81%)	0 (0%)	3 (19%)
Pouco apetite (F)	8 (50%)	0 (0%)	8 (50%)
Dores de barriga (na região pélvica - útero) (F)	1 (6%)	8 (50%)	7 (44%)
Cansaço (F)	7 (44%)	1 (6%)	8 (50%)
Posso não sentir nada – infeção silenciosa (assintomática) (V)	3 (19%)	3 (19%)	10 (63%)
Perdas de sangue anormais (hemorragias vaginais anómalas) (F)	0 (0%)	6 (38%)	10 (63%)
HPV - CONHECIMENTO DAS MEDIDAS PREVENTIVAS			
Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter ainfeção?	**90 (56%)**	**39 (24%)**	**31 (19%)**
Reduzir o número de parceiros sexuais (V)	10 (63%)	4 (25%)	2 (13%)
Utilizar o preservativo feminino ou masculino (V)	14 (88%)	0 (0%)	2 (13%)
Tomar anticoncepcionais orais (pílula) (F)	11 (69%)	3 (19%)	2 (13%)
Não partilhar objectos de uso íntimo (V)	12 (75%)	2 (13%)	2 (13%)
Evitar o início precoce da vida sexual (V)	7 (44%)	5 (31%)	4 (25%)
Utilizar espermicidas (F)	8 (50%)	2 (13%)	6 (38%)
Utilizar a "pílula do dia seguinte" (F)	14 (88%)	0 (0%)	2 (13%)
Manter cuidados de higiene diários (F)	2 (13%)	14 (88%)	0 (0%)
Abstinência sexual (não ter relações sexuais) (V)	5 (31%)	9 (56%)	2 (13%)
Reduzir ou eliminar os hábitos tabágicos (V)	7 (44%)	0 (0%)	9 (56%)

Legenda: F = resposta correta é 'falso'; V = resposta correta é 'verdadeiro'; S = Resposta correta é 'sim'; N = Resposta correta é 'não'.; HPV (Vírus do Papiloma Humano). (Adaptado de: Bowyer; et al, 2013)

Na questão relativa às **formas de transmissão (Q.2)** (Tabela 5) a maior parte dos elementos da amostra (n=13: 81%) selecionaram a '*via sexual*', sendo que nenhuma jovem considerou o '*contato de pele*' como uma forma de transmissão do HPV. Mais de metade da amostra (n=10; 63%) considerou a '*frequência de piscinas ou saunas*' como uma forma de transmissão do HPV. Globalmente nesta questão, para o total da amostra, contabilizaram-se 44 (39%) resposta corretas, 45 respostas incorretas (40%) e 23 (21%) dos elementos assumiu que não sabia a resposta.

No que respeita à questão *'Os rapazes também podem ter infeção por HPV?'* (Q.4), ainda no âmbito do conhecimento das formas de transmissão, cerca de 10 elementos (63%) selecionaram a resposta incorreta, considerando que a infeção por HPV não acontece no sexo masculino. Este resultado contrasta com a questão – *Os rapazes podem ser portadores assintomáticos (…)?* (Q.5) – à qual sete jovens (44%) respondeu corretamente. Na Q.4 contabilizaram-se 3 respostas corretas (19%), 10 respostas incorretas (63%) e 3 respostas 'Não sei' (19%). Na Q.5 contabilizaram-se 7 respostas corretas (44%), 5 respostas incorretas (31%) e 4 respostas 'Não sei'(25%).

No que respeita ao conhecimento das **manifestações clínicas (Q.3)** (Tabela 5), cerca de 7 (44%) jovens associaram corretamente a infeção por HPV às '*verrugas genitais'* e 13 (81%) às manifestações de *'ardor, dor e corrimento'.* Apenas 3 (19%) selecionaram corretamente a resposta '*posso não sentir nada (infeção silenciosa)',* sendo que, para a mesma alinea, cerca de 10 (63%) assumiu não saber a resposta. Globalmente contabilizaram-se 39 (35%) respostas corretas, 19 (17%) respostas incorretas e 54 (48%) respostas 'Não sei'.

Verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a escolha da resposta '*O HPV pode transmitir-se por frequência de piscinas ou saunas'* relativa às formas de transmissão (Q.2) e a resposta *'Cansaço'* relativa às manifestações clínicas (Q.3) (*p=0,001*). Para as mesmas questões houve igualmente uma relação estatistica significativa entre a escolha da resposta *'O HPV pode transmitir-se por transfusão sanguínea'* e a resposta *'Dores de barriga'* (*p=0,027*) e entre as respostas *'O HPV pode transmitir-se por transfusão sanguínea'* e *'Posso não sentir nada'* (p=*0,037*). Verificou-se também, com um p=0,009, uma relação entre as variáveis *'O HPV pode transmitir-se por contacto das mucosas'* relativa à Q.2 e *'Posso não sentir nada'* relativa à Q.3.

As variáveis cujas relações se revelaram <u>não</u> estatisticamente significativas ou seja com um nível de significância maior ou igual a 5%, não são mensionadas neste estudo piloto.

No âmbito da **prevenção** da infeção por HPV, relativamente à questão 6 – <u>Medidas preventivas (Q.6)</u> (Tabela 5) - cerca de 14 (88%) jovens apontaram corretamente a '*utilização do preservativo masculino ou feminino*' como uma medida preventiva seguindo-se '*Reduzir o número de parceiros sexuais*' com 10 respostas corretas (63%), '*Não partilhar objetos de uso íntimo'* com 12 respostas corretas (75%), '*Evitar o início precoce da vida sexual*' com 7 respostas corretas (45%) e a '*Abstinência sexual*' com 5 respostas corretas (31%). Grande parte da amostra considerou como medida preventiva '*Manter cuidados de higiene diários'* contabilizando-se para esta alínea 14 (88%) resposta incorretas. Contabilizaram-se assim, para a Q.6, 90 (56%) resposta corretas, 39 (24%) respostas incorretas e 31 (19%) respostas 'Não sei'.

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a variável *'O HPV pode transmitir-se por transfusão sanguínea'* relativa às formas de transmissão (Q.2) e a variável *'Abstinência sexual'* relativa às medidas preventivas (Q.6) (p=0,010).

Ainda no âmbito da prevenção, na questão '*Considera que a vacina a protege contra:'* (Q.10), 6 (38%) jovens responderam corretamente considerando que a vacina protege contra '*os tipos de HPV incluídos nas vacinas'* e 10 (63%) consideraram que a vacina protege contra '*o cancro do colo do útero'.* As respostas '*todos os tipos de HPV'* e '*Não sei*' não foram escolhidas por nenhum elemento da amostra.

Na questão '*Considera a infeção por HPV curável?*' (Q.8) (prevenção secundária), cerca de 7 (44%) jovens selecionaram a resposta incorreta considerando que a infeção por HPV é curável, 4 (25%) consideraram que a infeção por HPV é curável '*em alguns casos'* e 3 (19%) admitiram não saber a resposta a esta questão.

Relativamente à Q.12 acerca da importância dos exames ginecológicos de rotina, todos os elementos da amostra (n=20; 100%) consideraram estes exames '*Sempre importantes'.*

No que respeita à questão – '*Qual a relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero?*' (Q.7) – que pretendia avaliar o conhecimento acerca da **relação entre HPV e CCU** cerca de 9 (56%) elementos selecionaram a resposta correta considerando que '*a infeção genital por HPV é um fator de risco para o desenvolvimento de cancro do colo do útero'* e 4 (25%) elementos admitiram não saber a resposta a esta questão. Duas jovens (13%) consideraram que *'a presença de infeção genital por HPV leva inevitavelmente ao desenvolvimento de cancro do colo do útero'*.

O último objetivo específico do trabalho de projeto consistia em verificar a existência de **necessidades de formação** na população alvo. Para tal, no âmbito deste estudo piloto, foram colocadas 3 questões (Q.13, Q.14 e Q.15) respondidas pelo total da amostra (n=20). Relativamente à questão - *'Considera que a divulgação que existe atualmente sobre o HPV é suficiente?'* (Q.13) - todas a jovens (n=20; 100%) responderam '*Não'*. Na questão – '*Sobre a infeção por HPV o que gostaria de saber mais?*' (Q.14) – a maioria das jovens (n=19; 95%) gostaria de saber mais acerca de '*como é que a infeção se manifesta no meu corpo',* seguindo-se '*que tipos de tratamento existem'* (n=17; 85%), '*quais são as consequências desta infeção'* (n=13; 65%), *'como se pode transmitir'* (n=12; 60%), '*como posso saber se tenho ou não a infeção genital por HPV'* (n=11; 55%); '*como me posso proteger'* (n=10; 50%)*, 'o que é'* (n=7; 35%) e por fim '*sobre a vacinação contra o HPV'* (n=2; 10%). Na questão '*Quais os meios que para si são mais adequados para divulgação deste tema?*' (Q.15), 19 (95%) jovens consideraram o '*Estabelecimento de ensino – escola*' um dos mais adequados para divulgação das

temáticas relativas à infeção genital por HPV seguindo-se os '*Profissionais de saúde'* com 17 (85%) respostas, a '*Televisão'* com 14 (70%) respostas, a '*Internet'* com 13 (65%) respostas e por fim os '*Amigos'* com apenas uma (5%) resposta.

Resultados finais – Indicadores

Tal como anteriormente referido foram criados indicadores de conhecimento com o objetivo de quantificar o conhecimento real das jovens que já ouviram falar em HPV (n=16) relativamente às formas de transmissão da infeção genital por HPV, prevenção (medidas preventivas, vacinação e prevenção secundária), relação HPV e CCU e por fim um indicador global conclusivo do conhecimento dos participantes neste estudo piloto. Após observação dos resultados verificou-se que todas as jovens que participaram no estudo estavam vacinadas pelo que a comparação das médias de conhecimento entre *vacinadas* e *não vacinadas* não foi possível de realizar no presente estudo piloto.

É de referir que os valores a serem apresentados não são representativos, dada a dimensão da amostra e devem ser interpretados do ponto de vista pedagógico.

INDICADORES	FORMAS DE TRANSMISSÃO	FORMAS DE TRANSMISSÃO HPV no homem Q.4	FORMAS DE TRANSMISSÃO HPV no homem Q.5	MANIFEST. CLÍNICAS	PREVENÇÃO Medidas	PREVENÇÃO Vacinação	PREVENÇÃO Secundária	RELAÇÃO HPV E CCU	**Indicador Global**
Média	48%	23%	58%	64%	70%	38%	15%	56%	47%
Mediana	50%	0%	100%	67%	70%	0%	0%	100%	48%
Moda	57%	0%	100%	75%	67%	0%	0%	100%	50%
Minimo	0%	0%	0%	25%	29%	0%	0%	0%	7%
Máximo	100%	100%	100%	80%	89%	100%	100%	100%	96%
DP	23%	44%	51%	17%	17%	50%	38%	51%	36%

TABELA 7 – Indicadores de conhecimento – Infeção genital por HPV.

⇒ *Formas de transmissão*

A média de conhecimento das jovens relativamente às formas de transmissão (Q.2) foi de 48% (DP=23%) refletindo assim um nível de conhecimento insuficiente. O conhecimento da existência de HPV no sexo masculino (Q.4) foi igualmente insuficiente com um resultado de 23% (DP=44%). Na Q.5 a média de conhecimento atingiu os 58% (DP=51%), ou seja, foi suficiente.

De acordo com o coeficiente de correlação de *Spearman* verificou-se uma associação estatisticamente significativa moderada entre o indicador de conhecimento acerca do HPV no homem (Q.4) e a variável idade, com 95% de confiança *(p=0.020).* O coeficiente de correlação entre estas variáveis (-0,633) foi sugestivo de que o indicador de conhecimento acerca do HPV no homem

(Q.4) diminui com a idade. De referir que obteve-se um coeficiente de correlação de -0,447 entre a idade de início da atividade sexual e o indicador de conhecimento da presença de infeção assintomática por HPV no homem (Q.5), indicando que o conhecimento da presença de infeção assintomática por HPV no homem, diminui com a idade de inicio da atividade sexual.

⇒ *Manifestações Clínicas*

A média de conhecimento da amostra no que respeita às manifestações clínicas (Q.3) foi de 64% com um desvio padrão de 17%, revelando um conhecimento suficiente nesta temática.

Entre o indicador dos fatores de transmissão e o indicador das manifestações clínicas obteve-se um coeficiente de correlação de *Pearson* de 0,562 indicando que o aumento de um indicador está relacionado com ao aumento do outro.

⇒ *Prevenção*

Dentro do item da prevenção foram calculadas as médias de conhecimento relativas a medidas preventivas, vacinação e prevenção secundária. Na primeira – medidas preventivas (Q.6) – a média de conhecimento foi boa atingindo os 70%; na segunda – vacinação (Q.10) – a média de conhecimento foi de 38%, consideravelmente insuficiente e na terceira – prevenção secundária (Q.8) – 15% foi a média de conhecimento calculada revelando um mau nível de conhecimento.

⇒ *Relação HPV e CCU*

A média de conhecimento da infeção por HPV como um fator de risco de CCU (Q.7) foi de 56% (DP=51%) revelando um conhecimento suficiente nesta temática.

No global o conhecimento da amostra (n=16) acerca da infeção genital por HPV foi insuficiente, com uma média de 47% e um DP= 38%.

Realce-se novamente que dada a dimensão da amostra em análise, não representativa, os valores apresentados não são generalizáveis, são sobretudo resultado de um processo de aprendizagem espetável no âmbito do curso de mestrado. Contudo, a metodologia aplicada neste estudo piloto é válida para análises futuras que testem a relação e a independência das variáveis.

6.3 Discussão

A apreciação/discussão dos resultados deste estudo representa apenas um ensaio ao que poderia ser a sua discussão em larga escala, dado que, tratando-se de um estudo piloto, a dimensão da amostra não permite conclusões generalizáveis à população objeto do estudo. Pretende-se assim testar a metodologia a aplicar futuramente numa perspectiva pedagógica de aquisição de conhecimentos.

Vários estudos foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar o conhecimento das populações acerca da infeção por HPV (Bowyer; et al, 2013; Sopracordevole; et al, 2012; Trim; et al, 2012; Medeiros; et al, 2011; Munsell; et al, 2010; Rama; et al, 2010; Francis; et al, 2010; Pitts; et al, 2010; Vogtmann; et al, 2010; Ragin; et al, 2009; Giuseppe; et al, 2008; Lia; et al, 2006; Wang; et al, 2006; Dell; et al, 2000), vacinação contra o HPV (Bowyer; et al, 2013; Sopracordevole; et al, 2012; Trim; et al, 2012; Tan; et al, 2010; Rama; et al, 2010; Munsell; et al, 2010; Pitts; et al, 2010; Ragin; et al, 2009; Walsh; et al, 2008; Giuseppe; et al, 2008; Lia; et al, 2006) e outros estudos mais direcionados ao conhecimento acerca do CCU (Medeiros; et al, 2011; Francis; et al, 2010; Walsh; et al, 2008). A comercialização e posterior introdução da vacina contra o HPV nos programas de imunização de diversos países constituiu um marco importante para o desenvolvimento da investigação nesta área. A vacinação contra o HPV (frequentemente abordada pelos meios de comunicação como a 'vacinação contra o CCU') abriu um precedente para a investigação no âmbito do conhecimento do vírus, associado ao CCU.

A maioria dos estudos que pretendem avaliar o conhecimento de uma população acerca da infeção por HPV faz a comparação das médias de conhecimento entre os sexos (Sopracordevole; et al, 2012; Medeiros; et al, 2011; Pitts; et al, 2010; Vogtmann; et al, 2010; Dell; et al, 2000), outros estudos entre os elementos que já têm atividade sexual e os que não têm atividade sexual (Wang; et al, 2006), vacinados e não vacinados (Bowyer; et al, 2013). Os diversos estudos são aplicados a adolescentes (Bowyer; et al, 2013; Sopracordevole; et al, 2012; Rama; et al, 2010; Giuseppe; et al, 2008; Wang; et al, 2006; Dell; et al, 2000) e/ou adultos do género feminino e/ou masculino (Bowyer; et al, 2013; Trim; et al, 2012; Medeiros; et al, 2011; Munsell; et al, 2010; Rama; et al, 2010; Francis; et al, 2010; Pitts; et al, 2010; Vogtmann; et al, 2010; Ragin; et al, 2009; Walsh; et al, 2008; Lia; et al, 2006;), em meio rural (Pitts; et al, 2010; Vogtmann; et al, 2010; Lia; et al, 2006; Wang; et al, 2006) e/ou urbano (Bowyer; et al, 2013; Sopracordevole; et al, 2012; Munsell; et al, 2010; Rama; et al, 2010; Francis; et al, 2010; Vogtmann; et al, 2010; Pitts; et al, 2010; Ragin; et al, 2009; Walsh; et al, 2008; Lia; et al, 2006) e em diversas faixas etárias e etnias (Walsh; et al, 2008). Foram igualmente consultados estudos de avaliação do conhecimento entre estudantes da área de saúde (Medeiros; et al, 2011) e profissionais de saúde (Tan; et al, 2010). As características sociodemográficas das

amostras são abordadas de forma mais exaustiva em alguns estudos como por exemplo nível de escolaridade, idade da menarca, antecedentes médicos e cirúrgicos, etc. Muitos estudos foram estrategicamente efetuados antes e/ou depois (Sopracordevole; et al, 2012; Trim; et al, 2012; Munsell; et al, 2010;) da aplicação dos programas de imunização contra o HPV e/ou de campanhas de informação da população acerca da infeção por HPV e outros antes e/ou depois da aplicação dos programas de rastreio do CCU. A generalidade dos estudos baseia-se apenas nas respostas corretas das amostras, atribuindo uma pontuação ou percentagem por cada resposta correta.

No presente estudo piloto tornou-se claro que a nível global o conhecimento acerca da infeção genital por HPV dos elementos da amostra é insuficiente assim como existe um conhecimento limitado em itens mais específicos desta temática. Este baixo nível de conhecimento é consistente com estudos recentes efetuados em jovens (Bowyer; et al, 2013; Vogtmann; et al, 2010; Rama; et al, 2010; Walsh; et al, 2008; Dell; et al, 2000).

Verificou-se uma contradição entre as 3 respostas corretas da Q.4 – '*Os rapazes também podem ter infeção por HPV?* – e as 7 respostas certas da Q.5 – '*Os rapazes também podem ser portadores assintomáticos?'.* A primeira questão é categórica e peremptória. A segunda questão*,* para além da função de avaliação do conhecimento, tem uma função 'rasteira', cujas respostas são sugestivas de que a maioria dos elementos da amostra de facto não tem um bom conhecimento da presença de infeção por HPV no sexo masculino, não obstante os bons resultados obtidos na escolha da '*via sexual'* (n=13; 81%) como uma forma de transmissão. A escolha do preservativo como uma das medidas preventivas por 14 (88%) jovens e a utilização do mesmo como método contracetivo por todas as jovens que já iniciaram atividade sexual (n=9), poderia ser sugestiva de uma boa perceção do risco de infeção por HPV via sexual. Contudo tal como anteriormente referido, o preservativo é uma medida preventiva imperfeita dado que as células infetadas estão presentes nos genitais externos, facto que não é conhecido pelos elementos da amostra. Foi insuficiente o conhecimento de transmissão '*contato de pele'* dado que nenhum elemento da amostra respondeu corretamente a esta opção e apenas 7 (44%) selecionaram as verrugas genitais como uma das manifestações clínicas de infeção por HPV. Estes resultados sugerem que a associação entre as verrugas genitais e a infeção por HPV não é conhecida pelo grupo estudado.

Apenas 3 (19%) selecionaram corretamente a resposta '*posso não sentir nada'* refletindo que a maioria dos elementos não tem a noção de que a infeção genital por HPV pode ser assintomática.

Estas 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. (Sopracordevole; et al, 2012; Bosch; et al, 2006)

Mais de metade da amostra (n=10; 63%) considerou que a vacina contra o HPV é contra o CCU, revelando não só um conhecimento insuficiente relativamente aos HPV presentes nas vacinas, mas também uma perceção do risco de infeção por HPV pós-vacinação eventualmente preocupante e que poderá ser considerado nas futuras campanhas de prevenção. Estes resultados são compatíveis com outro estudo recente (Bowyer; et al, 2013), demonstrando alguma 'confusão' entre infeção por HPV, CCU e proteção conferida pela vacinação. Uma das preocupações da DGS (Ventura; et al, 2008) e também uma das espetativas deste estudo, seria que as jovens vacinadas considerassem que, pósvacinação, os exames ginecológicos de rotina passassem a ser desnecessários. Contudo, neste estudo piloto, 100% (n=20) das jovens considerou os exames ginecológicos de rotina '*Sempre necessários'.* Estes resultados vão de encontro a outro estudo recente (Sopracordevole; et al, 2012), refletindo que as jovens estão conscientes da necessidade de rastreios cervicais periódicos. Não foi possível estabelecer uma comparação entre as vacinadas e as não-vacinadas uma vez que todas as jovens participantes deste estudo piloto já tinham sido vacinadas.

Os resultados à Q.13 e Q.14 – '*Considera que a divulgação que existe atualmente sobre o HPV é suficiente?'* e *'Sobre a infeção por HPV o que gostaria de saber mais?'* – são sugestivos da existência de lacunas de informação na amostra em estudo. Existem diversos estudos cujos resultados refletem a existência de problemas nos meios de informação. Alguns sugerem lacunas de informação nos profissionais de saúde, outros sugerem que, mesmo após consulta de profissionais de saúde os indivíduos procuram informação na internet (Bowyer; et al, 2013; Walsh; et al, 2008). Os meios de informação eleitos pela amostra como mais adequados para divulgação deste tema foram os profissionais de saúde, o estabelecimento de ensino e a televisão. Poderíamos sugerir que os meios de informação escolhidos são os mais credíveis do ponto de vista da população jovem, sugerindo igualmente que a informação prestada pelos mesmos é absorvida de forma imediata e efetiva. É no entanto discutível a influência da informação prestada pelos laboratórios e comunicação social, sendo referida por alguns estudos como errónea e tendenciosa, dado que a vacina é frequentemente referida como a 'vacina contra o cancro do colo do útero' (Bowyer; et al, 2013; Munsell; et al, 2010; Pitts; et al, 2010; Garland; et al, 2006).

No global os resultados contrariaram as espetativas tendo em consideração a oportunidade de vacinação contra o HPV no PNV 2012 e o ensino que deveria acarretar por parte dos profissionais de saúde (Dell; et al, 2000). Deverá constituir uma prioridade a aposta numa comunicação efetiva por parte dos profissionais de saúde a respeito da infeção por HPV, vacinação contra o HPV e CCU em

jovens, sendo preponderante que esta comunicação comece na adolescência, antes do início da atividade sexual. Os estabelecimentos de ensino devem ser encorajados a desenvolver projetos com estas temáticas, devendo ser abordadas não só do ponto de vista individual mas também social e económico. Deverá ser reavaliada a informação disponibilizada pelos estabelecimentos de ensino com a reentruturação do programa curricular e da disciplina de educação sexual no ensino secundário.

7 CONCLUSÕES FINAIS

Sendo que qualquer trabalho de projeto deve ser um compromisso com a sociedade, no sentido da sua desejável utilidade futura, deverão ser assumidas as limitações e as alterações efetuadas ao longo do mesmo. As intenções enquanto investigadora e as condições a que me propus no início deste trabalho foram de facto alteradas sem no entanto comprometer ou desvirtuar a própria investigação. Estou de alguma forma, através deste trabalho, a comunicar com a comunidade científica e como tal o rigor científico do estudo foi igualmente garantido. De facto a intenção inicial deste trabalho de projeto seria a aplicação posterior do instrumento de recolha de dados a uma amostra de dimensões generalizáveis à população objeto de estudo, contudo fatores de ordem temporal e económica impossibilitaram a sua aplicação efetiva. Pretende-se que a elaboração de um estudo piloto permita a continuidade futura da investigação de forma mais segura e madura.

Tratando-se de um estudo piloto os resultados não são generalizáveis, não obstante podemos concluir, através da comparação dos dados deste estudo piloto e os diversos estudos anteriormente referidos, que existem lacunas de conhecimento na população jovem que devem ser tidas em consideração para o planeamento de estratégias de promoção e prevenção mais eficazes. O desenvolvimento de estratégias deve ser feito em colaboração com a sociedade civil por forma a assegurar que as necessidades e o conhecimento das comunidades acompanhem o processo de mudança. Este processo conduz necessariamente ao aumento da literacia em saúde. Tendo em conta este conceito, numa aplicação futura deste projeto e com o objetivo de diminuir alguns vieses, poderia ser acrescentada uma questão ao questionário que permitisse saber quem das questionadas tem um familiar direto que seja profissional de saúde ou quem tenha tido algum familiar com CCU ou infeção por HPV. Poder-se-iam igualmente apresentar os resultados comparativos dos diferentes anos letivos e cursos.

Penso ser inquestionável a quantidade de meios de informação a que os jovens podem aceder, mas altamente questionável é o teor da informação que está a ser transmitida e a forma como é apreendida. Seria crucial a criação de meios de comunicação mais acertivos e adequados á população jovem e a elaboração de protocolos com objetivos adequados a cada faixa etária não só com as escolas mas também com os serviços de saúde, com vista à informação e monitorização do conhecimento acerca da infeção por HPV, CCU e vacinação contra o HPV. As escolas e as instituições de saúde, nomeadamente no âmbito da educação sexual e aquando da vacinação contra o HPV, constituem oportunidades para promoção da saúde e a educação sexual dos jovens e resultam

certamente em ganhos em saúde a curto, médio e longo prazo. O presente estudo piloto questionou as jovens acerca dos meios mais adequados para a transmissão de informação nestas temáticas, sendo igualmente importante, numa aplicação futura do mesmo, questionar as jovens acerca dos meios de informação que mais utilizam, para que desta forma se possa intervir na informação transmitida pelos mesmos.

É fundamental que as futuras campanhas de prevenção se foquem um pouco mais na prevenção da infeção do que na consequência. A noção de ausência de sintomatologia e transitoriedade da infeção deverá ser bem clarificada com vista ao aumento da perceção do risco de infeção e consequentemente à prevenção. Sendo uma infeção de transmissão sexual a infeção por HPV está, segundo alguns estudos fortemente associada ao VIH (Sopracordevole; et al, 2012; Dell; et al, 2000), havendo um desconhecimento de que são apenas necessárias células infetadas da epiderme para que se dê a transmissão. Uma das limitações deste estudo, que penso ser importante assumir devido aos últimos desenvolvimentos da investigação nesta área, foi o facto de não ter sido aplicado no género masculino. Contudo, na fase de desenho do estudo a vacinação contra o HPV não estava ainda recomendada para a população masculina (Giuliano; et al, 2011) e a vacinação contra o HPV no âmbito do PNV estaria a ser aplicada apenas às raparigas, conforme se verifica atualmente. Considero no entanto que o instrumento de recolha de dados foi muito bem recebido quer pelas jovens quer pelos respetivos encarregados de educação, não tendo sido manifestadas quaisquer dificuldades no preenchimento do mesmo nem na interpretação das questões colocadas.

É importante que os indivíduos compreendam a ambiguidade da natureza da infeção por HPV e que se acabe com o estigma envolto na mesma. De facto as manifestações clínicas da infeção são o reflexo de como o sistema imunitário individual responde à infeção, não refletindo necessariamente a conduta sexual passada ou presente. É possível que a infeção por HPV seja transmitida num único contacto sexual, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde disponibilizar mais informação e alertar os utentes para a existência desta infeção em muitos indivíduos sexualmente ativos. (Garland; et al, 2006)

Em suma e, de acordo com o objetivo geral definido, a aplicação futura do presente trabalho de projeto poderia ser direcionada, para além da definida no mesmo (jovens do género feminino do concelho de Lisboa, com idades entre os 15 e os 19 anos) a:

- Adolescentes/jovens de todo o país;
- Indivíduos do sexo masculino;

- Diferentes anos letivos e cursos;
- Vacinados e não-vacinados.

Como já referido, uma das preocupações manifestadas pela DGS (Ventura; et al, 2008) era diminuição da adesão aos programas de rastreio das mulheres vacinadas. Esta preocupação, a confirmar-se num estudo futuro, poderá sugerir uma necessidade de desenvolvimento de uma estratégia de comunicação eficaz no que respeita aos HPV incluídos nas vacinas e à prevenção da infeção por HPV. É importante ponderar o eventual papel dos profissionais de saúde como elementos importantes na literacia em saúde, considerando a oportunidade de vacinação como um eventual momento de informação/formação, constituindo um contacto priviligiado com a sociedade em geral.

Sendo um projeto pronto a ser implementado e adaptável às constantes mudanças a atualizações na área do HPV, o presente estudo piloto pretende constituir um contributo para a continuidade da investigação nesta área. Apesar das recentes conquistas e, do ponto de vista da Saúde Pública, qualquer investimento nesta área de investigação constitui uma mais-valia para a prevenção da infeção por HPV.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALIANCE FOR HUMAN RESEARCH PROTECTION - Merck's HPV Gardasil Vaccine: Risks, Benefits, Marketing_JAMA. 2010. [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://www.ahrp.org/cms/content/view/631/103/

ANDERSSON, Sonia; RYLANDER, Eva; LARSON, Barbro; et al – Types of Human papillomavirus revealed in cervical adenocarcinomas after DNA sequencing - Institut de l\'Information Scientifique et Technique (INIST) du Centre national de la recherche scientifique (CNRS). (2003). p.175-179, Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

BERNARD, Hans-Ulrich; BURK, Robert; CHEN, Zigui; et al – Classification of papillomaviruses (PVs) based on 189 PV types and proposal of taxonomic amendments. Virology. nº 401 (2010), 70-79. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

BOSCH, Xavier; HARPER, Diane - Prevention Strategies of cervical câncer in the HPV vaccine era. Ginecologic Oncology. nº103. (2006). p.21-24. [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://www.eurogin.com/MaJ/2006/ConsensusReport/HPV%20Vaccines.pdf

BOSCH, F. Xavier; QIAO, You-Lin; CASTELLSAGUÉ, Xavier – The epidemiology of human papillomavirus infecyion and its association with cervical cancer - International Journal of Gynecology and Obstetrics, Chapter 2, nº94. (2006). [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://screening.iarc.fr/doc/HPV%20supplement%20-%20chapter%2002.pdf

BOWYER, Harriet L.; MARLOW, Laura A. V.; HIBBITS, Sam; et al – Knowledge and awareness of the HPV and the HPV vaccine among young women in the first routinely vaccinated cohort in England. Vaccine 31 (2013), p.1051-1056. [Consultado em: Fevereiro de 2013] Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X12018233

BRAGAGNOLO, A; ELI, D; HAAS, P. – Papiloma Virus Humano. Rev. bras. anal. clin; nº42. (2010). p.91-96. [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_42_02/rbac_42_02_03.pdf

BRADY, Michael T.; BYINGTON, Carrie; DAVIES H. Dele; et al – HPV Vaccine Recommendations. Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics: Pediatrics 2012. (2012). p.602-605.

CARVALHO, Julio José Máximo – Atualização em HPV, Abordagem Científica e Multidisciplinar. São Paulo, 2012. [Consultado em: Setembro de 2012] Disponínel em: http://www.virushpv.com.br/novo/hpv_pcr.php

CASTELLSAGUÉ, X; MUNOZ, N.; PITISUTTISITH, P.; et al – End-of-study safety, mmunogenicity, and efficacy of quadrivalente HPV (types 6,11,16,18) recombinante vaccine in adult women 24-45 years of age – British Jornal of Cancer. Nº105. (2011). p.28-37. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

CLEMENTS, Aine E.; RAKER, Christina A; COOPER, Amy S.; BOARDMAN, Lori A. – Prevalence and patient characteristics associated with CIN 3 in adolescentes – American Jornal of Obstetrics and Ginecology, nº204. (2010). p.1.e1-1.e7. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

CONTI, Francieli S.; BORTOLIN, Silvia; KULKAMP, Irene C. – Educação e Promoção à Saúde: Comportamento e Conhecimento de Adolescentes de Colégio Publico e Particular em relação ao Papilomavírus Humano – DST J bras Doenças Sex Transm, vol.18. (2006). p.30-35.

CONTREIRAS, Teresa; PAIXÃO, Eleonora; PISTA, Ângela; PAIXÃO, Teresa - HPV - Conhecimentos e prática sobre vacinação na amostra ECOS - Observações (Newsletter). Instituto Nacional Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). Departamento de Epidemiologia. Nº39. (2008). Lisboa. ISSN 0874-2929 Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

COX, Tom; CUZICK, Jack - HPV DNA testing in cervical cancer screening: From evidence to policies. ScienceDirect. Ginecologic Oncology. nº103. (2006). p.8-11. [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://www.eurogin.com/MaJ/2006/ConsensusReport/HPV%20DNA%20Testing%20in%20CC%20Screening.pdf

CURRIE, Candace; ZANOTTI, Cara; MORGAN, Antony; et al – Social Determinants of health and well-being among young people. Health Behavior School Aged Children (HBSC)/WHO Study: International Report. 2009/2010 Survey. [Consultado em: Novembro de 2012] Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf

DELL, DL.; CHEN, H.; AHMAD, F.; STEWART, DE. – Knowledge about human papillomavirus among adolescentes. Obstet. Ginecol. (Nov, 2000). [Consultado em: Novembro de 2012] Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638455/

DENNY, Lynette; SANKARANARAYANAN, Rengaswamy – Secondary prevention of cervical cancer - International Journal of Gynecology and Obstetrics, Chapter 6, nº94, (2006). [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em:http://screening.iarc.fr/doc/HPV%20supplement%20-%20chapter%2006.pdf

DESPACHO Nº 15 846/2007. Diário da Republica (DR), 2ª série, Nº140, 23-07-2007. 20798. [Consultado em: Janeiro de 2013] Disponível em: http://www.dgidc.min-edu.pt/index.php?s=directorio&pid=59

DESPACHO NORMATIVO Nº 24-A/2012. Diário da República, 2ª série, Parte C, Nº236, 06-12-2012. 38904 [Consultado em: Janeiro de 2013] Disponível em:http://dre.pt/pdfgratis2s/2012/12/2S236A0000S00.pdf

DOORBAR, John – Molecular Biology of human papillomavirus infection and cervical cancer. Clinical Science. Nº110. (2006). p.525-541. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

EINSTEIN, Mark H.; BARON, Mira; LEVIN, Myron J.; et al – Comparison of the imunogenicity and safety of Cervarix™ and Gardasil® human papillomavirus (HPV) cervical cancer vaccines in healthy women aged 18-45 years, Human Vaccines, Landes Bioscience. (2009). p.705-719,. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

FDA (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION) - Vaccines, Blood & Biologics - Gardasil Vaccine Safety - Information from FDA and CDC on the Safety of Gardasil Vaccine. USA: FDA. (2009). [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/SafetyAvailability/VaccineSafety/ucm179549.htm

FDA – Cobas HPV Test, Approval letter by Sally Hojvat, Department of Health and Human Services, Public Health Service. Silver Spring: FDA. (2011). [Consultado em: Setembro de 2012] Disponível em: http://www.accessdata.fda.gov/cdrh_docs/pdf10/p100020a.pdf

FONSECA, Maria Dulce Carapinha - Vacina contra o papilomavirus. Boletim do CIM (Centro de informação do medicamento). Nov/Dez 2007. p.1-2. [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc2283.pdf

FRANCESCHI, Silvia; CUZICK, Jack; HERRERO, Rolando; et al – EUROGIN 2008 Roadmap on cervical cancer prevention. (Publication of the International Union Against Cancer). 2009. [Consultado em: Setembro de 2012] Disponível em: http://www.eurogin.com/2008/eurogin_2008_roadmap.pdf

FRANCESCHI, Silvia; DENNY, Lynette; IRWIN, Kathleen L. et al - EUROGIN 2010 Roadmap on cervical cancer prevention. (Publication of the International Union Against Cancer). 2011. [Consultado em: Setembro de 2012] Disponível em: http://www.eurogin.com/2010/roadmap.pdf

FRANCIS, Shelley A.; NELSON, Jennifer; LIVERPOOL, Joan; et al - Examining attitudes and knowledge about HPV and cervical cancer risk among female clinic attendees in Johannesburg, South Africa. Vaccine, Vol. 28. (2010) p.8026-8032. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

GARLAND, Suzanne M.; QUINN, Michael A. – How to manage and communicate with patients about HPV? – International Journal of Gynecology and Obstetrics, Chapter 11, nº94, (2006). [Consultado em: Setembro de 2012] Disponível em: http://screening.iarc.fr/doc/HPV%20supplement%20-%20chapter%2011.pdf

GIULIANO, Ana R.; PALEFSKY, Joel; GOLDSTONE, Stephen; et al – Efficacy of Quadrivalent HPV Vaccine against HPV Infection and Disease in Males. The New England Journal of Medicine. Vol. 364, No.5. (2011). Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

GIUSEPPE, G Di; ABBATE, R.; LIGUORI, G.; ALBANO, L.; ANGELILLO, I. F. – Human Papillomavirus and vaccination: Knowledge, attitudes, and behavioral intention in adolescentes and young women in Italy. Br J Cancer. nº 99. (2008). p.225–229. [Consultado em: Novembro de 2012] Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2480983/

GRAÇA, L. (2009) - Guião para o desenho e redacção de um questionário. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde / Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

HAUSEN, Harald – Papillomaviruses in the causation of human cancers-a brief historical account – Virology (2009). 260-265. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

HINMAN, Alan R. – Economic aspects of vaccines and immunizations. Académie des science. Sciences de la vie/Life Sciences. nº322. (1999) p.989-994. [Consultado em: Novembro de 2012] Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S076444690087198X

JURASKOVA, Ilona; BARI, Royena Abdul; O'BRIEN, Michaeley Therese; et al – HPV Vaccine Promotion: Does Referring to Both Cervical Cancer and Genital Warts Affect Intended and Actual Vaccination Behaviour?. Women's Health Issues Journal, nº21-1 (2011), 71-79. [Consultado em: Novembro de 2012] Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1049386710001180

LIA, Jing; LIC, Lian-Kun; MAD, Jun-Fei; et al – Knowledge and attitudes about human papillomavirus (HPV) and HPV vaccines among women living in metropolitan and rural regions of China. Vaccine 24. (2006). p. 3087-3094.

LONGWORTH, M.S.; LAIMINS, Laimonis, A. – Pathogenesis of Human Papillomaviruses in Differentiating Epithelia. Microbiol. Mol. Biol. Rev. Vol.68. nº2. (2004). p.362-372. [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://mmbr.asm.org/content/68/2/362#ref-list-1

MALLOY, Curt; SHERRIS, Jacqueline; HERDMAN, Cristina – HPV DNA Testing: Technical and Programmatic Issues for Cervical Cancer Prevention in Low-Resource Settings (PATH) – 2000 - [Consultado em: Novembro de 2012] http://www.path.org/publications/files/HPV-DNA-Testing-Issues.pdf

MATOS, Margarida; SAMPAIO, Daniel; EQUIPA DO PROJECTO AVENTURA SOCIAL – Educação Sexual no Contexto Escolar em Portugal: dando voz aos alunos. 2006

MEDEIROS, Rui; TEIXEIRA, Ana Luisa; SILVA, Jani; et al – Oncogenic HPV Types Infection in Adolescents and University Women from North Portugal: From Self-Sampling to Cancer Prevention. Journal of Oncology, Vol.2011. (2011). p.1-8. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

MOSCICKI Anna-Barbara and PALEFSKY, Joel M. – HPV in men: an update – J Low Genit Tract Dis.; vol.15. nº3. (2011). p.231-234.

MUNOZ, Nubia; BOSCH, Xavier F.; SANJOSÉ S.; - Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer – The New England Jornal of Medicine. Nº348. (2003) p.518-527. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

MUNOZ, N.; CASTELLSAGUE, X.; DE GONZALEZ, A.B & GISSMANN, L.. HPV in the etiology of human cancer. Chapter 1. Vaccine, 24 Suppl 3. (2006) S3/1-10. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

MUNSELL, Debra; GRAY, Christina; REED, Jennifer; et al – A study of women and mother's of minor age daugthers knowledge of HPV as well as the attitudes toward the HPV vaccine. The Internet Journal of Academic Physician Assistants. Vol 7. Nº2. (2010). p.1-38 [Consultado em: Dezembro de 2012] Disponível em: http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-academic-physician-assistants/volume-7-number-2/a-study-of-women-and-mothers-of-minor-age-daughters-knowledge-of-hpv-as-well-as-the-attitudes-toward-the-hpv-vaccine.html#sthash.X4xOeYi6.dpbs

MURRAY, M. – PATH - OUTLOOK (Revista) – Avances en la prevención del cancer de cuello uterino: evidencia actualizada sobre la vacunación y la detección. Vol.27. Nº 2. (2010). [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.path.org/publications/files/RH_outlook_27_2.pdf

NOBRE, R.J.; DE ALMEIDA, L.P. & MARTINS, T.C. Complete Genotyping of mucosal human papillomavirus using a restriction fragment length polymorphism analysis and an original typing algorithm. J Clin Virol, nº42. (2008). p.13-21. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

PALEVSKY, Joel M. – Human Papillomavirus-Related Disease in Men: Not Just a Women's Issue – Journal of Adolescent Health, nº46. (2010). p.S12-S19. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

PALEVSKY, Joel M.; GIULIANO, Anna R.; GOLDSTONE, Stephen; et al – HPV Vaccine against Anal HPV Infection and Anal Intraepithelial Neoplasia. The New England Journal of Medicine. Nº365. (2011) p.1576-1585. [Consultado em: Outubro de 2012] Disponível em: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1010971

PATH (Program for Apropriate Technology in Health) – Current and Future HPV Vaccines: Promise and Challenges – USA: PATH, 2006. [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.path.org/publications/files/RH_HPV_vaccines_whitepaper.pdf

PEREIRA J, BARBOSA C, MATEUS C - Análise custo-efectividade e custo-utilidade da vacina contra o Vírus do Papiloma Humano 16 e 18 (CervarixTM) no contexto de rastreio do cancro de colo do útero em Portugal. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2007. Documento não publicado no momento da consulta. Cedido pelo próprio em 2012 via intranet ENSP.

PINTO, Cláudia - Infecção por HPV – Todas as mulheres estão em risco. Prevenir. Março 2010. (manchete) 32-34. [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Imprensa/Clipping/Documents/03032010124701.pdf

PISTA, Angela; OLIVEIRA, Carlos F.; CUNHA, Maria J. et al- Risk Factors for Human Papillomavirus infection among women in Portugal: The CLEOPATRE Portugal Study – Publication of the Interational Journal of Ginecology and Obstetrics (2012), Lisboa, Portugal. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

PISTA, Angela; OLIVEIRA, Carlos F.; CUNHA, Maria J. et al- Prevalence of Human Papillomavirus Infection in Women in Portugal. The CLEOPATRE Portugal Study - Publication of the International

Journal of Gynecological Cancer (2011), Lisboa, Portugal. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Ângela Pista.

PITTS, MK.; HEYWOOD, W.; RYALL, R.; et al – Knowledge of human papillomavirus (HPV) and the HPV vaccine in a national sample of australian men and women. Sex Health. September, 2010. pp: 299-303. [Consultado em: Dezembro de 2012] Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20719218

PON (PLANO ONCOLÓGICO NACIONAL) 2001-2005- N.o 190 — 17 de Agosto de 2001 DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-B

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DA CIÊNCIA. DGE – Inquéritos em Meio Escolar. Lisboa: Direcção Geral de Educação. [Consultado em: Julho de 2012] Disponível em: http://www.dgidc.min-edu.pt/index.php?s=directorio&pid=59

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. DIREÇÃO GERAL DE EDUCAÇÃO (DGE) - Relatório Final do Grupo de Trabalho de Educação Sexual/Saúde (GTES). Lisboa: Direcção Geral de Educação, 2007. [Consultado em: Outubro de 2012] Disponível em: www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/.../educacaosaude/educacaosexual/relatorio_final_gtes.pdf

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE NORTE – Manual de Procedimentos do Rastreio do Cancro do Colo do Útero. Unidades de Patologia Cervical. ARSN. Porto. 2009. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Angela Pista.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Programa Nacional de Vacinação 2012. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: www.dgs.pt

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - – Boletim Vacinação Nº1: PNV Avaliação 2011, Lisboa: Direção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença (DSPCD), Março 2012. Disponível em: www.dgs.pt

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa, 2012. Disponível em: www.dgs.pt

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Programa Nacional de Vacinação (PNV): Introdução da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano – Circular Normativa Nº22/DIR.2008. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2008. [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Vacina contra a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano. Circular Informativa Nº 10/DIR. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2007. [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Vírus do Papiloma Humano - Infecção e Vacinas. Circular Informativa Nº4/DIR. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2007. [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSA (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge) Literacia em Saúde. [Consultado em: Dezembro de 2012] Disponível em: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx

RAGIN, Camille; EDWARDS, Robert; JONES, Jane; et al – Knowledge about Human Papillomavirus and the HPV vaccine – a survey of the general population. Infect Agent Cancer. 4(suppl 1). (2009). p.S10. [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638455/

RAMA, Cristina; VILLA, Luisa; et al – Awareness and knowledge oh HPV, cervical cancer, and vaccines in young women after first delivery in São Paulo, Brazil – a cross sectional study. BMC Women's Health. (2010). [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1472-6874/10/35

ROCHE – FDA Approves Roche's HPV Test for Identifying Women at Highest Risk for Cervical Cancer. Media Release, Abril de 2011. Basel: Roche, 2011. [Consultado em: Setembro de 2012] Disponível em: http://www.roche.com/media/media_releases/med-cor-2011-04-20.htm

ROMANOWSKI, Barbara – Long-term protection against cervical infection with the human papillomavirus: Review of currently available vaccines. Human Vaccines 7:2. (2011) p.161-169. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Angela Pista.

SAKELLARIDES, Constantino; SORENSEN, Kristine; et al – Literacia em Saúde. In Sessão Pública Think Tank, Saúde que Conta, Lisboa, Reitoria da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: 29 de Março de 2012. [Consultado em: Março de 2012] Disponível em: http://www.saudequeconta.org/index.php/site/apresentacao.

SAMPAIO, Daniel; MATOS, Margarida; et al – Educação sexual no contexto escolar em Portugal: dando voz aos alunos. (HBSC/WHO) DGS - [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em:

http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/7D6832DF-82AF-4213-992A-DF426A325226/0/Educacao_sexual_contexto_escolar.pdf

SANJOSE, Silvia; QUINT, Wim G. V.; ALEMANY, Laia – Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study (2010). P.1-9. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Angela Pista.

SHASTRI, Surenda; KETAYUN, Dinshaw; GESTANJALI, Amin; et al – Concurrent evaluation of visual, cytological and HPV testing as screening methods for the early detection of cervical neoplasia in Mumbai, India. (Bulletin of the WHO). nº83. (2005). P.186-194.

SCHIFFMAN, Mark; WACHOLDER, Sholom – Success of HPV vaccination is now a matter of coverage (Comment). Division of Cancer Epidemiology and Genetics, National Cancer Institute. USA: November, 2011. [Consultado em: Julho de 2012] Disponível em: http://www.hsu.is/wp-content/uploads/2011/11/Editorial.pdf

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA - Vacinas contra o HPV: Reunião de Consenso Nacional. Cascais, 2010. [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.spginecologia.pt/uploads/consenso_definitivo.pdf

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA – Consenso Sobre Infecção HPV e Lesões Intraepiteliais do Colo, Vagina e Vulva 2011 – [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.spginecologia.pt/uploads/consenso_definitivo.pdf

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA – Consenso em Patologia Cervico-Vulvovaginal 2004 – [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.spginecologia.pt/uploads/patologia.pdf

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA – Protocolo: Avaliação das doenças genitais associadas ao papilomavírus humano nas mulheres em Portugal. HPV Focus 2010

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PAPILLOMAVIRUS - Info Científicas. 2009. [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.sppv.org/info_ciencia.html

SOPRACORDEVOLE, F.; CIGOLOT, F.; GARDONIO, V.; et al – Teenagers' knowledge about HPV infection and HPV vaccination in the first year of the public vaccination programme – European Journal of Clinical Microbiology. (2012). Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Angela Pista.

STOLER, Mark H.; WRIGHT, Thomas C.; SHARMA, Abha, et al – High-Risk Human Papillomavirus Testing in Women With ASC-US Cytology, Results From the ATHENA HPV Study – American Jornal of

Clinical Pathology. (2011). P.468-475. [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21350104

TAN, J; FARREL, L.; ALLEN, DG. – The attitudes of Australian gynaecologists to HPV vaccination: an ASCCP survey - Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. (2010). Documento cedido por: Professora Doutora Angela Pista.

TRIM, Cristina; NAGDJI, Naushin; ELIT, Laurie; ROY, Katherine – Parental Knowledge, Attitudes, and Behaviours towards Human Papillomavirus Vaccination for Their Children: A Systematic Review from 2001 to 2011 – Obstetrics and Gynecology International. Volume 2012. (2012). [Consultado em: Dezembro de 2012] Disponível em: http://www.hindawi.com/journals/ogi/2012/921236/

VENTURA, Maria Teresa; FREITAS, Maria da Graça; Ministério da Saúde - DGS - Comissão Técnica de Vacinação - Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV). 2008. [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009812.pdf

VILLA, Luisa Lina; DENNY, Lynette – Methods for detection of HPV infection and its clinical utility - International Journal of Gynecology and Obstetrics, Chapter 7, nº94. (2006). [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://screening.iarc.fr/doc/HPV%20supplement%20-%20chapter%2007.pdf

VILLIERS, Ethel-Michele; FAUQUET, Claude; BROKER, Thomas R.; et al – Classification of papilomaviruses, Virology 324. (2004). P.17-27. Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Angela Pista.

VOGTMANN, E.; HARLOW, SD.; VALDEZ, AC.; VALDEZ, JC.; PONCE, EL.; - HPV Knowledge in Mexican college students: implications for intervention programes. Health Soc Care Community. (2010). [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20880104

WALSH, Charlotte; GERA, Aradhana; SHAN, Meeraj; et al – Public knowledge and attitudes towards Human Papilloma Virus (HPV) vaccination. BMC Public Health. (2008). [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/368

WANG, Janet; SIMONI, Patricia; WU, Jing – Human papillomavirus (HPV) in rural adolescent females: Knowledge, protected sex, and sexual risk behaviours. Online Journal of Rural Nursing and Health Care. Vol.6. nº1. (2006). [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.rno.org/journal/index.php/online-journal/article/viewFile/34/163

WETZEL, Caitlin; TISSOT, Abbigail; KOLLAR, Linda M.; et al – Development of an HPV Educational Protocol for Adolescents. Journal Pediatric and Adolescent Gynecology. Nº 20. (2007). 281-287. [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1083318806003494

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). (2008). [Consultado em: Junho de 2012] Disponível em: http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=968

WHO – Health promotion. 7th Global Conference on Health promotion: Track 2: Health Literacy and health behavior. Kenya: October, 2009. [Consultado em: Novembro de 2012] Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/

WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer – Human Papillomavirus and Related Cancers. HPV Information Centre. Portugal, 2010. Disponível em: www.who.int/hpvcentre

WHO/IARC– World Cancer Day 2012: Together it is possible – IARC, February 2012, [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2012/wcd2012_herrero_podcast.pdf

WHO/IARC – Human Papillomaviruses. Working Group 2005. IARC Monographs. 100B. 2007. [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100B/mono100B-11.pdf. Consultado em: Setembro, 2012.

WHO/IARC – IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human Papillomaviruses. Vol.90. (2007). Documento cedido pela co-orientadora: Professora Doutora Angela Pista.

WHO – Weekly epidemiological record – Monitoring the coverage and impact of human papilomavirus vaccine - report of WHO meeting, Geneva: 2010. [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://www.who.int/wer/2010/wer8525.pdf

WRIGHT, Thomas C. Jr.– Pathology of HPV infection at the cytologis and histologic levels: Basis for a 2-tiered morphologic classification system - International Journal of Gynecology and Obstetrics, Chapter 3. Nº94. (2006). [Consultado em: Agosto de 2012] Disponível em: http://screening.iarc.fr/doc/HPV%20supplement%20-%20chapter%2003.pdf

Livros:

CUNHA, Gilda; MARTINS, Maria do Rosário; SOUSA, Ricardo; OLIVEIRA, Filipa F. - Estatística Aplicada às Ciências e Tecnologias da Saúde. 1ªEdição. Lisboa. Lidel Edições Técnicas: 2007. ISBN: 978-972-757-412-4

FORTIN, M. – O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. Loures: Lusociência. 2009.

GILHAM, Bill – Developing a questionnaire – Real World Research. Ed. Continuu. New York, 2000. ISBN 0-8264-4795-3

MACKEY, Alison; GASS, Susan M. – Second Language Research – Methodology and Design. Pag 43-44. New Jersey, 2005. Ed. Routledge. ISBN 0-8058-5602-1.

PEREIRA, Alexandre – SPSS. Guia Prático de Utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia. 7ªEdição. Lisboa. Edições Sílabo: 2008. ISBN: 978-972-618-510-9

RIBEIRO, José Luís Pais - Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde - 3ªEd. Porto: Legis Editora/Livpsic. Junho 2010. ISBN 978-989-8148-46-9. Deposito Legal: 309914/10

Documentos referenciados não consultados:

ALMEIDA, J.D.; ORIEL, J. D.; STANNARD, L. M.; 1969. Characterization of the virus found in human genital warts. Microbios 3, 225-232.

CASTELLSAGUÉ, X; GAHAFFARI, A; DANIEL, RW; et al – Prevalence of penile human papillomavirus DNA in husbands of women with and without cervical neoplasia: A study in Spain and Colombia. J Infect Dis 1997; 176:353-61.

CIUFFO, G. 1907. Innesto positive con filtrato di verruca volgare. Giornale Ital. Mal. Ven. Pelle 48: 12-17.

FRANCESCHI, Silvia; CASTELLSAGUE, X; DAL MASO, L, et al – Prevalence and determinants of human papillomavirus genital infection in men. Br J Cancer 2002, 86:705-11.

HAUSEN, H. 1977. Human papilloma viruses and their possible role in squamous cell carcinomas. Curr. Top. Microbiol. Immunol. 78, 1-30.

PAYNE, J., 1891. On the contagious rise of common warts. Br. J. Dermatol. 3, 185-189.

ROWSON, K.E.K; MAHY, B. W. J.; 1967. Human papova (wart) virus. Bacteriol. Ver. 31, 110-131.

STRAUSS, MJ.; SHAW, EW.; BUNTING, H.; MELNICK, JL..; 1949. Crystalline virus-like particles from skin papillomas characterized by intranuclear inclusion bodies. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 72, 46-50.

9 ANEXOS

9.1 ANEXO I – Autorização/Consentimento Informado dos Encarregados de Educação

Universidade Nova de Lisboa

Escola Nacional de Saúde Pública

Avenida Padre Cruz – 1600-560 Lisboa

Assunto: Dissertação de Mestrado – Vírus do Papiloma Humano (HPV)

Exmo. Sr. Encarregado de Educação,

No âmbito do XII Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública eu, Vanessa Elisabete Caboz Henriques Ribeiro, irei realizar um trabalho de projeto com o tema: **Conhecimento das jovens entre os 15 e os 19 anos: Infeção genital por HPV** sob a orientação da Professora Doutora Carla Nunes docente da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa e co-orientação da Professora Doutora Ângela Pista do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Neste contexto sirvo-me da presente para solicitar a V.Exa que se digne autorizar a sua educanda a responder a um questionário com questões relativas a esta temática, cujo objetivo será a obtenção de respostas que reflitam o nível de conhecimentos das jovens acerca da infeção por HPV.

A participação da utente é absolutamente voluntária e anónima, não havendo no questionário nenhuma questão que a identifique. Todas as respostas são estritamente confidenciais, sendo que ninguém tem acesso às mesmas a não ser o investigador. O questionário será respondido pela jovem em sala de espera, antes da consulta, sem qualquer interferência do investigador, pais ou profissionais de saúde, de forma a garantir a veracidade dos resultados.

Comprometo-me igualmente a aplicar os questionários após receção da autorização de V.Exa., estando ao seu dispor para qualquer esclarecimento. Após aplicação do questionário será distribuído um folheto dando resposta às questões colocadas.

Agradeço desde já a sua colaboração,

Com os meus melhores cumprimentos,

(Vanessa Elisabete Caboz Henriques Ribeiro – vanessa.er@sapo.pt)

Consentimento Informado

Autorizo a minha educanda_____ a responder às questões que lhe serão colocadas no questionário sobre "Vírus do Papiloma Humano" nas condições supra mencionadas (página1).

Lisboa, ____ de _____ de 2012

Assinatura do Encarregado de Educação

(Nome: _____)

9.2 ANEXO II – Autorização dos SAMS-SBSI para implementação do questionário na COGA

Universidade Nova de Lisboa

Escola Nacional de Saúde Pública

Avenida Padre Cruz – 1600-560 Lisboa

CONSELHO DE GERÊNCIA

SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social

Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas

Rua Fialho de Almeida, 21

1070-128 Lisboa

Lisboa, 14 de Junho de 2012

Assunto: Dissertação de Mestrado – Vírus do Papiloma Humano (HPV)

Exmos. Senhores,

No âmbito do XII Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública eu, Vanessa Elisabete Caboz Henriques Ribeiro, enfermeira, a exercer funções no Serviço de Vacinação do Centro Clínico e Ambulatório dos SAMS, irei realizar um trabalho de projeto com o tema: **Conhecimento das jovens entre os 15 e os 19 anos: Infeção genital por HPV** sob a orientação da Professora Doutora Carla Nunes docente da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa e co-orientação da Professora Doutora Ângela Pista do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA).

Neste contexto sirvo-me da presente para solicitar a V.Exas autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados – questionário – na COGA (Consulta de Obstetrícia e Ginecologia do Adolescente) no Centro Clínico e Ambulatório dos SAMS, o qual será dirigido às jovens entre os 15 e os 19 anos (género feminino), após autorização prévia do encarregado de educação, comprometendo-me veemente a respeitar as normas internas do serviço e o seu normal funcionamento.

A escolha da COGA deve-se ao facto de aí recorrerem jovens e pais de diferentes meios, dos pontos de vista social e cultural, o que é sem dúvida um contributo para a representatividade da amostra.

Agradecendo desde já o interesse e disponibilidade de V.Exas., estarei ao dispor nos contactos abaixo mencionados, na expectativa de poder contar com a colaboração dos SAMS nesta investigação.

Grata pela atenção dispensada,

Com os meus melhores cumprimentos,

_____

(Vanessa Elisabete Caboz Henriques Ribeiro)

vanessa.er@sapo.pt – Ext.(Vacinação): 21175

Consentimento Informado

O Conselho de Gerência dos Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS) (Lisboa) autoriza Vanessa Elisabete Caboz Henriques Ribeiro, aluna de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, a aplicar o instrumento de recolha de dados (questionário) referente ao seu trabalho de investigação, na Consulta de Obstetrícia e Ginecologia do Adolescente do Centro Clínico e Ambulatório dos SAMS, sob as condições supra mencionadas.

O Conselho de Gerência

(Nome:_____)

Universidade Nova de Lisboa

Escola Nacional de Saúde Pública

Avenida Padre Cruz – 1600-560 Lisboa

313-12

CONSELHO DE GERÊNCIA

SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social

Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas

Rua Fialho de Almeida, 21

1070-128 Lisboa

Lisboa, 14 de Junho de 2012

Assunto: Dissertação de Mestrado – Vírus do Papiloma Humano (HPV)

Exmos. Senhores,

No âmbito do XII Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública eu, Vanessa Elisabete Caboz Henriques Ribeiro, enfermeira, a exercer funções no Serviço de Vacinação do Centro Clínico e Ambulatório dos SAMS, irei realizar uma dissertação com o tema: **Conhecimento das jovens entre os 15 e os 19 anos: Infeção genital por HPV** sob a orientação da Doutora Carla Nunes docente da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa e co-orientação da Doutora Ângela Pista do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA).

Neste contexto sirvo-me da presente para solicitar a V.Exas autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados – questionário – na COGA (Consulta de Obstetrícia e Ginecologia do Adolescente) no Centro Clínico e Ambulatório dos SAMS, o qual será dirigido às jovens entre os 15 e os 19 anos (género feminino), após autorização prévia do encarregado de educação, comprometendo-me veemente a respeitar as normas internas do serviço e o seu normal funcionamento.

A escolha da COGA deve-se ao facto de aí recorrerem jovens e pais de diferentes meios, dos pontos de vista social e cultural, o que é sem dúvida um contributo para a representatividade da amostra.

Página **1** de **2**

9.3 ANEXO III – Questionário

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

XII CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

O meu nome é Vanessa Ribeiro, sou aluna de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa e pretendo realizar um trabalho de projeto com o tema:

Conhecimento das jovens entre os 15 e os 19 anos:

Infeção genital por Virus do Papiloma Humano (HPV).

O meu estudo tem como objetivo central determinar o nível de conhecimentos das jovens acerca da infeção genital por HPV.

Este questionário, **exclusivamente dirigido a raparigas**, é **anónimo** e **confidencial**, não havendo nenhuma questão que a identifique.

Agradeço respostas sinceras de forma a obter resultados fidedignos.

Leia atentamente as questões antes de responder.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

QUESTIONÁRIO

1ªSECÇÃO – O que sei sobre o Vírus do Papiloma Humano (HPV).

Tal como o nome indica – Vírus do Papiloma Humano (HPV) – este vírus é característico do ser humano e conduz à formação de lesões denominadas ***papilomas****. Existem diferentes tipos de HPV que podem conduzir a diferentes resultados em saúde.*

❖ **1ªParte – Infeção genital por HPV (Vírus do Papiloma Humano)**

1. Já ouviu falar em HPV (Vírus do Papiloma Humano)? *(Assinale com um X a resposta que considera correta)*

   ❒ Sim

   ❒ Não ***(continue o questionário na pergunta 12).***

2. Quais as formas de transmissão deste vírus? *(Assinale com um X em V(verdadeiro), F(falso) ou NS(Não sei)).*

	V	F	NS
O HPV pode transmitir-se por via sexual			
O HPV pode transmitir-se por contacto de pele			
O HPV pode transmitir-se por contacto das mucosas (p.e: boca)			
O HPV pode transmitir-se por partilha de toalhas ou roupa interior			
O HPV pode transmitir-se por frequência de piscinas ou saunas			
O HPV pode transmitir-se por transfusão sanguínea			
O HPV apenas se transmite por transfusão sanguínea			

3. De que forma se pode manifestar no meu corpo a infeção por HPV? *(Assinale com um X em V (Verdadeiro), F (Falso) ou NS(Não sei))*

	V	F	NS
Verrugas genitais			
Ardor, dor e corrimento (sinais inespecíficos)			
Pouco apetite			
Dores de barriga (na região pélvica - útero)			
Cansaço			
Posso não sentir nada – infeção silenciosa (assintomática)			
Perdas de sangue anormais (hemorragias vaginais anómalas)			

4. Os rapazes também podem ter infeção por HPV? *(Assinale com um X a resposta que considera correta)*

   ❒ Sim

   ❒ Não

   ❒ Não sei

5. Os rapazes podem ser portadores assintomáticos ou seja terem uma infeção silenciosa sem qualquer sinal ou sintoma*? (Assinale com um X a resposta que considera correta)*

   ❒ Sim

   ❒ Não

   ❒ Não sei

6. Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter a infeção? *(Assinale com um X em V (Verdadeiro), F (Falso) ou NS (Não sei).*

	V	F	NS
Reduzir o número de parceiros sexuais			
Utilizar o preservativo feminino ou masculino			
Tomar anticoncecionais orais (pílula)			
Não partilhar objetos de uso íntimo			
Evitar o início precoce da vida sexual			
Utilizar espermicidas			
Utilizar a "pílula do dia seguinte"			
Manter cuidados de higiene diários			
Abstinência sexual (não ter relações sexuais)			
Reduzir ou eliminar os hábitos tabágicos			

7. Qual a relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero? *(Assinale com um X a resposta que considera correta)*

❒ HPV e Cancro do Colo do Útero têm o mesmo significado.

❒ A presença de infeção genital por HPV leva inevitávelmente ao desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero.

❒ A infeção genital por HPV é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero.

❒ Não há qualquer relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero.

❒ Não sei

8. Considera a infeção genital por HPV curável? *(Assinale com um X a resposta que considera correta)*

   ❒ Sim.

   ❒ Não

   ❒ Em alguns casos.

   ❒ Não sei.

❖ **2ªParte – Vacinação contra o HPV**

Desde 2008 está presente no Plano Nacional de Vacinação (PNV) uma vacina contra o HPV dos Laboratórios Pasteur® denominada Gardasil®. No âmbito do PNV a vacina é destinada às raparigas de 13 anos. Em regime de exceção podem ser vacinadas as raparigas nascidas em 1993 e 1994 até à véspera de completarem 19 anos de idade.

9. Já foi vacinada contra o HPV*? (Assinale com um X a resposta que considera correta)*

   ❒ Sim

   ❒ Não

   ❒ Não sei.

10. Considera que a vacina a protege contra: *(Assinale com um X a resposta que considera correta)*

    ❒ Todos os tipos de HPV.

    ❒ Os tipos de HPV incluídos nas vacinas;

    ❒ O cancro do colo do útero;

    ❒ Não sei.

11. Já tinhas ouvido falar da vacina contra o HPV? *(Assinale com um X a resposta que considera correta)*

    ❒ Sim

    ❒ Não

Quando a mulher inicia a sua vida sexual é importante que efetue exames ginecológicos periódicos para rastreio de infeções, como por exemplo a citologia ou teste de papanicolau. Estes exames são o melhor método para detetar células anormais no colo do útero geralmente causadas por infeção do HPV.

12. Relativamente aos exames ginecológicos de rotina ou rastreios, considera que estes exames: *(Assinale com um X a resposta que considera correta)*

    ❒ São sempre importantes.

    ❒ Não são importantes.

    ❒ Apenas são importantes nas pessoas que nãoestão vacinadas.

❖ **3ªParte – Identificação de fontes de informação e necessidades de formação/ informação.**

13. Considera que a divulgação que existe atualmente sobre o HPV é suficiente? *(Assinale com um X a resposta que considera correta)*

    ❒ Sim

    ❒ Não

14. Sobre a infeção por HPV, o que gostaria de saber mais? *(Assinale com um X a(s) resposta(s) que considera correta(s))*

- ❒ O que é
- ❒ Como se pode transmitir
- ❒ Como me posso proteger
- ❒ Como é que esta infeção se manifesta no meu corpo
- ❒ Como posso saber se tenho ou não a infeção genital por HPV
- ❒ Quais são as consequências desta infeção
- ❒ Que tipos de tratamento existem
- ❒ Qual é a sua relação com o cancro do colo do útero
- ❒ Sobre a vacinação contra o HPV
- ❒ Outros (especifique por favor)_____

15. Quais os meios que para si são mais adequados para a divulgação deste tema? *(Assinale com um X a(s) resposta(s) que consideras correta(s)).*

- ❒ Estabelecimento de ensino – Escola
- ❒ Profissionais de saúde
- ❒ Amigos
- ❒ Família
- ❒ Televisão
- ❒ Internet
- ❒ Outro (especifica por favor) _____

2ªSECÇÃO – E para terminar…

16. Já iniciou a sua vida sexual ativa? *(Assinale com um X a resposta que considera correta)*

❒ Sim.

❒ Não

17. Se sim, com que idade? __ __ anos completos.

18. Qual ou quais o(s) método(s) contracetivo(s) que utiliza? *(Assinale com um X a(s) resposta(s) que considera correta(s).*

❒ Nenhum.

❒ Preservativo feminino;

❒ Preservativo masculino;

❒ "Pílula";

❒ Anel vaginal contracetivo;

❒ Adesivo contracetivo;

❒ Implante contracetivo;

❒ Outro (especifica por favor)_____

IDADE:__ __ ANOS COMPLETOS

E porque o saber não ocupa lugar poderá consultar:

(http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/)

http://www.dgs.com

(http://www.passaapalavra.com)

9.4 ANEXO IV – Folheto Informativo

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Programa Nacional de Vacinação 2012. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012.Disponível em: www.dgs.pt

PISTA, Angela; OLIVEIRA, Carlos F.; CUNHA, Maria J. et al- Risk Factors for Human Papillomavirus infection among women in Portugal: The CLEOPATRE Portugal Study – Publication of the Interational Journal of Ginecology and Obstetrics (2012), Lisboa, Portugal.

WHO/IARC – Human Papillomaviruses. Working Group 2005. IARC Monographs. 100B. 2007. Disponível em: http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100B/mono100B-11.pdf. Consultado em: Setembro, 2012.

VACINAÇÃO

Tel: 21 381 15 15

Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas

Serviços de Assistência Médico-Social

HPV e Cancro do colo do útero

Perguntas Frequentes

Vacinação

HPV e Cancro do Colo do Útero

A principal causa do cancro do colo do útero não é hereditária. A causa desta forma de cancro é sempre um vírus - **Papilomavírus Humano (HPV)** - que consegue transformar as células do colo uterino, provocando lesões, que em alguns casos progridem para lesões cancerosas. Se estas células anómalas não forem detetadas numa fase prematura, podem evoluir para cancro. São cerca de 180 os tipos de HPV.

A infeção por HPV constituí um fator de risco para o Cancro do Colo do Útero.

Quais as formas de transmissão do HPV?

- O contacto sexual (ou seja contacto epitelial direto, pele e mucosas) é a principal via de transmissão do HPV sendo desde logo possível a infeção num único contacto sexual com um parceiro infetado;
- Da mãe para o feto ou no parto;
- A partilha de toalhas e roupa interior e a frequência de piscinas ou saunas **não** são consideradas formas de transmissão)
- São necessárias células da pele ou mucosas para o HPV proliferar, por isso o virus **não** se transmite por transfusão sanguínea. (CLEOPATRE_RiskFactors, 2011)

Alguns fatores de risco:

- Início precoce da atividade sexual;
- Múltiplos parceiros sexuais.
- Co-infeção com outros vírus de transmissão sexual. (WHO/IARC, 2007)

Como se pode manisfestar a infeção por HPV?

Tanto no homem como na mulher geralmente a infeção por HPV é assintomática e não localizada. Normalmente não é detetada qualquer alteração no corpo, podendo surgir sintomas tais como prurido, ardor, dor no ato sexual e/ou um corrimento anormal e verrugas genitais.

40% das mulheres com diagnóstico de cancro do colo do útero têm idades compreendidas entre os 35 e 54 anos.No entanto, muitas destas mulheres estiveram, provavelmente, expostas ao Papilomavírus Humano durante a sua adolescência e juventude (13-29 anos). (CLEOPATRE_RiskFactors, 2011)

Como podemos prevenir a infeção por HPV?

O uso de **preservativo feminino** ou **masculino** é importante contudo não protege a 100% dado que a transmissão acontece por contacto pele com pele.

São atualmente utilizados testes de Biologia Molecular ou teste de HPV para deteção e tipagem do vírus.

O método mais utilizado é a CITOLOGIA ou teste de papanicolau que permite a deteção de lesões do colo sugestivas de infeção por HPV. Faz parte dos exames ginecológicos de rotina e ajuda a detetar a presença de células anómalas no epitélio do colo do útero, antes que estas tenham a oportunidade de evoluírem para cancro.

A associação entre o rastreio e a ***vacinação*** ajuda a maximizar a eficácia de qualquer programa de combate ao cancro do colo do útero. (DGS, 2008)

Fale com o seu médico sobre o Papilomavírus Humano, sobre o cancro do colo do útero e sobre o rastreio (citologia). Se as anomalias forem detetadas prematuramente, é mais fácil evitar o desenvolvimento do cancro do colo do útero.

A não ser a própria ação do sistema imunitário não existe cura para a infeção por HPV.

PRESERVATIVO MASCULINO

PRESERVATIVO FEMININO

VACINAÇÃO

O Cancro do colo do útero é de origem viral, pelo que a vacinação pode ajudar a prevenir a infeção por HPV pelos tipos cobertos pela vacina.

O RASTREIO PERIÓDICO É SEMPRE NECESSÁRIO, principalmente para a detecção de lesões pré-cancerosas do cancro do colo do útero não associado aos tipos cobertos pela vacina. (DGS, 2008)

1 2

1. "A vacina GARDASIL® está indicada para prevenção de lesões genitais pré-cancerosas (colo do útero, vulva e vagina), cancro do colo do útero e verrugas genitais externas (condiloma acuminado) causalmente **relacionados com o Papilomavírus Humano (HPV) dos genótipos 6, 11, 16 e 18...**" (RCM). A imunogenicidade da vacina está demonstrada entre os 9 e os 45 anos de idade nas mulheres e entre os 16 e os 26 nos homens. (Em vigor no Plano Nacional de Vacinação

2. A vacina CERVARIX® "foi desenvolvida para prevenir a infeção e as lesões provocadas pelos dois principais tipos de HPV causadores de cancro, o HPV 16 e o 18."(DGS, 2008)

Idades incluídas no **Plano Nacional de Vacinação 2012:**

Nome comercial: **GARDASIL®**

RAPARIGAS A PARTIR DOS 13 ANOS e RAPARIGAS NASCIDAS EM 1993 E 1994

Plano de Administração:

0 – 2 – 6 meses após a primeira dose (DGS, 2012)

9.5 ANEXO V – Tabela de operacionalização das variáveis

TABELA DE OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

DESIGNAÇÃO	TIPO	CODIFICAÇÃO
Já ouviu falar em HPV (Vírus do Papiloma Humano)?	Nominal	1-Sim; 2-Não
Quais as formas de transmissão deste vírus? O HPV pode transmitir-se por via sexual	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Quais as formas de transmissão deste vírus? O HPV pode transmitir-se por contacto de pele	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Quais as formas de transmissão deste vírus? O HPV pode transmitir-se por contacto das mucosas (p.e: boca)	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Quais as formas de transmissão deste vírus? O HPV pode transmitir-se por partilha de toalhas ou roupa interior	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Quais as formas de transmissão deste vírus? O HPV pode transmitir-se por frequência de piscinas ou saunas	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Quais as formas de transmissão deste vírus? O HPV pode transmitir-se por transfusão sanguínea	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Quais as formas de transmissão deste vírus? O HPV apenas se transmite por transfusão sanguínea	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
De que forma se pode manifestar no meu corpo a infeção por HPV? Verrugas genitais	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
De que forma se pode manifestar no meu corpo a infeção por HPV? Ardor, dor e corrimento (sinais inespecíficos)	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
De que forma se pode manifestar no meu corpo a infeção por HPV? Pouco apetite	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
De que forma se pode manifestar no meu corpo a infeção por HPV? Dores de barriga (na região pélvica - útero)	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
De que forma se pode manifestar no meu corpo a infeção por HPV? Cansaço	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
De que forma se pode manifestar no meu corpo a infeção por HPV? Posso não sentir nada – infeção silenciosa (assintomática)	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
De que forma se pode manifestar no meu corpo a infeção por HPV? Perdas de sangue anormais (hemorragias vaginais anómalas)	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Os rapazes também podem ter infeção por HPV?	Nominal	1-Sim; 2-Não; 3-Não sei
Os rapazes podem ser portadores assintomáticos ou seja terem uma infeção silenciosa sem qualquer sinal ou sintoma*?*	Nominal	1-Sim; 2-Não; 3-Não sei
Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter ainfeção? Reduzir o número de parceiros sexuais	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter ainfeção? Utilizar o preservativo feminino ou masculino	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter ainfeção? Tomar anticoncepcionais orais (pílula)	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter ainfeção? Não partilhar objectos de uso íntimo	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter ainfeção? Evitar o início precoce da vida sexual	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter ainfeção? Utilizar espermicidas	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei

Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter ainfeção? Utilizar a "pílula do dia seguinte"	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter ainfeção? Manter cuidados de higiene diários	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter ainfeção? Abstinência sexual (não ter relações sexuais)	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Como poderíamos prevenir a infeção por HPV ou seja de que formas poderíamos ajudar a reduzir a probabilidade de ter ainfeção? Reduzir ou eliminar os hábitos tabágicos	Nominal	1-Verdadeiro; 2-Falso; 3-Não sei
Qual a relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero? HPV e Cancro do Colo do Útero têm o mesmo significado.	Nominal	1-Sim; 2-Não
Qual a relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero? A presença de infeção genital por HPV leva inevitávelmente ao desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero.	Nominal	1-Sim; 2-Não
Qual a relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero? A infeção genital por HPV é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero.	Nominal	1-Sim; 2-Não
Qual a relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero? Não há qualquer relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero.	Nominal	1-Sim; 2-Não
Qual a relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero? Não sei	Nominal	1-Sim; 2-Não
Considera a infeção genital por HPV curável?	Nominal	1-Sim; 2-Não; 3-Em alguns casos;4-Não sei
Já foi vacinada contra o HPV*?*	Nominal	1-Sim; 2-Não
Considera que a vacina a protege contra: Todos os tipos de HPV.	Nominal	1-Sim; 2-Não
Considera que a vacina a protege contra: Os tipos de HPV incluídos nas vacinas;	Nominal	1-Sim; 2-Não
Considera que a vacina a protege contra: O cancro do colo do útero;	Nominal	1-Sim; 2-Não
Considera que a vacina a protege contra: Não sei.	Nominal	1-Sim; 2-Não
Já tinhas ouvido falar da vacina contra o HPV?	Nominal	1-Sim; 2-Não
Relativamente aos exames ginecológicos de rotina ou rastreios, considera que estes exames: São sempre importantes.	Nominal	1-Sim; 2-Não
Relativamente aos exames ginecológicos de rotina ou rastreios, considera que estes exames: Não são importantes.	Nominal	1-Sim; 2-Não
Relativamente aos exames ginecológicos de rotina ou rastreios, considera que estes exames: Apenas são importantes nas pessoas que nãoestão vacinadas.	Nominal	1-Sim; 2-Não
Considera que a divulgação que existe atualmente sobre o HPV é suficiente?	Nominal	1-Sim; 2-Não
Sobre a infeção por HPV, o que gostaria de saber mais? O que é	Nominal	1-Sim; 2-Não
Sobre a infeção por HPV, o que gostaria de saber mais? Como se pode transmitir	Nominal	1-Sim; 2-Não
Sobre a infeção por HPV, o que gostaria de saber mais? Como me posso proteger	Nominal	1-Sim; 2-Não
Sobre a infeção por HPV, o que gostaria de saber mais? Como é que esta infeção se manifesta no meu corpo	Nominal	1-Sim; 2-Não
Sobre a infeção por HPV, o que gostaria de saber mais? Como posso saber se tenho ou não a infeção genital por HPV	Nominal	1-Sim; 2-Não
Sobre a infeção por HPV, o que gostaria de saber mais? Quais são as consequências desta infeção	Nominal	1-Sim; 2-Não

Sobre a infeção por HPV, o que gostaria de saber mais? Que tipos de tratamento existem	Nominal	1-Sim; 2-Não
Sobre a infeção por HPV, o que gostaria de saber mais? Qual é a sua relação com o cancro do colo do útero	Nominal	1-Sim; 2-Não
Sobre a infeção por HPV, o que gostaria de saber mais? Sobre a vacinação contra o HPV	Nominal	1-Sim; 2-Não
Sobre a infeção por HPV, o que gostaria de saber mais? Outros (especifique por favor)_____	Nominal	1-Sim; 2-Não
Quais os meios que para si são mais adequados para a divulgação deste tema? Estabelecimento de ensino – Escola	Nominal	1-Sim; 2-Não
Quais os meios que para si são mais adequados para a divulgação deste tema? Profissionais de saúde	Nominal	1-Sim; 2-Não
Quais os meios que para si são mais adequados para a divulgação deste tema? Amigos	Nominal	1-Sim; 2-Não
Quais os meios que para si são mais adequados para a divulgação deste tema? Família	Nominal	1-Sim; 2-Não
Quais os meios que para si são mais adequados para a divulgação deste tema? Televisão	Nominal	1-Sim; 2-Não
Quais os meios que para si são mais adequados para a divulgação deste tema? Internet	Nominal	1-Sim; 2-Não
Quais os meios que para si são mais adequados para a divulgação deste tema? Outro (especifica por favor) _____	Nominal	1-Sim; 2-Não
Já iniciou a sua vida sexual ativa?	Nominal	1-Sim; 2-Não
Se sim, com que idade?	Ordinal	
Qual ou quais o(s) método(s) contracetivo(s) que utiliza? Nenhum.	Nominal	1-Sim; 2-Não
Qual ou quais o(s) método(s) contracetivo(s) que utiliza? Preservativo feminino;	Nominal	1-Sim; 2-Não
Qual ou quais o(s) método(s) contracetivo(s) que utiliza? Preservativo masculino;	Nominal	1-Sim; 2-Não
Qual ou quais o(s) método(s) contracetivo(s) que utiliza? "Pílula";	Nominal	1-Sim; 2-Não
Qual ou quais o(s) método(s) contracetivo(s) que utiliza? Anel vaginal contracetivo;	Nominal	1-Sim; 2-Não
Qual ou quais o(s) método(s) contracetivo(s) que utiliza? Adesivo contracetivo;	Nominal	1-Sim; 2-Não
Qual ou quais o(s) método(s) contracetivo(s) que utiliza? Implante contracetivo;	Nominal	1-Sim; 2-Não
Qual ou quais o(s) método(s) contracetivo(s) que utiliza? Outro (especifica por favor)_____	Nominal	1-Sim; 2-Não
Idade?	Ordinal	

9.6 ANEXO VI - Despacho normativo nº 24-A/2012. Diário da República, 2ª série, Nº236, de 6 de Dezembro de 2012

Disponível em: http://www.aproged.pt/pdf/normativo24A2012avaliacaobasico.pdf