



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

**CAMILA SANTOS ANDRADE
RAFAELLA SALMERON FIGUEIREDO FERREIRA**

**HPV/PAPANICOLAU: CONHECIMENTO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE E EFICÁCIA DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

**Lagarto – SE
2019**

CAMILA SANTOS ANDRADE

RAFAELLA SALMERON FIGUEIREDO FERREIRA

**HPV/PAPANICOLAU: CONHECIMENTO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE E EFICÁCIA DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientador: Ana Maria Fantini Silva

**Lagarto – SE
2019**

CAMILA SANTOS ANDRADE

RAFAELLA SALMERON FIGUEIREDO FERREIRA

**HPV/PAPANICOLAU: CONHECIMENTO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE E EFICÁCIA DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Bacharelado em Medicina.

Orientador(a): Ana Maria Fantini Silva

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a):

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

RESUMO

Objetivo: avaliar o conhecimento prévio e o efeito de uma intervenção educativa sobre a vacinação contra o HPV e prevenção do câncer de colo uterino em agentes comunitários de saúde (ACS) do município de Lagarto – SE. **Métodos:** Trata-se de um estudo experimental, consistindo em um ensaio clínico randomizado. Em um primeiro momento, todos os ACS responderam a um questionário, sendo este considerado como pré-teste. Em um segundo momento, de maneira aleatória, a amostra foi dividida em grupo controle (GC) e grupo experimental (GE), que responderam o questionário antes e depois da intervenção educativa, respectivamente. Para análise estatística foram utilizados o qui-quadrado/ Exato de Fischer e a razão de Chances entre as variáveis qualitativas/ categóricas e Teste T para amostras independentes para a comparação dos resultados quantitativos entre GC e GE. **Resultados:** Participaram do estudo 156 ACS; No pré-teste, eles obtiveram uma média de acertos de 17,9 questões ($\pm 3,42$), num total de 25. Quando comparados com o pós- teste, foi visto que a média de acertos se assemelhava ao do grupo controle (GC), enquanto que o Grupo experimental, que passou pela capacitação, apresentava média de 23,2 ($\pm 1,66$), apresentando significância estatística com $p=0,001$. **Conclusão:** Observa-se uma deficiência no conhecimento sobre HPV e prevenção do câncer de colo de útero por parte dos agentes comunitários de saúde do município. Além disso, pode-se afirmar que a intervenção educativa funciona como ferramenta eficaz para aprimorar o conhecimento desses profissionais, o que, por conseguinte, é fundamental na tentativa de ampliar a cobertura vacinal.

Palavras-chave: HPV; Agentes comunitários de saúde, intervenção educativa

Sumário

1 REVISÃO DA LITERATURA	6
1.1 Papiloma Vírus Humano (HPV).....	6
1.2 Câncer de colo de útero	7
1.3 Vacinação contra o HPV e a sua eficácia.....	8
1.4 O Agente Comunitário de saúde	10
2 ARTIGO.....	11
3 REFERÊNCIAS.....	26
4 APÊNDICES:.....	29
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA	31
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	39
ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTO E ACEITABILIDADE DA VACINA CONTRA O HPV.....	42

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Papiloma Vírus Humano (HPV)

Os Papilomavírus Humanos (HPV) são vírus pequenos de DNA, pertencentes à família Papillomaviridae e gênero Papillomavirus. Trata-se de um vírus não envelopado, de simetria icosaédrica e com uma biologia molecular bastante complexa (LETO et al, 2011). Até hoje, foram completamente sequenciados mais de 150 tipos de HPVs, sendo que ainda há um grande número de tipos cuja sequência genética não foi obtida pelos métodos convencionais (DOORBAR J et al, 2012). Todos eles possuem tropismo por células do epitélio escamoso estratificado, podendo causar lesões em pele ou mucosas (LETO et al, 2011). São classificados de acordo com seu risco oncogênico, podendo ser de baixo ou alto risco. Dentre os de baixo risco, encontram-se os tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, e CP6108, relacionados aos condilomas vulvo-genitais. Já entre os de alto risco, estão os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, e 58, sendo que os tipos 26, 53 e 66 podem também ser considerados de provável alto risco (NAKAGAWA et al, 2010). Este grupo está relacionado à transformação neoplásica de células epiteliais, sendo o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Outros locais como vulva, ânus e pênis também podem ter casos de câncer contendo HPV de alto risco, porém em menor proporção (BRASIL, 2014).

A transmissão do HPV se dá pelo contato direto com a pele contaminada. Por ser altamente contagioso, é suficiente para acontecer a contaminação (INSTITUTO DO HPV, 2013). A principal via é a sexual, o que torna o HPV a infecção sexualmente transmissível (IST) por vírus mais frequente no mundo, tendo a população mais atingida na faixa entre 18 e 28 anos de idade (BRASIL, 2017). Por ser uma IST, seus fatores de risco estão relacionados ao comportamento sexual e número de parceiros, além do tabagismo e alterações na imunidade celular. Embora seja raro, o vírus pode propagar-se também por meio de contato com mão, pele, objetos, toalhas, roupas íntimas e até pelo vaso sanitário. Menos raramente, gestantes infectadas pelo HPV também podem transmitir o vírus para o feto durante a gestação ou no momento do parto (INSTITUTO DO HPV, 2013).

Muitas vezes, as pessoas portadoras do HPV não apresentam nenhum sinal ou sintoma. Não sabem, então, que tem o vírus e muito menos que podem transmiti-lo (BRASIL, 2014). Os homens tem um papel importante nisso, sendo a principal fonte de transmissão e propagação dessa doença sexualmente transmissível (SANTOS et al, 2011). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), dois terços das pessoas que tiveram contato sexual com um parceiro infectado desenvolverão uma infecção pelo HPV no período de três meses. Por ser uma doença em que não existem métodos para erradicação do vírus da região anogenital, torna-se imprescindível sua prevenção, que pode ser feita através do uso de

preservativos e vacinação. Apesar do uso de preservativos ser uma ótima forma de prevenção contra IST, foi visto que ele não protege totalmente contra o HPV, que pode ser transmitido mesmo sem a penetração. Devido a isso, segundo Edson Moreira, infectologista e pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), é muito importante que as pessoas tenham acesso a informações sobre o vírus, fatores de risco e formas de prevenção, além do diagnóstico precoce de lesões causadas por ele. (INSTITUTO DO HPV, 2013).

1.2 Câncer de colo de útero

O câncer de colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum em mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama e de cólon e reto (exceto pele não melanoma). No Brasil, o número de casos novos em 2018 será 16.370, o que equivale a 8,1% de todos os tumores malignos (INCA, 2018). Esse tipo de câncer tem no HPV seu principal fator de risco, sendo considerado sua causa primária. Como já dito, os principais tipos relacionados são os de alto poder oncogênico, entre eles o 16 e 18, responsáveis por causar uma infecção persistente ou crônica do colo e causar alterações intraepiteliais que podem se transformar num processo invasor (TSUCHIYA et al, 2017). Entretanto, a maioria das alterações cervicais causadas pela infecção do HPV tem pouca probabilidade de progredir para carcinoma. Essas lesões, presentes já na fase pré-clínica, podem ser observadas através do exame citopatológico (Papanicolau), que é destinado ao rastreamento desse tipo de câncer (BRASIL, 2011). Trata-se de um exame simples, de baixo custo e de fácil execução, que pode ser realizado a nível ambulatorial e não provoca dor (GREENWOOD et al, 2006). Ele deve ser realizado em mulheres que possuem vida sexual ativa, na faixa etária entre 25-64 anos, e deve ser repetido a cada três anos quando os últimos dois exames com intervalo anual forem negativos (BRASIL, 2011).

As lesões encontradas no exame citopatológico são classificadas de acordo com a Classificação citológica brasileira (2006) em alterações benignas, atípicas de significado indeterminado, lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL), lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), HSIL, AIL e Carcinoma in situ. A conduta é individualizada em relação ao tipo de achado. Quando se está diante de uma LIAG, por exemplo, recomenda-se a realização da colposcopia em até três meses após o resultado. Na colposcopia, será possível observar se há alguma alteração sugestiva de invasão. Caso haja, a biópsia está indicada. (BRASIL, 2011).

É a partir da histologia, através da classificação histológica de Richart (1967), que pode-se classificar essas lesões em Neoplasias Intraepiteliais Celulares (NIC), considerada a fase de doença pré invasiva. A NIC é categorizada em graus I, II e III, de acordo com a

profundidade do acometimento do epitélio. (BRASIL, 2011). NIC I é aquela que tem até 1/3 do seu epitélio acometido, e regride em períodos entre 12 a 24 meses ou não progride à NIC II ou III. Não é, então, considerada lesão precursora. Essas são apenas NIC II e III, que tem até 2/3 e mais de 2/3 do seu epitélio acometido, respectivamente. (BRASIL, 2006). Quando sem tratamento, evoluem para carcinoma. (BRASIL, 2011). Como são lesões geralmente assintomáticas, é imprescindível o conhecimento da população acerca do HPV e das medidas de prevenção e diagnóstico precoce (SOUSA et al, 2018). Devido a isso, esse tipo de câncer ainda é um problema de saúde pública para países em desenvolvimento, principalmente para mulheres com baixo nível social e econômico (BRENNAN et al, 2001)

O tipo de tratamento dependerá do estadiamento da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade e desejo de ter filhos. Entre os tratamentos mais comuns, está a radioterapia e a cirurgia. (INCA, 2018). O diagnóstico da doença confere à mulher um prejuízo emocional e social, que é refletido em seu convívio familiar e nas suas tarefas produtivas. Elas precisam enfrentar não somente a doença, mas o descrédito da sociedade. Dessa forma, o desamparo social as leva ao medo do sofrimento, manifestado ao longo da doença. (VERAS;NERY, 2011).

1.3 Vacinação contra o HPV e a sua eficácia

A vacina quadrivalente contra o HPV foi aprovada em junho de 2006 pela Food and Drug Administration (FDA), o que trouxe a possibilidade de ação em nível de prevenção primária que não ocorria anteriormente, já que o exame de Papanicolau vinha como uma estratégia de diagnóstico precoce de lesões precursoras do câncer de colo de útero, caracterizando assim, a prevenção secundária (BORSATTO et al, 2011). Atualmente, existem duas vacinas disponíveis para comercialização; a bivalente, que confere proteção aos vírus 16 e 18, e a quadrivalente que adiciona a proteção aos tipos 6 e 11. No entanto, é importante ressaltar que as vacinas contra o HPV não substituem o exame preventivo, visto que a vacina não cobre outros sorotipos com potencial oncogênico, os quais são responsáveis por aproximadamente 30% dos casos de câncer (ARAÚJO et al, 2013; NOBRE,2016).

Para Silva (2009), a vacina profilática contra o HPV tem alta eficácia avaliada em um curto período de tempo, quando comparada à evolução natural da infecção. De acordo com Araújo et al (2013), quando considerados apenas os estudos da vacina quadrivalente, a análise por protocolo indicou eficácia vacinal na prevenção de neoplasia intraepitelial cervical grau 2 (NIC 2) de 98% (IC95%: 86-100), sem heterogeneidade. Portanto, a vacinação contra

o HPV tem o potencial de reduzir substancialmente a incidência de câncer cervical e pré-câncer. (PAAVONEN et al, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2018, a vacina HPV quadrivalente está disponível para a população do sexo feminino de 9 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) e para a população do sexo masculino de 11 a 14 anos de idade (14 anos, 11 meses e 29 dias) com esquema vacinal de duas doses (0 e 6 meses). Todavia, a implantação da vacina aconteceu de maneira gradual e progressiva. Em 2014, o público alvo foi as adolescentes de 11 a 13 anos de idade e a meta era de vacinar 80% desse grupo. Foi utilizada, então, a estratégia de abordagem das adolescentes nas escolas e conseguiu-se extrapolar a meta em apenas 4 meses, alcançando 85% de cobertura vacinal da primeira dose. No ano de 2015, a faixa etária foi ampliada para meninas de 9 a 13 anos. Além disso, em 2014 o esquema utilizado era em 3 doses, sendo mudado a partir de 2016 para duas doses, posto que estudos comprovaram que a resposta do esquema feito em duas doses se equiparava àquele feito anteriormente. Outra alteração aconteceu em 2017 com a inclusão de meninos de 11 a 14 anos na cobertura vacinal, e mais uma vez a faixa etária das meninas foi ampliada alcançando agora aquelas de 14 anos. Essa faixa etária se justifica, pois as vacinas se mostram mais efetivas quando administradas antes do início da atividade sexual e as campanhas de vacinação deverão ter como alvo os adolescentes e os pré-adolescentes, induzindo a produção de 10 vezes mais anticorpos que uma infecção natural pelo HPV (NOBRE, 2016).

Em 2015, o Brasil atingiu uma cobertura vacinal de 70,52%, o que demonstra um decréscimo quando comparada à cobertura do ano de 2014(DATASUS). Isso se deve a inúmeros fatores que levam à recusa por parte das adolescentes e dos seus pais. Dentre eles, a convicção dos pais sobre o estímulo da atividade sexual nesta faixa etária a partir da aplicação da vacina. Estudos mais recentes demonstram, entretanto, que a vacina HPV não teve impacto sobre o aumento da atividade sexual de meninas que tomaram a vacina, visto que essas garotas não apresentaram uma taxa significativamente maior de diagnósticos, testes, ou aconselhamentos sexuais em comparação com as que não foram vacinadas (BRASIL, 2018). Outro motivo apontado é a ocorrência de efeitos colaterais ligados à vacina anti-HPV, contudo a vacina é segura e apresenta boa resposta imunológica e apesar de alguns casos isolados de algum evento mais grave ter sido documentado, como o caso de esclerose múltipla na França, não há evidência de causa e efeito entre esta doença e a vacina contra o HPV(WHO, 2015). Apesar disso, evidencia-se que a falta de informação tem papel importante na adesão à vacinação e destaca a necessidade de intervenções educativas para a população (PEREIRA et al, 2016).

1.4 O Agente Comunitário de saúde

De acordo com o Art 3º da lei 13.595/18:

o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (LEI Nº 11350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006).

A partir disso, o ACS assume um papel imprescindível no contexto do SUS, dado que a convivência com os problemas sociais e o cotidiano dos indivíduos, o torna o trabalhador da área que aproxima a comunidade dos profissionais de saúde, influenciando as decisões da população sobre questões pertinentes ao serviço, ademais de contribuir no emprego de estratégias terapêuticas, preventivas e de promoção da saúde pública (SILVA et al, 2013; MANOEL et al, 2017).

Dessa maneira, o conhecimento dos ACS pode conferir papel determinante no sucesso das campanhas de vacinação, sobretudo contra o HPV. Daí a necessidade de capacitação e educação permanente desses profissionais, com o objetivo de prover conhecimento e informação para a população sobre o HPV e por conseguinte, alcançar as metas previstas de cobertura de vacinação entre a população-alvo (SILVA et al, 2016; MANOEL et al, 2017).

2 ARTIGO

RESUMO

Objetivo: avaliar o conhecimento prévio e o efeito de uma intervenção educativa sobre a vacinação contra o HPV e prevenção do câncer de colo uterino em agentes comunitários de saúde (ACS) do município de Lagarto – SE. **Métodos:** Trata-se de um estudo experimental, consistindo em um ensaio clínico randomizado. Em um primeiro momento, todos os ACS responderam a um questionário, sendo este considerado como pré-teste. Em um segundo momento, de maneira aleatória, a amostra foi dividida em grupo controle (GC) e grupo experimental (GE), que responderam o questionário antes e depois da intervenção educativa, respectivamente. Para análise estatística foram utilizados o qui-quadrado/ Exato de Fischer e a razão de Chances entre as variáveis qualitativas/ categóricas e Teste T para amostras independentes para a comparação dos resultados quantitativos entre GC e GE. **Resultados:** Participaram do estudo 156 ACS; No pré-teste, eles obtiveram uma média de acertos de 17,9 questões ($\pm 3,42$), num total de 25. Quando comparados com o pós- teste, foi visto que a média de acertos se assemelhava ao do grupo controle (GC), enquanto que o Grupo experimental, que passou pela capacitação, apresentava média de 23,2 ($\pm 1,66$), apresentando significância estatística com $p=0,001$. **Conclusão:** Observa-se uma deficiência no conhecimento sobre HPV e prevenção do câncer de colo de útero por parte dos agentes comunitários de saúde do município. Além disso, pode-se afirmar que a intervenção educativa funciona como ferramenta eficaz para aprimorar o conhecimento desses profissionais, o que, por conseguinte, é fundamental na tentativa de ampliar a cobertura vacinal.

Palavras-chave: HPV; Agentes comunitários de saúde, intervenção educativa

ABSTRACT

Objective: to evaluate the prior knowledge and effect of an educational intervention on HPV vaccination and prevention of cervical cancer in community health agents (CHA) in the municipality of Lagarto - SE. **Methods:** This is an experimental study consisting of a randomized. At first, all CHA responded to a questionnaire, which was considered a pre-test. In a second moment, in a random way, the sample was divided into control group (CG) and experimental group (EG), who answered the questionnaire before and after the educational

intervention, respectively. For statistical analysis, chi-square / Fischer's Exact and Chances ratio between qualitative / categorical variables and T-Test were used for independent samples to compare the quantitative results between CG and EG. **Results:** 156 CHA participated in the study; In the pre-test, they obtained an average of 17.9 questions (± 3.42), out of a total of 25, and the minority of them answered the questions regarding the knowledge about HPV and the particularities of the vaccine. When compared to the post-test, it was observed that the mean number of hits was similar to that of the control group, while the experimental group, which underwent training, presented a mean of 23.2 (± 1.66), presenting statistical significance with $p = 0.001$. **Conclusion:** There is a deficiency in knowledge about HPV and prevention of cervical cancer by community health agents in the city. In addition, it can be said that educational intervention serves as an effective tool to improve the knowledge of these professionals, which is therefore fundamental in the attempt to expand vaccination coverage.

Keywords: HPV; Community health agents, educational intervention

INTRODUÇÃO

O Papiloma vírus humano (HPV) é um vírus de DNA pertencente à família papillomaviridae, que tem a capacidade de infectar células epiteliais. É um vírus comum, sexualmente transmissível, que infecta cerca de 80% das mulheres com vida sexual ativa. Em geral, essa infecção tende a ser transitória, com remissão espontânea em alguns anos. No entanto, algumas mulheres desenvolverão lesões pré-cancerígenas no colo uterino, podendo chegar à neoplasia.¹

Existem mais de 200 tipos de HPV. Dentre eles, destacam-se os tipos 16 e 18, subtipos oncogênicos, encontrados em mais de 70% dos casos de câncer de colo de útero no mundo. Entre os subtipos oncogênicos, destacam-se o 8 e 11, encontrados em 90% dos condilomas genitais e papilomas laríngeos.¹

A principal via de transmissão é a sexual, geralmente nas primeiras relações, e inclui o contato genital, anal, perianal e até manual, podendo acontecer mesmo na ausência de penetração vaginal e anal.² Devido a isso, a camisinha, apesar de ser um importante meio de barreira contra outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), não protege completamente contra o HPV, mesmo que utilizada durante todo o ato sexual.³

Tornou-se necessário, então, outras medidas de prevenção primária para esse vírus. Frente a esse cenário, em 2006 foi desenvolvida a vacina anti-HPV, que tem trazido resultados satisfatórios. Tornou-se, inclusive, a principal medida para prevenção do HPV e, conseqüentemente, do câncer cervical.⁴

No Brasil, a implementação da vacina anti-HPV pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é extremamente recente, com início apenas em 2014. Duas vacinas foram aprovadas, a bivalente da GlaxoSmithKline (2009) e a quadrivalente da Merck Sharp e Dohme (2006).⁵ Atualmente, o Ministério da saúde adota a quadrivalente, dada em duas doses, que protege contra o HPV dos tipos 8, 11, 16 e 18. Trata-se de uma vacinação de rotina, disponível para meninas entre 9 e 14 anos e meninos entre 11 e 14, além de grupos especiais como por exemplo portadores de HIV entre 9 e 26 anos.⁶

Apesar de já ter mostrado ser segura, bem tolerada e efetiva na prevenção da infecção pelo HPV e sua persistência, ainda há uma certa barreira dos pacientes em relação à adesão dessa vacina. Dentre os motivos, encontra-se a falta de conhecimento sobre as implicações clínicas da infecção crônica do HPV e barreiras culturais na relação com doenças sexualmente transmissíveis.⁷

O agente comunitário de saúde (ACS) entra, então, como peça fundamental na tentativa de diminuir a quantidade de barreiras impostas pelos pais ou pacientes. Membro da equipe e parte da comunidade, o agente é um dos principais responsáveis pela criação do vínculo da família com a Unidade Básica de Saúde (UBS).⁸

Portanto, torna-se estritamente necessário que os agentes detenham conhecimento sobre o assunto, a fim de disseminá-lo de forma correta entre a população e, assim, convencê-la da importância da prevenção, seja primária ou secundária, do HPV.⁸ Esse estudo tem o objetivo de avaliar o conhecimento prévio e o efeito de uma intervenção educativa sobre a adesão à vacina contra o HPV e prevenção do câncer de colo uterino em ACS do município de Lagarto – SE.

Métodos

Trata-se de um estudo experimental, consistindo em um ensaio clínico randomizado, dividindo a amostra em grupo controle e grupo experimental. A população elegível ao presente estudo era composta por 201 ACS com base nas informações disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagarto, Sergipe. A partir disso, foi realizado o cálculo amostral usando a fórmula de Barbetta, sendo considerado um nível de confiança de 95% e de erro amostral de 5%, o que resultou em amostra mínima de 136 sujeitos a serem avaliados. Ressalta-se que, em função do tratamento experimental, a amostra será distribuída igualmente entre Grupo Controle (GC) e Grupo Experimental (GE). Teve como critérios de inclusão: todos os agentes comunitários de saúde que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que aceitaram responder o questionário e participar da intervenção educativa; e como critérios de exclusão: todos aqueles que se

recusassem, por motivo de qualquer ordem, a participar da pesquisa; indivíduos menores de 18 anos ou não alfabetizados, e ACS em período de férias e licenças.

Foram agendadas visitas às 16 Unidades Básicas de Saúde, com o apoio da diretoria de atenção primária do município de Lagarto, para aplicação do pré-teste aos agentes comunitários de saúde das equipes presentes, sendo aplicado neste momento a 156 ACS. Em outro momento, com intervalo de tempo em média de 30 dias, foi realizada outra abordagem nas Unidades Básicas de Saúde, na qual a amostra foi randomizada em dois grupos, por meio de sorteio simples com distribuição de senhas com códigos GC(controle) e GE(experimental) a todos os ACS, de maneira aleatória. Para fins éticos, ambos os grupos foram submetidos à intervenção educativa. O grupo controle (GC) respondeu ao pós-teste antes da realização da intervenção e o grupo experimental (GE), após a intervenção educativa. Ressalta-se que o pré-teste e o pós-teste são questionários iguais, o qual foi desenvolvido baseado em outros questionários validados^{9, 10}, adaptado para a realidade local do presente estudo, abrangendo os seguintes aspectos: 1) perfil socioeconômico da população alvo; 2) nível de conhecimento acerca do HPV, da vacina e da prevenção do câncer de colo de útero; e 3) dificuldades para adesão à vacinação. (Figura 1) A intervenção consistiu em uma palestra utilizando de metodologia pedagógica problematizadora, dinâmicas interativas e entrega de panfletos informativos. Os temas tiveram como referencial teórico Protocolos de saúde da mulher do Ministério da Saúde e Informe técnico sobre vacina contra o HPV de 2018. A coleta foi realizada no período de janeiro a março de 2019.

Após apuração dos dados, realizou-se a análise estatística no IBM® SPSS - Statistical Package for the Social Sciences 20.0 Mac (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA). As variáveis quantitativas foram apresentadas em média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e máximo. Já as variáveis qualitativas/categóricas, em frequências absoluta e relativa. Algumas variáveis originalmente quantitativas foram transformadas em qualitativa ordinais para apresentação nas tabelas. Destaca-se que a comparação das médias do total de acertos nas questões sobre HPV/Papanicolau entre os GC e GE foi feita mediante o teste t para amostras independente, adotando-se um nível de significância <0,05.

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Sergipe no dia 10 de dezembro de 2018 com o CAAE:48580115.2.0000.5546.

Resultados

Participaram do presente estudo um total de 156 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Lagarto, SE, Brasil. A média de idade dos participantes era de 38,1 anos (mediana: 39; desvio padrão: 8,5; mínimo: 19; máximo: 60). Sendo a maioria do sexo feminino (78,2%; n= 122), residente na zona rural (57,7%; n= 90), com ensino médio completo ou o ensino

superior completo e incompleto (98,8%; n= 154), casado/em união estável (53,8%; n= 84) e com renda familiar < 2 salários mínimos (68,6%; n= 107). Quando questionados sobre maternidade/paternidade, 48,1% (n= 75) responderam ter filho(s) à época da pesquisa.

Em relação ao conhecimento prévio dos ACS sobre o HPV, 82,7% (n= 129) responderam se tratar de um vírus, 95,5% (n= 149) apontaram a relação sexual desprotegida como uma das formas de transmissão, 90,3% (n= 141) acreditam ser uma das causas do câncer do colo de útero e 37,8% (n= 59) de outros tipos de cânceres. Além disso, 78,2% (n=122) referiu que o HPV pode causar alterações no Papanicolau (78,2%; n= 122) e 91% (142) respondeu que o câncer de colo do útero é uma das principais causas de outros tipos de cânceres em mulheres. Um pouco mais da metade responderam que fumar aumentaria o risco de câncer do colo de útero (57%; n= 89).

Ainda na avaliação do conhecimento prévio, a vacina contra HPV foi apontada como forma de prevenção do câncer do colo de útero por 85,9% (n= 134) dos participantes. Quanto à indicação para aplicação, 92,3% (n= 144) disseram ser antes da primeira relação sexual e que, mesmo em quem já iniciou a atividade sexual, a mesma poderia ser administrada (45,6%; n= 71). Destaca-se que 10,2% (n= 16) dos ACS não tinham certeza se a vacinação contra HPV seria de fato benéfica à saúde, 25% (n= 39) se poderia causar infecção pelo HPV, 3,8% (n= 6) se é fornecida pelo Governo e 9% (n= 14) se a mesma estaria incluída na carteira nacional de vacina. Ademais, 9% (n= 14) não tinham certeza sobre o número de doses para imunização completa contra HPV, 41% (n= 64) se a vacina contra HPV diminuiria a chance de ter verrugas genitais e 21,2% (n= 33) se reduziria a possibilidade de alterações no Papanicolau (Tabela 1, Pré-Teste).

Ressalta-se que após a realização da capacitação no GE, a prevalência de respostas corretas às questões de conhecimento geral sobre HPV/Papanicolau foi superior a 70% em todos os questionamentos, enquanto no GC, esse percentual foi de 45%. Foi observado que mais de 1/3 da amostra do GC não tinham certeza se o HPV poderia causar outros tipos de cânceres além do câncer de colo de útero e se o fumo aumentaria o risco de desenvolvimento deste tumor

Em relação ao Pós-Teste, a prevalência de respostas corretas às questões de conhecimento sobre a vacina contra HPV foi superior a 85% no GE, em todos os questionamentos, enquanto no GC esse percentual foi de 45% (Tabela 1, Pós-Teste).

No Pré-Teste, quando questionados se a vacinação contra HPV poderia ser considerada um estímulo ao início precoce da atividade sexual, 5,1% (n= 8) responderam que “sim” e 10,9% (n= 17) “não tinham certeza”. Quase a totalidade da amostra respondeu que após a vacina contra HPV ainda é preciso manter relações sexuais com uso de preservativos (95,5%; n= 149) e que ainda se faz necessária a realização do Papanicolau

nos anos seguintes (97,5%; n= 152). Foi observado que 5,8% (n= 9) dos participantes encontravam-se vacinados contra HPV e que 99,4% (n= 155) recomendariam a mesma para um filho, amigo e/ou parente. Apenas 5,8% (n= 9) tinham tomado a vacina no momento do pré-teste, sendo 44,4 % no serviço público e 11,2% no privado.

Os resultados do Pós-Teste mostraram prevalências similares nas respostas às questões sobre barreiras/aceitabilidade para vacinação contra HPV entre o GE e GC.

Dentre as indicações para início do Papanicolau, observadas na aplicação do Pré-Teste, 61,5% (n= 96) apontaram que o momento certo seria após a primeira relação sexual 35,3% (n= 55), após a primeira menstruação 19,2% (n= 30) e após apresentação de algum sintoma 6,4% (n=10), quando apenas 38,5% afirmou iniciar o preventivo com idade \geq 25 anos. Já no pós-teste, 27% do GC e 87% do GE assegurou idade \geq 25 anos como momento ideal para iniciar o Papanicolau, demonstrando uma significância estatística com uma $p < 0,001$ (Figura 2). A maioria respondeu que o Papanicolau deve ser realizado anualmente (81,4%; n= 127) e apenas 13,5% (n= 21) consideraram o resultado de exames anteriores para tal definição.

Além disso, mais da metade dos participantes do GC responderam erroneamente à maioria das questões nos domínios sobre Papanicolau e particularidades da vacina contra HPV. A prevalência de respostas corretas no GE à maioria destas questões foi superior a 85%. Pontua-se que, após a capacitação, o percentual de segurança dos ACS em dar informações sobre HPV aumentou de 70% no GC para 98,6% no GE.

No tocante a grupos especiais de vacinação, quase metade dos ACS não tinham certeza se pacientes que vivem com HIV poderiam ser vacinados contra HPV (46,8%; n= 73) e se as gestantes também seriam incluídas nesta imunização (44,9%; n= 70). Destaca-se que 18,6% (n= 29) dos participantes responderam não ter segurança para dar informações sobre HPV.

Foi analisada a eficácia da capacitação sobre HPV/Papanicolau. Para isso, randomizou-se a amostra dos ACS entre Grupo Experimental (n= 69) e Grupo Controle (70), os quais ambos foram submetidos à intervenção, entretanto o controle respondeu o questionário antes da exposição à capacitação e o experimental após a capacitação. Os resultados mostraram uma média de acertos de $18,3 \pm 3,27$ no GC e $23,2 \pm 1,66$ no GE, confirmando assim a eficiência da atividade, demonstrando significância estatística ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Chama atenção que a média de acertos do GC foi semelhante à observada na avaliação do conhecimento prévio dos ACS no Pré-Teste ($17,9 \pm 3,42$) (dados não apresentados em tabela), com acréscimo de apenas 0,4 questões de um momento para o outro, contrastando com o acréscimo de 4,09 na média do GC para o GE.

Discussão

O presente estudo permitiu traçar o perfil epidemiológico dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Lagarto - Sergipe. Dos 201 ACS, distribuídos em 16 Unidades Básicas de Saúde, foi aplicado o questionário (pré-teste) a 156 desses, ficando, assim, uma amostra maior que outros estudos realizados nas regiões Norte e Nordeste. ^{11,12,13}

O predomínio de mulheres no presente estudo foi semelhante ao encontrado em outros ^{12,13}, o que reforça o papel da mulher como cuidadora. Também foi concordante quanto à faixa etária, estado civil (casado/união estável) e presença de filhos ^{12,13}. A renda familiar < 2 salários mínimos é condizente com a portaria nº 2488 do Ministério da Saúde (MS), que diz que esse profissional deve receber um salário mínimo por sua função ¹². A escolaridade é superior ao esperado, visto que o MS estabeleceu como critério apenas a habilidade de ler e escrever. No entanto, esse é um aspecto que vem mudando, já tendo sido observado também em outros estudos esse aumento da escolaridade. ^{12, 13}

Quanto ao conhecimento prévio, quando comparado com o estudo realizado por Manoel et al ¹⁰, que também avalia o conhecimento prévio dos ACS sobre o HPV, vê-se que a média de acertos do pré-teste deste presente estudo foi maior. No entanto, ainda é um valor ineficiente, visto que os agentes são disseminadores de informações na sua área de atuação. ⁸

Em relação ao conhecimento sobre a transmissão do HPV e relação com o câncer de colo de útero, menos da metade dos entrevistados sabia da relação do HPV com outros tipos de cânceres. Quando observados outros estudos ^{10,14} sobre esse mesmo conhecimento, vê-se que esse item é pouco abordado nos questionários, apesar de já estar comprovada a relação do HPV com o câncer de orofaringe e boca, canal anal e pênis. ⁵

Na abordagem à vacina contra o HPV, observou-se que menos da metade da amostra sabia da possibilidade de vacinação em quem já iniciou atividade sexual. Apesar de o ideal ser a vacinação profilática em idade anterior à primeira relação sexual, ⁶ estudo realizado por Future Groupe ¹⁵ mostrou que a vacina quadrivalente foi eficaz contra condiloma acuminado, lesão intra epitelial de baixo grau e neoplasia vulvovaginal em mulheres entre 16-26 anos, independentemente de ter tido vida sexual ou não, quando comparados com um grupo placebo.

Ainda nesse domínio, houve uma pequena parte dos agentes (10, 2%) que não tem certeza do fator benéfico da vacina, enquanto quase metade (41%) não sabia da sua proteção contra verrugas genitais. Essas informações, juntamente aos 5,1% dos agentes que associa a vacina do HPV à sexualidade precoce, preocupam quanto à aceitabilidade da vacina. Em um estudo realizado por Giambi et al ¹⁶ sobre barreiras para a vacinação do HPV,

foi encontrado que 80% das famílias tem medo de efeitos adversos, 76% tem dificuldade em confiar numa nova vacina, 65% receberam informações diferentes dos profissionais de saúde e 54% detêm de poucas informações sobre essa forma de prevenção. O papel do agente, assim como qualquer outro profissional de saúde, seria esclarecer essas questões e conscientizar sobre a importância da vacina. ⁸

O conhecimento sobre o exame citopatológico foi o que obteve o maior número de erros. De todos os agentes que responderam ao questionário, apenas 38,5% referiu que o exame deveria ser iniciado a partir dos 25 anos, enquanto a maioria (61,5%) respondeu que deveria ser feito após a primeira relação sexual. Uma parcela ainda menor de agentes (13,5%) acertou quanto à periodicidade da realização do exame, visto que a grande maioria (81,4%) respondeu que deve ser realizado anualmente. Segundo o ministério da saúde, ele deve ser realizado em mulheres que possuem vida sexual ativa, na faixa etária entre 25-64 anos, e deve ser repetido a cada três anos quando os últimos dois exames com intervalo anual forem negativos. Além disso, como um exame voltado ao rastreamento, deve ser organizado, concentrando-se nas mulheres definidas e seguindo a periodicidade estabelecida, a fim de evitar o super-rastreamento e o aumento do custo. ¹⁷

Sobre as particularidades da vacina e a confiança do agente em dar informações sobre ela, menos da metade deles respondeu corretamente quanto à indicação da vacina em gestantes e portadores do HIV, o que corrobora ainda mais o estudo de Giambi et al ¹⁶, principalmente quando fala da discrepância de informações recebidas pela população através do profissional de saúde, incluindo os agentes de saúde. Tudo isso, junto aos 18,6% que se consideram inseguros para dar informações sobre o HPV, fere uma das atribuições do ACS, que é ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, além de prover a prevenção.¹⁸ Ademais, houve aumento da insegurança quanto à transmissão de conhecimento sobre HPV do pré-teste para o segundo momento, o que pode ser explicado pelo contato com o questionário e geração de dúvidas diante das questões e uma discrepância do número de ACS do GC para o GE, de tal forma. Fica clara a necessidade de capacitação e educação permanente desses profissionais, que podem conferir papel determinante no sucesso das campanhas de vacinação. ⁸

O presente estudo utilizou-se de panfletos e materiais impressos como metodologia de capacitação dos agentes, sendo apontadas, por estudos sobre tecnologias educativas, alternativas eficazes de intervenção. ¹⁹ Estudo randomizado utilizando 200 estudantes universitários comparou panfleto escrito, vídeo sobre HPV e grupo controle, demonstrando não haver aumento na intenção de vacinação contra o HPV no controle quando comparado aos grupos experimentais, e não encontrar diferença significativa entre os dois grupos de intervenção. ²⁰

Nesse contexto, percebe-se que há um aumento discreto entre a média de acertos do pré-teste para a média do grupo controle, apesar de os dois não terem sido expostos à intervenção educativa antes do preenchimento do questionário. Infere-se então, que apenas o contato com a temática e a experiência em responder o questionário sobre HPV, incitou-os a buscarem o conhecimento e os estimulou. Mezzaroba e Monteiro apresentam uma teoria que afirma que o processo de busca de conhecimento científico esbarra em limitações, como crenças e paradigmas conscientes ou inconscientes, o que seria representado no presente estudo como a falta de conhecimento prévio dos agentes comunitários de saúde.²¹ Além de corroborar o conceito de práxis do filósofo Vasquez, o qual diz que o verdadeiro entendimento do conceito de práxis, associado à metodologia problematizadora, consiste em chegar a uma consciência da mesma, com a necessidade de atitudes modificadoras com aplicabilidade à realidade, sendo neste cenário, a intervenção educativa, para mudar valores ideológicos do senso comum.²²

No que diz respeito ao questionamento sobre quantidade de doses necessárias para vacinação completa, não houve uma diferença significativa no número de acertos entre o grupo controle e o grupo experimental, visto que o grupo controle já apresentava um alto percentual de acerto, com 84,3% dos ACS apontando quantidade de duas doses para considerar o esquema completo até os 15 anos. Ainda assim, em 2014, a cobertura vacinal caiu de 99,84% da primeira para a segunda dose 55,65% em todo o Brasil²³, embora os ACS tenham conhecimento do correto esquema vacinal, o que salienta a importância de intervenções educativas na conscientização do papel que os agentes possuem como interlocutores e disseminadores de informação na comunidade.²⁴

Como evidência de eficácia da intervenção educativa e impacto positivo no acréscimo de conhecimento, o aumento da média de acertos entre o grupo controle e o grupo experimental apresentou significância estatística ($p= 0,001$), ratificando o que a literatura afirma sobre a capacidade de ampliação do conhecimento, levando a mudanças comportamentais e atitudes frente à vacinação contra o HPV indivíduos com a execução de uma ação educativa bem elaborada.²⁵

Também demonstrando efeito no GE, os ACS apresentaram maior porcentagem de acerto, com relação aos questionamentos sobre o aumento do risco de câncer de colo útero ao fumar e sobre a necessidade da vacina contra o HPV nos pacientes que vivem com o HIV. Reafirmando a relevância desses profissionais na prevenção, posto que a literatura afirma que o tabagismo está associado com lesões precursoras de câncer de colo uterino e, que, após considerar o HPV como fator de risco, o tabagismo e condições de imunossupressão apareceram como cofatores na oncogênese cervical.^{26,27}

Esse estudo em questão apresenta como limitação a aplicação do questionário após a intervenção educativa, utilizando da memória de curto prazo. Isso demonstra a necessidade de pesquisas futuras nesta mesma amostra com o objetivo de avaliar consolidação do conteúdo a longo prazo e manutenção do aprendizado.

Concluiu-se então, que há uma carência de conhecimento sobre HPV e prevenção do câncer de colo de útero, principalmente com relação à citopatologia oncológica, por parte dos agentes comunitários de saúde no município de Lagarto. Do mesmo modo, conclui-se que a intervenção educativa funciona como ferramenta eficaz para aumento do conhecimento desses profissionais, e por conseguinte, contribui para melhor adesão à vacinação e alcance da população-alvo. Reforçando a importância da educação continuada em saúde e planejamento de ações nesse sentido.

Referências

Instituto Nacional do Câncer [homepage na internet]. Perguntas frequentes: HPV [acesso em 23 mar 2019]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/hpv-cancer-perguntas-mais-frequentes.

Ministério da Saúde (BR). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: Manual de Hipertensão e Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde (BR). Guia prático sobre o HPV: perguntas e respostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Instituto do HPV. Guia do HPV: Entenda de vez os papilomavírus humanos, as doenças que causam e o que já é possível fazer para evitá-los. São Paulo; 2013.

Zanini, N, Stawinski B, Hendges R, Arnaut C, Vieira F, Picinin M. Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017; 12(39):1-13.

Zardo G, Farah FP, Mendes FG, Franco C, Molina G, Melo G, et al . Vacina como agente de imunização contra o HPV. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Sep [cited 2019 Apr 23]; 19(9): 3799-3808.

Ministério da Saúde (BR). Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada). Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Pereira, RGV, Machado JLM, Machado VM, Mutran, TJ, Santos LS, Oliveira H, et al. A influência do conhecimento na atitude frente à vacina contra o Papilomavírus Humano: ensaio clínico randomizado. ABCS Health Sci. 2016; 41(2):78-83

Souza PDL, Takiuti AD, Baracat EC, Sorpreso ICE, Abreu LC. Knowledge and acceptance of hpv vaccine among adolescents, parents and health professionals: construct development for collection and database composition. J Hum Growth Dev. 2018; 28(1):58-68

Manoel AL, Rodrigues AB, Piva EV, Warpechowski TP, Schuelter-Trevisol, F. Avaliação do conhecimento sobre o vírus do papiloma humano (HPV) e sua vacinação entre agentes comunitários de saúde na cidade de Tubarão, Santa Catarina. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2017; 26(2): 399-404.

Pedraza DF, Santos I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. *Interações*. 2017; 18 (3): 97-105.

Castro TA, Davoglio RS, Nascimento AAJN, Santos KJS, Coelho GMP, et al. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. *Cad. Saúde Coletiva*. 2017; 25(3): 294-301.

Freitas LM, Coriolano-Marinus MWL, Lima LS, Ruiz-Moreno L. Formação dos agentes comunitários de saúde no município de Altamira (PA), Brasil. *ABCS Health Sci*. 2015; 40 (3): 171-177.

Abreu MNS, Soares AD, Ramos DAO, Soares FV, Filho GN, Valadão AF, et al. Conhecimento e percepção sobre o HPV na população com mais de 18 anos da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(3): 849-860.

Future study Group. Four year efficacy of prophylactic human papillomavirus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar, and vaginal intraepithelial neoplasia and anogenital warts: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;

Giambi C, D'Ancona F, Del Manso M, De Mei B, Giovannelli I, Cattaneo C, et al. Exploring reasons for non-vaccination against human papillomavirus in Italy. *BMC Infectious Diseases*. 2014;

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Diário oficial da união. 14 de fevereiro de 2006

Interaminense INCS, Oliveira SC, Leal LP, Linhares FMP, Pontes CM. Tecnologias educativas para promoção da vacinação contra o papilomavírus humano: revisão integrativa da literatura. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(2):e2300015

Krawczyk A, Lau E, Perez S, Delisle V, Amsel R, Rosberger Z. How to inform: comparing written and video education interventions to increase human papillomavirus knowledge and vaccination intentions in young adults. *J American College Health*. 2012 Mai-Jun; 60(4):316-21

Mezzaroba, O. ; Monteiro, CS. Manual de metodologia da pesquisa no Direito. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2006, pagina 17(livro)

Berbel, NAN. A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. *Rev. Diálogo Educ*. jan./abr. 2012, Curitiba, v. 12, n. 35, p. 101-118

Silveira BJ, Dal Moro VC, Silveira MB, Espirito-Santo LR, Prince KA. Adesão à imunização contra o papilomavírus humano na saúde pública do Brasil. *Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná*, Londrina, julho 2017, V. 18, N. 1, P. 157-164, DOI 10.5433/15177130-2017v18n1p157

Souza KR, Santos MLR, Guimarães ICS, Ribeiro GS, Silva LK. Conocimientos y prácticas sobre el control del Aedes aegypti realizado por diferentes sujetos sociales en la ciudad de Salvador, Bahía, Brasil. Cad. Saúde Pública 2018; 34(5):e00078017

Silva PMC, Silva IMB, Interaminense INCS, Linhares FMP, Serrano SQ, Pontes CM. Conhecimento e atitudes sobre HPV e vacinação. Escola Anna Nery 22(2) 2018

Kjellberg L et al. Tabagismo, dieta, gravidez e uso de contraceptivos orais como fatores de risco para neoplasia intra-epitelial cervical em relação à infecção pelo papilomavírus humano. Br J Cancer. Abril de 2000; 82 (7): 1332-8.

Pinto AP, Tulio S, Cruzco OR. Co-fatores do HPV. Rev Assoc Med Bras 2002; 48(1): 73-8

Tabelas

Tabela 1 – Distribuição das frequências absoluta e relativa segundo questões de conhecimento sobre vacina contra HPV entre Agentes Comunitários de Saúde de Lagarto, SE, em 2019 (n= 156).

QUESTÕES	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE	
	Amostra total (n= 156)	Grupo Controle (n= 70)	Grupo Experimental (n= 69)
<u>DOMÍNIO 2</u>			
A vacina contra HPV previne o câncer de colo de útero?			
Sim	134 (85,9)	65 (92,9)	67 (97,1)
Não	7 (4,5)	0	1 (1,4)
Não tenho certeza	15 (9,6)	5 (7,1)	1 (1,4)
Quando deve ser aplicada a vacina contra HPV?			
Antes da primeira relação sexual	144 (92,3)	64 (91,4)	68 (98,6)
Depois da primeira relação sexual	2 (1,3)	1 (1,4)	0
Após os 18 anos	4 (2,6)	3 (4,3)	1 (1,4)
Não tenho certeza	6 (3,8)	2 (2,9)	0
A vacina contra HPV pode causar infecção por HPV?			
Sim	8 (5,1)	1 (1,4)	2 (2,9)
Não	109 (69,9)	52 (74,3)	66 (95,7)
Não tenho certeza	39 (25)	17 (24,3)	1 (1,4)
Onde você ficou sabendo sobre a vacina contra HPV?*			
Profissional de Saúde	141 (90,4)	66 (94,3)	65 (94,2)
TV/Rádio	15 (9,6)	7 (10)	5 (7,2)
Internet	4 (2,6)	2 (2,9)	6 (8,7)
Escola	1 (0,6)	0	2 (2,9)
Amigos	0	1 (1,4)	0
Quantas doses são necessárias para vacinação completa?			
Uma	5 (3,2)	5 (7,1)	1 (1,4)
Duas	137 (87,8)	59 (84,3)	67 (97,1)
Não tenho certeza	14 (9)	6 (8,6)	1 (1,4)
A vacina contra HPV diminui a chance de ter verrugas genitais?			
Sim	76 (48,7)	34 (48,6)	64 (92,8)
Não	16 (10,3)	6 (8,6)	3 (4,3)

Não tenho certeza	64 (41)	30 (42,9)	2 (2,9)
A vacina contra HPV diminui a chance de ter alterações no Papanicolau?			
Sim	100 (64,1)	49 (70)	63 (91,3)
Não	23 (14,7)	8 (11,4)	4 (5,8)
Não tenho certeza	33 (21,2)	13 (18,6)	2 (2,9)

DOMÍNIO 6

Sinto-me confiante para indicar a vacinação contra HPV para pacientes?

Sim	144 (92,3)	57 (81,4)	68 (98,6)
Não	12 (7,7)	13 (18,6)	1 (1,4)

Sinto-me confiante para dar informações sobre HPV para pacientes?

Sim	127 (81,4)	49 (70)	68 (98,6)
Não	29 (18,6)	19 (27,1)	1 (1,4)
Ignorado	0	2 (2,9)	0

Nota: *Era permitido marcar mais de uma opção e, por isso, analisou-se individualmente as alternativas a partir do número de participantes.

Tabela 2– Distribuição das frequências relativas sobre conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde em relação ao HPV/Papanicolau entre os grupos experimental (n= 69) e controle (n= 70). Lagarto, SE, Brasil, 2019.

Conhecimento sobre	Grupos		Valor de p	OR (IC 95%)
	Controle	Experimental		
Fumar pode aumentar o risco de câncer no colo do útero				
Adequado	45,7	89,9	<0,001	0,09 (0,03-0,23)
Inadequado	54,3	10,1		
A vacina contra HPV previne o câncer de colo de útero				
Adequado	92,9	97,1	*<0,001	0,02 (0,01-0,10)
Inadequado	7,1	2,9		
Quando deve ser aplicada a vacina contra HPV				
Adequado	91,4	98,6	*<0,001	0,02 (0,01-0,08)
Inadequado	8,6	1,4		
A vacina contra HPV diminui a chance de ter verrugas genitais				
Adequado	48,6	92,8	0,118	0,41 (0,13-1,27)
Inadequado	51,4	7,2		

A vacina contra HPV diminui a chance de ter alterações no Papanicolau

Adequado	70	91,3	<0,001	0,09 (0,03-0,23)
Inadequado	30	8,7		

Quando se indica o início do Papanicolau

Adequado	25,7	87	<0,001	0,11 (0,06-0,21)
Inadequado	74,3	13		

De quanto em quanto tempo é necessário fazer o exame

Adequado	5,7	55,1	<0,001	0,30 (0,22-0,41)
Inadequado	94,3	44,9		

Pacientes que vivem com HIV podem tomar a vacina contra HPV

Adequado	50	100	*0,001	2,91 (2,23-3,81)
Inadequado	50	0		

Pacientes gestantes podem tomar a vacina

Adequado	35,7	94,2	*0,001	0,04 (0,01-0,13)
Inadequado	64,3	5,8		

Nota: Valor de p= Qui-quadrado ou *Exato de Fisher.

Legenda: OR= Razão de Chances, IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Tabela 3– Distribuição das médias de acertos no total de questões sobre HPV/Papanicolau segundo os grupos experimental (n= 69) e controle (n= 70). Lagarto, SE, Brasil, 2019.

	Grupos		P
	Controle (n= 70) Não participou da capacitação	Experimental (n= 69) Participou da capacitação	
Média de acertos no total de questões sobre HPV/Papanicolau	18,3±3,27*	23,2±1,66*	0,001

Nota: *Valores apresentados em média e desvio-padrão; p= Teste T para dados independentes.

Figuras

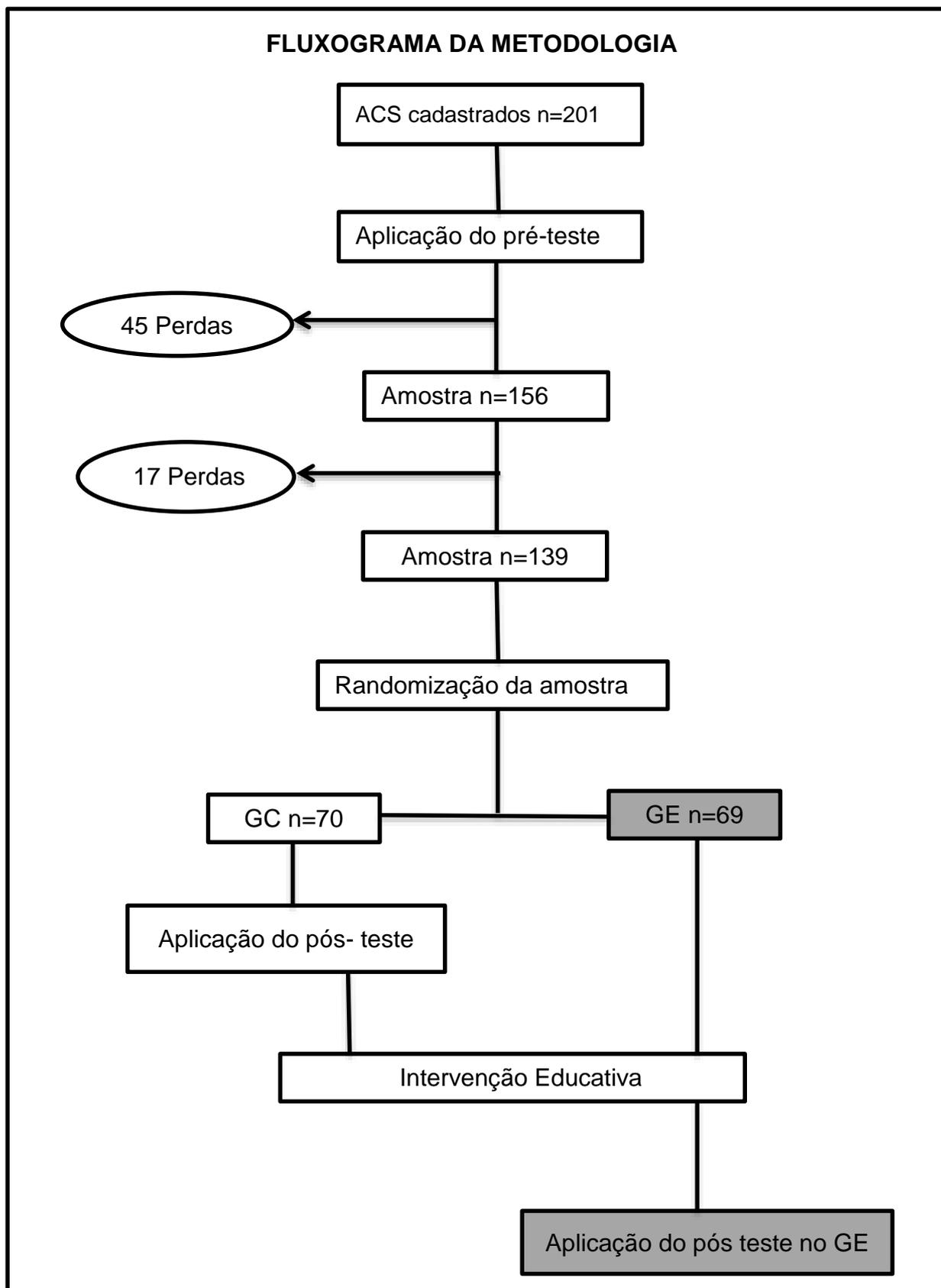


Figura 1. Fluxograma dos métodos.

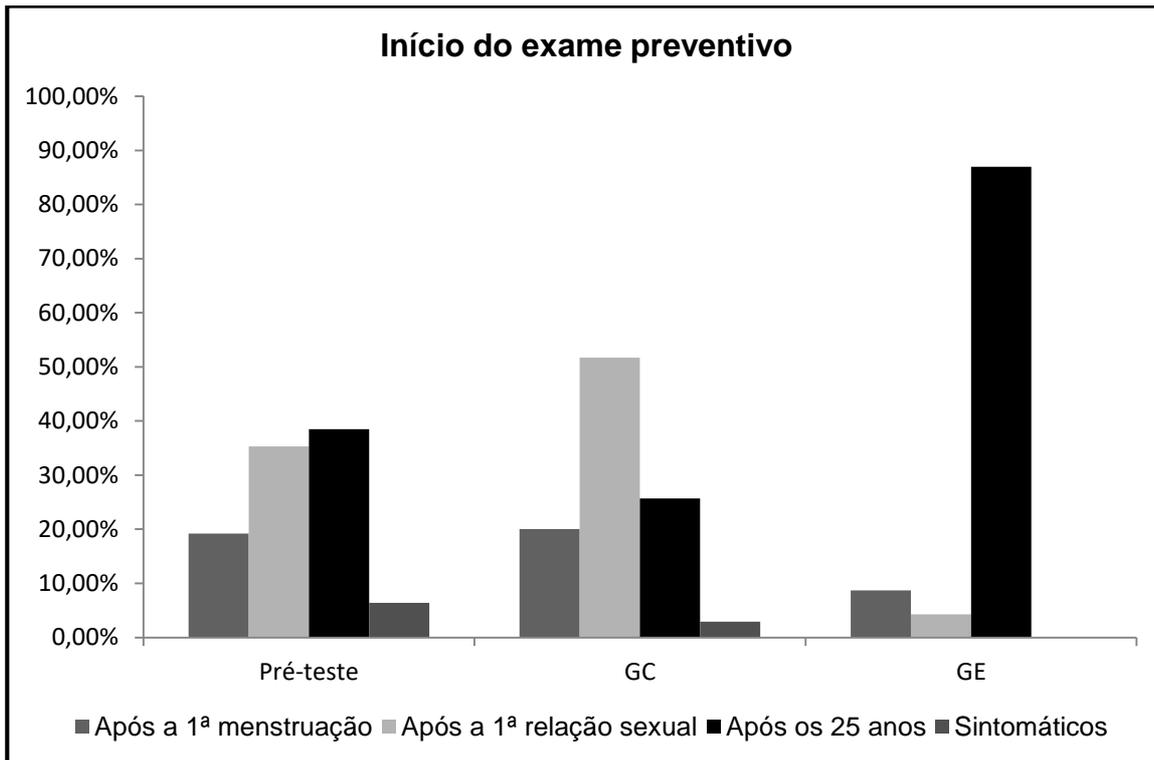


Figura 2. Idade apontada pelos ACS para início do exame preventivo do colo do útero em valores relativos

3 REFERÊNCIAS

ARAUJO, Silvia Cristina Fonseca de, et al. **Eficácia das vacinas comercialmente disponíveis contra a infecção pelo papilomavírus em mulheres: revisão sistemática e metanálise.** Cad. Saúde Pública [online]. 2013, vol.29, suppl.1, pp.s32-s44. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00163512>

BORSATTO, A.Z et al. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2011; 57(1): 67-74

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer de colo do útero.** Rio de Janeiro, RJ, 2011.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm. Acesso em 14 mai. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada).** Brasília,DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático sobre o HPV: perguntas e respostas**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático sobre o HPV: guia de perguntas e respostas para profissionais de saúde**. Brasília, 2014.

BRENNA, Sylvia et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**. [S.L], vol.17, n.4, pp.909-914.

DOORBAR J, et al. The biology and life-cycle of human papillomaviruses. **Elsevier Ltda**. [S. L.], 2012.

GREENWOOD, Suzana de Azevedo, et al. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. *Rev. Latino – am Enfermagem*. [S. L.], 2006.

INSTITUTO DO HPV. **Guia do HPV: Entenda de vez os papilomavírus humanos, as doenças que causam e o que já é possível fazer para evitá-los**. [S.L.], 2013.

LETO, Maria Das Graças. Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S.L], v. 86, jul. 2010.

MANOEL André, et al. Avaliação do conhecimento sobre o vírus do papiloma humano (HPV) e sua vacinação entre agentes comunitários de saúde na cidade de Tubarão, Santa Catarina. **Epidemiol. Serv. Saude**. 2017; 26(2): 399-404.

NAKAGAWA, Janete et al. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, mar./abr. 2010.

NOBRE, Fernando Antonio Wanderley. Proposta de intervenção para a profilaxia através da vacinação contra hpv na prevenção do câncer de colo do útero em uma unidade básica de saúde do município de campo alegre –AL2016. 27 f. TCC (Graduação) - Curso de Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Campo Alegre, 2016.

PAAVONEN, J et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04- adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *www.thelancet.com* Vol 374 July 25, 2009

PEREIRA, R.G.V. et al. **A influência do conhecimento na atitude frente à vacina contra o Papilomavírus Humano: ensaio clínico randomizado**. *ABCS Health Sci*. 2016; 41(2):78-83

Perguntas frequentes: HPV. **Instituto Nacional do Câncer (INCA)**. [acesso em 23 mar 2019]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/hpv-cancer-perguntas-mais-frequentes>. Acesso em: 23 de mar de 2019.

SANTOS, Iris et al. Infecção por HPV em homens: Importância na transmissão, tratamento e prevenção do vírus. **Estud Biol.**, [S.L], v. 32, p. 111-18, dez./jan. 2011.

SILVA, A.K.C; ROSS, J.R. Vacinação contra o Papiloma Víris Humano no Brasil: uma interlocução com as publicações científicas. JMPHC Journal of Management and Primary Health Care. www.jmphc.com.br J Manag Prim Heal Care 2017; 8(1): 91-98

SILVA, MJPMA. A eficácia da vacina profilática contra o HPV nas lesões HPV induzidas FEMINA, Outubro 2009, vol 37 , nº 10

SOUSA, Ana claudia et al. Caracterização das alterações citopatológicas e fatores de riscos associados ao desenvolvimento do câncer de colo utero. **Revista Uningá Review**, [S.l.], v. 30, n. 1, jan. 2018.

TSUCHIYA, et al. O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. **J. bras. econ. saúde**. [S.L], v. 9, n. 1, p. 137, abr. 2017.

VERAS, Juscélia; NERY, Inez. O significado do diagnóstico de câncer do colo uterino para a mulher. **Revista Interdisciplinar Novafap**, Teresina, v. 4, n. 4, out./dez. 2018.

WHO – World Health Organization. **Safety update on HPV Vaccines**. Geneva, 2015. Disponível em: http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/GACVS_Dec_2013_HP_V_France_Dec20_Final.pdf?ua=1 Acesso em 20 de março de 2018

4 APÊNDICES:

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar deste estudo pelo fato de ser agente comunitário prestador de serviço na Atenção Primária à Saúde do município de Lagarto, Sergipe. Este estudo tem a finalidade de coletar dados importantes sobre o HPV e sua forma de prevenção na Atenção Primária à Saúde. Todas estas informações servirão de fonte para a realização de um trabalho de conclusão de curso de medicina. Estas informações serão armazenadas em um banco de dados e mantidos em **caráter confidencial e sigiloso**, onde o seu nome não aparecerá em nenhuma publicação.

A sua participação é voluntária e o senhor (a) pode recusar ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem que esta atitude o prejudique. Por favor, sinta-se a vontade para discutir qualquer aspecto referente a esta pesquisa com as pesquisadoras responsáveis: Camila Santos Andrade, telefone (79) 999442155 e email camila_sa5@hotmail.com, ou Rafaella Salmeron Figueiredo Ferreira, telefone (79) 999724749 e email rafaellasalmeron@yahoo.com.br.

Os riscos da pesquisa são mínimos, uma vez que o voluntário não será exposto a nenhum tratamento ou outra exposição que afete diretamente o seu fisiológico. No entanto, pode gerar desconforto ou constrangimento devido às perguntas do questionário. No que se refere aos benefícios do estudo, após a análise dos dados do estudo e intervenção educativa, será possível entender motivos de não adesão à vacina contra o HPV e criar programas com ações que incentivem a adesão à vacina para os adolescentes, ao lembrar sobre o HPV e sua principal complicação, o câncer de colo de útero. Além disso, o banco de dados da literatura será renovado com novas avaliações e interferências científicas, possibilitando que novas pesquisas sejam realizadas.

Li e compreendi este termo de consentimento e todas as minhas dúvidas foram sanadas. Recebi explicações sobre o objetivo de pesquisa e os procedimentos do estudo a que serei submetido. Portanto, aceito participar voluntariamente desta pesquisa. Eu recebi uma cópia deste consentimento.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: _____

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (Estrutura do Texto). Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais
- PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises
- STROBE checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- RATS checklist para estudos qualitativos

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos

Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre adaptação transcultural de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

No preparo do manuscrito, além das recomendações citadas, verifique as instruções de formatação a seguir.

Formatação:

Devem conter até 3500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Número de tabelas/figuras: até 5 no total.

Número de referências: até 30 no total.

Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

CONFLITO DE INTERESSES

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras

conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

Preparo do Manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no Medical Subject Headings (MeSH). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou key words) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-

se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. Cienc Saude Coletiva. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. Rev Saude Publica. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos

dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

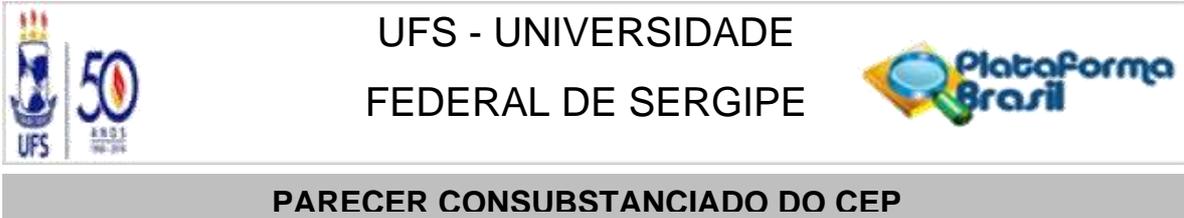
As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.

2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.(Não é necessária na apresentação)
8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
9. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação, verificando se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAGARTO SOBRE A VACINA CONTRA O HPV E A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

Pesquisador: ANA MARIA FANTINI SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02578518.9.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.068.268

Apresentação do Projeto:

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é a infecção sexualmente transmissível por vírus mais comum no mundo. Ele está diretamente ligado ao câncer de colo de útero, sendo considerado seu principal fator de risco e causa primária. Está relacionado também ao câncer de vulva, ânus e pênis, mas em menor proporção. Apesar de existir a vacina como forma de prevenção primária, ainda há uma resistência muito grande por parte da população. O agente comunitário de saúde, principal ponte entre a população e a Unidade Básica de Saúde, pode mudar essa realidade e aumentar a adesão à vacinação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o efeito de uma intervenção educativa sobre a vacina contra o HPV e prevenção do câncer de colo uterino em agentes comunitários de saúde do município de Lagarto-SE.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil socioeconômico dos agentes comunitários de saúde.

Identificar possíveis fatores que dificultam a adesão à vacinação contra o HPV.

Analisar o conhecimento prévio dos agentes comunitários de saúde sobre o HPV e o câncer de colo do útero.

Avaliar o conhecimento sobre o exame Papanicolau e a sua importância entre os agentes

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone:

(79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br



Continuação do Parecer: 3.068.268

comunitários de saúde e estimular a sua execução.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes da pesquisa podem se sentir constrangidos diante de alguma pergunta do questionário que não saibam a resposta. Caso isso ocorra, o participante poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento.

Benefícios:

Após a análise dos dados do estudo e intervenção educativa, será possível entender motivos de não adesão à vacina contra o HPV e criar programas com ações que incentivem a adesão à vacina para os adolescentes, ao relembrar sobre o HPV e sua principal complicação, o câncer de colo de útero. Além disso, o banco de dados da literatura será renovado com novas avaliações e interferências científicas, possibilitando que novas pesquisas sejam realizadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema da pesquisa é importante e a orientadora está apta para desenvolvê-la. Não ficou claro o porquê de utilizar-se dois grupos de sujeitos da pesquisa se a estratégia proposta é a de avaliação de resposta do tipo "antes-depois".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam

Recomendações:

A recomendação é alterar a ordem de apresentação dos parágrafos no TCLE: "Li e compreendi este termo de consentimento e todas as minhas dúvidas foram sanadas. Recebi explicações sobre o objetivo de pesquisa e os procedimentos do estudo a que serei submetido. Portanto, aceito participar voluntariamente desta pesquisa. Eu recebi uma cópia deste consentimento." deve ser retirado do local onde está e ser colocado ao final do Termo, uma vez que é a expressão do aceite após o sujeito da pesquisa receber todo o esclarecimento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicita-se que a equipe atenda a recomendação acima. Por não se tratar de alteração de conteúdo, e sim de forma, não requer reapreciação pelo CEP.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº**Bairro:** Sanatório**CEP:** 49.060-110**UF:** SE**Município:** ARACAJU**Telefone:** (79)3194-7208**E-mail:** cephu@ufs.br

**UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE**



Continuação do Parecer: 3.068.268

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1228008.pdf	08/11/2018 17:17:46		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.jpg	08/11/2018 17:17:31	RAFAELLA SALMERON FIGUEIREDO FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	16/10/2018 21:16:20	CAMILA SANTOS ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.docx	16/10/2018 18:36:55	RAFAELLA SALMERON FIGUEIREDO FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.docx	16/10/2018 17:38:41	CAMILA SANTOS ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 10 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador(a))

ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE CONHECIMENTO E ACEITABILIDADE DA VACINA CONTRA O HPV.

Identificação

Idade: _____ DN: ____/____/____

Estado onde mora : _____ Cidade:

Bairro : _____

Procedência: ()Zona rural ()Zona urbana

Sexo: ()F ()M

Estado civil: ()Solteiro, ()Caso/união estável, ()Viúvo, Divorciado()

Filhos: () sim () não Se sim, nº de filhos: _____

Renda Familiar: () < 2 salário mínimo () 2 – 4 salários mínimos () 4 – 10 salários mínimos

() > 10 salários mínimos () não sei

Escolaridade: ()Analfabeto ()Ensino fundamental ()Ensino médio

()Ensino superior incompleto - qual curso/faculdade: _____

()Ensino superior completo - qual curso/faculdade: _____

Domínio 1: Conhecimento sobre como HPV

1. Você sabe o que é o HPV? ()não ()sim ()não tenho certeza

2. O HPV é um vírus? ()bactéria ()vírus ()fungo ()não tenho certeza

3. Como acontece a transmissão do HPV? ()picada de mosquito ()aerossol ()relação sexual

()compartilhamento de toalha de banhos ()compartilhamento de talheres

4. O HPV pode causar câncer de colo do útero? ()não ()sim ()não tenho certeza

5. O HPV pode causar outros tipos de cânceres? ()não ()sim ()não tenho certeza

6. O HPV pode causar alterações no Papanicolau (exame preventivo de câncer de colo do útero)? ()não ()sim ()não tenho certeza

7. O câncer de colo do útero é uma das principais causas de câncer em mulheres? ()não

sim não tenho certeza

8. Fumar pode aumentar o risco de câncer colo do útero? não sim não tenho certeza

Domínio 2: Conhecimento sobre vacina contra HPV

9. A vacina contra HPV previne o câncer de colo de útero? não sim não tenho certeza

10. Quando deve ser aplicada a vacina contra HPV ? antes da primeira relação sexual depois da primeira relação sexual após os 18 anos não tenho certeza

11. A vacina contra HPV pode ser aplicada em quem já teve relação sexual? não sim não tenho certeza

12. A vacina contra HPV pode ser prejudicial à saúde? não sim não tenho certeza

13. A vacina contra HPV pode causar infecção por HPV? não sim não tenho certeza

14. A vacina contra HPV é fornecida pelo Governo? não sim não tenho certeza

15. A vacina contra HPV faz parte da carteirinha de vacinação? não sim não tenho certeza

16. Onde você ficou sabendo sobre a vacina contra HPV? Escola Amigos TV/rádio Internet Profissional de Saúde

Outros _____

17. Quantas doses são necessárias para vacinação completa? 1 2 não tenho certeza

18. A vacina contra HPV diminui a chance de ter verrugas genitais? não sim não tenho certeza

19. A vacina contra HPV diminui a chance de ter alterações no Papanicolau (exame preventivo de câncer de colo do útero)? não sim não tenho certeza

Domínio 3: Barreiras para vacinação contra HPV

20. Você acha que a vacina contra HPV estimularia o início da vida sexual mais cedo? não sim não tenho certeza

21. Você acha que após a vacina contra HPV ainda é preciso usar camisinha? não sim não tenho certeza

22. Você acha que após a vacina contra HPV ainda é preciso fazer o Papanicolau (exame preventivo de câncer de colo do útero)? não sim não tenho certeza

Domínio 4: Aceitabilidade da vacina contra HPV

23. Você conhece alguém que já tomou a vacina contra HPV? não sim não tenho certeza

24. Você já tomou a vacina contra HPV? não sim/ Se sim rede pública particular não tenho certeza

25. Você recomendaria a vacina contra HPV para filho(a), amigo ou parente tomar? não sim não tenho certeza.

26. Caso a resposta seja não, qual o motivo da recusa? religião efeitos colaterais estimula atividade sexual desconheço a doença

Domínio 5: Conhecimento sobre o Papanicolau

27. Quando se indica o início do Papanicolau? após a primeira menstruação após a primeira relação sexual após os 25 anos quando sentir algum sintoma

28. De quanto em quanto tempo é necessário fazer o exame? Anualmente a cada 2 anos a cada 3 anos depende dos exames anteriores

Domínio 6: Agentes de saúde

29. Pacientes que vivem com HIV podem tomar a vacina? não sim não tenho certeza

30. Sinto-me confiante para indicar a vacinação contra HPV para pacientes? não sim

31. Sinto-me confiante para dar informações sobre HPV para pacientes? não sim

32. Pacientes gestantes podem tomar a vacina? não sim não tenho certeza

