



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

RAQUEL MARISA FERREIRA GUILHERME

***ADESÃO À VACINA CONTRA O CANCRO DO
COLO DO ÚTERO***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
DR. HERNÂNI CANIÇO**

OUTUBRO/2009

Resumo

Introdução: O advento de novas vacinas contra infecções por HPV, com o potencial de prevenir a maioria dos casos de cancro cervical invasivo, representa notável acontecimento de saúde pública, pois irá reduzir a probabilidade e/ou gravidade das infecções por HPV e de cancro cervical, que apresentam alta taxa de incidência e mortalidade em Portugal.

Objectivos: Determinar o grau de adesão à vacina nas idades recomendadas. Relacionar os factores sociodemográficos, actividade sexual, recursos de saúde, conhecimento sobre CCU/HPV e vacina, e procura de informação pelas jovens com a aceitabilidade. Determinar quais os principais motivos de adesão / não adesão que modulam a aceitabilidade.

Método: Inquérito distribuído às jovens com idades compreendidas entre 9 e 26 anos de idade inclusive, que recorreram à consulta de Medicina Geral e Familiar e Centro de Atendimento de Jovens no C.S. São Martinho do Bispo.

Resultados: Obtivemos 117 inquéritos preenchidos. A percentagem de jovens vacinadas, na idade recomendada, é de apenas 9,4%. As jovens convocadas para a toma da vacina de forma gratuita (por esta já fazer parte do PNV), apresentam taxas de adesão entre os 71.76% e os 87.72%.

O facto de ainda não ter iniciado actividade sexual, a sensibilização pelo Médico de Família, outro médico ou profissional de saúde, parecem ser variáveis que determinam de modo positivo a aceitabilidade. As seguintes variáveis parecem não estar relacionadas com aceitabilidade: idade, estado civil, dependência económica, estatuto socioeconómico, nível de instrução das jovens e dos cuidadores, número de vezes/ano que recorre ao MF, grau de conhecimento do CCU/HPV/Vacina e procura de informação por iniciativa própria.

Os principais motivos de não adesão são elevado custo económico e percepção de falta de conhecimento sobre HPV/ CCU e vacina. O principal motivo de adesão é percepção da gravidade das doenças associadas ao HPV.

Conclusões: A adesão à vacina é muito baixa. É preciso desenvolver programas de promoção da vacina, de forma a aumentar informação ao público em geral, e assim aumentar o conhecimento sobre HPV e vacina pelas jovens e pais/cuidadores para a tomada de decisões conscientes e informadas. O esclarecimento e recomendação pelo médico ou outro profissional de saúde parecem ser chave para sucesso dos programas de vacinação. Dado que o custo é o principal motivo de não adesão, a redução deste ou a comparticipação da vacina também poderiam aumentar a aceitabilidade.

Palavras-chave: Vacina, infecções, HPV (Vírus do Papiloma Humano), CCU, IST, Aceitabilidade.

Abstract

Introduction: The advent of new vaccines against HPV infections, that potentially prevent most of the cases of invasive cervical cancer, represents a remarkable event in Public Health since it will reduce the likelihood and/or gravity of the HPV infections and cervical cancer, which have high incidence and mortality rates in Portugal.

Objectives: To determine the degree of compliance to the vaccine in the recommended age. To correlate sociodemographic factors, sexual activity, health care resources, knowledge on CC/HPV and vaccine, and the search for information by young females with the acceptability. To determine the main causes of compliance / noncompliance that modulate the acceptability.

Methods: Questionnaire distributed to young females aged between 9 and 26 years old that had attended the consultation of General Medicine and the Centro de Atendimento a Jovens in the São Martinho do Bispo primary care facility.

Results: We obtained 117 complete questionnaires. The percentage of vaccinated young females in the recommended age was only 9,4 %. The young females summoned to take the vaccine free of charge (since it is part of the National Vaccination Plan), showed compliance rates between 71.76 % and 87.72 %.

The following variables: not having started sexual activity and the awareness of the Family Doctor or other health care professionals, seem to influence the acceptability positively. The next variables don't seem to correlate with the acceptability: age, marital status, economical dependence, socioeconomic status, educational level of the young females and parents, number of visits per year to the Family Doctor, knowledge on CC/HPV and vaccine, and search of information by self initiative.

The major causes of noncompliance were: elevated cost and the perception of lack of knowledge on CC/HPV and vaccine. The principal factor of compliance was the perception of the gravity of the diseases associated to HPV.

Conclusions: The compliance to the vaccine is very low. It is necessary to develop programs to promote the vaccine in order to increase the knowledge on CC/HPV in the general population, and consequently among young females and their parents enabling them to make conscious and informed decisions. The clarification and recommendation by the Family Doctor or other health care professional seem to be the key for the success of the vaccination programs. Since the cost is the main reason for noncompliance, the reduction or reimbursement of the vaccine could also increase acceptability.

Key words: Vaccine, infections, HPV (Human papillomavirus), CC, STI, Acceptability.

Índice	pág.
Resumo	3
Palavras – Chave	4
Abstract	5
Key Words	6
I. Introdução	12
II. Materiais e Métodos	17
Tipo de estudo	18
População-alvo	18
Materiais	18
Tamanho da amostra	19
Variáveis do estudo	19
Duração	21
Colheita de dados	21
III. Resultados	22
Caracterização da amostra	23
Caracterização dos recursos de saúde	25
Análise descritiva do grau de conhecimento em relação ao CCU	28
Análise descritiva do grau de conhecimento em relação à vacina contra o CCU	31
Análise descritiva dos motivos de não adesão à vacina	34
Análise descritiva dos motivos de adesão à vacina	35
Diferenças na aceitabilidade da vacina considerando a idade, estado civil, dependência económica, estatuto socioeconómico, grau de escolaridade da jovem/cuidadores, actividade sexual, recurso aos serviços de saúde, informação disponibilizada sobre o CCU/ vacina, grau de conhecimento do CCU/vacina e procura de informação por iniciativa própria	36
Taxa de adesão das jovens cuja vacina já faz parte do seu PNV	42
IV. Discussão	43
V. Conclusão	52
VI. Agradecimentos	55
VII. Referências / Bibliografia	57
VIII. Anexos	62
Anexo I – Quadros estatísticos	63

Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65
Anexo III – Questionário	66

Índice de Figuras

Figura 1 – Percentagem de inquiridas sensibilizadas para a toma da vacina pelo MF	27
Figura 2 – Percentagem de inquiridas sensibilizadas para a toma da vacina por outro médico / profissional de saúde	28
Figura 3 – Grau médio de conhecimento em relação ao CCU	30
Figura 4 – Grau médio de conhecimento em relação à vacina contra o CCU	33
Figura 5 – Percentagem e frequência de respostas dadas sobre os motivos de não adesão à vacina contra o CCU	35
Figura 6 – Percentagem de respostas dadas sobre os motivos de adesão à vacina contra o CCU	36

Índice de Tabelas

Tabela I – Vacinação de rotina e repescagem	14
Tabela II – Caracterização das participantes	23
Tabela III – Caracterização dos recursos de saúde	25
Tabela IV – Percentagem e frequência do grau de conhecimento em relação ao cancro do colo do útero de cada grupo (aderentes/ não aderentes)	29
Tabela V – Percentagem e frequência do grau de conhecimento em relação à vacina contra o CCU (aderentes/não aderentes)	32
Tabela VI – Frequências e distribuições das respostas dos sujeitos na categoria aceitabilidade da vacina em função das variáveis seleccionadas. (teste do qui-quadrado)	37
Tabela VII – Regressão logística para o grau de aceitabilidade da vacina contra o CCU, considerando a actividade sexual, nível socioeconómico, nível de instrução da participante, nível de instrução dos cuidadores, idade, estado civil, dependência económica, recursos de saúde, conhecimento sobre o CCU e respectiva vacina e procura de informação por iniciativa própria	40
Tabela VIII – Valores mínimos e máximos, pontuações médias e desvios – padrão do grau de conhecimento em relação ao CCU e vacina	63
Tabela IX – Percentagem e frequência de respostas dadas sobre os motivos de não adesão à vacina contra o CCU	63
Tabela X – Percentagem e frequência de respostas dadas sobre os motivos de adesão à vacina contra o CCU	64

Lista de siglas e abreviaturas

HPV – Vírus do Papiloma Humano/ Human papillomavirus

IST – Infecção sexualmente Transmissível

CIN – Neoplasia Intraepitelial Cervical

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

CCU – Cancro do colo do útero

VLPs – Virus like particles/ partículas semelhantes aos vírus

PNV – Plano Nacional de Vacinação

MF – Médico de Família

DGS – Direcção-Geral da Saúde

CC – Cervical Cancer

STI – Sexually Transmitted Infection

CS – Centro de Saúde

I – Introdução

I – Introdução

A infecção pelo HPV é a IST mais frequente na actualidade, ocorrendo sobretudo nos jovens, nos primeiros anos após início da actividade sexual.^{9,18}

A maioria (80 - 90%) regride espontaneamente, 10 a 20% tornam-se persistentes.¹¹ Três a 4% evoluem para lesões intraepiteliais, das quais 0,7 a 1% poderão evoluir para lesão de alto grau (CIN 2/3) e 0,1% para cancro invasivo^{3,40}, de forma lenta e geralmente assintomática.⁹

ADN do HPV pode ser encontrado em 99,7% dos cancros cervicais.^{25, 27,43}

Os genótipos 16 e 18 são responsáveis por 70 - 75% dos casos de CCU.^{9,11} Em 90% das verrugas genitais são identificados HPV 6 e 11, não existindo diferenças entre sexos.^{9,11}

São cancros menos frequentes associados ao HPV: anal, vulvar, vaginal, peniano, nasofaríngeo.³⁰

Infecção por HPV de alto risco é pré-requisito necessário, embora não suficiente, para desenvolvimento de CCU.^{23,39}

Lesões pelo HPV têm incidência elevada em todo o mundo; a prevalência da infecção não é conhecida em Portugal.⁴¹

O CCU é a patologia mais relevante, pela elevada frequência (13,5/100,000) e taxa de mortalidade (4,5/100,000) (Portugal, 2005)^{29,31}.

Outros dados apontam cerca de 1000 novos casos/ano.^{9,11}

Em Portugal está comercializada vacina tetravalente (Gardasil®), contra HPV 6, 11, 16 e 18, e vacina bivalente (Cervarix®), contra HPV 16 e 18.^{9,11}

Gardasil é uma vacina para prevenção de lesões genitais pré-cancerosas (colo do útero, vulva e vagina), CCU e verrugas genitais causalmente relacionados com HPV 6, 11, 16 e 18.

Constituída por VLPs ³⁵, que não contêm material genético, não sendo infecciosas, nem oncogénicas. ⁴¹

Imunogenicidade demonstrada entre os 9 - 26 anos, eficácia entre os 16 - 26 anos de idade. ³³

Administrada em 3 doses, via intramuscular, segundo esquema: 0, 2 e 6 meses ³³

Não é conhecida duração da protecção ³³, não sendo possível excluir necessidade de reforços. ⁹

Tem bom perfil de segurança. ⁹

PNV:

Vacinação anual de rotina, iniciou-se em 2008, com coorte nascida em 1995. ^{9,18}

Campanha de repescagem, entre 2009 e 2011, coortes nascidas em 1992, 1993 e 1994, respectivamente. ^{9,18}

Tabela I: Vacinação de rotina e repescagem. ⁹

Ano de vacinação \ Ano de nascimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1992		17				
1993			17			
1994				17		
1995	13					
1996		13				
1997			13			
1998				13		
1999					13	

 Vacinação de rotina  Vacinação de repescagem

Pretendem-se coberturas vacinais, no mínimo de 85% (Circular Normativa Nº: 25/DSCS/DPCD) / 95% (Comissão Técnica de Vacinação da DGS; Maio de 2008), em cada coorte. ^{8,9}

A vacinação tem como **objectivo** prevenção de infecções por HPV, nomeadamente, a longo prazo, diminuição da incidência de CCU. ^{10,11}

A vacina:

- Não protege contra todos os genótipos causadores de cancro;
- Não tem eficácia terapêutica para infecções já existentes;
- Não protege de outras IST, pelo que:

↳ comportamentos seguros e rastreio do CCU continuam a ser necessários. ¹⁰

Objectivos:

- Determinar a percentagem de adesão das jovens à vacina.
- Relacionar a aceitabilidade com perfil individual, conhecimento sobre CCU e vacina e procura de informação por iniciativa própria.
- Verificar se as jovens recorrem ao MF regularmente, se o MF ou outro profissional de saúde as abordou em relação à vacina e se acreditam no que estes lhes transmitiram. Verificar se estes factores determinam a aceitabilidade.
- Conhecer os principais motivos da adesão / não adesão.

Hipóteses:

- Espera-se que a maioria das jovens convocadas (já inseridas no PNV) tenha comparecido para a toma. Das restantes espera-se adesão mais baixa.
- Espera-se que sejam factores determinantes da aceitabilidade: ser solteira, financeiramente independente, classe socioeconómica elevada, maior nível de escolaridade da jovem e cuidadores, não ter iniciado a actividade sexual e pensar iniciar a curto prazo, possuir melhor conhecimento sobre CCU/HPV e vacina, ter consultas regulares no MF, ter sido instruída e sensibilizada para a toma da vacina pelo MF ou outro profissional de saúde e procurar informação por iniciativa própria.
- Espera-se que as jovens estejam a ser sensibilizadas pelo MF ou outro profissional de saúde e que acreditem na informação por eles veiculada.
- Principal motivo de não adesão: elevado custo da vacina.
- Principal motivo para a adesão: recomendação dos profissionais de saúde.

II – Materiais e Métodos

II - Materiais e Métodos

Tipo de estudo

Estudo observacional (transversal) descritivo.

População - alvo

Foram critérios de inclusão no estudo, jovens do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 9 e os 26 anos (inclusive), que compareceram à consulta de Medicina Geral e Familiar e do Centro de Atendimento de Jovens no Centro de Saúde de São Martinho do Bispo.

Todas as jovens foram devidamente informadas dos objectivos e metodologia do estudo, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi critério de exclusão o não cumprimento dos requisitos descritos.

Este estudo englobou a realização de um questionário, entregue às jovens, após prévia autorização do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e do Coordenador do Centro de Saúde.

Materiais

- Questionário (anexo III)
- Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo II)
- Computador com programas Microsoft Word 2007 e SPSS.
- Dados estatísticos fornecidos pela equipa de enfermagem do Centro de Saúde, em relação ao número de jovens convocadas para a toma da vacina, por já estar integrada no seu PNV, com a percentagem de adesão.

Tamanho da amostra

Predefiniu-se amostra mínima de 100 jovens em termos de representatividade.

Variáveis do estudo

↪ **Aceitabilidade**: se já tomou ou não a vacina contra o CCU.

↪ **Variáveis socio-demográficas / perfil individual**:

- *Idade*: dos 9 aos 26 anos;
- *Estado civil*: solteira; casada sem registo / união de facto, casada com registo; divorciada / separada judicialmente, separada, viúva;
- *Dependência económico-financeira* de um tutor, sendo a decisão da toma da vacina dependente deste: sim ou não.
- *Nível socio-económico*: classe alta, classe média alta, classe média, classe média baixa, classe baixa; para a análise ser a mais objectiva possível, usou-se a escala de Graffar Adaptada (anexa ao questionário).
- *Nível de instrução das jovens*: menos de 4, 4 e 6 anos de escolaridade, 9º ano, 11º ano, 12º ano, curso tecnológico / profissional / outros nível III, bacharelato / licenciatura / Pós-graduação / Mestrado / Doutoramento, Curso de especialização tecnológica, habilitação ignorada.
- *Nível de instrução dos pais/tutores da jovem*: Idêntico ao anterior. Foi aditada habilitação equivalente antiga para que se dissipassem dúvidas.

↪ **Actividade sexual**: Não teve actividade sexual e não pretende iniciar a curto prazo, não teve actividade sexual mas pensa iniciar a curto prazo ou é sexualmente activa.

↪ **Conhecimento em relação ao cancro do colo do útero:** foram colocadas 4 afirmações formuladas para este questionário, às quais as jovens tinham de responder se verdadeiras ou falsas, estando base bibliográfica com respectiva correcção em anexo. As afirmações deveriam ser do “conhecimento geral” das pessoas a quem se aplica o estudo, por interesse e aplicação.

Caracteriza-se por bom conhecimento, com três a quatro respostas certas.

Caracteriza-se por razoável conhecimento, com duas respostas certas.

Caracteriza-se por fraco conhecimento, com uma ou nenhuma resposta certa.

↪ **Conhecimento em relação à vacina:** foram colocadas 3 afirmações formuladas para este questionário, às quais as jovens tinham de responder se verdadeiras ou falsas, estando base bibliográfica com respectiva correcção em anexo. As afirmações deveriam ser do “conhecimento geral” das pessoas a quem se aplica o estudo.

Caracteriza-se por bom conhecimento, com três respostas certas.

Caracteriza-se por razoável conhecimento, com duas respostas certas.

Caracteriza-se por fraco conhecimento, com uma ou nenhuma resposta certa.

↪ **Adesão e caracterização dos recursos de saúde:**

- *Regularidade das consultas no Médico de Família:* 0, 1, 2 ou ≥ 3 ;
- *Se o médico de Família, outro médico ou outro profissional de saúde já lhe falou sobre a vacina e / ou sensibilizou para a toma desta:* sim ou não;
- *Se acredita no que estes profissionais lhe transmitiram sobre o assunto:* sim ou não.

↪ **Procura de informação sobre a vacina em algum lugar:** internet, livros, panfletos, Centro de Saúde ou outro.

↳ **Principais motivos que levaram à adesão / não adesão à vacina e deste modo**

modularam a aceitabilidade: foi colocada lista de possíveis respostas. As jovens que ainda não tivessem aderido escolhiam, no máximo, os dois principais motivos da não adesão, e as jovens que já tivessem aderido escolhiam o principal motivo da adesão.

Estes itens, das possíveis causas da adesão / não adesão, foram seleccionados, com base em recolha a colegas, familiares, amigos ou outras pessoas em relação ao que pensavam, e artigos lidos sobre a vacina que os apontavam como motivo.

Duração

A distribuição dos questionários teve início a 28 de Maio de 2009 e o seu termo a 3 de Agosto de 2009.

Colheita de dados

A colheita dos dados foi feita através de um questionário elaborado pela autora, posteriormente revisto pelo orientador e distribuído às jovens, que foram devidamente informadas dos objectivos e metodologia do estudo, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente foram introduzidos numa matriz de dados electrónica (SPSS).

Os dados estatísticos em relação às jovens para as quais a vacina já faz parte do PNV (convocadas e a vacina administrada de forma gratuita), foram fornecidos pela equipa de enfermagem e retirados de base de dados computadorizada.

III – Resultados

III - Resultados

III.I Caracterização da Amostra

A amostra utilizada para a investigação será caracterizada em função da adesão à vacina, idade, estado civil, dependência económica, nível socioeconómico, habilitações literárias do sujeito e dos pais/cuidadores e actividade sexual. A amostra é constituída por 117 sujeitos femininos, todas elas utentes do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo que recorreram à consulta de Clínica Geral e Medicina Familiar e Centro de Atendimento de Jovens.

A tabela II abaixo descreve as características socio-demográficas da amostra total e relativa a cada grupo: “Adesão vacina” e “Não adesão vacina”.

Tabela II - Caracterização das participantes

	Adesão Vacina (%)	Não adesão Vacina (%)	Total (%)	Frequência (N=)
	11 (9.4%)	106 (90.6%)		117
Idade				
9-11	0	100 (7)	6	7
12-14	50 (4)	50 (4)	6.8	8
15-17	26.7 (4)	73.3 (11)	12.8	15
18-20	4.5 (2)	95.5 (42)	37.6	44
21-23	3.2 (1)	96.8 (30)	26.5	31
24-26	0	100 (12)	10.3	12
Estado Civil				
Solteira	10.4 (11)	89.6 (95)	90.6	106
Casada / união de facto	0	100 (10)	8.5	10
Divorciada / separada	0	100 (1)	0.9	1
Dependência Económica				
Sim	13.3 (11)	86.7 (72)	70.9	83
Não	0	100 (34)	29.1	34
Estatuto Socioeconómico				
Alto	33.3 (1)	66.7 (2)	2.9	3
Médio alto	14.8 (4)	85.2 (23)	26	27
Médio	9.4 (5)	90.6 (48)	51	53
Médio baixo	4.8 (1)	95.2 (20)	20.2	21
Missing		100 (13)		13

Habilitações literárias do sujeito				
<4º Ano		100 (1)	0.9	1
4ºAno		100 (2)	1.7	2
6ª Ano	23.1 (3)	76.9 (10)	11.1	13
9ºAno	5.9 (1)	94.1 (16)	14.5	17
11º Ano	26.7 (4)	73.3 (11)	12.8	15
12ºano	11.5 (3)	88.5 (23)	22.2	26
Curso Nível III	0	100 (8)	6.8	8
Ensino Superior	0	100 (32)	27.4	32
Curso especialização Tecnológica	0	100 (3)	2.6	3
Habilitações literárias dos cuidadores				
<4º Ano		100 (2)	1.7	2
4ºAno		100 (25)	21.4	25
6ª Ano	6.7 (1)	93.3 (14)	12.8	15
9ºAno	14.3 (3)	85.7 (18)	17.9	21
11º Ano	7.1 (1)	92.9 (13)	12	14
12ºano	16.7 (2)	83.3 (10)	10.3	12
Curso Nível III		100 (4)	3.4	4
Ensino Superior	18.2 (4)	81.8 (18)	18.8	22
Habilitação ignorada		100 (2)	1.7	2
Actividade Sexual				
Não teve actividade sexual e não pretende iniciar a curto prazo	20.7 (6)	79.3 (23)	24.8	29
Não teve actividade sexual mas pensa iniciar a curto prazo	28.6 (2)	71.4 (5)	6	7
É sexualmente activa	3.7 (3)	96.3 (78)	69.2	81

Dos 117 sujeitos inquiridos, a grande maioria (90.6%) não aderiu à vacina contra o CCU. Apenas 11 das inquiridas (9.4%) afirmaram já ter tomado a vacina.

Na faixa etária dos 9-11 anos, nenhuma participante aderiu à vacina. Na faixa dos 12-14 anos metade já aderiu, na faixa seguinte 15-17, 26.7% já efectuou a adesão à vacina. A partir dos 18 anos, a taxa de não adesão é superior a 95%.

Relativamente ao estado civil, apenas as solteiras aderiram e a taxa de adesão é na ordem dos 10.4%.

Quanto à dependência económica, das 70.9% que se encontram numa situação de dependência económica, 13.3% aderiram e 86.7% não aderiu à vacina. Nenhuma das aderentes é economicamente independente.

Quanto ao estatuto socioeconómico, a maioria das participantes pertence à classe média (51%). O grupo que apresenta maior percentagem de adesão é o “alto” (33.3%), seguindo-se “médio alto” (14.8%), “médio” (9.4%) e “médio baixo” (4.8%). Das 117 inquiridas, 13 não responderam a esta questão.

Relativamente às habilitações literárias das participantes, todas as que se encontram a frequentar o ensino primário, não aderiram à vacina. O grupo académico que regista maior percentagem de adesão é ao nível do 11º ano (26.7%), seguido do 6º ano (23.1%).

Relativamente à actividade sexual, mais de metade das aderentes não teve actividade sexual e não pretende iniciar a curto prazo, a maioria das não aderentes (78) é sexualmente activa.

III.II Caracterização dos recursos de saúde

Um dos objectivos avançado propunha a caracterização dos recursos de saúde, verificar a regularidade de visita ao médico de família e avaliar a informação fornecida à população - alvo sobre a vacina contra o CCU.

Procedemos à análise descritiva, a qual apresentamos na Tabela III abaixo.

Tabela III - Caracterização dos recursos de saúde

	Em média, quantas vezes por ano recorre ao seu médico de família? (%)			
	Nenhuma	Uma	Duas	Mais de 3
Adesão Vacina	18.2 (2)	18.2 (2)	36.4 (4)	27.3 (3)
Não adesão Vacina	4.7 (5)	23.6 (25)	41.5 (44)	30.2 (32)
Total (117)	6 (7)	23.1 (27)	41 (48)	29.9 (35)

O seu médico de família já alguma vez lhe falou da vacina e/ou sensibilizou para a toma desta? (%)		
	Sim	Não
Adesão Vacina	54.5 (6)	45.5 (5)
Não adesão Vacina	19.8 (21)	80.2 (85)
Total (117)	23.1 (27)	76.9 (90)
Acredita no que o seu médico de família lhe transmitiu sobre o assunto? (%)		
	Sim	Não
Os que responderam de modo afirmativo na pergunta anterior (N= 27)	96.3 (26)	3.7 (1)
E outro médico/profissional de saúde já lhe falou da vacina e/ou sensibilizou para a toma desta? (%)		
	Sim	Não
Adesão Vacina	81.8 (9)	18.2 (2)
Não adesão Vacina	33 (35)	67 (71)
Total (117)	37.6 (44)	62.4 (73)
Acredita no que o médico/profissional de saúde lhe transmitiu sobre o assunto? (%)		
	Sim	Não
Os que responderam de modo afirmativo na pergunta anterior (N=44)	100 (44)	0

A tabela revela que 6% das participantes raramente frequenta o MF, 23.1% frequenta em média uma vez/ano, 41% duas vezes/ano e 29.9% mais do que três vezes/ano.

Quanto à sensibilização para a toma da vacina por parte do MF, 76.9% refere nunca ter sido informada. Contudo existem diferenças dentro dos grupos. No grupo das aderentes, 54.5% refere ter sido sensibilizada para a toma da vacina e 45.5% refere não o ter sido. Por outro lado, no grupo das participantes não aderentes, 80.2% refere não ter sido sensibilizada pelo MF sobre a vacina, e apenas 19.8% refere ter sido informada (*vd Figura 1 Percentagem de*

inquiridas sensibilizadas para a toma da vacina pelo Médico de Família). Das 23.1% (27) participantes previamente informadas, praticamente a totalidade [96.3% (N=26)] acredita na informação recebida.

A sensibilização para a toma da vacina por outro médico/ profissional de saúde foi referido por 37.6% das participantes, e todas estas (100%, N=44) referiram acreditar na informação recebida. No grupo das aderentes à vacina, 81.8% refere ter sido sensibilizada, no grupo das não aderentes, 33% foi informada, e 67% refere não o ter sido. (*vd Figura 2 Percentagem de inquiridas sensibilizadas para a toma da vacina por outro médico/ profissional de saúde*).

Na amostra total, podemos verificar que a percentagem de mulheres informadas por outro médico/ profissional de saúde (37.6%) sobre a vacina, é superior à taxa de participantes informadas pelo MF (23.1%).

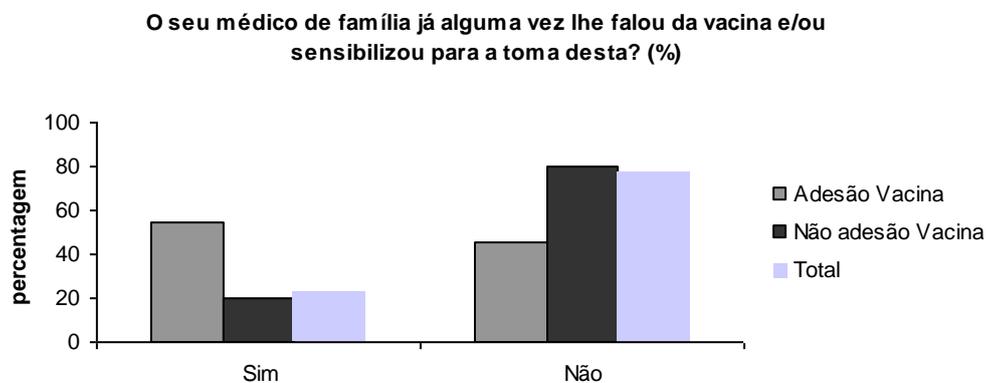


Figura 1 - Percentagem de inquiridas sensibilizadas para a toma da vacina pelo médico de família

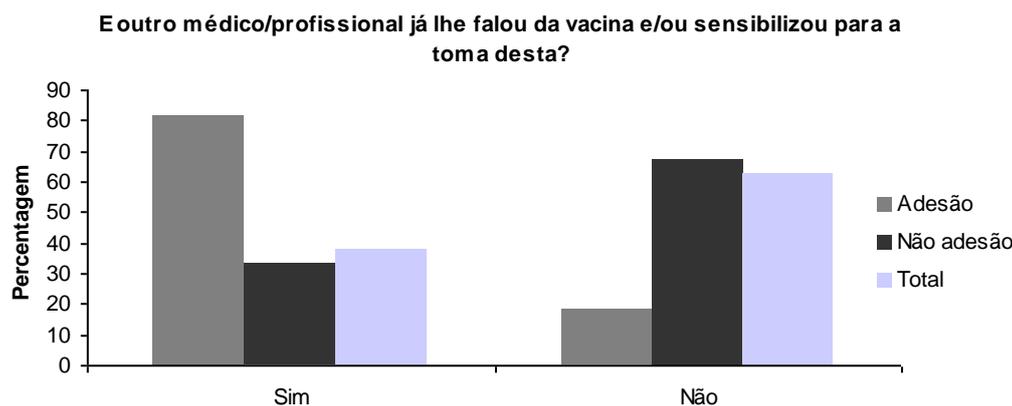


Figura 2 - Percentagem de inquiridas sensibilizadas para a toma da vacina por outro médico/profissional de saúde

III.III Análise descritiva do grau de conhecimento em relação ao CCU

Outro dos objectivos a que nos propusemos, foi a avaliação do grau de conhecimento das inquiridas em relação ao cancro do colo do útero.

Quanto à primeira afirmação, verifica-se que 57.3% das inquiridas responderam correctamente e 42.7% responderam incorrectamente. Esta afirmação, que se refere à etiologia do CCU, sua relação com o HPV, transmissão e frequência, foi aquela que obteve maior número de respostas incorrectas em ambos os grupos. Nas restantes afirmações, a percentagem de respostas incorrectas diminuiu em todos os grupos.

Ainda que a percentagem de respostas correctas se encontre acima dos 50%, a totalidade das respostas incorrectas apresenta frequências muito elevadas.

Considerando que as questões acerca do CCU eram somente quatro, verificando que o grau médio de conhecimento em relação ao CCU é médio/baixo, e analisando o grau de sensibilização prestado pelo MF sobre o tema, consideramos que a falta de conhecimento/informação pode ser um factor de não adesão à vacina do CCU.

Tabela IV - Percentagem e frequência do grau de conhecimento em relação ao cancro do colo do útero de cada grupo (aderentes/ não aderentes)

A maioria dos cancros do colo do útero origina-se de células infectadas com HPV, que é transmitido sexualmente e a infecção por HPV é a infecção sexualmente transmissível mais frequente na actualidade.		
	% Respostas correctas	% Respostas incorrectas
Adesão Vacina	45.5 (5)	54.5 (6)
Não adesão Vacina	58.5 (62)	41.5 (44)
Total	57.3 (67)	42.7 (50)
A maioria dos cancros do colo do útero desenvolve-se em idades avançadas, dá sintomas logo na fase inicial da doença e a maioria das mulheres apresenta algum tipo de sintomas na altura do diagnóstico.		
	% Respostas correctas	% Respostas incorrectas
Adesão Vacina	72.7 (8)	27.3 (3)
Não adesão Vacina	81.1 (86)	18.9 (20)
Total	80.3 (94)	19.7 (23)
A probabilidade de se desenvolver um cancro do colo do útero aumenta quando a jovem é sexualmente activa antes dos 20 anos de idade, quando teve vários parceiros sexuais ou cujo companheiro teve mais do que uma parceira, quando há história de infecções genitais ou verrugas genitais.		
	% Respostas correctas	% Respostas incorrectas
Adesão Vacina	100 (11)	0
Não adesão Vacina	71.4 (75)	28.6 (30)
Total	74.1 (86)	25.9 (30)
O uso do preservativo não tem uma acção protectora em relação à transmissão do HPV e não diminui a probabilidade de se desenvolver cancro do colo do útero.		
	% Respostas correctas	% Respostas incorrectas
Adesão Vacina	81.8 (9)	18.2 (2)
Não adesão Vacina	63.2 (67)	36.8 (39)
Total	65 (76)	35 (41)

Para avaliar o grau médio de conhecimento em relação ao CCU, procedemos à computação das respostas das inquiridas em três níveis: fraco, médio e bom. Ao nível Fraco (1) corresponde um total de respostas correctas de 1 ou 0; ao nível Médio (2) corresponde um

total de respostas correctas de 2 (duas) e ao nível Bom (3) corresponde um total de respostas correctas de 3 ou 4.

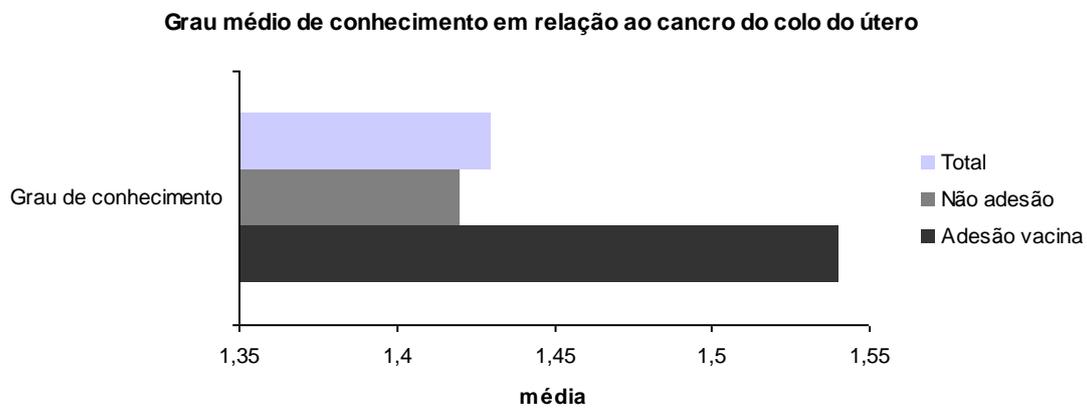


Figura 3 - Grau médio de conhecimento em relação ao cancro do colo do útero

A *Tabela VIII* em *Anexo*, relativa aos valores mínimos e máximos, pontuações médias e desvios-padrão das respostas das inquiridas relativas ao grau de conhecimento do CCU revela que são as aderentes à vacina que, em média, possuem maior grau de conhecimento em relação à temática debatida, obtendo uma pontuação média de 1.54 (DP=0.52), comparativamente ao grupo das não aderentes, que obtiveram uma pontuação média de 1.42 (DP=0.52). A amostra total das inquiridas revelou uma média de 1.44 (DP=0.52), pontuação que na escala de 1 a 3 (sendo 1 fraco e 3 bom) revela um grau médio/fraco de conhecimento.

III.IV Análise descritiva do grau de conhecimento em relação à vacina contra o CCU

Na Tabela V abaixo, apresentamos as percentagens das respostas correctas e incorrectas dadas.

Na primeira afirmação, 69.8% das inquiridas responderam correctamente, com percentagem de erro de 30.2%. Esta afirmação, que se referia às idades recomendadas para a vacina e ao número de doses desta, foi a que obteve maior percentagem de respostas incorrectas.

Na segunda afirmação, a percentagem de repostas correctas subiu, situando-se nos 90.6% e, por último, na terceira afirmação 94.8% responderam correctamente.

Na segunda e terceira afirmação, nenhuma das aderentes respondeu incorrectamente, apenas na primeira afirmação uma inquirida (9.1%) respondeu incorrectamente.

Assim, a percentagem das respostas correctas na amostra total, variou entre os 69.8% e os 94.8%, o que parece ser um bom resultado. Contudo, deve salientar-se o pequeno número de afirmações (3) e o nível superficial das mesmas. Atendendo a este enquadramento, os resultados obtidos levam-nos a ponderar que o nível de conhecimento da vacina em relação à sua utilidade, importância, procedimento de toma e vantagens/desvantagens, entre outros factores, deverá ser estudado com maior profundidade.

Tabela V - Percentagem e frequência do grau de conhecimento em relação à vacina contra o CCU (aderentes/ não aderentes)

A vacina está indicada para indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 9 e os 26 anos inclusive, com 3 doses.		
	% Respostas correctas	% Respostas incorrectas
Adesão Vacina (11)	90.9 (10)	9.1 (1)
Não adesão Vacina (105)	67.6 (71)	32.4 (34)
Total (116)	69.8 (81)	30.2 (35)
A vacina está indicada para a prevenção de infeções persistentes de HPV, lesões pré-cancerosas do colo do útero, cancro do colo do útero, lesões pré-cancerosas e cancerosas da vulva e vagina e verrugas genitais causadas pelos tipos de HPV para os quais a vacina dá protecção.		
	% Respostas correctas	% Respostas incorrectas
Adesão Vacina (11)	100 (11)	0
Não adesão Vacina (106)	89.6 (95)	10.4 (11)
Total (117)	90.6 (106)	9.4 (11)
A vacina constitui um tratamento para a infeção e/ou doença já presente activa e com a toma da vacina já não é necessário fazer o rastreio para o cancro do colo do útero.		
	% Respostas correctas	% Respostas incorrectas
Adesão Vacina (11)	100 (11)	0
Não adesão Vacina (105)	94.3 (99)	5.7 (6)
Total (116)	94.8 (110)	5.2 (6)

Para avaliar o grau médio de conhecimento em relação à vacina contra o CCU, procedemos à computação das respostas das inquiridas em três níveis: fraco, médio e bom. Ao nível Fraco (1) corresponde um total de respostas correctas de 1 ou 0; ao nível Médio (2) corresponde um total de respostas correctas de 2 (duas) e ao nível Bom (3) corresponde um total de respostas correctas de 3.

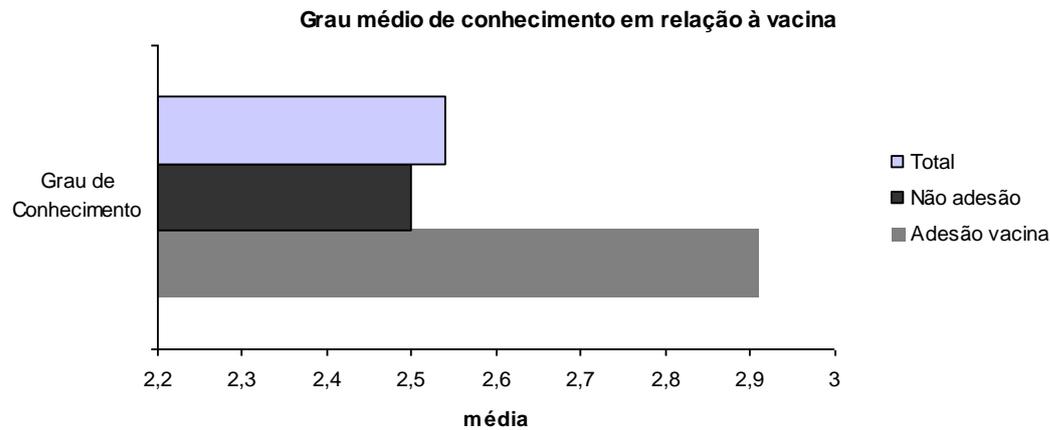


Figura 4 - Grau médio de conhecimento em relação à vacina contra o CCU

A *Tabela VIII* em *Anexo*, relativa aos valores mínimos e máximos, pontuações médias e desvios-padrão das respostas das inquiridas relativas ao grau de conhecimento da vacina do CCU revela que são as aderentes à vacina que, em média, possuem maior grau de conhecimento, obtendo uma pontuação média de 2.91 (DP=0.30), comparativamente ao grupo das não aderentes, que obtiveram uma pontuação média de 2.50 (DP=0.61). A amostra total das inquiridas revelou uma média de 2.54 (DP=0.59), pontuação que na escala de 1 a 3 (sendo 1 fraco e 3 bom) revela um grau médio/bom de conhecimento em relação à vacina.

III.V Análise descritiva dos motivos de não adesão à vacina

É objectivo proposto conhecer os principais motivos de não adesão à vacina contra o CCU, dos quais as inquiridas deveriam escolher no máximo dois (2). O total de respostas obtidas foi N=155.

A *Tabela IX* em *Anexo*, relativa à frequência de respostas dadas sobre os motivos de não adesão à vacina contra o CCU, revelou que o “*motivo económico*” foi o que obteve maior índice de frequência (N=66), seguindo-se “*outros motivos*” (N=30) e em terceiro lugar a “*falta de conhecimento sobre o CCU e /ou vacina*” (N=22). O motivo “*receio dos efeitos secundários/reacções adversas*” reuniu ainda um total de N=19 respostas.

Com taxa de frequência muito inferior, encontramos os motivos “*já iniciou a actividade sexual e considera não haver eficácia e/ou necessidade*” (N=5), “*Tem parceiro fixo e considera não haver necessidade*” (N=5), “*Efeito protector da vacina não permanece toda a vida*” (N=3), “*Uso do preservativo é suficiente*” (N=2), “*Inibição, embaraço perante pais/parceiro*” (N=2) e por último, “*Perturbação do ambiente familiar, tendo medo da incompreensão e rejeição*” (N=1).

Se considerarmos que as afirmações “*já iniciou a actividade sexual e considera não haver eficácia e/ou necessidade*”, “*uso do preservativo é suficiente*”, “*tem parceiro fixo e não considera haver necessidade*”, devidamente contextualizadas de forma integrada, são outra forma de falta de conhecimento/informação, presume-se com base nos dados obtidos, que os dois grandes motivos de não adesão são o custo económico e a falta de informação relativa à vacina e ao CCU.

Por último, ainda que a incompreensão/inibição/embaraço tenha obtido baixa percentagem (N=3) no universo de 117 sujeitos, consideramos relevante a nomeação deste motivo como forte obstáculo à prevenção do CCU, face ao padrão cultural em Portugal.

Assim, parece-nos imperativo actuar em educação para a saúde, informando e formando, para atingir os objectivos mencionados no PNV.

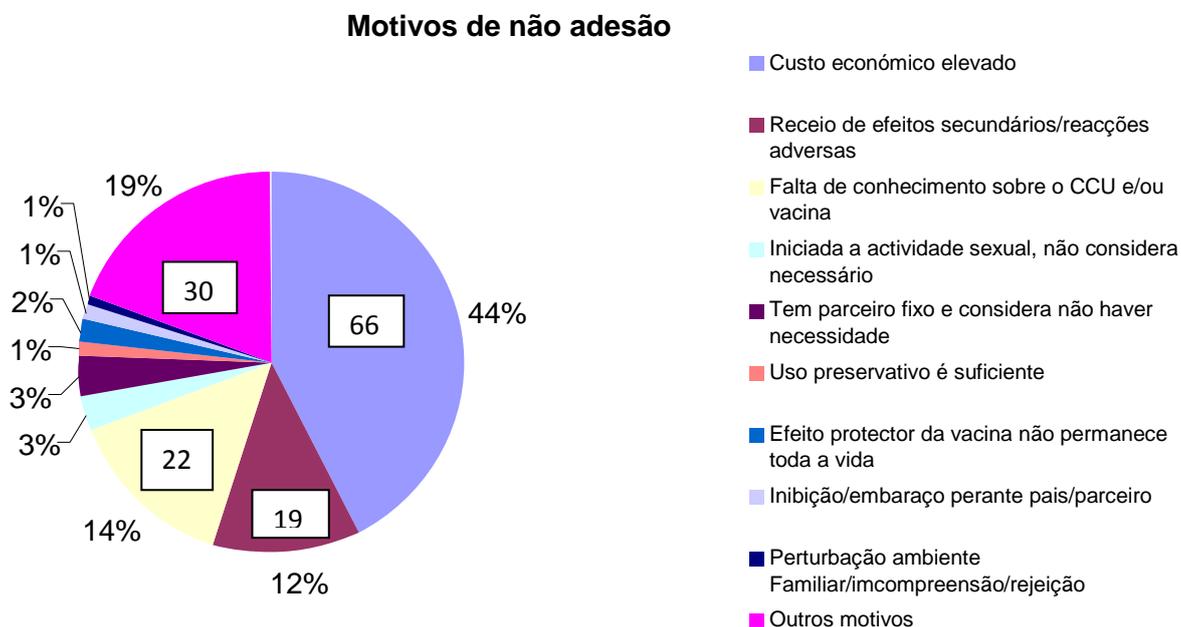


Figura 5 - Percentagem e frequência de respostas dadas sobre os motivos de não adesão à vacina contra o cancro do colo do útero

III.VI Análise descritiva dos motivos de adesão à vacina

Nesta secção do questionário, o sujeito deveria escolher apenas uma opção das cinco existentes: Alta eficácia e segurança, Gravidade das doenças provocadas pelo HPV, Recomendação dos profissionais de saúde, Recomendação dos colegas, amigos, familiares, outros, e Outros motivos. O total de respostas obtidas é N=11.

A Tabela X em Anexo, relativa à frequência de respostas sobre os motivos de adesão à vacina, revela que “Gravidade das doenças provocadas pelo HPV” reúne 7 respostas (64%), seguindo-se “Recomendação dos profissionais de saúde” (N=2) e por último “Alta eficácia e segurança” e “Recomendação amigos, familiares, outros” (N=1).

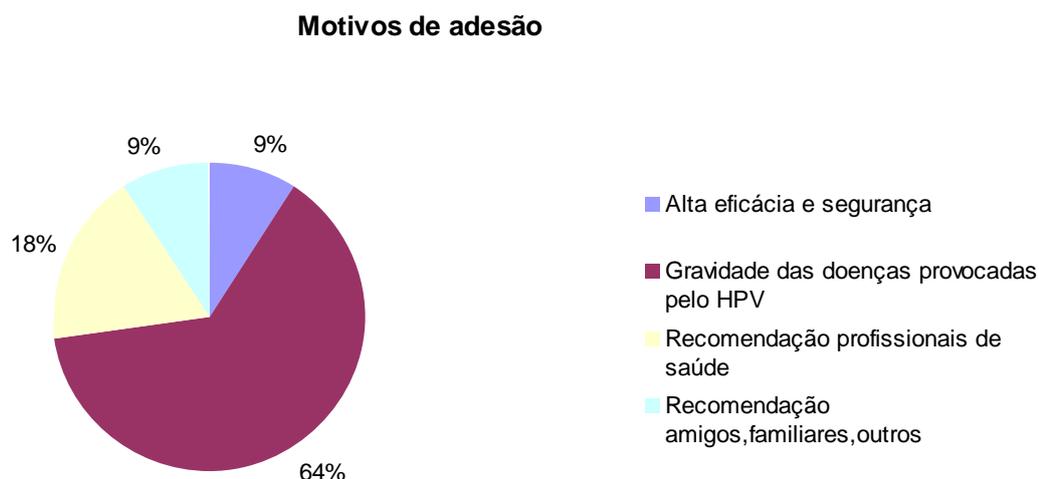


Figura 6 - Percentagem de respostas dadas sobre os motivos de adesão à vacina contra o cancro do colo do útero

III.VIIDiferenças na aceitabilidade da vacina considerando idade, estado civil, dependência económica, estatuto socioeconómico, grau de escolaridade da participante e cuidadores, actividade sexual, recurso aos serviços de saúde, informação disponibilizada sobre o CCU / vacina, grau de conhecimento do CCU / vacina e procura de informação por iniciativa própria.

Para perceber se existe diferença na aceitabilidade da vacina (isto é, que seja estatisticamente significativa), em função das diferentes variáveis, procedemos a análise de contingência, designada Teste do Qui-Quadrado para a Independência, que serve para testar se duas ou mais variáveis independentes diferem entre si relativamente a determinada característica, ou seja, permite verificar se existe ou não relação entre duas ou mais variáveis.

Para cada hipótese (H1) foi formulada a respectiva hipótese nula (H0). Para efeito da rejeição da Hipótese nula foi definido o nível de significância de $p < 0.05$ ou seja uma probabilidade de erro inferior a 5%. Se o valor de p for maior que 0.05, então a hipótese H1 é rejeitada e aceita-se a hipótese H0. Pelo contrário, se o valor de p for menor que 0.05, rejeita-se a H0 e aceita-se a H1.

Os resultados obtidos encontram-se descritos na Tabela VI.

Tabela VI - Frequências e distribuições das respostas dos sujeitos na categoria aceitabilidade da vacina em função das variáveis seleccionadas. (teste do qui-quadrado).

	Aceitabilidade da vacina			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Actividade Sexual				
Não teve actividade sexual e não pretende iniciar a curto prazo	6	20.7	23	79.3
Não teve actividade sexual mas pensa iniciar a curto prazo	2	28.6	5	71.4
É sexualmente activa	3	3.7	78	96.3
$\chi^2 (2) = 10.45, p=.005$				
Nível socioeconómico				
Alto	1	33.3	2	66.7
Médio alto	4	14.8	23	85.2
Médio	5	9.4	48	90.6
Médio baixo	1	4.8	20	95.2
$\chi^2 (3) = 2.98, p=.395$				
Nível instrução da participante				
Ensino Primário	0	0	3	100
Ensino Básico	4	13.3	26	96.7
Ensino Secundário	7	13.5	45	86.5
Ensino Superior	0	0	32	100
$\chi^2 (3) = 5.18, p=.159$				
Nível instrução dos cuidadores				
Escolaridade Baixa	4	6.2	61	93.8
Escolaridade Média	3	10	27	90
Escolaridade Superior	4	18.2	18	81.8
$\chi^2 (2) = 2.81, p=.246$				
Idade				
9-11	0	0	7	100
12-14	4	50	4	50
15-17	4	26.7	11	73.3
18-20	2	4.5	42	95.5
21-23	1	3.2	30	96.8
24-26	0	0	12	100
$\chi^2 (5) = 25.31, p=.000$				
Estado Civil				
Solteira	11	10.4	95	89.6
Casado / união de facto	0	0	10	100
Divorciada / separada	0	0	1	100
$\chi^2 (2) = 1.26, p=.533$				
Dependência Económica				
Sim	11	13.3	72	86.7
Não	0	0	34	100
$\chi^2 (1) = 4.974, p=.019$				
Em média, quantas vezes/ ano recorre ao seu médico de família?				
Nenhuma	2	28.6	5	71.4
Uma	2	7.4	25	92.6
Duas	4	8.3	44	91.7
Três ou mais	3	8.6	32	91.4
$\chi^2 (3) = 4.24, p=.356$				

O seu médico de família já alguma vez lhe falou da vacina e/ou sensibilizou para a toma desta?				
Sim	6	22.2	21	77.8
Não	5	5.6	85	94.4
$\chi^2 (1) = 6.77, p=.018$				
E outro médico/profissional já lhe falou da vacina e/ou sensibilizou para a toma desta?				
Sim	9	20.5	35	79.5
Não	2	2.7	71	97.3
$\chi^2 (1) = 10.11, p=.002$				
Grau de Conhecimento em relação ao cancro do útero				
Conhecimento Bom	5	7.4	63	92.6
Conhecimento Médio	6	17.1	29	82.9
Conhecimento Fraco	0	0	14	100
$\chi^2 (2) = 4.25, p=.119$				
Grau de Conhecimento em relação à vacina contra o cancro do útero				
Conhecimento Bom	10	14.5	59	85.5
Conhecimento Médio	1	2.4	41	97.6
Conhecimento Fraco	0	0	6	100
$\chi^2 (2) = 5.153, p=.076$				
Por sua iniciativa, já procurou informação sobre a vacina a internet, em livros, panfletos, no centro de saúde ou em qualquer outro lugar?				
Sim	7	12.1	51	87.9
Não	4	6.9	54	93.1
$\chi^2 (1) = .90, p=.26$				

Da análise da Tabela VI, podemos afirmar que são aceites para o nível de significância estipulado, as relações entre a aceitabilidade da vacina e as seguintes variáveis: actividade sexual, idade, dependência económica, sensibilização para a toma da vacina por parte do MF e sensibilização para a toma da vacina por parte de outro médico/ profissional de saúde.

Relativamente à variável Idade, verificámos violação de um dos pressupostos do Teste de Aderência do Qui-quadrado: 50% das células possuem frequências esperadas inferiores a 5.

Posteriormente, considerando que a variável *idade* é constituída por mais de duas categorias, foram conduzidos teste de *follow-up* para confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os seis níveis da variável idade e os dois níveis da variável aceitabilidade da vacina. O teste de *follow-up* realizado, indica que a proporção de não aderentes à vacina difere significativamente da proporção de aderentes à vacina, nas 6

condições da variável *Idade*. Neste sentido, acautelamos que o nível de significância do teste pode levar a conclusões erradas.

Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre a aceitabilidade e as seguintes variáveis: nível socioeconómico, estado civil, número de vezes que recorre ao MF, procura de informação por iniciativa própria, nível de instrução da jovem e dos cuidadores e grau de conhecimento em relação ao CCU e respectiva vacina.

Numa etapa posterior, decidimos verificar dentro de cada variável independente que item seria preditivo de maior aceitabilidade da vacina. Neste sentido foi conduzida uma regressão binomial logística.

A regressão logística permite determinar a percentagem de variância que é explicada pela variável independente, ordenar a importância relativas da(s) VI(s), avaliar os efeitos de interação e compreender o impacto das variáveis covariantes de controlo. O impacto das variáveis preditivas é normalmente expresso em termos de *odds ratio*.

Neste modelo, para introdução dos dados procedeu-se da seguinte forma. A variável dependente (VD) foi categorizada pelo programa estatístico em 1= Adesão (referência) e 2= Não Adesão (preditiva) e as variáveis independentes (VIs) designadas “covariadas” foram transformadas em covariadas categóricas, sendo o último item de cada VI a categoria de referência. Foi considerado o Intervalo de Confiança para o Odds Rácio a 95% e o valor de ponto de corte 0.05 (designa-se limiar de significação estatística, isto é, o que é acima deste valor não é estatisticamente significativo).

Tabela VII - Regressão logística para o grau de aceitabilidade da vacina contra o CCU, considerando a actividade sexual, nível socioeconómico, nível de instrução da participante, nível de instrução dos cuidadores, idade, estado civil, dependência económica, recursos de saúde, conhecimento sobre o CCU e respectiva vacina e procura de informação por iniciativa própria.

	Coefficiente	OR	p	95%	IC
Actividade Sexual					
Não teve actividade sexual e não pretende iniciar a curto prazo	-1.91	,14	,010	,03	,63
Não teve actividade sexual mas pensa iniciar a curto prazo	-2.34	,09	,022	,01	,71
É sexualmente activa	Ref.				
Nível socioeconómico					
Alto	-2.30	,10	,14	,004	2,28
Médio alto	-1.24	,28	,28	,03	2,78
Médio	-.73	,48	.51	,053	4,37
Médio baixo	Ref.				
Nível instrução da participante					
Ensino Primário	,00	1,00	1,00	,00	
Ensino Básico	-19,33	,00	,99	,00	
Ensino Secundário	-19,34	,00	,99	,00	
Ensino Superior	Ref.				
Nível instrução dos cuidadores					
Escolaridade Baixa	1,22	3,38	,10	,77	14,92
Escolaridade Média	,69	2,00	,3	,39	10,01
Escolaridade Superior	Ref.				
Idade					
9-11	.00	1.00	1.00	.00	
12-14	-21,20	.00	,99	.00	
15-17	-20,19	.00	,99	.00	
18-20	-18,15	.00	,99	.00	
21-23	-17,80	.00	,99	.00	
24-26	Ref.				
Estado Civil					
Solteira	-19,04	1.00	1.00	.00	
Casado / união de facto	,00	.28	1.00	.00	
Divorciada /Separada	Ref.				
Dependência Económica					
Sim	-19,32	.00	.99	.00	
Não	Ref.		.		
Em média, quantas vezes/ ano recorre ao seu médico de família?					
Nenhuma	-1,45	,23	,16	,03	1,77
Uma	,15	1,17	,86	,18	7,55
Duas	,03	1,03	,96	,21	4,93
Três ou mais	Ref.				

O seu médico de família já alguma vez lhe falou da vacina e/ou sensibilizou para a toma desta?					
Sim	-1.58	,20	,015	,05	,74
Não	Ref.				
E outro médico/profissional já lhe falou da vacina e/ou sensibilizou para a toma desta?					
Sim	-2.21	,11	,006	,02	,53
Não	Ref.				
Grau de Conhecimento em relação ao cancro do útero					
Conhecimento Fraco	18,66	1E+008	,99	,00	
Conhecimento Médio	-,95	,38	,13	,10	1,36
Conhecimento Bom	Ref.				
Grau de Conhecimento em relação à vacina contra o cancro do útero					
Conhecimento Fraco	19,42	3E+008	,99	,00	
Conhecimento Médio	1,93		,07	,85	56,40
Conhecimento Bom	Ref.				
Por sua iniciativa, já procurou informação sobre a vacina a Internet, em livros, panfletos, no centro de saúde ou em qualquer outro lugar?					
Sim	-.61	,54	,34	,14	1,95
Não	Ref.				
IC= Intervalo de Confiança; OR= Odds Ratio					

Conforme se verifica na Tabela VII, os resultados obtidos sugerem que as variáveis preditoras Actividade Sexual, Sensibilização para a vacina pelo MF e Sensibilização para a vacina por parte de outro médico/ profissional de saúde influenciam o grau de aceitabilidade da vacina.

Relativamente à preditora Actividade Sexual, os dados sugerem que nos sujeitos que não pretendem iniciar a sua vida sexual a curto prazo diminui o grau de não aceitação da vacina (B=-1.91; OR=.14), ou seja, o grau de aceitabilidade aumenta nos sujeitos que não pretendem iniciar a curto prazo a sua actividade sexual. O mesmo se verifica nos sujeitos que pretendem iniciar a curto prazo a sua actividade sexual. O mesmo se verifica nos sujeitos que pretendem iniciar a curto prazo (B=-2.34; OR=.09). Mais ainda, parece existir maior aceitação da vacina no grupo de inquiridos que não pretende iniciar a sua vida sexual a curto prazo (OR=.14), em comparação àqueles que pensam iniciar a actividade sexual a curto prazo (OR=.09).

Quanto à informação disponibilizada pelo Médico de Família, os dados sugerem que o grau de não aceitabilidade da vacina diminui quando o sujeito é informado pelo MF (B=-1.58; OR=.206), isto é, o grau de aceitabilidade aumenta quando é sensibilizado pelo MF para a toma da vacina.

Da mesma forma, o grau de não aceitabilidade da vacina é menor quando informado por outro médico/ profissional de saúde (B=-2.211; OR=.110), em outros termos, o grau de aceitabilidade aumenta quando é sensibilizado para a toma da vacina.

III.VIII Taxa de adesão das jovens cuja vacina já faz parte do seu Plano Nacional de Vacinação

Coorte nascida em 1995 (13 Anos em 2008): 87.72%

Coorte nascida em 1996 (13 Anos em 2009): 71.76%

Coorte nascida em 1992 (17 Anos em 2009): 78.22%

De relembrar que se pretendem coberturas vacinais, no mínimo de 85% (Circular Normativa Nº: 25/DSCS/DPCD) / 95% (Comissão Técnica de Vacinação da DGS; Maio de 2008), em cada coorte. ^{8,9}

IV – Discussão

IV- Discussão

Neste estudo, a taxa de adesão à vacina pelas jovens na idade recomendada (9-26 anos), é muito baixa (9.4%). Neste grupo etário, poderão haver jovens que tomaram ou não a vacina no âmbito do PNV (nas que responderam de modo afirmativo na adesão não houve discriminação se integrada ou não no PNV).

Este estudo também não referencia jovens ou mães, que apesar de terem respondido negativamente na adesão à vacina, ponderam fazê-lo.

Quanto à adesão das jovens convocadas para toma da vacina (por fazer parte do PNV), são resultados: Coorte nascida em 1995→87.72%, 1996 →71.76%, 1992 →78.22%. Pretende-se cobertura vacinal de 85% por coorte (mínimo), objectivo que não estará cumprido a 3 meses do final do ano.

A hipótese de a maioria das jovens convocadas (já inseridas no PNV) ter comparecido para a toma é confirmada neste estudo, apesar de ainda não ter sido atingido o limiar de adesão pretendido em cada uma das coortes já abrangidas. A hipótese de nas jovens restantes se esperar adesão mais baixa, também é confirmada.

A maioria dos adolescentes, jovens adultos e pais são a favor da vacinação, revelam interesse em vacinações contra IST e têm atitude positiva quanto à sua vacinação e/ou dos seus filhos, ponderando vacinar-se e/ou vacinar os filhos^{1,4,7,13,16,36,37,44,47,48}. Assim, as taxas de aceitabilidade da vacina são semelhantes e altas^{4,5,6,7,14,16,17,24,37,38,48}.

A definição de aceitabilidade em praticamente todos estes estudos, assenta em que os participantes estariam interessados na toma da vacina para si e/ ou para os seus filhos, sem que necessariamente já o tivessem feito.

Estimativas recentes, nos EUA, quanto ao número de jovens com toma de uma dose da vacina pelo menos, apontam para valores de 5 a 26% ², ou taxas de apenas 12% ³⁴ (aquém do esperado).

Em suma, a intenção de toma da vacina, definida como aceitabilidade, é constantemente elevada, mas a adesão efectiva à vacina é muito baixa, pelo que há que definir razões.

Variáveis sociodemográficas e aceitabilidade

O estudo permite concluir que as variáveis sociodemográficas têm papel limitado na aceitabilidade da vacina. Apesar de haver diferenças entre dois grupos (adesão / não adesão), não são estatisticamente significativas para estabelecer relação de dependência.

Idade, estado civil, dependência económica, estatuto socioeconómico, habilitações literárias da jovem e dos cuidadores, parecem ser factores não determinantes da aceitabilidade.

A hipótese colocada de serem factores determinantes da aceitabilidade ser solteira, financeiramente independente, classe socioeconómica elevada, maior nível de escolaridade da jovem e cuidadores, não é confirmada.

Solteiras e divorciadas apresentam geralmente maiores graus de aceitabilidade, e ser casada é factor preditivo de não aceitabilidade ⁴; noutros grupos, parece não haver associação.
4,36

As jovens financeiramente dependentes dos pais têm dificuldade em convencê-los da necessidade da vacinação ⁴⁷, portanto o envolvimento dos pais em campanhas educacionais não pode ser negligenciado. ⁴⁷

Verificam-se efeitos variáveis do estatuto socioeconómico¹; no entanto jovens de estatuto socioeconómico mais baixo têm mais dificuldades na aquisição da vacina devido ao alto custo.⁴⁷

Nível de habilitações literárias mais baixo^{1,4,36,37} e maior remuneração mensal¹ estão frequentemente associados a maior aceitabilidade; outros estudos não demonstram relação estatisticamente significativa.^{1,4,34}

Pais com filhas mais velhas revelam maior aceitabilidade³⁴. Em outros estudos, mães com filhas mais novas revelam maior aceitabilidade²², ou não demonstram associação.³⁶

Actividade sexual e aceitabilidade

A hipótese de não ter iniciado a actividade sexual e pensar iniciar a curto prazo ser factor determinante da aceitabilidade é confirmada. Contudo, são aquelas que não pretendem iniciar a actividade sexual a curto prazo que possuem maior grau de aceitabilidade.

Não ter iniciado actividade sexual parece ser factor que determina de modo positivo a aceitabilidade, já a ter iniciado é preditor de não adesão.

Dadas as causas de não adesão apuradas, explicar-se-á porque uma vez iniciada actividade sexual, há já possibilidade de a exposição ter acontecido, e portanto receio da não eficácia da vacina, com relação custo-benefício diminuída. Outras jovens com parceiro fixo não acham necessária vacinação, pensando não correr riscos adicionais.

Por outro lado, as jovens que ainda não iniciaram actividade pensam que a vacina é 100% eficaz e, portanto, ficam protegidas de possível infecção e consequências potencialmente graves, motivando-as a vacinar-se.

Conhecimento do CCU / vacina e aceitabilidade

Apesar de haver diferenças quanto ao nível de conhecimento sobre CCU/HPV e vacina (adesão/não adesão), não são estaticamente significativas, pelo que esta variável não determina a aceitabilidade.

Assim, a hipótese de o melhor conhecimento sobre CCU/ HPV e vacina ser factor determinante da aceitabilidade, não é confirmada. Apesar disso, as jovens aderentes possuem nível de conhecimento sobre CCU/HPV e vacina ligeiramente superior às não aderentes.

A primeira afirmação de a maioria dos CCU se originar de células infectadas com HPV, ser de transmissão sexual e a infecção por HPV ser a IST mais frequente actualmente, foi a que obteve maior percentagem de respostas incorrectas em ambos os grupos (aderentes: 54.5% / não aderentes: 41.5%).

Facto preocupante, dado que estabelece relação do CCU com HPV, forma de transmissão e elevada frequência, postulados major da razão e importância da vacina.

Em relação à vacina, as aderentes possuem bom conhecimento. As não aderentes possuem maior percentagem de respostas incorrectas (32.4%) na primeira afirmação de a vacina estar indicada para indivíduos do sexo feminino, de idades compreendidas entre 9 e 26 anos inclusive, com 3 doses. Facto também alarmante, dado referir-se às idades recomendadas para vacina, e as jovens desconhecerem-no.

O conhecimento HPV/CCU/Vacina é considerado pré-requisito para tomada de decisões devidamente informadas quanto à vacinação.^{1,47} No entanto, a maioria das jovens, adultos e pais possuem baixo nível de conhecimento sobre HPV, relação com CCU e Vacina^{1,12,37,44,46,47,49}, e falta de conhecimento para alguns impossibilita discussão da aceitabilidade.

Apesar dos níveis baixos de conhecimento em relação a HPV a aceitabilidade é alta,^{1,20,37,44,49} e o nível de conhecimento parece não estar relacionado com aceitabilidade.^{4,36,47}

Nos EUA, apenas 21 % (0-34%) dos participantes sabia que o HPV era comum, 68% (41 – 88%) sabia que HPV é IST, 45% (10 – 98%) sabia que infecção por HPV pode não dar sintomas e 44% (1-89%) sabia que HPV pode causar CCU, taxa relativamente baixa, mas com grande variação entre vários estudos.¹ Há mesmo quem nunca tenha ouvido falar de HPV.^{1,46}

Há relação variável entre conhecimento sobre HPV e aceitabilidade da vacina.¹

Em geral, as pessoas sabem pouco sobre HPV, mas após informação, maior número apoia introdução da vacina.^{44,46}

Procura de informação e aceitabilidade

Há pouca informação pública, as jovens precisam de mais informação sobre vacinação. A maioria das jovens aprende sobre vacina em jornais e revistas.⁴⁷

Este estudo observa que aproximadamente 50% das jovens em cada grupo (adesão/não adesão) procura informação por iniciativa própria, não estando esta variável relacionada com aceitabilidade. A hipótese colocada de a procura de informação por iniciativa própria determinar a aceitabilidade não é apoiada.

Recursos de saúde

A hipótese de a instrução e sensibilização para a toma da vacina pelo MF ou outro profissional de saúde determinarem a aceitabilidade é confirmada. A hipótese de consultas regulares no MF determinarem a aceitabilidade não é apoiada. No entanto, as jovens com consultas mais frequentes têm mais oportunidades de sensibilização.

Destaca-se perda de oportunidade, sobretudo dos Médicos de Família, mas também de outros médicos / profissionais de saúde, para instrução e sensibilização das utentes sobre a vacina, sobretudo quando o grau de credibilidade destes é muito elevado (mais de 95%).

A percentagem de jovens que nunca foi abordada ou sensibilizada para toma é muito elevada (MF: 76.9% do total - 80.2 das não aderentes e 45.5 das aderentes; Outro profissional de saúde: 62.4% do total - 67% das não aderentes e 18.2% das aderentes).

A hipótese de as jovens estarem a ser sensibilizadas para a vacina pelo MF ou outro profissional de saúde não é confirmada. A hipótese de acreditarem na informação veiculada por estes é fortemente apoiada.

A aceitabilidade é maior entre pais e jovens adultos que acreditam que um médico a recomendaria.^{1,34,37} Os que foram aconselhados pelo médico têm atitude mais positiva em relação à vacina e compreendem melhor as razões para vacinação das jovens antes do início da actividade sexual.^{34,36} A importância do aconselhamento médico é consistente com estudos prévios em que após aconselhamento, mais pais estão a favor da vacinação.^{16,34,36} Assim, o papel do médico é de suma importância para incremento da aceitabilidade.^{1,34,37} No entanto, baixa percentagem de pais (22%) admite que o seu médico recomendou toma da vacina para as filhas.³⁴

Motivos de não adesão

A hipótese de o principal motivo de não adesão ser elevado custo da vacina, é fortemente apoiada. Também falta de conhecimento sobre vacina/CCU e receio de efeitos secundários se mostraram motivos relevantes.

O custo é referido como principal factor-barreira à vacinação.^{1,12,37,46,47} Receio de efeitos secundários e não garantia de eficácia são factores de não adesão também.^{1,12,34,36,46,47} Informação insuficiente ou mesmo ausência desta^{12,36,44,46,47} e falta de urgência prioridade de alguns pais, dado que prevêm que as filhas não estarão expostas a curto prazo, são outros motivos.³⁶

Associação da vacina com IST e crença que promoveria comportamento sexual dos adolescentes são barreiras à vacinação.^{1,44,47} Uma minoria dos pais que indica falta de aceitabilidade da vacina fundamenta-se com risco de desinibição sexual, promoção da actividade sexual e comportamentos sexuais de risco^{6,15,36,37,44,28}. Outros vêem vacinação contra HPV irrelevante para esse comportamento, dado que não confere protecção contra outras DSTs.⁴⁷

Idade muito jovem^{36,44} ou ainda não ter iniciado actividade sexual⁴⁷ têm sido referidos. Torna-se assim importante enfatizar a toma da vacina antes do início da actividade sexual para ser mais eficaz. Embora pais possam achar desnecessário, ou mesmo inaceitável, administrar vacina a raparigas de idade tão jovem, realça-se que 33% das estudantes do 9º ano referem já ter iniciado actividade sexual, subindo para 62% nas jovens que frequentam 12º ano⁴.

Porque alguns tipos de HPV podem ser transmitidos pelo contacto sexual, podem ser vistos como IST. Também porque infecção com HPV de alto risco é condição para desenvolvimento de cancro cervical invasivo, esta doença é considerada sexualmente transmissível⁴, o que se revela barreira à aceitabilidade da vacina, pelo estigma social^{16,36,44,47}. As jovens receiam ser vistas como promíscuas. A inibição ou embaraço perante pais e/ou parceiro(s) e a perturbação do ambiente familiar tendo medo da incompreensão ou rejeição, ainda obtiveram 3 respostas.

Motivos de adesão

Quanto à hipótese de o principal motivo para adesão ser a recomendação dos profissionais de saúde, não foi confirmada. De facto, a gravidade das doenças provocadas pelo HPV, para as quais a vacina confere protecção, foi principal motivo para decisão de adesão, reunindo 7 respostas (64%).

Estudos apontam a percepção da severidade da infecção por HPV como factor que influencia aceitabilidade entre pais,^{1,13} no entanto, outros mostram que essa percepção não está relacionada com grande aceitabilidade.^{1,34}

Tal se deve a que a principal preocupação dos indivíduos em geral e dos pais é proteger-se e proteger os filhos de doenças, portanto, eficácia da vacina e severidade das lesões causadas pelo vírus são pontos principais de adesão.^{1,16,50,51}

A aceitabilidade da vacina é maior quando as pessoas acreditam que a vacina é eficaz e segura, é recomendada por médico, e que infecção por HPV é comum e pode estar associada a doenças graves como CCU.^{1,12,13,16,34,36}

Dado que sensibilização e recomendação pelo médico são referidas como factor determinante de aceitabilidade, prevíamos que fosse este motivo principal de adesão. Tal não se verificou, obtendo apenas duas (2) respostas, o que se explica por as jovens não serem devidamente sensibilizadas, não o podendo assim apontar como motivo.

Limitações

A amostra, não muito numerosa e restrita à população de um centro de saúde, será menos representativa da população geral e terá menor sensibilidade para detectar diferenças significativas entre grupos.

O estudo não analisa as jovens que, apesar de ainda não serem vacinadas, têm intenção de o fazer a curto prazo.

Utilizaram-se apenas 4 afirmações para avaliar conhecimento sobre CCU e 3 para avaliar conhecimento em relação à vacina, o que poderá não ser suficientemente sensível.

Os resultados obtidos foram comparados com outros estudos, com metodologias diferentes, em países diferentes, diferenças nos sistemas de saúde e culturais nas crenças e motivações relacionadas com vacinação contra HPV.

V – Conclusão

V – Conclusão

Programas a desenvolver

O conhecimento da população geral sobre HPV, CCU e vacina é geralmente insuficiente para decidir sobre aceitabilidade de modo devidamente informado e consciente. As pessoas não se sentem suficientemente informadas para formar opinião. É preciso aumentar informação ao público, e assim aumentar conhecimento sobre HPV e vacina.

Programas de promoção da vacina deveriam enfatizar que infecção por HPV é comum, pode ser assintomática e transitória mas também poderá ser persistente, com lesões displásicas genitais de alto grau ou mesmo CCU, que a vacina é eficaz sobretudo quando administrada antes do início da actividade sexual, e é segura.

Uma campanha de educação pública poderia reduzir estigma associado à vacinação contra uma IST.⁴⁷

A recomendação pelo médico será chave para sucesso dos programas de vacinação.^{16,47} Este estudo foi importante para perceber que sensibilização para toma da vacina pelo Médico de Família, outro médico ou profissional de saúde, é bom preditor de maior grau de aceitabilidade.

Além disso, os indivíduos confiam na informação veiculada pelos seus Médicos. Contudo, em termos descritivos, a realidade revela que 77% das jovens não foi informada pelo MF e 62% não foi informada por outro médico / profissional de saúde. Portanto, apesar de ser excelente preditor, essa função não é exercida.

Podemos assim concluir, que aceitabilidade da vacina será maior, quando houver maior enfoque dos médicos no esclarecimento de informação e sensibilização da população-alvo, principalmente pelo MF, ao qual toda a população terá acesso e relação estreita. As campanhas de sensibilização devem começar pela sensibilização dos médicos /profissionais de saúde.

O RCM de “Gardasil” ® foi actualizado, incluindo eficácia clínica e dados de segurança em mulheres até 45 anos²⁶, assim novas campanhas de sensibilização deverão ser dirigidas à nova amplitude da população-alvo.

Com redução do custo ou comparticipação da vacina, a adesão também aumentaria, atenuando-se um dos principais factores de não adesão (custo económico).

O Infarmed está a avaliar possibilidade de recomendar comparticipação da vacina fora do PNV (modelo de análise de decisão com Cervarix®).¹⁹

O diagnóstico e tratamento de lesões cervicais potencialmente cancerosas e cancerosas tem custos significativos, e quanto a impacto económico e saúde, a introdução da vacina quadrivalente (em Inglaterra) correspondeu a grande poupança, logo é intervenção custo-efectiva, justificando economicamente, investimento das autoridades de saúde na vacina quadrivalente.²⁷

A mesma realidade poderia ocorrer em Portugal, que ocupa a primeira posição de maior incidência de CCU, entre os países da Europa.²⁷

As campanhas devem também comunicar que a vacina não confere protecção total contra CCU. As mulheres devem continuar rastreio regular para detecção precoce do CCU, vacinadas ou não. A vacina quadrivalente é vacina preventiva e portanto não trata infecções nem lesões actuais ou pré-existentes. A vacina não protege contra todos os tipos de HPV.³²

Linhas de investigação futura

Seria interessante compreender motivos que têm levado médicos e outros profissionais de saúde a não instrução e sensibilização para toma da vacina pela população-alvo.

Estudos/Investigações futuras da aceitabilidade ou outras orientações deverão ter em conta a nova directriz do RCM que amplia população-alvo da vacina até aos 45 anos.

VI – Agradecimentos

VI - Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que tornaram possível a realização deste trabalho.

Desde logo, e nomeadamente, ao Dr. Hernâni Caniço, meu orientador, pela incessante disponibilidade, pelo seu empenhamento no esclarecimento de dúvidas, orientação e correcção científica. O meu mais sincero agradecimento pelo apoio e encorajamento que sempre me transmitiu.

Aos que me ajudaram na trabalhosa e fundamental etapa de distribuição e recolha dos questionários, no C.S. São Martinho do Bispo, a colegas, alguns médicos e administrativos, sem os quais teria sido impossível a obtenção dos 117 questionários.

Não podia deixar de nomear aqueles que estão a meu lado, me acompanham e apoiam em tudo: pais, irmã e amigos próximos.

VII - Referências / Bibliografia

VII – Bibliografia

- 1) Brewer NT, Fazekas KI (2007), Predictors of HPV vaccine acceptability: A theory-informed, systematic review. *Preventive Medicine* 45: 107-114.
- 2) Centers for Disease Control and prevention (CDC) (2008) Vaccination coverage among adolescent aged 13-17 years- United States, 2007. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 57 (40):1100-1103.
- 3) Chris Meijer. (2007) Expected impact of HPV vaccines on current screening practice. HPV master class, Oral presentation, Jan 31st, Madrid, Spain
- 4) Christian WJ, et al (2009) Acceptance of the HPV vaccine for Adolescent Girls: Analysis of State – Added Questions from the BRFSS. *Journal of Adolescent Health* 44: 437-445.
- 5) Constantine NA, Jerman P (2007) Acceptance of human papillomavirus vaccination among Californian parents of daughters: a representative statewide analysis. *Journal of Adolescent Health* 40:108-115.
- 6) Davis K, Dickman ED, Ferris D, (2004) Human papilloma virus vaccine acceptability among parents of 10 –to 15- years-old adolescents. *J Low Genit Tract Dis* 8: 188-194.
- 7) Dinh TA, Rosenthal SL, Doan ED, Trang T, Pham VH, Tran BD, Tran VD, Bao Pham GA, Chu HKH, Breit Kopf CR (2007) Attitudes of Mothers in Da Nang, Vietnam toward a Human Papillomavirus Vaccine. *Journal of Adolescent Health* 10:1016.
- 8) Direcção Geral da Saúde: Campanha de Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV). Circular Normativa N° 25/DSCS/DPCD de 22/12/08
- 9) Direcção-Geral da Saúde, Comissão Técnica de vacinação. Vacinação contra infecções por vírus do Papiloma Humano (HPV). Maio de 2008.
- 10) Direcção Geral da Saúde: Programa Nacional de Vacinação (PNV). Introdução da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano. Circular Normativa N° 22 /DSCS/DPCD de 17/10/08. Disponível em: URL:<http://www.dgs.pt> (acedido em 22.03.09)
- 11) Direcção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Vacinação (PNV). Introdução da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano. Texto de apoio à Circular Normativa n°22/DSCS/DPCD de 17 de Outubro de 2008
- 12) Do H, Seng P, Talbot J, Acorda E, Coronado GD, Taylor VM (2009) HPV vaccine knowledge and beliefs among Cambodian American parents and community leaders. *Asian Pac J Cancer Prev.* 10(3): 339-44.

- 13) Fazekas KI, Brewer NT, Smith JS (2008) HPV vaccine acceptability in a rural southern area. *J Womens Health (Larchmt)*. 17(4): 539-48.
- 14) Ferris DG, Waller JL, Owen A, Smith J (2007) Midadult women's attitudes about receiving the prophylactic human papillomavirus vaccine. *J Low Genit Tract Dis* 11:166-172.
- 15) Friedman AL, Sheppard H (2007) Exploring the Knowledge, attitudes, beliefs, and communication preferences of the general public regarding HPV: findings from CDC focus group research and implications for practice. *Health Educ Behav* 34: 471-485.
- 16) Gerend MA, Lee SC (2007) Predictors of Human Papillomavirus Vaccination Acceptability Among Underserved Women. *Sexually Transmitted Diseases* vol 34 No7, 468-471.
- 17) Hopenhayn C, Christian A, Christian WJ, Schoenberg NE (2007) Human papillomavirus vaccine: Knowledge and attitudes in two Appalachian Kentucky Counties. *Cancer causes control* 18: 627-634.
- 18) <http://www.dgs.pt/wwwbase/raiz/mlk>; (acedido em 24.04.09)
- 19) Infarmed está a avaliar possibilidade de recomendar a comparticipação de vacina do HPV. *Tempo Medicina* 1º caderno de 2009.02.23. 0913281C30209SG08B
- 20) Madhivanan P, Krupp K, Yashodha MN, Marlow L, Klausner JD, Reingold AL (2009) Attitudes toward HPV vaccination among parents of adolescent girls in Mysore, India. *Vaccine* 27: 5203 – 5208.
- 21) Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Chesson H, Unger ER (2007) Quadrivalent human papillomavirus vaccine. *Morb. Mort. Wkly. Rep.* 56, 1-24.
- 22) Marlow LA, Waller J, Wardle J (2008) Sociodemographic predictors of HPV testing and vaccination acceptability: results from a population – representative sample of British women. *J Med Screen* 15 (2):91-6.
- 23) Matos A, Moutinho J, Pinto D, Medeiros R. the influence of smoking and others cofactors on the time to onset to cervical cancer in a southern European population. *Eur J Cancer Prev*, 2005 Oct.; 14(5): 485-91.
- 24) Mays RM, Sturn LA, Zimet GD (2004) Parental perspectives on vaccinating children against sexually transmitted infections. *Soc Sci Med* 58: 1405-1413.
- 25) Munoz N, Bosch Fx, de Sanjose S., e tal. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*; 2003, 348:518-527.

- 26) Munoz N. et al. (2009). Safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in women aged 24-45: a randomized, double-blind trial. *Lancet* 373:1949-57.
- 27) Oliveira C. e tal. 2008. Prevenção do cancro do colo do útero e das doenças relacionadas com papilomavírus humano – Proteger o futuro das mulheres com a vacina quadrivalente contra o HPV. *Saúde Pública*. Nº67
- 28) Olshen E, Woods ER, Austin SB, et al (2005) Parental acceptance of the human papillomavirus vaccine. *Journal of Adolescent Health* 37: 248-251.
- 29) Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*; 2005, 55:74-108
- 30) Parkin DM, Bray F. The burden of HPV-related cancers *Vaccine*. 2006 Aug 21; 24 Suppl 3: 11-25
- 31) Pinheiro PS, Tyczyński JE, Bray F, Matos E, Parkin DM. Cancer incidence and mortality in Portugal, *European J Cancer* 2003, 39: 2507-2520.
- 32) RCM de Gardasil® alterado. *Tempo Medicina Terapêutica Médica* de 2009.09.14. 091352TM04409JMA37X
- 33) RCM: Resumo das Características do Medicamento. (acedido em 15.04.09)
- 34) Reiter PL, Brewer NT, et al (2009) Parents' health beliefs and HPV vaccination of their adolescent daughters. *Social Science & Medicine* 69: 475-480.
- 35) Relatório Público Europeu de Avaliação (EPAR); Gardasil; Resumo do EPAR destinado ao público. (2008)
- 36) Rosenthal SL, et al (2008) Uptake of HPV vaccine: Demographics, Sexual History and Values, Parenting Style, and Vaccine Attitudes. *Journal of Adolescent Health* 43: 239-245.
- 37) Sauvageau C, Duval B, Gilca V (2007) Human Papilloma Virus vaccine and cervical cancer screening acceptability among adults in Quebec, Canada. *BMC Public Health* 7:304.
- 38) Slomovitz BM, Sun CC, Frumovitz M, et al (2006) Are Women ready for the HPV vaccine? *Gynecol Oncol* 103: 151-154.
- 39) Smith JS, Herrero R, Bosetti C, et al, International Agency for Research on Cancer (IARC) Multicentric Cervical Cancer Study Group. Herpes Simplex virus -2 as a human

- papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2002 Nov, 6;94 (21): 1604-13
- 40) Stanley M. HPV vaccines. *Best Pract Res Clin Obst Gynecol* 2006; 20: 279-93.
- 41) Vacina contra o HPV. Reunião de Consenso Nacional. Coimbra, 16 e 17 de Fevereiro de 2007;
- 42) Villa LL, Ault KA, et al (2006) Immunologic responses following administration of a vaccine targeting human papillomavirus Types 6, 11, 16 and 18. *Vaccine* 24: 5571 – 5583.
- 43) Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*, 1999; 189:12-19
- 44) Walsh CD, Gera A (2008) Public Knowledge and attitudes towards Human Papilloma Virus (HPV) Vaccination. *BMC Public Health* 8: 368
- 45) John O. Schorge, et al (2008) Chapter 30: Cervical Cancer. In *Williams Gynecology*. McGraw-Hill Companies.
- 46) Winkler JL, Wittet S, Bartolini RM, Creed-Kanashiro HM, Lazcano-Ponce E, Lewis-Bell K, Lewis MJ, Penny ME (2008) Determinants of Human Papillomavirus Vaccine Acceptability in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 26S : L73-L79
- 47) Wong LP (2008) Young multiethnic women's attitudes toward the HPV vaccine and HPV vaccination. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 103:131-135.
- 48) Woodhall SC, Lehtinen M, Venho T, Huhtala H, Hokkanen M, Kosunen E (2007) Anticipated Acceptance of HPV vaccination at the Baseline of Implementation: A survey of Parental and Adolescent Knowledge and Attitudes in Finland. *Journal of Adolescent Health* 40 (5):466-469.
- 49) Zimet GD, Liddon N, Rosenthal SL, Lazcano-Ponce E, Allen B (2006) Psychosocial aspects of vaccine acceptability. *Vaccine* 24 (Suppl 3): S 201-209.
- 50) Zimet GD, Mays RM, Sturm LA, et al (2005) Parental attitudes about sexually transmitted infection vaccination for their adolescent children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 159:190-192
- 51) Zimet GD, Perkins SM, Sturm LA, et al (2005) Predictors of STI vaccine acceptability among parents and their adolescent children. *Journal of Adolescent Health* 159: 132-137.

VIII – Anexos

Anexo I – Quadros Estatísticos**Tabela VIII - Valores mínimos e máximos, pontuações médias e desvios-padrão do grau de conhecimento em relação ao cancro do colo do útero e vacina**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Grau de conhecimento em relação ao <u>cancro do colo útero</u>	117	1,00	3,00	1,4359	,51503
Grau de conhecimento em relação à <u>vacina</u>	117	1,00	3,00	2,5385	,59507
Valid N (listwise)	117				
Toma vacina	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Sim					
Grau de conhecimento em relação ao <u>CCU</u>	11	1,00	2,00	1,5455	,52223
Grau de Conhecimento em relação à <u>vacina</u>	11	2,00	3,00	2,9091	,30151
Valid N (listwise)	11				
Não					
Grau de conhecimento em relação ao <u>CCU</u>	106	1,00	3,00	1,4245	,51544
Grau de Conhecimento em relação à <u>vacina</u>	106	1,00	3,00	2,5000	,60553
Valid N (listwise)	106				

Tabela IX – Percentagem e frequência de respostas dadas sobre os motivos de não adesão à vacina contra o cancro do colo do útero

Motivos	Percentagem	Frequências
Custo económico elevado	44%	66
Receio de efeitos secundários/reacções adversas	12%	19
Falta de conhecimento sobre o CCU e/ou vacina	14%	22
Iniciada a actividade sexual, não considera necessário	3%	5
Tem parceiro fixo e considera não haver necessidade	3%	5
Uso preservativo é suficiente	1%	2
Efeito protector da vacina não permanece toda a vida	2%	3
Inibição/embaraço perante pais/parceiro	1%	2
Perturbação ambiente familiar/incompreensão/rejeição	1%	1
Outros motivos	19%	30
Total	100%	155

Tabela X – Percentagem e frequência de respostas dadas sobre os motivos de adesão à vacina contra o cancro do colo do útero

Motivos	Percentagem	Frequência
Alta eficácia e segurança	9%	1
Gravidade das doenças provocadas pelo HPV	64%	7
Recomendação dos profissionais de saúde	18%	2
Recomendação dos amigos, familiares, outros	9%	1
Total	100%	11

Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada participante

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina, com vista à atribuição do grau de Mestre, encontramos-nos a desenvolver um estudo sobre a adesão à vacina contra o cancro do colo do útero.

Neste estudo, por meio de questionários, pretendemos determinar o grau de adesão à vacina e relacionar a aceitabilidade com o perfil individual, a actividade sexual, o conhecimento sobre o cancro do colo do útero e vacina, informação sobre o assunto obtida do médico de família ou outro profissional de saúde.

Pretendemos ainda identificar as causas de adesão/ não adesão.

Assim, solicitamos a sua colaboração neste estudo, ficando garantido o sigilo de todas as informações e dados recolhidos, e não lhe podendo o estudo trazer qualquer prejuízo.

Os dados serão apenas utilizados na elaboração e divulgação científica, respeitando sempre a confidencialidade da sua identidade, comprometendo-nos a não usar ou divulgar nenhuma informação que possa identificá-la.

Com as mais cordiais saudações

Coimbra, ---- / ---- / ----

(autor (a) do estudo)

Eu, _____, com o BI nº _____, tendo recebido as informações supracitadas, e ciente dos meus direitos, autorizo a médica Raquel Marisa Ferreira Guilherme a aplicar o estudo “Adesão à vacina contra o cancro do colo do útero”, não me opondo à utilização das informações e dados recolhidos durante o estudo, garantindo o meu anonimato.

Coimbra, ---- / ---- / ----

(Assinatura da pessoa a quem se aplica o estudo)

Anexo III

Questionário

- **Já tomou a vacina contra o cancro do colo do útero?**

Sim Não

- **Caracterização do perfil individual:**

↪ Idade

↪ Estado civil

Solteira

Casada sem registo /união de facto ou casada com registo

Divorciada/Separada Judicialmente / Separada

Viúva

↪ Está na dependência económico-financeira dos pais (ou tutores) e a toma da vacina depende da decisão deles?

Sim Não

↪ Nível socio- económico (preencher **SÓ** a escala de Graffar em anexo)

Pontos

Classe alta

Classe média alta

Classe média

Classe média baixa

Classe baixa

A preencher pelo autor do estudo

↳ Nível de instrução

Menos de 4 anos de escolaridade

4 anos de escolaridade (1º ciclo do ensino básico)

6 anos de escolaridade (2º ciclo do ensino básico)

9º ano (3 º ciclo do ensino básico)

11º ano

12º ano (ensino secundário)

Curso tecnológico /profissional /outros (Nível III) *

Bacharelato; Licenciatura; Pós-graduação; Mestrado; Doutoramento

Curso de especialização tecnológica

Habilitação Ignorada

↳ Nível de instrução dos pais (colocar o nível de instrução mais elevado, isto é, se for a mãe que possui o nível de instrução mais elevado assinala o da mãe, se for o pai refere o do pai)

Equivalente antigo

Menos de 4 anos de escolaridade

4 anos de escolaridade (1º ciclo do ensino básico) / 1ª a 4ª classe

6 anos de escolaridade (2º ciclo do ensino básico) / + 1º e 2º ano

9º ano (3 º ciclo do ensino básico) / 3º ,4º e 5º ano

11º ano / 6º e 7º ano

12º ano (ensino secundário)

Curso tecnológico /profissional /outros (Nível III)* / Curso Industrial e/ou comercial

Bacharelato; Licenciatura; Pós-graduação; Mestrado; Doutoramento

Curso de especialização tecnológica

Habilitação Ignorada

*Nível III: nível de qualificação da formação (c/equivalência ao ensino secundário)

▪ **Actividade sexual**

Não teve actividade sexual e não pretende iniciar a curto prazo

Não teve actividade sexual mas pensa iniciar a curto prazo

É sexualmente activa

▪ **Conhecimento em relação ao cancro do colo do útero:**

- A maioria dos cancros do colo do útero origina-se de células infectadas com HPV (Papilomavírus Humano), que é transmitido sexualmente e a infecção por HPV é a infecção sexualmente transmissível mais frequente na actualidade.^{45,41}

Verdadeiro

Falso

Afirmação verdadeira!

- A maioria dos cancros do colo do útero desenvolve-se em idades avançadas, dá sintomas logo na fase inicial da doença e a maioria das mulheres apresenta algum tipo de sintomas na altura do diagnóstico.

Verdadeiro

Falso

Afirmação falsa!

Correcção: A maioria dos cancros do colo do útero desenvolve-se em idades relativamente jovens (45- 55anos), na fase inicial não dão quaisquer sintomas e uma grande porção das mulheres diagnosticadas com cancro cervical estão sem sintomas na altura do diagnóstico. Os sintomas costumam aparecer numa fase mais avançada do cancro.⁴⁵

- A probabilidade de se desenvolver um cancro do colo do útero aumenta quando a jovem é sexualmente activa antes dos 20 anos de idade, quando teve vários parceiros sexuais ou cujo companheiro teve mais do que uma parceira, quando há história de infecções genitais ou de verrugas genitais.^{9,45}

Verdadeiro

Falso

Afirmação verdadeira!

- O uso de preservativo não tem uma acção protectora em relação à transmissão do HPV e não diminui a probabilidade de se desenvolver cancro do colo do útero.

Verdadeiro

Falso

Afirmação falsa!

Correcção: O uso de preservativo tem uma acção protectora em relação à transmissão do HPV e desta forma diminui a probabilidade de se desenvolver cancro do colo do útero.⁴⁵

▪ **Conhecimento em relação à vacina:**

- A vacina está indicada para indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 9 e os 26 anos inclusive, com 3 doses.^{33,41}

Verdadeiro

Falso

Afirmação verdadeira!

- A vacina está indicada para a prevenção de infeções persistentes de HPV, lesões pré-cancerosas do colo do útero, cancro do colo do útero, lesões pré-cancerosas e cancerosas da vulva e vagina e verrugas genitais causadas pelos tipos de HPV para os quais a vacina dá protecção. ^{33,35}

Verdadeiro Falso

Afirmação verdadeira!

- A vacina constitui um tratamento para a infecção e/ou doença já presente/activa e com a toma da vacina já não é necessário fazer o rastreio (citologia ou teste de Papanicolaou) para o cancro do colo do útero.

Verdadeiro Falso

Afirmação falsa!

Correcção: A vacina não constitui um tratamento para a infecção e/ou doença já presente/activa e não elimina /substitui a necessidade de rastreio (citologia ou teste de Papanicolaou) para o cancro do colo do útero. ^{11,41}

▪ **Adesão e caracterização dos recursos de saúde**

Em média quantas vezes por ano recorre ao seu Médico de Família?

0 1 2 ≥3

O seu Médico de Família já alguma vez lhe falou da vacina e /ou sensibilizou para a toma desta?

Sim Não

Acredita no que o seu Médico de Família lhe transmitiu sobre o assunto?

Sim Não

E outro médico/profissional de saúde já lhe falou da vacina e /ou sensibilizou para a toma desta?

Sim Não

Acredita no que o médico/profissional de saúde lhe transmitiu sobre o assunto?

Sim Não

▪ **Por sua iniciativa, já procurou informação sobre a vacina na internet, em livros, panfletos, no centro de saúde ou em qualquer outro lugar?**

Sim Não

- **Se ainda não tomou a vacina, porque não o fez?** (indique no máximo 2 respostas, as mais importantes para si)

Custo económico elevado

Receio de efeitos secundários/reacções adversas

Considera a vacina não eficaz/ não acredita na sua eficácia

Falta de conhecimento sobre o cancro do colo do útero e/ou vacina

Já iniciou actividade sexual e considera não haver eficácia e/ou necessidade

Tem parceiro fixo e considera não haver necessidade

Considera que o uso de preservativo (masculino e/ou feminino) é suficiente, eliminando o risco de transmissão do HPV (Papilomavírus Humano)

O efeito protector da vacina não permanece toda a vida

Há inibição ou embaraço perante os seus pais e/ou parceiro(s)

Há perturbação do ambiente familiar e tem medo da incompreensão e rejeição

Outros motivos

- **Se já tomou a vacina, porque o fez?** (indique o motivo principal – apenas 1-, o mais decisivo para a sua opção de toma)

Alta eficácia e segurança da vacina

Gravidade das doenças provocadas pelo HPV, para as quais a vacina confere protecção

Recomendação dos profissionais de saúde

Recomendação dos colegas, amigos, familiares ou outros

Outros motivos