

Paula Luzia Matos dos Santos Viegas Alves

Infecção pelo Vírus do Papiloma Humano: conhecimentos e comportamentos/hábitos
dos jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Paula Luzia Matos dos Santos Viegas Alves

Infecção pelo Vírus do Papiloma Humano: conhecimentos e comportamentos/hábitos
dos jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Infecção pelo Vírus do Papiloma Humano: conhecimentos e comportamentos/hábitos
dos jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos

(Paula Luzia Matos dos Santos Viegas Alves)

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
licenciada em Enfermagem.

Sumário

A infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (VPH) é reconhecida mundialmente como causa significativa de mortalidade e morbidade. Ambos os géneros são afectados e estima-se que pessoas sexualmente activas estejam em contacto com ele, pelo menos, uma vez na vida. Embora haja muitos estudos relacionados com o género feminino, no que concerne ao género masculino são escassos.

Este estudo é do tipo descritivo simples, de carácter quantitativo, tem como principais objectivos, identificar conhecimentos e comportamentos/hábitos relativamente à infecção pelo VPH de jovens que frequentavam a praia Internacional de Matosinhos, no período de 25 a 29 de Agosto de 2010. A colheita de dados foi efectuada através do preenchimento de um questionário, utilizando a amostragem não probabilística acidental por conveniência, sendo a amostra constituída por trinta raparigas e trinta rapazes, com idades compreendidas entre os 19 e 25 anos.

Nesta amostra pode-se concluir que a maioria (40%) tem maus conhecimentos sobre a infecção pelo VPH e são maioritariamente as raparigas (40%) que respondem saber o que é este vírus comparativamente com os 25% dos rapazes.

No que diz respeito aos conhecimentos sobre o VPH, estes jovens são mais esclarecidos quanto: ao género afectado pelo VPH, ao modo de transmissão homem – mulher e vice-versa, ao tempo que a infecção leva a manifestar-se e à utilização do preservativo como forma de prevenir a infecção.

No que concerne aos comportamentos/hábitos da amostra, destacam-se como atitudes de risco no género masculino: o início precoce da actividade sexual; a multiplicidade de parceiros sexuais; fumar mais que 10 cigarros por dia e a não adesão à consulta de vigilância do Planeamento Familiar. No género feminino destacam-se a não utilização de preservativo e o uso da pílula por períodos de tempo prolongados.

Assim, uma vez que este vírus é facilmente transmissível e, por vezes, totalmente silencioso, o enfermeiro tem aqui um papel fulcral investindo na educação para a saúde e sensibilizando para os exames de rastreio e vacinação e contribuindo ainda para futuras investigações.

Abstract

The infection by human papiloma virus is recognized worldwide as a significant cause of mortality and morbidity. Both sexes are affected and it is estimated that sexually active people are in contact with it at least once in a life time. In spite of the existence of many studies related to the female gender, in relation to the male gender are very few.

We conducted a simple descriptive study, quantitative character, has as main objectives identifying knowledge and behaviours/habits relative to HPV infection of young people that frequented the Internacional's beach of Matosinhos between 25th and 29th of August of 2010. Data collection was performed by completing a questionnaire, using non-probability sampling accidental for convenience, the sample consisted of thirty girls and thirty boys, aged between 19 and 25 years old.

In this sample we can conclude that most (40%) have poor knowledge about HPV infection and are mostly girls (40%) that know what this virus is compared with boys (25%).

With regard to knowledge about HPV, these young people are more informed about: gender affected by HPV, the transmission mode male – female and vice versa, the time that infection takes to manifest and the use of condom as a way to prevent infection.

Regarding the behaviours/habits of the sample, stand out as risk attitudes in male gender: early initiation of sexual activity, multiple sexual partners, and non-adherence to surveillance appointment of Family Planning. In female gender stands out, no use of condom and use of pill for extended periods of time.

Therefore, since this virus is easily transmissible and sometimes completely silent, the nurse has a crucial role by investing in health education and awareness about screening and vaccination and further contributing to future investigations.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, sem a sua dedicação, nunca teria chegado até aqui. Agradeço ao Daniel por todo o apoio e incentivo que me deu. Agradeço às minhas grandes amigas que me acompanharam. Agradeço à Professora Conceição Guimarães por toda a orientação e disponibilidade.

“Momentos que passam, memórias que ficam!” (autor desconhecido)

Índice

Introdução.....	1
I. Fase Conceptual.....	5
1.1. Revisão Bibliográfica.....	5
1.1.1. A Infecção pelo Vírus do Papiloma Humano.....	5
1.1.2. Sintomatologia.....	9
1.1.3. Factores de Risco.....	11
1.1.4. Prevenção.....	14
II. Fase Metodológica.....	18
2.1. Problema de Investigação.....	18
2.2. Justificação do Tema.....	18
2.3. Questões de Investigação.....	19
2.4. Objectivos do Estudo.....	19
2.5. Tipo e método de investigação.....	20
2.6. Variáveis.....	20
2.7. População, Amostra e Processo de Amostragem.....	20
2.8. Instrumento de Colheita de Dados.....	21
2.9. Pré - Teste.....	24
2.10. Ética na Investigação.....	24
2.11. Tratamento de Dados.....	26
III. Fase Empírica.....	27
3.1. Caracterização da Amostra (Parte I do questionário).....	27
3.2. Conhecimentos da amostra sobre o Vírus do Papiloma Humano (Parte II do questionário).....	30
3.3. Comportamentos/hábitos da amostra (Parte III do questionário).....	44

IV.	Discussão.....	55
V.	Conclusão.....	64
VI.	Bibliografia	68
VII.	Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados	77

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Respostas correctas para as perguntas de 3 a 12 da parte II do questionário	23
Tabela 2 – Representação da idade por género	27
Tabela 3 – Representação do mínimo, máximo, média, moda e desvio padrão da idade da amostra.....	27
Tabela 4 – Representação da amostra quanto ao género	28
Tabela 5 – Representação percentual da forma de aquisição de conhecimentos sobre o VPH	31
Tabela 6 – Representação percentual relativa ao conhecimento sobre a transmissão do VPH	33
Tabela 7 – Representação percentual relativa ao conhecimento sobre como se transmite o VPH	35
Tabela 8 – Representação percentual relativa ao conhecimento da zona do corpo afectada pelo VPH	36
Tabela 9 – Representação percentual relativa ao conhecimento sobre consequências da infecção pelo VPH.....	37
Tabela 10 – Representação percentual relativa ao conhecimento sobre factores de risco para a infecção pelo VPH	41
Tabela 11 – Representação percentual relativa ao nível de conhecimentos da amostra	42
Tabela 12 – Representação percentual relativa à idade de início da actividade sexual..	44
Tabela 13 – Representação do mínimo, máximo e desvio padrão da idade de início da actividade sexual.....	45
Tabela 14 – Representação percentual relativa à frequência da consulta de vigilância do Planeamento Familiar	50

Tabela 15 – Representação percentual relativa à frequência da consulta de vigilância do
Planeamento Familiar nos últimos 3 anos 51

Tabela 16 – Relação “conhecimentos sobre a utilização do preservativo como prevenção
da infecção pelo VPH” e “utilização do preservativo na última relação sexual” ... 53

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Representação gráfica das habilitações literárias da amostra.....	28
Gráfico 2 – Representação gráfica relativa ao conhecimento sobre o que é o VPH.....	30
Gráfico 3 – Representação gráfica relativa ao conhecimento sobre quem o VPH afecta	32
Gráfico 4 – Representação gráfica relativa ao conhecimento sobre a transmissão homem - mulher	34
Gráfico 5 – Representação gráfica relativa ao conhecimento sobre a manifestação dos sintomas da infecção pelo VPH.....	38
Gráfico 6 – Representação gráfica relativa ao conhecimento sobre a regressão da infecção pelo VPH.....	39
Gráfico 7 – Representação gráfica relativa ao conhecimento sobre a utilização do preservativo na prevenção da infecção pelo VPH.....	40
Gráfico 8 – Representação gráfica relativa ao início da actividade sexual	44
Gráfico 9 – Representação gráfica relativa ao número de parceiros sexuais	45
Gráfico 10 – Representação gráfica relativa ao tipo de prática sexual.....	46
Gráfico 11 – Representação gráfica relativa à utilização de preservativo na última relação sexual	47
Gráfico 12 – Representação gráfica relativa ao consumo de tabaco	48
Gráfico 13 – Representação gráfica relativa ao N° de cigarros/dia.....	48
Gráfico 14 – Representação gráfica relativa à utilização da pílula	49
Gráfico 15 – Representação gráfica relativa ao tempo de utilização da pílula.....	50
Gráfico 16 – Representação gráfica relativa à informação sobre infecção pelo VPH e suas consequências na consulta de Planeamento Familiar	52

Gráfico 17 – Representação gráfica relativa a quem forneceu informação..... 53

Índice de Figuras

Ilustração 1 - Taxa de incidência de cancro do colo do útero (por 100 000 mulheres, de todas as idades) 2004. Fonte: Organização Mundial de Saúde	13
---	----

Lista de Siglas e Abreviaturas

ADN – Ácido desoxirribonucleioco

ATA – Tricloroacético

ABA – Biclouroacético

CIN1 – Neoplasia intra – epitelial cervical de baixo grau

CIN2-3 – Neoplasia intra – epitelial cervical de alto grau

CIS – Cancro *in situ*

CDCP – Centers for Disease Control and Prevention

DGS – Direcção Geral de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

HPV – *Human Papilloma Virus*

IARC – International Agency for the Research on Cancer

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

OMS – Organização Mundial da Saúde

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UNFPA – United Nations Population Fund

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

VPH – Vírus do Papiloma Humano

Introdução

O Vírus do Papiloma Humano, também conhecido pela abreviatura inglesa HPV (*Human Papillomavirus*) é um problema da actualidade e vários investigadores e autores têm verificado a frequente presença do mesmo associado aos casos de cancro do colo do útero, cancro este que é considerado a 2ª maior causa de morte das mulheres em todo o mundo. Embora o género feminino seja o mais afectado, ambos os géneros podem ter uma infecção por este vírus, em todas as idades, todas as etnias, em qualquer localização geográfica.

As elevadas taxas de incidência desta infecção preocupam também os profissionais de saúde, levando-os a tentar perceber o problema e a encontrarem soluções para o mesmo. Numa primeira abordagem, conhecer a patologia, as suas consequências e a forma de prevenção, podem ser a “chave” para sensibilizar as pessoas à participação activa na sua saúde.

Embora haja uma forte relação entre cancro do colo do útero e infecção pelo VPH, apenas uma pequena percentagem da infecção desenvolve para essa doença. Na maioria dos casos aparecem verrugas ano-genitais ou então ocorre a regressão espontânea da infecção, podendo assim indicar que outros factores podem estar associados a este problema.

Durante o curso de licenciatura em Enfermagem a investigadora adquiriu conhecimentos e ficou sensibilizada para a problemática o que motivou o seu interesse na escolha desta temática tanto na perspectiva pessoal como académica.

A investigadora teve ainda oportunidade enquanto aluna de estar em contacto com utentes no âmbito das consultas do planeamento familiar, no estágio de Intervenção Familiar e Comunitária e verificou que os conhecimentos sobre o vírus e mesmo a adesão ao programa de rastreio não são satisfatórios.

Do ponto de vista académico, pretende a investigadora com este estudo consolidar os conhecimentos adquiridos, obter competências na realização de um estudo de investigação e cumprir com os requisitos para a conclusão do curso de Licenciatura em Enfermagem.

Como questões de partida para o estudo, a investigadora formulou as seguintes:

- Que conhecimentos sobre a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano têm os jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos?
- Será que os jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos têm comportamentos/hábitos de risco, relacionados com a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano?

Definem-se assim para este estudo, os seguintes objectivos:

- Saber se os jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos possuem conhecimentos sobre a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano;
- Saber se os jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos têm comportamentos/hábitos de risco relacionados com a infecção do Vírus do Papiloma Humano;
- Saber quais são as principais fontes de informação dos jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos sobre o Vírus do Papiloma Humano;
- Saber se o conhecimento dos jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos sobre a utilização do preservativo como forma de prevenção da infecção pelo vírus do papiloma humano influencia a sua utilização nas relações sexuais dos mesmos;

Realizou-se um estudo descritivo simples, de carácter quantitativo, tendo como principais objectivos, identificar conhecimentos e comportamentos/hábitos relativamente à infecção pelo VPH de jovens que frequentavam a praia Internacional de Matosinhos, no período de 25 a 29 de Agosto de 2010. A colheita de dados foi efectuada através do preenchimento de um questionário, utilizando a amostragem não probabilística acidental por conveniência, sendo a amostra constituída por trinta raparigas e trinta rapazes, com idades compreendidas entre os 19 e 25 anos.

Nesta investigação as variáveis atributo são a idade, género e habilitações literárias e as outras variáveis em estudo são os conhecimentos e os comportamentos/hábitos dos jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos.

Os dados obtidos foram tratados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 17.0.1) e apresentados sobre a forma de tabelas e gráficos.

Nesta amostra podemos concluir que a maioria (40%) tem maus conhecimentos sobre a infecção pelo VPH e são maioritariamente as raparigas (40%) que respondem saber o que é este vírus comparativamente com os 25% dos rapazes.

No que diz respeito aos conhecimentos sobre o VPH estes jovens são mais esclarecidos no que diz respeito: ao género afectado pelo VPH, ao modo de transmissão homem – mulher e vice-versa, ao tempo que a infecção leva a manifestar-se e à utilização do preservativo como forma de prevenir a infecção.

Comparando os dois géneros no que concerne aos comportamentos/hábitos, os rapazes demonstram ter mais atitudes de risco que as raparigas, apresentando maior multiplicidade de parceiros, iniciando precocemente a actividade sexual, fumando mais que 10 cigarros por dia e não frequentando as consultas de vigilância do Planeamento Familiar. O género feminino apresenta como atitudes de risco a não utilização de preservativo e o uso da pílula por períodos de tempo prolongados.

Assim o enfermeiro tem um papel na promoção de comportamentos sexuais saudáveis, adequando as estratégias aos grupos-alvo incluindo educação para a saúde, incentivo à frequência das consultas de vigilância do Planeamento Familiar e exames de rastreio e realização de investigações em vários campos relativos à infecção pelo VPH incluindo a vertente feminina e masculina.

Este estudo de investigação é constituído pela fase conceptual que contém a base teórica definindo o domínio da investigação; fase metodológica composta pelo desenho de investigação; fase empírica que abrange a análise e discussão dos dados; conclusão, bibliografia e anexo com o instrumento de colheita de dados.

A principal dificuldade da investigadora foi a escassez de bibliografia portuguesa sobre o tema que abrangesse a vertente masculina, mas esta experiência tornou-se um desafio proporcionando à investigadora novos conhecimentos tanto a nível da temática como na realização da investigação.

I. Fase Conceptual

Nesta fase, pretende-se definir o domínio da investigação e para isso realiza-se a revisão bibliográfica que consiste numa pesquisa de várias publicações no âmbito do tema em estudo, permitindo determinar o nível actual de conhecimentos sobre o mesmo e perceber quais as investigações já realizadas e suas conclusões. Para Fortin (2003, p.39) esta fase “fornece à investigação bases, a sua perspectiva e a sua força”.

1.1. Revisão Bibliográfica

1.1.1. A Infecção pelo Vírus do Papiloma Humano

O Vírus do Papiloma Humano, também conhecido pela abreviatura inglesa HPV (Human *Papillomavirus*) pertence à família *Papillomaviridae*, sendo do género *Papillomavirus* (Sociedade Portuguesa de Papillomavirus, 2010).

Este vírus é classificado em vários genótipos segundo a sequência dos ácidos nucleicos do respectivo genoma. Até agora já foram identificados 120 tipos virais. (Rodrigo e Mayer-da-Silva, 2003)

Na sua estrutura, contém um capsídeo viral icosaédrico constituído por 72 capsómeros, formados por 2 proteínas estruturais, L1 e L2. O genoma é constituído por aproximadamente 8000 pares de base em filamento circular.

Este vírus é altamente dependente do hospedeiro, afectando o organismo por replicação epissomal nas células epiteliais com diferenciação na pele e mucosas, podendo afectar as células circundantes, ou então por integração do genoma viral nas células diferenciadas (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2007).

Segundo Heffner (2001), a OMS e a UNFPA (2006) e a Sociedade Portuguesa de Papillomavirus (2010), foram identificados alguns tipos de vírus, que mais frequentemente aparecem: VPH 6, 11, 16 e 18.

São assim divididos em dois tipos:

- VPH de “alto-risco” (VPH 16 e 18, entre outros) que são na maioria os responsáveis pelo aparecimento de cancro do colo do útero, vulva, vagina e pénis.
- VPH de “baixo-risco” (VPH 6 e 11, entre outros) que causam uma quantidade considerável de displasias cervicais, embora em quantidade menor sendo, no entanto, responsáveis por 90% das verrugas genitais.

Tanto a população feminina como masculina é afectada por qualquer destes tipos de vírus (Rodrigo e Mayer-da-Silva, 2003; European Centre for Disease Prevention and Control, 2008).

No caso das mulheres, o cancro do colo do útero é o principal cancro associado a este vírus. O colo do útero faz parte do aparelho reprodutor feminino, onde se encontram 2 tipos de células num local denominado *zona de transição*, onde mais frequentemente ocorrem alterações neoplásicas (Lowdermilk e Perry, 2006; Seeley et al, 2003).

Sendo o segundo cancro mais comum entre as mulheres da União Europeia, afecta idades entre os 15 e os 44 anos. Em cada ano há uma incidência de 33 000 casos, dos quais 15 000 levam à morte (European Centre for Disease Prevention and Control, 2008). Tem uma elevada incidência em países em vias de desenvolvimento como na América do Sul, África e Ásia (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2007) .

Em Portugal, estima-se uma incidência deste cancro de 1000 casos por ano, sendo que as jovens são o grupo mais afectado, com taxas de 46% em mulheres entre os 20 e os 30 anos. Estas taxas baixam com o aumento da idade: 10% em mulheres com 40 anos e 5% em mulheres com mais de 55 anos (Sociedade Portuguesa de Papillomavirus, 2010).

Na Reunião de Consenso Nacional sobre o Cancro Ginecológico (2007), é referido que o número de mortes por ano é de aproximadamente 350 casos em Portugal.

A relação entre a presença deste vírus e o cancro, nem sempre se estabelece de forma bidireccional. Uma infecção causada pelo VPH, não leva necessariamente ao desenvolvimento de cancro. Pelo inverso, nas mulheres com cancro do colo do útero, em 99% foi identificada a presença do VPH (Sociedade Portuguesa de Papillomavírus, 2010). Em casos mais raros este vírus é também associado a cancro da vagina, vulva, pénis, ânus e orofaringe (Scheurer et al., 2005).

A existência ou não de alterações na pele e mucosas depende da presença do tipo de vírus (“alto-risco” e “baixo-risco”), da permanência ou não do estado de latência e o modo como as células e vírus interagem entre si (Rodrigo e Mayer-da-Silva, 2003; Sociedade Portuguesa de Papillomavírus, 2010).

Na maioria dos casos a infecção é monoclonal, ou seja, tem apenas um tipo de vírus associado, mas nem sempre é assim, sendo que 20 a 30% das mulheres infectadas apresentam mais que um tipo de vírus (Trottier e Franco, 2006; Moscicki et al, 2004 *cit. In* DGS, 2008).

O período de incubação do VPH é de aproximadamente três meses mas pode variar de três semanas a oito meses, sendo habitualmente necessários anos para as alterações neoplásicas (Castro, 2003).

A infecção pelos vários tipos de vírus é bastante comum mas, felizmente, ao fim de um a dois anos, desaparece espontaneamente em 80% dos casos (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2007). Num estudo feito a mulheres americanas, fizeram numa consulta um exame de rastreio e noutra uma biópsia (colposcopia), tendo decorrido 54 dias de intervalo entre as duas. Dos 461 elementos que inicialmente tinha o teste positivo para um tipo de VPH oncogénico, 316 mantinham o mesmo resultado, 31 estavam infectadas por outro genótipo oncogénico e 114 tinham o teste negativo para VPH oncogénico (Harris *et al*, 2003).

O modo de transmissão deste vírus é o contacto com pele infectada, portanto, não só a região genital pode ser afectada, por penetração ou não, mas também a região anal, mucosas respectivas e a mucosa bucal por contágio via orogenital, além de regiões como olhos e uretra (Rodrigo e Mayer-da-Silva, 2003; European Centre for Disease Prevention and Control, 2008).

Na medida em que é considerado um vírus altamente transmissível, estima-se que homens e mulheres sexualmente activos estejam em contacto com ele, pelo menos, uma vez na vida (Organização Mundial da Saúde, 2009).

Vários estudos, maioritariamente realizados com mulheres, têm demonstrado uma prevalência significativa do vírus em idades jovens. Num estudo feito a estudantes universitárias dos EUA (Winer *et al.*, 2003), 39% foram infectadas pelo vírus aos 24 meses após o início das suas relações sexuais (DGS, 2008). Bauer *et al.* identificaram uma prevalência de 32% do ADN do vírus em jovens entre os 16 e os 24 anos, Peyton *et al.* identificaram uma prevalência de 39% em mulheres que frequentam as consultas ginecológicas de rotina, Wheeler *et al.* e Ley *et al.* identificaram uma prevalência de 43% e 46%, respectivamente, em citologias de estudantes nos Estados Unidos da América (*ci.t in* Scheurer *et al.*, 2005).

Segundo a DGS (2008), os vários genótipos do VPH atingem Portugal de forma semelhante ao resto da Europa, havendo estudos que indicam que os VPH 16 e 18 são os mais prevalentes, cerca de 70 a 75% dos casos de cancro. No caso dos condilomas genitais, com base nas estatísticas de países europeus e das estimativas feitas para Portugal, estima-se que a incidência nas mulheres é de 197/100.000, sendo que os genótipos 6 e 11 são os mais envolvidos, já que estão na causa de mais de 90% dos condilomas. Os homens têm uma incidência bastante semelhante.

1.1.2. Sintomatologia

O desenvolvimento duma infecção pelo VPH pode decorrer de forma assintomática onde o vírus se comporta como agente transitório e permanece em latência, pode também manifestar-se tardiamente ou pode até desaparecer espontaneamente (Rodrigo e Mayer-da-Silva, 2003; Bower e Waxman 2006).

No caso duma infecção do colo do útero que evolui para cancro, Bower e Waxman (2006) referem como sintomas a hemorragia inter-menstrual, hemorragia após relações sexuais, corrimento vaginal hemático com odor desagradável e urgência urinária. Quando há metastização do cancro para os gânglios linfáticos abdominais, as pacientes referem dor lombar, ou dor reflexa nos membros inferiores por envolvimento dos plexos nervosos da pélvis. Pode começar a haver também perda de peso.

Outra forma de manifestação clínica da infecção é as verrugas ou condilomas acuminados, normalmente associados à infecção por genótipos de “baixo-risco”. São caracterizados como “(...) forma verrugosa de cor rósea, de superfície rugosa, de consistência firme, conhecida como crista de galo”, podendo ter forma plana, que aparece no colo do útero como um “(...) tecido branco acompanhado ou não de alterações vasculares.” (Sociedade Portuguesa de Papillomavírus, 2010).

Os condilomas podem aparecer no pénis, escroto ou ânus do homem, e no caso das mulheres no colo do útero, vagina, vulva ou ânus (Rodrigo e Mayer-da-Silva, 2003; OMS, 2007). Na maioria dos casos, os condilomas que aparecem nas mucosas não são facilmente visíveis (American Society For Colposcopy and Cervical Pathology, 2003). O período de incubação pode ser variável desde 3 a 6 semanas e anos, pelo facto do vírus se encontrar latente (Rodrigo e Mayer-da-Silva, 2003). Segunda a DGS (2008), as verrugas regridem em cerca de 30% dos casos.

Vários estudos identificaram a presença do VPH em diferentes zonas corporais. No estudo efectuado por Nyitray *et al* (2008) encontraram uma prevalência de 24,8% de infecção anal em rapazes entre os 18 e 29 anos, desses 33,3% tinham um tipo

oncogénico de VPH. Noutro estudo efectuado por Winer *et al* (2009) a raparigas universitárias dos 18 aos 22 anos, foi detectada uma grande incidência de infecções no colo do útero e na vulva/vagina. Num estudo dinamarquês por Frisch *et al* (cit in Goodman *et al*, 2008) detectaram o vírus em 93% dos tumores anais em mulheres.

Num estudo efectuado por Giraldo *et al* (cit in Rapose, 2009) detectaram uma grande prevalência de VPH na mucosa bucal de mulheres com infecção genital por VPH e vice-versa. No entanto há alguns estudos que não chegaram a esta conclusão como o de Winer *et al* (2003) no qual não encontraram associação entre a incidência de infecção oral pelo VPH e o relato de contacto entre cavidade oral e pénis.

Em relação ao colo do útero das mulheres, são colhidas amostras através do teste do Papanicolaou, método de rastreio de eleição que consiste numa colheita das células das paredes do colo para posterior esfregaço em lâmina (Heffner, 2001).

Em Portugal, para a classificação das alterações citológicas das amostras colhidas no teste do Papanicolaou utiliza-se uma nomenclatura internacional, o sistema Bethesda (DGS, 2008).

A escolha do tratamento é ponderada segundo a idade, o estágio da doença e o estado geral de saúde da paciente. Não existe um tipo único de tratamento, por isso, é comum associarem-se vários com o objectivo de erradicar o tecido infectado. Existem desde cirurgias para remoção do tecido lesionado até à cirurgia radical, tratamentos químicos e imunomoduladores. O acompanhamento pós-tratamento é de extrema importância, para vigilância da evolução do local onde se encontravam as lesões e para identificar precocemente possíveis recidivas da infecção (Sociedade Portuguesa de Papillomavírus, 2010).

No caso dos condilomas, estes são diagnosticados por inspecção visual, podendo ser realizada uma biopsia no caso de dúvida quanto à sua etiologia. Podem ocorrer tanto nas regiões genital e anal exteriores como nas respectivas mucosas, uretra e boca. Na maioria dos casos os condilomas são assintomáticos podendo, no entanto, ser dolorosos,

friáveis ou causar prurido, dependendo principalmente da zona onde se localizam. Além disso os condilomas podem desaparecer, permanecer sem alterações, ou aumentar em número e/ou tamanho. O tratamento é determinado pelo tamanho do condiloma, localização, número, preferência do paciente, custo do tratamento, efeitos adversos, experiência do especialista e tipos de tratamento por ele feitos, podendo ser executado um tratamento tópico, remoção cirúrgica ou a laser, crioterapia e aplicação de agentes cáusticos (ATA ou ABA 80-90%) (CDCP, 2006).

1.1.3. Factores de Risco

São vários os factores de risco apontados para ser infectado pelo vírus e, possivelmente, desenvolver cancro do colo do útero ou outros, embora os estudos realizados nem sempre estão em consenso quanto ao grau desta relação. A maioria das investigações é realizada em mulheres, principalmente no âmbito do cancro do colo do útero, por isso os factores de risco relacionados com este vírus são perspectivados maioritariamente na vertente deste tipo de cancro que atinge somente mulheres. No entanto, alguns factores relacionam-se tanto com mulheres como com homens.

O início precoce da actividade sexual, com menos de 20 anos de idade, deixa o colo ainda jovem mais vulnerável a potenciais vírus invasores do parceiro além de aumentar o tempo de exposição ao vírus (Smeltzer e Bare, 2002; Herbert e Coffin, 2008).

Numa investigação a estudantes adolescentes canadianos de ambos os géneros, entre os 15 e 20 anos, 27% já tinha iniciado a sua actividade sexual, mais os rapazes que raparigas. A maioria refere que nunca tinha ouvido falar do VPH. Quando questionados sobre os sintomas da infecção por este vírus, a maioria não sabia. A maior parte tinha ido ao médico no último ano, mais mulheres (85%) que homens (78%) (Dell *et al*, 2000).

O contacto com um parceiro infectado ou com um parceiro que já tenha tido contacto com alguém infectado, por exemplo com cancro do pénis, cancro do colo do útero ou verrugas ano-genitais, aumenta claramente a probabilidade de ser infectado. Um indivíduo com múltiplos parceiros sexuais está mais exposto, aumentando também a probabilidade de estar em contacto com alguém que tenha uma infecção pelo VPH (Heffner, 2001; Bower e Waxman, 2006).

Num estudo feito a universitários portugueses de ambos os géneros, com média de idades de 20,71 anos, 77,9% referiram já ter iniciado a actividade sexual com qualquer tipo de prática (genital, oral e anal). A primeira relação sexual ocorreu em média aos 17,34 anos, em que os rapazes começavam mais cedo. Quanto ao número de parceiros, 50,1% tinha tido só um, 32,2% tinha tido dois a três parceiros e 12% tinha tido cinco ou mais. Quanto ao tipo de prática sexual, 42,8% referia ter prática genital e oral, 32,3% apenas prática genital e 22,1% prática genital, oral e anal. Quanto à utilização do preservativo, 52,6% referiram utilizá-lo sempre. No último encontro sexual, 60,4% usaram preservativo (58,2% das raparigas e 65,8% dos rapazes) e 39,6% não usaram (Cunha-Oliveira *et al*, 2009).

Os hábitos tabágicos e os casos de cancro também estão relacionados (Europe Against Cancer (2003); Bower e Waxman (2006)). O tabaco pode duplicar a probabilidade de desenvolver cancro (American Cancer Society, 2010). O fumo do cigarro e a nicotina têm efeito supressivo no sistema imunitário, reduzindo assim a resposta imune que pode impedir a progressão da infecção pelo VPH (OMS, 2005; Herbert e Coffin, 2008). Alguns investigadores fizeram análises ao muco cervical de mulheres fumadoras, onde identificaram componentes do tabaco, crendo assim que estas substâncias poderão ter efeitos nocivos no ADN das células do colo do útero (American Cancer Society, 2010).

Nesta linha de pensamento, a imunossupressão é então outro factor de risco, uma vez que vários investigadores consolidam a ideia de que o sistema imunitário poderá eliminar o vírus, evitando assim o processo oncogénico. Os dados que apoiam esta hipótese são a grande taxa deste tipo de cancro nas mulheres imunodeprimidas, como por exemplo, as

que estão infectadas com o VIH ou que tomam medicação imunossupressora (Heffner, 2001).

É também considerado factor de risco uma infecção concomitante por outros microrganismos como Vírus Herpes Simplex ou a Chlamydia Trachomatis (DGS,2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2009), Heffner (2001), Bower e Waxman, (2006), o estatuto sócio-económico também é um determinante importante, sendo que a nível geral, as mulheres em países de grande poder económico vivem mais e têm menos problemas de saúde do que as mulheres de países de baixo poder económico, que tem a falta de informação ou acesso escasso aos recursos. O mesmo se poderá aplicar a homens.

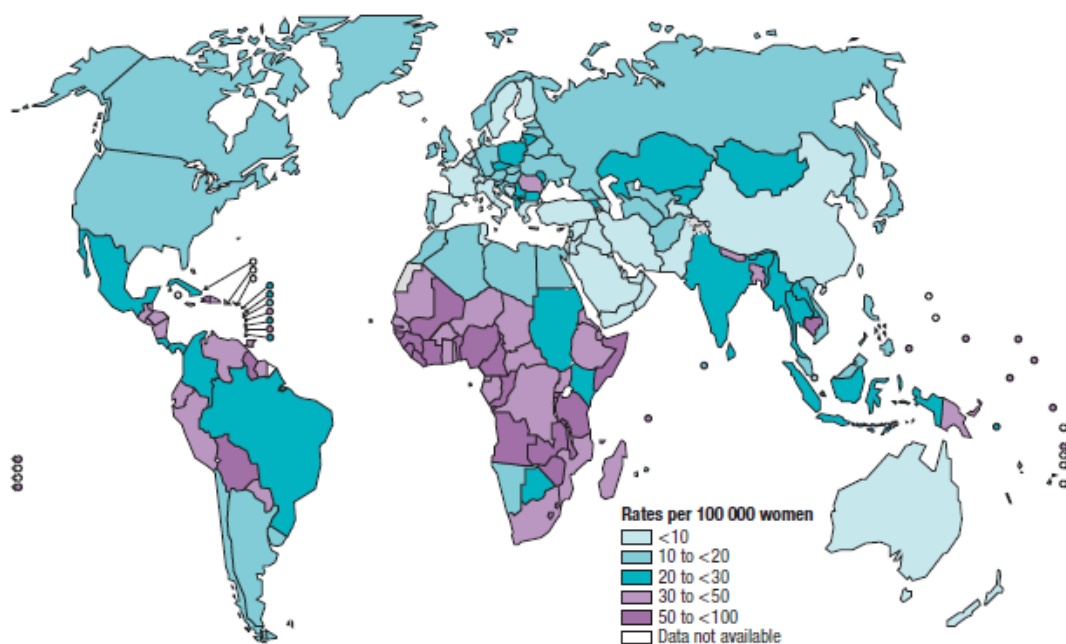


Ilustração 1 - Taxa de incidência de cancro do colo do útero (por 100 000 mulheres, de todas as idades) 2004. Fonte: Organização Mundial de Saúde

Relativamente ao cancro do colo do útero encontram-se alguns factores especificamente associados a esta doença. A DGS (2008) aponta a multiparidade, a predisposição genética e a desnutrição. Também o uso prolongado de contraceptivos orais é apontado.

Um estudo feito pela IARC (International Agency for Research on Cancer, 2002) demonstrou que mulheres com uma infecção pelo VPH que usavam contraceptivos orais há mais de 5 anos, têm 3 vezes mais risco de desenvolver cancro do colo do útero do que as mulheres que não usam este tipo de contraceptivo. Outros estudos declaram ainda um risco acrescido em mulheres com gravidez precoce com menos de 17 anos de idade, tendo maior tendência para desenvolver cancro que as mulheres que tiveram a primeira gravidez a partir dos 25 anos (American Cancer Society, 2010).

1.1.4. Prevenção

Tendo por base os factores de risco associados a esta problemática, deve-se implementar programas de prevenção adequados.

A prevenção pode ser primária, através de programas de educação para a saúde sexual e reprodutiva e da vacinação; secundária, incluindo o programa de rastreio do cancro do colo do útero e, terciária, encaminhando para os serviços de saúde para tratamento e continuidade de cuidados, incluindo os paliativos.

Os programas de educação sexual têm por objectivo desenvolver estratégias para informar e incentivar mudanças nos comportamentos com o intuito de contrariar os factores de risco para a infecção (DGS, 2008).

Relativamente à vacinação, existem duas vacinas contra o VPH, a quadrivalente Gardasil®, protegendo dos genótipos 6, 11, 16 e 18, e a bivalente Cervarix®, que protege somente dos genótipos 16 e 18, sendo estes os responsáveis por cerca de 73% dos cancros na Europa. Os genótipos 6 e 11 estão maioritariamente associados aos condilomas ou verrugas genitais.

Em Portugal, desde 2008, a circular normativa N.º: 22/DSCS/DPCD no âmbito da Introdução da Vacina contra Infecções por Vírus do Papiloma Humano, define a população alvo a ser vacinada as “jovens que fazem 13 anos de idade no respectivo ano

civil”. “Para não se perderem oportunidades de vacinação, a vacina pode ser administrada a partir dos 12 anos de idade, respeitando a coorte alvo.” A vacina a ser administrada é a Gardasil® tetravalente segundo o esquema de intervalo 0, 2 e 6 meses entre as 3 doses.

Segundo a OMS e a UNFPA (2006), o VPH é transmitido principalmente por via sexual e, normalmente, acontece nos primeiros anos das relações sexuais, daí a vacina estar indicadas as raparigas e mulheres entre os 9 e os 26 anos.

Outros grupos poderiam beneficiar de serem vacinados tais como os homens, para prevenir cancro ano-genital ou as verrugas ano-genitais; idades abaixo dos 9 anos, pela maior facilidade e adesão de vacinação; pessoas infectadas com VIH e mulheres grávidas. Também estão a ser realizados estudos para avaliar a eficácia da vacina em mulheres com idades superiores a 25 anos e naquelas que têm ou já tiveram infecção pelo VPH, no entanto os resultados da real eficácia da vacina e a relação custo-benefício, não estando ainda estabelecidos.

A imunização com a vacina, não significa que não seja necessário realizar o teste do Papanicolau, já que a mesma não confere imunização contra todos os genótipos (European Centre for Disease Prevention and Control, 2008).

Para ajudar a prevenir a infecção, há também o preservativo masculino, método contraceptivo eleito que diminui a possibilidade da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis. A eficácia deste método depende da sua correcta utilização. Outro dos métodos contraceptivos com a mesma função é o preservativo feminino mas menos utilizado em Portugal (Direcção Geral da Saúde, 2008).

Embora seja fortemente aconselhado o uso de preservativo para proteger duma possível infecção pelo vírus, a protecção não é total, porque a área afectada pode não ser só a que está coberta pelo preservativo mas também a região circundante (CDCP, 2010). No entanto, pode prevenir algum contacto e ajuda a prevenir a transmissão de outro tipo de

infecções sexualmente transmissíveis que possam por em causa o sistema imunitário (OMS, 2006).

O teste do Papanicolau é um exame de rastreio cujo objectivo (OMS, 2010) é detectar precocemente a doença sem que ela se desenvolva ao nível de requerer novos exames de diagnóstico. É aplicado a mulheres e é o único teste que reduz a incidência e mortalidades causadas pelo cancro do colo do útero, especialmente se os rastreios estiverem bem organizados.

Embora não haja um consenso universal sobre os intervalos da realização do exame de rastreio por ser necessário adaptar às características de cada grupo, segundo o Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007-2010 (2009) o rastreio deve ser efectuado “com idade de início não antes dos 20 e não depois dos 30 e até aos 60 anos”. A circular normativa Nº: 22/DSCS/DPCD da DGS (2008) refere que o rastreio deve ser iniciado dois anos após o início da actividade sexual.

Tendo em conta que a infecção pelo VPH é na maioria dos casos assintomática, a detecção precoce é de extrema importância (Scheurer et al., 2005). Identificando as alterações celulares precocemente, a realização do exame do Papanicolau pode reduzir até 90% a probabilidade de uma mulher morrer de cancro do colo do útero (Heffner, 2001).

Da mesma maneira, no caso dos condilomas acuminados, a frequência das consultas de vigilância permite identificá-los, podendo proceder à decisão sobre o tratamento e precauções a tomar, com o objectivo de diminuir o risco da transmissão da infecção. Nos indivíduos que estejam imunodeprimidos, na medida em que estão mais susceptíveis a infecções, devem ter a máxima precaução.

O contínuo trabalho por parte dos investigadores e também a actuação dos profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros que, por excelência, têm um maior contacto com os utentes, podem ajudar a perceber quais as estratégias a adaptar para reduzir a incidência de infecção e suas consequências.

De acordo com *Danaei et al (cit. in OMS 2010)*, mais de 30% dos cancros de qualquer tipo podem ser prevenidos evitando os factores de risco mais associados a este tipo de doença, tais como: o consumo de tabaco, excesso de peso ou obesidade, baixo consumo de frutas e vegetais, inactividade física, consumo de álcool, infecção sexual pelo VPH, poluição dos meios urbanos e inalação de fumos de combustíveis de uso doméstico.

Assim, também de acordo com Gullatte (2000), o enfermeiro pode identificar os indivíduos em risco através dos hábitos de vida, história pessoal e familiar, informar sobre a patologia e consequências da mesma, explicar todos os meios de prevenção, incentivar a aquisição de estilos de vida saudável assim como a adesão a consultas e aos programas de rastreio, além de orientar para os serviços médicos de diagnóstico e tratamento.

II. Fase Metodológica

A fase metodológica consiste em estruturar as etapas para orientar o estudo de forma sistemática e lógica no sentido de obter as respostas às questões de investigação. Assim, a investigadora define o plano de trabalho para conduzir o estudo.

2.1. Problema de Investigação

De acordo com Fortin (2003, pág. 374), um problema de investigação é um enunciado formal do objectivo de uma investigação tomando a forma de uma afirmação que implica a possibilidade de uma investigação empírica que permite encontrar uma resposta.

Em vários estudos efectuados ao longo do tempo, há referência de que a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano se encontra fortemente relacionada com o cancro do colo do útero, além da prevalência de condilomas associados a essa mesma infecção. Assim, considera-se pertinente este estudo de investigação – conhecimentos e comportamentos/hábitos dos jovens sobre a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano – pela importância que tem para a saúde pública.

2.2. Justificação do Tema

Apesar de ser um tema abordado há alguns anos por vários autores, denotam-se ainda hoje os esforços para sensibilizar jovens e adultos para terem uma vida sexual e reprodutiva saudável/estável em contraste com as elevadas taxas de incidência de infecção pelo VPH. A maioria dos estudos no âmbito deste tema são relacionados com o género feminino, havendo uma insuficiente perspectiva da vertente masculina, tanto ao nível de conhecimentos como de comportamentos, daí considerar-se importante a inclusão do género masculino neste estudo. No contexto de ensino clínico, a investigadora constatou que há défice nos conhecimentos dos utentes sobre esta temática.

Surge daí a pertinência deste estudo, sendo que todo o conteúdo abordado será uma mais-valia para a investigadora pelo alto valor teórico e prático para o posterior

exercício profissional em Enfermagem na prestação de cuidados, e pode contribuir ainda para futuros estudos de investigação.

2.3. Questões de Investigação

A questão de investigação surge das variáveis em estudo e da relação que se pode estabelecer entre elas (Fortin, 2003).

Neste estudo, a investigadora formulou as seguintes questões:

- Que conhecimentos sobre a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano têm os jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos?
- Será que os jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos têm comportamentos/hábitos de risco, relacionados com a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano?

2.4. Objectivos do Estudo

Tendo por base as questões de investigação e toda a dimensão teórica associada, delinearão-se os seguintes objectivos:

- Saber se os jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos possuem conhecimentos sobre a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano;
- Saber se os jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos têm comportamentos/hábitos de risco relacionados com a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano;
- Saber quais são as principais fontes de informação dos jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos sobre o Vírus do Papiloma Humano;

- Saber se o conhecimento dos jovens que frequentam a praia Internacional de Matosinhos sobre a utilização do preservativo como forma de prevenção da infecção pelo vírus do papiloma humano influencia a sua utilização nas relações sexuais dos mesmos;

2.5. Tipo e método de investigação

O tipo de estudo é o descritivo simples, já que se pretende descrever fenómenos ou conceitos referentes a uma população, determinando características da mesma (Fortin, 2003). O estudo realizou-se em meio natural.

De acordo com Fortin (2003) a abordagem quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis e baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Nesta investigação a abordagem utilizada é a quantitativa.

2.6. Variáveis

Nesta investigação as variáveis que se referem às características dos indivíduos e descrevem a amostra, denominadas de atributo, são: a idade, género e habilitações literárias. As outras variáveis em estudo são: os conhecimentos e os comportamentos/hábitos dos jovens que frequentam a Praia Internacional de Matosinhos.

2.7. População, Amostra e Processo de Amostragem

A população é um conjunto de elementos com as mesmas características (Fortin, 2003) e a população - alvo é aquela que reúne os critérios necessários para participar na investigação, podendo haver uma posterior generalização dos resultados a todos os indivíduos que fazem parte dessa mesma população.

A população deste estudo é constituída por jovens entre os 19 e 25 anos que frequentavam a praia Internacional de Matosinhos, Distrito do Porto, no período de 25 a 29 de Agosto de 2010. De acordo com Weinstock (*cit in* Moscick, 2005) as jovens americanas dos 15 aos 24 anos representam apenas 25% da população sexualmente activa mas é nessa faixa de idades que ocorrem aproximadamente 50% das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

A amostra é um sub-conjunto dos indivíduos da população proposta para participar no estudo, devendo conter as mesmas características desta (Fortin, 2003, pág. 202).

Neste estudo, a amostra é constituída por 60 jovens dos 19 aos 25 anos de idade, 30 do género feminino e 30 do género masculino.

O processo de amostragem utilizado foi a Amostragem Não Probabilística Acidental por Conveniência, pelo facto de os sujeitos estarem presentes num local exacto e facilmente acessíveis. Como desvantagem deste processo de amostragem refere-se que cada elemento da população não tem igual probabilidade de ser escolhido e por conseguinte os dados não poderão ser extrapolados para a população. Foram incluídos na amostra apenas aqueles que se encontravam no local, no período em que decorreu a colheita de dados e que quiseram colaborar.

2.8. Instrumento de Colheita de Dados

Segundo Fortin (2003), o instrumento de colheita de dados serve para reunir informação que servirá de base para responder às questões de investigação. Neste estudo, o instrumento utilizado foi o questionário, elaborado pela investigadora.

O questionário (Anexo I) é constituído por 3 partes distintas: a parte I corresponde à caracterização da amostra; a parte II corresponde às questões sobre os conhecimentos da amostra relativamente ao Vírus do Papiloma Humano e a parte III às questões sobre os comportamentos/hábitos dos jovens. É composto por 23 questões fechadas e por 5 questões abertas, escolhidas de acordo com o tema e com os objectivos que se

pretendem atingir. De referir que quando um sujeito desconhece o VPH (pergunta 1, parte II) passa para a pergunta 1 da parte III; quando um sujeito não iniciou actividade sexual (pergunta 1, parte III) passa à pergunta 5 da parte III; quando um sujeito não frequenta a consulta do planeamento familiar (pergunta 7, parte III) e não foi informado sobre a infecção pelo VPH na mesma (pergunta 8, parte III) termina o questionário.

Como vantagens, o questionário pode ser utilizado num grande número de elementos obtendo mais informação; a mesma estrutura e perguntas para todos os participantes assegura a fidelidade do mesmo, e o anonimato das respostas facilita a expressão das opiniões e comportamentos dos sujeitos. Como desvantagens, os sujeitos podem ficar limitados às respostas previamente delineadas que lhes são apresentadas para escolher, não havendo também controlo sobre perguntas deixadas em branco.

Os dados foram colhidos no período entre 25 e 29 de Agosto de 2010, tendo sido preenchidos um total de 60 questionários: 30 raparigas e 30 rapazes que frequentavam a praia Internacional de Matosinhos, no Porto. A aplicação dos questionários à população e a obtenção da aprovação dos indivíduos decorreu sem qualquer problema a mencionar.

A parte II do questionário corresponde às questões sobre os conhecimentos relativamente à infecção pelo vírus. De seguida apresentam-se as respostas correctas das perguntas 3 a 12 do questionário:

Pergunta	Resposta Correcta
3 - O vírus VPH afecta:	Homens e mulheres
4 - O Vírus do Papiloma Humano	Pode ser transmitido por penetração + Pode ser transmitido por sexo anal + Pode ser transmitido por sexo oral + Pode ser transmitido no contacto com pele infectada pelo vírus
5 - Um homem pode passar o VPH a uma mulher e a mulher ao homem?	Sim
6 - O VPH é transmitido por:	Contacto com pele infectada pelo vírus
7 - O vírus afecta:	A mucosa bucal + A região genital + A região anal + O colo do útero
8 - A infecção pelo VPH pode causar	Verrugas ou condilomas + Lesões na boca e nos genitais + Cancro do colo do útero + Cancro anal
9 - Os sintomas da infecção pelo VPH manifestam-se:	Podem demorar anos a manifestarem-se
10 - Uma vez infectado pelo vírus, pode depois a infecção desaparecer espontaneamente?	Sim
11 - O preservativo previne uma infecção pelo vírus do papiloma humano?	Sim
12 - São factores de risco para ser infectado	O início precoce da actividade sexual + Ter múltiplos parceiros sexuais + O contacto com alguém infectado com o VPH + O uso prolongado de contraceptivos orais + Os hábitos tabágicos

Tabela 1 - Respostas correctas para as perguntas de 3 a 12 da parte II do questionário

Para avaliar conhecimentos dos jovens e com base no número de respostas correctas, recorreu-se a uma escala que se apresenta de seguida:

- 0 perguntas correctas – Sem conhecimentos;
- 1 a 2 perguntas correctas – Mau conhecimento;
- 3 a 4 perguntas correctas – Conhecimento Insuficiente;
- 5 a 6 perguntas correctas – Conhecimento Suficiente;
- 7 a 8 perguntas correctas – Bom Conhecimento;
- 9 a 10 perguntas correctas – Muito Bom Conhecimento.

2.9. Pré - Teste

O pré-teste é a aplicação do questionário a um número reduzido de elementos da população com o objectivo de avaliar se os termos usados são compreendidos e se a estrutura está bem organizada (Fortin, 2003). O pré-teste foi aplicado a 10 sujeitos da população (5 questionários a cada género), não tendo sido necessário alterar o instrumento de colheita de dados e estes foram excluídos da amostra em estudo.

2.10. Ética na Investigação

Segundo Fortin (2003), numa investigação há questões éticas e morais a ter em consideração. O problema de investigação, as teorias abordadas e, principalmente, o instrumento de colheita de dados aplicado à população em estudo, podem trazer efeitos favoráveis mas também desfavoráveis à mesma.

O investigador deve fazer por equilibrar os benefícios e os riscos que o estudo importa, evitando deixar qualquer indivíduo susceptível, prezando os seus direitos e o seu sistema de valores.

Assim, neste estudo, são respeitados os cinco direitos humanos determinados pelo código de ética:

- Direito à auto-determinação: a vontade de cada indivíduo é respeitada podendo ele escolher, livre e espontaneamente, se quer participar ou não no estudo proposto, sem qualquer constrangimento caso decida não participar, sendo informado disso.
- Direito à intimidade: todo o indivíduo tem o direito de expor tanta informação quanto a que tiver disposto a divulgar, não sendo obrigado a facultar qualquer informação sobre o próprio, que não deseje.
- Direito ao anonimato e à confidencialidade: no estudo é assegurado o anonimato, pelo que não se pede nem é divulgado qualquer nome ou assinatura, e os tipos de resposta pedidas não são descritivas dos indivíduos que as fornecem, não sendo possível identificá-los, garantindo-se assim a confidencialidade.
- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo: na execução deste estudo, evitaram-se os danos e promoveu-se o bem-estar, tanto quanto possível, com base no princípio do “benefício”, salientando-se as vantagens futuras do estudo para a saúde de todos os indivíduos e comunidade.
- Direito a um tratamento justo e equitativo: a população estudada foi escolhida de acordo com os objectivos da investigação, tendo sido dada a todos os indivíduos igual oportunidade de participar ou desistir a qualquer instante, sem qualquer problema. Foram informados do tema em estudo, seus objectivos, e de que podem consultar a informação por eles fornecida a qualquer momento.

2.11. Tratamento de Dados

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0.1 para o Windows. Este software permite fazer a análise estatística. Serão apresentadas as frequências absolutas e relativas em forma de tabela e/ou gráficos para descrição fácil dos mesmos e para algumas variáveis também se apresentam média, moda e desvio padrão. Os dados serão apresentados pela mesma ordem do questionário e de acordo com as variáveis do estudo.

III. Fase Empírica

Nesta etapa da investigação estão incluídas a análise e discussão de dados para posterior comunicação dos mesmos (Fortin, 2003).

3.1. Caracterização da Amostra (Parte I do questionário)

➤ Idade

Idade	Feminino	Masculino
19	9	5
	15,0%	8,3%
20	2	5
	3,3%	8,3%
21	5	6
	8,3%	10,0%
22	4	3
	6,7%	5,0%
23	5	4
	8,3%	6,7%
24	3	4
	5,0%	6,7%
25	2	3
	3,3%	5,0%
Total	30	30
	50,0%	50,0%

Tabela 2 – Representação da idade por género

N	Mín.	Máx.	Média	Moda	D. Padrão
60	19	25	21,52	19	1,987

Tabela 3 – Representação do mínimo, máximo, média, moda e desvio padrão da idade da amostra

Pela análise da tabela 2 e 3 verifica-se que no género feminino há um maior número de elementos com 19 anos (15% da amostra) e no género masculino há um maior número de elementos com 21 anos (10% da amostra). O mínimo de idade é 19 anos e o máximo

é 25 anos, sendo a média de 21,52 e o desvio padrão é de 1,987. A idade mais frequente na amostra é 19 anos.

➤ Gênero

Gênero	Frequência absoluta	Percentagem
Feminino	30	50,0
Masculino	30	50,0
Total	60	100,0

Tabela 4 – Representação da amostra quanto ao gênero

Quanto ao gênero a amostra é composta por 60 sujeitos, 30 do gênero feminino e 30 do gênero masculino.

➤ Habilitações Literárias

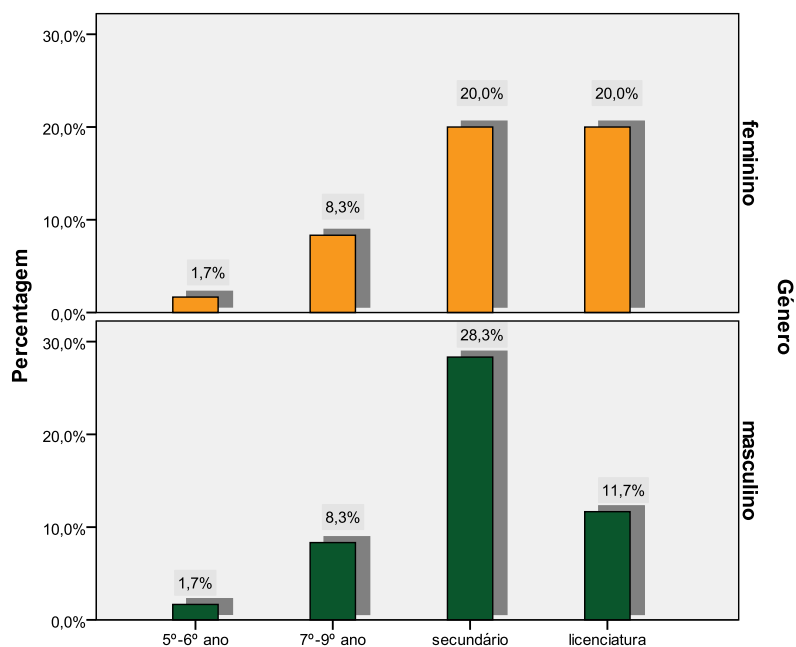


Gráfico 1 – Representação gráfica das habilitações literárias da amostra

Observando o gráfico 1 verifica-se no género feminino: 20% tem licenciatura, 20% o nível secundário, 8,3% tem entre o 7º e o 9º ano e 1,7% tem entre o 5º e o 6º ano. No género masculino: 28,3% tem o nível secundário, 11,7% tem licenciatura, 8,3% tem entre o 7º e 9º ano, e 1,7% tem entre o 5º e o 6º ano.

3.2. Conhecimentos da amostra sobre o Vírus do Papiloma Humano (Parte II do questionário)

Conhecimento sobre o vírus do papiloma humano

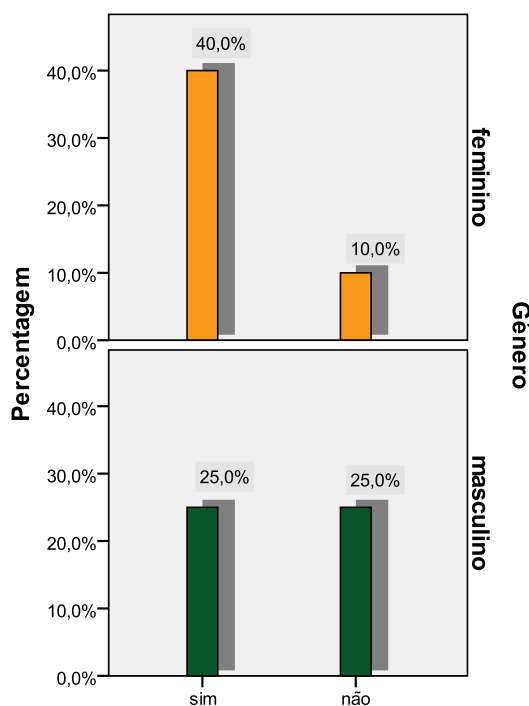


Gráfico 2 – Representação gráfica relativa ao conhecimento sobre o que é o VPH

Observando o gráfico 2 constata-se que 40% do género feminino afirma saber o que é o VPH e 10% desconhece este vírus. Relativamente ao género masculino 25% refere saber o que é o VPH e 25% refere não saber.

Forma de aquisição dos conhecimentos sobre o VPH

Aquisição dos conhecimentos sobre o VPH		
Escola/universidade	6	15,4%
Amigos	4	10,3%
Meios de comunicação	4	10,3%
Outro	1	2,6%
Escola/universidade e amigos	1	2,6%
Escola/universidade e meios de comunicação	6	15,4%
Amigos e meios de comunicação	2	5,1%
Amigos e consulta de planeamento familiar	3	7,7%
Meios de comunicação e consulta de planeamento familiar	3	7,7%
Escola/universidade, amigos e meios de comunicação	3	7,7%
Escola/universidade, meios de comunicação e consulta de planeamento familiar	3	7,7%
Escola/universidade, amigos, meios de comunicação e consulta de planeamento familiar	1	2,6%
Escola/universidade, meios de comunicação, consulta de planeamento familiar e consulta médica	2	5,1%
Total	39	100%

Tabela 5 – Representação percentual da forma de aquisição de conhecimentos sobre o VPH

Relativamente à forma de aquisição de conhecimentos sobre o VPH e observando a tabela 5, dos 39 sujeitos da amostra que afirmaram saber o que é este vírus, 15,4% refere ter adquirido conhecimentos na “escola/universidade”, 15,4% na “escola/universidade e meios de comunicação”, 10,3% refere ter sido com amigos e 10,3% através dos meios de comunicação. Foi efectuada a análise quanto ao género mas não se encontraram diferenças significativas.

Conhecimento sobre o género afectado pelo VPH

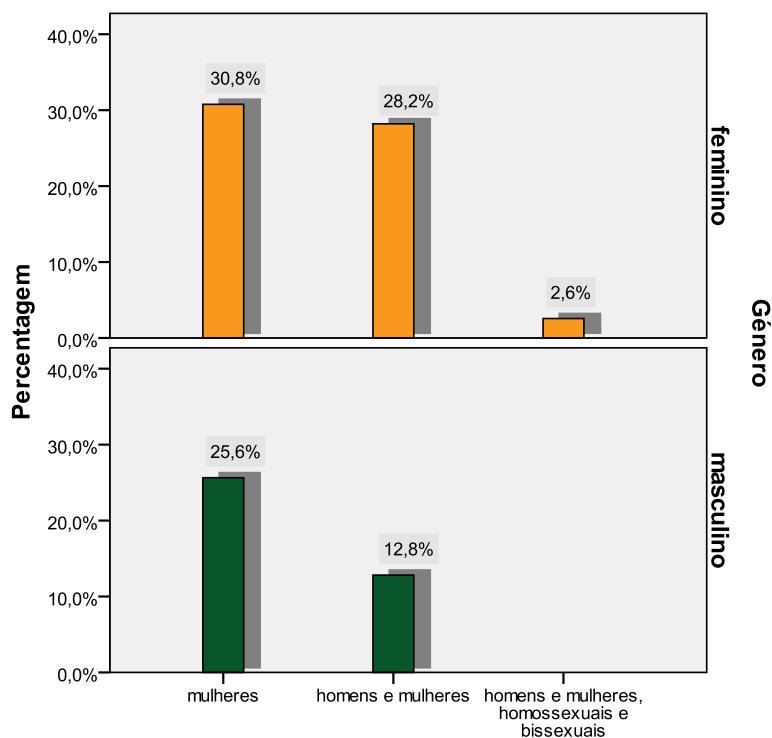


Gráfico 3 – Representação gráfica relativa ao conhecimento sobre o género afectado pelo VPH

Relativamente ao conhecimento sobre o género afectado pelo VPH, dos 39 sujeitos da amostra que responderam, para o género feminino 30,8% refere afectar “mulheres”, 28,2% refere afectar “homens e mulheres” e 2,6% refere afectar “homens, mulheres, homossexuais e bissexuais”. No género masculino, 25,6% considera que afecta “mulheres” e 12,8% considera afectar “homens e mulheres”.

Conhecimento sobre a transmissão do VPH:

O Vírus do Papiloma Humano:	Feminino	Masculino
Pode ser transmitido por penetração	4 10,3%	7 17,9%
Pode ser transmitido no contacto com pele infectada pelo vírus	4 10,3%	1 2,6%
Não é contagioso	3 7,7%	1 2,6%
Pode ser transmitido por penetração e sexo anal	3 7,7%	1 2,6%
Pode ser transmitido por penetração e sexo oral	2 5,1%	0
Pode ser transmitido por penetração e contacto com pele infectada pelo vírus	5 12,8%	3 7,7%
Pode ser transmitido por penetração, sexo anal e sexo oral	1 2,6%	0
Pode ser transmitido por penetração, sexo oral e pelo contacto com pele infectada pelo vírus	1 2,6%	1 2,6%
Pode ser transmitido por penetração, sexo anal, sexo oral e pelo contacto com pele infectada pelo vírus	1 2,6%	1 2,6%
Total	24 61,5%	15 38,5%
	39 100,0%	

Tabela 6 – Representação percentual relativa ao conhecimento sobre a transmissão do VPH

Ao observar a tabela 6 e relativamente ao conhecimento sobre a transmissão do vírus, no género feminino, 12,8% considera que a forma de transmissão pode ser por “penetração e contacto com pele infectada”, 10,3% pode ser por penetração, 10,3% por contacto com pele infectada pelo vírus, 7,7% considera que não é contagioso, 7,7% refere que é transmitido por penetração e sexo anal, para 5,1% pode ser transmitido por penetração e sexo oral, para 2,6% pode ser transmitido por penetração, sexo anal e sexo oral, para 2,6% pode ser transmitido por penetração, sexo anal, sexo oral e pelo contacto com a pele infectada pelo vírus. No género masculino a maioria 17,9% considera que a forma de transmissão é por penetração, 7,7% refere que “pode ser transmitido por penetração e contacto com pele infectada pelo vírus”, 2,6% refere que “Pode ser transmitido no contacto com pele infectada pelo vírus”, 2,6% refere “Não é contagioso”, 2,6% que “Pode

ser transmitido por penetração e sexo anal”, 2,6% que “Pode ser transmitido por penetração, sexo oral e pelo contacto com pele infectada pelo vírus” e 2,6% que “Pode ser transmitido por penetração, sexo anal, sexo oral e pelo contacto com pele infectada pelo vírus”.

Conhecimento sobre a transmissão do VPH homem - mulher

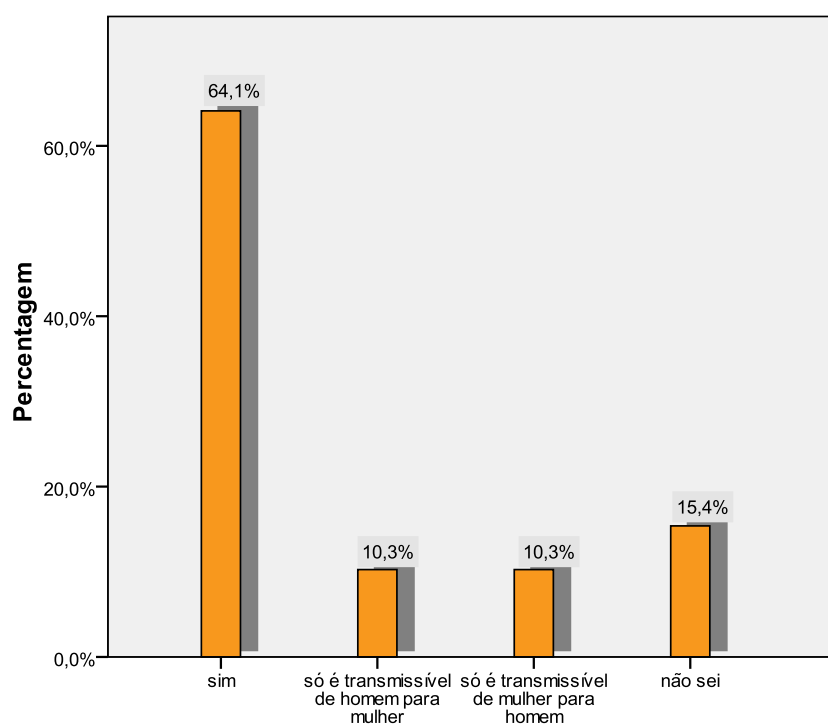


Gráfico 4 – Representação gráfica relativa ao conhecimento sobre a transmissão homem - mulher

Pela análise do gráfico 4, 64,1% considera que a transmissão é do homem para a mulher e vice-versa, 15,4% não sabe responder, 10,3% considera que “só é transmissível de homem para mulher” e 10,3% que “só é transmissível de mulher para homem”. A análise por género não revelou diferenças significativas.

Conhecimento sobre como se transmite o VPH

O VPH é transmitido por:	Feminino	Masculino
Sangue	0	1 2,6%
Esperma	4 10,3%	3 7,7%
Contacto com pele infectada pelo vírus	6 15,4%	3 7,7%
Não sei	4 10,3%	3 7,7%
Sangue e esperma	1 2,6%	1 2,6%
Sangue e contacto com a pele infectada pelo vírus	1 2,6%	0
Esperma e contacto com pele infectada pelo vírus	5 12,8%	1 2,6%
Sangue, esperma e saliva	2 5,1%	1 2,6%
Total	24 61,5%	15 38,5%
	39 100,0%	

Tabela 7 – Representação percentual relativa ao conhecimento sobre como se transmite o VPH

Quando inquiridos os jovens relativamente ao conhecimento sobre como se transmite o VPH, verifica-se na tabela 7 que 15,4% do género feminino considera que é pelo “contacto com pele infectada pelo vírus”, 10,3% pelo esperma e 10,3% não sabe responder. No género masculino 7,7% responde que é pelo esperma, 7,7% pelo “contacto com pele infectada pelo vírus” e 7,7% não sabe responder.

Conhecimento sobre a zona do corpo afectada pelo VPH:

O VPH afecta:	Feminino	Masculino
A região anal	1 2,6%	1 2,6%
O colo do útero	7 17,9%	9 23,1%
Região genital e anal	1 2,6%	0
Região genital e colo do útero	7 17,9%	2 5,1%
Região anal e colo do útero	1 2,6%	0
Mucosa bucal, região genital e o colo do útero	2 5,1%	1 2,6%
Região genital, região anal e o colo do útero	1 2,6%	1 2,6%
Mucosa bucal, região genital e anal e o colo do útero	3 7,7%	0
Nenhuma das anteriores	1 2,6%	1 2,6%
Total	24 61,5%	15 38,5%
	39 100,0%	

Tabela 8 – Representação percentual relativa ao conhecimento da zona do corpo afectada pelo VPH

Observa-se na tabela 8, relativamente à questão que zona do corpo afecta o VPH, o género feminino considera que é “o colo do útero” e “região genital e colo do útero”, ambas com 17,9%. Relativamente ao género masculino, a maioria da amostra (23,1%) refere que é “o colo do útero”.

Conhecimento sobre as consequências da infecção pelo VPH

A infecção pelo VPH pode causar:	Feminino	Masculino
Lesões na boca e nos genitais	1 2,6%	0
Cancro do colo do útero	10 25,6%	9 23,1%
Não sei	4 10,3%	1 2,6%
Verrugas ou condilomas e cancro do colo do útero	5 12,8%	1 2,6%
Lesões na boca, nos genitais e cancro do colo do útero	1 2,6%	1 2,6%
Verrugas ou condilomas, lesões na boca e nos genitais e cancro do colo do útero	2 5,1%	2 5,1%
Lesões na boca e nos genitais, cancro do colo do útero e cancro anal	1 2,6%	1 2,6%
Total	24 61,5%	15 38,5%
	39 100,0%	

Tabela 9 – Representação percentual relativa ao conhecimento sobre consequências da infecção pelo VPH

Pela análise da tabela 9 verifica-se que ambos os géneros, com 25,6% o feminino e 23,1% o masculino, mencionam o cancro do colo do útero como consequência da infecção pelo vírus do papiloma humano. Refira-se ainda que 12,8% dos jovens do género feminino consideram como consequência da infecção do VPH, verrugas ou condilomas e cancro do colo do útero.

Conhecimento sobre manifestação dos sintomas da infecção pelo VPH:

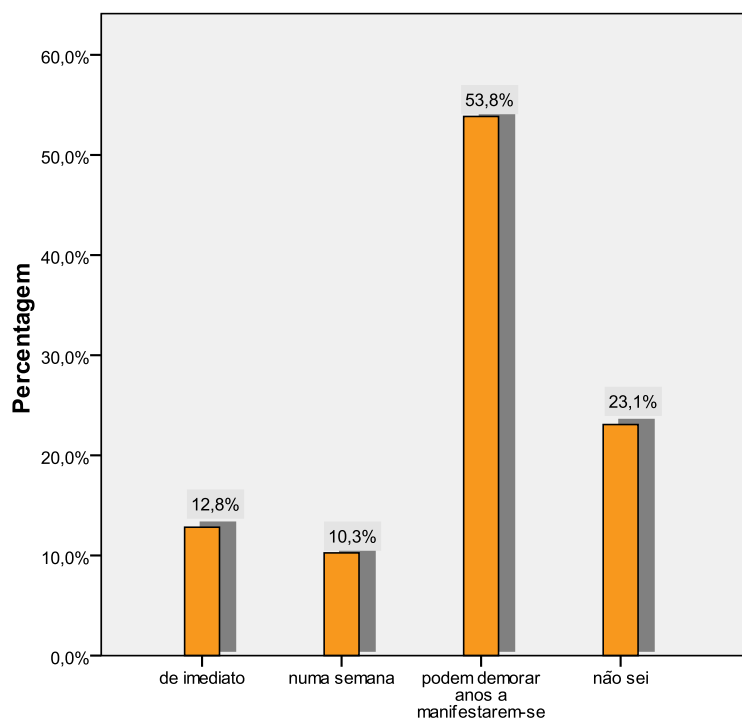


Gráfico 5 – Representação gráfica relativa ao conhecimento sobre a manifestação dos sintomas da infecção pelo VPH

Observando o gráfico 5, dos inquiridos que responderam a esta questão, 53,8% consideram que pode demorar anos a manifestar-se a infecção pelo VPH, 23,1% refere que não sabe, 12,8% refere que é imediato e 10,3% refere que os sintomas se manifestam numa semana. Após análise relativamente a cada género, não se obteve diferenças significativas.

Conhecimento sobre a regressão da infecção pelo VPH

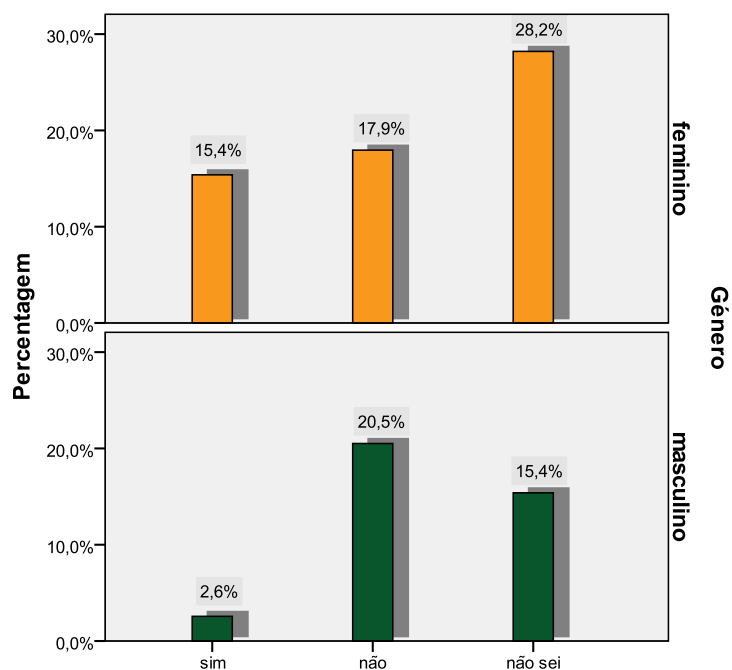


Gráfico 6 – Representação gráfica relativa ao conhecimento sobre a regressão da infecção pelo VPH

Observando o gráfico 6 e relativa à questão – depois de infectado a infecção pode regredir espontaneamente? – verifica-se no género feminino que 28,2% refere que não sabe, 17,9% refere que não regride espontaneamente e 15,4% refere que “sim”. No género masculino, 20,5% refere que não regride espontaneamente, 15,4% não sabe responder e 2,6% responde que regride espontaneamente.

Conhecimento sobre a utilização do preservativo na prevenção da infecção pelo VPH

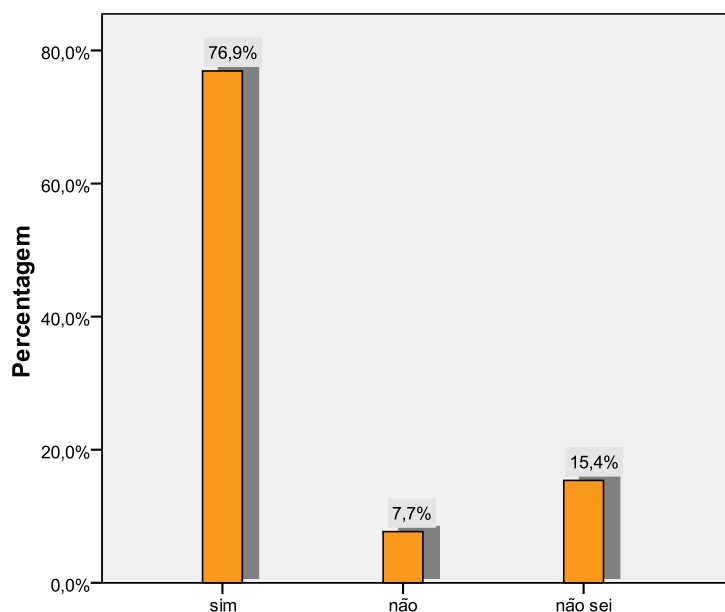


Gráfico 7 – Representação gráfica relativa ao conhecimento sobre a utilização do preservativo na prevenção da infecção pelo VPH

Inquiridos sobre a utilização do preservativo na prevenção da infecção pelo VPH verifica-se pela observação do gráfico 7 que 76,9% considera que este método é eficaz na prevenção, 15,4% não sabe responder e 7,7% não considera um método eficaz. A análise por género não obteve diferenças significativas.

Conhecimento sobre factores de risco para a infecção pelo VPH

Conhecimentos sobre factores de risco		
Ter múltiplos parceiros sexuais	10	25,6%
O contacto com alguém infectado com o VPH	3	7,7%
Ter múltiplos parceiros sexuais e o contacto com alguém infectado pelo VPH	12	30,8%
Ter múltiplos parceiros sexuais e os hábitos tabágicos	1	2,6%
O contacto com alguém infectado com o VPH e os hábitos tabágicos	2	5,1%
O início precoce da actividade sexual e ter múltiplos parceiros sexuais e o contacto com alguém infectado com o VPH	1	2,6%
O início precoce da actividade sexual e ter múltiplos parceiros sexuais e o contacto com alguém infectado com o VPH e o uso prolongado de contraceptivos orais	1	2,6%
O início precoce da actividade sexual e ter múltiplos parceiros sexuais e o contacto com alguém infectado com o VPH e os hábitos tabágicos	1	2,6%
Ter múltiplos parceiros sexuais, o contacto com alguém infectado com o VPH, o uso prolongado de contraceptivos orais e os hábitos tabágicos	1	2,6%
O início precoce da actividade sexual e ter múltiplos parceiros sexuais e o contacto com alguém infectado com o VPH e o uso prolongado de contraceptivos orais e os hábitos tabágicos	1	2,6%
Ter múltiplos parceiros sexuais, o uso prolongado de contraceptivos orais e os hábitos tabágicos	1	2,6%
Ter múltiplos parceiros sexuais, o contacto com alguém infectado com o vírus e os hábitos tabágicos	4	10,3%
Nenhuma das anteriores	1	2,6%
Total	39	100,0%

Tabela 10 – Representação percentual relativa ao conhecimento sobre factores de risco para a infecção pelo VPH

Pela análise da tabela 10 e relativamente aos factores de risco associados à infecção pelo VPH, a maioria da amostra (30,8%) considera factor de risco “ter múltiplos parceiros sexuais e o contacto com alguém infectado pelo VPH”, 25,6% dos inquiridos referem a multiplicidade de parceiros sexuais e 10,3% refere a multiplicidade de parceiros sexuais, o contacto com alguém infectado pelo vírus e os hábitos tabágicos. Na análise por género não se encontraram diferenças significativas.

Nível de conhecimentos da Amostra

		Amostra		Género Feminino		Género Masculino			
Nível de Conhecimentos	Sem conhecimentos	24	40%	7	23,3%	17	56,7%		
	Maus conhecimentos	16	26,7%	11	36,7%	5	16,6%		
	Conhecimentos insuficientes	12	20%	6	20%	6	20%		
	Conhecimentos suficientes	7	11,7%	5	16,7%	2	6,7%		
	Conhecimentos bons	1	1,7%	1	3,3%	0	0		
	Conhecimentos muito bons	0	0	0	0	0	0		
Número mínimo obtido de respostas certas		0							
Número máximo obtido de respostas certas		7							
Média do número de respostas certas		1,9							
Número de respostas certas à questão n°									
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
16	2	25	9	3	0	21	7	30	1

Tabela 11 – Representação percentual relativa ao nível de conhecimentos da amostra

A tabela 11 representa o nível de conhecimentos da amostra do estudo sobre a infecção pelo VPH e o nível de conhecimentos para cada género.

De acordo com a escala predefinida, a maioria da amostra (40%) não tem conhecimentos (0 respostas certas, 23,3% do género feminino e 56,7% do género masculino), 26,7% tem maus conhecimentos (1 a 2 respostas certas, 36,7% do género feminino e 16,6% do género masculino), 20% tem conhecimentos insuficientes (3 a 4 respostas certas, 20% do género feminino e 20% do género masculino), 11,7% tem bons conhecimentos (7 a 8 respostas certas, somente o género feminino (3,3%)) e ninguém obteve muito bons conhecimentos.

O número mínimo obtido de respostas certas foi zero e o número máximo sete. Em média, o número obtido de respostas certas foi de 1,9.

Relativamente ao número de respostas certas em cada questão:

- Número 3: dezasseis respostas certas
- Número 4: duas respostas certas
- Número 5: vinte e cinco respostas certas
- Número 6: nove respostas certas
- Número 7: três respostas certas
- Número 8: não houve respostas certas
- Número 9: vinte e uma respostas certas
- Número 10: sete respostas certas
- Número 11: trinta respostas certas
- Número 12: uma resposta certa

3.3. Comportamentos/hábitos da amostra (Parte III do questionário)

Início da actividade sexual

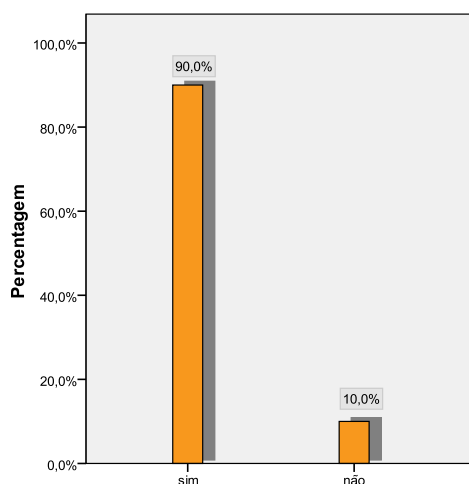


Gráfico 8 – Representação gráfica relativa ao início da actividade sexual

Relativamente ao início da actividade sexual, através da observação do gráfico 8 verifica-se que 90% da amostra refere ter iniciado actividade sexual e 10% refere que não. Não foram encontradas diferenças significativas quanto ao género.

Idade de início da actividade sexual

Idade		
12	1	1,9%
13	2	3,7%
14	1	1,9%
15	4	7,4%
16	12	22,2%
17	13	24,1%
18	14	25,9%
19	4	7,4%
20	3	5,6%
Total	54	100,0%

Tabela 12 – Representação percentual relativa à idade de início da actividade sexual

	N	Mín.	Máx.	Média	Moda	D. Padrão
Idade de início da actividade sexual	54	12	20	16,91	18	1,685

Tabela 13 – Representação do mínimo, máximo e desvio padrão da idade de início da actividade sexual

Dos 54 jovens inquiridos que responderam que iniciaram a actividade sexual, verifica-se que 25,9% da amostra refere ter iniciado aos 18 anos de idade, 24,1% aos 17 e 22,2% aos 16 anos de idade. A idade mínima referida foi 12 anos e a idade máxima 20 anos. A média é de 16,91 anos e o desvio padrão de 1,685.

Número de parceiros sexuais

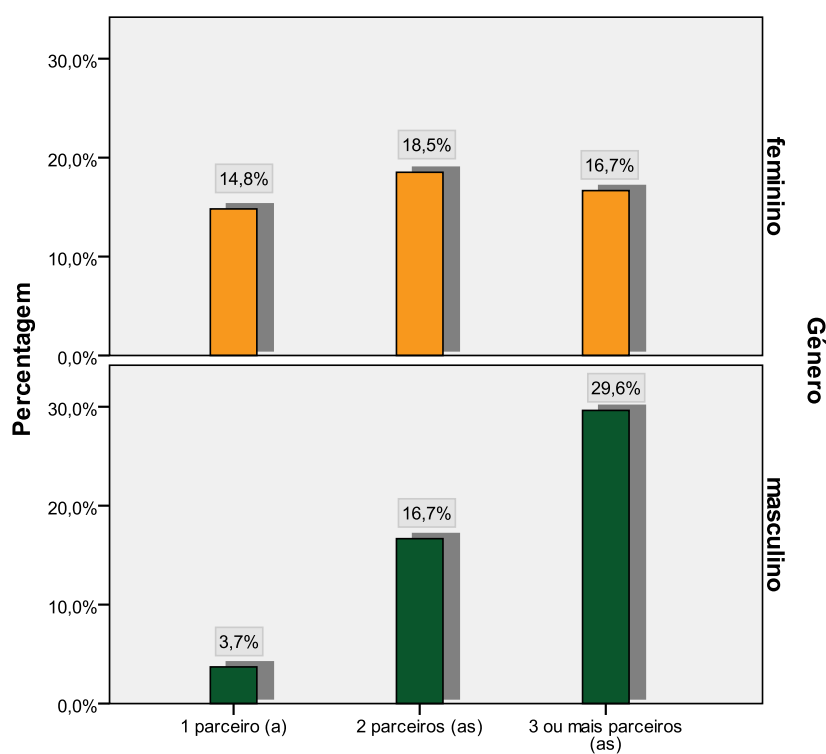


Gráfico 9 – Representação gráfica relativa ao número de parceiros sexuais

Analisando o gráfico 9 verifica-se, respectivamente para o género feminino e género masculino, que 16,7% e 29,6% teve três ou mais parceiros, 18,5% e 16,7% teve dois parceiros e 14,8% e 3,7% teve um parceiro.

Tipo de prática sexual

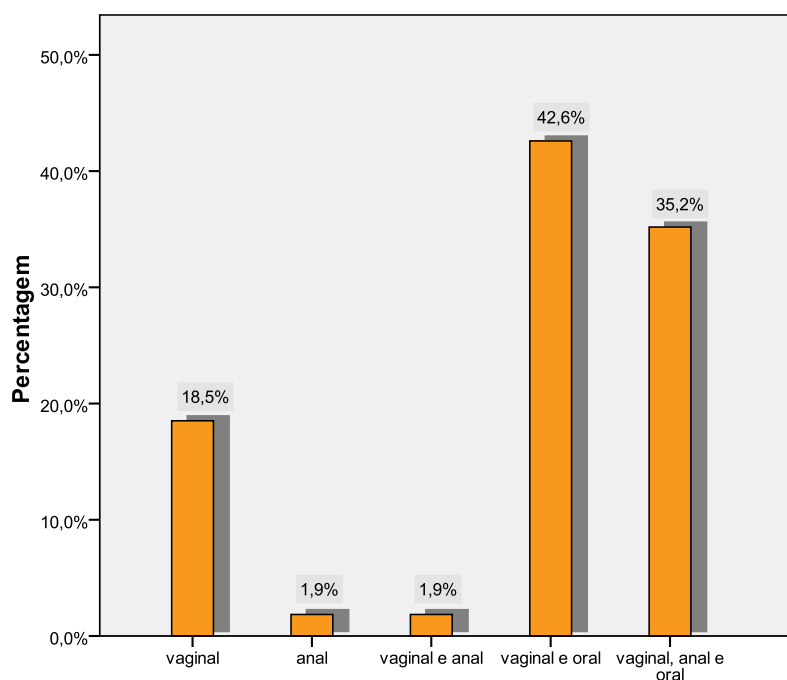


Gráfico 10 – Representação gráfica relativa ao tipo de prática sexual

Dos 54 inquiridos que iniciaram actividade sexual e observando o gráfico 10, 42,6% refere praticar sexo “vaginal e oral”, 35,2% refere a praticar sexo “vaginal, anal e oral”, 18,5% refere praticar sexo “vaginal”, 1,9% refere praticar sexo “anal” e 1,9% refere praticar sexo “vaginal e anal”. A análise por géneros não demonstrou diferenças significativas.

Utilização de preservativo na última relação sexual

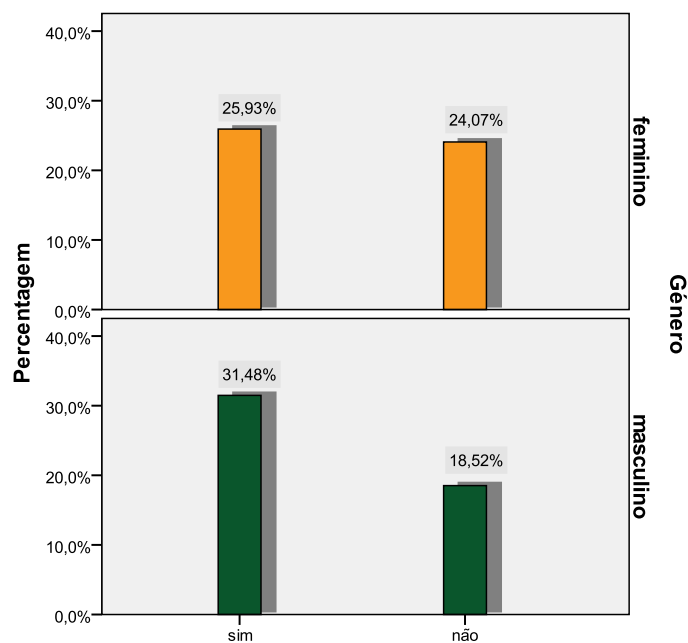


Gráfico 11 – Representação gráfica relativa à utilização de preservativo na última relação sexual

Relativamente à utilização de preservativo na última relação sexual e pela observação do gráfico 11, constata-se que das 27 raparigas que iniciaram a sua actividade sexual, 25,93% afirma ter usado preservativo e 24,07% não utilizou. Dos 27 rapazes que também iniciaram a sua actividade sexual, 31,48% usou preservativo e 18,52% não utilizou.

Consumo de tabaco

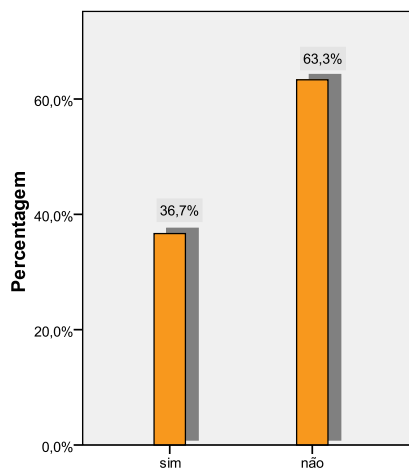


Gráfico 12 – Representação gráfica relativa ao consumo de tabaco

Conforme se pode observar no gráfico 12, 63,3% da amostra do estudo refere não ter hábitos tabágicos e 36,7% refere consumir tabaco. A análise por géneros não demonstra diferenças significativas.

Nº de cigarros/Dia:

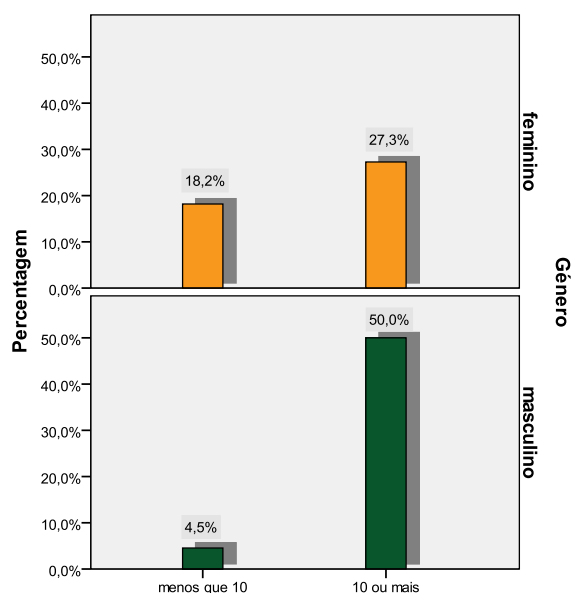


Gráfico 13 – Representação gráfica relativa ao Nº de cigarros/dia

Dos 22 sujeitos da amostra que referem ter hábitos tabágicos, verifica-se pelo gráfico 13 que no género feminino 27,3% fuma 10 ou mais cigarros por dia e 18,2% fuma menos que 10 cigarros por dia e no género masculino 50% fuma 10 ou mais cigarros por dia e 4,5% fuma menos que 10 cigarros por dia.

Utilização da pílula

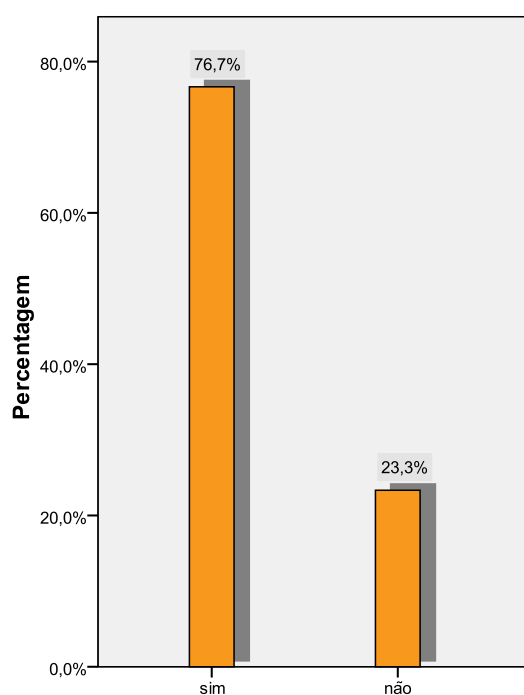


Gráfico 14 – Representação gráfica relativa à utilização da pílula

Esta questão é direccionada ao género feminino, das 30 raparigas que constituem a amostra 76,7% afirma usar a pílula e 23,3% refere não usar este método contraceptivo (gráfico 14).

Tempo de utilização da pílula

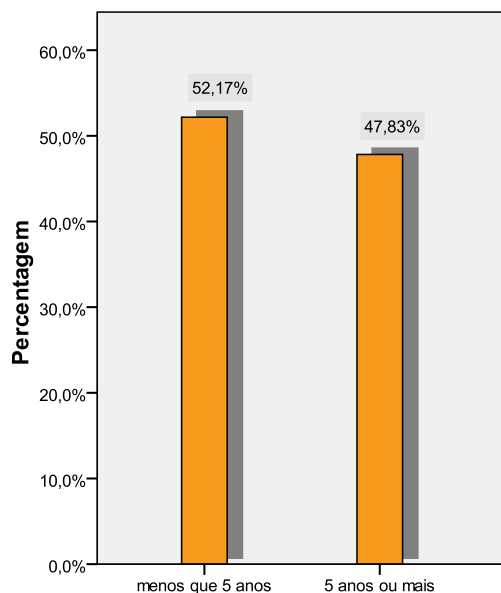


Gráfico 15 – Representação gráfica relativa ao tempo de utilização da pílula

Das 23 raparigas que responderam afirmativamente quanto ao uso da pílula, 52,17% usa este método contraceptivo há menos de 5 anos e 47,83% usa-a há 5 anos ou mais (gráfico 15).

Consulta de vigilância do planeamento familiar

Faz consulta de vigilância do Planeamento Familiar?	Feminino	Masculino
	Sim	21 35,0%
Não	9 15,0%	30 50,0%
Total	30 50,0%	30 50,0%
	60 100,0%	

Tabela 14 – Representação percentual relativa à frequência da consulta de vigilância do Planeamento Familiar

Analisando a tabela 14, observa-se que a totalidade da amostra do género masculino refere não frequentar a consulta de planeamento familiar. Relativamente ao género feminino, 35% refere frequentar esta consulta e 15% das raparigas refere que não.

Consulta de vigilância do Planeamento Familiar nos últimos 3 anos

Nº de vezes		
1	5	23,8%
2	8	38,1%
3	5	23,8%
4	2	9,5%
6	1	4,8%
Total	21	100,0%

Tabela 15 – Representação percentual relativa à frequência da consulta de vigilância do Planeamento Familiar nos últimos 3 anos

Quando inquiridas sobre o número de vezes que foram à consulta nos últimos três anos, 38,1% refere ter ido duas vezes, 23,8% refere ter ido três vezes, 23,8% refere uma ida, 9,5% refere ter ido quatro vezes e 4,8% refere ter ido seis vezes.

Informação sobre infecção pelo VPH e suas consequências na consulta de Planejamento Familiar

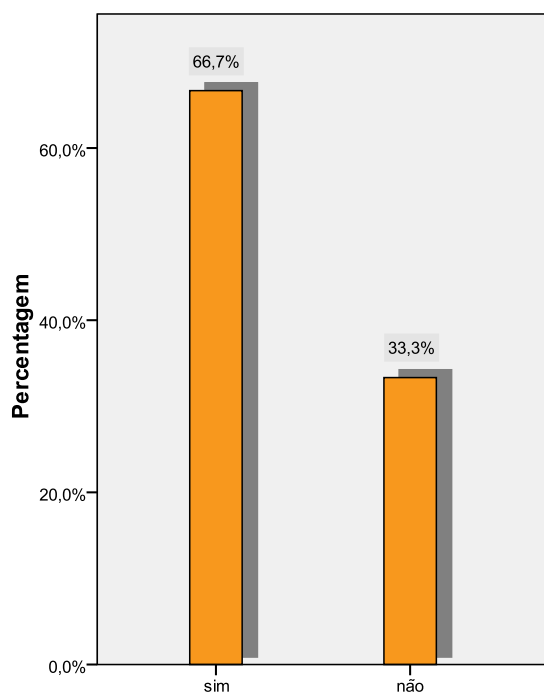


Gráfico 16 – Representação gráfica relativa à informação sobre infecção pelo VPH e suas consequências na consulta de Planejamento Familiar

Pela análise do gráfico 16, verifica-se que 66,7% das raparigas que frequentam a consulta de Planejamento Familiar refere ter sido alertada sobre a infecção pelo VPH e suas consequências e 33,3% refere que não.

Por quem foi informado

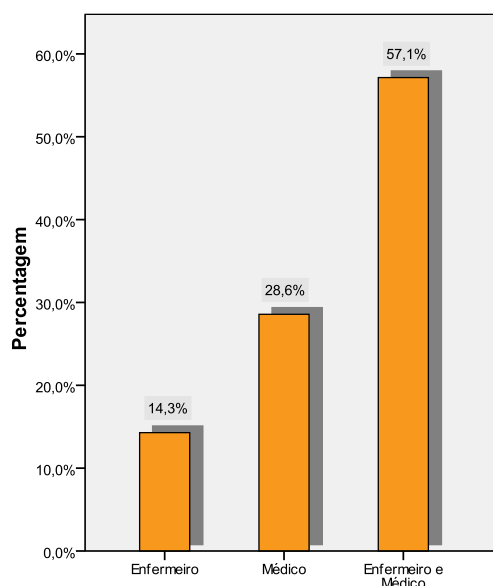


Gráfico 17 – Representação gráfica relativa a quem forneceu informação

Na análise ao gráfico 17 observa-se que 57,1% refere ter sido alertada pelo enfermeiro e médico, 28,6% pelo médico e 14,3% pelo enfermeiro.

Relação “conhecimentos sobre a utilização do preservativo como prevenção da infecção pelo VPH” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

O preservativo previne uma infecção pelo VPH?	Usou preservativo na sua última relação sexual?					
	Sim		Não		Total	
Sim	17	44,7%	13	34,2%	30	78,9%
Não	1	2,6%	2	5,3%	3	7,9%
Não sei	3	7,9%	2	5,3%	5	13,2%
Total	21	55,3%	17	44,7%	38	100%

Tabela 16 – Relação “conhecimentos sobre a utilização do preservativo como prevenção da infecção pelo VPH” e “utilização do preservativo na última relação sexual”

Relacionando as respostas a “conhecimentos sobre a utilização do preservativo como prevenção da infecção pelo VPH” e “utilização do preservativo na última relação sexual”, constata-se pela observação da tabela 16:

- 44,7% dos sujeitos concorda que o preservativo oferece protecção e usou-o na sua última relação;
- 34,2% dos sujeitos concorda que o preservativo oferece protecção e não o usou na sua última relação;
- 2,6% dos sujeito não concorda que o preservativo oferece protecção e usou-o na sua última relação;
- 5,3% sujeitos não concorda que o preservativo oferece protecção e não o usou na sua última relação;
- 7,9% sujeitos não sabe se o preservativo oferece protecção e usou-o na sua última relação;
- 5,3% sujeitos não sabe se o preservativo oferece protecção e não o usou na sua última relação.

IV. Discussão

Depois do tratamento e análise dos dados obtidos, segue-se a interpretação dos mesmos com base no tema da investigação e estabelecendo um paralelismo com estudos de outros autores na mesma temática.

A amostra é constituída por 60 sujeitos, 30 do género feminino e 30 do género masculino. A idade da amostra está compreendida entre os 19 e os 25 anos com uma média de idades de 21,52 anos e a moda é 19 anos.

Relativamente às habilitações literárias dos sujeitos inquiridos, ambos os géneros têm maioritariamente o nível secundário e licenciatura (no género feminino 20% com licenciatura e 20% com o nível secundário; no género masculino 28,3% no nível secundário e 11,7% com licenciatura) pelo que se poderá concluir que a amostra tem nível médio de escolaridade, que se pode traduzir num maior acesso a informação e recursos.

No entanto a amostra revela maioritariamente (40%) ter maus conhecimentos sobre a infecção pelo VPH com uma média de respostas correctas de 1,9 em 10 perguntas.

Quanto ao conhecimento sobre o VPH, mais raparigas (40%) do que rapazes (25%) referem saber o que é este vírus. Segundo Prazeres (2003) “a maior parte dos recursos disponíveis, as acções informativas, de educação e assistenciais em saúde reprodutiva têm sido direccionadas para as raparigas e para as mulheres adultas”. O mesmo autor diz ainda que “Não tendo sido objecto de intervenção, enquanto destinatários específicos, os homens foram secundarizados no processo informativo e educativo sobre fertilidade, anatomia, contracepção, prevenção de infecções transmitidas por via sexual e sexualidade em geral”. Pode-se concluir que as raparigas possivelmente estarão mais alertadas para este tipo de infecção através dos programas de rastreio e sensibilização direccionados às mulheres.

Os inquiridos referem como principais responsáveis pela informação sobre o vírus, a escola/universidade e meios de comunicação social (15,4% para escola/universidade, 15,4% para meios de comunicação social e 15,4% para escola/universidade e meios de comunicação social) evidenciando a importância da continuação das aulas de educação sexual nas escolas e de actividades de promoção de saúde que visem “contribuir para uma melhoria dos relacionamentos afectivo-sexuais dos jovens”, reduzir as “(...)possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais tais como (...) as Infecções Sexualmente Transmissíveis” e “contribuir para a tomada de decisões conscientes na área da educação para a saúde – educação sexual” (Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, 2010). Também se revela importante a divulgação de informação sobre a infecção e suas consequências por televisão, internet, revistas, panfletos, posters, etc, uma vez que os meios de comunicação social são actualmente uma fonte de informação atractiva e independente para os jovens.

A maioria dos inquiridos (30,8% no género feminino e 25,6% no género masculino) presumem que o vírus afecta apenas mulheres embora uma percentagem de 28,2% no género feminino e 12,8% no género masculino refere que podem ser afectados homens e mulheres. Percebe-se que há uma falta de informação relativamente a esta circunstância podendo isto dever-se às campanhas principalmente direccionadas para as mulheres, falando principalmente do cancro do colo do útero e que não é abordado o modo como afecta os homens.

Poucos são os conhecimentos relativamente ao modo de transmissão do vírus uma vez que apenas 1 rapariga (de 24) e 1 rapaz (de 15) associam o contágio por contacto com a pele infectada pelo VPH, penetração, sexo oral e anal. A maioria (12,8%) das raparigas refere a “penetração e contacto com a pele infectada pelo vírus”. Nos rapazes a maioria (17,9%) considera apenas a “penetração” como modo de transmissão. Há ainda 10,3% que diz que o vírus não é contagioso, resultado que se traduz preocupante em termos de saúde pública.

Relativamente à transmissão da infecção pelo VPH de homem para mulher e vice-versa, mais de metade da amostra (64,1%) demonstra ter conhecimentos desta possibilidade o que evidencia em ambos os géneros a percepção de que podem ser afectados.

Quanto à forma de transmissão do vírus, o género feminino aponta principalmente o contacto com pele infectada pelo vírus (15,4%), demonstrando conhecimento nesta área. Os rapazes referem maioritariamente esperma (7,7%) e contacto com pele infectada pelo vírus (7,7%). Tendo em conta que muitas das Infecções Sexualmente Transmissíveis são transmitidas pelo esperma (entre outros), principalmente uma das mais conhecidas, a SIDA, os indivíduos poderão tendencialmente associar o contágio por fluidos corporais, constatando-se desta forma a falta de informação sobre o VPH.

Outra questão sobre que região corporal afecta o VPH, as inquiridas respondem maioritariamente (17,9% em ambas as respostas) ser o “colo do útero” e a “região genital e o colo do útero” como os mais afectados enquanto os sujeitos do género masculino apontam principalmente “colo do útero” (23,1%). Apenas 7,7% das raparigas respondem correctamente, o que demonstra a falta de conhecimentos nesta área em ambos os géneros. Demonstrando que outras zonas corporais também são afectadas pelo vírus, há o estudo de Nyitray *et al* (2008) no qual encontraram uma prevalência de 24,8% de infecção anal em rapazes entre os 18 e 29 anos e dessa percentagem 33,3% tinham um tipo oncogénico de VPH. Winer *et al* (2009) identificaram nas raparigas universitárias dos 18 aos 22 anos, uma grande incidência de infecções no colo do útero e na vulva/vagina.

Assim o presente estudo demonstra que a amostra desconhece as lesões que o VPH pode provocar, podendo ter sintomas e não os identificar.

Quanto às consequências da infecção pelo VPH, prevalece a resposta “cancro do colo do útero” em ambos os géneros (25,6% no género feminino e 23,1% no género masculino), embora as raparigas refiram também verrugas/condilomas e cancro do colo do útero (12,8%), mais do que os rapazes (2,6%), não havendo ninguém respondendo correctamente que seria “verrugas ou condilomas, lesões na boca e nos genitais, cancro

do colo do útero e cancro anal”. O estudo dinamarquês por Frisch *et al* (*cit in* Goodman *et al*, 2008) demonstrou a presença de VPH na região anal onde detectaram o vírus em 93% dos tumores anais em mulheres e 77% destes tumores eram pelo VPH16, o mais comum dos VPH de “alto-risco”, o que confirma que o vírus pode afectar não só a região genital mas também anal e oral.

Quando inquiridos sobre o tempo que decorre entre a infecção pelo VPH e a manifestação dos sintomas, a maioria refere que pode demorar anos (53,8%). Uma percentagem de 23,1% diz ainda que não sabe o tempo que decorre. O aspecto do tempo é importante uma vez que estar consciente de que se pode estar infectado sem haver manifestação de sintomas pode de alguma forma sensibilizar para a realização de um exame de rastreio para a detecção precoce da infecção. A informação sobre o tempo revela-se essencial particularmente nas mulheres, uma vez que correm maior risco de desenvolver cancro do colo do útero, lesão que se manifesta tardiamente com consequências irreversíveis na maioria dos casos.

Questionados sobre a possibilidade da infecção desaparecer espontaneamente, o género feminino maioritariamente (28,2%) não sabe se isto é possível e 15,4% acha que isto é possível. No género masculino, a maior parte (20,5%) diz que não é possível e apenas uma pequena percentagem (2,6%) refere ser possível.

Relativamente ao uso do preservativo como forma de prevenir uma infecção pelo VPH, a maioria considera este método contraceptivo eficaz (76,9%). Apenas 7,7% discorda disto. Wen *et al*, encontraram uma redução do risco de aquisição de condilomas no uso frequente do preservativo, tanto em mulheres como homens. Já Winer *et al* (2003), não encontraram no seu estudo uma protecção significativa quando as estudantes usaram preservativo, conjecturando que este método contraceptivo pode não proteger porque o vírus pode ser transmitido mesmo sem haver penetração. No entanto, será melhor o seu uso, havendo a possibilidade de prevenir um possível contacto, além de outras IST.

Quanto à questão sobre os conhecimentos relativos aos factores de risco para a infecção pelo vírus, a resposta correcta seria “o início precoce da actividade sexual”, “ter

múltiplos parceiros sexuais”, “o contacto com alguém infectado pelo vírus”, “o uso prolongado de contraceptivos orais” e “os hábitos tabágicos”. A maioria (30,8%) responde “ter múltiplos parceiros sexuais e contacto com alguém infectado pelo vírus”. Uma percentagem considerável (25,6%) considera apenas a multiplicidade de parceiros sexuais como único factor de risco. Apenas um sujeito responde correctamente. Apesar da associação que fazem entre o risco de ser infectado e ter muitos parceiros sexuais, desconhecem os outros factores, aumentando assim o risco de serem infectados.

Analisando o nível dos conhecimentos da amostra sobre o VPH, quase metade (40%) da amostra não tem conhecimentos do mesmo. Relativamente ao género, são mais os sujeitos masculinos sem conhecimentos (56,7%) do que os sujeitos femininos (23,3%), sendo isto mais uma vez provavelmente explicado pela atenção particular que se dá às mulheres por serem as principais lesadas com o cancro do colo do útero.

Verifica-se assim um maior conhecimento da amostra nos seguintes temas: que género é afectado pelo VPH (16 respostas certas), modo de transmissão homem – mulher e vice-versa (25 respostas certas), tempo que a infecção leva a manifestar-se (21 respostas certas) e utilização do preservativo como forma de prevenir a infecção (30 respostas certas).

Relativamente aos comportamentos/hábitos dos jovens que constituem a amostra, verifica-se 90% já iniciou a actividade sexual e a média de idades de início da mesma é de 16,91 anos, sendo que a idade máxima é 20 anos. Assim, também de acordo com Smeltzer e Bare (2002) e Herbert e Coffin (2008) depreende-se que o início da vida sexual da amostra é precoce e que estiveram assim mais expostos aos agressores externos como o VPH. Os resultados estão de acordo com um estudo feito a universitários portugueses de ambos os géneros, com média de idades de 20,71 anos, no qual 77,9% referiram já ter iniciado a actividade sexual de qualquer tipo. A primeira relação sexual ocorreu em média aos 17,34 anos, em que os rapazes começavam mais cedo (Cunha-Oliveira *et al*, 2009).

Dos 54 sujeitos que iniciaram a actividade sexual, verifica-se que 16,7% e 29,6% teve três ou mais parceiros, 18,5% e 16,7% teve dois parceiros e 14,8% e 3,7% teve um parceiro respectivamente para o género feminino e género masculino. No estudo realizado por Cunha-Oliveira *et al* (2009) e relativamente ao número de parceiros, concluíram que 50,1% tinha tido só um, 32,2% tinha tido dois a três parceiros e 12% tinha tido cinco ou mais, o que evidencia que a amostra do seu estudo não apresenta multiplicidade de parceiros notável ao contrário da amostra desta investigação. Assim estes sujeitos têm um risco maior de serem infectados pelo VPH, muitas vezes sem saberem. Num estudo feito por Winer *et al* (2003) e outro por Partridge *et al* (2007), concluíram que o número de parceiros sexuais pode não ser significativo, mas o facto de ter novos parceiros frequentemente pode aumentar o risco de incidência de infecção pelo VPH.

Quanto ao tipo de sexo que praticam, a maior parte refere o sexo vaginal e oral (42,6%) e ainda uma percentagem considerável (35,2%) diz praticar sexo anal além do vaginal e oral. Cunha-Oliveira *et al* (2009) concluíram que em relação ao tipo de sexo praticado pelos jovens, 42,8% dizia ter relações genitais e orais, 32,3% apenas relações genitais e 22,1% sexo genital, oral e anal. Pode-se concluir que esta amostra apresenta risco de infecção pelo VPH não só da mucosa genital mas também da oral e anal uma vez que referem ter os três tipos de prática. No estudo de Giraldo *et al* (*cit in* Rapose, 2009) detectaram uma grande prevalência de VPH na mucosa bucal de mulheres com infecção genital por VPH e vice-versa. Já no de Winer *et al* (2003) não encontraram associação entre a incidência de infecção oral pelo VPH e o relato de contacto entre cavidade oral e pénis.

Relativamente à utilização do preservativo na última relação sexual, em ambos os géneros, a maioria diz tê-lo utilizado embora o género masculino utilize mais (31,48%) do que o género feminino (25,93%). No entanto, 24,7% dos sujeitos femininos e 18,52% dos sujeitos masculinos referiram que não o utilizaram, aumentando assim o risco de ser infectado. Este resultado está de acordo com o de Cunha-Oliveira *et al* (2009) que concluíram que 52,6% referiram usar sempre preservativo, e no último

encontro sexual 60,4% usaram preservativo (58,2% das raparigas e 65,8% dos rapazes) e 39,6% não usaram.

Relacionando as respostas obtidas às questões “O preservativo previne uma infecção pelo VPH?” e “Utilizou preservativo na sua última relação sexual?”, embora a maioria (44,7%) dos sujeitos afirme que o preservativo oferece protecção e utiliza, há uma percentagem considerável (34,2%) que concorda que este método confere protecção mas não o utiliza. As razões para a não utilização do preservativo não foram estudadas nesta investigação mas percebe-se que este comportamento põe em risco não só a própria pessoa mas também os parceiros com quem se relaciona sexualmente podendo transmitir inconscientemente não só o vírus do papiloma humano mas também qualquer tipo de infecção sexualmente transmissível.

Questionados sobre os hábitos tabágicos, a maior parte refere que não fuma (63,3%). No entanto, 36,7% refere ter este hábito. Quanto ao número de cigarros por dia, ambos os géneros referem maioritariamente fumar 10 ou mais cigarros, embora seja o género masculino que o menciona mais vezes. No estudo de Wen *et al* (1999), tanto em homens como mulheres encontraram associação entre o tabagismo e a presença de condilomas acuminados. Encontraram ainda no género masculino um risco duas vezes maior de ter condilomas quando fumam mais de 10 cigarros por dia, enquanto os fumadores de menos 10 cigarros tinham um risco significativamente mais pequeno. Harris *et al* (2003) estudaram mulheres com infecção presente pelo VPH, tendo encontrado uma associação forte entre fumar mais de 10 cigarros por dia e a presença de lesões CIN1 e CIN2-3 (graus de classificação de neoplasias correspondendo a neoplasia intra-epitelial cervical de baixo grau e alto grau, respectivamente), presumindo que isto decorre por uma possível fraqueza do sistema imunitário devido aos hábitos tabágicos. Num estudo semelhante por Gunnell *et al* (2006), as mulheres infectadas com VPH16 e fumadoras, tinham um risco 14 vezes maior de desenvolver CIS (cancro *in situ*) do que mulheres sem infecção por aquele genótipo e não fumadoras. Portanto, além de uma possível diminuição da actividade do sistema imunitário com o tabagismo, a presença efectiva de VPH aumenta também o risco de desenvolver neoplasias.

Das raparigas que fazem parte da amostra, 76,7% usam pílula e dessas 47,83% refere usá-la há 5 ou mais anos tendo por isso um risco três vezes maior de desenvolver cancro do colo do útero se já tiverem uma infecção pelo VPH, de acordo com o estudo feito pela IARC (2002). Wang *et al* (ci. In Baseman e Koutsky, 2005) estudaram também esta relação, observando uma associação entre mulheres que já tinham usado pílula e a presença de VPH 16, 18 e 31, e as mulheres com consumo actual da pílula e a presença de VPH16 e 18 apenas.

Quanto à frequência da consulta de Planeamento Familiar, a maior parte (35%) do género feminino afirma ir a estas consultas embora algumas (15%) não a frequentem. Nenhum elemento do género masculino frequenta a consulta.

Das raparigas que frequentam, 38,1% refere ter ido duas vezes nos últimos 3 anos e a mesma percentagem de 23,8% referiu uma e três idas à consulta.

Relativamente a estas últimas questões, o problema foca-se na grande percentagem de elementos que não frequentam as consultas de planeamento familiar, principalmente o género masculino, não tendo a possibilidade de serem melhor informados não só sobre o VPH mas também sobre outras IST. De acordo com Prazeres (2003) o facto de os programas de saúde estarem mais direccionados para as mulheres, leva o género masculino a considerar os serviços como “espaços para mulheres”. No entanto, este autor refere que “os homens mais jovens estão habitualmente mais disponíveis do que os adultos para procurar desenvolver condutas alternativas”.

Sobre a informação relativa à infecção pelo VPH e suas consequências, mais de metade (66,7%) responde que obteve informação do tema na consulta de Planeamento Familiar. Destes elementos, 57,1% refere ter sido informado por médico e enfermeiro, 28,6% apenas pelo médico e 14,3% apenas pelo enfermeiro. Pode-se concluir que nesta amostra os profissionais de saúde participaram activamente na educação para a saúde relativa à infecção pelo vírus do papiloma humano, no entanto, neste estudo os sujeitos demonstram défice no conhecimento sobre o mesmo, percebendo-se a necessidade a

continua de utilizar novas estratégias de divulgação de informação sobre a infecção pelo VPH, apostando sobretudo na prevenção.

V. Conclusão

Da análise e interpretação dos dados face ao tema, surgem as conclusões desta investigação e algumas considerações finais relativamente aos objectivos previamente estabelecidos, percebendo também qual o contributo para a teoria, prática e futuros estudos que se possam relacionar com este.

Segundo Fortin (2003) é dever dos enfermeiros participar no desenvolvimento do conhecimento de enfermagem para melhorar a prática, daí a investigação tornar-se fulcral para desenvolver saberes próprios para a disciplina.

Uma vez que o cancro do colo do útero é a 2^a maior causa de morte das mulheres em todo o mundo, e que o Vírus do Papiloma Humano tem uma grande capacidade de se transmitir tanto por homens como por mulheres, a promoção da saúde e a prevenção da doença são os dois “pilares” que podem ajudar a diminuir as consequências produzidas pelo vírus. O conhecimento dos homens e mulheres relativamente ao VPH deve ser objecto de estudo, na medida que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, podem criar estratégias para gerar mudança nos comportamentos.

Assim surge esta investigação com os principais objectivos de identificar os conhecimentos e comportamentos/hábitos de uma população jovem relativamente ao VPH, incluindo homens e mulheres uma vez que são escassas as investigações com a perspectiva dos dois géneros.

Realizou-se um estudo do tipo descritivo, de carácter quantitativo e utilizou-se a amostragem não probabilística acidental por conveniência, limitando as conclusões à amostra em estudo, não podendo ser extrapoladas para a população.

Os resultados obtidos relativamente ao nível de conhecimentos da amostra sobre o Vírus do Papiloma Humano requerem alguma atenção, porque apesar no nível médio de escolaridade de amostra, os conhecimentos revelam-se muito abaixo do que seria razoável, podendo considerar que os jovens ainda têm risco de transmitir

inconscientemente uma doença que desconhecem os sintomas e/ou factores de risco para ser infectado.

Quanto ao género, as raparigas demonstram mais conhecimentos que os rapazes mas poderá isto advir pelo facto das acções de educação de saúde no âmbito do VPH dirigirem-se ao grupo considerado mais vulnerável, as mulheres, uma vez que são as únicas afectadas pelo cancro do colo do útero, deixando os homens menos elucidados sobre o tema.

A amostra revela maior conhecimento a nível de: género afectado pelo VPH, transmissão homem – mulher e vice-versa, tempo que a infecção leva a manifestar-se e utilização do preservativo como forma de prevenir a infecção.

Conclui-se também que a amostra obtém informação sobre o VPH principalmente na escola e pelos meios de comunicação. Revela-se assim importante a educação sexual em meio escolar para promover a adopção de comportamentos sexuais saudáveis desde cedo além da divulgação da infecção pelo VPH com mensagens efectivas dirigidas a casa grupo etário, apostando também nas novas tecnologias de informação.

Relativamente aos comportamentos/hábitos dos jovens da amostra, os rapazes demonstram ter mais atitudes de risco que as raparigas, apresentando maior multiplicidade de parceiros, iniciando precocemente a actividade sexual, fumando mais que 10 cigarros por dia e não frequentando as consultas de vigilância do Planeamento Familiar. O género feminino apresenta como atitudes de risco a não utilização de preservativo e o uso da pílula por períodos de tempo prolongados

Na adolescência e juventude o processo de socialização pressupõe exploração e descoberta em vertentes ainda desconhecidas, envolvendo frequentemente comportamentos de risco ao testarem a sua potencialidade e os seus limites biológicos, psicoafectivos e sociais (Prazeres, 2003).

A sexualidade também é moldada segundo a identidade pessoal, relações interpessoais e contexto social, acompanhando as transformações globais (Associação para o Planeamento da Família, 2010), e indo ao encontro de Smeltzer e Bare (2002), uma das tarefas essenciais dum enfermeiro é promover os comportamentos positivos em relação à saúde reprodutiva e sexual de cada utente. Assim, este profissional de saúde deve avaliar de forma holística a comunidade, para perceber quais as melhores estratégias que promovam a adopção de comportamentos sexuais saudáveis.

Também a contínua organização e adaptação dos serviços de saúde é necessária de forma a fazer uma cobertura populacional total e promover a participação activa dos utentes na sua saúde.

O incentivo às consultas de planeamento familiar permite fazer a vigilância e exames de rastreio adequados, explicar a necessidade de vigiar para diagnosticar qualquer alteração precocemente, incentivar a vacinação e também o uso de métodos contraceptivos, principalmente o preservativo, promover os comportamentos saudáveis e a participação em sessões de educação para a saúde para um esclarecimento mais completo sobre o VPH. A frequência destas consultas possibilita ainda uma análise estatística nacional das pessoas que as frequentam e diagnósticos obtidos, facilitando mais estudos neste âmbito em Portugal.

Investigar também sobre o género masculino será uma mais-valia, uma vez que são muito poucos os estudos neste grupo. Um estudo sobre conhecimentos sobre o VPH nos homens portugueses com estatística nacional, custo - benefício da sua participação nos programas de imunização, poderão ser pesquisas importantes para reduzir o impacto da morbidade e mortalidade causadas pelo VPH não só nesta classe mas também no género feminino.

Para investigações futuras, claramente se nota a necessidade de expandir o estudo com uma amostra mais significativa para tirar conclusões mais abrangentes.

Finalizando a investigação, os objectivos foram atingidos com satisfação, elucidando a investigadora sobre possíveis áreas de actuação, não só em investigação mas também a nível da prática de cuidados de enfermagem. Quanto às dificuldades encontradas pela investigadora, nomeiam-se a escassez de estudos e bibliografia portuguesa que incluíssem homens, sendo a bibliografia maioritariamente internacional e a falta de experiência na realização duma investigação mas que se tornou numa experiência desafiante e enriquecedora, tendo proporcionado aprendizagem tanto a nível teórico como prático, além de ser o contributo para o termo do percurso formativo como licenciada.

VI. Bibliografia

A

- American Cancer Society. (2010) Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. [em linha] Disponível em: http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_6X_Cervical_Cancer_Prevention_and_Early_Detection_8.asp?sitearea=&level= [Consultado em: 16/04/2010]
- American Society For Colposcopy and Cervical Pathology (2003). Genital Warts [em linha] Disponível em: http://www.asccp.org/pdfs/patient_edu/genital_warts_20090416.pdf [Consultado em: 17/07/2010]
- Associação para o Planeamento da Família (2010). A educação faz sentido no actual contexto de mudança? [em linha] Disponível em : <http://apf.pt/index.php?area=002> [Consultado em 19/08/2010]

B

- Baseman, Janet G; Koutsky, Laura A. (2005) The Epidemiology of Human Papillomavirus Infections. *Journal of Clinical Virology*. Nº 32S, pp. S16-S24.
- Bower, M.; Waxman, J. (2006). *Compêndio de Oncologia*. Lisboa. Instituto Piaget Editora. p. 133 – 135.

C

- Castro, Maria Alexandra. (2003) Condiloma Acuminatum. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Nº19. pp. 185-191.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2006) Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006 [em linha] Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/rr5511.pdf> [Consultado em: 17/07/2010]
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010) Condoms and STDs: Fact Sheet for Public Health Personnel [em linha] Disponível em: <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.htm> [Consultado em: 17/07/2010]
- Cunha-Oliveira, Aliete *et al.* (2009) A Aquisição do Preservativo e o Seu (Não) Uso Pelos Estudantes Universitários. *Revista Referência*. Série II, nº11, pp. 7-22.

D

- Dell, Diana L. *et al* (2000). Knowledge About Human Papillomavirus Among Adolescents. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 96, nº5, parte 1, pp. 653-656.
- Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (2010) Educação Sexual em Meio Escolar. [em linha] Disponível em: <http://www.dgidec.min-edu.pt/saude/Paginas/Sexualidade.aspx> [Consultado em 29/09/2010]
- Direcção Geral de Saúde – Comissão Técnica de Vacinação. (2008) Vacinação contra infecções por Vírus Papiloma Humano (HPV). [em linha] Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009812.pdf> [Consultado em: 21/04/2010]
- Direcção Geral da Saúde: Divisão de Prevenção e Controlo da Doença (2008). Circular Normativa Nº: 22/DSCS/DPCD, Programa Nacional de Vacinação (PNV) - Introdução da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano [em linha]. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A8C03BF5-AD24-4A66-A1C4-D77460B7A5F9/0/i010243.pdf> [Consultado em 30/03/2010]

- Direcção Geral de Saúde (2008). Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar – Orientações. Edição Revista.

E

- Europe Against Cancer (2003). European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003) [em linha] Disponível em: http://www.apll.org/teste/images/files/codigo_europeu_contra_cancro.pdf [Consultado em 28/05/2010]
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2008). Guidance For The Introduction Of HPV Vaccines In EU Countries. [Em linha]. Disponível em http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0801_GUI_Introduction_of_HPV_Vaccines_in_EU.pdf [Consultado em 17/04/2010].

F

- Fortin, Marie-Fabienne. (2003) O Processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures. Lusociência.

G

- Goodman, Marc T. *et al* (2008) Acquisition of Anal Human Papillomavirus Infection in Women: The Hawaii Human Papillomavirus Cohort Study. *The Journal of Infectious Diseases*. Vol. 197, 7; pp. 957-968.

- Gullatte, Mary Magee. (2000). Capítulo 3 – Prevenção, Rastreio e Detecção Precoce. *In: Otto, Shirley E. (Ed.). Enfermagem em Oncologia*. 3ª edição. Porto, Lusociência, p. 49
- Gunnell, Anthony S. *et al* (2006), Synergy Between Cigarette Smoking and Human Papillomavirus Type 16 in Cervical Cancer In Situ Development. *American Association for Cancer Research*. Nº15, 11; pp. 2141-2147.

H

- Harris, Tiffany G. *et al* (2003). Cigarette Smoking, Oncogenic Human Papillomavirus, Ki-67 Antigen and Cervical Intraepithelial Neoplasia. *American Journal of Epidemiology*. VOL. 159, nº9, pp. 834-842.
- Heffner, L. (2001). Neoplasia Cervical. *In: Heffner, L. (Ed.). Human Reproduction at a Glance*. Blackwell Science. p.191 - 193.
- Herbert, Jennifer; Coffin, Janis. (2008) Reducing Patient Risk for Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer. *The Journal of the American Osteopathic Association*. Nº2, Volume 108, pp 65-70.

I

- International Agency for Research on Cancer (2002). Long-term use of oral contraceptives and a high number of children increase the risk of cervical cancer in women with HPV infection. [em linha] Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2002/pr138.html> [Consultado em 29/07/2010]

L

- Lowdermilk, Deitra Leonard; Perry, Shannon E. (2006) *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Lusodidacta. p. 70.

M

- Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2009). Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas 2007-2010 [em linha] Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/09/pnpcdo-versao-final-8-julho-2009.pdf> [Consultado em 30/09/2010]
- Moscicki, Anna – Barbara. (2005) Impact of Human Papillomavirus Infection In Adolescent Populations. *Journal of Adolescent Health*. Nº37, pp. S3-S9.

N

- Nyitray, Alan *et al* (2008). Prevalence of Risk Factor for Anal Human Papillomavirus Infection in Heterosexual Men. *The Journal of Infectious Diseases*. Vol. 197, 12; pp. 1676-1684.

O

- Organização Mundial de Saúde. (2005) The Tobacco Health Toll [em linha]. Disponível em: http://www.emro.who.int/tfi/PDF/TobaccoHealthToll_En.pdf [consultado em: 05/07/2010]

- Organização Mundial de Saúde. (2006) Comprehensive Cervical Cancer Control [em linha]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241547006_eng.pdf [Consultado em 05/07/2010]
- Organização Mundial de Saúde. (2007) Human papillomavirus and HPV vaccines - Technical information for policy-makers and health professionals [em linha] Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/IVB_07.05/en/index.html [Consultado em: 05/07/2010]
- Organização Mundial de Saúde (2009). Women and health: today's evidence tomorrow's agenda [em linha] Disponível em <http://www.who.int/gender/documents/9789241563857/en/index.html>. [Consultado em 06/03/2010]
- Organização Mundial da Saúde (2009). [em linha] Weekly Epidemiological Record (WER), Apr; 84(15):117-32. Disponível em <http://www.who.int/wer/2009/wer8415.pdf> [consultado em 24/03/2010]
- Organização Mundial de Saúde. (2010) Screening for various cancers [em linha]. Disponível em <http://www.who.int/cancer/detection/variouscancer/en/index.html> [Consultado em 02/04/2010]
- Organização Mundial de Saúde. (2010) Cytology screening [em linha]. Disponível em <http://www.who.int/cancer/detection/cytologyscreen/en/index.html> [Consultado em 20/04/2010]

- Organização Mundial de Saúde. (2010) Cancer – How can the burden of cancer be reduced? [em linha]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> [consultado em: 05/07/2010]
- Organização Mundial de Saúde; UNFPA (2006). Preparing for the introduction of HPV vaccines – Policy and Programme guidance for countries. [em linha]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_RHR_06.11_eng.pdf [Consultado em 13/04/2010]

P

- Partridge, Jeffrey M. *et al* (2007) Genital Human Papillomavirus Infection in Men: Incidence and Risk Factors in a Cohort of University Students. *The Journal of Infectious Diseases*. Vol. 196, 8; pp. 1128-1136.
- Prazeres, Vasco (2003). Saúde Juvenil No Masculino – Género e Saúde Sexual Reprodutiva (Direcção Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes) [em linha]. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SJMasculino.pdf> [Consultado em 29/09/2010]

R

- Rapose, Alwyn. (2009) Human Papillomavirus and Genital Cancer. *Indian Journal of Dermatology, Venerology and Leprology*. Vol 75,3, pp. 236-244.
- Rodrigo, F.Guerra; Mayer-da-Silva, A. (2003). Doenças transmitidas sexualmente – dermatologia e venereologia. Lidel.

S

- Seeley, Rod R.; Stephens, Trent D.; Tate, Philip. (2003) Anatomia e Fisiologia. Loures. Lusociência. p. 1044-1051.
- Scheurer, M.E.; Tortolero-Luna, G.; Adler-Storthz, K. (2005). Human papillomavirus infection: biology, epidemiology and prevention, *International Journal of Gynecological Cancer*, Nº15, pp. 727-746.
- Secção Portuguesa de Ginecologia Oncológica, Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia Cervico Vulvo Vaginal, Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Cancro Ginecológico – Reunião de Consenso Nacional. 2007, Fevereiro. p. 2 Disponível em: <http://www.spginecologia.pt/?sc=visModP&id=39&cod=25> [Consultado em 22/03/2010]
- Smeltzer, Suzanne C.; Bare, Brenda G. (2002) Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Vol. 2. 9ª edição. Guanabara Koogan. p. 1188, 1138.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Vacina Contra o HPV – Reunião de Consenso Nacional. Fevereiro, 2007. http://www.spginecologia.pt/uploads/reuniao_de_consenso_nac_net.pdf [consultado em 09/06/2010]
- Sociedade Portuguesa de Papillomavírus (2010). O que é o HPV?. [em linha]. Disponível em <http://www.sppv.org/hpv.html> [Consultado em 02/06/2010]
- Sociedade Portuguesa de Papillomavírus (2010). Informações Científicas. [em linha]. Disponível em: http://www.sppv.org/info_ciencia.html [Consultado em 02/06/2010]

W

- Wen, L.M.; Estcourt, C.S.; Simpson, J.M.; Mindel, A. (1999). Risk Factors For The Acquisition of Genital Warts: Are Condoms Protective?. *Sexually Transmitted Infections*. Nº75, pp. 312-316.
- Winer, Rachel L. *et al.* (2003) Genital Human Papillomavirus Infection: Incidence and Risk Factors in a Cohort of Female University Students. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 157, pp. 218-226.
- Winer, Rachel L. *et al.* (2009) Comparison of Incident Cervical and Vulvar/Vaginal Human Papillomavirus Infections in Newly Sexually Active Young Women. *The Journal of Infectious Diseases*. Vol. 199, 6, pp. 815-818.

VII. Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados

Questionário

Infecção pelo Vírus do Papiloma Humano: Conhecimentos e comportamentos/hábitos dos jovens que frequentam a Praia Internacional de Matosinhos

O questionário seguinte insere-se no âmbito da monografia de Paula Luzia Matos dos Santos Viegas Alves, aluna do 4º ano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

O **Vírus do Papiloma Humano** conhecido com a abreviatura de VPH ou HPV de *Human Papillomavirus*, está fortemente relacionado com o desenvolvimento do cancro do colo do útero nas mulheres, mas não é o único problema associado. Como objectivos para este estudo, a investigadora pretende saber quais os conhecimentos sobre este vírus e quais os comportamentos/hábitos dos jovens no âmbito deste tema.

Solicita-se a sua colaboração no preenchimento deste questionário, com sinceridade nas respostas, se possível sem deixar nenhuma em branco, tendo em conta que há perguntas que só pode escolher 1 resposta e noutras pode escolher 1 ou várias respostas. Os dados fornecidos são anónimos e confidenciais e serão usados estritamente no âmbito da investigação.

Muito obrigada!

(Paula Alves)

I. Caracterização

1. Idade: _____

2. Género: Feminino Masculino

3. Habilitações Literárias:

Nenhumas Secundário

1º - 4º ano Licenciatura

5º ano - 6º ano Mestrado

7º ano - 9º ano

II. Conhecimentos sobre o Vírus do Papiloma Humano - VPH

1. Sabe o que é o VPH?

Sim

Não – Passe à pergunta nº 1 da 3ª parte – III. Comportamentos/Hábitos

2. Como adquiriu os conhecimentos sobre o VPH? (pode escolher mais que 1 opção)

Na escola/universidade

Amigos

Meios de Comunicação (internet, televisão, revistas, etc)

Consulta de Planeamento Familiar (Médico e Enfermeiro de Família)

Consulta médica

Outro: _____

3. O vírus VPH afecta: (escolha a(s) opção(ões) que achar mais adequada(s))

Homens

Mulheres

Homens e mulheres

Homossexuais

Bissexuais

4. O Vírus do Papiloma Humano: (escolha a(s) opção(ões) que achar mais adequada(s))
- Pode ser transmitido por penetração
 - Pode ser transmitido por sexo anal
 - Pode ser transmitido por sexo oral
 - Pode ser transmitido no contacto com pele infectada pelo vírus
 - Não é contagioso
5. Um homem pode passar o VPH a uma mulher e a mulher ao homem? (escolha a(s) opção(ões) que achar mais adequada(s))
- Sim
 - Só é transmissível de homem para mulher
 - Só é transmissível de mulher para homem
 - Não é transmissível
 - Não sei
6. O VPH é transmitido por: (escolha a(s) opção(ões) que achar mais adequada(s))
- Sangue
 - Esperma
 - Saliva
 - Contacto com pele infectada pelo vírus
 - Não sei
7. O vírus afecta: (escolha a(s) opção(ões) que achar mais adequada(s))
- A mucosa bucal
 - A região genital
 - A região anal
 - O colo do útero
 - Nenhuma das anteriores
8. A infecção pelo VPH pode causar: (escolha a(s) opção(ões) que achar mais adequada(s))
- Verrugas ou condilomas
 - Lesões na boca e nos genitais
 - Cancro do colo do útero
 - Cancro anal
 - Não sei

9. Os sintomas da infecção pelo VPH manifestam-se: (escolha a opção que achar mais adequada)
- De imediato
 - Em 3 dias
 - Numa semana
 - Podem demorar anos a manifestarem-se
 - Não sei
10. Uma vez infectado pelo vírus, pode depois a infecção desaparecer espontaneamente? (escolha a opção que achar mais adequada)
- Sim
 - Não
 - Não sei
11. O preservativo previne uma infecção pelo vírus do papiloma humano? (escolha a opção que achar mais adequada)
- Sim
 - Não
 - Não sei
12. São factores de risco para ser infectado: (escolha a(s) opção(ões) que achar mais adequada(s))
- O início precoce da actividade sexual
 - Ter múltiplos parceiros sexuais
 - O contacto com alguém infectado com o VPH
 - O uso prolongado de contraceptivos orais
 - Os hábitos tabágicos
 - Nenhuma das anteriores

III. Comportamentos/Hábitos

1. Já iniciou a sua actividade sexual?
- Sim - Com que idade iniciou? _____ anos
 - Não – Passe para a pergunta nº 5

2. Quantos parceiros sexuais teve até ao momento?
 - 1 parceiro(a)
 - 2 parceiros(as)
 - 3 ou mais parceiros(as)

3. Que tipo de sexo pratica? (Escolha o(s) que corresponde(m) à sua pratica)
 - Vaginal
 - Anal
 - Oral

4. Usou preservativo na sua última relação sexual?
 - Sim
 - Não

5. É fumador(a)?
 - Sim - Nº de cigarros/Dia _____
 - Não

6. Se é do sexo feminino, utiliza a pílula?
 - Sim - Há quanto tempo utiliza? _____
 - Não

7. Faz consulta de vigilância do planeamento familiar?
 - Sim - Quantas vezes foi a esta consulta nos últimos 3 anos? _____
 - Não – Terminou o questionário!

8. Alguma vez foi alertado(a) nesta consulta sobre a infecção pelo VPH e suas consequências?
 - Sim
 - Não – Terminou o questionário!

9. Se respondeu sim à questão anterior, foi alertado(a) por:
 - Enfermeiro
 - Médico
 - Enfermeiro e Médico

Obrigada pela colaboração!