

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

PEDRO WAGNER FONSECA PEDREIRA

PERCEPÇÃO DO HOMEM COM RELAÇÃO À INFECÇÃO
POR PAPILOMAVÍRUS HUMANO – HPV (SEGUNDA
ETAPA)

ARACAJU

2013

PEDRO
WAGNER
FONSECA
PEDREIRA

PERCEPÇÃO
DO HOMEM
COM
RELAÇÃO À
INFECÇÃO
PELO
PAPILOMAVÍ
-RUS
HUMANO -
HPV
(SEGUNDA
ETAPA)

2013

PEDRO WAGNER FONSECA PEDREIRA

PERCEPÇÃO DO HOMEM COM RELAÇÃO À
INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO –
HPV (SEGUNDA ETAPA)

Monografia apresentada como
requisito parcial para obtenção do título em
bacharel em Medicina pela Universidade
Federal de Sergipe.

Orientadora : Profa. Dra. Julia Maria Gonçalves Dias

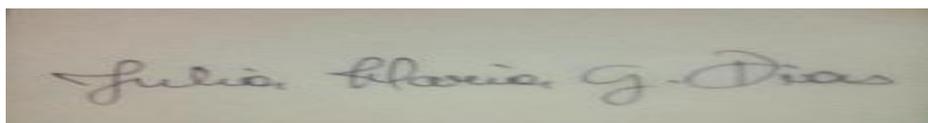
ARACAJU
2013

PEDRO WAGNER FONSECA PEDREIRA

PERCEPÇÃO DO HOMEM COM RELAÇÃO À
INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO –
HPV (SEGUNDA ETAPA)

Monografia apresentada como requisito
parcial para obtenção do título em bacharel em
Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

Aprovada em : ___/___/___



Orientadora : Profa. Dra. Julia Maria Gonçalves Dias

Examinador 1

Examinador 2

PARECER

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	6
2-REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
2.1- Biologia	8
2.2- Histórico	9
2.3- Epidemiologia	10
2.4- Transmissão e Fatores de Risco	11
2.5- Manifestações Clínicas e Subclínicas	12
2.6- Infecção por HPV no Homem.....	14
2.7- Diagnóstico da infecção por HPVno homem.....	15
2.8- Tratamento	16
2.9- Prevenção	18
2.10- Referências na Literatura	20
3- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	24
4- ARTIGO	35

1- INTRODUÇÃO

A infecção pelo HPV é a mais comum doença sexualmente transmissível diagnosticada (LÓPEZ VC et al., 2012).

Quanto aos casos de câncer relacionados com o HPV, os estudos relatam que além de provocar o câncer de colo de útero, têm-se relacionado à presença de infecção de HPV na vagina, na vulva, no ânus e no pênis (FAUCI AS et al., 2008).

Existem cerca de 630 milhões de pessoas infectadas em todo o mundo. E a prevalência geral varia entre 9 - 13 %. A prevalência da infecção por HPV varia entre os homens dependendo dos métodos do estudo, bem como as diferenças entre as populações estudadas (LÓPEZ VC et al., 2012).

Apesar de serem feitos vários estudos que relatam casos de infecção por HPV no pênis, poucos relatam o conhecimento e a percepção do homem sobre este vírus e o que ele pode causar. Embora a percepção e o conhecimento sobre o vírus e a patologia não seja um indicador de que haverá saúde pela mudança de comportamento, pois têm várias outras influências sociais sobre a atitude, conhecer é o primeiro passo essencial para o sucesso de qualquer problema de saúde (LÓPEZ VC et al., 2012) (REITER PL, BREWER NT, SMITH JS, 2010).

A maior parte das pesquisas em informação e educação sobre HPV para a população em geral é centrada nas mulheres. Estudos com homens são escassos. Dentre os poucos estudos que avaliaram as diferenças de gênero, os homens têm menor conhecimento sobre HPV em comparação com as mulheres (BAER H ALLEN S BRAUN L, 2000).

Em um estudo da percepção e conhecimento da infecção pelo HPV na população adulta da Suécia foi demonstrado que o conhecimento geral do HPV é pouco, com uma boa proporção dos entrevistados não sabendo se o HPV pode causar condiloma ou câncer cervical. Em comparação com outros subgrupos, homens jovens pareceram ter pior conhecimento sobre o HPV, e eles não parecem ter ciência que podem ser aqueles que disseminam o HPV, o que afeta a população feminina; ou que eles próprios estão sob o risco de ter condiloma ou câncer relacionado com o HPV. Os esforços educacionais sobre HPV e suas doenças associadas com foco em homens jovens podem ser benéficos para ambos os sexos (DAHLSTRÖM LA et al., 2012)

Embora os inquéritos na Grã-Bretanha indiquem que cerca de 30% dos jovens adultos “ouviu falar de” HPV, esta porcentagem é provavelmente pouco mais do que o reconhecimento do nome, ainda mais porque questionamento de mulheres que dizem que estão cientes constatou que menos da metade sabia da ligação do HPV com o câncer cervical. Usando a questão em aberto “o que causa câncer cervical”, a porcentagem que mencionou HPV foi inferior a 2 % em pesquisas no Reino Unido e México. (MARLOW LAV, WALLER J, WARDLE J, 2007)

Este estudo corresponde a avaliação da qualidade e quantidade da informação que o homem aracajuano tem sobre o HPV, trata-se da segunda etapa de um estudo onde anteriormente grupos de homens com as mesmas características epidemiológicas responderam ao mesmo questionário sem informação prévia sobre o tema. Nesta etapa, os homens assistiram palestras sobre o assunto e foram submetidos ao questionário após a palestra.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1-Biologia

O papilomavírus humano é espécie-específico, com formato icosaédrico, mede aproximadamente 55nm e possui 72 capsômeros, destituído de envelope, além do genoma com dupla hélice de DNA circular. Em sua forma episomal estão presentes nos tumores benignos, e quando integrados aos cromossomos das células hospedeiras, são encontrados nas neoplasias malignas (HINRICHSEN SLet al., 2005).

Papiloma vírus humano são pequenos vírus de DNA pertencentes à família Papovaviridae e ao gênero Papilomavírus. Eles são vírus que apresentam um genoma de cerca de 8000 pares de bases. O DNA viral é associado com proteínas semelhantes a histonas, embrulhados em 72 capsômetros composto de duas proteínas estruturais, L1 e L2 (LETO MGP et al., 2011).

São descritas três regiões genômicas no DNA do HPV, uma de codificação precoce E (*early coding region*), uma de codificação tardia L (*late coding*) e ambas separadas por uma região não codificante *long control region*. Essas proteínas virais interferem no mecanismo de interação e de instalação na célula hospedeira, resultando no efeito citopático e na formação de neoplasias. A região E, composta de oito genes (E1-E8) representa estruturas proteicas necessárias à replicação viral e à transformação oncogênica. As oncoproteínas E6 e E7 inativam as proteínas celulares supressoras do tumor, podendo resultar em mutação, aneuploidia, falha mitótica ou apoptose(HINRICHSEN SLet al., 2005).

O HPV infecta tanto as mucosas quanto os tecidos cutâneos. Assim, pode ser classificado segundo seu tropismo como cutâneotrópico e mucosotrópico. As diferenças em se tratando de tropismo ainda carecem de estudos, porém, nos últimos anos, tem-se estudado intensamente sobre as variações discretas em certas porções do genoma que possam resultar em potencial patogênico distinto (SOUTO R, FALHARI JPB, CRUZ AD, 2005).

Segundo Focaccia e colaboradores (2009), o HPV pode ser agrupado de acordo com a especificidade tecidual em: HPV cutaneotrópico, HPV cutaneotrópico associado à epidermodisplasiaverruciforme (EDV) e HPV mucosogenitotrópico. O primeiro tipo afeta áreas não genitais e inclui o HPV 1 a 4 e 10. Estes tipos são quase sempre associados a lesões verrucosas benignas. O segundo é uma patologia rara autossômica

recessiva, caracterizada por predisposição anormal a carcinomas de pele causados por papilomavírus EDV-específicos (HPV 5-8); e o último tipo infecta especialmente a mucosa da genitália, podendo ocorrer em qualquer outra mucosa do organismo (oral, ocular, respiratória).

De acordo com o potencial de oncogenicidade, os tipos de HPV são agrupados em baixo risco (4, 6, 11), risco indeterminado e alto risco oncogênico (16, 18, 31, 33, 35, 39, 58, 68)(HINRICHSEN SLet al., 2005).

Entre os mais de 100 tipos de HPV identificados até agora, cerca de 40 tipos infectam a mucosa anogenital e são classificados como de baixo e alto risco com base no seu potencial oncogênico. Em um estudo epidemiológico anterior, em larga escala, foram identificados 15 tipos de HPV, HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82, que estão intimamente ligados ao desenvolvimento de câncer cervical, com aproximadamente 70% dos casos de câncer de colo de útero em todo o mundo atribuído ao HPV 16 e 18(KONDO K et al.,2012).

O HPV tem como alvo as células basais no epitélio escamoso estratificado e das células metaplásicas na junção escamocolunar do colo do útero. Além disso, o HPV pode infectar o epitélio glandular da endocérvice, resultando em neoplasias glandulares, tais como adenocarcinoma in situ ou invasivo (AULT KA, 2006).

2.2- Histórico

Dados históricos escritos por um historiador romano, chamado Martius, mostra uma descrição do condiloma clássico no primeiro século depois de Cristo, e os gregos na idade média descreviam o condiloma sem precisão(MENDONÇA ML, NETTO JCA, 2005).

Em 1954 foi descrita, depois da guerra da coreia, a transmissão sexual dos condilomas acuminados dos soldados americanos para suas esposas americanas. Esses soldados obtiveram o vírus do HPV das nativas coreanas (BARRET, T.J.; SILBAR, J.D.; MCGINLEY, J.P., 1991).

Em 1970, foi estabelecido que existiam vários tipos de HPV e não somente um tipo. Em 1972, foi analisada a possibilidade do desenvolvimento do HPV e sua malignidade (ZUR HAUSEN H, 2008).

2.3- Epidemiologia

A infecção pelo HPV é a mais frequente doença sexualmente transmissível (DST) entre indivíduos jovens e sexualmente ativos. Como no Brasil inexistente a notificação compulsória da incidência desta infecção, não há sinais que demonstrem o seu declínio. Em muitos casos a infecção é vencida pelo íntegro sistema imunológico dos pacientes (HINRICHSEN SLet al., 2005).

As mudanças no comportamento sexual nas últimas décadas junto com pouca informação sobre o papiloma vírus humano, principalmente no homem, têm feito com que o HPV prolifere com muita rapidez e seja a doença sexualmente transmissível mais frequente(CAVALCANTI SMB et al., 2001).

A literatura tem mostrado que a infecção pelo papilomavírus humano é uma Doença Sexualmente Transmissível com incidência mundial crescente, de difícil controle, não só porque o mesmo implica mudança comportamental, mas também devido a fácil contagiosidade, em decorrência de ser o vírus não-capsulado (HINRICHSEN SLet al., 2005).

Certas populações possuem risco particularmente aumentado para infecção por HPV, bem como para lesões induzidas por estes vírus, estas populações incluem epidermodisplasia verruciforme com risco aumentado para câncer de pele, transplantados renais, pacientes imunossuprimidos por outras razões, em particular pelo vírus da imunodeficiência (FOCACCIA R et al., 2009).

Alguns estudos têm demonstrado que mulheres têm aumentado o risco de ter a infecção pelo papiloma vírus humano, devido ao comportamento de risco de seus parceiros, mais do que delas mesmas (BOSCHFX, QIAO Y, CASTELLSAGUÉ X,2006).

A infecção cervical por tipos oncogênicos de HPV eleva em 30 vezes o risco para câncer do colo do útero, nível semelhante ou maior do que aquele para câncer do pulmão entre fumantes(HINRICHSEN SLet al., 2005).

A probabilidade de um indivíduo sexualmente ativo de 50 anos ter sido infectado pelo HPV, ao longo de sua vida, atinge os 70 a 80%. Ao fim de um a dois anos, tem resolução espontânea em 80% dos casos e a infecção torna-se persistente nos 20% restantes. Em três a quatro por cento dos casos evolui para lesões, das quais 0,7 a 1% para lesão pré-cancerosa e 0,1% para câncer invasivo, com um tempo de progressão variável, em geral, em torno de 15 anos (FOCACCIA R et al., 2009).

Mais de 95% dos cânceres cervicais são devidos aos tipos 16, 18, 31, 33, 45 do papiloma vírus humano, que são os tipos de alto risco. Existe uma relação direta entre a infecção pelo HPV e o câncer cervical (FAUCI AS et al., 2008).

A infecção genital é frequentemente assintomática e não diagnosticada. A transmissão é facilitada por infecções, comportamento sexual e ineficácia das intervenções de controle. Acompanhamento das verrugas genitais, detecção de anormalidades pelos exames de rastreio e notificação do câncer, dão ideia do impacto da infecção pelo HPV, porém não mostram a prevalência da infecção na população e a distribuição dos tipos de HPV (JONHSON et al., 2012).

2.4- Transmissão e Fatores de Risco

A história natural da infecção pelo HPV é via de regra: durante relação sexual com pessoas infectadas, onde o vírus penetra no novo hospedeiro através de microtraumatismos, os locais mais frequentes de infecção são aqueles suscetíveis ao microtrauma durante a relação sexual como o introito e mucosas perianais e intra-anal (FOCACCIA R et al., 2009).

As principais vias de transmissão do HPV são sexual, não sexual e materno fetal. A via sexual é a mais efetiva e o vírus penetra na pele e mucosas através de microlacerações, principalmente na região anogenital e na cavidade orofaríngea (HINRICHSEN SLet al., 2005).

A existência de infecção por HPV na gravidez expõe ao risco de transmissão fetal e ao recém-nato, o que parece ser aumentado em condilomas exofíticos extensos durante a fase de expressão ativa, quando as lesões são altamente infecciosas. Por outro lado, muitos casos de papilomatose respiratória juvenil ocorrem em crianças de mães que não tinham lesões durante a gravidez. Isto nos leva a deduzir que o HPV pode ser transmitido por lesões subclínicas ou latentes. A inoculação viral parece acontecer durante o parto através do contato entre o feto e o trato genital materno, mas a infecção intrauterina por transmissão transplacentária não pode ser excluída e a transmissão pós-natal é também possível. A frequência de transmissão vertical perinatal do HPV é baixa (2,8%) e estudos sugerem que nem a cesária nem o tratamento das lesões do HPV antes do parto protegerão sempre contra a aquisição do HPV pelo recém-nascido (FOCACCIA R et al., 2009).

Foi colhido material da boca de crianças abaixo de dois anos e foi encontrado positividade para infecção pelo vírus HPV, confirmando a transmissão materno-fetal no nascimento de filhos de mães infectadas pelo HPV. Já em outro estudo, mostrou-se que é baixo o risco de infecção perinatal, porém não descartando a infecção (NICOLAU SM, 2002).

Durante o parto transpelviano, em portadoras de lesões clínicas, há possibilidade de transmissão do vírus ao concepto, que poderá desenvolver lesões clínicas na genitália ou papilomatose laríngea (HINRICHSEN SLet al., 2005).

Os fatores de risco para aquisição de infecção por HPV são idade, atividade sexual, tabagismo, imunossupressão, gravidez e outros. Existe um declínio visível de sua prevalência com a idade, referente aos aspectos epidemiológicos e transitoriedade da lesão, provavelmente pela redução de exposição a novos parceiros e desenvolvimento de imunidade a alguns tipos de vírus(FOCACCIA R et al., 2009).

O Homem atua na dinâmica da transmissão, aumentando as chances da mulher contrair o HPV e assim ter um câncer de colo de útero, já que 99% dos cânceres de colo de útero são devidos ao vírus do HPV. Ainda que menos frequente, o homem pode ter um câncer de pênis ou de ânus devido ao HPV(MENDONÇA ML, NETTO JCA, 2005).

Existe associação entre idade do início de atividade sexual, número de parceiros e maior prevalência de infecção pelo HPV; a circuncisão masculina reduz o risco de infecção no homem em 63% e de câncer cervical em suas parceiras em 68% (FOCACCIA R et al., 2009).

2.5- Manifestações Clínicas e Subclínicas

O período de incubação do HPV no organismo humano varia de três a quatro meses. O aspecto da lesão macroscópica e histológica varia conforme o tipo de HPV e da localização. Qualquer epitélio escamoso pode ser infectado (FAUCI AS et al., 2008).

A infecção pelo HPV pode ser clínica se houver o condiloma acuminado, ou verrugas na área genital e essa infecção é facilmente percebida pelo portador. Pode ser subclínica em que a pessoa tem as lesões, porém ela só pode ser diagnosticada pela colposcopia ou peniscopia e, citologia. Pode ser uma infecção latente que é diagnosticada pela detecção do DNA do vírus(ANTUNES AA et al., 2004).

A infecção clínica pelo HPV, caracterizada pela presença de verrugas, está presente em 1% dos portadores do vírus, sendo esta a parte visível do iceberg; 4% são

portadores de HPV subclínico, diagnosticável pelo encontro de coilocitose, em exames citohistopatológicos. Em 10% dos indivíduos, a infecção é latente e diagnosticável somente quando utilizadas técnicas de biologia molecular (HINRICHSEN SLet al., 2005).

Nas formações clínicas, evidenciam-se formações múltiplas, em forma de crista, localizadas nas áreas de atrito sexual, podendo crescer com o tempo e tomar a forma de um couve-flor (QUEIROZ AMA, CANO MAT, ZAIA JE, 2007).

Essas manifestações clínicas variam dependendo do tipo de vírus HPV depende da localização das lesões, na palma das mãos, na planta do pé, sendo assim dolorosas, na face, no pescoço e no tórax das crianças que é chamada verruga plana e as verrugas anogenitais (FAUCI AS et al., 2008).

Os condilomas acuminados são mais frequentemente formações papilíferas com pedúnculo digitiforme, alto grau de vascularização e tendência à aglomeração, enquanto as lesões papulosas são protuberantes, com superfície lisa e arredondada, coloração mais escura e mais frequente em áreas ceratinizadas. Apesar de as lesões planas serem protuberantes, elas são mais elevadas em relação ao epitélio ao redor e têm superfície ondulada e com microespículas (HINRICHSEN SLet al., 2005).

As lesões sub-clínicas são as mais frequentes no colo uterino da mulher e são vistas quando a mulher vai ao ginecologista e o médico aplica ácido acético no colo do útero e no canal vaginal e com o colposcópico visualiza as lesões invisíveis ao olho nu (QUEIROZ, A.M.A.; CANO, M.A.T.; ZAIA, J.E., 2007).

No homem, as lesões induzidas pelo HPV são encontradas com mais frequência no prepúcio (região interna mais acometida que a externa), sendo que um estudo para verificar as localizações destas lesões e suas frequências mostrou que em segundo lugar as lesões são encontradas no corpo do pênis e em terceiro lugar no púbis. Verificou-se também que na peniscopia a frequência de achados acetonegativos é maior que acetopositivos (CHAVES JHB et al., 2011)

Nas mulheres, as lesões clínicas localizam-se mais amiúde no introito vaginal, pequenos lábios, porções internas dos grandes lábios, vestíbulo, clitóris, vagina e cérvix. Já nos homens os condilomas são mais frequentes nas regiões úmidas, como glândula, sulco coronal, frênulo e face interna do prepúcio; o acometimento da uretra distal é relatado em média de 15% a 20% dos homens, enquanto nas mulheres ocorre em apenas 5% dos casos (HINRICHSEN SLet al., 2005).

2.6- Infecção por HPV no Homem

Um estudo mostrou que 50,5% dos homens possuem pelo menos um genótipo de um HPV conhecido. Cerca de 25,7% dos homens tinham teste positivo para mais de um genótipo de HPV no organismo. Entre os homens com HPV, 12% tinha HPV dos tipos que provocam câncer, 20,7% tinha apenas os tipos que não provocarão lesões cancerígenas, e 17,8% dos homens infectados tinham ambos os tipos de HPV citados anteriormente (ANIC JA, GIULIANO AR, 2011).

O homem é o principal disseminador da infecção do HPV nas mulheres. Dados epidemiológicos mostram que a segunda mulher de um homem cuja primeira mulher faleceu de câncer de colo de útero tem uma maior probabilidade de desenvolver carcinoma epidermóide de colo de útero. E esposos de mulheres com carcinoma cervical tem o risco aumentado de ter câncer de pênis (ANTUNES AA et al., 2004).

Existe uma associação entre a infecção no homem pelo papiloma vírus humano e o câncer de pênis da ordem de 30,3% , principalmente do HPV tipo 16, tendo uma variação dessa taxa entre 15% e 46,3%. Em lesões que não sejam invasivas como o câncer, notou-se uma prevalência maior do HPV (CARVALHO NS et al., 2007).

Uma comparação entre o câncer de pênis e o câncer cervical nas mulheres pode mostrar que o câncer peniano tem uma incidência muito menor em relação ao câncer de colo de útero, principalmente em países desenvolvidos (PALEFSKY JM,2010).

As manifestações clínicas da infecção pelo HPV no homem geralmente são benignas e de caráter sub-clínico. Pode apresentar-se como pápulas ou como lesões carnudas em aspectos de couve-flor nas regiões do prepúcio, glande, escroto, região anal e raramente no meato uretral (SANTOS IM, MAIORAL MF, HAAS P, 2010).

Um estudo mostrou que homens circuncidados têm três vezes menos DNA do HPV no pênis do que homens não circuncidados (MENDONÇA ML, NETTO JCA, 2005).

Um estudo em Porto Rico demonstrou que o conhecimento e a consciência adequados sobre o HPV têm uma baixa prevalência entre homens sexualmente ativos frequentadores de uma clínica de infecções sexualmente transmissíveis. Há necessidade de melhorar o conhecimento dos homens, principalmente de câncer anal e oral provocados pelo HPV (LÓPEZ VC et al, 2012).

2.7- Diagnóstico da infecção por HPV no homem

Como qualquer outra doença, é necessário fazer uma anamnese para que o médico possa nortear sua conduta através de evidência cada vez mais clara. O médico vai perguntar sobre a vida sexual do paciente, doenças sexualmente transmissíveis anteriores, se ele tem várias parceiras, quando iniciou a vida sexual, se fuma, se têm HIV, se recebeu transplante de órgão, se tomou quimioterapia recentemente, se é parceiro de mulher com HPV(FOCACACCIA R et al., 2009)(NICOLAU SM, 2002).

Faz-se o exame físico no homem e determina se o homem possui verrugas anogenitais. Visualiza-se a presença de fimose, de ectopias uretrais e a higiene da região genital e assim ajudará na pesquisa de lesões não aparentes provocadas pelo HPV(MENDONÇA ML, NETTO JCA, 2005).

Não possuindo a infecção clínica, faz-se a peniscopia que pode ser realizada no consultório. Realiza-se a peniscopia embebendo gases em ácido acético e colocando-as junto a pele do pênis por cinco minutos. Após isso, examina-se o pênis com um colposcópio a fim de detectar lesões esbranquiçadas, suspeitas de infecção por HPV. Retira-se um fragmento das lesões, depois de devidamente anestesiadas, e envia para a patologia analisar a histologia, se existe coilocitose, ou multinucleação, ou diploidia ou poliploidia. Pode-se fazer também a hibridização molecular e PCR para achar o HPV e seu subtipo (SILVA RR et al., 2000).

A imuno histoquímica pode verificar a presença de revestimento protéico nas partículas virais do HPV, utilizando anticorpos policlonais contra os antígenos específicos de cada tipo de HPV. É altamente específico(MENDONÇA ML, NETTO JCA, 2005).

O teste de hibridização molecular é o mais sensível teste para detectar o papiloma vírus humano. O seu uso ajuda a reduzir os testes falsos negativos. A reação em cadeia de polimerase (PCR) amplifica o DNA viral e posteriormente hibridiza. Também é altamente sensível. A captura híbrida é um dos exames mais modernos para identificar o vírus. É uma reação de amplificação de sinal e associa métodos de hibridização molecular e antígenos monoclonais (NICOLAU SM, 2002).

2.8- Tratamento

O tratamento na infecção pelo HPV deve ser começado pela adoção de medidas gerais como higiene, controle das infecções associadas e do tabagismo já que este último foi comprovadamente associado ao aumento de lesões de alto grau(HINRICHSEN SLet al., 2005).

Algumas lesões do HPV podem regredir espontaneamente, além do que, existem tratamentos que provocam efeitos colaterais, e outros são dispendiosos, porém as lesões induzidas pelo HPV podem se transformar em câncer na mulher e pode aumentar a transmissão através do homem. Portanto, o tratamento deve ser bem pensado e considerado (FAUCI AS et al., 2008).

O tratamento visa eliminar as lesões, eliminando o risco de formação de neoplasias e o risco de transmissão e proliferação do HPV(NICOLAU SM, 2002).

São divididos em :

Agentes tópicos:

ÁCIDO TRICLOROACÉTICO de 30% a 90% : é um medicamento que é utilizado para fazer uma corrosão na lesão, provocando uma perda da estrutura tridimensional da molécula protéica, perdendo a função da mesma no epitélio. Usado tanto na infecção clínica quanto na subclínica(HINRICHSEN SLet al., 2005).

Pode-se controlar a profundidade da destruição da lesão pela visualização do branqueamento da região tratada. Não é um produto tóxico, por isso pode ser usado em mulheres gestantes. A aplicação sem o manejo correto pode provocar úlceras. Ocorre uma impressão de ardência na região tratada por 5 a 15 minutos e pode ser resolvido com anestésicos tópicos(FOCACCIA R et al., 2009).

5- FLUORURACILA EM CREME: usado em condilomatose extensa da vagina resistente a tratamento, e tem como posologia, usar uma a duas vezes por semana durante dez semanas. Previne recidiva a tratamento cirúrgico de condilomas(NICOLAU SM, 2002).

É usado para inibir o crescimento e a multiplicação celular, interferindo na síntese do DNA e do RNA. Seu uso é associado a efeitos colaterais locais como adenose vaginal e ulcerações vestibulares, causando a redução da sua utilização. Tem ação teratogênica e não deve ser usado pelas gestantes(HINRICHSEN SLet al., 2005).

PODOFILOTOXINA A 0,5% EM SOLUÇÃO OU 0,15% EM CREME: é usado em aplicações caseiras em lesões nos genitais femininos e no pênis, duas vezes ao dia, por

três dias consecutivos e com paradas de aplicação por quatro dias. Faz-se por quatro semanas consecutivas. Não deve ser usado em grávidas e em crianças(NICOLAU SM, 2002).

Não há diferença na resposta clínica entre homens e mulheres. Ocorre reações locais e são comuns, porém não são reações sérias e duram pouco. Trinta e um por cento dos indivíduos que foram avaliados, após 12 semanas do desaparecimento completo das verrugas, tiveram reincidência(FOCACCIA R et al., 2009).

Imunoterapia:

INTERFERON: tratamento com várias injeções, com recidivas significativas, eficaz quando associada a neoplasia intra-epitelial do colo uterino. Tratamento dispendioso, com efeitos sistêmicos adversos e o desaparecimento das verrugas variam entre 36 e 62%. Efeitos colaterais controláveis e leves(NICOLAU SM, 2002).

IMIQUIMOD : é um medicamento que aumenta a eficácia da produção dos interferons, tendo uma ação antiviral, antiproliferativa e antiangiogênica. É uma droga utilizada na terapêutica das verrugas anogenitais. (SANTOS IM, MAIORAL MF, HAAS P, 2010).

Deve-se aplicar o creme na área afetada ao deitar, três vezes por semana até a regressão completa das verrugas ou por 16 semanas. Edema, prurido, eritema na região acontecem em 50% dos usuários. Dor local e reações sistêmicas acontecem somente em 3% (FOCACCIA R et al., 2009).

Cirúrgico:

Este tratamento é feito através de exérese cirúrgica, eletrocoagulação, crioterapia e laserterapia. Tem eficácia no tratamento de grávidas com condiloma genital. Índices de cura entre 69 e 79%. Exérese cirúrgica, eletrocoagulação e laserterapia são tratamentos destrutivos, podem ser dolorosos na região das lesões(NICOLAU SM, 2002).

É oportuno ressaltar que essas substâncias devem ser manuseadas levando-se em consideração o tamanho e a localização das lesões. Os resultados obtidos são parciais e não possibilitam sempre a erradicação do vírus. Os parceiros sexuais estão acometidos em aproximadamente 80% e devem ser examinados e orientados para prevenir infecções sexualmente transmissíveis como um todo (HINRICHSEN SLet al., 2005).

2.9- Prevenção

Para prevenção do HPV, é fundamental implementar medidas que visem a evitar que ele ocorra, além de reduzir a morbiletalidade que pode advir. É fundamental o aconselhamento, partindo-se da informação e da atividade educativa para a percepção dos comportamentos de risco para levar à adoção de atitudes de caráter pessoal de prevenção (HINRICHSEN SLet al., 2005).

Existem dois tipos de vacina contra o HPV: a quadrivalente que protege contra quatro tipos de vírus do HPV que são o 6, o 11, o 16 e o 18, e a bivalente que protege contra os tipos que mais provocam neoplasia que é o 16 e o 18. O HPV 16 é responsável por 50% dos canceres do colo uterino e o HPV 18 é responsável por 20% das neoplasias cervicais fazendo com que a vacina proteja contra 70% dos carcinomas cervicais (ZUR HAUSEN H, 2008).

Estudos mostraram que 90% das verrugas genitais são devidas a estes tipos de vírus citados no parágrafo anterior, mostrando que o benefício não é somente contra o câncer (NADAL LRM, NADAL SR, 2008)

Dados recentes mostraram que há cruzamento da proteção, ao mesmo tempo em que a vacina protege contra o HPV 16, também protege contra o HPV 31, e ao mesmo tempo em que protege contra o HPV 18, protege contra o HPV 45, aumentando a taxa de proteção da vacina contra 80% das neoplasias (ZUR HAUSEN H, 2008).

No capsídeo do vírus existe uma proteína L1, que dá origem à vacina pela técnica de DNA recombinante, produzindo partículas que não possuem o DNA do vírus (chamadas *virus-like particles* (VLP)) e podem determinar a produção de anticorpos pelo organismo vacinado (BORSATTO AZ, VIDAL MLB, ROCHA RCNP, 2011).

As indicações da vacina são para mulheres entre 9 e 26 anos, idealmente aos 12 e 13 anos, que não tiveram a primeira relação sexual, pois estudos mostraram que a vacina nessa faixa etária teve uma eficácia de 100%, sem nenhum efeito adverso. Mesmo que o exame Papanicolau esteja alterado, deve-se vacinar nessa faixa etária, pois pode proteger contra os outros tipos de vírus que não infectaram (BORSATTO AZ, VIDAL MLB, ROCHA RCNP, 2011).

A esperança é que quando a população em sua maior parte vacinar-se contra o HPV, que 70% do câncer cervical e outras doenças anogenitais relacionadas ao HPV sejam evitadas (NADAL SR, MANZIONE CR, 2006).

Os preservativos masculinos devem ser recomendados como medidas de prevenção de algumas infecções adquiridas durante o ato sexual, como HIV e uretrites; nos entanto, apresentam menor prevenção contra o HPV. Os preservativos femininos apesar de sua menor aceitação, devido ao seu formato anatômico, apresentam maior proteção por recobrir maior parte da genitália (HINRICHSEN SLet al., 2005).

Estudos demonstraram que mulheres cujos parceiros usaram preservativo em todas as relações sexuais tem o risco 70% menor de ser infectada pelo HPV do que as mulheres que não tem esses requisitos acima. A proteção masculina em relações heterossexuais pelos preservativos varia entre 60 a 95% de acordo com uma revisão bibliográfica de 2008(SANTOS IM, MAIORAL MF, HAAS P, 2010).

Existe a prevenção secundária feita pelas mulheres através do Papanicolau ou exame colpocitológico quando vão ao ginecologista. Acredita-se que o Papanicolau reduz as taxas de morbidade e também mortalidade pelo câncer de colo de útero por dois motivos: estudos comparativos de tendências temporais mostraram a redução da incidência e mortalidade pelo câncer cervical em diferentes países e estudos epidemiológicos do tipo caso-controle mostraram o risco de câncer cervical em mulheres que nunca fizeram o Papanicolau. (PINHO AA, FRANÇA-JUNIOR I, 2003).

Como as taxas de incidência de alguns tipos de câncer associados ao HPV continuam a subir, estes casos vão contribuir para o número total de crescimento de cânceres associados à expansão e envelhecimento populacional, havendo necessidade de recursos adicionais para a investigação médica e tratamento (JEMAL et al., 2013).

2.10- Referências na Literatura

ANIC, J.A.; GIULIANO, A.R. **Genital HPV Infection and Related Lesions in Men.** Preventive medicine, v.53, p.36-41, 2011.

ANTUNES, A.A. et al. **Prevalência de Coilocitose em Biópsias Penianas de Parceiros de Mulheres com Lesões Genitais Induzidas pelo HPV.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.26, n.7, p. 557-562, 2004.

AULT, K.A. **Epidemiology and Natural History of Human Papillomavirus Infections in the Female Genital Tract.** Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. Article 40470, p. 1-5, 2006.

BAER, H.; ALLEN, S.; BRAUN, L. **Knowledge of human papillomavirus infection among Young adult men and women: Implications for health education and research.** The Journal of Community Health, v.25, p. 67-78, 2000.

BARRET, T.J.; SILBAR, J.D.; MCGINLEY, J.P. **Genital Warts Veneral Diseases.** The Journal of the American Medical Association, v.154, p.333-344, 1991.

BORSATTO, A.Z.; VIDAL, M.L.B.; ROCHA, R.C.N.P. **Vacina contra o HPV e a prevenção do Câncer de Colo de Útero: Subsídios para a Prática.** Revista Brasileira de Cancerologia, v.57, n.1, p.67-74, 2011.

BOSCH, F.X.; QIAO, Y.; CASTELLSAGUÉ, X. **The epidemiology of human papillomavirus infection and its association with cervical cancer.** International Journal of Gynecology and Obstetrics, v.94, p.8-21, 2006.

CARVALHO, N.S. et al. **Associação entre HPV e Câncer Peniano: Revisão da Literatura.** Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v.19, n.2, p. 92-95, 2007.

CAVALCANTI, S.M.B. et al. **Estudo da prevalência de Papilomavírus Humanos em lesões do trato genital masculino.** Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v.13, n.2, p.29-33, 2001.

CHAVES, J. H. B. et al. **Peniscopia no Rastreamento das Lesões induzidas pelo Papilomavirus Humano.** Revista Brasileira de Clínica Médica, v.9, n.1, p.30-35, 2011.

DAHLSTRÖM, L.A. et al. **Awareness and Knowledge of Human Papillomavirus in the Swedish Adult Population.** Journal of Adolescent Health. v.50, p.204–206, 2012.

FAUCI, A.S. et al. **Harrison Medicina Interna.** 17º edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008.

FOCACCIA, R. et al. **Tratado de Infectologia.** 4º edição. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

HINRICHSEN, S.L. et al. **Doenças Infeciosas e Parasitárias.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

JEMAL A, SIMARD EP, DORELL C, NOONE AM, MARKOWITZ LE, KOHLER B. **Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2009, Featuring the Burden and Trends in Human Papillomavirus (HPV)-Associated Cancers and HPV Vaccination Coverage Levels.** J Natl Cancer Inst, v.6, n.3 p.175:201, 2013.

JOHNSON, A.M. et al. **Epidemiology of, and behavioural risk factors for, sexually transmitted human papillomavirus infection in men and women in Britain.** Sex Transm Infect, v.88, n.3:212-7, 2012.

KONDO, K. et al. **Genotype Distribution of Human Papillomaviruses in Japanese Women with Abnormal Cervical Cytology.** The Open Virology Journal, v.6, p.277-283, 2012.

LETO, M.G.P. et al. **Human papillomavirus infection: etiopathogenesis, molecular biology and clinical manifestations.** Anais Brasileiros de Dermatologia, v.86, n.2, p.306-17, 2011.

LÓPEZ, V.C. et al. **Awareness and knowledge of Human Papillomavirus (HPV) infection among high-risk men of Hispanic origin attending a Sexually Transmitted Infection (STI) clinic.** BMC Infectious Diseases, v.12, p.346, 2012.

MARLOW, L.A.V.; WALLER, J.; WARDLE, J. **Public awareness that HPV is a risk factor for cervical câncer.** British Journal of Cancer, v.97, p.691 – 694, 2007.

MENDONÇA, M. L.; NETTO, J. C. A. **Importância da Infecção pelo Papilomavírus Humano em Pacientes do Sexo Masculino.** Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v.17, n.4, p.306-10, 2005.

NADAL, L.R.M.; NADAL, S.R. **Indicações da Vacina contra o Papilomavirus Humano.** Revista Brasileira de Coloproctologia, v.8, n. 1, 2008.

NADAL, S.R.; MANZIONE, C.R. **Vacinas contra o Papilomavirus Humano.** Revista Brasileira de Coloproctologia, v.26, n.3, 2006.

NICOLAU, S. M. **Papilomavírus Humano (HPV): diagnóstico e tratamento.** Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002.

PALEFSKY, J.M. **Human Papillomavirus-Related Disease in Men: Not Just a Womens Issue.** Journal of Adolescent Health, v.46, p.12–19, 2010.

PINHO, A.A.; FRANÇA-JUNIOR, I. **Prevenção de câncer de colo de útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.3, n.1, p.95-112, 2003.

QUEIROZ, A.M.A.; CANO, M.A.T.; ZAIA, J.E. **O Papilomavírus Humano em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas – MG.** Revista Brasileira de Análises Clínicas, v.39, n.2, p.151-157, 2007.

REITER, P.L.; BREWER, N.T.; SMITH, J.S. **Human papillomavirus knowledge and vaccine acceptability among a national sample of heterosexual men.** Sex Transm Infect, v.86, n.3, p.241–246, 2010.

SANTOS, I.M.; MAIORAL, M.F.; HAAS, P. **Infecção por HPV em homens: Importância na transmissão, tratamento e prevenção do vírus.** Estud Biol, v.32/33, n.76, p.111-118, 2010/2011.

SILVA, R.R. et al. **Diagnóstico de Infecção por HPV : Avaliação crítica da peniscopia.** Arq. Méd. Fundação ABC. p.21-23, 2000.

SOUTO, R.; FALHARI, J.P.B.; CRUZ, A.D. **O Papilomavírus Humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias.** Revista Brasileira de Cancerologia, v.51, n.2, p.155-160, 2005.

ZUR HAUSEN, H. **Papillomaviruses - to Vaccination and Beyond.** Biochemistry (Moscow), v.73, n.5, p.498-503, 2008.

3- NORMAS PARA A PUBLICAÇÃO – CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA/FIOCRUZ



Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

- 1.1 - Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 - Artigos: resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 - Debate: artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.5 - Fórum: seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

1.6 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras);

1.7 - Questões Metodológicas: artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.8 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.9 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. **CONFLITO DE INTERESSES**

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. **COLABORADORES**

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. **AGRADECIMENTOS**

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. **REFERÊNCIAS**

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e

figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

- 12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.
- 12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
- 12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.
- 12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
- 12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.
- 12.7 - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.
- 12.8 - Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
- 12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo,

respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que

ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: msp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

4- ARTIGO ORIGINAL

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA / FIOCRUZ

**PERCEPÇÃO DO HOMEM COM RELAÇÃO À INFECÇÃO
POR PAPILOMAVÍRUS HUMANO – HPV(segunda etapa)**

PERCEPTION OF THE MAN WITH REGARD TO THE
INFECTION FOR HUMAN PAPILOMAVIRUS – HPV

PERCEPCIÓN DEL HOMBRE CON RESPECTO A LA INFECCIÓN
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO-VPH(segunda etapa)

Pedro Wagner Fonseca Pedreira¹

Filipe de Jesus Passos²

Júlia Maria Gonçalves Dias³

1 Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Sergipe

2 Médico e pesquisador da primeira etapa da pesquisa

3 Professora Adjunta da Disciplina de Ginecologia da Universidade Federal de Sergipe;

RESUMO

Objetivo:

Descrever a qualidade da percepção do homem quanto à infecção pelo papilomavírus humano - HPV em Aracaju- Sergipe, após assistir uma palestra sobre o tema e demonstrar de forma quantitativa este conhecimento.

Métodos:

É um estudo observacional, do tipo transversal. Trata-se da segunda etapa de um estudo iniciado anteriormente com a aplicação de um questionário a homens sobre o conhecimento acerca da infecção pelo HPV, porém sem nenhum esclarecimento prévio. Nesta segunda etapa o mesmo questionário foi aplicado a um grupo semelhante de homens com palestras prévias.

Os participantes responderam a um questionário no período entre abril e junho de 2013, sendo incluídos no estudo os que atendiam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa através de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os resultados obtidos foram analisados pelo programa SPSS. A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa pelo número do certificado de apresentação para apreciação ética que é: 02891413.0.0000.5546.

Resultados:

Em uma associação entre conceito de HPV e quais doenças o HPV provoca, 1,9% de todos os que responderam esses dois itens, responderam incorretamente, diferente da primeira etapa da pesquisa que 47% responderam incorretamente. 100% dos que responderam aos itens conceito sobre HPV e se fariam uma peniscopia passariam pelo exame. Na primeira etapa, 42% dos que tinham ouvido falar de HPV tinham um conceito correto sobre HPV. Este índice aumentou para 74,6% na segunda etapa da pesquisa. Sobre o conhecimento e a função da peniscopia houve uma mudança brusca da primeira para a segunda etapa, sendo que 93,5% e 92,5% na primeira etapa não sabia a função nem o que é a peniscopia, respectivamente. Na segunda etapa, 72,6% e 64,6 % demonstraram conhecimento, respectivamente

Conclusão:

A qualidade da percepção do homem em Aracaju sobre a infecção pelo HPV melhorou significativamente após a ministração de palestras educativas sobre o tema e foi demonstrado de forma quantitativa o aumento deste conhecimento, como se pode verificar nos resultados.

Palavras-chave: HPV, homens, infecção, prevenção.

ABSTRACT

Objective:

Describe the quality of perception of man as the human papillomavirus - HPV in Aracaju-Sergipe, after attending a lecture on the topic and demonstrate quantitatively this knowledge.

Methods:

It is an observational, cross-sectional. This is the second stage of a study initiated earlier with the application of a questionnaire to men on the knowledge of HPV infection, but no prior clarification. In this second phase, the same questionnaire was applied to a similar group of men with previous lectures. Participants completed a questionnaire between April and June 2013 were included in the study who met the inclusion criteria and agreed to participate by signing the consent form. The results were analyzed using SPSS. The study was submitted to the ethics committee on research by the number of the certificate of appreciation presentation for ethics that is: 02891413.0.0000.5546.

Results:

In the concept of an association between HPV and HPV which causes diseases, 1.9% of all respondents these two items, answered incorrectly, different from the first stage of the research that 47% answered incorrectly. 100% of those who responded to items about HPV concept and would make a peniscopy pass the exam. In the first stage, 42% of those who had heard of HPV had a proper view of HPV. This ratio increased to 74.6% in the second stage of the research. About knowledge and function of peniscopy there was a sudden change from the first to the second stage, with 93.5% and 92.5% in the first step did not know the function or what is peniscopy respectively. In the second stage, 72.6% and 64.6% demonstrated knowledge, respectively.

Conclusion:

The quality perception of man in Aracaju about HPV infection significantly improved after administration of educational lectures on the subject and has been shown quantitatively the enhancement of knowledge, as can be seen in the results.

Keywords: HPV, men, infection prevention.

RESUMEN

Objetivo:

Describir la calidad de la percepción del hombre como el virus del papiloma humano - VPH en Aracaju, Sergipe, después de asistir a una conferencia sobre el tema y demostrar cuantitativamente este conocimiento.

Métodos:

Se trata de un estudio observacional, transversal. Esta es la segunda etapa de un estudio iniciado antes con la aplicación de un cuestionario a los hombres en el conocimiento de la infección por el VPH, pero ninguna aclaración antes. En esta segunda fase, el mismo cuestionario se aplicó a un grupo similar de hombres con conferencias anteriores. Los participantes completaron un cuestionario entre abril y junio 2013 se incluyeron en el estudio que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron participar firmando el formulario de consentimiento. Los resultados se analizaron con el programa SPSS. El estudio fue presentado a la comisión de ética de la investigación por el número del certificado de presentación apreciado por la ética es: 02891413.0.0000.5546.

Resultados:

En el concepto de una asociación entre el VPH y el VPH que causa enfermedades, el 1,9% de todos los encuestados estos dos elementos, respondió incorrectamente, a diferencia de la primera etapa de la investigación que el 47% respondió incorrectamente. 100% de los que respondieron a artículos sobre concepto del VPH y haría un penescopia aprobar el examen. En la primera etapa, el 42% de los que habían oído hablar del VPH tenía un concepto correcto sobre el VPH. Esta proporción aumentó a 74,6% en la segunda etapa de la investigación. Acerca de los conocimientos y la función de penescopia hubo un cambio repentino de la primera a la segunda etapa, con 93,5% y 92,5% en el primer paso sabiendo la función o lo que es penescopia respectivamente. En la segunda etapa, 72,6% y 64,6% demostraron conocimiento, respectivamente.

Conclusión:

La percepción de la calidad del hombre en Aracaju sobre la infección por VPH mejoró significativamente después de la administración de conferencias educativas en la materia y se ha demostrado cuantitativamente la mejora del conocimiento, como se puede ver en los resultados.

Palabras clave: VPH, los hombres, la prevención de infecciones.

1- Introdução

Percepção do homem com relação à infecção por papilomavírus humano - hpv(segunda etapa)

Perception of the man with regard to the
infection for human papillomavirus – HPV (second stage)

Percepción del hombre con respecto a la infección
virus del papiloma humano-vph(segunda etapa)

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é o mais comumente diagnosticado entre as doenças sexualmente transmissíveis. Existem cerca de 630 milhões de infectados em todo o mundo. E a prevalência geral varia entre 9 - 13 %. A prevalência da infecção por HPV varia entre os homens dependendo dos métodos do estudo, bem como as diferenças entre as populações estudadas¹.

Quanto aos casos de câncer relacionados com o HPV, os estudos relatam que além de provocar o câncer de colo de útero, têm-se relacionado à presença de infecção de HPV na vagina, na vulva, no ânus e no pênis².

O papilomavírus humano é espécie-específico, com formato isocáedrico, mede aproximadamente 55 nm e possui 72 capsômeros, destituído de envelope, além do genoma com dupla hélice de DNA circular. Em sua forma episomal estão presentes nos tumores benignos, e quando integrados aos cromossomos das células hospedeiras, são encontrados nas neoplasias malignas³.

As mudanças no comportamento sexual nas últimas décadas junto com pouca informação sobre o papiloma vírus humano, principalmente no homem, têm feito com que o HPV prolifere com muita rapidez e seja a doença sexualmente transmissível mais frequente⁴.

Os fatores de risco para aquisição de infecção por HPV são idade, atividade sexual, tabagismo, imunossupressão, gravidez e outros. Existe um declínio visível de sua prevalência com a idade, referente aos aspectos epidemiológicos e transitoriedade

da lesão, provavelmente pela redução de exposição a novos parceiros e desenvolvimento de imunidade a alguns tipos de vírus⁵.

O Homem atua na dinâmica da transmissão, aumentando as chances da mulher contrair o HPV e assim ter um câncer de colo de útero, já que 99% dos cânceres de colo de útero é devido ao vírus do HPV. Ainda que menos frequente, o homem pode ter um câncer de pênis ou de ânus devido ao HPV⁶.

A infecção pelo HPV pode ser clínica se houver o condiloma acuminado, ou verrugas na área genital e essa infecção é facilmente percebida pelo portador. Pode ser subclínica em que a pessoa tem as lesões, porém ela só pode ser diagnosticada pela colposcopia ou peniscopia, citologia. Pode ser uma infecção latente que é diagnosticada pela detecção do DNA do vírus⁷.

Existe uma associação entre a infecção no homem pelo papiloma vírus humano e o câncer de pênis da ordem de 30,3% , principalmente do HPV tipo 16, tendo uma variação dessa taxa entre 15% e 46,3%. Em lesões que não seja invasiva como o câncer, notou-se uma prevalência maior do HPV⁸.

Existem dois tipos de vacina contra o HPV: a quadrivalente que protege contra quatro tipos de vírus do HPV que são o 6, o 11, o 16 e o 18, e a bivalente que protege contra os tipos que mais provocam neoplasia que é o 16 e o 18. O HPV 16 é responsável por 50% dos cânceres do colo uterino e o HPV 18 é responsável por 20% das neoplasias cervicais fazendo com que a vacina proteja contra 70% dos carcinomas cervicais⁹.

Apesar de serem feitos vários estudos que relatam casos de infecção por HPV no pênis, poucos relatam o conhecimento e a percepção do homem sobre este vírus e o que ele pode causar¹⁰.

Embora a percepção e o conhecimento sobre o vírus e a patologia não seja um indicador de que haverá saúde pela mudança de comportamento, pois têm várias outras influências sociais sobre a atitude, conhecer é o primeiro passo essencial para o sucesso de qualquer problema de saúde¹.

Este estudo corresponde a avaliação da qualidade e quantidade da informação que o homem aracajuano tem sobre o HPV, trata-se da segunda etapa de um estudo onde anteriormente grupos de homens com as mesmas características epidemiológicas responderam ao mesmo questionário sem informação prévia sobre o tema. Nesta etapa, os homens assistiram palestras sobre o assunto e foram submetidos ao questionário após a palestra.

2-MÉTODOS

2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal. Trata-se da segunda etapa de um estudo iniciado anteriormente com a aplicação de um questionário a homens sobre o conhecimento a cerca da infecção pelo HPV, porém sem nenhum esclarecimento prévio. Nesta segunda etapa o mesmo questionário foi aplicado a um grupo semelhante de homens com palestras prévias.

2.2 Local e Período do Estudo

A pesquisa foi realizada com homens na faixa etária entre 15 e 60 anos, após uma palestra ministrada sobre a infecção pelo HPV no homem. Essa palestra foi ministrada em 11 locais, sendo que cada palestra tinha um número que variava entre 15 e 20 pessoas. Os locais da palestra foram na Rádio Patrulha da Polícia Militar, no Corpo de Bombeiros do Bairro Industrial, na Secretaria da Fazenda, na Igreja Adventista do Sétimo Dia do Ponto Novo, no Batalhão da Tropa de Choque da Polícia Militar e na empresa Folgás. O período do estudo foi de abril a junho de 2013.

2.3 Amostra

O cálculo amostral compreendeu 200 homens em atividade sexual na faixa etária entre 15 e 60 anos escolhidos de forma aleatória.

Conforme intervalo de confiança para 95% (erro 5%), seria de 190 indivíduos (padrão-ouro - população finita $\approx 1.000.000$). Dos 190 homens que assistiram à palestra, somente 90 homens preencheram o questionário e dos 90 homens, alguns não preencheram alguns itens do questionário.

2.3.1 Critérios de Inclusão: serão incluídos todos os pacientes que aceitarem livremente participar do estudo, que assistirem à palestra sobre HPV no homem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. Questionário preenchido.

2.3.2 Critérios de exclusão: a não aceitação em participar do estudo. Questionários não preenchidos.

2.4 Instrumento de Pesquisa

Para a coleta de dados, foi utilizado o mesmo questionário da primeira etapa da pesquisa sobre a percepção do homem com relação a infecção pelo HPV, onde se focou a caracterização do sujeito (perfil sócio-epidemiológico) e conhecimento dos homens sobre o HPV, totalizando um universo de 25 questões.

As perguntas foram direcionadas aos homens, após um tempo que variava de 12 horas a um mês, decorrido da assistência destes a uma palestra sobre o tema HPV no homem. As perguntas visaram conhecer a qualidade da percepção do homem com relação à infecção por papilomavírus humano – HPV após ser informado da mesma.

As variáveis do questionário foram idade, idade do início da vida sexual, quantas parceiras teve na vida, uso do preservativo, antecedente de DST, ouvir falar de HPV, conceito sobre HPV, homem pega HPV, homem transmite HPV, doenças que o HPV pode causar, conhece alguma pessoa que tem HPV, ouviu falar em peniscopia, função da peniscopia, faria uma peniscopia, tem parceira fixa, parceira faz preventivo regularmente, resultado do último preventivo da parceira, tratamento da parceira leva ao tratamento do parceiro, etilismo, tabagismo, higiene do pênis, escolaridade, renda mensal.

2.5 Coleta de Dados

No final da palestra foi explicado que após um certo tempo seria passado um questionário com perguntas sobre o tema da palestra para avaliar a qualidade da fixação do conhecimento sobre o HPV, e que as respostas estariam preservadas com sigilo absoluto e que eles assinariam um termo para autorizar o uso das informações escritas no questionário. Decorrido esse tempo, que variava entre 12 horas e um mês, foi aplicado o questionário. Os homens que aceitaram participar da entrevista, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), conforme a resolução nº 196\96 do Conselho Nacional de Saúde e, em seguida, responderam ao questionário.

Os dados foram organizados e analisados em tabelas no programa SPSS 20.0 . Foram confeccionadas tabelas de distribuição de frequência e testes de associação de variáveis utilizando o teste do qui- quadrado.

2.6 Aspectos Éticos

Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), respeitando os princípios éticos e legais da resolução nº 196\96, os homens que assistiram à palestra sobre HPV responderam o questionário que foi utilizado na primeira etapa da pesquisa.

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa pelo número do certificado de apresentação para apreciação ética que é : 02891413.0.0000.5546.

A pesquisa não acarretou constrangimento ou perigo físico aos sujeitos em estudo, sendo mantidas suas identidades e informações escritas no questionário em sigilo.

3-RESULTADOS

Tabela 01 Distribuição de frequência das características sócio demográficas dos sujeitos incluídos no estudo

Procedência	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Capital	90	100
Interior	0	0
Total	90	100

Escolaridade	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Fundamental e médio	36	46
Superior	41	54
Total	77	100

Renda	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Até 6 salários	51	67
Acima de 6 salários	25	33
Total	76	100

Faixa Etária	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Abaixo ou igual a 40 anos	53	60,2
Acima de 40 anos	35	39,8
Total	88	100

Tabagismo	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Não	77	92
Sim	7	8
Total	84	100

Etilismo	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Não	41	47,6
Sim	45	52,4
Total	86	100

Higiene do pênis	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Não	0	0
Sim	86	100
Total	86	100

Fonte : Questionários da Pesquisa(2013)

Pela tabela 1, podemos observar o perfil sócio demográfico da população estudada através dos questionários e vemos que a população total procede da região da capital do Estado de Sergipe, 54% tem uma escolaridade de nível superior, 67% da população estudada tem uma renda até 6 salários mínimos, 60,2 % tem uma idade

abaixo de 40 anos, 77% da população estudada não é tabagista, 52,4% tem hábitos etílicos, e 100 % dos homens higienizam o pênis. Considerar que essas porcentagens são daqueles que responderam os itens respectivamente perguntados.

Tabela 02 Distribuição de frequência dos dados comportamentais e sexuais dos sujeitos incluídos no estudo.

Uso de Preservativo	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Nunca ou ocasionalmente	46	54,8
Sempre	38	45,2
Total	84	100
Antecedente DST	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Não	71	91
Sim	7	9
Total	78	100
Parceiro fixo?	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Não	7	8
Sim	80	92
Total	87	100
Parceiro faz exame	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Não	9	11,4
Sim	70	88,6
Total	79	100
Resultado último exame	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Normal	72	98,6
Alterado	1	1,4
Total	73	100
Medicação e Tratamento	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Não	6	8,5
Sim	64	91,5
Total	70	100
Início da vida sexual	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Abaixo ou igual a 15 anos	31	42,5
Acima de 15 anos	42	57,5
Total	73	100
Quantidade de parceiros	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Até 6 parceiros	44	64,7
Acima de 6 parceiros	24	35,3
Total	68	100

Fonte: Questionário da Pesquisa (2013)

Através da tabela dois podemos perceber o comportamento sexual dos homens que responderam estas variáveis. 45,2% sempre usam camisinha nas relações sexuais, 91% não tem antecedente de DST; 92% tem parceiro fixo; 88,6% das parceiras fazem exames preventivos, sendo que 98,6% dos que responderam o item do resultado do último exame da parceira disseram que estava normal. 91,5% dos homens relataram tomar o medicamento quando o médico de sua parceira pede para eles tomarem também. 57,5% dos homens iniciaram a vida sexual após os 15 anos e 64,7% dos homens tiveram até 6 parceiros sexuais na vida. Considerar que nem todos os homens pesquisados responderam todos os itens da pesquisa.

Tabela 03: Características dos entrevistados quanto ao conhecimento sobre a infecção e diagnóstico do HPV na primeira e segunda etapa do estudo.

VARIÁVEIS	PRIMEIRA ETAPA		SEGUNDA ETAPA	
Doenças HPV	N° Absoluto	N° Relativo (%)	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Não sei ou incorreta	143	71,5	14	23,7
Alguma doença, porém correta	57	28,5	45	76,3
Total	200	100	59	100
Conhecidos com HPV?	N° Absoluto	N° Relativo (%)	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Não	175	87,5	67	78
Sim	25	12,5	19	22
Total	200	100	86	100
Conhece Peniscopia?	N° Absoluto	N° Relativo (%)	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Não	185	92,5	20	27,4
Sim	15	7,5	53	72,6
Total	200	100	73	100
Função Peniscopia?	N° Absoluto	N° Relativo (%)	N° Absoluto	N° Relativo (%)
Não	187	93,5	22	35,4
Sim	13	6,5	40	64,6
Total	200	100	62	100

Fonte:questionários da primeira e segunda etapa.

A variável definida como “conhece indivíduos com HPV?” forneceu resultados semelhantes, onde a maioria respondeu não conhecer com valores de 87,5% e 78%, respectivamente na primeira e segunda etapa. Sobre o conhecimento e a função da peniscopia houve uma mudança brusca da primeira para a segunda etapa, sendo que 93,5% e 92,5% na primeira etapa não sabia a função nem o que é a peniscopia,

respectivamente. Na segunda etapa, 72,6% e 64,6 % sabe o que é peniscopia e para que serve a mesma, respectivamente.

Outros resultados sobre as variáveis se o homem contrai (89 responderam) ou transmite (87 responderam) HPV, 100% responderam que sim, o homem pega e transmite HPV. Na primeira etapa da pesquisa, 17,5% responderam que homem não pega, nem transmite HPV.

TABELA 4: Associação entre o conhecimento correto ou não sobre o hpv e variáveis relacionadas a informação, doenças e diagnósticos referentes ao vírus.

PRIMEIRA ETAPA				SEGUNDA ETAPA			
Ouviu sobre HPV	Conceito sobre HPV		P : 0,001	Ouviu sobre HPV	Conceito sobre HPV		P: 0,030
	Incorreto	Correto	Total		Incorreto	Correto	Total
Não	62 (31%)	5 (2,5%)	67 (33,5%)	Não	0 (0,0%)	1 (1,7%)	1 (1,7%)
Sim	49 (23%)	84 (42%)	133 (66,5%)	Sim	14 (23,7%)	44 (74,6%)	58 (98,3%)
Total	111 (55,5%)	89 (44,5%)	200 (100%)	Total	14 (23,7%)	45 (76,3%)	59 (100%)
Função peniscopia	Conceito sobre HPV		P:0,059	Função peniscopia	Conceito sobre HPV		P : 0,061
	Incorreto	Correto	Total		Incorreto	Correto	Total
Incorreto	107 (53,5%)	80 (40%)	187 (93,5%)	Incorreto	4 (8,2%)	16 (32,7%)	20 (40,8%)
Correto	4 (2%)	9 (4,5%)	13 (6,5%)	Correto	6 (12,2%)	23 (46,9%)	29 (59,2%)
Total	111 (55,5%)	89 (44,5%)	200 (100%)	Total	10 (20,4%)	39 (79,6%)	49 (100%)
Doenças causadas pelo HPV	Conceito sobre HPV		P :0,001	Doenças causadas pelo HPV	Conceito sobre HPV		P : 0,042
	Incorreto	Correto	Total		Incorreto	Correto	Total
Não sei ou errada	94 (47%)	49 (24,5%)	143 (71,5%)	Não sei ou errada	1 (1,9%)	6 (11,3%)	7 (13,2%)
Doença correta	17 (8,5%)	40 (20%)	57 (28,5%)	Doença correta	11 (20,8%)	35 (66%)	46 (86,8%)
Total	111 (55,5%)	89 (44,5%)	200 (100%)	Total	12 (22,6%)	41 (77,4%)	53 (100%)

Foi realizado teste de estatística aleatória simples e qui-quadrado de tabela cruzada no programa SPSS 20.0.

Tabela 05: Correlação entre se faria uma peniscopia e conceito sobre HPV. (segunda etapa)

Faria peniscopia	Conceito sobre HPV		Total
	Incorreto	Correto	
Não	0	0	0
Sim	13 (24,1%)	41 (75,9%)	54(100%)
Total	13 (24,1%)	41 (75,9%)	54 (100%)

p = (0,0189)

Foi realizado teste de estatística aleatória simples e qui-quadrado de tabela cruzada no programa SPSS 20.0.

Quando efetuamos a associação entre a variável ouviu falar sobre HPV e a variável conceito sobre HPV na primeira etapa, observamos que 42% dos sujeitos ouviram falar de HPV e tiveram conceito correto de HPV, já na segunda etapa foi observado em 74,6% dos sujeitos. Esta associação teve significância estatística.

Houve associação de significância limítrofe, em que 4,5% daqueles que tinham um conceito correto sobre HPV também sabiam sobre a função da peniscopia na primeira etapa, porém na segunda etapa, que também teve uma significância limítrofe, 46,9 % tinham conceitos corretos das duas variáveis cruzadas.

Na primeira etapa, 20% dos sujeitos tinham um conceito correto sobre HPV e também conheciam alguma doença que o HPV provoca, já na segunda etapa, 66% dos sujeitos apresentavam esta associação que foi significativa em ambas as etapas.

Foi observado somente na segunda etapa que todos os sujeitos que responderam sobre qualquer conceito sobre HPV fariam uma peniscopia.

Foi feita associação entre a idade dos participantes da pesquisa e o conceito sobre HPV. Na primeira etapa, verificou-se que 60,7% tinham um conceito incorreto sobre HPV e tinham idade abaixo de 22 anos, e tinham uma p: 0,072. Já na segunda etapa verificou-se que 54,2% tinham um conceito correto sobre HPV e tinham menos de 40 anos, com significância limítrofe de p: 0,052.

5- DISCUSSÃO

Os dados sócio-demográficos da população estudada nesta segunda etapa demonstram que a maioria tem uma escolaridade de nível superior, 60,2% abaixo de 40 anos, uma boa porcentagem dos homens tem um bom nível de renda, poucos relatam tabagismo. Apesar destes dados de nível sócio-econômico favorável ao interesse, foram poucos os homens, mais precisamente 47,3%, que preencheram o questionário e dos que preencheram, alguns não preencheram todas as questões. A razão pode ser por não saber o assunto ou porque não quer falar sobre a intimidade.

No que refere ao item com a pergunta se a pessoa já tinha ouvido falar em HPV, e se tinha um conceito correto sobre o HPV, este presente estudo mostrou que 75,8% dos homens que ouviram falar sobre HPV tinham um conceito correto sobre o HPV, diferente da primeira etapa da pesquisa, sem as palestras, que apenas 63,2% dos que ouviram falar de HPV tinham um conceito correto sobre o HPV. Foi demonstrado em um estudo com universitários de medicina e psicologia que a intervenção educacional pode melhorar o conhecimento sobre o Papilomavírus humano de forma significativa. As respostas corretas neste estudo aumentaram de 45%, antes da intervenção educacional para 79% após o ensino sobre HPV¹¹.

A variável sobre se o homem pega HPV, ou se ele transmite, deste estudo, mostrou que 100% dos que responderam estas perguntas acima sabiam que o homem pega HPV e pode transmitir. Na primeira etapa da pesquisa, 17,5% dos homens que responderam a pesquisa achavam que homem não contrai e nem transmite o HPV. Foi redigido em um artigo sobre a importância da infecção pelo HPV em indivíduos do sexo masculino que o homem é o principal elo na cadeia epidemiológica do HPV⁶. Então podemos observar que o desconhecimento do homem sobre seu papel como transmissor e portador é um fator de risco para a propagação da infecção.

O cruzamento de duas variáveis que são conceito de HPV e quais doenças o HPV pode provocar, neste presente estudo, demonstrou que 66% dos que responderam as duas perguntas sabiam corretamente o conceito sobre o HPV e quais doenças o HPV pode provocar, diferente dos 20% dos homens na primeira etapa da pesquisa que não assistiram palestras sobre o tema. Em um artigo acerca do conhecimento de homens sobre HPV, frequentadores de uma clínica de doenças sexualmente transmissíveis em Porto Rico, destaca a baixa prevalência do conhecimento e percepção do HPV, porém

verifica que entre aquela minoria que tinha conhecimento havia altos níveis de percepção e possivelmente se devia à educação recebida na clínica através de cursos¹.

Outro cruzamento de variáveis estatisticamente significantes encontra-se no item que pergunta se o homem faria uma peniscopia e o item conceito sobre o HPV. Esta associação, do presente estudo, mostrou que 100% dos homens que responderam estas duas perguntas fariam uma peniscopia, independente do conceito correto ou incorreto sobre o HPV, demonstrando assim que depois de saber pelas palestras a importância da peniscopia, todos os homens na associação acima estariam dispostos a submeter-se a esse exame.

O presente estudo mostrou que 72,6% dos sujeitos conheciam a peniscopia, e 64,6% revelaram conhecimento sobre a função da peniscopia.. Diferente da primeira etapa da pesquisa na qual somente 7,5% conhecia a peniscopia e somente 6,5% sabia da função da peniscopia. Foi demonstrado em um artigo a importância da peniscopia para a detecção de lesões que não eram visíveis ao olho nu em homens assintomáticos, parceiros de mulheres com HPV⁷.

Ocorreu uma interferência na análise estatística da associação entre conceito sobre HPV e a função da peniscopia da segunda etapa, devido ao baixo número de pessoas que responderam essas duas questões conjuntamente.

É importante ressaltar que, a orientação sobre o papilomavírus humano para com os homens é de fundamental importância, devido à alta prevalência do HPV na população em geral.

Intervenção educacional acerca do conceito sobre HPV, se o homem transmite ou contrai o vírus, das doenças que o HPV pode provocar, do conhecimento e da função da peniscopia serve para melhorar a qualidade da informação entre os homens sobre a DST de maior prevalência na população.

6- CONCLUSÃO

A maioria dos sujeitos incluídos na segunda etapa do estudo apresentaram idade abaixo dos 40 anos, eram procedentes da capital, tinham uma escolaridade de nível superior, renda de até seis salários mínimos, não eram tabagistas, tinham hábitos étlicos e faziam higiene do pênis.

Com relação ao comportamento sexual metade afirmava usar condom nas relações sexuais, a maioria não tinha antecedentes de dst, parceiro fixo, suas parceiras realizavam preventivo e eles demonstraram conhecer o resultado do exame. A maioria referiu se medicar junto com as parceiras, iniciaram a vida sexual após os 15 anos e tiveram até seis parceiros sexuais.

Analisando a associação entre o conhecimento sobre o HPV e variáveis relacionadas a informação, doenças e diagnósticos referentes ao vírus foram observados dados referentes a primeira e segunda etapas do exame.

Houve um aumento da porcentagem da primeira para a segunda etapa entre aqueles que ouviram falar sobre HPV e tinham um conceito correto do HPV, entre aqueles que sabiam que o homem contrai e transmite o vírus do HPV, entre aqueles que têm um conceito correto sobre HPV e sabem quais doenças o HPV causa, e também entre aqueles que faziam uma peniscopia.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- LÓPEZ, V.C. et al. **Awareness and knowledge of Human Papillomavirus (HPV) infection among high-risk men of Hispanic origin attending a Sexually Transmitted Infection (STI) clinic.** BMC Infectious Diseases, v.12, p.346, 2012
- 2- FAUCI, A.S. et al. **Harrison Medicina Interna.** 17º edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008.
- 3- HINRICHSEN, S.L. **Doenças Infecciosas e Parasitárias.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 4- CAVALCANTI, S.M.B. et al. **Estudo da prevalência de Papilomavírus Humanos em lesões do trato genital masculino.** Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v.13, n.2, p.29-33, 2001.
- 5- FOCACCIA, R. et al. **Tratado de Infectologia.** 4º edição. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009
- 6- MENDONÇA M. L.; NETTO, J. C. A. **Importância da Infecção pelo Papilomavírus Humano em Pacientes do Sexo Masculino.** Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v.17, n.4, p.306-10, 2005.
- 7- ANTUNES, A.A. et al. **Prevalência de Coilocitose em Biópsias Penianas de Parceiros de Mulheres com Lesões Genitais Induzidas pelo HPV.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.26, n.7, p. 557-562, 2004.
- 8- CARVALHO, N.S. et al. **Associação entre HPV e Câncer Peniano: Revisão da Literatura.** Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v.19, n.2, p. 92-95, 2007.
- 9- ZUR HAUSEN, H. **Papillomaviruses - to Vaccination and Beyond.** Biochemistry (Moscow), v.73, n.5, p.498-503, 2008.

10- REITER, P.L.; BREWER, N.T.; SMITH, J.S. **Human papillomavirus knowledge and vaccine acceptability among a national sample of heterosexual men.** *Sex Transm Infect*, v.86, n.3, p.241–246, 2010.

11-LAMBERT, E. C. **College Students' Knowledge of Human Papillomavirus and Effectiveness of a Brief Educational Intervention,** *JABFP*, v.14, n.3, p. 178-183, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA - DME

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: **Percepção do Homem com Relação à Infecção pelo Papilomavírus Humano -HPV no município de Aracaju - Sergipe.**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Pedro Wagner Fonseca Pedreira.**

Eu _____, abaixo assinado, autorizo a Universidade Federal de Sergipe, por intermédio do (a) aluno Pedro Wagner Fonseca Pedreira, devidamente assistido (a) pela orientadora Prof^a. MsC Júlia Maria Gonçalves Dias, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

Título do projeto de pesquisa: **Percepção do Homem com Relação à Infecção pelo Papilomavírus Humano - HPV no município de Aracaju - Sergipe.**

Objetivo: Avaliar a percepção do homem com relação à infecção pelo papilomavírus humano, considerando seu perfil sócio-epidemiológico e métodos preventivos. Não constam riscos e benefícios em relação aos pacientes que participarem da pesquisa.

- 1- Os dados serão obtidos através de entrevista
- 2- Retirada do consentimento: o voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.
- 3- Aspecto Legal: elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo à resolução Nº 196, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde - Brasília/DF.
- 4- Confiabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nome e sobrenome, endereço e telefone) do participante não será divulgada. Porém, os voluntários e seus responsáveis assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.
- 5- Você é livre para responder apenas as perguntas que não lhe causem constrangimento.
- 6- Quanto à indenização: não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa.

Telefone de contato: 9626-2433

Aracaju, _____ de _____ de 2013 Assinatura do entrevistado

Assinatura do responsável

Assinatura do pesquisador responsável pela obtenção do consentimento

APÊNDICE B-QUESTIONÁRIO

Este questionário visa caracterizar A PERCEPÇÃO DO HOMEM COM RELAÇÃO À INFECÇÃO POR PAPILOMAVÍRUS HUMANO - HPV no município de Aracaju - Sergipe.

1- Nome:

2- Cidade onde mora:

3-Idade:

4- Início de vida sexual:

5- Quantas parceiras:

6- Uso de preservativo () sempre () ocasionalmente () nunca

7- Antecedente de DST? _____ Se afirmativo. Qual?

8- Já ouviu falar sobre o HPV? () sim () não

9- O que é o HPV?

10- Homem pega HPV? () sim () não

11- Homem transmite HPV? () sim () não

12- Que doenças o HPV pode causar?

13- Conhece alguma pessoa que tem HPV? () sim () não

14- Já ouviu falar em peniscopia? (descrever o exame)

15- Para que serve?

16- Faria uma peniscopia?

17- Tem parceira fixa? () sim () não Se afirmativo há quanto tempo?

18- Sua parceira faz preventivo regularmente? () sim () não

19 -Qual o resultado do último preventivo? () normal () alterado

20 Quando o médico prescreve uma medicação para tratar sua parceira e também o parceiro, o senhor usa? () sim () não

21- Fuma? () sim () não

22- Bebe? () sim () não

23- Higiene do pênis: () sim () não

24- Profissão? _____

25- Escolaridade? _____

26- Qual a sua renda mensal?

A= Renda mensal familiar acima de 30 s.m ()

B= Renda familiar mensal de 15 a 30 s.m ()

C= Renda familiar mensal de 6 a 15 s.m ()

D= Renda familiar mensal de 2 a 6 s.m ()

E= Renda familiar mensal até 2 s. m ()

Obs: s.m = salário mínimo vigente R\$ 678,00

