

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo.

Se você falar com um Homem uma linguagem que ele compreende, isso vai entrar na cabeça dele. Se você falar com ele em sua própria linguagem, você atinge o seu coração.”

Nelson Mandela

Agradecimentos:

O alcançar desta etapa não teria sido possível sem a colaboração, auxílio, carinho e dedicação por parte de várias pessoas ao longo de todo este percurso. Por esta mesma razão, não quero deixar passar esta oportunidade para agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o a minha chegada até aqui.

Agradeço em primeiro lugar aos professores e alunos do IPG que cooperaram com o estudo e à Professora Manuela Ferreira pela disponibilidade orientação e acima de tudo, por nunca me deixar desistir!

Ao meu filho, porque quando olhamos para o nosso lado e vemos alguém que está sempre presente, uma pessoa que nunca nos deixa desanimar, só podemos estar gratos! A ele pelo contributo que me deu e sofreu com a privação da atenção e companhia que tanto merece!

Resumo

Enquadramento: o cancro do colo do útero (CCU) é uma das principais causas de morte por neoplasia nas mulheres a nível mundial, estando, em regra associado à infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV), sendo este o agente sexual mais transmitido. São poucos os estudos desenvolvidos em Portugal sobre o conhecimento dos jovens relativamente ao CCU e ao HPV os que existem revelam que esses conhecimentos são muito escassos.

Objetivos: avaliar o nível de conhecimento dos estudantes do Instituto Politécnico da Guarda sobre o CCU e o HPV.

Material e métodos: trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, num plano transversal. Propusemo-nos responder à seguinte questão de investigação: Quais os conhecimentos dos alunos do IPG sobre o CCU e o HPV? A população alvo são 1680 alunos dos cursos das escolas superiores de educação e tecnologia e gestão. A nossa amostra é não probabilística e por conveniência, constituída por 301 alunos. O questionário utilizado intitula-se “Vírus do Papiloma Humano e Cancro do Colo do Útero, Agostinho (2012).

Resultados: a maioria dos inquiridos que por sinal são do género feminino, já tinha ouvido falar sobre o HPV. Existe uma grande lacuna relativamente ao agente mais comum das IST, em que a maioria responde ser o HIV. Os resultados no geral apontam para conhecimento reduzido nos domínios da transmissão das manifestações e da localização do HPV. Quanto à incidência e mortalidade por CCU em Portugal e relativamente à percentagem de presença de HPV no CCU, os conhecimentos são quase nulos. Manifestaram interesse por adquirir e aprofundar conhecimento, assinalando os profissionais de saúde e meios de comunicação social como centro de informação assim como a realização de workshops.

Conclusões: Este estudo permitiu identificar algumas lacunas dos conhecimentos sociais que podem ser colmatados com educação para a saúde. Os meios de comunicação social, enquanto principal fonte de informação sugerida pelos inquiridos a par dos profissionais de saúde podem e devem ser o veículo mais utilizado como transmissão de conhecimentos.

É fundamental perceber a realidade para que se possa adequar as medidas de rastreio e de promoção de saúde, no que diz respeito à atividade sexual e comportamentos de risco, com vista a evitar a propagação do vírus e, conseqüentemente, o desenvolvimento da neoplasia.

Palavras-chave: Conhecimento dos jovens Universitários, Vírus do Papiloma Humano, Cancro do Colo do Útero.

Abstract

Framework: the cervical cancer (CCU) is one of the main causes of death by neoplasia in women worldwide and generally associated to the infection by the Human Papillomavirus (HPV), which is the sexual agent more sexually transmitted. In Portugal, there are few studies about what young people know about CCU and HPV, and the ones that exist show that they do not know much about the subject.

Main objective: to evaluate the level of knowledge of the students of the Polytechnic Institute of Guarda (IPG) about CCU and HPV.

Material and Methods: this is a descriptive and a quantitative study in a transverse plan. We suggested ourselves to answer the following question of investigation: Which is the knowledge of the students of IPG about CCU and HPV? The target population of this survey, are the 1680 students of the Education, Technology and Management Schools of the IPG. Our sample is not probability and by convenience, constituted by 301 students. The used survey is “Human Papillomavirus and Cervical Cancer”, by Agostinho (2012).

Findings: the major part of the survey respondents, which are female, had already heard about HPV. There is a huge gap regarding the most common agent of the IST, which the major part answers HIV. The general results point out the reduced knowledge about the way of transmission, the manifestations and the localization of the HPV. In what respects the incidence and mortality by CCU in Portugal and the percentage of the presence of HPV in CCU, the knowledge is almost none. However, they show interest in acquire and develop knowledge, pointing out the healthcare professionals and the means of communication as the center of information and they also refer the organization of workshops.

Conclusion: this study allows to identify some knowledge gap, that can be exceeded with education in health. The means of social communication, as main source of communication suggested by the survey respondents, together with the health professionals can and must be the most used vehicle of knowledge transfer. It is essential to understand the reality to promote health, so that the screening measures can be adjusted in what respects the sexual activity and the risk behavior. The aim is to avoid the virus spread and, consequently, the development of neoplasia.

Key-words: Knowledge of University students, Human Papillomavirus, Cervical Cancer.

Sumário	Pág.
Introdução	17
I Parte Enquadramento Teórico.....	19
1 – Cancro do colo do útero	19
2 – Vírus do Papiloma Humano	21
2.1 – Etiopatogenia do HPV.....	22
2.2 – Fatores de risco/transmissão.....	23
2.3 – Diagnóstico/Tratamento	24
2.4 – Prevenção	26
3 - Conhecimento dos estudantes sobre HPV	29
II Parte – Investigação científica.....	31
1 - Metodologia.....	31
1.1 – Métodos.....	31
1.2 – Participantes	35
1.3 – Instrumentos	35
1.4 – Procedimentos	37
1.5 – Análise de dados	38
Estatística descritiva	38
Estatística inferencial	38
2 – Resultados	39
Análise descritiva	39
Caracterização sociodemográfica segundo o grupo etário, género e estado civil	39
Perspectiva sobre a divulgação de informação sobre HPV	43
Caracterização do comportamento sexual dos jovens	45
Caracterização dos conhecimentos sobre HPV	47
Caracterização dos conhecimentos sobre cancro do colo do útero	50
Análise inferencial	52
3 - Discussão	61
4 – Conclusões/sugestões	67
Bibliografia	69
Anexos.....	74

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra segundo o Grupo Etário e Género	39
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra segundo o Estado Civil	39
Tabela 3 - Caracterização académica escola	40
Tabela 4 - Caracterização ano escolar.....	40
Tabela 5 - Caracterização do agente responsável pela doença sexualmente transmissível mais comum	40
Tabela 6 - Caracterização do conhecimento de vírus relacionados com CCU.....	41
Tabela 7 - Caracterização se já ouviu falar sobre HPV	41
Tabela 8 - Caracterização do conhecimento sobre a existência de uma vacina para o HPV	41
Tabela 9 - Caracterização do conhecimento sobre quais as fontes de informação relativamente ao HPV	42
Tabela 10 - Caracterização da divulgação sobre HPV	43
Tabela 11 - O que consideram ser importante divulgar sobre HPV	44
Tabela 12 - Caracterização dos meios mais adequados para a divulgação deste tema	44
Tabela 13 - Considera importante o desenvolvimento de programas de rastreio do HPV e Workshops acerca do HPV e CCU.....	45
Tabela 14 - Início da actividade sexual.....	45
Tabela 15 - Distribuição da idade de início de actividade sexual	45
Tabela 16 - Distribuição do número de parceiros sexuais.....	45
Tabela 17 - Utilização de métodos contraceptivos.....	46
Tabela 18 - Métodos contraceptivos utilizados.....	46
Tabela 19 - Distribuição da Frequência de consulta de planeamento familiar.....	46
Tabela 20 - Distribuição dos inquiridos segundo as respostas aos itens do conhecimento sobre HPV	48
Tabela 21 - Estatísticas relativas às dimensões do conhecimento sobre HPV	49
Tabela 22 - Distribuição dos inquiridos segundo as respostas aos itens do conhecimento sobre CCU	51
Tabela 23 - Distribuição dos inquiridos segundo as respostas aos itens do conhecimento sobre CCU	51
Tabela 24 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors	52
Tabela 25 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com o nível de conhecimentos sobre HPV	54
Tabela 26 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com o nível de conhecimento sobre CCU	55
Tabela 27 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis académicas com o nível de conhecimentos sobre HPV.....	56
Tabela 28 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis académicas com o nível de conhecimentos sobre CCU	56
Tabela 29 - Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis de conhecimento geral e divulgação com o nível de conhecimentos sobre CCU	58
Tabela 30 - Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis de conhecimento geral e divulgação com o nível de conhecimentos sobre CCU	58
Tabela 31 - Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis relacionadas com a vida sexual com o nível de conhecimentos sobre HPV	59
Tabela 32 - Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis relacionadas com a vida sexual com o nível de conhecimentos sobre CCU	60

Siglas

CCU – Cancro do Colo do Útero

DGS – Direção Geral da Saúde

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

ESSE – Escola Superior de Educação

EESMOG – Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstetrícia

ESTG – Escola Superior de Tecnologia e Gestão

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Vírus do Papiloma Humano

IPG- Instituto Politécnico da Guarda

LPCC – Liga Portuguesa Contra o Cancro

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

PNV- Plano Nacional de Vacinação

Introdução

O cancro do colo do útero (CCU) é uma das principais causas de morte por neoplasia nas mulheres, em todo o mundo. A principal etiologia é a infecção persistente pelas estirpes oncogénicas do Vírus do Papiloma Humano (HPV) (FERREIRA, 2013).

A infecção por HPV está entre as principais doenças sexualmente transmissíveis, além disso, ele está frequentemente relacionado com o desenvolvimento do Cancro do colo do útero e verruga condilomatosa.

Este cancro responde por cerca de 5% dos cancros em geral e 15% nas mulheres dos países em vias de desenvolvimento (WHO, 2007).

Deste modo, CCU pode ser considerado um problema importante de saúde, no qual se deve investir, por forma a tentar obter informações cada vez mais precisas para que se possa diminuir a incidência e mortalidade.

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica (ESMOG), enquanto elemento promotor da saúde da comunidade, intervir nos vários níveis de actuação de modo a contribuir para um maior esclarecimento da população face ao cancro do colo do útero e o HPV (Vírus do Papiloma Humano) e capacitar a população a procurar programas de rastreio e tratamento.

O enfermeiro ao realizar e ao cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geográfico, pode melhorar os níveis de morbilidade e mortalidade associados a esta doença. Nesse sentido e por observar através da vivência profissional grande incidência do HPV entre os jovens, surge este estudo e no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica (ESMOG) da Escola Superior de Saúde de Viseu cujo tema **“Conhecimento dos alunos do ensino superior sobre o papiloma do vírus humano e cancro do colo do útero”**. O ponto fulcral e de partida para toda e qualquer investigação consiste em escolher um domínio de interesse e transpô-lo para uma questão que poderá ser estudada. “Que conhecimentos apresentam os alunos do Instituto Politécnico da Guarda (IPG) sobre o cancro do colo do útero e o HPV”, é o problema de investigação a que me proponho a investigar.

Este estudo será do tipo transversal, descritivo de carácter quantitativo.

A amostra do estudo de investigação será constituída por um grupo de estudantes do IPG.

Os objetivos deste estudo são:

- Avaliar os conhecimentos sobre o HPV e cancro do colo do útero numa amostra de alunos do IPG (Instituto Politécnico da Guarda)
- Conhecer a importância e necessidade de formação e intervenção na população em estudo.

Para a realização da colheita de dados irá ser utilizado um questionário, intitulado “HPV e cancro do colo do útero”, utilizado e testado por Agostinho (2012), adaptado de Medeiros e Ramada (2010), com carácter anónimo, confidencial e de autopreenchimento.

O presente trabalho está estruturado em duas partes principais, distintas mas interligadas entre si:

Parte I – Enquadramento teórico, onde descreve o Cancro do colo do útero e o HPV, apresentando os conceitos, os aspetos epidemiológicos, os fatores de risco e os riscos protetores.

Parte II – Investigação empírica: metodologia, resultados, discussão e conclusões.

O HPV é um problema de saúde mundial. Identificar os conhecimentos dos estudantes do ensino superior acerca deste tema é fundamental para incrementar e melhorar o conhecimento desta área e assim implementar estratégias de educação para a saúde eficazes. São os profissionais de saúde, especialmente os de saúde materna e obstetrícia, os grandes agentes desta educação para a saúde, através da organização de campanhas de sensibilização junto desta população para a vacinação contra o HPV assim como a transmissão de informação fidedigna relativa à transmissão, prevenção e manifestações do mesmo.

I Parte Enquadramento Teórico

1 – Cancro do colo do útero

O cancro é uma doença multifactorial e complexa que segundo a OMS (2008) encontra-se entre as 10 principais causas de morte do mundo em conjunto com as doenças cerebrovasculares e cardiovasculares.

Segundo a Liga Portuguesa Contra o Cancro LPCC (2019), a palavra cancro deriva do latim, que significa caranguejo. Esta designação atribuída em tempos antiga deve-se ao fato de o cancro se estender em várias direções tal como as pernas de um caranguejo. Existem vários sinónimos de cancro embora atualmente a designação mais aceite é a de neoplasia que etimologicamente significa “crescimento novo” que se refere ao crescimento anormal de tecido, resultante de uma proliferação celular invulgarmente rápida que persiste após o crescimento normal do tecido ter cessado ou abrandado consideravelmente.

O cancro tem início nas células em que um conjunto das mesmas forma um tecido e, por sua vez, os tecidos formam os órgãos do nosso corpo. Normalmente, as células crescem e dividem-se para formar novas células. No seu ciclo de vida, as células envelhecem, morrem e são substituídas por novas células.

Algumas vezes, este processo ordeiro e controlado corre mal: formam-se células novas, sem que o organismo necessite e, ao mesmo tempo, as células velhas não morrem. Este conjunto de células extra forma um tumor segundo a LPCC (2019)

O tipo de cancro desenvolvido depende de um conjunto variados de factores que são inerentes às características particulares do indivíduo (sexo, idade, raça, herança genética, estilo de vida, hábitos alimentares, crenças, religiões, etc.) e do meio em que se insere (país, região, profissão, etc.). Todos estes fatores condicionam o tipo de neoplasia formada. Ramada (2010)

Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia SPG (2017), o cancro invasivo do colo do útero constitui a segunda causa de morte em mulheres com menos de 44 anos. Em Portugal, a sua incidência padronizada, segundo o Registo Oncológico Nacional de 2010, é de 8,9/100.000O carcinoma do colo do útero representa 6% dos tumores malignos ginecológicos. O carcinoma pavimento celular/espinoelular é o tipo histológico mais comum 1,2%, mas o adenocarcinoma tem vindo a aumentar a sua frequência relativa.

Em Portugal, no ano de 2010, segundo o Registo Oncológico Nacional (2010), diagnosticaram-se 746 novos casos, a que corresponde uma taxa de incidência de 8,9/100.000.

Como refere o Globocan (2012), a taxa de incidência é 8,95/100.000. Nos anos 90, a epidemiologia e a biologia molecular estabeleceram uma relação causal entre infeção persistente pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) de alto risco e o carcinoma do colo do útero. O prognóstico relaciona-se com o tipo histológico, invasão linfovascular, extensão tumoral (volume e estágio)

O Cancro do Colo do Útero (CCU) desenvolve-se devido a anomalias na extremidade do colo e interior do útero e continua na parte interior da vagina que começam a crescer de forma descontrolada. Estas variações anómalas não apresentam sinais óbvios e só são detetadas por rastreio segundo a European Cervical Cancer Association (ECCA), (2008).

2 – Vírus do Papiloma Humano

Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) (2017), o Vírus do Papiloma Humano (HPV) é considerado um carcinogéneo humano responsável por quase todos os casos de cancro do colo do útero, das lesões pré-invasivas e invasivas anogenitais, da cabeça e pescoço, assim como de condilomas anogenitais e da papilomatose respiratória recorrente.

A mesma sociedade afirma que anualmente são diagnosticados, a nível mundial, cerca de 527.600 casos de cancro do colo do útero, morrendo perto de 265.700 mulheres em consequência dos mesmos. Cerca de 97.215 casos de cancro não cervical são atribuídos à infeção por HPV, distribuídos da seguinte forma: 50.780 em homens (26.775 na orofaringe, 13.485 no ânus e 520 no pénis) e 46.435 em mulheres (25.600 na vulva/vagina, 6.048 na orofaringe e 14.787 no ânus).

Na Europa, calcula-se que o vírus é responsável por 44.000 novos casos de cancro e 284.000 a 540.000 novas lesões pré-cancerosas ano genitais. Os tipos de HPV 16/18/31/33/45/52/58 estão relacionados com 90% dos cancros e com 82% das lesões escamosas intraepiteliais de alto grau (HSIL). Em mais de 750.000 novos casos de condilomas genitais, os tipos 6/11 estão presentes em 90%. SPG (2017)

Passos et al (2008) estimam que mais de 630 milhões de homens e mulheres (uma em cada 10 pessoas) estejam infetados com este vírus. A nível mundial, as estimativas referem que por ano a incidência do HPV seja de cerca de 30 milhões de novos casos de condilomas anogenitais diagnosticados, cerca de 30 milhões de novos casos de lesões cervicais de baixo risco oncogénico e de cerca 300 milhões de novos casos considerados positivos para o HPV mas sem manifestação clínica.

A infeção causada pelo HPV é considerada um problema de Saúde Pública (Hillman et al., 2011; Leite, Lisboa e Azevedo, 2011), onde existem mais de 70 tipos de HPV e que cerca de 30 estirpes do vírus afetam o aparelho genital, na figura 4 está representado o modelo tridimensional do Vírus do Papiloma Humano. A maior parte destas estirpes é de baixo risco, mas existem quatro tipos de alto risco, sendo o 16, 18, 31 e 45. Estas estão associadas a displasias do colo do útero de grau elevado e têm maior probabilidade de evoluírem para cancro (INSTITUTO DO HPV, 2013).

A mesma Instituição verifica que a história natural da infeção por HPV após o início da atividade sexual a prevalência de infeções transitórias pelas estirpes oncogénicas do Vírus do Papiloma Humano, tem especial relevância na adolescência e entre os 20 e 30 anos de idade, onde o colo do útero é infetado com HPV (Linha Verde). A infeção por HPV pode ser

transitória e ocorrer uma regressão pelo combate do sistema imunitário. Por outro lado, com a persistência do vírus e com a sua natural progressão manifestam-se, cerca de dez anos mais tarde, lesões pré-cancerosas. Com a evolução da invasão, é instalado o Cancro, nomeadamente o CCU, por volta dos 40 – 50 anos de idade.

2.1 – Etiopatogenia do HPV

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

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

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

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

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

As verrugas são as manifestações clínicas mais comuns e características da infeção pelo HPV. São tumores induzidos por vírus pleomórficos, que acometem diversas localizações, principalmente a pele de extremidades, mucosa, pele genital e mucosa oral e laríngea” Leto, Porro, Júnior & Tomimori (2011). Referem ainda que quando comparadas as

verrugas antigas com verrugas mais recentes, observa-se uma carga viral mais elevada, as verrugas plantares possuem maior carga viral do que verrugas vulgares e o centro da lesão parece ser o local de maior concentração viral.

De acordo com Clifford (2003), Castellsague (2006) e Muñoz (2006), citados por Leite *et al.* (2011) afirmam que os subtipos de HPV 16 e 18 estão implicados em cerca de 70% dos câncros do colo do útero, da vagina e do ânus, e em aproximadamente, 30 a 40% dos câncros da vulva, do pênis e da orofaringe. O HPV-18 é mais frequentemente encontrado no adenocarcinoma do que no carcinoma epidermóide cervicais.

2.2 – Fatores de risco/transmissão

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

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

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

A transmissão do HPV geralmente é feita pelo contacto íntimo desprotegido com o indivíduo infetado com o vírus a nível sexual, através do contato epitelial direto entre mucosa e pele. Ou também, mas mais raramente acontece por via vertical durante o parto, outro caso de transmissão também descritos, mas pouco frequente é por contacto o orogenital (National Advisory Committee on Immunization [NACI], 2007)

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

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

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

2.3 – Diagnóstico/Tratamento

Instituto HPV (2013) divulga que o diagnóstico da infeção pelo vírus do papiloma humano é realizado pela deteção do seu DNA nas células do colo do útero.

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

O teste de Papanicolau deteta alterações nas células e mucosas do colo do útero, que podem dever-se a HPV, nos casos em que se verifiquem lesões é efetuado um teste específico para o vírus do papiloma humano, citologia em meio líquido. Esta infeção resulta em lesões morfológicas que variam entre a normalidade e diferentes fases de lesões pré-cancerosas e por último pelo cancro cervical invasivo (WHO, 2010).

Classificação citológica:

Citologia Normal – não se observam células anormais/atípicas na superfície do colo uterino após esfregaço citológico, resumindo, está negativa para lesão intraepitelial maligna. O documento “Vacinação contra infeções por HPV”, da DGS (2008), indica que a classificação internacional das alterações citológicas causadas por HPV adotada em Portugal é o sistema de Bethesda:

- Atípicas de células escamosas de significado indeterminado.
- Atipias de células glandulares de significado indeterminado.

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

Segundo Carvalho et al. (2007) a prevenção do desenvolvimento do HPV pressupõe o tratamento e remoção das verrugas e cauterização, e a prevenção do contágio desse vírus admite a utilização das vacinas (bivalente e quadrivalente), o uso de métodos de barreiras nas relações sexuais e cuidados higiênicos. O diagnóstico precoce é importante para a prevenção do agravamento associados ao HPV, para evitar a persistência, o progresso da infecção e a reincidência.

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

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

O Instituto HPV (2013) refere que as verrugas genitais não têm um tratamento totalmente satisfatório. As verrugas externas podem ser removidas por laser, crioterapia imunitária, sugerindo o consumo de alimentos ricos em vitamina C (SEDICAIS, 2008). No cancro, o tratamento depende do estadio em que se encontra, pode passar por remover parte do colo cirurgicamente, em estadios mais avançados histerectomia radical, radioterapia e quimioterapia.

2.4 – Prevenção

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

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

Tendo em conta a história natural, a magnitude, a transcendência social e económica e a vulnerabilidade do cancro do colo do útero à prevenção e ao tratamento, as estratégias para minimizar o seu impacto na saúde das mulheres deverão ser, obrigatoriamente, abrangente e complementares. Deste modo, a DGS (2008) considera que se devem privilegiar as seguintes estratégias integradas:

- Prevenção primária:

A prevenção primária consiste na prevenção da infecção do HPV e dos co-fatores que aumentam o risco de cancro do colo do útero, implementando estratégias de sensibilização e vacinação. O Programa Nacional de Vacinação (PNV) começou há 50 anos, com a vacina para a poliomielite e hoje inclui vacinas para doze agentes. Uma das últimas vacinas a entrar para o PNV foi contra o Vírus do Papiloma Humano, em 2008 (Lusa, 2015).

Ana Leça, consultora e colaboradora da Comissão Técnica de Vacinação da Direção Geral da Saúde, a propósito da comemoração dos 50 anos do PNV no passado mês de abril de 2015 referiu à Lusa [Correio da Manhã, 2015] que o PNV foi determinante para a diminuição das taxas de mortalidade infantil, que são atualmente das mais baixas da Europa, se bem que outros fatores tenham contribuído para os valores atingidos nos últimos anos, nomeadamente, a excelência dos cuidados perinatais e que existe uma atualização sucessiva dos esquemas vacinais para melhor adaptação à realidade epidemiológica e facilitação e adesão ao cumprimento do PNV. A vacina contra o vírus do papiloma humano pode reduzir eficazmente

a prevalência de cancro do colo do útero, não só no momento presente como nas próximas décadas.

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

Segundo a DGS (2014), a vacina contra o HPV desde 2008, aquando da entrada para o PNV, estava recomendada para administração aos 13 anos de idade, apenas a raparigas, num esquema de três doses administrada aos 0, aos 2 e aos 6 meses. A Norma da DGS n.º 016/2014, de 29 de setembro, ficou expresso que a alteração ao esquema de vacinação contra infeções por HPV, entrou em vigor a partir do dia 1 de Outubro de 2014. A vacinação recomenda-se às raparigas dos 10 aos 13 anos de idade inclusive, pode no entanto ser iniciada até aos 18 anos de idade exclusive e completada até aos 25 anos de idade inclusive. Relativamente ao esquema de vacinação, foi alterado para administração de duas doses aos 0 e 6 meses (DGS, 2014).

Relativamente às estratégias de prevenção primária e tendo em conta que a relação sexual é a principal via de transmissão da infeção genital pelo HPV, é essencial apostar na educação para a saúde sobre comportamentos sexuais e reprodutivos-

- Prevenção secundária:

Baseia-se na deteção precoce de lesões pré-malignas. Para tal, é necessário a existência de um programa de rastreio organizado por forma a convocar indivíduos de grupos alvo identificados, de acordo com uma calendarização definida e existindo uma interligação entre todos os níveis de cuidados de saúde. A outra vertente desta prevenção secundária passa pela formação especializada de profissionais de saúde e de educação para a saúde dos indivíduos dos grupos alvo (DGS, 2008).

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

- Prevenção terciária:

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

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

3 - Conhecimento dos estudantes sobre HPV

Segundo Agostinho (2012), os jovens são a população com maior taxa de prevalência de infecção pelo HPV, tornando-se, assim, essencial avaliar quais os conhecimentos que estes possuem sobre o HPV e o CCU. É fundamental perceber a realidade para que se possam adequar as medidas de rastreio e de promoção da saúde, no que diz respeito à atividade sexual e comportamentos de risco, com vista a evitar a propagação do vírus e, conseqüentemente, o desenvolvimento da neoplasia.

Há poucos estudos recentes relacionados com este tema em Portugal, Martins (2015), Borges (2016) Varino (2013); Ferreira et al. (2013); Agostinho (2012); Diaz (2012) e Medeiros e Ramada (2010), internacionalmente foram realizados, por: Panobianco et al. (2013) e Costa e Goldenberg (2013) ambos no Brasil; Urrutia et al. (2012) no Chile; por Gómez e Lince (2011) e Murillo et al. (2010) ambos na Colombia e por Cirino, Nichiata e Borges (2010) no Brasil e Mehu-Parant et al. (2010) em França.

Agostinho (2012) divulga que em vários estudos verifica-se que os jovens reconhecem que o desenvolvimento do CCU está relacionado com a atividade sexual, mas a maioria desconhece o modo de transmissão do HPV e quais as possíveis conseqüências da infecção por este vírus. Da mesma forma, alguns jovens reconhecem a relação entre o HPV e o CCU ignorando ainda a existência de cofatores.

Determinar o grau de conhecimento da população é fundamental para selecionar a estratégia mais adequada para o planeamento de uma intervenção efetiva. Só é possível aplicar medidas de promoção da saúde, prevenção da doença e rastreio, tendo em conta o CCU, através de um conhecimento real acerca dos mitos, crenças e informações da população em relação a esta doença (Ramada 2010).

Nesse sentido, a OMS, no Programa Health for all, estabelece metas tendo a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis, privilegiando o ambiente escolar e os serviços de saúde na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que respeita às crianças em idade escolar, reforçando que a escola é promotora da saúde. Pretende-se que os princípios desta promoção da saúde envolvam parcerias institucionais.

O desenvolvimento desta implementação permite incentivar os jovens à mudança, ao exercício de cidadania partindo das organizações governamentais. Responsabiliza os organismos governamentais, por criar mecanismos capazes das práticas e princípios para a promoção da saúde. Acredita que a escola é um espaço capaz de promover a adoção de comportamentos saudáveis; num trabalho triangular de escola, família e meio (DGS, 2006).

Nesse sentido e como refere Agostinho (2012) os profissionais de saúde têm um papel fundamental, uma vez que as suas crenças e conhecimentos afetam o tipo de informação e de recomendações que vão fornecer à população. É importante avaliar se os estudantes da área de saúde, futuros profissionais de saúde, têm conhecimentos reais e adequados, tendo em conta o HPV e o CCU, para que possam fornecer informações corretas para se poderem produzir ganhos em saúde.

II Parte – Investigação científica

1 - Metodologia

A metodologia é um passo importante para a elaboração de um trabalho de investigação.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), metodologia é a aplicação de procedimentos e técnicas que devem ser observados para construção do conhecimento, com o propósito de comprovar sua validade e utilidade nos diversos âmbitos da sociedade.

Na opinião de Coutinho (2014), num nível mais geral a metodologia analisa e descreve os métodos e distancia-se da prática para poder tecer considerações teóricas em torno do potencial na produção do conhecimento científico.

Investigar “é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico que permite descobrir novos factos ou dados, relações ou leis em qualquer campo do conhecimento” (Marconi e Lakatos, 2003; cit. por Morais, s.d.).

Neste capítulo, define-se e explica-se a problemática de conceptualização do estudo, o tipo de estudo a questão de investigação, os objectivos do estudo, as variáveis em estudo, o desenho de investigação, as hipóteses elaboradas, a amostra, o instrumento de colheita de dados, e os procedimentos na condução do estudo nomeadamente éticos e técnicos.

1.1 – Métodos

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

Atendendo às previsões futuras que apontam no sentido da prevalência desta doença ser bastante elevada, sobretudo se as populações não adotarem comportamentos sexuais adequados e estilos de vida mais saudáveis, bem definidos nas recomendações de sociedades científicas e cada vez mais divulgadas pelas autoridades e instituições de saúde, leva a que este estudo seja direccionado a jovens cujo risco seja eminente.

Atendendo à problemática do tema em estudo, colocamos as seguintes questões de investigação:

- “Qual o nível de conhecimento dos alunos do IPG sobre o vírus do HPV e CCU”?

-“Quais as variáveis sociodemográficas que interferem com esse nível de conhecimento”?

No sentido de obter respostas às questões colocadas anteriormente, definimos como objectivo descritivo:

(i) Descrever o nível de conhecimento dos alunos do IPG sobre o Vírus do Papiloma Humano e o Cancro do Colo do Útero.

Por sua vez, como objectivos inferenciais consideramos:

(ii) Determinar a influência das variáveis independentes sobre o grau de conhecimento sobre o HPV e o CCU;

(iii) Descrever se as fontes de informação influenciam o grau de conhecimento

(iv) Identificar se o planeamento familiar interfere como o grau de conhecimento

(v) Analisar a relação entre os resultados obtidos com estudos semelhantes realizados em Portugal;

Para a consecução das questões e dos objectivos formulados delineamos um estudo do tipo quantitativo, pois trata-se de um processo sistemático, que envolve uma colheita de dados quantificáveis e observáveis. Além disso, trata-se de um estudo tipo observacional descritivo-correlacional e transversal quanto ao tempo em que decorre, já que os questionários foram aplicados num período pré-definido de Março a Maio de 2019, relativo ao momento presente

O esquema conceptual, representado na **figura 1**, foi elaborado tendo por base a revisão teórica, os objetivos e as questões de investigação formuladas. Pretende-se, assim, demonstrar de uma forma simplificada, o tipo de relações que se pretendem analisar de forma inferencial.

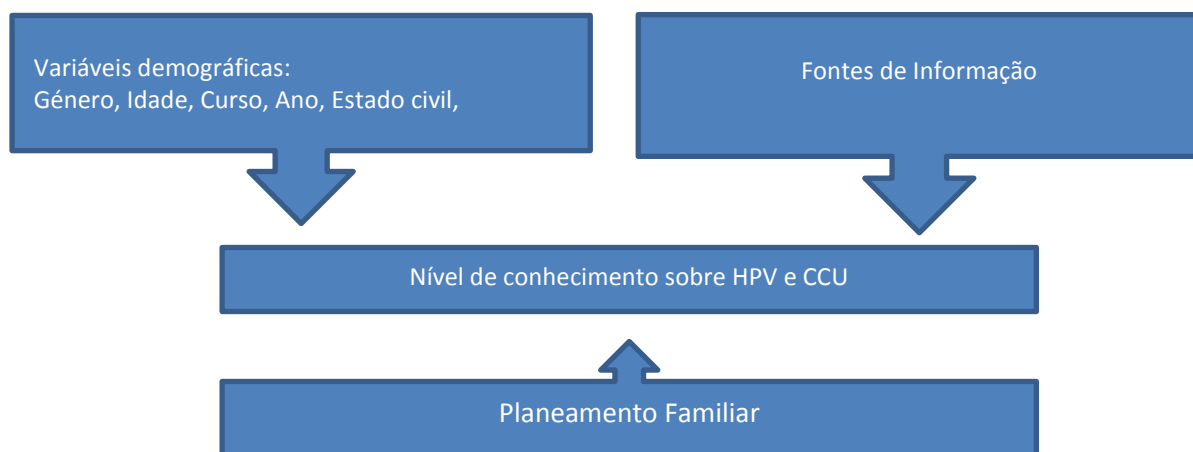


Figura 1: Modelo Conceptual

As variáveis possuem características mensuráveis, que podem apresentar diferentes valores e devem ser definidas e esclarecidas de forma a serem passíveis de observação e mensuração. Sobre o conhecimento influem inúmeras variáveis, nomeadamente, a idade, o género, as habilitações académicas, o estado civil, o estatuto socioeconómico, assim como outras características relacionadas com a cultura, tradições e ambiente social na qual o indivíduo está inserido. Estas características podem ter um efeito nas suas escolhas individuais, saudáveis ou não (Aslan, Gürtan, Hacim, Karaca, Şenol e Yildirim, 2003; Cremers, 2010; cit. por Figueiredo, 2013).

As variáveis independentes definidas para este estudo são as que caracterizam a amostra: Género, idade, estado civil, curso e ano escolar.

Como variáveis dependentes foram definidas para este estudo:

Conhecimentos sobre HPV que é avaliada através de 31 afirmações referentes aos domínios (Anexo I):

- Significado do HPV (afirmações nº 11, 18, 26 e 33)
- Transmissão do HPV (afirmações nº 12, 19, 27, 34, 39 e 54)
- Prevenção do HPV (afirmações nº 13, 29, 36, 41 e 51)
- Faixa etária de maior incidência do HPV (afirmações nº 14, 22, 30, 37 e 42)
- Manifestações do HPV (afirmações nº 15, 23, 31, 43, 47 e 52)
- Localização do HPV (afirmações nº 17, 25, 32, 38, 44, 48)

E as afirmações que validam se os inquiridos consideram que: o HPV pode afetar homens e mulheres (afirmação nº 16), os homens podem ser portadores assintomáticos (afirmação nº 24), a citologia é um método de diagnóstico de HPV (afirmação nº 49), a

infecção por este agente implica sempre tratamento imediato (afirmação nº 53) e a infecção é curável (afirmação nº 55).

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

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

E as afirmações relativas aos subtipos de HPV que a vacina tetravalente do HPV protege (afirmações nº 66, 74 e 82).

1.2 – Participantes

A população deste estudo são 1471 alunos das ESSE e ESTG do IPG. Considerando que são jovens com uma vida sexual activa.

Para calcular o tamanho da amostra recorreu-se ao serviço online “Sample Size Calculator” da Creative Reserarch Systems. A amostra calculada com base no erro amostral de 5,04%, com um nível de confiança de fidelidade de 95%, e, ficou constituída por 301 alunos seleccionados de forma não probabilística por acidente e que obedecessem ao seguinte:

Critérios de inclusão:

- Alunos do IPG da ESSE e da ESTG
- Idade \geq a 17 anos.

Critérios de exclusão:

- Os alunos de Mestrado
- Alunos do Curso de Enfermagem
- Respostas a questionários incompletos.

A participação dos alunos foi voluntária, sendo que o seu consentimento de participação precedido de informação clara e objectiva sobre o âmbito e objectivos do estudo.

A recolha de dados foi realizada online, embora se tenha recorrido a reuniões prévias com os alunos e respectivos professores em horário estabelecido pela direcção de cada escola, entre Abril e Junho de 2019.

Participaram no estudo 328 alunos, mas respeitando os critérios de inclusão e exclusão (questionários incompletos, alunos de mestrado e alguns alunos de enfermagem), a amostra final ficou em 301 estudantes.

1.3 – Instrumentos

O instrumento de colheita de dados deve permitir a recolha de informação para atingir os objetivos definidos. Este mesmo instrumento de colheita de dados é descrito como um elemento técnico que o investigador utiliza para revelar os dados obtidos (Polit, Beck e Hungler, 2004; cit. por Figueiredo, 2013).

No presente estudo o instrumento utilizado foi um questionário de autopreenchimento online (Anexo...), intitulado “*HPV e cancro do colo do útero*” (2012). A versão original deste

questionário foi utilizado e testado por Marisa Isabel Rodrigues Agostinho (2012) adaptado de Medeiros e Ramada (2010), como consta em anexo. A este questionário foram ainda acrescentadas várias questões, uma no que se refere à caracterização da amostra (Estado Civil) e duas nos que se ao comportamento sexual dos jovens.

O instrumento é constituído por quatro grupos.

O grupo I

É composto por questões que caracterizam a amostra (questões nº 1, 2, 3, 4 e 5) e, verificar qual o conhecimento e fontes de informação dos inquiridos sobre o HPV (questões nº 6, 7, 8, 9 e 10).

O grupo II

É constituído por 46 afirmações sobre vários domínios relacionados com o HPV (significado, transmissão, prevenção, faixa etária de maior incidência, manifestações e localização da infecção), portadores, diagnóstico e tratamento, sendo eu apenas 37 destas (enunciadas no subcapítulo das variáveis) serão utilizadas para avaliar os conhecimentos sobre a temática. As restantes afirmações (nº 12, 20, 21, 28, 35, 40, 45, 46 e 50) servem apenas para estimar a expectativa de resposta da amostra, uma vez que o quadro concetual actual não inclui, respostas cientificamente corroboradas.

Conhecimentos sobre HPV que é avaliada através de 31 afirmações referentes aos domínios (Anexo I):

- Significado do HPV (afirmações nº 11, 18, 26 e 33)
- Transmissão do HPV (afirmações nº 12, 19, 27, 34, 39 e 54)
- Prevenção do HPV (afirmações nº 13, 29, 36, 41 e 51)
- Faixa etária de maior incidência do HPV (afirmações nº 14, 22, 30, 37 e 42)
- Manifestações do HPV (afirmações nº 15, 23, 31, 43, 47 e 52)
- Localização do HPV (afirmações nº 17, 25, 32, 38, 44, 48)
- E as afirmações que validam se os inquiridos consideram que: o HPV pode afetar homens e mulheres (afirmação nº 16), os homens podem ser portadores assintomáticos (afirmação nº 24), a citologia é um método de diagnóstico de HPV (afirmação nº 49), a infecção por este agente implica sempre tratamento imediato (afirmação nº 53) e a infecção é curável (afirmação nº 55).

Grupo III

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

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

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

Grupo IV

Apresenta 3 questões (84, 85, 86) com o intuito de avaliar o interesse dos jovens em obter mais conhecimentos sobre estas duas temáticas e 5 questões (87, 88, 89, 90 e 91), referentes ao seu comportamento sexual.

As opções de resposta para as afirmações dos grupos II e III são Verdadeiro, Falso ou Não sabe.

1.4 – Procedimentos

Qualquer investigação que envolva o ser humano implica questões humanas e éticas. Assim sendo, e por forma a proteger os direitos dos inquiridos neste estudo, foi realizado um pedido de autorização formal à Direção do IPG. Assim como aos directores das escolas em causa. (Anexo II), o qual foi deferido.

Posteriormente e após contacto pessoal informal a todas as turmas, onde foi explicado o contexto e propósito do estudo, deu-se início à aplicação dos questionários online (Anexo II) que haviam sido enviados para o departamento de informática do IPG que por sua vez os fez chegar a todos os alunos através do correio electrónico pessoal de cada um.

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

1.5 – Análise de dados

Para uma melhor interpretação e análise dos dados os mesmos irão ser apresentados em tabelas, gráficos e quadros, utilizando a estatística descritiva e a análise inferencial.

Foi feita uma primeira análise a todos os questionários preenchidos com o intuito de se eliminarem aqueles que não respeitavam os critérios de inclusão e exclusão.

Estatística descritiva

Para sistematizar a informação fornecida pelos dados, recorreremos às medidas estatísticas descritivas:

- Medidas de tendência central:
 - Média (X);
 - Moda (Mo).
- Medidas de dispersão:
 - Desvio padrão (S);
 - Variância (V).

Estatística inferencial

Para testarmos as hipóteses utilizaremos:

- Teste U de Mann-Whitney;
- Teste de Kruskal-Wallis.

A opção por estes testes, justifica-se pela natureza das variáveis envolvidas no estudo assim como, pelo facto das que eram quantitativas não apresentarem distribuição normal ($p < 0,001$).

O tratamento dos dados será feito informaticamente através do programa SPSS. 24, em que se utilizaremos os seguintes níveis de significância:

$$\left. \begin{array}{l} P \geq 0.05 - \text{n\~ao significativo} \\ P < 0.05 - \text{significativo} \\ P < 0.01 - \text{bastante significativo} \end{array} \right\}$$

2 – Resultados

Neste capítulo, apresentam-se os resultados do presente trabalho na perspetiva dos objetivos e questão de investigação definida, no qual faremos uma descrição dos dados recolhidos, sendo a sua interpretação realizada no capítulo dedicado à discussão dos resultados.

Para a apresentação adequada dos resultados obtidos, recorreremos ao uso de quadros com os respectivos dados estatísticos obtidos, os quais serão antecedidos da respetiva análise.

Assim, por uma questão metodológica, começaremos por efetuar uma caracterização sociodemográfica, à qual se segue uma caracterização académica e posteriormente uma análise das variáveis independentes e dependente. Por último, será efectuado o teste de hipóteses (análise inferencial).

Análise descritiva

Caracterização sociodemográfica segundo o grupo etário, género e estado civil

Verificamos pela análise da tabela 1, que a maioria dos elementos da nossa amostra é do género feminino. Possuem idades entre os 18 anos e os 56 anos, sendo que o grupo etário mais representativo é o igual ou superior aos 23 anos, 37,2%.

Grupo Etário	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	N	%	n	%
<= 20 anos	44	41,5	62	58,5	106	35,2
Entre 21 e 22 anos	36	43,4	47	56,6	83	27,6
≥ 23anos	49	43,8	63	56,3	112	37,2
Total	129	100	172	100	301	100

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra segundo o Grupo Etário e Género

Também podemos constatar através da tabela 2 que quanto ao estado civil, predomina o sem companheiro (solteiro e divorciado) 93%.

Estado Civil	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Sem companheiro	120	39,9	160	53,2	50	93
Com companheiro	9	3	12	4	71	7
Total	129	42,9	172	57,1	301	100

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra segundo o Estado Civil

Caracterização académica

Já no que se refere às variáveis académicas, pela tabela 3 verificamos que das duas escolas envolvidas no estudo (Escola Superior de Tecnologia e Gestão; e Escola Superior de Educação e Desporto), dominam os inquiridos da primeira escola com 55,5% assim como o sexo feminino (57,1%)

Escola	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Educação e Desporto	50	38,8	84	48,8	134	44,5
Tecnologia e Gestão	79	61,2	88	51,2	167	55,5
Total	129	42,9	172	57,1	301	100

Tabela 3 - Caracterização académica escola

No que se refere ao ano escolar, eles frequentam maioritariamente como consta na tabela 4, o 1º ano 41,5%, sendo na maioria do sexo masculino para o respectivo ano.

Ano escolar	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	n	%
1º Ano	66	21,6	59	19,6	125	41,5
2º Ano	30	10	78	25,9	108	35,9
3º Ano	33	11	35	11,6	68	22,6
Total	129	42,9	172	57,1	301	100

Tabela 4 - Caracterização ano escolar

Caracterização do conhecimento geral e fontes de informação sobre HPV

Relativamente ao conhecimento geral e fontes de informação, pela tabela 5 verificamos que o HIV é considerado o principal agente responsável pela doença com 56,1% com o sexo feminino a responder 33,9% relativamente ao masculino 23%, seguindo-se não sabe (19,9%) e HPV (12,6%) onde o sexo masculino evidencia um maior conhecimento (9%), relativamente ao masculino (3,6%).

Qual o agente responsável Pela doença sexualmente Transmissível mais comum?	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
VIH	67	22,3	102	33,9	169	56,1
Neisseria gonorrhoeae	1	0,3	1	0,3	2	0,7
Clamydia trachomatis	2	0,7	1	0,3	3	0,1
Papiloma vírus humano	11	3,7	27	9	38	12,6
Herpes simples Vírus Humano	10	3,3	12	4	22	7,3
Treponema pallidum (sífilis)	6	2	1	0,3	7	2,3
Não sei	32	10,6	28	9,3	60	19,9
Total	129	67	172	42	301	100

Tabela 5 - Caracterização do agente responsável pela doença sexualmente transmissível mais comum

A maioria refere ter conhecimento de vírus relacionados com CCU (76,4%) tabela 6 e, têm conhecimento da existência de vacina (53,2%) como podemos ver na tabela 7. Também podemos constatar que o sexo feminino obtém maior conhecimento 57,1% e 57,1% relativamente ao masculino.

Sabia que existem vírus que estão relacionados com o desenvolvimento de cancro?	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Sim	92	30,6	138	45,8	230	76,4
Não	37	12,3	34	11,3	71	7
Total	129	42,9	172	57,1	301	100

Tabela 6 - Caracterização do conhecimento de vírus relacionados com CCU

Já ouviu falar sobre HPV?	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Sim	73	24,3	131	43,5	204	67,8
Não	56	18,6	41	13,6	97	32,2
Total	129	42,9	172	57,1	301	100

Tabela 7 - Caracterização se já ouviu falar sobre HPV

Sabia que existe uma vacina para o HPV?	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	53	17,6	107	35,5	160	53,2
Não	76	25,5	65	21,6	141	46,8
Total	129	42,9	172	57,1	301	100

Tabela 8 - Caracterização do conhecimento sobre a existência de uma vacina para o HPV

Como fontes de informação mais referidas, podemos observar na tabela 9, a escola (32,9%), a televisão (27,2%) e os profissionais de saúde (25,9%), sendo que o sexo feminino lidera nestas afirmações: 21,6%, 19,3% e 10,6%. De salientar que houve inquiridos que responderam várias opções.

Quais as fontes de informação para o seu conhecimento sobre HPV?	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	N	%
Escola/local de ensino						
Não	95	31,5	107	35,5	202	67,1
Sim	34	11,3	65	21,6	99	32,9
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Profissionais de saúde						
Não	109	36,2	114	37,9	223	74,1
Sim	20	6,6	58	19,3	78	25,9
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Amigos/família						
Não	109	36,2	140	46,5	249	82,7
Sim	20	6,6	32	10,6	52	17,3
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Televisão						
Não	88	29,2	131	43,5	219	72,8
Sim	41	13,6	41	13,6	82	27,2
Total	129	42,9	172	57,1	301	100

Artigos científicos						
Não	108	35,9	156	51,8	264	87,7
Sim	21	7	16	5,3	37	12,3
Total	129		172	57,1	301	100

Tabela 9 - Caracterização do conhecimento sobre quais as fontes de informação relativamente ao HPV

Perspectiva sobre a divulgação de informação sobre HPV

Pela tabela 10, e no que se refere à divulgação da doença ser suficiente ou não, a maioria responde negativamente com 84,1 % liderando o sexo feminino 50,5% relativamente ao masculino 39,4%.

A divulgação sobre HPV é suficiente?	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Não	101	39,9	152	50,5	253	84,1
Sim	28	9,3	20	6,6	48	15,9
Total	129	42,9	172	57,1	301	100

Tabela 10 - Caracterização da divulgação sobre HPV

Quanto aos aspectos sobre o HPV que os inquiridos consideram mais importante divulgação, modo de transmissão (84,4%), seguido de o que é (82,4%), quais as medidas de prevenção da transmissão (81,7%), como se manifesta (70,8%), quais as consequências da infecção pelo HPV (67,4%) e qual a relação com o cancro do colo do útero (62,8%). Também nesta questão houve inquiridos que seleccionaram várias opções

O que considera ser importante divulgar sobre HPV?	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	n	%
O que é						
Sim	107	35,5	141	46,8	248	82,4
Não	22	7,3	31	10,3	53	17,6
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Como se transmite						
Sim	108	35,9	146	48,5	254	84,4
Não	21	7,0	26	8,6	47	15,6
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Quais as medidas de prevenção...						
Sim	102	33,9	144	58,5	246	81,7
Não	27	20,9	28	16,3	55	18,3
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Como se manifesta						
Sim	89	41,2	124	41,2	213	70,8
Não	40	13,3	48	15,9	88	29,2
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Como é feito o diagnóstico...						
Sim	71	23,6	94	31,2	165	54,8
Não	58	19,35	78	25,9	136	45,2
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Qual a eficácia e tipos de tratamento...						
Sim	77	25,6	110	36,5	187	62,1
Não	52	17,3	62	20,06	114	37,9
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Quais as s consequências...						
Sim	86	28,6	117	38,9	203	67,4
Não	43	14,3	55	18,3	98	32,6

Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Qual a relação entre o CCU e o HPV						
Sim	75	24,9	114	37,9	189	62,8
Não	54	17,9	58	51,8	112	37,2
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Informação sobre a vacina						
Sim	74	24,6	97	32,2	171	56,8
Não	55	18,3	75	24,9	130	43,2
Total	129	42,9	172	57,1	301	100

Tabela 11 - O que consideram ser importante divulgar sobre HPV

Os meios de divulgação mais referidos pelos inquiridos e como se pode observar na tabela 12, continuam a ser a escola (82,4%), os profissionais de saúde (67,4%) e a televisão (61,8%). A maioria dos inquiridos considera como ideal a combinação de vários meios de divulgação, principalmente associados à escola/local de ensino, profissionais de saúde, televisão e internet.

Meios mais adequadas para a divulgação deste tema	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Escola/local de ensino						
Não	105	34,9	143	47,5	248	82,4
Sim	24	8,0	29	9,6	53	17,6
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Profissionais de saúde						
Sim	83	27,6	120	39,9	203	67,4
Não	46	15,3	52	17,3	98	32,6
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Amigos/família						
Sim	28	9,3	26	8,6	54	17,9
Não	101	33,6	146	48,5	247	82,1
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
TV						
Sim	79	26,2	107	35,5	186	61,8
Não	50	16,6	65	37,8	115	38,2
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Internet						
Sim	83	27,6	90	29,9	173	57,5
Não	46	15,3	82	27,2	128	42,5
Total	129	42,9	172	57,1	301	100
Outdoors						
Sim	21		24		45	15,0
Não	108		148		256	85
Total	129		172		301	100

Tabela 12 - Caracterização dos meios mais adequados para a divulgação deste tema

Quanto à questão se consideram importante o desenvolvimento de programas de rastreio de workshops sobre a temática em causa podemos verificar através da tabela 13 que 93% considera importante sendo o sexo feminino predominante nessa positividade 54,5% relativo ao sexo masculino 38,9%.

Considera importante o desenvolvimento de programas de rastreio...	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	117	38,9	164	54,5	281	93,4
Não	12	4,0	8	2,7	20	6,6
Total	129	42,9	172	57,1	301	100

Tabela 13 - Considera importante o desenvolvimento de programas de rastreio do HPV e Workshops acerca do HPV e CCU

Caracterização do comportamento sexual dos jovens

Verificamos pela análise da tabela 14, que a maioria dos elementos da nossa amostra já iniciou a sua vida sexual ativa (83,4%), com o sexo feminino a predominar relativamente ao masculino 46,5% para 36,9%.

Já iniciou a sua vida sexual?	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	18	6,0	32	10	50	16,6
Sim	111	36,9	140	46	251	83
Total	129	42,9	172	57	301	100

Tabela 14 - Início da actividade sexual

Sendo que o fizeram entre os 16 e os 18 anos, com um total de 66,8% como se pode verificar na tabela 15 e onde também podemos verificar o sexo feminino a evidenciar-se pelo máximo.

Com que idade iniciou a actividade sexual?	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
≤15	24	9,7	7	2,8	31	12,6
16-18	70	28,3	95	38,5	165	66,8
≥19	13	5,3	38	15,4	51	20,6
Total	107	42,9	140	57,1	247	100

Tabela 15 - Distribuição da idade de início de actividade sexual

Quanto a n.º de parceiros sexuais que já tiveram, entre um mínimo de 1 e um máximo de 150, supera o intervalo de de 1 a 2 com 54,1% e onde predomina o sexo feminino para o mesmo intervalo com 41,5%.

Número de parceiros sexuais	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
1 – 2	26	12,6	86	41,5	112	54,1
3 - 4	23	11,1	27	13,0	50	24,2
> 4	35	16,9	10	4,8	45	21,7
Total	84	40,6	123	59,4	207	100

Tabela 16 - Distribuição do número de parceiros sexuais

De salientar através da tabela 17 o domínio na utilização de métodos contraceptivos (77,4%) e onde o sexo feminino se evidencia relativamente ao masculino sendo o preservativo a forma mais referida (47,5%). Nesta questão, vários inquiridos admitiram utilizar dois métodos contraceptivos em simultâneo nomeadamente preservativo e outro hormonal (10,6%).

Utiliza métodos contraceptivos?	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	98	32,6	135	44,9	233	77,4
Não	31	10,3	37	12,3	68	22,6
Total	129	42,9	172	57,1	301	100

Tabela 17 - Utilização de métodos contraceptivos

Se sim, qual?	n	%
	Adesivo Evra	1
DIU	2	0,7
DIU e preservativo	1	0,3
Implante	4	1,3
Pílula	47	15,6
Pílula e preservativo	32	10,6
Preservativo	143	47,5
Preservativo e implante	1	0,3

Tabela 18 - Métodos contraceptivos utilizados

Convém ainda referir que a maioria dos inquiridos não frequenta nem nunca frequentou consultas de planeamento familiar (67,8%), e onde domina o sexo masculino 37,5% relativamente ao feminino 30,2% verificável na tabela 19. Embora haja igualdade de resposta no sexo feminino, ou seja a mesma percentagem frequentou consultas de planeamento familiar.

Frequenta consulta de planeamento familiar?	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	16	5,3	81	30,2	97	32,2
Não	113	37,5	91	30,2	204	67,8
Total	129	42,9	172	57,1	301	100

Tabela 19 - Distribuição da Frequência de consulta de planeamento familiar

Caracterização dos conhecimentos sobre HPV

Na tabela 20 estão patentes as respostas dadas a todos os itens respeitantes à “quantificação” dos conhecimentos sobre HPV, de onde salientamos o claro domínio do fato de a maioria dos inquiridos responder não saber a veracidade ou falsidade das afirmação / questões utilizadas na escala de avaliação de conhecimentos. De salientar que a resposta destacada pela cor de fundo azul, é a correta.

VARIÁVEIS	Verdadeiro		Falso		Não sabe	
	N	%	N	%	N	%
O HPV transmite-se por sexo oral	94	31,2	67	22,3	140	46,5
Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 98%	83	27,6	25	8,3	193	64,1
A transmissão do HPV pode prevenir-se reduzindo o número de parceiros sexuais	130	43,2	63	20,9	108	35,9
A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é na inferior a 18 anos	30	10,0	110	36,5	161	53,5
A infeção pelo HPV pode manifestar-se por verrugas genitais	95	31,6	12	4,0	194	64,5
O HPV pode afetar, igualmente, homens e mulheres	155	51,5	38	12,6	108	35,9
A infeção pelo HPV pode ocorrer na cavidade oral	69	22,9	50	16,6	182	60,5
HPV significa Papiloma Vírus Humano (Human Papiloma Vírus)	179	59,5	13	4,3	109	36,2
O HPV transmite-se por sexo vaginal	181	60,1	18	6,0	102	33,9
Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 66%	41	13,6	36	12,0	224	74,4
A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso do preservativo	176	58,5	23	7,6	102	33,9
A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 18 e 29 anos	93	30,9	20	6,6	188	62,5
A infeção pelo HPV pode manifestar-se por sinais inespecíficos (ardência, corrimento, dor durante o ato sexual...)	114	37,9	16	5,3	171	56,8
Os homens podem ser portadores assintomáticos do HPV	116	38,5	14	4,7	171	56,8
A infeção pelo HPV pode ocorrer no esófago	25	8,3	62	20,6	214	71,1
HPV significa Highly Pathogenic Vírus	30	10,0	106	35,2	165	54,8
O HPV transmite-se por sexo anal	70	57,1	59	19,6	172	57,1
Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 51%	21	7,0	49	16,3	231	76,7
A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso de anticoncepcionais orais (pílula)	18	6,0	133	44,2	150	49,8
A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 30 e 41 anos	21	7,0	63	20,9	217	72,1
A infeção pelo HPV pode manifestar-se por perda de apetite	29	9,6	47	15,6	225	74,8
A infeção pelo HPV pode ocorrer na região urogenital	84	27,9	14	4,7	203	67,4
HPV significa Highly Purified Vaccine	12	4,0	126	41,9	163	54,2
O HPV transmite-se por contacto de pele	42	14,0	127	42,2	132	43,9
Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 27%	11	3,7	61	20,3	229	76,1
A transmissão do HPV pode prevenir-se não partilhando objetos de uso íntimo	115	38,2	36	12,0	150	49,8
A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 42 e 60 anos	20	6,6	65	21,6	216	71,8

A infecção pelo HPV pode ocorrer na região anal	75	24,9	44	14,6	182	60,5
O HPV transmite-se por contacto de mucosas	94	31,2	29	9,6	178	59,1
Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 2%	18	6,0	73	24,3	210	69,8
A transmissão do HPV pode prevenir-se evitando o início precoce da vida sexual	54	17,9	94	31,2	153	50,8
A faixa etária em que a infecção pelo HPV é mais frequente é na superior a 60 anos	13	4,3	81	26,9	207	68,8
A infecção pelo HPV pode manifestar-se através de carcinoma	54	17,9	21	7,0	226	75,1
A infecção pelo HPV pode ocorrer na pele	60	19,9	68	22,6	173	57,5
O HPV transmite-se pela partilha de toalhas ou roupa interior	47	15,6	82	27,2	172	57,1
A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso de espermicidas	26	8,6	89	29,6	186	61,8
A infecção pelo HPV pode manifestar-se pelo cansaço	33	11,0	70	23,3	198	65,8
A infecção pelo HPV pode ocorrer em qualquer lugar, desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada	98	32,6	44	14,6	159	52,8
A infecção pelo HPV pode ser diagnosticada através do teste Papanicolau	93	30,9	24	8,0	184	61,1
O HPV transmite-se nas piscinas ou saunas	24	8,0	101	33,6	176	58,5
A transmissão do HPV pode prevenir-se com a abstinência sexual	80	26,6	68	22,6	153	50,8
A infecção pelo HPV pode manifestar-se de forma assintomática	69	22,9	23	7,6	209	56,8
O diagnóstico de infecção pelo HPV implica sempre tratamento imediato	107	35,5	23	7,6	171	56,8
O HPV transmite-se através do sangue	90	29,9	49	16,3	162	53,8
A infecção pelo HPV é curável	97	32,2	36	12,0	168	55,8

Tabela 20 - Distribuição dos inquiridos segundo as respostas aos itens do conhecimento sobre HPV

Já na tabela 21 estão representadas as estatísticas referentes a cada uma das dimensões do conhecimento sobre HPV e total desse conhecimento. Salientamos que, tendo em conta as amplitudes (intervalo entre o mínimo 0 e o máximo 2) de cada dimensão, pela análise das médias, estas estão muito baixas, revelando um fraco nível de conhecimento sobre HPV.

Dimensões do conhecimento HPV	Mínimo	Máximo	Média	Dp
Significado				
Hpv 11	0	2	0,85	0,87
Hpv 18	0	2	1,23	0,95
Hpv 26	0	2	0,55	0,66
Hpv 33	0	2	0,50	0,57
Transmissão				
Hpv 12	0	2	0,63	0,88
Hpv 19	0	2	1,26	0,93
Hpv 27	0	2	0,66	0,83
Hpv 34	0	2	0,70	0,70
Hpv 39	0	2	0,72	0,91
Hpv 54	0	2	0,76	0,88
Prevenção				
Hpv 13	0	2	1,07	0,88
Hpv 29	0	2	0,56	0,60
Hpv 36	0	2	0,88	0,93
Hpv 41	0	2	0,67	0,76
Hpv 51	0	2	0,76	0,84
Incidência				

Hpv 14	0	2	0,56	0,66
Hpv 22	0	2	0,68	0,91
Hpv 30	0	2	0,35	0,60
Hpv 37	0	2	0,35	0,60
Hpv 42	0	2	0,36	0,56
Manifestação				
Hpv 15	0	2	0,67	0,92
Hpv 23	0	2	0,81	0,95
Hpv 31	0	2	0,35	0,64
Hpv 43	0	2	0,43	0,77
Hpv 47	0	2	0,45	0,68
Hpv 52	0	2	0,53	0,84
Localização				
Hpv 17	0	2	0,62	0,83
Hpv 25	0	2	0,37	0,63
Hpv 32	0	2	0,60	0,89
Hpv 38	0	2	0,64	0,85
Hpv 44	0	2	0,62	0,79
Hpv 48	0	2	0,80	0,90

Tabela 21 - Estatísticas relativas às dimensões do conhecimento sobre HPV

Caracterização dos conhecimentos sobre cancro do colo do útero

Na tabela 22 estão patentes as respostas dadas a todos os itens respeitantes à “quantificação” dos conhecimentos sobre CCU, de onde salientamos o claro domínio do fato de a maioria dos inquiridos responder não saber a veracidade ou falsidade das afirmação / questões utilizadas na escala de avaliação de conhecimentos.

VARIÁVEIS	Verdadeiro		Falso		Não sabe	
	N	%	N	%	N	%
A presença de HPV implica Cancro do Colo do Útero	82	27,2	56	18,6	163	54,2
Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 100 casos de Cancro do Colo do Útero	50	16,6	22	7,3	229	76,1
O tabaco é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero	74	24,6	52	17,3	175	58,1
Em Portugal, anualmente, morrem cerca de 200 mulheres vítimas de Cancro do Colo do Útero	50	16,6	13	4,3	238	79,1
A infecção pelo HPV é um factor de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero	129	42,9	11	3,7	161	53,5
Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é inferior a 10%	16	5,3	37	12,3	248	82,4
A exposição prolongada ao sol é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero	27	9,0	91	30,2	183	60,8
HPV e Cancro do Colo do Útero são sinónimos	41	13,6	102	33,9	158	52,5
O consumo de drogas é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero	67	22,3	55	18,3	179	59,5
Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é cerca de 20%-30%	17	5,6	24	8,0	260	86,4
Os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege são os HPV 6, 11, 16, 31	31	10,3	10	3,3	260	86,4
A utilização de anticoncepcionais orais (pílula) é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero	47	15,6	73	24,3	181	60,1
Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é cerca de 40%-50%	23	7,6	23	7,6	255	84,7
A orientação heterossexual é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero	35	11,6	113	37,5	153	50,8
Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 1000 casos de Cancro do Colo do Útero	38	12,6	21	7,0	242	80,4
Múltiplos parceiros sexuais são um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero	109	36,2	37	12,3	155	51,5
Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é cerca de 60%-70%	24	8,0	17	5,6	260	86,4
As doenças sexualmente transmissíveis são um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero	124	41,2	14	4,7	163	54,2
Os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege são os HPV 6, 11, 16, 18	27	9,0	13	4,3	261	86,7
Em Portugal, anualmente, morrem cerca de 2000 mulheres vítimas de Cancro do Colo do Útero	21	7,0	33	11,0	247	82,1
O início precoce da vida sexual ativa é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero	69	22,9	66	21,9	166	55,1
Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é superior a 90%	29	9,6	21	7,0	251	83,4
Não há relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero	27	9,0	98	32,6	176	58,5
Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 10.000 casos de	19	6,3	42	14,0	240	79,7

Cancro do Colo do Útero						
Os fatores genéticos são um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero	88	29,2	28	9,3	185	61,5
Em Portugal, anualmente, morrem cerca de 20.000 mulheres vítimas de Cancro do Colo do Útero	18	6,0	44	14,6	239	79,4
Os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege são os HPV 6, 11, 18, 31	19	6,3	17	5,6	265	88,0
O tipo de alimentação é um factor de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero	45	15,0	64	21,3	192	63,8

Tabela 22 - Distribuição dos inquiridos segundo as respostas aos itens do conhecimento sobre CCU

Já na tabela 23 onde estão representadas as estatísticas referentes a cada uma das dimensões do conhecimento sobre CCU e total desse conhecimento. Salientamos que, tendo em conta as amplitudes (intervalo entre o mínimo e o máximo) de cada dimensão, pela análise das médias, estas também estão muito baixas, revelando um fraco nível de conhecimento sobre CCU.

Dimensões do conhecimento CCU	Mínimo	Máximo	Média	Dp
Relação	0	3	0,00	1,027
Incidência	0	3	0,00	0,662
Mortalidade	0	3	0,00	0,760
Factores	0	3	3,00	2,781
Presença	0	3	0,00	0,913
Total	0	3	5,00	4,745

Tabela 23 - Distribuição dos inquiridos segundo as respostas aos itens do conhecimento sobre CCU

Análise inferencial

Após a análise descritiva dos dados obtidos descrita anteriormente, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses, associando algumas das variáveis independentes em estudo, às nossas variáveis dependentes.

Com o intuito de credibilizar o nosso estudo, formulámos algumas hipóteses, estas foram testadas através de testes não paramétricos, nomeadamente *Testes U de Mann-Whitney* e *Testes de Kruskal-Wallis*.

Optámos por testar as nossas hipóteses através de testes não paramétricos, uma vez que não existe uma distribuição normal das dimensões das variáveis dependentes, como nos mostra a seguir o teste da normalidade.

Pelo Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors (tabela 24) verificamos que a distribuição de dados referentes às dimensões das variáveis dependentes (Conhecimentos sobre HPV e CCU), não se encontram enquadradas na normalidade ($p < 0,001$).

Visto isto, somos obrigados a assumir a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal, para qualquer uma das dimensões, o que nos limita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Dimensões		Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors ^a	
		Estatísticas	P
HPV	Significado	0,213	0,000***
	Transmissão	0,187	0,000***
	Prevenção	0,178	0,000***
	Incidência	0,255	0,000***
	Manifestação	0,238	0,000***
	Localização	0,241	0,000***
	TOTAL	0,116	0,000***
CCU	Relação	0,305	0,000***
	Incidência	0,446	0,000***
	Mortalidade	0,425	0,000***
	Factores	0,176	0,000***
	Presença	0,433	0,000***
	TOTAL	0,160	0,000***

Tabela 24 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

^aCorreção de significância de Lilliefors *** $p < 0,01$

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma

"certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

O tratamento dos dados será feito informaticamente através do programa SPSS. 25, em que se utilizaram os seguintes níveis de significância:

- ◆ $p \geq 0.05$ – não significativo
- ◆ $p < 0.05$ – significativo
- ◆ $p < 0.01$ – bastante significativo
- ◆ $p < 0.001$ – altamente significativo

Com a finalidade de saber quais os factores que influenciam o nível de conhecimentos dos estudantes, formulámos as hipóteses que se seguem, na tentativa de encontrar alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em causa.

Hipótese 1 – Existem efeitos significativos das variáveis sociodemográficas (género, idade e estado civil) no nível de conhecimentos sobre HPV e CCU.

Para sabermos a influência do género nas dimensões do conhecimento sobre HPV e CCU, variâncas, de onde salientamos e como se pode verificar na tabela 25 que os inquiridos do sexo feminino dominam na totalidade das dimensões quer no HPV, quer no CCU. E com significado estatístico significativo ($p < 0,05$); bastante significativo ($p < 0,01$) e altamente significativo ($p < 0,001$) em algumas das dimensões.

Já para a idade, efectuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos o domínio ora dos de ≥ 23 , ora dos mais velhos na maioria das dimensões, contudo, com significado estatístico apenas para a dimensão “Significado” do HPV ($p = 0,005$).

Quanto ao estado civil versus as dimensões dos diferentes níveis de conhecimento (HPV e CCU), efectuamos um Teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos o domínio maioritário dos elementos com companheiro. E com significado estatístico significativo ($p < 0,05$); bastante significativo ($p < 0,01$) e altamente significativo ($p < 0,001$) em algumas das dimensões.

<i>Dimensões conhecimento</i>	<i>Signif. Ordena. Média</i>	<i>Trans. Ordena. Média</i>	<i>Prev. Ordena. Média</i>	<i>Incid. Ordena. Média</i>	<i>Manif. Ordena. Média</i>	<i>Locali. Ordena. Média</i>	<i>Total Ordena. Média</i>	<i>Teste</i>
Sexo:								
<i>M</i>	140,8	137,19	138,31	132,88	130,80	136,50	131,84	<i>Mann-Whitney</i>
<i>F</i>	159,4	161,35	160,52	164,59	166,15	161,88	165,37	
<i>(p)</i>	<i>Ns</i>	<i>0,015</i>	<i>0,025</i>	<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	<i>0,008</i>	<i>0,001</i>	
Idade:								
≤ 20	144,6	145,01	150,83	145,72	145,60	144,76	144,65	<i>Kruskal-Wallis</i>
21-30	146,0	147,99	146,53	151,20	150,95	151,15	151,15	
31-40	207,4	196,04	168,19	156,19	161,65	158,58	158,58	
≥ 40	206,8	193,92	193,31	186,23	185,00	192,31	192,31	
<i>(p)</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>Ns</i>	<i>ns</i>	<i>Ns</i>	
Estado civil								
<i>S/compa.</i>	145,2	145,18	146,45	147,46	145,20	146,91	147,72	<i>Kruskal-Wallis</i>
<i>C/compa.</i>	214,9	210,15	225,50	174,65	230,12	196,15	224,96	
<i>(p)</i>	<i>0,005</i>	<i>0,004</i>	<i>0,009</i>	<i>ns</i>	<i>0,001</i>	<i>ns</i>	<i>0,001</i>	

Tabela 25 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com o nível de conhecimentos sobre HPV

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

<i>Dimensões conhecimento CCU</i>	<i>Relação</i>	<i>Incid.</i>	<i>Morta.</i>	<i>Fato.</i>	<i>Presença</i>	<i>Total</i>	<i>Teste</i>
	<i>Ordena. Média</i>	<i>Ordena. Média</i>	<i>Ordena. Média</i>	<i>Ordena. Média</i>	<i>Ordena. Média</i>	<i>Ordena. Média</i>	
<i>Sexo:</i>							
<i>M</i>	<i>135,39</i>	<i>144,14</i>	<i>142,51</i>	<i>134,25</i>	<i>143,29</i>	<i>133,44</i>	<i>Mann-Whitney</i>
<i>F</i>	<i>162,71</i>	<i>156,15</i>	<i>157,37</i>	<i>163,56</i>	<i>156,78</i>	<i>164,17</i>	
<i>(p)</i>	<i>0,003</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>0,003</i>	<i>Ns</i>	<i>0,002</i>	
<i>Idade:</i>							
<i>≤20</i>	<i>157,15</i>	<i>151,99</i>	<i>152,30</i>	<i>148,99</i>	<i>155,00</i>	<i>151,50</i>	<i>Kruskal-Wallis</i>
<i>21-30</i>	<i>145,52</i>	<i>148,51</i>	<i>148,54</i>	<i>149,21</i>	<i>149,80</i>	<i>148,15</i>	
<i>31-40</i>	<i>167,54</i>	<i>169,85</i>	<i>157,77</i>	<i>188,15</i>	<i>148,58</i>	<i>181,08</i>	
<i>>40</i>	<i>155,58</i>	<i>156,42</i>	<i>165,65</i>	<i>153,50</i>	<i>136,50</i>	<i>153,81</i>	
<i>(p)</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>Ns</i>	<i>ns</i>	
<i>Estado civil</i>							
<i>S/compa.</i>	<i>148,02</i>	<i>177,88</i>	<i>149,81</i>	<i>147,81</i>	<i>150,92</i>	<i>147,79</i>	
<i>C/compa.</i>	<i>190,69</i>	<i>148,38</i>	<i>149,38</i>	<i>209,92</i>	<i>160,50</i>	<i>205,50</i>	
<i>(p)</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>Ns</i>	<i>ns</i>	

Tabela 26 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com o nível de conhecimento sobre CCU

***p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001**

Hipótese 2 – Existem efeitos significativos das variáveis académicas (escola e ano escolar) no nível de conhecimentos sobre HPV e CCU.

Para sabermos a influência da escola superior frequentada nas dimensões do conhecimento sobre HPV e CCU, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos como consta na tabela 27, que os inquiridos da Escola Superior de Tecnologia e Gestão dominam na totalidade das dimensões quer no HPV, quer no CCU. E com significado estatístico significativo ($p < 0,05$) e bastante significativo ($p < 0,01$) em algumas das dimensões.

Já para o ano que frequentam, efectuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos o domínio maioritário dos elementos do 1º ano. Contudo, com significado estatístico apenas para a dimensão “transmissão” do HPV ($p = 0,022$).

Dimensões conhecimento HPV	Signif.	Trans.	Prev.	Incid.	Manif.	Locali.	Total	Teste
	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	
ESED	142,19	144,08	134,44	140,12	141,81	147,00	139,81	Mann-Whitney
ESTG	158,07	156,55	164,28	159,73	158,37	154,21	159,98	
(p)	ns	ns	0,002**	0,040*	Ns	ns	0,045*	
Ano								Kruskal-Wallis
1º	153,38	163,44	158,91	159,61	160,71	160,06	162,47	
2º	142,87	133,27	139,22	147,75	142,14	142,85	138,69	
3º	159,53	156,29	155,17	140,33	147,23	147,29	149,48	
(p)	ns	0,022*	ns	Ns	Ns	ns	ns	

Tabela 27 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis académicas com o nível de conhecimentos sobre HPV

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Dimensões conhecimento CCU	Relação	Incidência.	Mortalidade	Factores.	Presença	Total	Teste
	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	
ESED	141,35	147,33	142,32	140,19	144,08	138,61	Mann-Whitney
ESTG	158,75	153,95	157,96	159,67	156,55	160,94	
(p)	ns	ns	ns	Ns	ns	0,025*	
Ano							Kruskal-Wallis
1º	152,51	150,79	153,28	155,44	152,73	156,14	
2º	150,06	156,44	150,06	148,53	157,68	149,97	
3º	149,72	142,74	148,32	146,76	137,21	143,19	
(p)	ns	ns	ns	Ns	ns	Ns	

Tabela 28 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis académicas com o nível de conhecimentos sobre CCU

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Hipótese 3 – *Existem efeitos significativos das variáveis de conhecimento geral e divulgação (conhecimento de vírus relacionado com CCU, conhecimento do HPV, conhecimento da vacina, suficiência dos meios de divulgação e programas de rastreio) no nível de conhecimentos sobre HPV e CCU.*

Para sabermos a influência do conhecimento de vírus relacionado com CCU nas dimensões do conhecimento sobre HPV e CCU, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que os inquiridos que afirmam possuir tal conhecimento, dominam na totalidade das dimensões quer no HPV, quer no CCU. E com significado estatístico significativo ($p < 0,05$) e bastante significativo ($p < 0,01$) em algumas das dimensões.

O mesmo se passa para quem afirma ter conhecimento de o que é o HPV e conhecimento da existência de vacina. E com significado estatístico bastante significativo ($p < 0,01$) e altamente significativo ($p < 0,001$) em todas as dimensões.

Já para a suficiência da divulgação e da pertinência de programas de rastreio e workshops versus as dimensões dos diferentes níveis de conhecimento (HV e CCU), também foram efectuados Testes U de Mann-Whitney, de onde salientamos mais uma vez o domínio maioritário dos elementos que responderam afirmativamente. E com significado estatístico significativo ($p < 0,05$) e bastante significativo ($p < 0,01$) em algumas das dimensões.

<i>Dimensões conhecimento</i>	<i>Signif. Ordena. Média</i>	<i>Trans. Ordena. Média</i>	<i>Prev. Ordena. Média</i>	<i>Incid. Ordena. Média</i>	<i>Manif. Ordena. Média</i>	<i>Locali. Ordena. Média</i>	<i>Total Ordena. Média</i>	<i>Teste</i>
Conh.do HPV relacionado com CCU								Mann-Whitney
<i>Sim</i>	154,47	155,28	157,93	158,62	156,43	159,73	159,04	
<i>Não</i>	139,77	137,13	128,55	126,30	133,40	122,71	124,94	
<i>(p)</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>0,011*</i>	<i>0,004**</i>	<i>0,042*</i>	<i>0,001*</i>	<i>0,004*</i>	
Conhecimento HPV								Mann-Whitney
<i>Sim</i>	174,17	175,30	174,26	172,28	173,85	171,78	179,73	
<i>Não</i>	102,26	99,89	102,09	106,24	102,94	107,30	90,58	
<i>(p)</i>	<i>0,000***</i>	<i>0,000***</i>	<i>0,000***</i>	<i>0,000***</i>	<i>0,000***</i>	<i>0,000***</i>	<i>0,000***</i>	
Conhecimento da vacina								Mann-Whitney
<i>Sim</i>	177,11	179,43	179,74	178,25	179,59	175,96	186,32	
<i>Não</i>	121,37	118,73	118,39	120,08	118,56	122,67	110,93	
<i>(p)</i>	<i>0,000***</i>	<i>0,000***</i>	<i>0,000***</i>	<i>0,000***</i>	<i>0,000***</i>	<i>0,000***</i>	<i>0,000***</i>	
Suficiência da divulgação								Mann-Whitney
<i>Sim</i>	143,22	168,94	173,72	164,58	185,46	177,81	173,64	
<i>Não</i>	152,48	147,60	146,69	148,42	144,46	145,91	146,71	
<i>(p)</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>0,043*</i>	<i>ns</i>	<i>0,002**</i>	<i>0,014*</i>	<i>0,049*</i>	
Programas de								Mann-

<i>raastreio e</i> <i>Workshops</i>								<i>Whitney</i>
<i>Sim</i>	154,30	151,16	153,84	151,04	152,49	151,94	152,79	
<i>Não</i>	104,65	148,80	111,05	150,48	130,08	137,83	125,83	
<i>(p)</i>	0,010*	ns	0,029*	ns	Ns	ns	ns	

Tabela 29 - Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis de conhecimento geral e divulgação com o nível de conhecimentos sobre CCU

<i>Dimensões conhecimento CCU</i>	<i>Relação</i>	<i>Incidência</i>	<i>Mortalidade</i>	<i>Factores</i>	<i>presença</i>	<i>Total</i>	<i>Teste</i>
	<i>Ordena. Média</i>	<i>Ordena. Média</i>	<i>Ordena. Média</i>	<i>Ordena. Média</i>	<i>Ordena. Média</i>	<i>Ordena. Média</i>	
<i>Conh.do vírus relacionado com CCU</i>							<i>Mann-Whitney</i>
<i>Sim</i>	155,97	154,84	155,10	159,67	154,95	159,71	
<i>Não</i>	134,89	138,56	137,73	122,93	138,20	122,80	
<i>(p)</i>	ns	ns	ns	0,002**	ns	0,002**	
<i>Conhecimento HPV</i>							<i>Mann-Whitney</i>
<i>Sim</i>	170,81	161,60	163,63	174,52	163,92	177,39	
<i>Não</i>	109,33	128,72	124,44	101,54	123,82	95,51	
<i>(p)</i>	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	
<i>Conhecimento da vacina</i>							<i>Mann-Whitney</i>
<i>Sim</i>	179,03	162,54	162,49	181,95	167,98	184,48	
<i>Não</i>	119,20	137,90	137,96	115,88	131,73	113,00	
<i>(p)</i>	0,000***	0,001**	0,002**	0,000***	0,000***	0,000***	
<i>Suficiência da divulgação</i>							<i>Mann-Whitney</i>
<i>Sim</i>	150,52	176,00	177,06	178,17	178,16	183,35	
<i>Não</i>	151,09	146,26	146,06	145,85	145,85	144,86	
<i>(p)</i>	ns	0,004**	0,004**	0,016*	0,002**	0,004**	
<i>Programas e Workshops</i>							<i>Mann-Whitney</i>
<i>Sim</i>	155,12	151,06	151,26	154,06	151,17	153,85	
<i>Não</i>	93,05	150,13	147,40	107,95	148,63	110,90	
<i>(p)</i>	0,001**	ns	Ns	0,020	ns	0,031*	

Tabela 30 - Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis de conhecimento geral e divulgação com o nível de conhecimentos sobre CCU

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Hipótese 4 – Existem efeitos significativos das variáveis relacionadas com a vida sexual (início da vida sexual, utilização de contracepção e consultas de planeamento familiar) no nível de conhecimentos sobre HPV e CCU.

Para sabermos a influência do início da actividade sexual activa nas dimensões do conhecimento sobre HPV e CCU, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos e onde podemos observar nas tabelas 31e 32 que os inquiridos que afirmam já ter iniciado, dominam na maioria das dimensões quer no HPV, quer no CCU. E com significado estatístico significativo ($p < 0,05$) e bastante significativo ($p < 0,01$) em algumas das dimensões do conhecimento do HPV.

O mesmo se passa para quem afirma usar contraceptivos e frequentar consultas de planeamento familiar. E com significado estatístico significativo ($p < 0,05$) e bastante significativo ($p < 0,01$) em algumas dimensões (pocas).

Dimensões conhecimento	Signif.	Trans.	Prev.	Incid.	Manif.	Locali.	Total	Teste
	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	
HPV								
<i>Já iniciou a vida sexual</i>								<i>Mann-Whitney</i>
<i>Sim</i>	156,68	154,04	155,81	154,34	155,95	154,23	156,11	
<i>Não</i>	122,49	135,72	126,87	134,22	126,15	134,77	125,34	
<i>(p)</i>	0,008**	ns	0,028**	ns	0,021*	ns	0,022*	
Contracepção								
<i>Sim</i>	155,43	152,50	156,29	155,96	154,77	154,72	155,41	<i>Mann-Whitney</i>
<i>Não</i>	135,82	145,85	132,88	134,01	138,07	138,24	135,90	
<i>(p)</i>	ns	ns	0,045*	ns	Ns	ns	ns	
Consulta de planeamento								
<i>Sim</i>	155,30	158,86	156,18	162,91	174,43	160,35	163,61	<i>Mann-Whitney</i>
<i>Não</i>	148,95	147,26	148,54	145,34	139,86	146,56	145,00	
<i>(p)</i>	ns	ns	ns	ns	0,001**	ns	ns	

Tabela 31 - Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis relacionadas com a vida sexual com o nível de conhecimentos sobre HPV

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Dimensões conhecimento	Relação	Incidência	Mortalidade	Factores	presença	Total	Teste
	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	Ordena. Média	
CCU							
<i>Já iniciou a vida sexual</i>							<i>Mann-Whitney</i>
<i>Sim</i>	152,44	149,95	151,48	153,25	151,07	153,15	
<i>Não</i>	143,77	156,27	148,61	139,70	150,63	140,22	
<i>(p)</i>	ns	ns	ns	Ns	ns	ns	
Contracepção							
<i>Sim</i>	153,96	151,57	150,13	153,81	152,56	154,11	<i>Mann-Whitney</i>
<i>Não</i>	140,85	149,05	153,97	141,37	145,66	140,36	

<i>(p)</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>Ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	
<i>Consulta de planejamento</i>							<i>Mann-Whitney</i>
<i>Sim</i>	<i>158,50</i>	<i>159,89</i>	<i>157,56</i>	<i>171,54</i>	<i>157,62</i>	<i>169,24</i>	
<i>Não</i>	<i>147,43</i>	<i>146,77</i>	<i>147,88</i>	<i>141,24</i>	<i>147,85</i>	<i>142,33</i>	
<i>(p)</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>0,004**</i>	<i>ns</i>	<i>0,011**</i>	

Tabela 32 - Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis relacionadas com a vida sexual com o nível de conhecimentos sobre CCU

p<0,05**p<0,01p<0,001**

3 - Discussão

A revisão bibliográfica efetuada destaca ampla disseminação da infecção por HPV no mundo, apontando para o desafio da saúde pública na sua prevenção. Os estudantes do ensino superior, dimensionam de forma limitada não só as formas de transmissão como as consequências da infecção, destacando-se as diferenças de género. Os jovens, não assumindo o risco pessoal de contrair a infecção não assumem comportamentos de proteção seja nos casos de relacionamentos estáveis ou não.

Anualmente, estima-se a que existam cerca de 528000 novos casos de cancro por HPV, sendo este o quadro mais comum na população feminina a nível mundial (WHO, 2015). Segundo um estudo “A Cleopatre Portugal Study”, (2011) estima-se a prevalência da infecção por HPV na população Portuguesa feminina entre os 18 e os 64 anos de idade de 12,7%, sendo a mais elevada para o grupo etário entre os 20 e os 24 (28,8%).

A falta de interesse em colaborar no preenchimento dos questionários, levou a que houvesse necessidade de recorrer várias vezes ao apelo dos professores assim como a aplicação do questionário em papel para recolher o máximo possível.

Também a baixa assiduidade dos alunos nas aulas disponibilizadas para a aplicação dos questionários assim como a ausência dos alunos por se encontrarem em campos de estágio, foram dois fatores que tornaram este processo muito moroso.

No entanto e mesmo correndo o risco do tipo de estudo em causa (impossibilidade de determinar a honestidade), consideramos uma vez ter uma amostra suficiente, que nos permita tirar conclusões úteis para assim planear estratégia de promoção de saúde.

Os resultados do presente estudo corroboram os de outros autores, com a população jovem a apresentar défices em conhecimentos sobre transmissão, a prevenção e a sintomatologia da infecção com HPV, o que leva a crer que seria importante perceber estratégias de promoção da saúde sobre HPV realizadas, mas também a compreensão que os estudantes obtêm daquilo que lhes foi explicado, já que muitas vezes a informação dada e a retida não são coincidentes.

A faixa etária dos estudantes do nosso estudo encontra-se no grupo de maior risco e, é de maior abrangência uma vez que se estende aos alunos de cursos que nada têm a ver com a área de saúde.

Relativamente ao sexo 57,1% dos alunos respondentes são do sexo feminino e 42,9% masculino. De salientar estudos desenvolvidos anteriormente como Ramada (2011, p. 23), Agostinho (2012, p. 55), Pereira (2014, p. 11) Costa (2015, p. 49) e Correia (2018) também os

respondentes do sexo feminino estavam em maioria, respetivamente, 53,4%, 65,3%, 82%, 87,2% e 80,9%.

Este fato pode dever-se a uma maior representatividade da população do sexo feminino no ensino superior, cerca de 53,6% contra 46,% de estudantes do sexo masculino, segundo Pordata (2017)

Conhecimento sobre HPV e fontes de informação

Os dados referentes à questão “agente responsável pela doença” revelam que 56,1% dos inquiridos responderam ser o VIH, seguindo-se o não sabe 19,9% e 12,6% refere ser o papiloma vírus humano.

De salientar que no estudo revelado por Ramada (2011, p. 27), apenas 16,8% dos estudantes seleccionaram a infecção pelo HPV, no estudo de Agostinho (2012, p. 56), 20,6%, Pereira (2014, p. 12) 40,3%, Costa (2015, p. 51) 14,2% e Correia (2018, p. 40), 42,6%.

Na questão se sabiam que a existência de vírus está relacionada com o desenvolvimento do CCU, verificamos que 76,4% respondeu afirmativamente. Também nos estudo de Pereira (2014, p. 12) 82,2% e Costa (2015, p. 51) 85,8% responderam afirmativamente.

Verificamos que a maioria dos inquiridos, concretamente 67,8% já tinha ouvido falar do HPV. Também noutros a sim esteve em maioria nomeadamente, Ramada (2011, p. 28), 55,4% Agostinho (2012, p. 56), 67,8%, Pereira (2014, p. 12) 79,8%, Costa (2015, p. 51) 91,1% e Correia (2018, p. 40), 86,8%.

Os inquiridos que já tinham ouvido falar sobre HPV referem, a escola/local de ensino 32,9%, a televisão 27,2% e os profissionais 25,9% respetivamente, como as três principais fontes de informação. De modo semelhante responderam os inquiridos ao estudo de Agostinho (2012, p. 56), escola 75,6%, televisão 54,8% profissionais de saúde 49,8%;

Já nos estudos apresentados de seguida, os resultados são diferentes: Pereira (2014, p. 12) escola 93,2%, profissionais de saúde 79,6%, televisão 69,9%; Costa (2015, p. 51) escola 78,4%, profissionais de saúde 60,6% e televisão 36,2% e Correia (2018, p. 40), escola 27%, profissionais de saúde 26% e televisão 13%.

Em todos os estudos e no nosso respetivamente, muitos alunos optaram pela combinação de vários meios de comunicação, principalmente a associação da escola, televisão, profissionais de saúde internet e houve mesmo quem respondesse todas.

Divulgação e informação

Quanto à divulgação em que 84,1% respondeu ser insuficiente, as formas como a mesma é efetuada para os inquiridos, embora a grande maioria tenha respondido três opções, são: como se transmite (84,4%), o que é (82,4%), quais as medidas de prevenção e transmissão (81,7%) e como se manifesta (70,8%). Idênticos resultados em Costa (2015): modo de transmissão (92,0%), medidas de prevenção da transmissão (83,1%), o que é o HPV (80,7%), como se manifesta (80,1%); Agostinho (2012), modo de transmissão (87,5%), medidas de prevenção e de transmissão (83,3%), o que é o HPV (76,2%), como se manifesta (69,6%). Já no estudo de Correia (2018), os resultados são diferentes: qual a eficácia dos tipos de tratamento disponíveis atualmente (21,7%), como se apresenta a infeção por HPV (16,7%), quais as consequências de infeção por HPV (15,6%).

Meio mais adequado para a divulgação do HPV

Os meios mais adequados para a divulgação do tema para os respondentes consideram mais adequados: escola/local de ensino (82,4%), profissionais de saúde (67,4%), televisão (61,8%), internet (57,5%). Sendo que os mesmos responderam maioritariamente pela combinação de três ou mais meios onde a opção mais combinada foi escola e profissionais de saúde, tal como refere no seu estudo por Ramada (2010, p. 92) “os estudantes consideraram uma variedade de meios como sendo os adequados para a divulgação da informação sobre o HPV, corroborando por isso a afirmação. Outros estudos revelam resultados semelhantes: Agostinho (2012), escola (75,3%), televisão (73,9%), e profissionais de saúde (66,3%); Costa (2015), escola (88,4%), profissionais de saúde (80,4%) e televisão (61,1%); Correia (2018), escola (24,1%), profissionais de saúde (23,7%), e televisão (17,6%).

Importância dos programas de rastreio e Workshops

No nosso estudo 93,4% dos inquiridos refere ser importante o desenvolvimento de programas de rastreio e Workshops sobre HPV e CCU. Outros estudos corroboram este nomeadamente: Costa (2015) 100%, Agostinho (2012) 97,1%, Ramada (2010) 75,6% e Pereira (2018) 72,1%.

Estes dados levam-nos a concluir que os jovens demonstram interesse nesta temática e que existe uma excessiva lacuna na mesma.

Caraterização do comportamento sexual dos jovens

No estudo por nós efetuado constatou-se que 83,4% da amostra, já tinha iniciado a vida sexual ativa, sendo que o fizeram entre os 21 e os 23, com uma média de 17,4 anos. Em relação ao número de parceiros sexuais verifica-se uma média de 4,8 parceiros. Outros estudos apontam: Agostinho (2012), dos elementos da amostra 72,3% já tinham iniciado a vida sexual ativa, tendo a idade de início variado entre os 10 e os 24, sendo a média 17,17%; Costa constata que 76,3% já tinha iniciado a sua vida sexual ativa, a idade de início varia entre os 13 e os 27 anos, sendo a média de 17 anos, número de parceiros sexuais 47,1% dizem que já tiveram de 2 a 4 parceiros sexuais; Pereira (2018), 91,2% dos respondentes já tinham iniciado a vida sexual ativa, a idade de inicio variou entre os 12 e os 25 anos, sendo a média de 17,43, verificou ainda que 72,6% desses estudantes dizem ter iniciado a vida sexual ativa com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, seguidos de 19 e 22 anos, em relação ao número de parceiros sexuais verifica-se que 38,7% afirmam que tinham tido apenas um seguindo-se de 45,2 que afirmam ter tido entre 2 a 4 parceiros.

Sendo o número de parceiros sexuais um fator preponderante para o desenvolvimento e transmissão de agentes sexuais, através dos estudos referidos anteriormente, podemos constatar que dado ao elevado número de parceiros sexuais por individuo, a população em causa é alvo de consciencialização nesse sentido.

Conhecimento sobre o HPV e o CCU

Uma análise mais geral dos resultados revela que os dados são preocupantes uma vez que a grande maioria dos inquiridos responde “Não sei” a todas as questões no que se refere aos conhecimentos sobre o HPV e resultados ainda piores relativamente ao CCU.

No domínio transmissão do HPV, verificamos que 57,1% assinalou como verdadeiras a resposta “o HPV transmite-se por sexo anal”, 31,2% afirma que “o HPV transmite por sexo oral”, apenas 14,0% “o HPV transmite-se por contacto de pele” e 16,3% assinalam como falsa a afirmação “o HPV transmite-se através do sangue”. No estudo de Costa (2015), os valores são significativamente diferentes e preocupantes 14,2% assinalaram como verdadeiras a resposta “o HPV transmite-se por sexo anal”, 14,2% afirma que “o HPV transmite por sexo oral”, apenas 7,4% “o HPV transmite-se por contacto de pele” e 26,2% assinalaram como falsa a afirmação “o HPV transmite-se através do sangue”. Também no estudo de Agostinho

(2012), 23,3% assinalou como verdadeiras a resposta “o HPV transmite-se por sexo anal”, 23,1% afirma que “o HPV transmite por sexo oral”, apenas 9,9% “o HPV transmite-se por contacto de pele”. Também no estudo de Ramada (2010), o conhecimento no que respeita aos meios de transmissão são muito baixo.

O resultado citado anteriormente leva-nos a concluir que os jovens correm sérios riscos de serem infetados pelo HPV. Apesar disso e no que se refere ao domínio sobre a Prevenção os inquiridos ostentam maior conhecimento, nomeadamente: 58,5% refere que a transmissão pode reduzir-se se usarem preservativo, 43,2% afirma que reduzindo o número de parceiros sexuais o risco diminui, 38,2% não partilhar objeto de uso íntimo, evitar o início precoce da vida sexual 17,9% e abstinência sexual 26,6%. Relativamente a outros estudos: Costa (2015), 89,0% refere que a transmissão pode reduzir-se se usarem preservativo, 80,5% afirma que reduzindo o número de parceiros sexuais o risco diminui, 62,4% não partilhar objeto de uso íntimo, evitar o início precoce da vida sexual 42,6% e abstinência sexual 61,7%; Agostinho (2012), 76,7% afirma que reduzindo o número de parceiros sexuais o risco diminui, 46,4% não partilhar objeto de uso íntimo, evitar o início precoce da vida sexual 46,6% e abstinência sexual 69,0%.

Num estudo de Costa e Goldenberg (2013) citado por Costa (2015, p. 63) “os alunos têm um conhecimento limitado a respeito das questões específicas relacionadas com a transmissão, com o desenvolvimento de doenças associadas ao HPV e de forma correspondente com as formas de prevenção.

Relativamente ao domínio da localização, os resultados são ainda mais fracos. Uma pequena percentagem respondeu corretamente às questões: “a infeção pelo HPV pode ocorrer na cavidade oral” 22,9%, “a infeção pode ocorrer no esófago” 8,3%, “a infeção pode ocorrer na região anal” 24,9%, a infeção pode ocorrer na pele 19,9%, “ a infeção pode ocorrer em qualquer lugar desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada” 32,6%. Comparando com os resultados: Costa (2015) “a infeção pelo HPV pode ocorrer na cavidade oral” 13,5%, “a infeção pode ocorrer no esófago” 3,9%, “a infeção pode ocorrer na região anal” 17,4%, a infeção pode ocorrer na pele 12,1%, “ a infeção pode ocorrer em qualquer lugar desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada” 39,4%; Agostinho (2012), 22,6%, 11,6%, 23,3%, 17,3%, 31,0% respetivamente.

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

Apenas 53,2% tem conhecimento da existência da vacina do HPV o que comparado com os estudos de Costa 2015, 91,1% e Agostinho 87%%, há um agravamento nesse sentido.

Relativamente à análise inferencial, e como podemos constatar, quase todas as correlações são estatisticamente significativas ($p < 0,050$). Estes factos permitem-nos afirmar que existe relação entre os conhecimentos sobre HPV e os conhecimentos sobre CCU.

Hipótese 1: Nas duas dimensões os estudantes do género feminino revelam mais conhecimentos sendo que em termos globais não foi identificada diferença significativa. Já para a dimensão CCU verificamos diferenças estatisticamente significativas nos domínios relação do CCU com HPV ($p < 0,03$) assim como nos fatores de risco ($p < 0,003$). Estes dados vão de encontro com o trabalho efetuado por Agostinho 2012 (p. 69) onde, para além de o género feminino também evidenciar maiores conhecimentos, também na dimensão relação do CCU com HPV ($p < 0,001$), e fatores de risco ($p < 0,001$) os níveis de significância são os que mais se evidenciam. No estudo da correlação entre o conhecimento do CCU e HPV com o estado civil, encontramos diferenças bastante significativas em todos os domínios da dimensão HPV (com um valor mais elevado para os inquiridos com companheiro), com exceção da incidência e localização.

Hipótese 2: Observando as diferenças de conhecimento em função das escolas, podemos constatar que os alunos da ESTG revelam maiores conhecimentos relativamente à ESED, com relevância para a dimensão HPV e domínios: prevenção ($p < 0,002$) e incidência ($p < 0,040$).

Hipótese 3: as diferenças observadas nos domínios e no global são estatisticamente significativas com $p < 0,050$, o que evidencia que os estudantes que já tinham ouvido falar sobre HPV, demonstram maior conhecimento sobre CCU.

Hipótese 4: Procedemos igualmente à comparação dos conhecimentos em função do início da atividade sexual e os resultados obtidos revelam que os que já tinham iniciado obtêm maior conhecimento com diferença estatisticamente significativas apenas nos domínios do HPV significado ($p < 0,008$), prevenção ($p < 0,028$) e manifestação ($p < 0,021$). Quanto à contraceção apenas o domínio do HPV prevenção apresenta significado estatístico ($p < 0,045$). Já no PF só o domínio HPV manifestações apresenta significado estatístico ($p < 0,001$) e CCU fatores ($p < 0,004$).

4 – Conclusões/sugestões

Com a realização deste trabalho, pretendeu-se realçar a importância da investigação na área de enfermagem assim como focar a atenção num problema de função pública que ainda tem necessidade de ser explorado e trabalhado junto da população.

Após a análise dos resultados obtidos, numa amostra de 301 alunos do IPG, é possível retirar as seguintes conclusões:

- Os alunos do IPG têm um conhecimento sobre o HPV e o CCU muito vago. Nesse sentido e atendendo às diferentes escolas, podemos ainda concluir que os alunos da ESE têm menos conhecimento relativamente aos alunos da ESTG.
- Os inquiridos sabem no geral o significado das siglas HPV; no domínio sobre a prevenção os inquiridos revelam conhecimentos, respondendo na maioria às questões sobre o mesmo: pode prevenir-se reduzindo o número de parceiros sexuais, não partilhando objetos íntimos e com a abstinência sexual.
- No que se refere aos meios de transmissão do HPV, os inquiridos revelam evidenciam conhecimentos reduzidos dado que a maioria respondeu não saber na maioria das afirmações. No que respeita às manifestações e localização do HPV, desconhecimento quase total respondendo erradamente ou “não sei”.
- No domínio sobre a relação do CCU com o HPV, os inquiridos demonstram uma grande confusão uma vez que por um lado reconhecem que existe relação entre o CCU e o HPV mas respondem na sua maioria erradamente à afirmação: “a presença de HPV implica CCU”.
- Nos domínios da incidência, mortalidade do CCU e percentagem de presença de HPV no CCU, os inquiridos evidenciam desconhecimento respondendo erradamente ou “não sei” a todas as afirmações nesse sentido. Quanto aos fatores de risco do CCU uma boa parte dos participantes demonstra conhecimento dos mesmos.
- Apesar de as vacinas serem uma realidade desde 2006 e do crescente conhecimento da informação divulgada podemos verificar que o mesmo não foi adquirido pelos jovens o que nos leva a concluir que as estratégias utilizadas não estão a ter a eficácia desejada, pelo que é necessário repensá-las para reeducar reaprender ou renovar esses conhecimentos.

Os estudos para além de avaliar o grau de conhecimento, também servem para nos elucidar sobre a forma mais eficaz de fazer chegar a informação ou seja, aquando do planeamento de estratégias para a promoção da saúde, devemos ir de encontro com os meios de informação e conteúdos seleccionados e sugeridos pelos inquiridos como é o caso dos Workshops.

Como sugestões, consideramos que seria útil a realização de ações de sensibilização aos alunos do 3ª ciclo uma vez que estas lacunas são detetadas nos jovens do ensino superior e tendo em conta que os comportamentos de risco se iniciam cada vez mais precocemente. Os estudos são importantes para detetar as lacunas mas não chegam, à que divulgar a informação o quanto antes.

Concluindo, considero ter atingido os objetivos propostos para este estudo, pois permitiu-me perceber quais os conhecimentos dos jovens da guarda sobre a temática em causa e quais as necessidades de formação e informação. Identificar estas diferenças de conhecimento é essencial para o planeamento de estratégias de educação para a saúde adequada que visem reduzir a incidência da mortalidade pelo CCU.

Nesse sentido, tenho como propostas de Intervenção:

- Desenhar um programa de intervenção junto do gabinete clinico do IPG;
- Implementação do programa na semana de resseção do aluno ao ensino Superior onde se divulgam os resultados deste estudo e respetivas respostas corretas
- Sugerir a aplicação do questionário nas escolas de 3º ciclo assim como sessões de sensibilização (workshops) no início de cada ano letivo.

Bibliografia

- Agostinho, M. I. (2012). *Conhecimento dos Jovens Universitários sobre HPV e Cancro do Colo do Útero, Na era da Vacina*. Dissertação de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto.
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/63643/2/Tese%20MestradoMarisa%20Agostinho.pdf>.
- Borges M. P. (2016). Conhecimentos sobre o HPV e Cancro do Colo do Útero nos adolescentes: Uma questão de Saúde Pública. Dissertação de Mestrado em saúde pública, Instituto Politécnico de Bragança Escola Superior de saúde, Bragança.
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13073/1/Tese%2019%20de%20Abril%20%28corrigido%29.pdf>
- Carvalho, A. L., Barros, S. K., Leitão, N. M., Nobre, R. N., Bezerra, S. J., & Pinheiro, A. K. (junho de 2007). Sentimentos vivenciados por mulheres submetidas a tratamento para papillomavírus humano. *Esc Anna Nery R Enferm*, 11(2), pp. 248-253
- Castellsagué, X. (2008). Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 110(3), pp. S4- S7.
- Direção Geral de Saúde. (outubro de 2008). *Programa Nacional de Vacinação Introdução da vacina contra infeções por vírus dp papiloma humano*. Obtido DGS:
<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/infeccoes-de-transmissaosexual/programa-nacional-de-vacinacao-pnv-introducao-da-vacina-contrainfeccoes-por-virus-do-papiloma-humano-pdf.aspx>.
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Vacinação contra infeções por Vírus do Papiloma Humano (HPV)*.
<http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/vacinacao-contrainfeccoes-porvirus-do-papiloma-humano-hpv.aspx>.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Portugal – Doenças Oncológicas em números*.

Disponível em

<https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugaldoencas-oncologicas-em-numeros-2013-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2014). *Norma- Programa Nacional de Vacinação – Alteração do esquema da vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano*. Norma DGS, Direção Geral de Saúde, Lisboa.

http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_016_2014%20ACTUALIZADA%20A%2010.2014.pdf

European Cervical Cancer Association (ECCA). (2013) *Cancro do Colo do Útero*.

Disponível em

<http://www.ecca.info/pt/cancro-do-colo-do-utero/o-colo-do-utero/>.

Figueiredo, S. (2013). Conhecimentos dos utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde Douro II – Douro Sul sobre os fatores de risco do cancro colo-retal. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação – da conceção à realização*. Loures: Lusodidacta

Disponível em

<http://www.faatensino.com.br/wp-content/uploads/2014/11/2.1-E-book-Metodologiado-Trabalho-Cientifico2.pdf>

<http://www.spginecologia.pt/consensos/consenso-nacional-sobre-vacinas-contrahpv.html>

Morais, C. (s.d.). *Investigação: do problema aos resultados*. Instituto Politécnico de Bragança. Universidade do Minho. Braga. Disponível em:

http://www.ipb.pt/~cmmm/conteudos/invest_topicos.pdf

Instituto do HPV. (2013). *Guia do HPV*. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia das

Doenças do Papilomavirus Humano. Brasil. Disponível em:
http://www.incthpv.org.br/upl/fckUploads/file/Guia%20do%20HPV%20Julho%202003_2.pdf

Instituto HPV. (2013). Guia do HPV. Brasil. Disponível em:

<http://www.incthpv.org.br>

Leite, I., Lisboa, C., & Azevedo, F. (2011). Vírus do papiloma humano e vacinação. Revista da SPDV, 69(3), pp. 395- 402

Lusa. (12/04/2015) A vacinação é um “direito e um dever”. [Publicado pelo Correio da Manhã]. Disponível em:

http://www.cmjornal.xl.pt/cm_ao_minuto/detalhe/programa_de_vacinacao_comecou_h_a_50_anos_quando_a_poliomielite_matava_em_portugal.html

Leto, M. G., Porro, A. M., Júnior, G. F., & Tomimori, J. (2011). Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia,biologia molecular e manifestações clínicas. An Bras Dermatol, 86(2), pp. 306-317.

Medeiros, R., & Ramada, D. (2010). Conhecimento dos estudantes: HPV e cancro do colo do útero. Tese de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em:

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45435/4/TeseDianaRamada.pdf>

Merck Sharp & Dohme Farmacêutica, Ltda. (s.d.). Resumo das Características do Medicamento. Gardasil. Vacina contra o Papilomavírus Humano [Tipos 6, 11, 16,18]. Disponível em:

http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000703/WC500021142.pdf

Passos et al 2016, disponível em:

<https://www.gineco.com.br/saude-feminina/doencas-femininas/hpv/>

Prodanov, C. Freitas, E. (2013). Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho académico. 2ª ed. Universidade Feevale. Novo Hamburgo. Rio Grande do Sul. Brasil. Disponível em:

<http://www.faatensino.com.br/wp-content/uploads/2014/11/2.1-E-book-Metodologiado-Trabalho Cientifico2.pdf>

<http://www.spGINECOLOGIA.pt/consensos/consenso-nacional-sobre-vacinas-contrahpv.html>

Pyeon, D., Pearce, S. M., Lank, S. M., Ahlquist, P., & Lambert, P. F. (27 de Fevereiro de 2009). Establishment of Human Papillomavirus Infection Requires Cell Cycle Progression. PLoS Pathog., 5(2), p. 1000318.

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

Sedicias, S.. (2008). HPV: cura, transmissão, sintomas e tratamento. [Publicação Tua Saúde] Disponível em:

<http://www.tuasaude.com/hpv-cura-transmissao-sintomas-etratamento/>

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG). (2007). Vacina contra o HPV – Reunião de Consenso Nacional. Fev; 6-7. Disponível em:

http://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/consenso_final_rev31maio.doc.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG). (2011). Consenso sobre Infecção HPV, lesões intraepiteliais do colo, vagina e vulva. Cascais. Disponível em:

http://www.spGINECOLOGIA.pt/uploads/consenso_definitivo.pdf

Sociedade Portuguesa de Papillomavirus (SPP). (2008). Disponível em:

<http://www.sppv.org/>

World Health Organization. (2007). Human papillomavirus and HPV vaccines: technical information for policy-makers and health professionals. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.14_eng.pdf?ua=1

World Health Organization/ Instituto Catalão de Oncologia. (2010). Human Papillomavirus and Related Cancers. Summary Report Update. Obtido em de Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre):

<http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/methodologies.pdf>.

World Health Organization (WHO) (2015). Countries using hpv vaccine. Disponível em:

http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/Countries_using_HPВ_Nat_Imm_Schedule_planned_introductions.pptx?ua= IV

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)

WHO/ICO (2010) Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Cancers. Summary Report Update. Disponível em:

<http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/methodologies.pdf>

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases>

<https://www.hologic.com/>

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/vacinacao-contrainfeccoes-por-virus-do-papiloma-humano-hpv-pdf.aspx>

Anexos

ANEXO I – Instrumento de recolha de dados

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do Instituto Politécnico de Viseu, está a ser realizado um estudo como tema: “**Conhecimento dos estudantes do ensino Superior sobre o Papiloma Vírus Humano e Cancro do Colo do Útero**”. Este questionário tem um carácter anónimo, pelo que não é necessário ser assinado. A confidencialidade será garantida pela análise dos dados na sua globalidade e estes apenas serão utilizados nesta investigação. Agradecemos, antecipadamente, a tua disponibilidade no preenchimento do presente questionário para a consecução do trabalho.

NOTAS EXPLICATIVAS

1. Leia com atenção antes de responder.
2. Nos grupos I e IV assinale a (s) resposta (s) que mais se adequa a si, de forma sincera.
3. Nos grupos II e III classifique cada afirmação em V (verdadeiro), F (falso) ou NS (não sei), de acordo com o seu conhecimento.
4. Não deixe nenhuma pergunta por responder, pois implicaria a anulação do questionário.

QUESTIONÁRIO “HPV E CANCRO DO COLO DO ÚTERO”

GRUPO I

1. Género: Feminino ___ Masculino ___

2. Idade ___

3. Curso _____ **4. Ano** _____

5. Estado civil: Casado ___ Solteiro ___ União de facto ___ Divorciado

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

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

7. Sabia que existem vírus que estão relacionados como o desenvolvimento de cancro?

- 1) Sim

2) Não

8. Já ouviu falar em HPV?

- 1) Sim
- 2) Não

9. Sabia que existe uma vacina contra tipos de HPV?

- 1) Sim
- 2) Não

10. Quais as fontes de informação para o seu conhecimento sobre HPV?

- 1) Escola/local de ensino
- 2) Profissionais de saúde
- 3) Amigos/família
- 4) Televisão
- 5) Artigos científicos
- 6) Outra (especifica)

GRUPO II

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

34. HPV significa Highly Purified Vaccine			
35. O HPV transmite-se por contacto de pele			
36. Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 27%			
37. A transmissão do HPV pode prevenir-se não partilhando objetos de uso íntimo			
38. A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é entre os 42 e 60 anos			
39. A infeção pelo HPV pode ocorrer na região anal			
40. O HPV transmite-se por contacto de mucosas			
41. Caso ocorra a exposição ao HPV a probabilidade de contágio é cerca de 2%			
42. A transmissão do HPV pode prevenir-se evitando o início precoce da vida sexual			
43. A faixa etária em que a infeção pelo HPV é mais frequente é na superior a 60 anos			
44. A infeção pelo HPV pode manifestar-se através de carcinoma			
45. A infeção pelo HPV pode ocorrer na pele			
46. O HPV transmite-se pela partilha de toalhas ou roupa interior			
47. A transmissão do HPV pode prevenir-se com o uso de espermicidas			
48. A infeção pelo HPV pode manifestar-se pelo cansaço			
49. A infeção pelo HPV pode ocorrer em qualquer lugar, desde que haja contacto com o vírus e exista uma porta de entrada			
50. A infeção pelo HPV pode ser diagnosticada através do teste Papanicolau			
51. O HPV transmite-se nas piscinas ou saunas			
52. A transmissão do HPV pode prevenir-se com a abstinência sexual			
53. A infeção pelo HPV pode manifestar-se de forma assintomática			
54. O diagnóstico de infeção pelo HPV implica sempre tratamento imediato			
55. O HPV transmite-se através do sangue			
56. A infeção pelo HPV é curável			
GRUPO III			
	V	F	NS
57. A presença de HPV implica Cancro do Colo do Útero			
58. Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 100 casos de Cancro do Colo do Útero			
59. O tabaco é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
60. Em Portugal, anualmente, morrem cerca de 200 mulheres vítimas de Cancro do Colo do Útero			
61. A infeção pelo HPV é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
62. Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é inferior a 10%			
63. A exposição prolongada ao sol é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
64. HPV e Cancro do Colo do Útero são sinónimos			
65. O consumo de drogas é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
66. Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é cerca de 20%-30%			
67. Os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege são os HPV 6, 11, 16, 31			
68. A utilização de anticoncepcionais orais (pílula) é um fator de risco para o			

desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
69. Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é cerca de 40%-50%			
70. A orientação heterossexual é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
71. Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 1000 casos de Cancro do Colo do Útero			
72. Múltiplos parceiros sexuais são um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
73. Nos casos de Cancro do Colo do Útero a presença de HPV é cerca de 60%- 70%			
74. As doenças sexualmente transmissíveis são um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
75. Os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege são os HPV 6, 11, 16, 18			
76. Em Portugal, anualmente, morrem cerca de 2000 mulheres vítimas de Cancro do Colo do Útero			
77. O início precoce da vida sexual ativa é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
78. Nos casos de Cancro do Colo do útero a presença de HPV é superior a 90%			
79. Não há relação entre HPV e Cancro do Colo do Útero			
80. Em Portugal, anualmente, são detetados cerca de 10 000 casos de Cancro do Colo do Útero			
81. Os fatores genéticos são um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			
82. Em Portugal, anualmente, morrem cerca de 20 000 mulheres vítimas de Cancro do Colo do Útero			
83. Os subtipos de HPV que a vacina tetravalente protege são os HPV 6, 11, 18, 31			
84. O tipo de alimentação é um fator de risco para o desenvolvimento de Cancro do Colo do Útero			

GRUPO IV

85. Considera suficiente a divulgação feita actualmente sobre o HPV?

- 1) Sim
- 2) Não

86. O que considera ser importante divulgar sobre o HPV?

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

87. Que meio considera mais adequados para a divulgação deste tema?

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

88. Já iniciou a vida sexual ativa?

- 1) Sim
 - 2) Não
- 88.1 – Se sim com que idade? ____ Anos
- 88.2 – Até à data quantos parceiros sexuais já teve? ____

89. Utiliza métodos contraceptivos?

- 1) Sim
 - 2) Não
- 89.1 – Se sim qual? _____

90. Frequenta a consulta de planeamento familiar?

- 1) Sim
- 2) Não

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

- 1) Sim
- 2) Não

Adaptado por Agostinho M. (2012), de Medeiros R. e Ramada D. (2010).

ANEXO II – Autorização da autora para a aplicação do questionário

Re: Utilização de questionário

diana ramada <dianaramada@hotmail.com>

Qui 11/01/2018, 10:46

Para: Lu <lurdessantos1975@hotmail.com>

Cara Colega,

Bom dia! A minha tese de mestrado encontra-se publicada no repositório livre da universidade do Porto, pelo que o questionário pode ser usado, desde que devidamente referenciado com os autores, eu e o professor Rui Medeiros.

Pode optar por referenciar o nosso artigo da vaccine, como preferir.

Espero que seja útil e que consiga fazer um bom trabalho.

Boa sorte!

Cumprimentos

Diana Ramada

Em 10/01/2018 11:29, Lu Santos <lurdessantos1975@hotmail.com> escreveu:

- >
- > Bom dia Diana.
- > Sou Lurdes Santos, Enfermeira ESMOG e estou a frequentar o mestrado (na mesma área) na escola superior de saúde de viseu, cujo tema da tese é "o conhecimento e atitudes dos alunos da escola superior de saúde da Guarda sobre cancro do colo do útero e HPV".
- > Nesse sentido, venho solicitar a autorização para a utilização do seu questionário de 2010 assim como o envio do mesmo em digital.
- > Obrigada
- > Lurdes Santos
- >
- > Enviado do meu telefone Huawei.

ANEXO III – Pedido de autorização formal à Direção do IPG para preenchimento de questionário pelos alunos das licenciaturas das ESTG e ESED.



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Presidente do Instituto Politécnico da Guarda
Avenida Dr. Francisco Sá Carneiro, n.º 50
6300-559 Guarda

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0392 12-FEB-19

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS.

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Lurdes Maria Vieira dos Santos do 2º ano do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia a desenvolver um estudo subordinado ao tema “Conhecimento dos Estudantes do Ensino Superior sobre HPV e Cancro do colo do útero”.

A infecção por HPV está entre as principais doenças sexualmente transmissíveis, além disso, ele está frequentemente relacionado com o desenvolvimento do Cancro do colo do útero, deste modo, pode ser considerado um problema importante de saúde pública, no qual se deve investir para diminuir a incidência da doença e mortalidade.

Nesse sentido surge este estudo com o objectivo de identificar o Conhecimento dos Estudantes do ensino Superior sobre HPV e Cancro do colo do útero.

Somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação junto dos estudantes dos diferentes cursos da Instituição que V. Exa Dirige

Pretende-se que a colheita de dados decorra, de Março a Junho de 2019.


Em anexo, envio um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que a Senhora Professora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou e-mail mmcferreira@gmail.com.

Agradeço uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos da estudante.

Sem outro assunto de momento e muito grata pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Vice - Presidente da ESSV


Professor Doutor Daniel Silva

MF/RP

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL
Fax. +351 232 428 343

E-mail essvgeral@essv.ipv.pt

Web. www.essv.ipv.pt

Na resposta indicar a vossa referência. Em cada ofício tratar só de um assunto

