

GLORIA JUDITH SEPÚLVEDA CARRILLO

**VULNERABILIDADE AO PAPILOMA VÍRUS HUMANO EM
UNIVERSITÁRIOS DE BOGOTÁ – COLÔMBIA**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção
do Título de Doutor em Ciências.

**SÃO PAULO
2014**

GLORIA JUDITH SEPÚLVEDA CARRILLO

**VULNERABILIDADE AO PAPILOMA VÍRUS HUMANO EM
UNIVERSITÁRIOS DE BOGOTÁ – COLÔMBIA**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção
do Título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Paulete Goldenberg

**SÃO PAULO
2014**

Sepúlveda-Carrillo, Gloria Judith

Vulnerabilidade ao papiloma vírus humano em universitários de Bogotá – Colômbia./ Gloria Judith Sepúlveda Carrillo. -- São Paulo, 2014.

xiii, 157f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Vulnerability to human papilloma virus in university students, Bogotá - Colombia.

1. Infecções por Papillomavirus. 2. Sexualidade. 3. Vulnerabilidade em saúde. 4. Conhecimento. 5. Adulto Jovem.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Vulnerabilidade ao papiloma vírus humano em universitários de Bogotá – Colômbia

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva:

Profa. Dra. Suely Godoy Agostinho Gimeno

Coordenador da Área de Concentração “Epidemiologia”:

Profa. Dra. Zila van der Meer Sanchez

Gloria Judith Sepúlveda Carrillo

**Vulnerabilidade ao papiloma vírus humano em universitários
de Bogotá – Colômbia**

Presidente da Banca: Profa. Dra. Paulete Goldenberg

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Paulete Goldenberg

Professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP

Profa. Dra. Maria Amélia de Sousa Mascena Veras

Professora adjunta do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Prof. Dr. Sérgio Mancini Nicolau

Professor adjunto e Chefe da Disciplina de Oncologia Ginecológica do Departamento de Ginecologia da UNIFESP

Profa. Dra. Mara Helena de Andréa Gomes

Professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP

Profa. Dra. Márcia Furquim de Almeida

Professora Livre-Docente pela USP e Professora Associada do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Suplentes:

Profa. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

Coordenadora de Projetos do Espaço de Apoio ao Ensino e Aprendizagem da Pró-Reitora de Graduação da UNICAMP

Profa. Dra. Lidia Ruiz Moreno

Professora Adjunta do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da UNIFESP (CEDESS).

*A memória do meu pai,
a minha família e amigos,
pelo amor, apoio e compreensão.*

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Paulete Goldenberg, orientadora deste trabalho, meu agradecimento eterno pela dedicação, carinho e amizade.

A Pontificia Universidad Javeriana, Instituição onde trabalho como professora da Faculdade de Enfermagem, pelo apoio oferecido no marco do Plano de Formação Permanente do Professor Javeriano.

As instituições: Escuela Superior de Administración Pública, Universidad Católica de Colombia – Facultad de Psicología e à Fundación Universitaria del Área Andina, por ter autorizado a realização das entrevistas.

Aos meus colegas do curso de pós-graduação, pelos momentos compartilhados.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP, pela amizade e carinho que sempre me brindaram.

Aos meus amigos do Brasil e da Colômbia, pela força, carinho e amizade incondicional. Amo vocês.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de Gráficos.....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Quadros.....	x
Lista de Abreviaturas.....	xi
Resumo.....	xii
Abstract.....	xiii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo Geral.....	7
2.2 Objetivos Específicos.....	7
3. METODOLOGIA DO PROJETO.....	8
3.1 Delineamento do projeto.....	9
3.2 Revisão da Literatura.....	9
3.3 Construção e Validação do Questionário.....	10
3.4 Inquérito junto aos Universitários.....	12
3.5 Procedimentos Éticos.....	13
4. RESULTADOS DO PROJETO.....	14
4.1 Revisão da Literatura (Artigo 1).....	15
4.2 Construção e Validação do Questionário (Artigo 2).....	32
4.3 Inquérito junto aos Universitários.....	47
5. CONCLUSÕES DO PROJETO.....	123
6. ANEXOS.....	126
7. REFERÊNCIAS.....	148

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Alunos universitários por sexo. Bogotá – Colômbia, 2012.....	66
Gráfico 2.	Alunos universitários por idade. Bogotá – Colômbia, 2012.....	67
Gráfico 3.	Alunos universitários segundo iniciação sexual. Bogotá – Colômbia, 2012.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Perfil dos estudantes por sexo, segundo instituição universitária e curso de graduação. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	68
Tabela 2.	Perfil dos estudantes por sexo, segundo estado civil, ter filhos e seguro de saúde. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	69
Tabela 3.	Perfil dos estudantes por sexo, segundo lugar de residência, convivência no domicílio e fonte de ingressos. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	71
Tabela 4.	Alunos universitários por sexo, segundo consumo de cigarro, bebida alcoólica e drogas. Bogotá – Colômbia, 2012.....	72
Tabela 5.	Estudantes com iniciação sexual, segundo numero de parceiros sexuais tidos na vida. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	75
Tabela 6.	Estudantes segundo uso de recursos preventivos de proteção no ultimo relacionamento sexual. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	76
Tabela 7.	Projeção de uso de recursos preventivos de proteção entre os estudantes não iniciados sexualmente (n,%). Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	81
Tabela 8.	Conhecimento sobre recursos de proteção relacionados as DST e a gravidez. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	85
Tabela 9.	Motivo(s) associados as relações sexuais por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	87
Tabela 10.	Relações sexuais e consumo de álcool e drogas por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	88
Tabela 11.	Conhecimento das DST por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	93
Tabela 12.	Gravidade das DST por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	95
Tabela 13.	Fonte de conhecimento sobre o HPV por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	97
Tabela 14.	Desenvolvimento do HPV entre homens e mulheres e percepção de risco por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	97
Tabela 15.	Conhecimento da vacina do HPV por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Uso de camisinha no último mês entre – análise estratificada por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	90
Quadro 2.	Percepção do risco de contrair HPV – análise estratificada por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	116
Quadro 3.	Percepção de risco de contrair HPV – regressão logística múltipla. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	117
Quadro 4.	Percepção do risco de contrair HPV – modelo final de regressão logística. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.....	117

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	Papiloma Vírus Humano
OR	<i>Odds Ratio</i>
PNUD	Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

RESUMO

Introdução: O Papiloma Vírus Humano (HPV), seja pela magnitude da sua extensão, seja pelas implicações no desencadeamento de várias formas de câncer, dentre elas o câncer de colo de útero, constitui um sério problema de saúde pública. **Objetivo:** Identificar conhecimentos e práticas preventivas relativas à infecção pelo HPV, na perspectiva da vulnerabilidade entre universitários de Bogotá - Colômbia. **Método:** O trabalho comportou três movimentos encadeados entre si. No primeiro foi realizada uma revisão sistemática de literatura sobre o tema de investigação, tendo em vista subsidiar a elaboração de um questionário a ser aplicado numa amostra de universitários. No segundo movimento procedeu-se à construção e validação do questionário. Finalmente, o terceiro movimento envolveu a aplicação do questionário entre universitários da cidade de Bogotá– Colômbia em 2012. **Resultados:** A revisão da literatura acentuou a questão das limitações de conhecimento por parte da população de adultos jovens e para a urgência da realização de diagnósticos capazes de subsidiar a adoção de medidas específicas de enfrentamento do HPV. No segundo movimento foi validado o “questionário de vulnerabilidade ao Papillomavirus Humano”, Apoiado pela metodologia de *Concept Mapping*, foi evidenciado que o questionário apresentava indicadores de validade de conteúdo adequados, sendo atestada a propriedade de sua utilização. O terceiro movimento comportou a realização de um diagnóstico junto aos universitários da cidade de Bogotá. O estudo constatou que é limitado o nível de conhecimento dos alunos sobre a transmissão, desenvolvimento e a gravidade da infecção pelo HPV. **Conclusões:** Em consonância com o conceito de vulnerabilidade é notória a necessidade de propor intervenções no âmbito da saúde coletiva, direcionadas a melhorar os conhecimentos sobre HPV, ao lado da sensibilização para a adoção de comportamentos capazes de reduzir a susceptibilidade ao HPV.

Palavras-chave: Infecções por Papillomavirus; Sexualidade; Conhecimento, Vulnerabilidade em saúde; Adulto Jovem.

ABSTRACT

Introduction: The Human Papilloma Virus (VPH), whether by the magnitude of its length, whether the implications in triggering of several forms of cancer, among them the cancer of the cervix, is a serious public health problem. **Objective:** To identify knowledge and preventive practices related to VPH infection, in view of vulnerability among the university students of Bogotá-Colombia. **Method:** The work consisted of three linked movements. In the first one, a systematic literature review regarding the subject of research was conducted, in order to subsidize the preparation of a questionnaire to be applied to a sample of university students. In the second movement proceeded to the construction and validation of the questionnaire. Finally, the third movement involved the application of the questionnaire among the university students of Bogota – Colombia in 2012. **Results:** The literature review highlighted the limitations of knowledge by the young adult population and the urgency of conducting diagnostics able to subsidize the adoption of specific measures to deal with HPV. In the second stage, was performed content validity of questionnaire of vulnerability to HPV; showed that the questionnaire had adequate validity indicators content being approved to use. In the third step was realized a diagnosis with college students to determine knowledge and preventive practices about HPV. The study indicated that is limited, the level of student knowledge about the transmission, development and severity of HPV infection. **Conclusion:** In consonance with the concept of vulnerability – the need to propose interventions in the context of public health is clearly notorious, directed towards improving knowledge about VPH, with the raising of awareness to the adoption of consistent behaviors.

Keywords: Papillomavirus Infections; Sexuality; Knowledge; Health Vulnerability; Young Adult.

1. INTRODUÇÃO

O Papiloma Vírus Humano (HPV), de extensa disseminação mundial, é o principal agente etiológico infeccioso associado à ocorrência do câncer de colo de útero, sem contar sua associação com outros cânceres⁽¹⁻³⁾ – fato que coloca a infecção por este vírus como um grave problema de saúde pública.

Em 2009 se apresentaram 577.965 novos casos de câncer cervical, o que representa 4,5% do total de novos casos de câncer diagnosticados; estima-se que, serão diagnosticados 713.346 novos casos (4,2%) em 2020. Nas Américas foram registrados 96.693 novos casos em 2009 e para o ano 2020 espera-se 124.492 casos de câncer de colo de útero⁽⁴⁾. A emergência do HPV, enquanto problema de saúde pública, comporta especificidades quanto à transmissão e evolução da infecção que merecem atenção distintiva no âmbito de seu enfrentamento. Na Colômbia o câncer cervical é a primeira causa de morte nas mulheres⁽⁵⁾.

Embora a maioria dos universitários tenha ouvido falar do HPV, o entendimento é insuficiente ou às vezes ausente⁽⁶⁾. Muitos estudantes desconhecem os fatores de risco para a aquisição da infecção como, por exemplo, as formas de transmissão e os “métodos” de prevenção⁽⁶⁾. Também eles subestimam o risco de se infectar com o HPV, não se vendo como responsáveis na propagação do vírus⁽⁶⁾.

Apesar da ampla gama de conhecimentos acerca das DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) entre universitários, há muita desinformação sobre o HPV^(7,8). Conforme assinalam vários autores, a informação é o primeiro passo para a modificação de comportamentos de risco, em meio ao conjunto de medidas de intervenção ⁽⁹⁻¹¹⁾. Se a informação por si só não garante alteração de comportamento, ela constitui o primeiro passo para alcançar mudanças nesse âmbito⁽¹¹⁾.

Paralelamente à generalizada probabilidade da infecção, os estudos a respeito chamam a atenção para as diferenças sociais que configuram diferentes condições de vulnerabilidade à infecção^(12,13). Acredita-se que as pessoas com maior nível educacional têm mais probabilidades de ter um melhor conhecimento acerca da transmissão do HPV⁽¹⁴⁾. Fica evidenciado, nestas

circunstâncias, as limitações do enquadramento da problemática no âmbito estrito do risco biológico. A percepção do risco e a tomada de decisão sobre os comportamentos preventivos passam pela articulação entre as informações de prevenção veiculadas na sociedade e as representações preexistentes na estrutura social concernente à sexualidade⁽¹⁵⁾. O conceito de risco se refere mais diretamente à possibilidade de contaminação⁽¹⁶⁾. Focalizando a infecção do HIV/AIDS, na definição destes autores, observa-se que os fatores que concretizam a ideia de risco são de ordem comportamental. Por esta razão o conceito de atitude é importante para compreendermos a vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS⁽¹⁶⁾. O conceito de atitudes traz a mediação entre a forma de pensar e a forma de agir dos indivíduos. As atitudes permitem identificar o posicionamento de um indivíduo frente à realidade social^(16,17). Tais considerações se aplicam, igualmente, ao controle do HPV, particularmente diante das necessidades de reconhecimento das condições concretas de sua manifestação no espaço e no tempo.

No caso do HIV, biologicamente todos são vulneráveis, uma vez que exposto ao vírus através do ato sexual ou do contato com sangue contaminado há grande probabilidade de infecção. Para além da susceptibilidade individual / comportamental associada ao risco de contaminação, tem sido apontadas diferenças sociais que acabam configurando diferentes condições de vulnerabilidades à infecção^(12,13). Vale dizer, a propósito, que não foram identificados trabalhos sobre a rubrica do risco– vulnerabilidade ao HPV.

O conceito de vulnerabilidade foi desenvolvido por Mann, Tarantola e Netter⁽¹²⁾ no tocante a prevenção da AIDS. O conceito circunscreve as dimensões individuais, programáticas e sociais que estão em jogo no condicionamento da susceptibilidade de indivíduos ou grupos para a AIDS⁽¹²⁾. Tal conceito refere-se aos fatores que necessitam ser mobilizados para que um indivíduo não se exponha ao risco de transmissão e procure prevenção, uma vez desencadeada a infecção. Segundo Ayres et al.^(18,19), o conceito de vulnerabilidade é definido como “o conjunto de susceptibilidades dos indivíduos e das coletividades relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao

maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”^(18,19).

A avaliação dos aspectos individuais da vulnerabilidade ocupa-se dos comportamentos que propiciam a possibilidade de infectar-se e/ou adoecer nas diferentes situações já conhecidas de transmissão do HPV/DST⁽²⁰⁻²³⁾. Na vulnerabilidade individual considera-se que os comportamentos associados à exposição a infecção, doença e morte, não devem ser entendidos como uma consequência exclusiva das disposições biopsíquicas dos indivíduos, relacionadas, outrossim, ao grau de consciência que as pessoas tem dos possíveis danos que produzem ditos comportamentos e, em especial, ao poder de transformação efetiva de comportamentos dimensionados a partir dessa consciência⁽²⁰⁻²³⁾.

Além dos aspectos anteriormente referidos é preciso considerar a vulnerabilidade social que faz referência à estrutura econômica e política em relação à educação, saúde e cultura, ao lado de questões como as relativas as relações sociais e de gênero em particular^(12,13,22,24). A vulnerabilidade social define-se, assim, pelas condições de proteção que uma sociedade pode ofertar no enfrentamento dos problemas de saúde pública^(12,13,22,24). Relacionam-se aqui, por exemplo, o acesso aos meios de informação e a existência de políticas sociais inclusivas de serviços de assistência a saúde^(12,13,22,24). Neste contexto se insere o acesso à informação, à quantidade de recursos destinados à saúde por parte do Estado, às condições de acesso e equidade na utilização dos serviços de saúde^(12,13,22,24).

As dimensões anteriores incidem, sobre a esfera programática que se reporta às políticas públicas de enfrentamento assumidas pelo Estado⁽²²⁾. Nesse sentido se concretiza a contra face da presença do Estado, onde ser vulnerável, no contexto das DST, é ter pouco ou nenhum controle sobre o próprio risco de adquirir uma infecção de transmissão sexual, que se associa às iniquidades e desigualdades sociais que acompanham o baixo controle das capacidades preventivas que cada pessoa tem⁽²³⁾. A vulnerabilidade contempla, nestas condições, três aspectos⁽¹⁸⁾: 1) qualquer individuo é susceptível de infectar-se em

determinada época da sua vida de acordo com os seus valores pessoais e recursos preventivos; 2) quanto maior for a proteção social e a assistência em saúde dos indivíduos, menor será a ocorrência da infecção, doença e morte; 3) aspectos de ordem cognitiva, comportamental e social podem afetar diretamente a vulnerabilidade individual⁽¹⁸⁾.

A propósito, se o HPV comporta especificidades em relação às DST, o conceito de vulnerabilidade aporta uma perspectiva que serve como referência na consideração do seu enfrentamento. Vale dizer que não foram encontrados trabalhos sob a rubrica da vulnerabilidade ao HPV, em que pese o tratamento de alguns aspectos pontuais relacionáveis à vulnerabilidade. Nesta perspectiva coloca-se a preocupação com o diagnóstico dos níveis de conhecimento e disposição para atuar preventivamente frente ao HPV entre jovens, que estão construindo suas vivências sexuais, no contexto da cidade de Bogotá – Colômbia.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar conhecimentos e práticas preventivas relativas a infecção pelo HPV, entre universitários de Bogotá-Colômbia.

2.2 Objetivos Específicos

- Proceder a revisão da literatura sobre sexualidade, conhecimentos, práticas preventivas e vulnerabilidade à infecção pelo HPV, tendo como foco privilegiado o segmento de adolescentes e adultos jovens.
 - Construir e validar um questionário tendo em vista a identificação de conhecimentos e práticas preventivas relativas ao HPV entre universitários.
 - Realizar um diagnóstico sobre conhecimentos e práticas preventivas relativas ao HPV, entre universitários de Bogotá-Colômbia.
-

3. METODOLOGIA DO PROJETO

3.1 Delineamento do projeto

O estudo sobre conhecimentos e práticas preventivas relativas à infecção pelo HPV, entre universitários de Bogotá-Colômbia, comportou três movimentos encadeados entre si.

No primeiro movimento foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema de investigação, tendo em vista subsidiar a elaboração de um questionário a ser aplicado a uma amostra de universitários. O segundo movimento envolveu a construção de um questionário para a coleta de informação e validação dos conteúdos do mesmo. Finalmente, o terceiro movimento envolveu a aplicação do questionário entre universitários, com vista à realização de um diagnóstico sobre conhecimentos e práticas preventivas relativas ao HPV entre universitários.

3.2 Revisão da literatura

A revisão da literatura pode ser considerada como um estudo em si, na medida em que comporta um questionamento específico, coleta de informação, análise de dados e conclusões⁽²⁵⁾.

A revisão de literatura pode ser classificada em dois grupos: revisão sistemática e revisão narrativa. No caso da primeira, são localizados os estudos sendo analisados os dados de forma sistematizada empregando, inclusive, recursos estatísticos de forma a balizar o exercício de meta-análise. No segundo, a revisão constitui um estudo de caráter amplo, apropriado para descrever e discutir o “estado da arte” de uma determinada temática, tendo como ponto de vista o marco teórico contextual. A revisão narrativa tem um papel fundamental na atualização do conhecimento sobre uma temática específica, podendo ser realizada num espaço delimitado de tempo⁽²⁶⁾.

Diante do delineamento do estudo foi feita a opção, originalmente, pela revisão narrativa, que acabou sendo precedida, por sua vez, por uma revisão

sistemática. Nestas condições, tal revisão teve por objetivo identificar evidências teóricas e empíricas acerca da sexualidade, conhecimentos, práticas preventivas e vulnerabilidade à infecção pelo HPV, tendo como foco privilegiado o segmento de adolescentes e adultos jovens, sendo usada a equação de busca [(human papillomavirus) AND (knowledge OR sexuality OR preventive practices OR vulnerability) AND (young OR adult) within Article 1995 – 2012].

A revisão da literatura se fez apoiada em buscas eletrônicas de revistas e/ou periódicos científicos com publicações seriadas, indexadas em bases de dados da BIREME, PubMed, ScienceDirect, SpringerLink e Scopus. Constituíram os termos de busca as seguintes palavras-chave: Human Papillomavirus, Sexuality, Knowledge, Preventive Practices, Vulnerability, Young Adult. Foram analisados artigos em inglês, português e espanhol sendo delimitado o período de 1995 a 2012 – quando a OMS constata a persistência da infecção pelo HPV como o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero.

Para cada artigo selecionado foi realizado um registro contendo: título do artigo, autor, ano da publicação, propósito do estudo, objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Procedeu-se ao registro de informações, levando em conta a coerência interna do texto para a organização de artigos por grupos temáticos.

Os dados deste levantamento constam do artigo que se apresenta no primeiro item dos resultados da tese.

3.3 Construção e validação do questionário

A partir das informações encontradas na literatura foi construído um questionário composto de perguntas abertas e fechadas, com o propósito de identificar conhecimentos e práticas relativas ao HPV. O processo para a construção e validação de conteúdo foi realizado de acordo com a metodologia proposta por Lynn⁽²⁷⁾, que contempla as seguintes fases:

- A definição do construto que vai ser medido
- A definição das dimensões
- A construção dos itens do questionário
- A determinação dos indicadores de validade de conteúdo dos itens do questionário por expertos.

Além disso, foi realizada uma entrevista com os potenciais usuários para fazer ajustes de linguagem, instruções e itens do questionário⁽²⁸⁾.

O questionário resultante comportou quatro dimensões. A primeira contemplou o **Perfil dos universitários** levando em conta: o sexo, a idade em anos completos, o estado civil, o lugar de nascimento, lugar de residência, tempo de moradia no município de residência atual, com quem reside, paridade, inserção no mercado de trabalho, acesso ao seguro de saúde, ao lado de hábitos relacionados ao fumo, uso de álcool e drogas.

A segunda dimensão comportou perguntas sobre **comportamento sexual**, envolvendo a idade da primeira relação sexual entre os iniciados e as atividades sexuais atuais referidas ao último mês (a partir da data de aplicação do questionário). Neste âmbito foram levantadas informações sobre a natureza das relações, se envolveu remuneração, número de parceiros (as), práticas de proteção adotadas e orientação sexual.

A terceira e quarta parte comportaram perguntas acerca do **conhecimento da transmissão, prevenção e controle do HPV** tendo em vista obter informações sobre as condições associadas ao contágio, juntamente com as medidas adotadas de prevenção e busca por serviços de saúde, relativas a saúde sexual e reprodutiva.

Após a construção do questionário, teve início o processo de validação de conteúdo, realizada por 16 profissionais da saúde com pós-graduação na área de saúde sexual e reprodutiva, com o propósito de estabelecer a estrutura conceitual do questionário e o nível de concordância e redação de cada item.

O questionário também foi ministrado a 42 universitários sendo realizada, uma entrevista cognitiva com cada um destes participantes visando ajustes léxicos, instruções e forma de redação dos itens.

Finalmente, neste processo foi estimado o índice de concordância entre expertos relacionados à redação e clareza dos itens. Para estabelecer a estrutura conceitual do questionário, foi usada a metodologia de *Concept Mapping*, a partir da qual realizou-se uma Análise de Escalamento Multidimensional não Métrico de ALSCAL (*Alternating Least Squared Scaling*). Adicionalmente, foi realizada uma análise hierárquica de conglomerados usando o método de Ward, assim como a obtenção do indicador de Bridging para cada item em relação ao conglomerado.

A metodologia deste componente do projeto se encontra especificada com detalhes na publicação correspondente⁽²⁸⁾, que foi incluída, na íntegra, no segundo item dos resultados da tese.

3.4 O Inquérito Junto aos Universitários

Para o diagnóstico de conhecimentos e práticas relativas ao HPV entre universitários foi realizado um recorte transversal. Estudos epidemiológicos deste tipo propiciam boa capacidade descritiva e, como tal, são eficazes não só na formulação de hipóteses como constituem base para o planejamento de ações em saúde⁽²⁹⁾.

Nesta investigação foram incluídos estudantes do sexo masculino e feminino, de instituições universitárias de Bogotá-Colômbia (duas privadas e outra pública), observando-se os seguintes critérios de inclusão:

- Ter disposição para responder o questionário.
 - Ser estudante de primeiro ou segundo semestre acadêmico, regularmente matriculado numa das instituições universitárias selecionadas.
 - Ter mais de 18 anos e menos de 20 anos.
 - Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
-

Foi composta uma amostra não probabilística, que integrou 522 participantes. Para o cálculo do tamanho da amostra foi levado em consideração uma população aproximada de 100.000 estudantes, à falta de informações precisas relativas ao conhecimento do HPV entre os universitários, optamos por uma prevalência da doença de 50%, assumindo um intervalo de confiança de 95%, com uma margem de erro de 5%. Neste caso, a disponibilidade de 522 participantes superou o requisito mínimo estimado em 384 participantes.

O detalhamento da coleta e tratamento dos dados encontra-se especificado no capítulo 4.3, no item relativo à metodologia do inquérito.

3.5 Procedimentos Éticos

No âmbito dos procedimentos éticos foi solicitada a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Consta do anexo 2 a carta de aprovação.

A validação do questionário foi realizada com autorização prévia dos representantes das instituições, consultores e alunos na qual foi solicitada aos participantes, a assinatura do TCLE (Anexos 3A, 3B, 3C).

Para o desenvolvimento do inquérito nas instituições selecionadas foi solicitada autorização que contou com a aprovação da direção das instituições selecionadas (Anexos 4A, 4B, 4C).

Junto aos alunos, a aceitação para participar do levantamento foi condicionada à assinatura do TCLE (Anexos 5A, 5B, 5C, 5D), atendendo às formalidades da portaria 008430 de 1993 do Ministério da Saúde da Colômbia⁽³¹⁾ e do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP. Todos os TCLE em anexo contem versão em castelhano e português.

4. RESULTADOS DO PROJETO

4.1 Revisão de Literatura

Artigo 1 – Aceito para publicação na Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

A Infecção pelo Papiloma Vírus Humano– uma questão re-atualizada

Gloria Judith Sepúlveda-Carrillo, Paulete Goldenberg

Resumo

Introdução: O Papiloma Vírus Humano (HPV) constitui um problema de saúde pública, seja pela magnitude da sua extensão, seja pelas implicações relativas ao desencadeamento das varias formas de câncer, dentre eles o câncer de colo de útero. **Objetivo:** O estudo tem como propósito a realização de uma revisão sistemática da literatura sobre sexualidade, conhecimentos, práticas preventivas e vulnerabilidade à infecção pelo HPV, tendo como foco privilegiado o segmento de adolescentes e adultos jovens. **Método:** O levantamento bibliográfico se apoiou em buscas eletrônicas de revistas e/ou periódicos científicos com publicações seriadas, indexadas na BIREME, PubMed, ScienceDirect, SpringerLink e Scopus, no período de 1995 a 2012. **Resultados:** Foram selecionados 60 artigos: 36 revisões, 17 estudos transversais, 2 estudos de coorte, 2 caso-controle, 1 ensaio clínico, 1 estudo qualitativo e 1 série de casos. Os jovens, em proporção significativa, dimensionam de forma limitada não só as formas de transmissão como as consequências da infecção pelo HPV, ressaltados os diferenciais de gênero. Sem identificar o risco pessoal de contrair a infecção deixam de recorrer à proteção compatível com o exercício do sexo seguro, seja nos casos dos relacionamentos estáveis ou não, seja nas relações hetero ou homossexuais. **Conclusões:** O estudo apontou para a necessidade da implementação de medidas concretas e específicas de intervenção em relação ao HPV voltadas para jovens, sob a perspectiva da vulnerabilidade.

Palavras chave: Infecções por Papillomavirus; Sexualidade; conhecimentos, Vulnerabilidade em saúde; Adulto Jovem.

Infección por el Papiloma Virus Humano– una cuestión re-actualizada

Resumen

Introducción: El papiloma virus humano (VPH) se constituye en un problema de salud pública dada su magnitud y las implicaciones en el desencadenamiento de varias formas de cáncer, como el cáncer de cuello uterino. **Objetivo:** El estudio tuvo como propósito realizar una revisión sistemática de literatura, sobre sexualidad, conocimientos, prácticas preventivas y vulnerabilidad a la infección por el VPH entre adolescentes y adultos jóvenes. **Metodología:** Se realizaron búsquedas bibliográficas en revistas y/o periódicos científicos con publicaciones seriadas, indexadas en las siguientes bases de datos: BIREME, PubMed, ScienceDirect, SpringerLink e Scopus, en el período de 1995 a 2012. **Resultados:** Fueron seleccionados 60 artículos: 36 revisiones, 17 estudios transversales, 2 estudios de cohorte, 2 casos y controles, 1 ensayo clínico, 1 estudio cualitativo e 1 serie de casos. Los jóvenes en una proporción significativa, dimensionan de manera limitada no solo las formas de transmisión sino también las consecuencias de la infección, resaltándose las diferencias por género. Sin identificar el riesgo personal de contraer la infección los jóvenes dejan de recurrir al uso de protección como ejercicio del sexo seguro ya sea en los casos de relacionamiento estable o no, como también en las relaciones hetero y homosexuales. **Conclusiones:** El estudio evidencio la necesidad de implementar medidas concretas de intervención sobre el VPH, dirigidas a los jóvenes bajo la perspectiva conceptual de la vulnerabilidad.

Palabras-clave: Infecciones por Papillomavirus; Sexualidad; conocimientos; Vulnerabilidad en Salud; Adulto Joven.

Human Papillomavirus Infection– a matter re-updated

Abstract

Introduction: The human papillomavirus (HPV) constitutes a public health problem because of its magnitude and implications in triggering various forms of cancer, such as cervical cancer. **Objective:** The study objective was to conduct a systematic review of the literature to about sexuality, knowledge, preventive practices and vulnerability to HPV infection among adolescent and young Adult.

Methodology: We searched the literature for magazines and / or newspapers scientific serials, indexed in the following databases: NLM, PubMed, ScienceDirect, SpringerLink and Scopus, in the period for 1995-2012. **Results:** We selected 60 articles: 36 reviews, 17 cross-sectional studies, 2 cohort studies, 2 case-control 1 clinical trial, one qualitative study and one case series. Youth are in a significant risk proportion, sized or limited not only to forms of transmission but also the consequences of infection, highlighting gender differences. No identifying personal risk of becoming infected young people stop resorting to the use and protection of safe sex practice either in cases of stable relationship or not, as well as in heterosexual and homosexual relationships. **Conclusions:** The study showed the importance to implement concrete measures and specific intervention about HPV, aimed at young people, in conceptual perspective of vulnerability.

Key words: Papillomavirus Infections; Sexuality; Knowledge; Health Vulnerability; Young Adult

Introdução

O HPV como problema de saúde pública. O Papiloma Vírus Humano (HPV), de extensa disseminação mundial, é o principal agente etiológico infeccioso associado à ocorrência do câncer de colo de útero, sem contar sua associação com outros cânceres – fato que coloca a infecção por este vírus como um grave problema de saúde pública⁽¹⁻³⁾.

O HPV tem convivido com a espécie humana durante milênios e apresenta poucas mudanças na sua composição genética. Sendo preferencialmente de transmissão sexual, tanto homens como mulheres participam da cadeia epidemiológica da infecção como portadores assintomáticos, transmissores e vítimas da infecção⁽¹⁾.

Foram identificados mais de 100 tipos diferentes de HPV sendo que a infecção por alguns tipos específicos, que afetam homens e mulheres, pode levar à presença de lesões malignas nas áreas anal, genital, oral, orofaríngea, laríngea e de esôfago^(1,2,4-7). Vale dizer que o HPV está presente na maioria dos casos de câncer do colo do útero^(1,2,6). Aproximadamente 70% dos cânceres cervicais são causados pelo HPV16 ou 18 e 90% das verrugas vulvares são causadas pelos HPV tipo 6 ou 11^(8,9).

O câncer cervical se apresenta aproximadamente em 12% das mulheres dos países de baixo nível econômico e é a segunda neoplasia mais frequente nas mulheres em todo o mundo^(1,2,6,10). Na Colômbia o câncer cervical é a primeira causa de morte entre as mulheres⁽¹¹⁾.

Mais de 6,2 milhões de novos casos de infecção pelo HPV são diagnosticados a cada ano entre os homens e mulheres com idade de 15 a 44 anos^(12,13). A prevalência do HPV varia com a idade, sendo maior nas pessoas com menos de 25 anos. Neste segmento a infecção chega a atingir até 30%^(2,14,15), tendo sido evidenciado um risco potencial de infecção de 70% ou mais entre os estudantes universitários⁽¹⁵⁾. Considerando os múltiplos episódios de infecção desde o início da vida sexual a infecção pelo HPV pode alcançar até 82%⁽²⁾.

Em meio a complexidade que acompanha o desencadeamento da infecção, há fatores que predispõem à aquisição do HPV relacionados a conduta sexual, incluindo a multiplicidade de parceiros – à medida que aumenta o número de parceiros aumenta o risco de contágio (*Odds Ratio* - OR) 1,29 para três parceiros). A idade de iniciação sexual precoce aumenta o risco de infecção pelo HPV; entre as mulheres maiores de 25 anos foi encontrado um OR de 0,59⁽¹⁶⁾. O não uso de preservativo, as práticas precárias de higiene, incluindo a contaminação pelos dedos, o compartilhamento de brinquedos sexuais e os antecedentes de infecção por DST predispõem ao contágio e desenvolvimento da infecção pelo HPV^(1,17-20). Outros fatores relacionados ao comportamento sexual dizem respeito ao baixo nível sócio econômico, escolaridade e desemprego⁽²¹⁾.

Artigos selecionados indicam que a iniciação sexual ocorre frequentemente na adolescência, que concentra mais de 50% das DST, incluindo, nestas condições, taxas mais elevadas de HPV⁽²⁾.

Sem diminuir a importância das vias de transmissão, os comportamentos sexuais de risco, como ter múltiplos parceiros sexuais e ser clientes de trabalhadoras sexuais, sejam profissionais ou não, configuram condições particularmente relevantes para a presença de DST, podendo implicar no aumento de 25 a 36 vezes o risco de contágio pelo HPV⁽²²⁾. Estudos assinalam a importância dos antecedentes sexuais do parceiro no risco das mulheres desenvolverem câncer cervical, apontando o papel do homem, tanto quanto da mulher, na transmissão do HPV⁽²³⁾. Em populações onde o número de parceiras entre os homens é elevado, a prostituição é habitual – nestas condições o risco das mulheres de contrair o HPV depende mais do comportamento sexual do parceiro do que delas mesmas⁽²⁴⁾.

Também predispõem à progressão do HPV fatores relacionados não só aos tipos de vírus, que podem produzir câncer ou não, assim como fatores genéticos que apontam para a resposta imune de cada indivíduo, predispondo ao desencadeamento da infecção⁽²⁵⁾. A eles acrescentam-se os fatores ambientais que viabilizam as complicações decorrentes do desenvolvimento do HPV. Situam-se neste complexo de interações o hábito de fumar – o risco entre fumantes de

mais de 15 cigarros por dia é 1,98 (OR) vezes a dos não fumantes. O risco de infecção pelo HPV dobra entre os usuários de contraceptivos orais; esta chance aumenta com o tempo de uso. Diante da paridade, o risco relativo aumenta 1,10 (OR) para cada gravidez adicional. O risco de contrair o HPV aumenta 2,2 (OR) em mulheres com imunossupressão por HIV⁽²⁵⁾. Os autores consideram a possibilidade da existência de associação entre dieta, estado nutricional e HPV na carcinogênese cervical, mas esta relação não tem evidências consistentes ao respeito⁽²⁵⁾.

No conjunto, tais condições, compõem o quadro epidemiológico específico do HPV no âmbito das DST. A propósito, o uso do preservativo, conquanto indispensável, não garante proteção total. A incorporação de novas tecnologias diagnósticas para a identificação do HPV, tendo em vista a interceptação das formas da sua evolução, constitui num recurso inadiável. Tais medidas, por sua vez, pressupõem a garantia do acesso aos serviços de saúde, tanto quanto a implementação de programas educativos que ajudem não só contornar comportamentos sexuais de risco como a expansão e desenvolvimento da infecção^(22,26,27).

Assim como a busca tardia pelo tratamento, a ausência de sintomas, associados ao desconhecimento da doença favorece a disseminação da infecção, ressaltando-se, a propósito, que a maioria dos fatores relacionados com o desenvolvimento do HPV pode ser eliminado ou controlado^(28,29). Na educação em saúde de adolescentes e adultos jovens, em particular, é preciso estabelecer a associação causal entre o HPV e os agravos decorrentes, assim como informar acerca dos fatores de risco^(28,29). Tais medidas – no caso do câncer cervical – podem concorrer para que as mulheres tomem decisões adequadas acerca da prevenção de sua saúde⁽³⁰⁾.

Na ausência de uma abordagem sistemática de promoção da saúde torna-se necessário conhecer como se dissemina a doença em contextos sociais específicos, de forma a subsidiar programas condizentes de prevenção⁽²²⁾. É importante promover a ideia de que a redução do risco sexual tem influência protetora numa variedade de problemas relacionados às DST⁽¹⁵⁾. A propósito, a

população em geral dispõe de poucos conhecimentos sobre a transmissão e prevenção da infecção pelo HPV⁽³⁰⁻³²⁾.

Nestas condições, se impõe a presente revisão de literatura sobre conhecimentos e práticas preventivas relativas a infecção pelo HPV, focando em especial, adolescentes e adultos jovens que estão em fase de definição de suas vivências sexuais.

Materiais e Métodos

A revisão da literatura, delimitada ao período de 1995 a 2012, se fez apoiada em buscas eletrônicas de revistas e/ou periódicos científicos com publicações seriadas, indexadas em bases de dados da BIREME, PubMed, ScienceDirect, SpringerLink e Scopus. Constituíram os termos de busca as seguintes palavras-chave: Human Papillomavirus, Sexuality, Knowledge, Preventive Practices, Vulnerability, Young Adult. Foram analisados artigos em inglês, português e espanhol.

Para cada artigo selecionado foi realizado um registro contendo: título do artigo, autor, ano da publicação, propósito do estudo, objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Após o registro procedeu-se a análise da coerência interna do texto com que foi possível destacar as informações válidas de cada grupo temático.

Resultados

Foram identificados 766 artigos distribuídos da seguinte forma: 126 Pubmed, 81 Scopus, 181 Science Direct, 147 Bireme e 231 Springerlink. Foram eliminados 706 artigos por não responder a pergunta do estudo. Foram selecionados 60 artigos divididos assim: 36 revisões, 17 estudos transversais, 2 estudos de coorte, 2 casos e controles, um ensaio clínico, um estudo qualitativo e uma série de casos. (Figura 1).

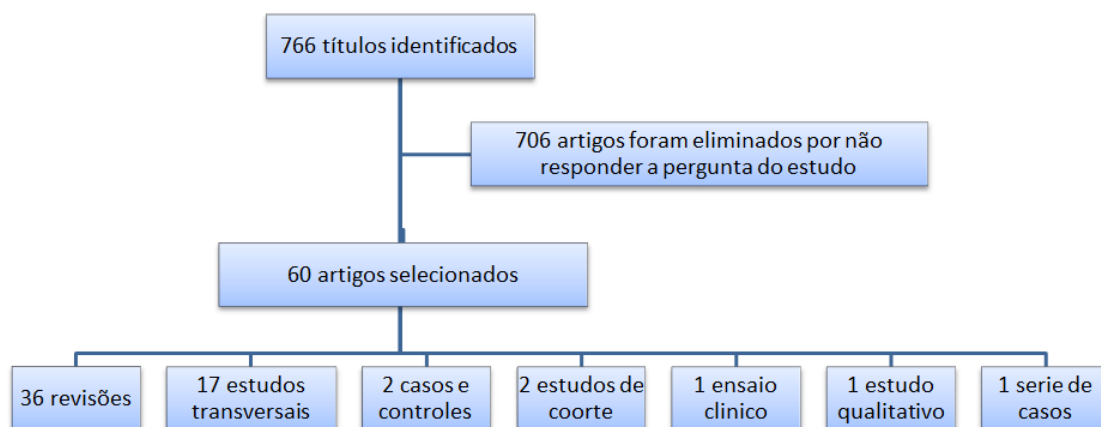


Figura 1. Resultado da busca de estudos que identificam evidências teóricas e empíricas acerca da sexualidade, dos conhecimentos, práticas preventivas e vulnerabilidade à infecção do HPV.

Os conteúdos relativos a epidemiologia do HPV e a relevância da infecção em termos de saúde pública constam da introdução; seguem, agora, os conteúdos relativos aos demais termos de busca agrupados nos itens: sexualidade; conhecimentos e práticas preventivas; vulnerabilidade.

Sexualidade. As condutas sexuais se estruturam de forma diferente nas variadas culturas, em distintos períodos históricos⁽³³⁻³⁵⁾. Toda sociedade gera costumes e normas, práticas e crenças que regulam a expressão sexual⁽³⁶⁾. Ancorada na tradição judaico-cristã, a sexualidade, em boa parte das sociedades ocidentais se estrutura, convencionalmente, em torno da reprodução ⁽³³⁾.

Sem pretender traçar a trajetória de alterações no caminho da sexualidade na História, vale registrar que tem ocorrido mudanças ao longo dos anos^(37,38). Com frequência, estes novos movimentos se superpõem às práticas tradicionais. Assim, em meio à diversidade dos processos registrados no tempo e no espaço, no tocante ao movimento de ruptura dos padrões convencionais, registra-se a progressiva desvalorização da virgindade, ao lado dos avanços na anticoncepção⁽³⁸⁾. A atitude social mais positiva para o prazer sexual acabou por potencializar o sexo antes e fora do matrimônio, acrescentando-se novos sentidos à relação do casal⁽³⁸⁾.

No mundo ocidental, o movimento de liberdade de expressão da sexualidade se fortalece nos anos 1970, observando-se tendência a não exclusividade do relacionamento monogâmico, como por exemplo, o sexo em grupo, o intercâmbio de parceiros, o casamento experimental, assim como a publicização do homossexualismo. O crescimento do feminismo nestes espaços concorreu para a reformulação da identidade associada ao comportamento sexual feminino, como contraponto da valorização exclusiva da reprodução – ao invés da sexualidade vista como pecado e vergonha se impõe a sexualidade como prazer⁽³⁸⁾

Na vigência de uma estrutura patriarcal, o desejo masculino se associa a posse/poder e o desejo feminino à subordinação. Em meio à complexidade dos novos arranjos, nem sempre alterações das práticas sexuais, no sentido de maior liberdade, se fazem acompanhar da revisão das convencionais hierarquias de gênero^(37,38). Na passagem da infância para a vida adulta, a iniciação da vida sexual comporta a constituição das identidades de gênero, que acaba por consubstanciar práticas preventivas^(39,40). Presentes nas relações afetivas entre os jovens, essas diferenças, que configuram desigualdades, dificultam o acordo quanto à utilização do preservativo nas relações sexuais. Assim, a concepção das diferenças convencionais de gênero pode levar a um maior risco de exposição às DST em meio à ampliação das liberdades sexuais, potencializadas pela desconsideração da possibilidade de contrair/transmitir infecção^(39,40). Ressalta-se, a propósito, o reiterado argumento da confiança no parceiro/parceira, particularmente nos relacionamentos estáveis, como a justificativa do não uso de proteção – que também pode constituir uma condição do risco de contrair o HPV. De acordo com Villela⁽⁴¹⁾, a desigualdade de poder nas relações entre homens e mulheres é um dos motivos que se interpõem na dificuldade de adotar formas seguras de exercer a sexualidade.

A propósito, com a emergência da AIDS, ressurgiu a associação sexo - morte/castigo⁽³⁸⁾, acentuando a preocupação com a transmissão das DST. A ameaça da AIDS acabou por reatualizar a monogamia (tanto para homens como para mulheres) e o sexo estável, inclusive entre os homossexuais. Se os anos 60 e 70 configuraram décadas de experimentação no terreno amoroso – em que pese a diversidade de suas manifestações no tempo e no espaço – o final do

século se converte numa era de temores e precauções no terreno das relações sexuais⁽³⁸⁾. Nos anos subsequentes, situa-se o debate da sexualidade como problema de saúde, que encontra espaço relevante de reverberação a partir do segmento dos homossexuais, particularmente visados no movimento da expansão da AIDS. A propósito destes desdobramentos, “ampliam-se” as possibilidades para a iniciação das práticas do sexo seguro, em meio às emergentes experiências eróticas e sexuais⁽⁴²⁾.

Acentuam-se, nestas condições, as preocupações quanto ao controle do exercício da sexualidade que preside a vida amorosa dos adolescentes e adultos jovens, em meio à diversidade de formas de relacionamentos, envolvendo padrões renovados de comportamento⁽⁴³⁾. Diante destas novidades, amplificam-se os contornos do controle da sexualidade, tanto quanto o afloramento das dificuldades relativas ao exercício do sexo seguro.

Conhecimentos e práticas preventivas. Em meio ao reconhecimento da relevância das DST no contexto das mudanças relativas ao exercício da sexualidade, muitos jovens já escutaram falar do HPV. Entretanto, eles têm mais conhecimentos sobre o Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) do que sobre o HPV^(6,10). Estudos têm mencionado que a educação acerca do HIV tem eclipsado a preocupação com outras DST^(10,15), constatando-se a transposição automática de seu modelo de prevenção, que nem sempre se adequa a interceptação da propagação do HPV.

Se o HPV não é propriamente desconhecido, o entendimento a respeito é insuficiente ou às vezes ausente^(26,31,32,44-51). Na medida em que não tomam precauções para evitar as DST, restringindo-se à prevenção da gravidez indesejada, eles subestimam o risco de se infectar pelo o HPV, não se situando como responsáveis pela propagação do vírus^(12,22,31).

Em vários países, estudos evidenciam que cerca de 50% dos universitários nunca ouviram falar do vírus^(30,48,50). De forma geral, eles sabem que o HPV pode ser transmitido sexualmente, porém poucos conhecem as manifestações que podem ser causadas pela infecção, sendo que menos de 1% reconhece o HPV como causa principal do câncer cervical^(30,48-51).

Embora as mulheres expressem um melhor conhecimento sobre o HPV do que os homens⁽⁴⁹⁾, menos da metade delas sabe que o vírus pode ser transmitido pelas relações sexuais^(15,47). Só 42% das mulheres que têm sexo com homens usam o preservativo com regularidade; no caso das mulheres que têm sexo com mulheres só 10% usam preservativo em suas vivências sexuais⁽⁴⁷⁾.

Os homens, por sua vez, consideram que a infecção é grave para as mulheres e não para eles próprios. Dentre as DST (HIV, sífilis, gonorreia, *clamídia* e o herpes genital), o HPV é percebido pelos homens como sendo de menor severidade⁽⁵²⁾. Coincidentemente, a maior porcentagem de homens que informaram ter HPV e verrugas anais e genitais reportou ter tido relações sexuais sem proteção. Os homens com HPV informaram mais práticas sexuais de risco incluindo mais parceiras sexuais^(12,23). Tais resultados apontam para a necessidade de maior compreensão por parte dos homens sobre sua saúde sexual e fatores de risco associados a infecção pelo HPV^(12,23).

Em situação de risco de contrair HPV e desenvolver câncer cervical entre as mulheres e câncer de pênis entre os homens (assim como de outras formas de câncer que acometem ambos dos sexos) é indispensável disponibilizar informações mais precisas para compreender os vários procedimentos de prevenção. Ao lado da utilização de serviços para a detecção e interceptação de danos decorrentes, ressalta-se, conforme assinalam vários autores, que a informação é o primeiro passo para a modificação de comportamentos de risco^(30,48,52-54). Por outro lado, torna-se relevante a adoção de medidas adicionais de prevenção, entre elas, a disponibilização de vacinas profiláticas (em uso atualmente) que podem diminuir aproximadamente 70% a presença de câncer cervical e 90% de verrugas na área genital em mulheres e de 40% entre os homens⁽⁵⁵⁾.

Vulnerabilidade: Segundo Denny-Smith, o nível precário de conhecimentos, combinado com a baixa percepção do risco à infecção pelo HPV, faz com que os universitários se tornem propensos ao desenvolvimento da infecção⁽²⁶⁾.

A percepção do risco e a tomada de decisão sobre os comportamentos preventivos passam pela articulação entre as informações de prevenção veiculadas na sociedade e as representações preexistentes na estrutura social concernente à sexualidade⁽⁵⁶⁾. O conceito de atitude, neste sentido, traz a mediação entre a forma de pensar e a forma de agir dos indivíduos – no plano pessoal – permitindo identificar o posicionamento frente à mobilização para a prevenção na realidade social concreta⁽⁵⁶⁻⁵⁸⁾.

Vale dizer que no caso do HIV, biologicamente, todos são susceptíveis a infecção uma vez exposto ao vírus através do ato sexual ou do contato com sangue contaminado^(59,60). Os estudos a respeito chamam a atenção, nesse caso, para as diferenças sociais que configuram diferentes condições de exposição à infecção e a percepção do risco^(59,60). Tais considerações situam a articulação que se estabelece entre o indivíduo e a sociedade, evidenciando a propriedade da aplicação do conceito de vulnerabilidade. Segundo Ayres este conceito é definido como “o conjunto de susceptibilidades dos indivíduos e das coletividades relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”^(59,60). Sob esta perspectiva se propõe o dimensionamento das condições concretas, individuais, sociais e programáticas, associadas a expansão e controle do HPV, em âmbito regional.

Discussão

O levantamento bibliográfico sobre o HPV destaca ampla disseminação da infecção no mundo, apontando para o desafio que representa o seu enfrentamento no âmbito da Saúde Pública, diante das graves consequências que acarreta entre homens e mulheres.

Os jovens, em proporção significativa, dimensionam de forma limitada não só as formas de transmissão como as consequências da infecção, ressaltados os diferenciais de gênero. Sem identificar o risco pessoal de contrair a infecção deixam de recorrer à proteção compatível com o exercício do sexo seguro, seja nos casos dos relacionamentos estáveis ou não, seja nas relações hetero ou homossexuais.

Diante da estrutura específica de prevenção do HPV, o reconhecimento das condições de sua disseminação entre jovens constitui um requisito estratégico no esforço de conter a propagação da infecção.

Situando a mediação entre as formas de pensar e agir, estudos realizados no âmbito das atitudes contribuem para a consideração da questão no plano comportamental, paralelamente associada à percepção biológica de risco. Vale dizer que, para além da importância desta noção de risco, coloca-se a necessidade da consideração das condições que a sociedade é capaz de dispor e de medidas de prevenção, capazes de lastrear o enfrentamento da disseminação da infecção.

Implicações para a prática: dado o reconhecimento da relevância do HPV como problema individual e de saúde pública, é urgente que se façam diagnósticos no sentido de fundamentar a interlocução entre conhecimento sobre o HPV e práticas preventivas, na estruturação de programas de prevenção, na perspectiva da vulnerabilidade.

Conclusões

Ao lado da importância da disseminação da infecção pelo HPV e a gravidade das suas manifestações na atualidade, a presente revisão apontou para as limitações de seu conhecimento na população de adultos jovens e, conseqüentemente, para a urgência da adoção de medidas específicas de seu enfrentamento de forma a articular as disposições individuais e coletivas no equacionamento de medidas programáticas condizentes.

Referências Bibliográficas

1. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecologic Oncol.* 2008;Suppl 110:4-7.
 2. Bosch FX, Burchell AN, Schiffman M, Giuliano AR, de Sanjose S, Bruni L, et al. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. *Vaccine.* 2008;9(26 Suppl10):1-16.
-

3. León G, Bosques D. Human papilloma virus infection and factors related to sexual activity in the genesis of the cervix uteri cancer. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2005;31(1):0-0.
 4. Da Rosa MI, Medeiros LR, Rosa DD, Bozzeti MC, Rosa F, Rosa B. Human papillomavirus and cervical neoplasia. *Cad. Saúde Pública.* 2009;25(5):953-64.
 5. Hidalgo MI, Catellano G. Virus del papiloma humano y adolescencia. *Bol. Pediatr.* 2007;47:213-218.
 6. Burk RD, Chen Z, Van Doorslaer K. Human Papillomaviruses: Genetic Basis of Carcinogenicity. *Public Health Genomics.* 2009;12:281-90.
 7. Unger E, Duarte-Franco E. Human papillomaviruses. Into the new millennium. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2001;28(4):653-66.
 8. Muñoz N, Bosch F X, Sanjosé S de, Herrero R, Castellsague X, Shah K, et al. Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med.* 2003;348(6):518-527.
 9. Greer CE, Wheeler CM, Ladner MB, Beutner K, Coyne MY, Liang H, et al. Human papillomavirus (HPV) type distribution and serological response to HPV type 6 virus-like particles in patients with genital warts. *J Clin Microbiol.* 1995; 33:2058-63.
 10. Economist Intelligence Unit. Breakaway: The global burden of cancer – challenges and opportunities. The Economist, London: Livestrong; 2009.
 11. Buitrago O, Morales N, Martin C, Huertas A, Moreno P, Martinez T, et al. Presence and Persistence of HPV 58 Molecular Variations ORF E6 and ORF E7 Among Women With Normal Cytology in the Bogotá, Colombia Cohort. 2012;16(1):40-8.
 12. Sandfort JS, Pleasant A. Knowledge, attitudes, and informational behaviors of college students in regard to the human papillomavirus. *J Am Coll Health.* 2009;58(2):141-9.
 13. Scheurer ME, Tortolero-Luna G, Adler-Storthz K. Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention. *Int J Gynecol Cancer.* 2005;15(5):727-46.
 14. Muñoz N, Reina JC, Sanchez GI. The human papillomavirus vaccine: A powerful tool for the primary prevention of cervical cancer. *Colom Méd.* 2008;39(2):196-204.
 15. Lambert EC. College students' knowledge of human papillomavirus and effectiveness of a brief educational intervention. *J Am Board Fam Med.* 2001;14(3):178-83.
 16. González-Losa M, Polanco-Marín G, Puerto-Solís M, Murguía-Mesina P. Study of factors associated to human papillomavirus in Mexican women. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2002;53(3):256-61.
-

-
17. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Bosch FX. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*. 2002;359(9312):1093-101.
 18. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health*. 2001;91:947-52.
 19. Moscicki AB. Impact of HPV infection in adolescent populations. *J Adolesc Health*. 2005; 37(supl 6):S3-S9.
 20. Paavonen J. Chlamydia trachomatis infections of the female genital tract: State of the art. *Annals of Medicine*. 2012;44:18-28.
 21. Serrano RO, Uribe CJ, Perez MD, Diaz LA, Dangond Y. Risk factors for uterine cervical cancer.. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2004;55(2):146-60.
 22. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*. 2006;368(9548):1706-28.
 23. Tider DS, Parsons JT, Bimbi DS. Knowledge of human papillomavirus and effects on sexual behaviour of gay/bisexualmen: a brief report. *MA Int JSTD & AIDS*. 2005;16:707-8.
 24. Castellsagué Xavier, Bosch F Xavier, Muñoz Nubia. The male role in cervical cancer. *Salud pública Méx*. 2003;45(Suppl 3): 345-53.
 25. Muñoz N, Castellsagué X, Berrington A, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer .*Vaccine* 2006;24:S3/1–S3/10.
 26. Denny-Smith T, Bairan A, Page MC. A survey of female nursing student's knowledge, health beliefs, perceptions of risk, and risk behaviors regarding human papillomavirus and cervical cancer. *J Ame Acad Nurse Pract*. 2006;18(2):62-9.
 27. Fernandes J. Trends in HIV/Aids-related knowledge, attitudes, and practices in a Rio de Janeiro slum population. *Cad. Saúde Pública*. 1998;14(3):575-81.
 28. Braun V, Gavey N. Exploring the possibility of sexual-behavioural primary prevention interventions for cervical cancer. *Aust N Z J Public Health*. 1998;22(3):353-9.
 29. Muñoz N. Nuevas oportunidades para la prevención del cáncer cervical en Latinoamérica. *HPV Today*. 2004;4(1):1-3.
 30. Tristram A. HPV information needs. *Best pract res clin obstet gyn ecol*. 2006;20(2): 267-77.
 31. Ruiz AM, Latorre C, Beltrán J, Ruiz J, Vélez A. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. *Rev. Sogia*. 2005;12(3):83-96.
 32. Giuseppe G, Abbate R, Liguori G, Albano L, Angelillo IF. Human papillomavirus and vaccination: knowledge, attitudes, and behavioural intention in adolescents and young women in Italy. *Br J Cancer*. 2008;99(2):225-9.
-

-
33. Gómez A. Sex/Gender Systems in Different Societies: Analogical and Digital Model. REIS. 2010;130(1):61-96.
 34. Mott L. Antropologia, teoria da sexualidade e direitos humanos dos homossexuais. Rev Bagoas. 2007; (1):61-75.
 35. Gamboa V. History of sexuality. Rev Biomed. 1998;9(1):116-21.
 36. Lamas M. Nuevos valores sexuales. Debate feminista. 1997;8(16):146-9.
 37. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco. 2000;7(18):1-24.
 38. Fernández L. Amor, Sexo y el Fin del Milenio. Rev Cub Psicol. 2001;18(2):162-75.
 39. Toneli MF. Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. Psicol Soc. 2004;16(1):151-60.
 40. Heilborn ML, Salem T, Rohden F, Brandão E, Knauth D, Vítora C. et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. Horizontes Antropológicos. 2002; 8(17):13-45.
 41. Villela WV, Doreto DT. Young people's sexual experience. Cad Saúde Pública. 2006;(22): 2467-72.
 42. Melo MA. Representaciones de la sexualidad en las revistas femeninas juveniles. En: Vigoya M, ed. Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia. Bogotá: Editorial Editores; 2006. Pp. 215-31.
 43. Matos M, Feres-carneiro T, Jablonski B. Adolescence and love relationships: a study of Rio de Janeiro's lower class teenagers. Interação. 2005; 9(1):21-33.
 44. Navarro MC. Unions, motherhood and sexual and reproductive health of afrocolombian women in buenaventura.an anthropological perspective. Rev Colomb Antropol. 2009; 45(1):39-68.
 45. Hernández L. El imaginario de la sexualidad y la representación de género en Puerto Rico, 1950-2000. Revista de Ciencias Sociales. 2008;19:128-49.
 46. Collignon MM. Tejidos sobre la sexualidad juvenil. Sinéctica. 2003;23(1):43-50.
 47. McNair R, Power J. Comparing knowledge and perceived risk related to the human papilloma virus among Australian women of diverse sexual orientations. Aust N Z Public Health. 2009; 33:87-93.
 48. Stark A, Gregoire L, Pilarski R, Zarbo A, Gaba A, Lancaster WD. Human papillomavirus, cervical cancer and women's knowledge. Cancer Detect Prev. 2008;32(1):15-22.Dell DL, Chen H, Ahmad F, Stewart DE. Knowledge About Human Papillomavirus Among Adolescents. Obstet Gynecol. 2000;96(5):653-6.
 50. Waller J, McCaffery K, Forrest S, Szarewski A, Cadman L, Wardle J. Awareness of human papillomavirus among women attending a well woman clinic. Sex Transm Infect. 2003;79(4):320-2.
-

-
51. Cirino FM, Lúcia Nichiata LY, Borges AL. Knowledge, attitude and practice in the prevention of cervical cancer and HPV in adolescents. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(1):126-34.
 52. Mcpartland T, weaver B, Lee S, Koutsky L. Men's Perceptions and Knowledge of Human Papillomavirus (HPV) Infection and Cervical Cancer. *J Am Coll Health.* 2005;53(5):225-30.
 53. Moreira ED, Oliveira BG, Ferraz FM, Costa S, Costa Filho JO, Karic G. Knowledge and attitudes about human papillomavirus, Pap smears, and cervical cancer among young women in Brazil: implications for health education and prevention. *Int J Gynecol Cancer.* 2006;16(2):599-603.
 54. Pelucchi C, Esposito S, Galeone C, Semino M, Sabatini C, Picciolli I, et al. Knowledge of human papillomavirus infection and its prevention among adolescents and parents in the greater Milan area, Northern Italy. *BMC Public Health.* 2010;10(378):1-12.
 55. Einstein MH, Baron M, Levin MJ, Chatterjee A, Fox B, Scholar S, et al. Comparative immunogenicity and safety of human papillomavirus (HPV)-16/18 vaccine and HPV-6/11/16/18 vaccine. Follow-up from months 12–24 in a Phase III. Randomized study of healthy women aged 18–45 years. *Hum Vaccine* 2011;7(12):1343-58.
 56. Giacomozzi AI. Variáveis culturais e psicossociais associadas à vulnerabilidade étnica ao HIV/AIDS: estudo comparativo Entre Brasil e França. Tese de Doutorado, Curso de Pós-graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC; 2008.
 57. Vala J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: Vala J. Monteiro B, Eds. *Psicologia social.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2000. p.457-502.
 58. Arruda A. Social representation theories and gender theory. *Cad. Pesqui.* 2002;(117):127-47.
 59. Ayres JRCM, Paiva V, Franca I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health.* 2006;96(6):1001-6.
 60. Ayres JRCM. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/ Programa de DST/AIDS. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Bol Epidemiol.* 1997;15(3):2-4.
-

4.2 Construção e Validação do Questionário

Artigo 2

Sepulveda-Carrillo G, Meneses-Baez A, Goldenberg P. Content Validity: Questionnaire Vulnerability to Human Papillomavirus. *Enfermeria Global*. 2014;13(3):211-25.

Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.13.3.182341>



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

Content Validity: The Human Papillomavirus Vulnerability Questionnaire

Validez de Contenido: Cuestionario de Vulnerabilidad al Papillomavirus Humano

*Sepúlveda Carrillo, Gloria Judith **Meneses Báez, Alba Lucia

***Goldenberg, Paulete

* Nurse. Assistant Professor School of Nursing, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá - Colombia.

E-mail: gloseca@hotmail.com **Psychologist. Titular Professor School of Psychology Universidad El

Bosque, Bogotá- Colombia *** Sociologist. Doctor of Public Health. Professor, Preventive Medicine Department - Federal University of São Paulo / School of Medicine. Universidad Federal de São Paulo, Brazil.

Keywords: Human papillomavirus; Vulnerability; Adolescent; Young Adult; Validity of Tests

Palabras clave: Papillomavirus Humano; Vulnerabilidad; Adolescente; Adulto Joven; Validez de las Pruebas.

ABSTRACT

Background: Accurate diagnosis about knowledge, behavior and risk perception relative to the HPV virus is a cornerstone to design effective interventions related to the promotion, prevention and reduction of the individual vulnerability to HPV among adolescents and young adults.

Objective: Obtain evidence related with content validity of a questionnaire that measures knowledge and willingness to act preventively against HPV in adolescents and young adults.

Method: 16 experts evaluated the questionnaire conceptual structure as well as the degree of agreement on items clarity and wording. Additionally, 42 college students underwent a cognitive interview in order to adjust instructions, vocabulary, and wording of items.

Results: The experts' agreement index estimated for wording and clarity of the questionnaire items was 0.88 and for the four dimensions was between 0.81 to 0.96. The estimated experts' agreement index for wording and clarity of the questionnaire items was 0.88 and for the four dimensions range from 0.81 to 0.96. The questionnaire conceptual structure was determined by applying the concept mapping methodology, using an alternating least-squares algorithm (ALSCAL) to perform non-metrical multidimensional scaling (MDS) technique with a two-dimension solution (Stress = 12%), and a

hierarchical cluster analysis (HCA) using Ward's method; also it estimated a bridging statistic for each item in relationship to its cluster. The obtain data suggest that the questionnaire measures four dimensions: socio-demographic profile, sexual behavior, knowledge of transmission and prevention knowledge.

Conclusions: The findings for content validity support that the questionnaire measures knowledge and willingness to act preventively against HPV in adolescents and young adults from the vulnerability perspective.

RESUMEN

Antecedentes: Es necesario realizar diagnósticos sobre conocimientos, comportamientos y percepción del riesgo a la infección del virus de Papiloma Humano (VPH), como base para desarrollar intervenciones efectivas que reduzcan la vulnerabilidad al VPH entre adolescentes y adultos jóvenes.

Objetivo: Establecer indicadores de validez de contenido de un cuestionario que mide conocimientos y disposición para actuar preventivamente frente al VPH en adolescentes y adultos jóvenes.

Metodología: El cuestionario fue evaluado por 16 expertos con el fin de determinar su estructura conceptual y el nivel de concordancia sobre la claridad y la redacción de los ítems. Este también se aplicó a 42 universitarios a quienes se les realizó entrevista cognitiva con el fin de ajustar léxico, instrucciones y forma de redacción de los ítems.

Resultados: Se estimó el índice de concordancia entre expertos en cuanto a redacción y claridad de los ítems cuestionario (0.88) y para las cuatro dimensiones (0.81 – 0.96). La estructura conceptual del cuestionario se determinó mediante la aplicación de la metodología de concept mapping, para ello se realizó un Análisis de Escalamiento Multidimensional no métrico de ALSCAL (*Alternating Least Squared Scaling*) con una solución para dos dimensiones (Stress = 12%) y un análisis jerárquico de conglomerados utilizando el método de Ward; además se estimó el estadístico de bridging para cada ítem con respecto al conglomerado. Estos datos sugieren que el cuestionario mide cuatro dimensiones: perfil sociodemográfico, comportamiento sexual, conocimiento de transmisión y conocimiento de prevención.

Conclusiones: El cuestionario presenta indicadores adecuados de validez de contenido para medir conocimientos y prácticas preventivas asociadas al (VPH) desde la perspectiva de la vulnerabilidad en adolescentes y adultos jóvenes.

INTRODUCTION

The human papillomavirus (HPV) is the most prevalent sexually transmitted disease (STD) in the sexually active population. The HPV is considered an important public health issue for its causal relationship with the cervical cancer⁽¹⁻³⁾. Unlike others STDs, the HPV can be transmitted by genitals direct skin contact and during the anal and oral intercourse^(1,2,4,5,9). There are factors related to the sexual behavior which are directly associated with the infection such as: early onset of sexual intercourse, and the background risk of the sexual partner(s).

The most effective way to prevent the infection requires the absolute sexual abstinence but it is considered impractical. However, it is possible to reduce the likelihood of becoming infected with a monogamy relationship, circumcision, and the use of condom that only provides some degree of protection; and the use of vaccines that provide immunity to certain types of HPV⁽¹⁰⁾.

Scientific evidence indicates that most adolescents and young adults have information about HPV infection and its consequences; however, the majority do not know about ways of transmission, prevention methods and its consequences; in particular, the relationship between the virus and the development of several cancer types. Therefore, this age group has a low risk perception of acquiring HPV virus^(1,11-14).

In general, it has been found a good level of knowledge about other STDs among this population^(6,15); however, there is much misinformation about HPV despite its serious consequences^(11, 12). It is possible that HIV education has eclipsed the teachings over other STDs, including HPV^(6, 9,15,16).

Studies carried out with sexually active college students have shown that most of them have a low knowledge about HPV and its sexual risk behavior^(12, 14, 17-22). A low knowledge combined with low risk perception about HPV infection increases the likelihood of infection⁽¹⁹⁾. Therefore, the first step to change the risk behavior is to get people to recognize the existence of HPV infection, in order to increase their risk perception of infection acquisition^(13,14,23); the second step is for people to use health services for diagnosis, treatment and monitoring of the damages caused by HPV evolution^(12-14,17-27).

The population of adolescents and young adults require educational interventions that strengthen HPV knowledge through effective, accurate and truthful information based on their local community behavioral characteristics. The acknowledgment of specific conditions about HPV dissemination among this population is a key requirement in order to restrain the spread of this infection. Therefore, it is important to consider the behavioral dimension along with biological risk perception in order to point out the mediation between the ways of thinking and acting. The prevention models should take into account the concept of vulnerability for the development, implementation and evaluation of interventions that face HPV because it includes the dynamics of individual, social and programmatic dispositions.

The concept of vulnerability was developed by Mann, Tarantola & Netter, in the field of HIV prevention and has to do with the factors that need to be considered to avoid the exposition of individuals to the risk of infection transmission⁽²⁷⁾. Ayres & al. conceptualize vulnerability as "different susceptibility degrees and characteristics of individuals and communities to acquire the infection or be ill, that depend on social, programmatic and individual aspects as a whole, that come along with the problem and the resources to cope with it"^(28,29).

The assessment of individual variables is fundamental to address vulnerability for HPV infection given that personal vulnerability for the infection increases by the lack of precise, relevant and exhaustive information, the lack of skills to make adequate decisions, the difficulty to access to health services and supplies, and the grade of confidence to support or introduce behavioral changes⁽²⁷⁾.

Social vulnerability refers to the grade of protection that society owns related with the infection, it focuses on the economic, political and cultural aspects, along with other issues such as the social and gender relations, in particular⁽³⁰⁾.

The variables cited before, affect the programmatic vulnerability as well. This vulnerability evaluates the advantages and limitations of the prevention and control programs, as well as the assistance to the health programs, regardless if they come

from governmental, non-governmental or private field, and constitutes a set of actions closely related to the social and individual scope ⁽³⁰⁾. In this sense, the vulnerability is a relative dimension, that is, everybody is vulnerable, but each person has his/her own level and type of vulnerability according to his/her socio-economic, cultural, political, and religious and gender circumstances that go beyond the exclusively individual responsibility ⁽³¹⁾.

It is evident the need to promote health interventions that will improve HPV knowledge in order to encourage behavioral changes in the communities. In this sense, the cited premises must address the diagnosis about knowledge, behavior and risk perception relative to the HPV virus in adolescents and young adults; as a starting point to design effective interventions related to the promotion, prevention and reduction of the individual vulnerability to HPV infection at local, regional and national communities.

In the literature reviewed for this work, there is no evidence about the use of questionnaires for measuring knowledge and behavior in order to design and carry out prevention programs to HPV infection in adolescents and young adults from the vulnerability perspective. This findings point out the need of an assessment tool that measures individual and social vulnerability, as well as actions of a programmatic plan. The individual vulnerability has to do with those behaviors that increase the likelihood of getting the HPV infection or be sick at VPH transmission contexts, along with the risk perception of developing the infection; the social vulnerability refers to the ability of the individual to access to health services, to obtain information, and make effective use of them; and the programmatic level is the strength of health actions in individuals for the prevention and control to infection ⁽²⁹⁾.

In relation to the findings, the authors designed a questionnaire that measures the following aspects: a *demographic profile* (work, educational settings, family and type of health insurance); *issues related to sexual behaviors* (those can interfere with the vulnerability to infection of the virus); *knowledge related to HIV transmission*; and *knowledge about HIV prevention* (access to health services and perceived vulnerability to infection).

In consequence, it is necessary to obtain evidence that supports is the items of the questionnaire are properly written and relevant for measuring knowledge and willingness to act preventively against HPV in college students who are building their sexual experiences in the context of Bogotá - Colombia. So, the purpose of this study is to get evidence for the content validity of the questionnaire that measures knowledge and willingness to act preventively against HPV in adolescents and young adults.

METHOD

The authors designed a questionnaire that measures knowledge and willingness to act preventively against HPV in adolescents and young adults base on a review of literature. For the design of this questionnaire, the authors followed Lynn's methodology ⁽³²⁾: definition of the construct to be measured and its dimensions, the development of the questionnaire items and the content validity indicators through expert assessment. In addition, a cognitive interview with potential users of the questionnaire was carried out to adjust vocabulary, instructions and items ⁽³³⁾.

The content validation procedure of the questionnaire involved three stages: in the first stage, the questionnaire was evaluated by three thematic experts and two psychometrics experts, in order to assess relevance, clarity, accuracy and sufficiency of the items. They also examined if any item needed to be modified or if it was necessary to remove one or more items.

In the second stage, a new version of the questionnaire was designed taking in consideration the experts suggestions. This instrument had 47 items and four dimensions. 42 college students answered this questionnaire after they signed an informed consent to participate in this study.

A cognitive interview was carried out with the students in order to optimize the items structure in terms of clarity and comprehension. The authors also evaluate social desirability and based on the results, decided which items needed to be modified or had to be eliminated. In order to do that, students were given the instruction to identify grammar errors as well as difficulties regarding items comprehension; they asked for suggest different ways to improve item's wording; identify the items that were uncomfortable to answer and make suggestions to improve them; identify specific word that couldn't be understood; identify items that could and could not be answered honestly from the start; and make suggestions to make improve items wording so that participants can answer them in an honest way. Once the participants had completed the questionnaire, one of the researchers reviewed all the aspects mentioned before regarding the structure of items.

Based on the previous results, the authors developed the third version of the questionnaire which had 36 items, 14 open ended questions and 22 closed-ended questions. The items were organized into four dimensions: socio-demographic profile, sexual behavior, knowledge of HPV transmission and knowledge of HPV prevention.

In the third stage, 16 experts evaluated the questionnaire; five of them had participated in the first stage of this study. Two forms were assigned to each expert, the first one evaluated items appropriateness, regarding the four dimensions and each expert was asked to classify items in one of the four dimensions of the questionnaire ⁽³⁴⁾, considering the following rules: each item can only measure one dimension; if necessary, new dimensions could be suggested; there is no limit of dimensions; the total number of dimensions cannot exceed the number of items; all items must belong to a dimension.

The second form had criteria to evaluate clarity and wording of items, so each expert was asked to rate each item in a numeric scale ranging from 1 to 5 as follows: 1= the item cannot be understood, has semantic, syntactic and grammar errors; 2= most words in the item have to be modified according to their meaning; 3= some words in the item have to be modified according to their meaning; 4= there is need for some modifications in specific words of the item; 5= the item is understandable, its semantics, syntax and grammar are adequate.

Data gathered from experts were analyzed in order to find out if item's wording was appropriate. Data analysis was carried out through the statistical package SPSS 19.0 version and EXCEL.

Content validity indicators involved the content agreement index proposed by Lynn ⁽³²⁾ to determine the agreement level among experts regarding clarity and wording of items.

On other hand, the concept mapping methodology proposed by Trochim ⁽³⁵⁾ and adapted by Carpenter ⁽³⁴⁾ and Bedi ⁽³⁶⁾, was used to evaluate the conceptual structure of the questionnaire, and for the data analysis was used SPSS 19 version. This methodology represents data through the shaping of points in a Cartesian coordinated system when there is information about similarities among items. In order to apply this methodology, first a data analysis was conducted using an alternating least-squares algorithm (ALSCAL) to perform non-metrical multidimensional scaling (MDS) technique with a two-dimension solution, following the procedure described by Carpenter ⁽³⁴⁾.

For the MDS, the stress index was estimated. This index is used to determine the number of dimensions that better represent data, so values closer to zero indicate better fit, that is, when there is little discrepancy between the similarity matrix and the distances in the map resulting from the MDS. The stress index was estimated with different solutions (six) and the graph showing the stress values versus the number of dimensions analyzed. According to Trochim ⁽³⁵⁾ when complex phenomena are addressed, stress values below 25% for two dimensions are considered acceptable. This index is used to determine how well the number of resulting dimensions (two in this case) represent data (Stress < .10 is considered ideal; values that range between >.10 and <.25 are considered adequate for studies like this).

Data obtained from X and y Cartesian coordinates, resulting from the non-metric MDS analysis were used to run the hierarchical cluster analysis (HCA) using the Ward algorithm ⁽³⁵⁾. The results of HCA were used to select the ideal number of clusters (conceptual group) taking into account the semantic analysis of each one ⁽³⁷⁾ and the estimated value of the bridging index for item and cluster ^(36, 37).

The bridging index is a mathematical index that is estimated for each item that configures a specific conceptual group, it has a range between zero and one and it points out how many times an item was classified with other items that were near in the map resulting from the non-metric MDS ^(36, 37). Bridging index values for a particular item (i) closer to zero show that the item is related to items in the corresponding cluster and values near >.70 show that the item has a weak relation with items in the conceptual group. Thus, it is assumed that items with bridging values closer to zero are conceptual related to the dimension that structures the cluster where the items were assigned to ^(37, 38).

Additionally, It was estimated the average bridging index per cluster using the method proposed by Bedi ⁽³⁶⁾, values close to zero indicate that experts had a greater level of conceptual homogeneity respect to the items of a given cluster; by contrast, a high value of this index indicates that experts had different meanings for items of a particular cluster ⁽³⁷⁾, for example, a cluster with low conceptual homogeneity would have an average bridging index greater than 0.7.

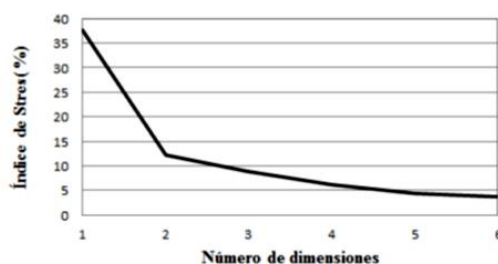
RESULTS

Firstly, the results obtained for the 16 experts regarding the conceptual structure of the questionnaire using the concept mapping methodology are presented. Secondly, the concordance level related to the clarity and wording of the questionnaire.

Evidence of the conceptual structure of HPV vulnerability questionnaire.

To determine the frequency the items were grouped in the same conceptual dimension by experts, non-metric MSA ALSCAL was performed with different number of solutions (six) and the graphic that showed the values of stress versus the number of dimensions with a solution of two dimensions was analyzed. The value of stress obtained was 12% (<25% adequate) for a two dimensional solution (see figure 1)

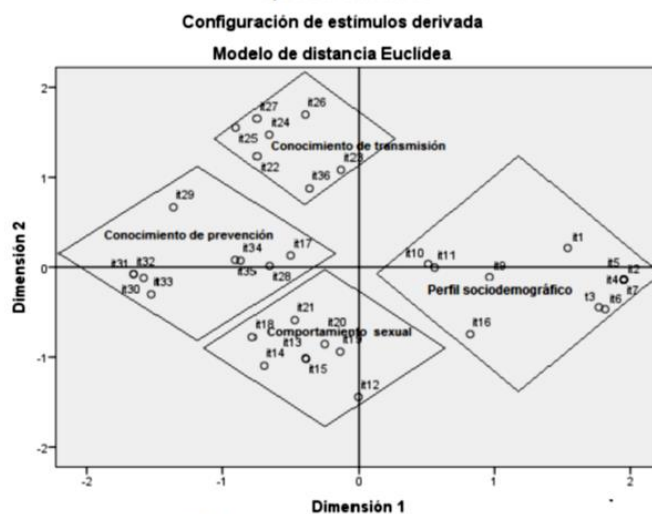
Figure 1. STRESS values to the MSA solutions with different dimensions.



Source: self-elaboration

The data of the coordinate obtained in the MSA of ALSCAL, were entered for the hierarchical cluster analysis using Ward's algorithm, these results were used to select the number of conceptual groups that best represented the data (see figure 2)

Figure 2. Clusters of the content validity study of the vulnerability to HPV questionnaire.



Source: Self-elaboration

Finally, it was calculated the Bridging index for each item per cluster and it was estimated the Bridging index average per cluster (see table 1).

Table1. Concordance rate between experts per item for the vulnerability to HPV questionnaire (N=16).

Item		Bridging index average	Bridging index
Cluster: socio-demographic profile		0,38	
1	Sex		0,44
2	Age		0,00
3	Marital status		0,21
4	Place where the person has lived most of his/her life		0,00
5	Permanence time in bogota		0,00
6	Who does the person live with?		0,21
7	Where do the economic incomes come from?		0,00
8	Write the name of your health insurance.		0,00
9	How many cigarettes do you smoke per day?		0,71
10	How often do you consume alcohol?		1,00
11	How often do you consume psychoactive drugs?		0,97
16	Do you have any children?		0,99
Cluster: Sexual behavior		0,49	
12	Have you ever had sex?		0,7
13	If you have already had sex, how many sex partners have you had?		0,27
14	In case you have had sex, are you used to using any way of protection? <i>Specify (why you use protection)</i>		0,5
15	If you have had sex, mark with an X. What is the protection method you have used?		0,55
18	If you have already had sex, which of the following options explain the reason why you had it.		0,53
19	Have you ever had sex under the effect of alcohol?		0,44
20	Have you ever had sex under the effect of drugs?		0,45
21	If you have had sex under the effect of alcohol or drugs, which type of protection have you used?		0,55
Cluster: Knowledge about transmission		0,56	
22	Mark with an X the Sexually Transmission Diseases you have information about and specify the seriousness of each one of them.		0,48
23	Mark with an X the source(s) you have received information about the Human Papillomavirus.		0,85
24	Describe how a person can contract the Human Papillomavirus.		0,36
25	Describe the ways of transmission of the Human Papillomavirus.		0,4
26	The Human Papillomavirus is developed in:		0,49
27	Describe the consequences of contracting the virus:		0,4
36	Do you consider yourself vulnerable to the infection?		0,94
Cluster: Knowledge of prevention		0,59	
17	Mark with an X the type of protection that the following methods offer:		0,8
28	Describe the ways of prevention to avoid the infection by the Human Papillomavirus.		0,64

Item		Bridging index average	Bridging index
29	Do you consider yourself in risk to contract the Human Papillomavirus?		0,82
30	Describe the factors that you consider that protect yourself from the acquisition of the Human Papillomavirus.		0,48
31	Is there any vaccine used to prevent the Human Papillomavirus?		0,45
32	In case there was any vaccine to prevent the Human Papillomavirus, do you consider that the undergraduate students should make use of it?		0,45
33	Have you taken any diagnostic test to detect the Human Papillomavirus?		0,52
34	Have you received any sexual orientation in your health service?		0,54
35	Describe the way you would like to receive information related to the Human Papillomavirus and other Sexually Transmitted Diseases.		0,54

Source: Self-elaboration.

According to the observed data in table 1, the average values of the Bridging index per cluster obtained for this study, indicate that experts have conceptual homogeneity per cluster in general (38-59), data suggest that the test has an adequate conceptual structure in terms of the dimensions that comprise (demographic profile, sexual behavior, knowledge of transmission and prevention knowledge) (see Figure 2). However, the values obtained for the Bridging index per item (> 0.7) suggest from the perspective of experts that some reagents may not belong conceptually to the dimensions of the test as in the case of items 9, 10, 11 and 16 (demographic profile); 23 and 36 (sexual behavior); and 17 and 29 (knowledge of prevention).

Evidence of clarity and wording of the items of the vulnerability to HPV questionnaire

The results of the concordance rate regarding the wording and clarity of the items between experts (see table 2) were adequate for the questionnaire in general (0.88) and for each one of the dimensions (from 0.81 to 0.96). According to Lynn ⁽³²⁾, a rate of 0.80 or more indicates agreement between the judges as for dimension of the questionnaire ($p < 0,05$).

Table 2. Concordance rate between experts for clarity and wording of the sub scales in the vulnerability to HPV questionnaire. (N=16).

Sub scales	Concordance rate average	Items
Sociodemographic profile	0,96	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16
Sexual behaviour	0,81	12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21
Transmission knowledge	0,86	22, 23, 24, 25, 26, 27, 36
Prevention knowledge	0,88	17, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35

Source: Self-elaboration

Thirty-one items showed an adequate concordance rate $\geq 0,80$. The items 14, 17, 18, 20 and 21 presented a concordance rate $< 0,80$, so they require modifications to improve its wording and clarity (see table 3). The judges did not make any comment in relation to the design and the form of register of the answers.

Table3. Concordance rate between the experts per item for the Vulnerability to HPV questionnaire (N=16).

	Item	Concordance rate
1	Sex	1
2	Age	1
3	Marital Status	0,94
4	Place where the person has lived most of his/her life.	1
5	Permanence time in Bogotá	1
6	Who does the person live with?	1
7	Where do the economic incomes come from?	0,94
8	Write the name of your health insurance	1
9	How many cigarettes do you smoke per day?	1
10	How often do you consume alcohol?	0,88
11	How often do you consume psychoactive drugs?	0,81
12	Have you ever had sex?	1
13	If you have had sex, how many sex partners have you had?	1
14	In case you have had sex, are you used to using any way of protection? <i>Specify (why you use protection).</i>	0,75
15	If you have had sex, mark with an X. What is the protection method you have used?	0,88
16	Do you have any children?	0,94
17	Mark with an X the type of protection that the following methods offer.	0,69
18	If you have already had sex, which of the following options explain the reason why you had it.	0,63
19	Have you ever had sex under the effect of alcohol?	0,88
20	Have you ever had sex under the effect of drugs?	0,69
21	If you have had sex under the effect of alcohol or drugs, which type of protection have you used?	0,63
22	Mark with an X the Sexually Transmitted Diseases you have information about and specify the importance of each one of them.	0,81
23	Mark with an X the source(s) you have received information about the Human Papillomavirus	0,88
24	Describe how the Human Papillomavirus can be contracted.	0,81
25	Describe the ways of transmission of the Human Papillomavirus.	0,88
26	The Human Papillomavirus is developed in:	0,94
27	Describe the consequences of contracting the Human Papillomavirus	0,81
28	Describe the ways of prevention to avoid the infection by the Human Papillomavirus.	0,94
29	Do you consider yourself at risk to contract the Human	0,94

	Item	Concordance rate
	Papillomavirus?	
30	Describe the factors that you consider that protect yourself from the acquisition of the Human Papillomavirus.	1
31	Is there any vaccine used to prevent the Human Papillomavirus?	0,88
32	In case there was any vaccine to prevent the Human Papillomavirus, do you think that the undergraduate students should make use of it?	0,88
33	Have you taken any diagnostic test to detect the Human Papillomavirus?	0,88
34	Have you received sex orientation from your health service?	0,81
35	Describe the way you would like to receive information related to the Human Papillomavirus and other Sexually Transmitted Diseases.	0,94
36	Do you consider yourself susceptible to the Human Papillomavirus?	0,88

Source: data from the studio.

Note: index >0.8 identify agreement among the judges by sub scale of the questionnaire with $p<.05$ (Lynn (33)).

DISCUSSION

This study explored the conceptual structure of the questionnaire on knowledge and willingness to act preventively against Human Papillomavirus (HPV), in adolescents and young adults, using Concept Mapping methodology. ⁽³⁴⁻³⁶⁾

The evidence in this regard through the multidimensional scaling analysis, the hierarchical cluster analysis and the statistical Bridging suggests that the instrument presents four dimensions: socio-demographic profile, sexual behavior, knowledge of transmission and knowledge of prevention ^(34, 36).

Moreover, evidence obtained by Lynn's concordance rate ⁽³²⁾, regarding wording and clarity of the items from the experts' perspective suggests that the majority of the items do not present problems of wording; however, the items 14, 17, 18, 20 and 21 require some modifications in certain words, so these items will be revised in the construction of the new version of the questionnaire.

Besides, according to the estimated of the statistical Bridging (>7) it is not clearly determined the relevance of the dimension of the items 9, 10, 11 and 16, 17, 23, 29 and 36 which are presented in the current questionnaire. Consequently, the location of these items will be also reviewed to the new version of the questionnaire ⁽³⁶⁾.

Evidence obtained with respect to the content validity of the questionnaire suggests that its structure is relevant for measuring vulnerability factors regarding HPV in undergraduate students ^(27, 30), although the suggested agreements must be done prior to using the questionnaire in the study field.

CONCLUSION

The social and the epidemiological relevance of having an instrument as the one designed in this study is undeniable to make diagnosis related to knowledge and risk perception around HPV infection between adolescents and young adults, as a baseline for conducting later interventions able to report the coordination between the individual, social and programmatic scope that optics vulnerability requires.

REFERENCES

1. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecologic Oncology*. 2008;110:S4-7.
2. Bosch FX, Burchell AN, Schiffman M, Giuliano AR, de Sanjose S, Bruni L, et al. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. *Vaccine*. 2008;26 (Supl 10):K1-16.
3. León G, Bosques D. Infección por el virus del papiloma humano y factores Relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Revista Cubana de Obstet y Ginecología*. 2005;31(1):0-0.
4. Hidalgo MI, Catellano G. Virus del papiloma humano y adolescencia. *Bol. Pediatr*. 2007;47:213-218.
5. López A, Lizano M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina. *Cancerologia*. 2006;1:31-55.
6. Burk RD, Chen Z, Van Doorslaer K. Human Papillomaviruses: Genetic Basis of Carcinogenicity. *Public Health Genomics*. 2009;12:281-290.
7. Unger E, Duarte-Franco E. Human papillomaviruses. Into the new millennium. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2001;28(4):653-66.
8. Oviedo G, Arpaia AL, Ratia E, Seco N, Rodríguez I, Ramírez Z. Factores de riesgo en mujeres con infección del virus papiloma humano. *Rev chil obstet. Ginecol*. 2004; 69(5):343-346.
9. Da Rosa MI, Medeiros LR, Rosa DD, Bozzeti MC, Rosa F, Rosa B. Human papillomavirus and cervical neoplasia. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(5):953-964.
10. Munoz N, Reina JC, Sanchez GI. The human papillomavirus vaccine: A powerful tool for the primary prevention of cervical cancer. *Colombia Médica*. 2008;39(2):196-204.
11. Lambert EC. College students' knowledge of human papillomavirus and effectiveness of a brief educational intervention. *J Am Board Fam Med*. 2001; 14(3):178-183.
12. McNair R, Power J. Comparing knowledge and perceived risk related to the human papilloma virus among Australian women of diverse sexual orientations. *Aust N Z Public Health*. 2009;33:87-93.
13. Tristram A. HPV information needs. *Best practice & research clinical obstetrics and gynecology*. 2006;20(2):267-277.
14. Stark A, Gregoire L, Pilarski R, Zarbo A, Gaba A, Lancaster WD. Human papillomavirus, cervical cancer and women's knowledge. *Cancer Detect Prev*. 2008; 32(1):15-22.
15. Economist Intelligence Unit. Breakaway: The global burden of cancer—challenges and opportunities. The Economist, London: Livestrong; (2009).
16. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers JM, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*. 2002;359(9312):1085-1092.

17. Sandfort JS, Pleasant A. Knowledge, attitudes, and informational behaviors of college students in regard to the human papillomavirus. *Journal of American College Health*. 2009;58(2):141-149.
18. Giuseppe G, Abbate R, Liguori G, Albano L, Angelillo IF. Human papillomavirus and vaccination: knowledge, attitudes, and behavioural intention in adolescents and young women in Italy. *British Journal of Cancer*. 2008;99:225-229. *Br J Cancer*. 2008;99(2):225-229.
19. Denny-Smith T, Bairan A, Page MC. A survey of female nursing students' knowledge, health beliefs, perceptions of risk, and risk behaviors regarding human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2006;18(2):62-69.
20. Dell DL, Chen H, Ahmad F, Stewart DE. Knowledge About Human Papillomavirus Among Adolescents. *Obstet Gynecol*. 2000;96(5):653-656.
21. Waller J, McCaffery K, Forrest S, Szarewski A, Cadman L, Wardle J. Awareness of human papillomavirus among women attending a well woman clinic. *Sex Transm Infect*. 2003;79(4):320-322.
22. Simas F, Yasuko L, Vilela A. Conhecimento, Atitude e Práticas na Prevenção do Câncer de Colo Uterino e HPV em Adolescentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(1):126-34.
23. Pelucchi C, Esposito S, Galeone C, Semino M, Sabatini C, Picciolli I, et al. Knowledge of human papillomavirus infection and its prevention among adolescents and parents in the greater Milan area, Northern Italy. *BMC Public Health*. 2010;10(378):1-12.
24. Mcpartland T, weaver B, Lee S, Koutsky L. Men's Perceptions and Knowledge of Human Papillomavirus (HPV) Infection and Cervical Cancer. *Journal of American College Health*. 2005;53(5):225-230.
25. Moreira ED, Oliveira BG, Ferraz FM, Costa S, Costa Filho JO, Karic G. Knowledge and attitudes about human papillomavirus, Pap smears, and cervical cancer among young women in Brazil: implications for health education and prevention. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16(2):599-603.
26. Moscicki AB. Impact of HPV infection in adolescent populations. *Journal of Adolescent Health*. 2005;37(Supl 6):S3-S9.
27. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, organizadores. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA, IMS, UERJ; 1993.
28. Ayres JR, França J, Calazans GJ, Saletti F. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa MR, Parker R, editors. *Sexualidade pelo avesso: Direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo Ed. 34; 1999. Pp. 49-72.
29. Ayres JRCM, França J, Calazans G, Saletti F, Heraldo C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
30. Ayres JRCM, Paiva V, Franca I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health*. 2006;96(6):1001-6.
31. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Universidad Nacional de Colombia. *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*, 2008. Bogotá (Colombia)
32. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986;35:382-385.

33. Haynes SN, Richard DC, Kubany ES. Content Validity in Psychological Assessment: A Functional Approach to Concepts and Method. *Psychological Assessment*. 1995; 7(3):238-24.
34. Carpenter BD, Van Haitsma K, Ruckdeschel K, Lawton MP. The psychosocial preferences of older adults: A pilot examination of content and structure. *The Gerontologist*. 2000;40(3):335-348.
35. Trochim W. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*. 1989;12(1):1-16.
36. Bedi RP. Concept Mapping the Client's Perspective on Counseling Alliance Formation. *Journal of Counseling Psychology*. 2006;53(1):26-35.
37. Kane M, Trochim W. *Concept Mapping for planning and evaluation*. Thousand Oaks, California: Sage;2007.



ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia

4.3 Inquérito junto aos Universitários

4.3.1 Introdução

HPV como problema de saúde pública

O vírus do papiloma humano (HPV) sendo sexualmente transmissível, tanto homens como mulheres participam da cadeia epidemiológica da infecção como portadores assintomáticos, transmissores, e também vítimas da infecção⁽¹⁾. O HPV pode ser transmitido por contato direto pele-pele dos genitais, no sexo anal e ocasionalmente nos casos de sexo oral podendo resultar em infecções e neoplasias^(32,33). Têm sido identificados mais de 100 tipos diferentes de HPV, como também tem sido evidenciada que a infecção com alguns tipos pode levar à presença de lesões benignas e malignas nas áreas anal, genital, oral, orofaríngea, laríngea e do esôfago em homens e mulheres^(1-3,33-36).

A infecção pelo HPV é provavelmente a doença sexualmente transmissível (DST) mais comum no mundo; pelo menos 60% das mulheres menores de 35 anos que têm vida sexual ativa apresentam infecção genital por HPV⁽³⁷⁾. A taxa estimada de novos casos de HPV a cada ano ultrapassa o de outras doenças sexualmente transmissíveis de notificação como a *clamídia*, sobre a qual mais de um milhão de casos foram reportados em 2005^(6,38). Aproximadamente 30 milhões de novos casos de HPV genital são diagnosticados a cada ano no mundo e considera-se que a maioria das mulheres foram infectadas em algum momento da vida, sendo a fase da adolescência a que apresenta maior incidência desta infecção⁽³⁹⁾. A prevalência do HPV varia com a idade, sendo maior nos pacientes com menos de 25 anos, onde atinge até 60%; entre mulheres acima de 34 anos a prevalência é de 25% aproximadamente⁽⁴⁰⁾. Mais de 6,2 milhões de novos casos são diagnosticados a cada ano entre os homens e mulheres com idade entre 15-44^(6,33,38,39,41). Estudos têm evidenciado um risco potencial de infecção de 70% ou mais entre os estudantes universitários⁽³⁸⁾.

Há fatores que predispõem à aquisição do HPV como as características da conduta sexual, onde se incluem a multiplicidade de parceiros sexuais. Algumas características do comportamento sexual como, por exemplo, a idade de iniciação sexual, é de grande interesse para a saúde pública, dado que o início precoce é um preditor de gravidez não planejada e do contágio de infecções^(1,42).

Padrões de comportamento sexual indicam que a iniciação sexual ocorre mais frequentemente na adolescência. Mais de 50% das DST ocorrem na população adolescente e as taxas de HPV são ainda maiores. Considerando os múltiplos episódios de infecção no período, a prevalência acumulada neste segmento alcança até 82%⁽²⁾.

Os comportamentos sexuais de risco, como ter múltiplos parceiros sexuais e ser clientes de trabalhadoras sexuais configuram condições relevantes para a presença de DST, podendo implicar um aumento do risco de contágio em 34 a 36 vezes⁽⁴³⁾. Estudos assinalam a importância dos antecedentes sexuais do parceiro no risco das mulheres em contraírem câncer cervical, apontando o papel dos homens como vetores dos HPV oncogênicos. Em populações onde o número de parceiros entre os homens é elevado a prostituição é habitual – nestas condições o risco das mulheres de contrair o câncer cervical depende mais do comportamento sexual do parceiro do que delas mesmas⁽⁴⁴⁾.

Também predispõem a aquisição do HPV os fatores relacionados com a reprodução como a paridade, a idade do primeiro parto e os antecedentes higiênicos do parto vaginal⁽⁴⁵⁾; a idade da menarca; o tabagismo; a imunossupressão; os anticoncepcionais hormonais; a condição socioeconômica e cultural; o baixo nível de escolaridade; as práticas precárias de higiene associada a forma como a mulher percebe sua feminilidade^(46,47); os hábitos alimentares que se associam a imunossupressão; e, ainda, a infecção com outros agentes de transmissão sexual como a *clamídia trachomatis* e o vírus do herpes simples e tipo dois^(1,32,38,39,43,45-49).

Uma das características mais marcantes da conduta sexual é a grande heterogeneidade intra e interpaíses. Esta variação também transparece nas taxas de prevalência de DST associadas provavelmente às diferenças sociais,

culturais, religiosas e econômicas. Esta heterogeneidade, em grande medida, pode afetar as estruturas da rede sexual sendo um risco potencial para a transmissão de DST⁽²⁾.

A experiência científica acumulada no âmbito da virologia, dos estudos moleculares, clínicos e epidemiológicos, têm demonstrado, de forma inequívoca, que o câncer cervical é uma consequência da infecção por certos genótipos do HPV^(1,2,50). Em 2009 se apresentaram 577.965 novos casos de câncer cervical, o que representa 4.5% do total de novos casos de câncer diagnosticados; estima-se que, serão diagnosticados 713.346 novos casos (4.2%) em 2020. Nas Américas foram registrados 96,693 novos casos em 2009 e para o ano 2020 espera-se 124.492 casos de câncer de colo de útero⁽⁴⁾.

O câncer cervical se apresenta aproximadamente em 12% das mulheres dos países de baixo nível econômico e é a segunda neoplasia mais frequente nas mulheres em todo o mundo^(3,4). Os avanços na compreensão da patogenia molecular continuam impactando a projeção, o diagnóstico, tratamento e prevenção associados ao HPV. Estudos têm demonstrado uma forte associação entre a infecção persistente por tipos oncogênicos específicos e as lesões cervicais pré-cancerosas e cancerosas. O HPV-16 destaca-se como o fenótipo patógeno mais pleiotrópico (Ej. HPV-16 causa câncer cervical e orofaríngeo). Aproximadamente 60 tipos de HPV têm sido identificados no trato genital, o HPV-16 é o tipo mais frequentemente implicado no desenvolvimento de carcinoma de células escamosas do colo do útero (em 50% dos cânceres está presente). Sob controle a infecção pode regredir, mas diante da continuidade da exposição, a doença evolui potencializando o desenvolvimento das formas malignas de manifestação^(1,51).

Estudos têm evidenciado que a maioria dos agentes causais do câncer do colo do útero, pode ser eliminada ou controlada. No âmbito da prevenção primária tem sido considerados enfoques comportamentais. Na educação em saúde da população adolescente é preciso estabelecer a associação causal entre o HPV e os agravos decorrentes, assim como informar a população acerca dos fatores de risco. Tais medidas podem concorrer para que as mulheres - no

caso do câncer cervical - tomem decisões adequadamente informadas acerca da prevenção de sua saúde, ressaltando-se a necessidade de reconhecer o papel do homem na transmissão do HPV, a propósito do controle dos relacionamentos sexuais com seus parceiros^(52,53).

Em estudos realizados em mulheres adolescentes que inicialmente foram negativas ao HPV, observou-se que aproximadamente 30 a 55% se positivaram num período de 1 a 3 anos. Estas informações mostram a necessidade de realização de campanhas de prevenção na adolescência, antes mesmo do início da vida sexual. Segundo Hidalgo⁽³³⁾. Tendo em vista que o vírus se transmite principalmente pela via sexual, a maneira de prevenir a infecção implicaria na abstinência absoluta, o que é de eficácia limitada em relação às medidas de prevenção. Entretanto, podem ser reduzidas as chances de aquisição da infecção com a valorização da monogamia, prática da circuncisão e o uso da camisinha, dentre outras medidas⁽⁵⁴⁾.

A prevenção em saúde permite a intervenção nos três níveis da história natural da doença infecciosa: o primeiro antes do desencadeamento da infecção, o segundo depois de estabelecida a infecção, porém, antes da manifestação clínica da doença e, o terceiro, a partir do desenvolvimento da doença clínica. Existem medidas de prevenção primária centradas na eliminação de fatores de risco, antes de começar o processo da doença. No caso da infecção pelo HPV, devem ser incluídos fatores de risco sexual e a aplicação de vacinas profiláticas no âmbito das medidas de proteção específica⁽³⁹⁾.

Na ausência de uma abordagem sistemática da promoção da saúde, torna-se necessário conhecer como se desenvolve a doença em contextos sociais específicos, de forma a subsidiar campanhas consistentes. Neste âmbito devem ser incluídos aspectos como o contexto social, os esforços de modificar as normas sociais para apoiar a incorporação e manutenção de mudanças de comportamento e abordar fatores estruturais que contribuem para o controle do comportamento sexual de risco⁽⁴³⁾. É importante promover a ideia de que a redução do risco sexual tem influência protetora numa variedade de problemas que incluem DST, doença pélvica inflamatória, infertilidade e o câncer cervical.

No contexto da saúde sexual, esta perspectiva poderia proporcionar um incentivo maior para a mudança de comportamento⁽⁹⁾.

As evidências mostram que a maioria dos universitários já escutou falar do HPV e de suas sequelas. Entretanto eles têm mais conhecimentos sobre o Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) do que sobre o HPV. Estudos têm mencionado que a educação acerca do HIV tem eclipsado a preocupação com outras DST^(3,4). Embora mais mulheres com parceiros de ambos os sexos tenham ouvido falar do HPV, menos da metade delas sabe que o HPV pode ser transmitido pelas relações sexuais^(8,38,55). De forma geral, a maioria não percebe o risco pessoal para a transmissão do HPV e só o 42% das mulheres que têm sexo com homens usam camisinha com regularidade. No caso das mulheres que têm sexo com mulheres só o 10% usam camisinha nas vivências sexuais^(9,10).

Em situação de risco de contrair HPV e desenvolver câncer cervical entre as mulheres e o câncer de pênis entre os homens, é preciso disponibilizar informações mais precisas para compreender os vários procedimentos de prevenção e utilização dos serviços de detecção e interceptação dos agravos decorrentes^(56,57). Segundo Denny-Smith⁽⁵⁷⁾, o nível precário de conhecimentos combinado com a baixa percepção do risco ao HPV faz com que os universitários estejam mais propensos a doença.

Embora na Colômbia exista uma política de Saúde Sexual e Reprodutiva – SSR⁽⁵⁸⁾ e se faça um grande esforço para oferecer atendimento, por exemplo, intervenções profiláticas, ainda há aspectos preocupantes no âmbito da saúde pública, como a aceitação destas medidas; por outro lado existem dificuldades que vulnerabilizam a população como no caso da alta taxa de DST e HIV/AIDS, o aumento da incidência de mortes maternas, a falta de serviços de atendimento integral ao adolescente, o aumento da gravidez em idades cada vez mais precoces, a porcentagem elevada de gravidez não planejada, o grande número de mortes por câncer do colo de útero e altas taxas de violência sexual onde a maioria das vítimas são mulheres⁽⁵⁸⁾.

Os comportamentos de risco associados aos estereótipos e valores culturais sobre a sexualidade, vida reprodutiva e as relações afetivas

consubstanciam atitudes e comportamentos que nem sempre favorecem a saúde⁽⁵⁸⁾. A propósito os universitários na Colômbia, entre 15 e 21 anos de idade é de 1.494.000 (3.5%)⁽⁵⁹⁾, somando na Colômbia 137.000 vagas nas universidades públicas e nas privadas 357.217⁽⁶⁰⁾.

Nestas condições coloca-se a preocupação com o diagnóstico dos níveis de conhecimento e disposição para atuar preventivamente frente ao HPV entre jovens que estão construindo suas vivências sexuais, no contexto da cidade de Bogotá – Colômbia.

Vulnerabilidade ao HPV em questão

As condutas sexuais se estruturam de forma diferente nas variadas culturas, em distintos períodos históricos⁽⁶¹⁻⁶⁵⁾. Ancoradas na tradição judaico-cristã, a conceptualização da sexualidade, em boa parte das sociedades ocidentais, se fundamenta, convencionalmente, em torno da reprodução, sendo reprovadas as práticas exercidas fora desse espaço⁽⁶¹⁾.

As formas culturais que delimitam o papel de ambos os sexos acompanham o processo reprodutivo vinculado à vida social. A sexualidade, assim como a intimidade, é objeto “privado” e “público”; em qualquer relação íntima o sexo é uma relação interpessoal e social. Toda sociedade gera costumes e normas, práticas e crenças que regulam a expressão sexual⁽⁶²⁾. Michel Foucault⁽⁶⁶⁾ assinala que a sexualidade situada no âmbito das relações sociais envolve relações de poder⁽⁶⁵⁻⁶⁸⁾. Na vigência de uma estrutura patriarcal o desejo masculino se associa a posse / poder e o desejo feminino a subordinação. Acrescentam-se mudanças que afetam de forma distinta várias comunidades ao longo dos anos^(63,69). No plano hierárquico, frequentemente, os movimentos de mudança se superpõem, às práticas tradicionais. A concretização da superação da hierarquia de gênero entre papéis masculinos e femininos, seja no âmbito da família, seja no âmbito do mercado, implica num processo complexo e moroso. Nem sempre alterações das práticas sexuais no sentido de maior liberdade se fazem acompanhar da revisão das hierarquias de gênero.

Num movimento de ruptura dos padrões convencionais, mudanças na forma de compreender e viver a sexualidade nos anos 1960, em meio à proliferação de informações, se fez acompanhar da reivindicação do prazer sexual por parte das mulheres, junto com o progressivo desaparecimento do valor da virgindade, ao lado dos avanços na anticoncepção⁽⁶⁹⁾. A atitude social mais positiva para o prazer sexual acabou por potencializar o sexo pré e fora do matrimônio, acrescentando-se novos sentidos a relação do casal.

O movimento de liberdade de expressão da sexualidade se fortalece nos anos 1970, observando-se tendência a não exclusividade do relacionamento monogâmico, como, por exemplo, o sexo em grupo, o intercâmbio de parceiros, o casamento experimental e a abertura ao homossexualismo. O crescimento do feminismo concorreu para a reformulação da identidade associada ao comportamento sexual feminino como contraponto da valorização exclusiva da reprodução, ao invés da sexualidade vista como pecado e vergonha, se impõe a sexualidade como prazer⁽⁶⁹⁾. Na Colômbia, nesta década, a sexualidade se converte em uma temática importante nos meios de comunicação de massa. A indústria cultural traça e propõe novos “mapas de significados” que orientam novos costumes e normas sociais no âmbito da sexualidade.

Sem pretender traçar a trajetória de mudanças no caminho da sexualidade na história, vale apontar alguns pontos de inflexão. Com a emergência da AIDS, ressurgiu a associação sexo - morte/castigo⁽⁶⁹⁾, acentuando a preocupação com a transmissão das DST. A ameaça da AIDS acabou por reatualizar a monogamia (tanto para homens como para mulheres) e o sexo estável, inclusive entre os homossexuais. Se os anos 1960 e 1970 foram décadas de experimentação no terreno amoroso, o final do século se converte numa era de temores e precauções no terreno das relações sexuais⁽⁶⁹⁾.

Nestas circunstâncias, por volta dos anos 1990, situa-se o debate da sexualidade como problema de saúde, que encontra espaço relevante de reverberação a partir do segmento dos homossexuais, particularmente visados no movimento da expansão da AIDS. A propósito destes desdobramentos “abrem-se” as possibilidades para a iniciação de novas práticas com o objetivo

de “otimizar” as experiências eróticas e sexuais⁽⁷⁰⁾. Neste contexto se situa a preocupação com o sexo seguro.

As mudanças relativas ao comportamento sexual, pela ameaça que comportam, se tornam preocupantes quanto ao controle do exercício da sexualidade. A vida amorosa dos adolescentes e adultos jovens dos tempos atuais, diferentemente da vivida pelas gerações anteriores, implica uma diversidade de formas de relacionamentos, envolvendo novos padrões de comportamento. A vida sexual se inicia mais cedo. As primeiras experiências, por vezes, se dão dentro de um contexto de relacionamento estável, mas em outros casos ocorre como curiosidade, como forma de obter prazer, independente de compromissos formais. Dentre as novas formas de relacionamentos amorosos, no que se refere aos adolescentes, há uma que, a partir da década de 1980, vem-se tornando cada vez mais comum: o chamado “ficar”. Tal modalidade de relacionamento – frequente entre os jovens – se faz independentemente do conhecimento prévio do parceiro (a) ou de namoro ou de amizade⁽⁷¹⁾.

Neste contexto, a sexualidade entre adolescentes é frequentemente apontada como motivo de preocupação por parte dos pais, profissionais e autoridades das áreas da saúde e da educação. Preocupações com a incidência de gravidez, DST, abuso e violência sexual, prostituição e prejuízos nos projetos de vida, entre outras, evidenciam que a sexualidade entre adolescentes também é vista sob o enfoque de risco⁽⁷²⁾.

Na passagem da infância para a vida adulta, conforme coloca Tonelli⁽⁷³⁾, a iniciação da vida sexual comporta a constituição das identidades de gênero, que consubstancia as práticas preventivas⁽⁷³⁾. A propósito, o conceito de gênero refere-se à construção social da sexualidade, ou seja, as qualidades de ser homem ou de ser mulher realizadas pela cultura⁽⁷⁴⁾. Presentes nas relações afetivas entre os adolescentes, essas diferenças que caracterizam desigualdades, conferem prestígio e poder ao homem, enquanto desvalorizam e violentam a mulher, dificultando o acordo quanto à utilização do preservativo nas relações sexuais. A mulher deve estar disponível para os homens e se dispor muitas vezes aos relacionamentos sexuais sem o uso do preservativo. A incoerência cultural,

revelada na naturalização das diferenças convencionais de comportamento de gênero, pode levar os jovens a um maior risco de exposição às DST /AIDS – no contexto da ampliação das liberdades sexuais. De acordo com Villela⁽⁷⁵⁾, a desigualdade de poder nas relações entre homens e mulheres é um dos motivos da dificuldade que ambos têm em discutir formas seguras de exercer a sexualidade, expondo-os, por consequência, às DST, ao lado da prevenção da gravidez indesejada⁽⁷⁵⁾.

Os jovens em geral se preocupam pouco com DST/AIDS, pois se sentem imunes ao perigo e não se previnem devidamente⁽⁷⁶⁾. Pesquisadores afirmam que 75% da população sexualmente ativa serão em algum momento da vida infectada pelo HPV⁽³³⁾. Os comportamentos de risco como o início precoce dos relacionamentos sexuais, ter vários parceiros sexuais, relações homossexuais, ou com trabalhadoras do sexo, são fontes importantes de transmissão de DST⁽⁴³⁾. Por sua vez, configuram contexto de variações e tendências do comportamento sexual condições como a pobreza, a educação e o emprego, o casamento em idades tardias, o aumento na migração dentro e fora dos países, os meios de comunicação, a disponibilidade da anticoncepção e o acesso a serviços de saúde, entre outros^(43,57,77).

Os aspectos que dizem respeito às diferentes mediações que atuam nos processos de inserção social dos indivíduos são relevantes em relação ao processo saúde-doença. É importante que sejam considerados tanto os aspectos relacionados às interações sociais entre os indivíduos - que acontecem a partir do seu entorno social mais próximo e que dizem respeito à vida cotidiana - como aqueles ligados mais diretamente à estrutura e organização sociais, que conformam um plano macrossocial. Esses elementos constitutivos da sociedade, num nível micro e macrossocial, podem moldar fatores de desgaste ou proteção em relação ao processo saúde-doença⁽⁷⁸⁾.

A percepção do risco e a tomada de decisão sobre os comportamentos preventivos passam pela articulação entre as informações de prevenção veiculadas na sociedade e as representações preexistentes na estrutura social concernente à sexualidade⁽¹⁵⁾. O conceito de risco se refere mais diretamente à

possibilidade de contaminação, segundo Cochran e Mays⁽¹⁶⁾. Focalizando a infecção do HIV, observa-se na definição destes autores, que os fatores que concretizam a ideia de risco são de ordem comportamental biológico. Por esta razão o conceito de atitude é importante para compreendermos a vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS⁽¹⁶⁾. O conceito de atitudes traz a mediação entre a forma de pensar e a forma de agir dos indivíduos. As atitudes permitem identificar o posicionamento de um indivíduo frente à realidade social^(16,17). Elas possuem, basicamente, três características: a) referem-se à experiências subjetivas, b) são sempre referidas a um objeto, e c) incluem uma dimensão avaliativa deste objeto. Os psicólogos sociais estudam as atitudes como substituto do comportamento - seria uma espécie de preparação para o comportamento - que lhes permitiria predizê-lo para modificá-lo. Assim, estudando as atitudes dos adolescentes frente ao uso de preservativo, por exemplo, seria possível antecipar seu comportamento com relação ao desempenho do sexo seguro⁽⁷⁹⁾. A percepção das consequências do uso do preservativo pode, portanto, afetar a intenção de usá-lo, entre as pessoas que acreditam nas consequências negativas do não uso recaem sobre si próprias.

No caso do HIV, biologicamente todos são vulneráveis, uma vez que exposto ao vírus através do ato sexual ou do contato com sangue contaminado há grande probabilidade de infecção. Porém, diferenças sociais acabam configurando diferentes condições de vulnerabilidades à infecção^(12,13). Tais considerações comportam uma abertura que permite ir além da abordagem comportamentalista estrita.

O conceito de vulnerabilidade desenvolvido por Mann, Tarantola e Netter^(12,13) no campo específico da prevenção da AIDS, comporta a referida abertura conceitual. O conceito procura englobar as várias dimensões – individuais programáticas e sociais – que estão em jogo na determinação da susceptibilidade de indivíduos ou grupos para a AIDS.⁽¹²⁾ Tal conceito refere-se aos fatores que necessitam estar controlados para que um indivíduo não se exponha ao risco de transmissão. Para o grupo dos adolescentes, em particular, há uma variedade de circunstâncias que causam preocupação como o

comportamento sexual, o uso de drogas e a violência na composição dos fatores que vulnerabilizam alguns adolescentes para a AIDS⁽¹⁸⁾.

Segundo Ayres et al.⁽¹⁸⁾ a vulnerabilidade se divide em dois aspectos: individual e coletiva – ressaltada, por certo, a solução de continuidade que se estabelece entre ambos os níveis. A vulnerabilidade individual comporta três pressupostos: a) qualquer indivíduo é passível de contaminação de acordo com seus valores pessoais e recursos preventivos em determinada época de sua vida; b) quanto maior o amparo social e assistência à saúde de que os indivíduos dispuserem, menor será a ocorrência invalidez e morte; c) questões de ordem cognitiva, comportamental e social afetam diretamente a vulnerabilidade individual⁽¹⁸⁾.

A vulnerabilidade coletiva se divide em programática e social. A primeira consiste nas ações do Estado pelos seus programas de prevenção, que fazem uma ligação entre os planos individual e social. São muitos os critérios para a avaliação destas ações. A vulnerabilidade social da AIDS, por exemplo, é avaliada por indicadores sociais elaborados pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD)⁽¹⁸⁾. A partir de oito índices foram definidos critérios para a classificação da vulnerabilidade nas categorias alta, média e baixa. São eles o acesso à informação; gastos com serviços sociais e da saúde; mortalidade antes dos cinco anos; situação da mulher; índice de liberdade humana; relação entre despesas militares e gastos com educação e saúde; índice de desenvolvimento humano⁽¹⁸⁾.

Existe em torno da AIDS uma complexa rede de inter-relações e significados que articulam dimensões biológicas, políticas, sociais, culturais, éticas e morais. Apoiados nesta perspectiva estruturam-se, no plano simbólico, novos significados que propiciam mudanças de comportamento e marcam as relações sociais, principalmente, no que diz respeito à sexualidade⁽⁸⁰⁾. Considerando a complexidade da questão, na história da luta em torno da prevenção da AIDS tem sido evidenciada a existência de diferentes e complexas relações entre o conhecimento, atitudes e comportamentos de risco (nível de informação, compromisso no comportamento de risco e o conhecimento funcional)

e a variabilidade da conduta de prevenção em diferentes contextos⁽⁸¹⁻⁸⁷⁾. A emergência do HPV, enquanto problema de saúde pública, comporta especificidades quanto à transmissão e evolução da infecção que merecem atenção distintiva no âmbito de seu enfrentamento.

Os universitários de finais do século XX, têm incorporado parcialmente a possibilidade de controle do corpo, a despeito de discutirem abertamente estes temas com os parceiros e considerarem a responsabilidade de ambos no uso das tecnologias disponíveis^(88,89). Uma grande porcentagem dos estudantes, entretanto, não toma precauções para evitar as DST e a gravidez^(6,43,90). Estudos têm evidenciado baixos níveis de conhecimento acerca do HPV entre universitários^(8,10,49,55,57,91-93). Embora a maioria dos estudantes tenha ouvido falar do HPV, o entendimento é insuficiente ou às vezes ausente⁽⁸⁾. Muitos estudantes desconhecem os fatores de risco para a aquisição da infecção como, por exemplo, as formas de transmissão e os “métodos” de prevenção. Também eles subestimam o risco de se infectar com o HPV, não se vendo como responsáveis na propagação do vírus⁽⁶⁾.

Em vários países estudos evidenciam que cerca de 50% dos universitários nunca ouviram falar do vírus. De forma geral, eles sabem que o HPV pode ser transmitido sexualmente, porém, menos do 1% reconhece o HPV como causa principal do câncer cervical^(9,19,47,92,93). Poucos conhecem os sintomas que podem ser causados pelo HPV⁽⁹¹⁾. As mulheres têm um melhor conhecimento do HPV do que os homens⁽⁸⁾. Elas reconhecem que o HPV é um fator de risco para o câncer cervical, ao mesmo tempo que referem com maior frequência a transmissão pelo contato pele-pele⁽⁹⁴⁾.

Há questões que são praticamente desconhecidas entre os universitários. Eles não reconhecem que o HPV se transmite por sexo oral ou anal. Em que pese o caráter inquestionável da importância oferecida pelo uso de preservativo, há que se reconhecer que existem outras vias de transmissão, ou seja, a camisinha não protege completamente no caso do contato pele-pele. Dentre as confusões vigentes alguns jovens acham que o HPV se transmite através dos fluidos corporais (sangue, sêmen), enquanto que, desconhecem que o HPV

pode ser transmitido por beijos e verrugas nas mãos ou nos pés tocando a área genital⁽⁶⁾. O tabagismo, a má nutrição e o consumo de álcool e drogas, por sua vez, são frequentemente subestimados como fatores de risco^(7,14,95).

Os homens não percebem que o HPV é uma doença grave para eles mesmos; no entanto, a maioria refere que o HPV é uma grave infecção para as mulheres. Dentre as DST, incluindo a AIDS, sífilis, gonorreia, *clamídia* e o herpes genital, o HPV é percebido pelos homens como sendo de menor severidade^(8,14). A maior porcentagem de homens que informaram ter HPV e verrugas anais e genitais reportou ter tido relações sexuais sem proteção. Coincidentemente os homens com HPV informaram mais práticas sexuais de risco e mais parceiras sexuais^(6,96). Tais resultados apontam para a necessidade de maior compreensão por parte dos homens sobre a própria saúde sexual e fatores de risco associados.

As pessoas com maior nível educacional têm mais probabilidades de ter um melhor conhecimento acerca da transmissão do HPV⁽¹⁴⁾. Apesar da ampla gama de conhecimentos acerca das DST entre universitários, há muita desinformação sobre o HPV⁽⁷⁾. Conforme assinalam vários autores, a informação é o primeiro passo para a modificação de comportamentos de risco, em meio ao conjunto de medidas de intervenção⁽⁹⁻¹¹⁾. Se a informação por si só não garante alteração de comportamento, ela constitui o primeiro passo para alcançar mudanças nesse âmbito.

É notória a necessidade de promover intervenções em saúde pública direcionadas a melhorar conhecimentos sobre o HPV junto aos universitários, tendo em vista subsidiar mudanças de comportamentos mediante a disponibilização de informações precisas, levando em conta as especificidades locais. Neste sentido as balizas apontadas devem nortear o diagnóstico relativo aos conhecimentos e percepção de risco em torno da infecção pelo HPV entre universitários, como base para intervenções consequentes, capazes de reportar a articulação entre o plano individual e coletivo que a ótica da vulnerabilidade requer.

4.3.2 Metodologia do Inquérito

Retomando especificações já apresentadas anteriormente, o inquérito teve como objetivo realizar um diagnóstico sobre conhecimentos e práticas preventivas relativas ao HPV entre universitários de Bogotá-Colômbia, foi realizado um estudo de corte transversal. Na investigação foram incluídos estudantes do sexo masculino e feminino, de instituições universitárias de Bogotá-Colômbia (duas privadas e outra pública), observando-se os seguintes critérios de inclusão:

1. Ter disposição para responder o questionário.
2. Ser estudante de primeiro ou segundo semestre acadêmico, regularmente matriculado numa das instituições universitárias selecionadas.
3. Ter mais de 18 anos e menos de 20 anos.
4. Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Amostra

Foi composta uma amostra não probabilística, que integrou 522 participantes. Para o cálculo do tamanho da amostra foi levado em consideração uma população aproximada de 100.000 estudantes e uma prevalência da doença de 50%, assumindo um intervalo de confiança de 95%, com uma margem de erro de 5%. Neste caso a disponibilidade de 522 participantes superou o requisito mínimo estimado em 384 participantes.

Questionário

Reiterando especificações anteriores, o questionário utilizado para o levantamento das informações comportou quatro dimensões. A primeira contemplou o **Perfil dos universitários** levando em conta: o sexo, a idade em anos completos, o estado civil o lugar de nascimento, lugar de residência, tempo de moradia no município de residência atual, com quem reside, paridade, inserção no mercado de trabalho, acesso ao seguro de saúde, ao lado de hábitos relacionados ao fumo, uso de álcool e drogas. Estes dados, relativos ao

perfil dos universitários, foram classificados de acordo com as categorias abaixo especificadas:

- *Sexo*: feminino, masculino.
- *Idade*: anos cumpridos.
- *Estado civil*: solteiro, casado, divorciado, viúvo, união livre, outro.
- *Filhos*: sim, não.
- *Seguro de saúde*: contributivo, subsidiado, não tem, não responde.
- *Lugar de residência*: Bogotá, fora de Bogotá, não responde.
- *Convivência no domicílio*: familiares, solo (a), amigos, outras pessoas.
- *Fonte de ingressos*: pais, trabalho, outros familiares, outras fontes, outras pessoas.
- *Consumo de cigarro*: sim, não.
- *Consumo de bebida alcoólica*: sim, uma vez por mês, 2 a 3 vezes por mês, uma vez por semana, 2 a três vezes por semana, 4 ou mais vezes por mês.
- *Consumo de drogas*: sim, uma vez por mês, 2 a 3 vezes por mês, uma vez por semana, 2 a três vezes por semana, 4 ou mais vezes por mês.

A segunda dimensão comportou perguntas sobre **comportamento sexual**, envolvendo a idade da primeira relação sexual entre os iniciados e as atividades sexuais atuais referidas ao último mês (a partir da data de aplicação do questionário). Neste âmbito foram levantadas informações sobre a natureza das relações, se envolveu remuneração, número de parceiros (as), práticas de proteção adotadas e orientação sexual. Segue a relação das variáveis consideradas junto com as respectivas classificações adotadas:

- *Iniciação sexual*: sim, não, idade de início se a resposta foi afirmativa.
 - *Número de parceiros na vida*: 1, de 2 a 3, 4 e mais.
 - *Número de parceiros no último mês*: nenhum, 1, de 2 a 3, 4 e mais.
 - *Parceiros do mesmo sexo*: sim, não.
-

- *Uso de proteção no último relacionamento sexual:* cóndon masculino, pílula do dia seguinte, pílula contraceptiva, anticoncepcionais injetáveis, dispositivo intrauterino, implante subdérmico, coito interrompido, tabelinha, nenhum, outro.
- *Projeção de uso de recursos de proteção entre os estudantes não iniciados sexualmente:* cóndon masculino, pílula do dia seguinte, pílula contraceptiva, anticoncepcionais injetáveis, dispositivo intrauterino, implante subdérmico, coito interrompido, tabelinha, nenhum, outro.
- *Conhecimento sobre recursos de proteção* (cóndon masculino, pílula do dia seguinte, pílula contraceptiva, anticoncepcionais injetáveis, dispositivo intrauterino, implante subdérmico, coito interrompido, tabelinha, nenhum, outro) *relacionados as DST e a gravidez:* DST, gravidez, DST e gravidez, não sabe.
- *Se já teve relacionamentos sexuais. Você costuma usar alguma forma de proteção nos relacionamentos sexuais?* Questão aberta
- *Se ainda não teve relacionamentos sexuais. Você usaria alguma forma de proteção nos relacionamentos sexuais?* Questão aberta
- *Se já teve relacionamentos sexuais; qual foi o motivo:* por envolvimento afetivo, dinheiro, prazer, violência sexual, pressão de grupo, nenhum, outro.
- *Relacionamentos sexuais sobre o efeito do álcool:* sim, não.
- *Relacionamentos sexuais sobre o efeito de drogas:* sim, não.
- *Se já teve relacionamentos sexuais sobre o efeito do álcool e/ou drogas; qual forma de proteção você usou?* Questão aberta

A terceira e quarta parte comportou perguntas acerca do **conhecimento da transmissão, prevenção e controle do HPV** tendo em vista obter informações sobre as condições associadas ao contágio, juntamente com as medidas adotadas de prevenção e busca por serviços de saúde, relativas ao

controle da saúde sexual. A propósito foram considerados os seguintes questionamentos e respectivas categorias de classificatórias das respostas:

Conhecimento da transmissão do HPV

- *Conhecimento das DST (HIV/AIDS, herpes genital, gonorreia, sífilis, HPV, clamídia trachomatis):* sim, não.
- *Avaliação da gravidade das DST (HIV/AIDS, herpes genital, gonorreia, sífilis, HPV, clamídia trachomatis):* nenhuma, pouca, media, alta, não sabe.
- *Fonte de conhecimento sobre o HPV:* mídia, folhetos, profissionais da saúde, familiares, professores, amigos, seguro de saúde, nenhum, outro.
- *Desenvolvimento do HPV:* homens, mulheres, homens e mulheres, não sabe.
- *Percepção de risco de se contagiar pelo HPV:* sim, não.
- *Consequências da infecção pelo HPV para a saúde:* questão aberta.

Conhecimento sobre prevenção e controle do HPV

- *Formas de prevenção para evitar o contágio do HPV:* questão aberta.
 - *Ouviu falar sobre a vacina do HPV:* sim, não.
 - *Nível de proteção da vacina:* total, parcial, não protege, não sabe.
 - *A quem se destina a vacina:* homens, mulheres, homens e mulheres, não sabe.
 - *Os universitários deveriam tomar a vacina?:* sim, não.
 - *Alguma vez você recebeu orientação sexual no seu serviço de saúde?:* sim, não. *Descreva o tipo de orientação:* Questão aberta.
 - *Dificuldades de atendimento (acesso) aos serviços de orientação sexual:* questão aberta.
 - *Solicitação de esclarecimentos sobre o HPV:* sim, não.
 - *Sugestões para a obtenção de tais informações:* questão aberta.
-

A aplicação do questionário demorou em meia de 20 a 25 minutos.

Análise de dados

As informações, para efeito da análise quantitativa, foram processadas no programa Excel e exportadas para o programa estatístico Stata versão 11.0. Foi realizada uma análise descritiva envolvendo a consideração da associação entre variáveis, estratificadas por sexo.

Desviando do eixo central do trabalho, recorreremos à análise de regressão logística para questões relativas à percepção de risco de contrair o HPV, tendo em vista que a percepção de risco pode estar influenciada por o consumo de cigarro, consumo de bebida alcoólica, consumo de drogas, a idade de início de relacionamentos sexuais, o número de parceiros sexuais na vida, o número de parceiros no último mês, os relacionamentos sexuais com parceiros do mesmo sexo, uso de camisinha no último relacionamento sexual, os relacionamentos por envolvimento afetivo ou por prazer, o conhecimento do HPV, a consideração de gravidade do HPV e o conhecimento da existência da vacina do HPV. Todas estas variáveis foram estratificadas por sexo. Neste plano apresentaram-se a razão de probabilidade, o teste homogeneidade de Mantel-Haenszel e suas interações. A partir do resultado da análise anterior, procedeu-se a realização de uma regressão logística.

No caso das questões abertas, foi realizada a análise de conteúdo, definida como “uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto nas comunicações”⁽³⁰⁾. A partir das respostas dos estudantes (às questões abertas) foram identificadas as unidades de sentido, seguida de sua categorização, remissíveis ao contexto dos conhecimentos e práticas relativas ao HPV, na perspectiva da vulnerabilidade, conforme conceituado por vários autores^(12,13,18-24).

4.3.3 Procedimentos Éticos

O presente projeto - do qual o inquérito realizado junto aos alunos constituiu parte integrante - foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) atendendo às recomendações da Declaração de Helsinki. Consta do anexo 2 a carta de aprovação, já referida anteriormente.

Da mesma forma, seguem as autorizações institucionais (Anexos 4A, 4B e 4C), assim como os modelos dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE- assinados pelos alunos (Anexos 5A, 5B, 5C e 5D), atendendo às formalidades da portaria 008430 de 1993 do Ministério da saúde da Colômbia⁽³¹⁾ e do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP, com as respectivas traduções para o castelhano.

4.3.4 Resultados e Discussão

Caracterização da população estudada

A amostra investigada integralizou 522 alunos sendo 322 mulheres (61,7%) e 200 homens (38,3%) (Gráfico 1). Obedecendo aos critérios de inclusão esta amostra comportou idades de 18 (57,3%) e 19 anos (42,7%) matriculados em distintas series (Gráfico 2). Segundo o Banco Mundial⁽⁹⁷⁾, na Colômbia a média de idade de ingresso na educação superior é de 17 anos- o que condiz com os dados apresentados em nosso estudo.

Os alunos que compuseram a amostra pertencem a estabelecimentos universitários dos quais, um é de natureza publica e dois privados (Tabela 1). Esta distribuição se aproxima a da população Colombiana onde 41,0% dos alunos estão em instituições de educação superior de natureza publica e 59,0% privada⁽⁹⁸⁾.

Os cursos de graduação mais prevalentes foram o de Administração Pública 278 (53,3%), com distribuição similar entre homens e mulheres e de Psicologia 97 (24,6%), frequentado principalmente por mulheres (Tabela 1).

Com respeito ao estado civil, a maioria dos universitários era solteira 513 (98,3%), sendo que 8 (1,5%) mencionaram viver em união livre e 13 (2,5%) dos estudantes referiram ter filhos (Tabela 2). O número de alunos com filhos é inferior à taxa observada na população adolescente da Colômbia (16%)⁽⁹⁹⁾, e no mundo (11%), segundo a OMS⁽¹⁰⁰⁾.

Ainda de acordo com a tabela 2, a maioria dos alunos tinha seguro de saúde, sendo que 88,1% eram do tipo contributivo e 7,1% do tipo subsidiado; 4,8% dos alunos não tinha nenhuma afiliação¹, cifra que é similar ao da população colombiana cujo montante é de 7,9% aproximadamente⁽¹⁰¹⁾.

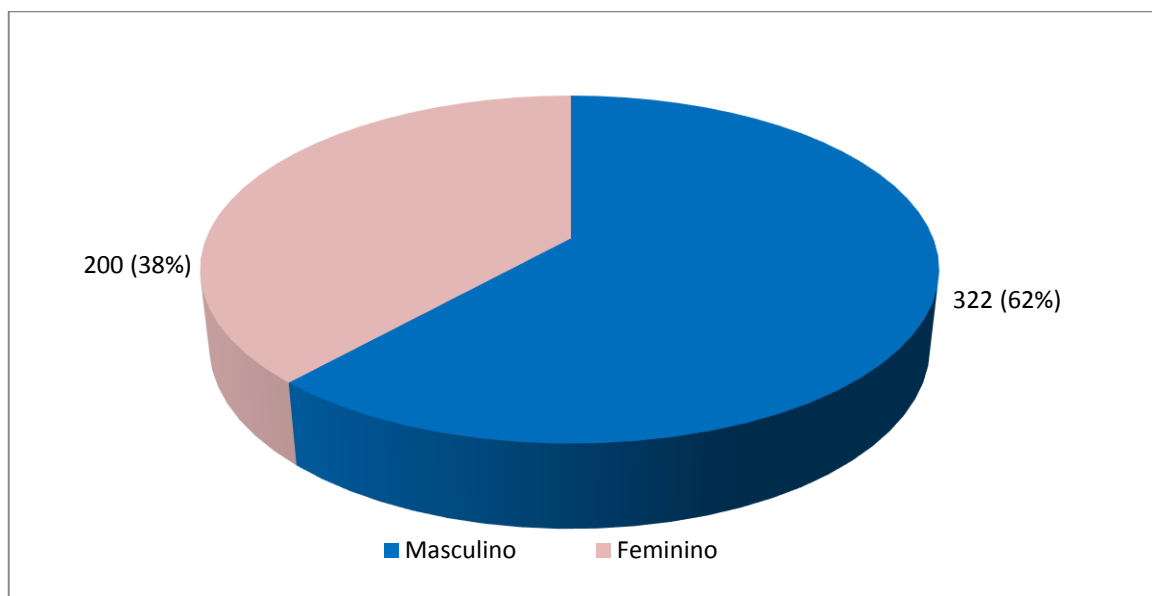


Gráfico 1. Alunos universitários por sexo. Bogotá – Colômbia, 2012.

¹ O sistema de saúde colombiano é estruturado em dois regimes (contributivo e subsidiado), a base de sustentação financeira do sistema é a contribuição dos trabalhadores (4% de cada salário recebido) e dos patrões (8% sobre cada salário pago). No regime contributivo, o Plano Obrigatório de Serviços (POS) é garantido aos empregados que recolhem o suficiente para cobrir os benefícios. No regime subsidiado, o governo complementa os custos da assistência do segurado de baixa renda que obtém um pacote de serviços equivalente a 70% do POS contributivo. O Estado assume ainda a cobertura das ações não-POS e a assistência da população não filiada mediante um critério de prioridade no atendimento a grupos vulneráveis como crianças, pobres e portadores de doenças graves.

Levino A, Carvalho EF. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(5):490-512.

Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad Saude Publica. 2002;18(4):991-1001.

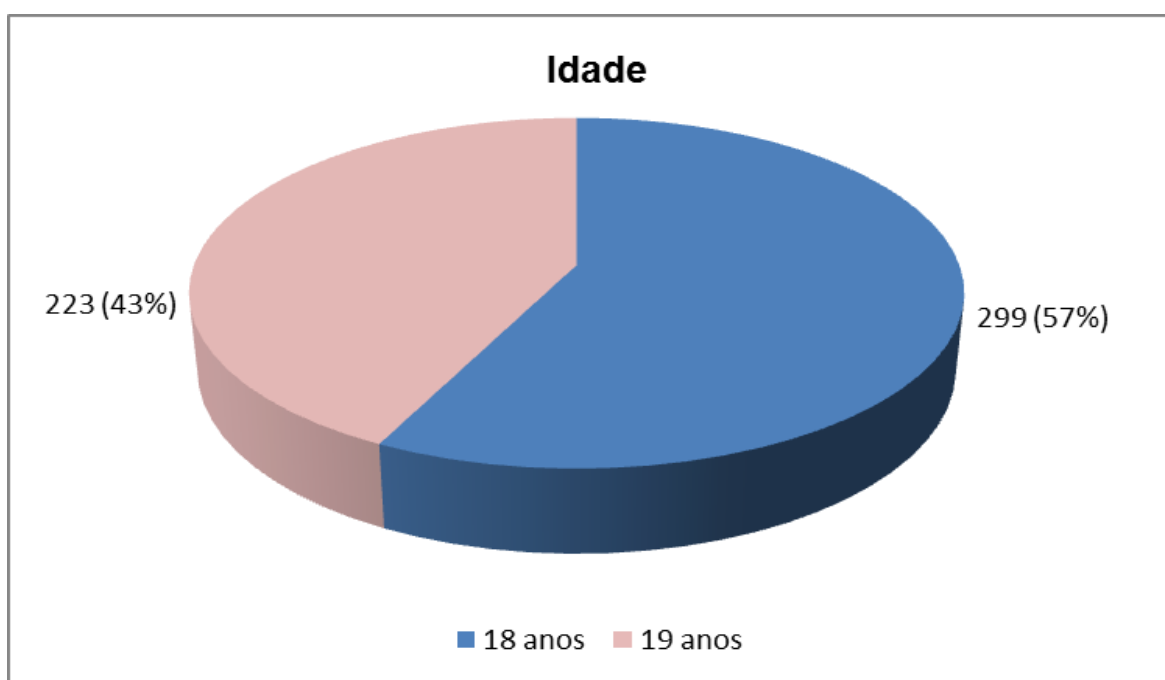


Gráfico 2. Alunos universitários por idade. Bogotá – Colômbia, 2012.

Tabela 1. Perfil dos estudantes por sexo, segundo instituição universitária e curso de graduação (n,%). Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Características sócio-demográficas	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Natureza da instituição						
Publica	161	50,0	117	58,5	278	53,3
Privada	161	50,0	83	41,5	244	46,7
Curso de graduação						
Administração pública	161	50,0	117	58,5	278	53,3
Psicologia	79	24,6	18	9,0	97	18,5
Desenho gráfico	11	3,4	24	12,0	35	6,7
Desenho de modas	23	7,2	1	0,5	24	4,6
Outros cursos	9	2,8	14	7,0	23	4,4
Direito	11	3,4	8	4,0	19	3,6
Cozinha	8	2,5	9	4,5	17	3,2
Engenheira de alimentos	7	2,1	4	2,0	11	2,1
Publicidade	5	1,6	5	2,5	10	1,9
Estética	8	2,5	0	0,0	8	1,5
Total	322	100,0	200	100,0	522	100,0

Tabela 2. Perfil dos estudantes por sexo, segundo estado civil, ter filhos e seguro de saúde (n, %). Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Características sócio-demográficas	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estado civil						
Solteiro	319	99,1	194	97,0	513	98,3
União livre	3	0,9	5	2,5	8	1,5
Casado	0	0,0	1	0,5	1	0,2
Divorciado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Viúvo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Filhos						
Sim	9	2,8	4	2,0	13	2,5
Não	313	97,2	196	98,0	509	97,5
Seguro de saúde						
Contributivo	283	87,9	177	88,5	460	88,1
Subsidiado	22	6,8	15	7,5	37	7,1
Não tem	13	4,1	4	2,0	17	3,3
Não responde	4	1,2	4	2,0	8	1,5
Total	322	100,0	200	100,0	522	100,0

A maior parte dos universitários (84,9%) reside em Bogotá e os (14,9%) restantes fora da cidade (Tabela 3). Dentre eles 95,6% moravam com os pais e 80,5% eram economicamente dependentes. Somente 8,4% dos alunos estudavam e trabalhavam. Estes valores sinalizam para a elitização destes alunos universitários, já que segundo a OIT 34,0% dos jovens colombianos referem trabalhar⁽¹⁰²⁾.

Considerando a importância dos hábitos de fumar e consumir drogas como fatores distintivos do comportamento sexual, o consumo de cigarro entre os universitários foi de 21,8%, sendo maior entre os homens (35,0%) do que entre as mulheres (13,7%) – estas diferenças foram estatisticamente significantes ($p < 0,001$)

(Tabela 4). Os dados referidos se aproximam dos altos valores de fumantes observados na Colômbia, principalmente, entre homens.

Num estudo sobre consumo de drogas na população universitária foi encontrado que 58,6% tinham fumado cigarro alguma vez na vida, dentre eles 25,2% eram homens e 13,4% mulheres⁽¹⁰³⁾. Outro estudo evidencia que na Colômbia o consumo de cigarro entre os adolescentes de 11 a 18 anos foi de 9,78%, sendo 7,85% entre as mulheres e 11,86% entre os homens⁽¹⁰⁴⁾. Tendo em vista que o consumo de cigarro, seja passivo ou ativo, é considerado um coadjuvante no desenvolvimento de câncer cervical, valores de alto consumo encontrados na população devem levar a considerar a inclusão deste fator nas campanhas de prevenção de câncer principalmente o de colo de útero⁽¹⁰⁵⁾.

O consumo de bebida alcoólica foi reportado por 82,0% dos alunos, sendo maior no caso dos homens (Tabela 4). A maioria das vezes o consumo é ocasional (82,4%), ou seja, até três vezes por mês; 17,6% consomem 4 ou mais vezes por mês – sendo as diferenças entre homens e mulheres estatisticamente significantes ($p < 0,001$). Esses dados são inferiores aos da população colombiana que apresentam uma prevalência de consumo de álcool de 86,1% e em Bogotá de 87,6%, sendo 92,2% entre homens e 83,50% entre mulheres⁽¹⁰⁶⁾, assim como em relação aos universitários colombianos cuja taxa de consumo de álcool (na vida) foi de 95,5%⁽¹⁰³⁾.

O uso de drogas ilícitas foi relatado por 56 (10,7%) dos estudantes, sendo 7,1% entre as mulheres e 16,5% entre os homens – diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$) (Tabela 4). Estes dados são pouco inferiores às estatísticas reportadas para a população escolar da Colômbia que mostram taxas de consumo de 12,0% de drogas ilícitas na vida, sendo de 14,0% entre os homens e 10,2% entre as mulheres⁽¹⁰⁴⁾. Tendência similar é reportada em Bogotá onde foi encontrada uma prevalência de consumo de drogas ilícitas de 10%, sendo 15,5% entre os homens e 5,1% entre as mulheres⁽¹⁰⁶⁾.

Foi evidenciado no nosso estudo um índice elevado de consumo simultâneo de álcool e drogas ilícitas entre os estudantes, ou seja, 100% dos alunos que consomem drogas ilícitas também consomem bebida alcoólica, encontrando-se uma relação estatisticamente significativa entre eles ($p < 0,001$).

Tabela 3. Perfil dos estudantes por sexo, segundo lugar de residência, convivência no domicílio e fonte de ingressos (n, %). Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Características sócio-demográficas	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Lugar de residência						
Bogotá	277	86,0	166	83,0	443	84,9
Fora de Bogotá	44	13,7	34	17,0	78	14,9
No responde	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Convivência no domicílio						
Familiares	307	95,3	192	96,0	499	95,6
Solo (a)	8	2,5	6	3,0	14	2,7
Amigos	5	1,6	2	1,0	7	1,3
Outras pessoas	2	0,6	0	0,0	2	0,4
Fonte de ingressos						
Pais	259	80,4	161	80,5	420	80,5
Trabalho	50	15,5	35	17,5	85	16,3
Outros familiares	6	1,9	2	1,0	8	1,5
Outras fontes	6	1,9	1	0,5	7	1,3
Outras pessoas	1	0,3	1	0,5	2	0,4
Total	322	100,0	200	100,0	522	100,0

Tabela 4. Alunos universitários por sexo, segundo consumo de cigarro, bebida alcoólica e drogas (n, %). Bogotá – Colômbia, 2012

Características de consumo	Mulheres		Homens		Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Cigarro							
Sim	44	13,7	70	35,0	114	21,8	<0,001
Não	278	86,3	130	65,0	408	78,2	
Bebida alcoólica							
Sim	256	79,5	172	86,0	428	82,0	<0,001
Uma vez por mês	167	65,2	72	41,9	239	55,8	
2 a 3 vezes por mês	64	25,0	50	29,0	114	26,6	
Uma vez por semana	19	7,5	40	23,3	59	13,8	
2 a 3 vezes por semana	6	2,3	8	4,6	14	3,3	
4 ou mais vezes por semana	0	0,0	2	1,2	2	0,5	
Não	66	20,5	28	14,0	94	18,0	
Drogas							
Sim	23	7,1	33	16,5	56	10,7	<0,001
Uma vez por mês	17	73,9	18	54,5	35	62,5	
2 a 3 vezes por mês	5	21,7	6	18,2	11	19,6	
Uma vez por semana	0	0,0	2	6,1	2	3,6	
2 a 3 vezes por semana	1	4,4	0	0,0	1	1,8	
4 ou mais vezes por semana	0	0,0	7	21,2	7	12,5	
Não	299	92,9	167	83,5	466	89,3	
Total	322	100,0	200	100,0	522	100,0	

Resumo

Os universitários do estudo, com idades de 18 e 19 anos, em sua maioria de sexo feminino, são alunos de vários cursos de graduação. Sendo solteiros, a maioria reside na zona urbana de Bogotá e quase todos têm acesso ao seguro de saúde. Basicamente moram com os pais e dependem economicamente deles. Foi encontrada uma porcentagem importante de alunos universitários consumidores de cigarro, álcool e drogas ilícitas. A maior prevalência de consumo foi observada na população masculina, evidenciando-se diferenças estatisticamente significantes entre alunos de sexo masculino e feminino.

Comportamento Sexual*Iniciados sexualmente*

Com relação ao comportamento sexual, 371 (71,1%) já haviam iniciado atividades dessa ordem, ressaltando-se que 18,5% dos homens e 35,4% das mulheres ainda não tinham iniciado estas práticas (Gráfico 3). A propósito a iniciação sexual foi maior entre os homens (81,5%) enquanto que entre as mulheres esta proporção foi de (64,6%).

Dentre os iniciados sexualmente, a idade menor das relações sexuais tanto entre os homens como entre as mulheres, foi 11 anos e a idade maior de 19. A média de idade de iniciação sexual foi de 15 anos entre os homens e de 16 anos entre as mulheres; já a moda foi de 15 anos para os homens e 17 para as mulheres. As diferenças encontradas quanto à idade de iniciação sexual por sexo foram significantes ($p < 0,001$).

Observa-se que os alunos do estudo apresentam idade de iniciação sexual mais precoce do que da população geral da Colômbia que ocorre entre 17 e 18 anos^(99,107). Este resultado também concorda com estudos sobre comportamento sexual em outros países cuja iniciação sexual ocorre mais frequentemente na adolescência e que as mulheres têm iniciação sexual mais tardia do que os homens⁽²⁾. É possível pensar que esta diferença condiz com o movimento de aumento da precocidade de início das práticas sexuais entre os jovens de vários países⁽²⁾.

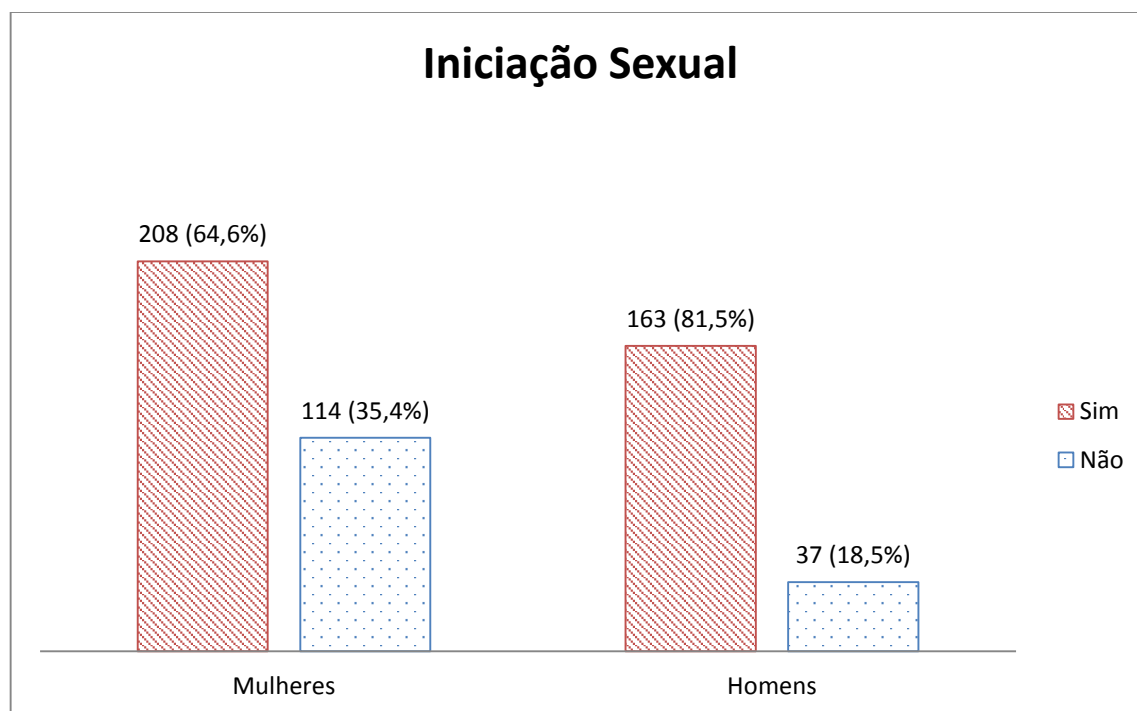


Gráfico 3. Alunos universitários segundo iniciação sexual. Bogotá – Colômbia, 2012.

A distribuição do número de parceiros é apresentada na tabela 5. Os homens, mais do que as mulheres, referiram ter mais de um parceiro(a) na vida: sendo de (78,5%) entre os alunos e (46,2%) entre as alunas. Estes valores foram superiores aos encontrados na Colômbia cujas proporções foram de 10,6% entre as mulheres e 18,5% entre os homens^(99,108). Se isto acompanha o processo de liberalização sexual é importante ressaltar evidências sobre a importância do número de parceiros sexuais na vida, diante do aumento do risco de contrair HPV⁽¹⁰⁹⁾. Estudos assinalam a importância dos antecedentes sexuais do parceiro no risco das mulheres em contraírem o HPV, apontando o papel dos homens como vetores do vírus. Em populações onde o número de parceiros entre os homens é elevado, o risco das mulheres de contrair o HPV depende mais do comportamento sexual do parceiro do que delas mesmas⁽⁴⁴⁾. Ressalta-se, outrossim, a necessidade de reconhecer o papel do homem na transmissão do HPV, a propósito da configuração dos programas de prevenção^(52,53).

Focalizando as relações sexuais tidas no último mês (Tabela 5), foi possível observar que 131 (63,0%) das alunas e 96 (58,9%) dos alunos, tiveram

um único(a) parceiro(a) sexual. Excluindo aqueles que não tiveram relações (sexuais) no último mês, a proporção de múltiplos parceiros sexuais cai para 2,4% entre as mulheres e 8,6% entre os homens. Aparentemente, trata-se de jovens cuja frequência de parceiros sexuais no último mês é baixa, comparada com os dados encontrados em universitários da Colômbia que é de 6,8% com um único parceiro(a) e de 62,3% com dois parceiros(as) no último mês⁽¹¹⁰⁾ – ressaltadas as diferenças de tamanho de amostra entre os dois estudos.

Os alunos informaram que seus relacionamentos sexuais são em geral de tipo heterossexual, restringindo-se sua presença a 12 (7,4%) entre os homens e 10 (4,8%) entre as mulheres que referiram relacionamentos sexuais com parceiros do mesmo sexo (Tabela 5). Estes dados são superiores aos da Colômbia onde a homossexualidade é de 1,0%⁽⁹⁹⁾. Resguardadas as dificuldades de obtenção de informações dessa ordem, estes resultados superiores fazem supor a possibilidade da observância de mudanças vigentes quanto as práticas sexuais.

Tabela 5. Estudantes com iniciação sexual, segundo numero de parceiros sexuais tidos na vida (n, %). Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Parceiros sexuais	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Parceiros na vida						
1	112	53,8	35	21,5	147	39,6
De 2 a 3	75	36,1	66	40,5	141	38,0
4 e mais	21	10,1	62	38,0	83	22,4
Parceiros no ultimo mês						
Nenhum	72	34,6	53	32,5	125	33,7
1	131	63,0	96	58,9	227	61,1
De 2 a 3	4	1,9	12	7,4	16	4,3
4 e mais	1	0,5	2	1,2	3	0,9
Parceiros do mesmo sexo						
Sim	10	4,8	12	7,4	22	5,9
Não	198	95,2	151	92,6	349	94,1
Total	208	100,0	163	100,0	371	100,0

No tocante aos 371 alunos *iniciados sexualmente*, o uso de proteção no último relacionamento sexual foi 89,2% (Tabela 6). Estes resultados são maiores do que os da população nacional (79,1%)⁽⁹⁹⁾.

O recurso preventivo mais usado, nas respectivas relações sexuais, pelos alunos foi a camisinha, referida por 71,2% entre os alunos e por 41,1% entre as alunas. Combinada com outros métodos (barreira e hormonais, barreira e pílula do dia seguinte, barreira e naturais) esta proporção alcançou 11,0% entre os homens e 15,7% entre as mulheres.

Somadas todas as formas ou combinações de uso da camisinha, este dispositivo alcançou a proporção de 82,2% nas relações referidas pelos alunos e 56,8% entre as alunas. Esta proporção de uso é alta comparada com outros estudos realizados em diversos países, onde se evidencia que a frequência de uso habitual entre os estudantes era de 27,4% – ressalvada a proporção de 48,7% referida ao último relacionamento sexual⁽¹¹¹⁾. Outros estudos revelam que mais homens do que mulheres referem o uso da camisinha nos relacionamentos sexuais, principalmente em encontros sexuais eventuais^(6,14,49).

Tabela 6. Estudantes, segundo o uso de recursos preventivos de proteção no ultimo relacionamento sexual (n,%). Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Insumos	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Só Barreira	76	41,1	104	71,2	180	54,4
Só Hormonais	60	32,4	15	10,3	75	22,7
Só pílula do dia seguinte	12	6,5	5	3,4	17	5,1
Só Naturais	7	3,8	6	4,1	13	3,9
Barreira e hormonais	18	9,7	5	3,4	23	7,0
Barreira e pílula do dia seguinte	9	4,9	8	5,5	17	5,1
Barreira e naturais	2	1,1	3	2,1	5	1,5
Naturais e pílula do dia seguinte	1	0,5	0	0,0	1	0,3
Total	185	100,0	146	100,0	331	100,0

O segundo recurso preventivo mais usado foi o grupo dos hormonais, sendo referido de forma isolada por (22,7%) dos entrevistados e de forma combinada com a camisinha por (17,5%). O dos hormonais, de forma isolada foi reportado por 32,4% das alunas e por 10,3% dos alunos. O uso combinado deste recurso alcançou uma proporção de 9,5% entre as mulheres e 3,4% entre os homens (Tabela 6).

Por outro lado foi referido o uso da pílula do dia seguinte como recurso preventivo único principalmente na ausência do uso da camisinha ou na vigência do recurso de métodos naturais. A proporção de uso dos recursos hormonais nestas condições alcança 53,8% entre as alunas e 22,6% no relato dos alunos.

Os métodos naturais foram referidos pelos alunos como recurso único (3,9%) e combinados com outros insumos (camisinha e pílula do dia seguinte) por 1,8% dos alunos.

Segundo a OMS na América Latina e o Caribe, no ano 2012, foi reportado que 67% da população sexualmente ativa utilizaram algum método contraceptivo⁽¹¹²⁾. Este valor continua sendo baixo, em que pese a possibilidade destes valores serem maiores em tempos mais recentes.

No nosso estudo, excluindo os métodos naturais, o uso de recursos de proteção foi superior ao encontrado em um estudo realizado na Colômbia. Onde a população feminina refere o uso da camisinha por 39,6% das entrevistadas; os hormonais foram registrados por 36,0% e os métodos naturais por 24,2% (Tabela 6)^(99,113,114).

Foi evidente a grande proporção de alunos que associaram a proteção à prevenção da gravidez indesejada. Secundariamente foi explicada a prevenção das DST, ou, ainda, a consideração (mais genérica) de garantia das condições de saúde em geral – o que pressupõe a preocupação com ambas as categorias de resposta. A propósito foram significativos os depoimentos que se seguem:

- *“Para evitar un embarazo no deseado a temprana edad, poder continuar con mis estudios y tener un mejor futuro”*
-

- *“Para prevenir enfermedades venéreas, embarazos y por salud personal en general”*
- *“Porque es seguro para mi salud sexual”*
- *“Por el bienestar de nosotros”*
- *“Porque he tenido una muy buena educación sexual y conozco todo lo que puede ocurrir si no llegara a protegerme”*

O não uso foi justificado, basicamente, a partir da consideração de que se tratava de relações com parceiros fixos ou em situações nas quais estava resguardada, no entender deles, a possibilidade de engravidar diante do fato das parceiras usarem recursos hormonais. A propósito, é importante assinalar que uma das respostas relativas ao não uso de recursos preventivos, se justificava diante do fato de o parceiro ser fixo e/ou do mesmo sexo – neste caso a ideia da não proteção reforça a associação da preocupação com a gravidez.

Observadas diferentes concepções de práticas preventivas, em função da diversidade de relacionamentos, o uso da camisinha é associado, com frequência, ao relacionamento sexual eventual que coexiste, por vezes, com relacionamentos fixos, nos quais é dispensado o uso de proteção.

No caso das mulheres, confiança e fidelidade são sentimentos que jogam um papel fundamental no uso da camisinha. Com frequência, as mulheres não exigem o seu uso para não contrariar o parceiro, assegurando a confiança existente nas relações sexuais entre eles – relegada a um segundo plano a importância atribuída à prevenção de doenças. Nestas condições elas não cobram do parceiro o uso da camisinha, reproduzindo, neste caso, as tradicionais hierarquias de gênero. Algumas respostas dadas pelos alunos deixam perceber, com frequência, que as mulheres deixam de exercer o direito diante dos parceiros em relação ao compartilhamento de decisões sobre o sexo seguro, acreditando que a fidelidade do parceiro as protege das DST, atestando a não assimilação da concepção mais ampla de proteção nas relações sexuais. Estas justificativas levam a desconsiderar a necessidade de uso de proteção, secundarizando a prevenção contra as DST em detrimento da sobrevalorização da responsabilidade da mulher pela proteção da gravidez.

O não uso de proteção foi frequentemente relacionado com o comprometimento do prazer, a anuência de questionamento por parte do parceiro, a falta de dinheiro para adquirir e usar recursos de proteção como justificativa do não uso:

- *“No sé, por pereza... No me gusta planificar”*
- *“La sensación no es la misma, no se siente el mismo placer y no me parece agradable”*
- *“Los hombres prefieren sin protección y uno por error y vergüenza uno no lo exige”*
- *“No hay dinero para comprarlos”*

Diante de relações eventuais se recorre alternativamente, ao uso da pílula do dia seguinte, ao lado da reafirmação da falta de disponibilidade de recursos de proteção no momento:

- *“Porque no se tiene un preservativo en ese momento”*
- *“Por el afán y por el momento acalorado y no esperado”*
- *“No tengo relaciones sexuales constantemente y porque mi pareja toma la pastilla del día después”*
- *“Por irresponsabilidad y/o falta de control, muchas veces uno se deja llevar por los deseos y las hormonas, tanto así que solo se piensa en el placer y no en las consecuencias”*
- *“No uso porque para eso existen las pastillas del día después”*

O não uso, na linha da justificativa de que se trata de parceiros fixos, combinam duas ordens de considerações. De um lado, a confiança no(a) parceiro – no que diz respeito a exposição as DST, e, de outro lado a preocupação com a prevenção da gravidez; tarefa delegada a mulher. Resta, além disso, a possibilidade sempre presente de recorrer a pílula do dia seguinte como forma de garantir a interrupção de uma possível gravidez diante do não uso da camisinha ou diante a falha de outros recursos.

No caso dos relacionamentos homossexuais é desconsiderada tanto a preocupação com a transmissão das DST quanto o temor de uma gravidez, como justificativas para o não uso de proteção:

- *“Ninguna, porque tengo una única pareja”*
- *“Mi pareja es estable y ya hay un nivel de confianza, por eso, para evitar un embarazo uso el DIU”*
- *“Mi pareja se cuida con pastillas”*
- *“Tengo un solo novio de varios años y estoy planificando con el jadelle (implante subdérmico)”*
- *“No porque uso la pastilla del día después, no es necesario si se conoce a la persona”*
- *“No porque son dos mujeres”*

Vale dizer que alguns alunos reportam o não uso de recursos de proteção apoiados no controle médico como forma de prevenção das DST. O que por vezes acontece é que um dos parceiros mantém também relações eventuais, dissociando a amplitude das condições de transmissão:

- *“Mi pareja se cuida pero ella no es a única persona con la que he mantenido relaciones y mi pareja asiste a citologías periódicamente”*

Ao lado da recusa aos métodos naturais, ainda é significativa a proporção de homens que não fazem uso do recurso de proteção em nosso estudo, ficando para as mulheres o encargo de mobilizar a devida proteção, deixando de lado a consideração das condições de contaminação relativas a transmissão das DST. No contexto da ampliação das liberdades sexuais, de acordo com Villela⁽⁷⁵⁾, a desigualdade de poder nas relações entre homens e mulheres é um dos motivos da dificuldade que ambos têm em discutir formas seguras de exercer a sexualidade, expondo-os por consequência às DST, ao lado da prevenção da gravidez indesejada⁽⁷⁵⁾.

Não iniciados sexualmente

Os alunos não iniciados sexualmente – 114 alunas (35,4%) e 37 alunos (18,5%) – reportaram suas previsões de uso de proteção em relações sexuais futuras (Tabela 7). A camisinha, exclusivamente, seria o recurso mais utilizado (31,1%) – sendo referida por 73,0% dos alunos e 17,5% das alunas; em segundo lugar o recurso de proteção mais nomeado foi o hormonal (5,3%), o terceiro foi a pílula do dia seguinte (4,6%) e, por último, os naturais (0,7%).

Também foi declarado pelos alunos o uso da camisinha combinada com outros recursos de proteção. Neste caso, a projeção de uso da camisinha junto a pílula do dia seguinte foi referido por 31,1% dos alunos; a camisinha e recursos hormonais foi citada por 25,2% e a camisinha combinada com métodos naturais seria usada por 1,3% dos alunos.

No total de alunos e alunas a projeção de uso da camisinha, de forma exclusiva ou não, alcançou 89,4%, evidenciando sua disseminação no imaginário dos alunos. No segmento masculino esta proporção alcançaria 92,6% e entre as alunas 87,7%.

Tabela 7. Projeção de uso de recursos preventivos de proteção entre os estudantes não iniciados sexualmente (n,%). Universitários, Bogotá - Colômbia, 2012

Insumos	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Só Barreira	20	17,5	27	73,0	47	31,1
Só Hormonais	8	7,0	0	0,0	8	5,3
Só pílula do dia seguinte	5	4,4	2	5,4	7	4,6
Só Naturais	1	0,9	0	0,0	1	0,7
Barreira e pílula do dia seguinte	45	39,5	3	8,1	48	31,8
Barreira e hormonais	35	30,7	3	8,1	38	25,2
Barreira e naturais	0	0,0	2	3,4	2	1,3
Total	114	100,0	37	100,0	151	100,0

Explicitando os motivos associados ao uso de proteção os depoimentos apontaram justificativas relacionadas à gravidez e transmissão de DST, da mesma forma que os alunos iniciados sexualmente:

- *“Pienso mucho en mi futuro y en el de mi compañero, además, porque estoy muy joven para asumir la responsabilidad de ser padre”*
- *“Porque estoy propensa a ser infectada con alguna enfermedad de transmisión sexual y además porque puedo quedar embarazada”*
- *“Si usaría protección ya que no quiero contagiarme con alguna enfermedad de transmisión sexual y también para evitar un embarazo no deseado”*
- *“Usaría condón, porque es el único que aparte de proteger un embarazo protege de infecciones de transmisión sexual”*

As alunas, mais do que os alunos, referiram o uso da vacina do HPV como recurso de proteção, considerando sua alta efetividade na prevenção da infecção, no desenvolvimento do câncer de colo de útero. Secundarizando, o que tudo indica, a relevância da camisinha em meio a desconsideração da preocupação com a prevenção das DST. Parece que o problema não é o vírus do HPV, mas a doença que decorre da contaminação:

- *“Usaría la vacuna ya que no es suficiente el preservativo”*
- *“Nada porque ya estoy vacunada contra el VPH”*

Sem duvida a abstinência está presente no universo dos alunos, constituindo a melhor forma de proteção contra os perigos que podem advir de uma relação sexual antes do casamento– posicionamento defendido por alguns movimentos religiosos na atualidade:

- *“Seguiré disfrutando de la abstinencia es la mejor alternativa”*
 - *“Soy cristiano, solo tendré sexo hasta que me case y mi novia debe ser virgen también”*
-

Excluída a opção pela abstinência, o não uso dos recursos de proteção ainda está presente entre os alunos, justificado devido a sua interferência no prazer. Nesta linha de arguição os alunos reiteram argumentos convencionais da perspectiva masculina e/ou da complacência das parceiras, seguida pela opção pelas práticas monogâmicas, o que, na concepção deles, dispensam seu uso. Este assunto, com frequência, se reporta as condições de segurança associada a estabilidade das relações que, no entender deles, conferem isenção da contaminação:

- *“Porque no me gusta”*
- *“Por complacer a mi pareja y porque me daría pena exigirlo”*
- *“No usaría protección si estoy seguro de mi pareja”*
- *“Porque pretendo que la persona que este conmigo sea mi esposo y las relaciones serian con mi pareja para toda la vida”*

No caso de relacionamentos eventuais os alunos podem ou não utilizar a camisinha, sendo ela dispensável no caso dos relacionamentos estáveis. Nestas situações, a iniciativa de proteção acaba sendo assumida pela mulher, sendo evocada, em seus depoimentos, a preocupação com a prevenção da gravidez— anulada a questão da preocupação com a transmissão das DST, sob a justificativa da fidelidade no caso das relações estáveis (exclusivas ou não). Na verdade, parecem desconsiderar as relações ocasionais, como se estes eventos fossem independentes por referência a transmissão das DST:

- *“Ninguna, es con mi compañero estable”*
- *“Ninguna, pero fue con mi pareja estable y ella planifica con inyecciones”*
- *“Depende de la persona con quien esté, si es mi novia en una relación estable no usaré, de lo contrario usaré condón ya que previene embarazos y ETS”*

Em meio à ambivalência dos comportamentos aventados coloca-se a relevância da questão do conhecimento sobre a transmissão das DST.

Conhecimento dos Recursos de proteção

Com relação ao conhecimento, entre ***iniciados e não iniciados*** (Tabela 8) 90,0% dos alunos se manifestaram, de forma correta, sobre a função da camisinha, da pílula anticonceptiva, dos anticoncepcionais injetáveis e da pílula do dia seguinte. Estes resultados, no que se refere a camisinha e aos recursos hormonais, são condizentes com estudos realizados na Colômbia que têm constatado um nível de conhecimento dos métodos contraceptivos superior a 90,0% entre adolescentes e jovens⁽⁹⁹⁾. Os dados do nosso estudo também são similares aos reportados num estudo realizado em Brasil segundo o qual, os métodos contraceptivos mais conhecidos e utilizados pelos adolescentes sexualmente ativos foram o preservativo masculino seguido pelos anticoncepcionais orais hormonais⁽¹¹⁵⁾.

Um número significativo de alunos, entretanto, mencionou desconhecer o tipo de proteção oferecido pelo DIU (14,0% entre mulheres e 25,5% entre homens), o implante subdérmico (36,0% entre mulheres e 50,0% entre homens), o coito interrompido (31,1% em mulheres e 33,0% entre homens) e a tabelinha (38,2% entre mulheres e 49,5% entre homens). Há menor nível de conhecimento entre os alunos do que entre as alunas.

Tabela 8. Conhecimento sobre recursos de proteção relacionados as DST e a gravidez (n, %). Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Insumos	DST		Gravidez		DST e Gravidez		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Camisinha										
Mulheres	16	5,0	11	3,4	292	90,7	3	0,9	322	100,0
Homens	6	3,0	11	5,5	178	89,0	5	2,5	200	100,0
Pílula do dia seguinte										
Mulheres	1	0,3	313	97,2	0	0,0	8	2,5	322	100,0
Homens	3	1,5	183	91,5	4	2,0	10	5,0	200	100,0
Pílula anticoncepcional										
Mulheres	2	0,6	300	93,2	10	3,1	10	3,1	322	100,0
Homens	4	2,0	178	89,0	2	1,0	16	8,0	200	100,0
Anticoncepcionais injetáveis										
Mulheres	1	0,3	294	91,3	17	5,3	10	3,1	322	100,0
Homens	2	1,0	166	83,0	9	4,5	23	11,5	200	100,0
DIU										
Mulheres	1	0,3	255	79,2	21	6,5	45	14,0	322	100,0
Homens	3	1,5	138	69,0	16	8,0	43	21,5	200	100,0
Implante subdérmico										
Mulheres	0	0,0	200	62,1	6	1,9	116	36,0	322	100,0
Homens	1	0,5	93	46,5	6	3,0	100	50,0	200	100,0
Coito Interrompido										
Mulheres	0	0,0	210	65,2	12	3,7	100	31,1	322	100,0
Homes	3	1,5	124	62,0	7	3,5	66	33,0	200	100,0
Tabelinha										
Mulheres	0	0,0	193	59,9	6	1,9	123	38,2	322	100,0
Homens	3	1,5	96	48,0	2	1,0	99	49,5	200	100,0

Com relação às atitudes relacionadas à sexualidade (Tabela 9) a prática por envolvimento afetivo foi mais valorizada entre as alunas (93,3%) do que entre os alunos (77,3%), sendo as diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$) – o que faz pensar na preservação de tradições convencionais no que se refere às relações sexuais. A prática sexual, exclusivamente pelo prazer, foi mencionada mais frequentemente pelos alunos 65,0% do que pelas alunas 26,9%, sendo estas diferenças estatísticas igualmente significantes ($p < 0,001$). Se isto acontece particularmente entre os alunos, vale dizer que não é desprezível a proporção de sua menção entre as alunas, enquanto sinais de renovação das práticas sexuais.

A relevância atribuída aos sentimentos de amor associado às práticas sexuais encontra consonância nos dados nacionais⁽¹¹⁶⁾. Pesquisas têm mencionado que as primeiras experiências sexuais dos alunos, por vezes, se dão dentro de um contexto de relacionamento estável– onde a questão do amor tem espaço de consideração; mas em outros casos, ocorre como curiosidade, como forma de obter prazer, independente dos sentimentos de amor associados ou não a compromissos formais⁽⁷¹⁾ – que justificaria a alternativa de relacionamentos motivados exclusivamente pelo prazer.

Na Colômbia, a sexualidade constitui uma temática importante nos meios de comunicação de massa. A indústria cultural traça e propõe novos “mapas de significados” que orientam novos costumes e normas sociais no âmbito da sexualidade. Dissemina-se o uso “verdadeiro e legítimo” dos desejos, dos prazeres e da valorização estética dos corpos.

Apesar da baixa proporção foi mencionado o exercício de práticas sexuais por dinheiro – 5,5% entre os homens e 1,9% entre as mulheres. A este respeito, alguns estudos evidenciam que o intercâmbio do sexo por benefícios econômicos dificulta a negociação do uso da camisinha⁽¹¹⁷⁾.

A troca de sexo por drogas ou de dinheiro para comprá-las é um comportamento frequente que acentua a vulnerabilidade social, econômica e psicológica o que se associam ao incremento do contágio de DST⁽²⁰⁾.

Tabela 9. Motivo(s) associado às relações sexuais por sexo (n,%). Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Motivo de relacionamento sexual	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Relacionamentos por Envolvimento afetivo						
Sim	194	93,3	126	77,3	320	86,3
Não	14	6,7	37	22,7	51	13,7
Só por prazer						
Sim	56	26,9	106	65,0	162	43,7
Não	152	73,1	57	35,0	209	56,3
Dinheiro						
Sim	4	1,9	9	5,5	13	3,5
Não	204	98,1	154	94,5	358	96,5
Outros						
Sim	9	4,3	6	3,7	15	4,0
Não	199	95,7	157	96,3	356	96,0
Total	208	100,0	163	100,0	371	100,0

X² amor /homens-mulheres (p<0,001)

X² prazer /homens-mulheres (p<0,001)

Do total de estudantes iniciados sexualmente, 44,5% fizeram sexo sob efeito do álcool (Tabela 10). Esta proporção corresponde a 58,3% entre os homens e a 33,6% entre as mulheres, sendo as diferenças estatisticamente significantes (p<0,001). Estes dados são similares aos encontrados em estudo realizado com adolescentes de Medellín, onde 43,67% dos participantes tinham consumido alguma substância psicoativa e tido práticas sexuais sob efeito das mesmas⁽¹¹⁸⁾.

Por sua vez, o consumo específico de drogas ilícitas antes da realização de práticas sexuais (Tabela 10) ocorreu em 5,8% entre as mulheres e 13,5% entre os homens que participaram do estudo, sendo as diferenças estatisticamente significantes (p<0,001).

Estes dados são significativos na medida em que o uso de substâncias psicoativas, como o álcool, ou as drogas, pode propiciar comportamentos sexuais de risco, na medida em que ocorrem de forma desprotegida, o que aumentaria a chance de adquirir DST⁽¹¹⁸⁾. A propósito, estes dados são comparáveis com estudos da literatura os quais evidenciam interação de substâncias psicoativas com o não uso de proteção nos relacionamentos sexuais (118,119).

Tabela 10. Relações sexuais e consumo de álcool e drogas por sexo (n,%). Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Consumo	Relacionamento sexual					
	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Álcool						
Sim	70	33,6	95	58,3	165	44,5
Não	136	65,4	68	41,7	204	55,0
Não responde	2	1,0	0	0,0	2	0,5
Drogas						
Sim	12	5,8	22	13,5	34	9,2
Não	195	93,8	141	86,5	336	90,5
Não responde	1	0,4	0	0,0	1	0,3
Total	208	100,0	163	100,0	371	100,0

X² álcool /homens-mulheres (p<0,001)

X² drogas /homens-mulheres (p<0,010)

No estudo, consumidores de substâncias psicoativas, principalmente álcool, confirmaram a realização de relações sexuais sem proteção:

- *“No he utilizado protección”*
- *“Ninguna protección bajo el efecto del alcohol”*
- *“A veces Condón, aunque en estado de embriagues es difícil pensar en eso”*
- *“Si en algún momento de tragos y bebidas alcohólicas, uno no se auto regula para escoger las personas y usar protección”*

Tendo em consideração o uso da camisinha, como recurso de prevenção diante do risco de contrair DST (Quadro 1), foi realizada uma análise estratificada por sexo, para evidenciar a relação entre o uso da camisinha no último relacionamento sexual e as variáveis independentes: consumo de cigarro, consumo de bebida alcoólica, consumo de drogas, idade de início de relacionamentos sexuais, número de parceiros sexuais na vida, o número de parceiros no último mês, relacionamentos sexuais com parceiros do mesmo sexo, relacionamentos sexuais sob efeito do álcool, relacionamentos sexuais sob efeito de drogas, relacionamentos por envolvimento afetivo, relacionamentos sexuais por prazer e a percepção do risco de contrair HPV.

De acordo com o quadro 1, os resultados não mostraram relação entre o uso da camisinha e as variáveis acima relacionadas. É possível pensar que o uso da camisinha seja considerado dispensável em se tratando de relacionamentos estáveis cujas uniões são lastreadas pelas relações de confiança no (a) parceiro (a) conforme atestam os depoimentos pessoais dos alunos– com todos os riscos que estas situações encerram.

Esses resultados apontam para a necessidade de serem adotadas estratégias de prevenção em saúde sexual e reprodutiva, que levem em conta o uso da camisinha como recurso para diminuir, a exposição dos alunos as DST. Apesar de não serem totalmente efetivo na garantia da prevenção da infecção, ele certamente não é menos indispensável quando se cogita da intenção de atuar no âmbito programático, na perspectiva da vulnerabilidade.

Quadro 1. Uso de camisinha no último mês entre – análise estratificada por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Variável	Odds-Ratio Mulheres	Odds-Ratio Homens	Teste de homogeneidade Mantel-Haenszel p- Valor	Mantel- Haenszel OR Combinado	Mantel- Haenszel OR Combinado p-Valor
Consumo de cigarro	1,165 [0,541;2,552]	1,253 [0,635;2,481]	0,881	1,21 [0,756;1,947]	0,422
Consumo de bebida alcoólica	1,035 [0,425;2,570]	0,648 [0,189;2,172]	0,494	0,872 [0,458;1,660]	0,677
Consumo de Drogas	0,579 [0,171;1,755]	0,732 [0,300;1,727]	0,723	0,669 [0,357;1,251]	0,207
Idade de início de relacionamentos sexuais	1,232 [0,627;2,413]	0,871 [0,444;1,703]	0,441	1,035 [0,666;1,609]	0,877
Número de parceiros na vida	1,410 [0,784;2,540]	1,294 [0,568;2,930]	0,856	1,368 [0,878;2,132]	0,166
Número de parceiros no último mês	0,876 [0,472;1,619]	1,180 [0,580;2,394]	0,502	0,997 [0,647;1,536]	0,989
Parceiros do mesmo sexo	1,250 [0,285;6,207]	1,379 [0,333;6,687]	0,915	1,314 [0,531;3,254]	0,554
Relacionamentos sexuais sob efeito do álcool	0,888 [0,479;1,649]	1,414 [0,719;2,780]	0,285	1,098 [0,719;1,679]	0,662
Relacionamentos sexuais sob efeito de drogas	0,570 [0,138;2,174]	2,280 [0,786;7,507]	0,078	1,310 [0,633;2,708]	0,464
Relacionamentos por envolvimento afetivo	3,239 [0,817;18,543]	0,882 [0,396;1,981]	0,088	1,271 [0,683;2,364]	0,447
Relacionamentos por prazer	1,138 [0,587;2,220]	0,971 [0,482;1,948]	0,728	1,055 [0,675;1,649]	0,812

Resumo

A idade de início do relacionamento sexual entre os entrevistados, por referência a moda, foi de 15 anos entre os alunos e de 17 anos entre as alunas. O número de parceiros sexuais durante toda a vida foi maior entre os homens do que entre as mulheres. Em ambos os sexos foi encontrada associação entre menor idade de início dos relacionamentos sexuais com o maior número de parceiros sexuais na vida. Embora as preferências sexuais dos alunos estejam predominantemente enquadradas na conduta heterossexual, a homossexualidade esteve presente entre eles (5,9%), sendo maior na população masculina.

Os recursos preventivos mais usados pelos alunos para proteção das DST e da gravidez foram a camisinha e os contraceptivos hormonais, usados como

recursos únicos ou combinados com outros métodos. Os recursos menos usados foram os naturais.

É importante assinalar que dentre as respostas relativas ao não uso de recursos preventivos, alguns tiveram como justificativa o fato do parceiro ser fixo e/ou do mesmo sexo; em outras situações o uso da camisinha foi associado ao relacionamento sexual eventual que coexiste, por vezes, com relacionamentos fixos, nos quais é dispensado o uso de proteção. De forma geral, o não uso de proteção foi relacionado com o comprometimento do prazer, a anuência de questionamento por parte do parceiro (a) e a falta de dinheiro para adquirir e usar recursos de proteção. A propósito, a maioria dos alunos iniciados sexualmente referiu ter relacionamentos sexuais por envolvimento afetivo, embora exista uma proporção significativa de homens, mais do que de mulheres, que têm relacionamentos explicitamente por prazer.

No caso das mulheres, confiança e fidelidade são sentimentos que jogam um papel fundamental como justificativa para o não uso da camisinha, secundarizada a prevenção contra as DST. Ao lado do recurso aos métodos naturais, ainda é significativa a proporção de homens que não fazem uso de proteção entre os universitários, ficando para as mulheres o encargo de mobilizar a devida proteção. Como respaldo para o não uso de proteção, desponta a alternativa do uso da pílula do dia seguinte, capaz de garantir a interrupção de uma gravidez centro de suas preocupações.

No universo dos alunos não iniciados sexualmente, sem dúvida, a abstinência está presente, constituindo para um segmento significativo a melhor forma de proteção contra os perigos que podem advir de uma relação sexual antes do casamento.

A análise estratificada não mostrou associação entre o uso da camisinha no último relacionamento sexual e as variáveis incluídas no modelo, ressaltada a generalização do não uso na população de universitários.

Reconhecimento das DST / Vírus do Papiloma Humano

A maioria dos alunos já ouviu falar das DST, no entanto, o nível de conhecimento variou em relação ao tipo de doença (Tabela 11). Os alunos referiram conhecer mais o HIV/AIDS (95,6%), seguida do herpes genital (76,6%), da gonorreia (71,6%) e da sífilis (67,2%).

O HPV foi mencionado em quinto lugar só estando à frente da *clamídia trachomatis*, o que contrasta com a disseminação das mesmas, particularmente entre os jovens. Num estudo realizado nos Estados Unidos consta que 50% das DST ocorrem em pessoas de 15 a 24 anos, sendo o HPV a doença mais prevalente (71,0%)⁽¹²⁰⁾.

Estes dados são similares aos estudos internacionais segundo os quais a maioria dos universitários já escutou falar do HPV e de suas sequelas^(3,4,9,10,62,63). Estes dados são comparáveis com vários estudos científicos onde se evidencia que o nível de conhecimentos do HPV é inferior ao de outras DST, como o HIV e a sífilis^(8,121).

Mulheres reconheceram mais o HPV (66,8%) do que os homens (50,5%). A propósito, nosso estudo reporta uma porcentagem menor de reconhecimento da infecção comparada com cifras encontradas para Bogotá. Neste mesmo estrato etário 68,2% da população conhecia a doença; 86,0% entre as mulheres de nível de escolaridade superior⁽¹²²⁾.

Tabela 11. Conhecimento das DST (n,%) por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

DST / Conhecimento	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
HIV/AIDS						
Sim	308	95,7	191	95,5	499	95,6
Não	14	4,3	9	4,5	23	4,4
Herpes Genital						
Sim	244	75,8	156	78,0	400	76,6
Não	78	24,2	44	22,0	122	23,4
Gonorreia						
Sim	222	69,0	152	76,0	374	71,6
Não	100	31,0	48	24,0	148	28,4
Sífilis						
Sim	208	64,6	143	71,5	351	67,2
Não	114	35,4	57	28,5	171	32,8
HPV						
Sim	215	66,8	101	50,5	316	60,5
Não	107	33,2	99	49,5	206	39,5
Clamídia Trachomatis						
Sim	37	11,5	18	9,0	55	10,5
Não	285	88,5	182	91,0	467	89,5
Total	322	100,0	200	100,0	522	100,0

De acordo com estudos anteriores a maioria dos universitários já escutou falar do HPV e de suas consequências⁽⁷⁻¹¹⁾, embora, a frequência com que os alunos avaliam a importância da gravidade atribuída às DST, nem sempre guarda relação com o conhecimento manifesto sobre as mesmas. Neste sentido os estudantes foram convidados a assinalar o grau de gravidade das doenças apontadas anteriormente. Segundo eles, a HIV/AIDS foi avaliada no nível de mais alta gravidade por 93,6% dos alunos – 93,5% entre as mulheres e 94,0% entre os homens (Tabela 12).

O HPV, por sua vez, foi a segunda doença de maior gravidade, sendo referida por 51,7% dos alunos. Ressalta-se, outrossim, o grau diferenciado atribuído ao HPV entre as mulheres 60,9%, enquanto que na população masculina esta proporção foi somente de 37,0%.

Na sequência, a sífilis, referida por 41,2% dos alunos; a gonorreia por 33,1%, o herpes genital por 28,3% e em último lugar a *clamídia trachomatis* (11,7%).

Embora a maioria dos estudantes tenha ouvido falar do HPV, o entendimento que eles têm é insuficiente ou, às vezes, ausente. Muitos estudantes desconhecem os fatores de risco para a aquisição da infecção assim como das formas de prevenção. Segundo vários autores^(6,57), eles subestimam o risco de se infectar com o HPV, não se vendo como responsáveis por sua propagação⁽⁵⁷⁾.

Tabela 12. Gravidade das DST (n, %) por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.

DST / Gravidade	Importância da doença											
	Nenhuma		Pouca		Media		Alta		Desconhece		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HIV/AIDS												
Mulheres	1	0,3	2	0,6	10	3,1	301	93,5	8	2,5	322	100,0
Homens	1	0,5	0	0,0	3	1,5	188	94,0	8	4,0	200	100,0
Subtotal	2	0,4	2	0,6	13	2,5	489	93,6	16	3,1	522	100,0
HPV												
Mulheres	8	2,5	10	3,1	43	13,3	196	60,9	65	20,2	322	100,0
Homens	6	3,0	12	6,0	39	19,5	74	37,0	69	34,5	200	100,0
Subtotal	14	2,7	22	9,1	82	15,7	270	51,7	134	25,7	522	100,0
Sífilis												
Mulheres	5	1,5	17	5,3	95	29,5	130	40,4	75	23,3	322	100,0
Homens	4	2,0	13	6,5	59	29,5	85	42,5	39	19,5	200	100,0
Subtotal	9	1,7	30	11,8	154	29,5	215	41,2	114	21,9	522	100,0
Gonorreia												
Mulheres	3	0,9	21	6,5	142	44,1	101	31,4	55	17,1	322	100,0
Homens	3	1,5	13	6,5	91	45,5	72	36,0	21	10,5	200	100,0
Subtotal	6	1,2	34	13,0	233	44,6	173	33,1	76	14,6	522	100,0
Herpes Genital												
Mulheres	3	0,9	24	7,4	156	48,4	90	28,0	49	15,2	322	100,0
Homens	2	1,0	25	12,5	82	41,0	58	29,0	33	16,5	200	100,0
Subtotal	5	1,0	49	19,9	238	45,6	148	28,3	82	15,7	522	100,0
Clamídia Trachomatis												
Mulheres	13	4,1	9	2,8	33	10,2	37	11,5	230	71,4	322	100,0
Homens	14	7,0	11	5,5	13	6,5	24	12,0	138	69,0	200	100,0
Subtotal	27	5,2	20	8,3	46	8,8	61	11,7	368	70,5	522	100,0

Resumo

A maioria dos alunos já ouviu falar sobre as DST, porém, o HPV só foi citado em quinto lugar na ordem de importância das DST, embora reconheçam (segundo lugar) a gravidade da infecção. Ressaltam-se diferenças entre homens e mulheres (60,9% entre as mulheres e entre os 37,0% homens).

Conhecimento do HPV: Transmissão da infecção

A principal fonte de informação que os alunos têm usado para adquirir informações sobre o HPV foi a mídia 223 (42,7%), seguida dos folhetos 208 (39,8%), do acesso aos profissionais da área da saúde 203 (38,9%) e aos familiares 179 (34,3%) (Tabela 13). A baixa referência aos pais como fonte de informação sobre as DST contradizem estudos colombianos onde este canal de comunicação apareceu como principal fonte de informação (67,5 %)⁽¹²³⁾.

Em relação ao conhecimento sobre o desenvolvimento da infecção pelo HPV só, 39,8% dos alunos mencionou que ela se desenvolve em mulheres e homens – tabela 14. Como contrapartida desses valores, 38,9% respondeu que a infecção se desenvolve só em mulheres e, 5,6%, só em homens – ao lado da elevada proporção de alunos (15,7%) que manifestou não saber em quem a infecção incide.

Espelhando este nível de desconhecimento, somente 47,1% percebem o risco de contrair o HPV entre os alunos (50,3% entre as mulheres e 42,0% entre os homens). Na verdade, os alunos já ouviram falar sobre o HPV, porém, o conhecimento específico da infecção ainda é precário. Resultados similares foram encontrados na Colômbia⁽¹²⁴⁾. A maioria refere que o HPV é uma grave infecção para as mulheres; os homens não percebem que o HPV é uma doença grave para eles mesmos^(8,14).

Tabela 13. Fonte de conhecimento sobre o HPV (n,%) por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Fonte de conhecimento	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Mídia	129	40,1	94	47,0	223	42,7
Folhetos	140	43,5	68	34,0	208	39,8
Profissionais da saúde	136	42,2	67	33,5	203	38,9
Familiares	121	37,6	58	29,0	179	34,3
Professores	85	26,4	55	27,5	140	26,8
Amigos	75	23,3	57	28,5	132	25,3
Seguro de saúde	68	21,1	27	13,5	95	18,2
Não tem informação	25	7,8	23	11,5	48	9,2
Total	322	100,0	200	100,0	522	100,0

Obs. Mídia inclui TV e internet

Tabela 14. Desenvolvimento do HPV entre homens e mulheres e percepção de risco por sexo (n, %). Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Conhecimento do HPV	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
O HPV se desenvolve em						
Homens	15	4,7	14	7,0	29	5,6
Mulheres	138	42,9	65	32,5	203	38,9
Homes e mulheres	126	39,1	82	41,0	208	39,8
Não sabe	43	13,3	39	19,5	82	15,7
Você corre risco de infecção pelo HPV?						
Sim	162	50,3	84	42,0	246	47,1
Não	160	49,7	116	58,0	276	52,9
Total	322	100,0	200	100,0	522	100,0

Convidados a explicitar como se dá o desenvolvimento da infecção entre homens e mulheres, ao lado do desconhecimento assumido sobre o assunto, boa parte dos alunos refere que a infecção só se desenvolve entre mulheres:

- *“No lo tengo claro”*
- *“No tengo información”*
- *“No he escuchado de casos en hombres”*
- *“Solo se desarrolla en mujeres”*

Numa outra vertente eles concordam que ambos, homens e mulheres, pegam a doença, porém cabe ao homem o papel de transmissor ou ainda que, uma vez infectados, não desenvolvem a doença– que é mais grave entre as mulheres:

- *“Afecta a ambos pero sus efectos son graves en las mujeres”*
- *“El hombre es el portador y tiene latente el virus en su cuerpo”*
- *“El hombre solo porta el virus y éste no se desarrolla como una enfermedad”*
- *“Los hombres transmiten el virus y las mujeres lo desarrollan”*

Em meio a estas dissonâncias há aqueles que reconhecem, corretamente, que a infecção afeta homens e mulheres, sendo transmitida de um para o outro e, que ambos desenvolvem manifestações clínicas graves:

- *“Se desarrolla más que todo en las mujeres, pero los hombres también pueden contraerlo estando con mujeres que ya tengan el virus”*
- *“Las verrugas pueden aparecer en los hombres y las mujeres”*
- *“En la mujer desarrolla el cáncer de cuello uterino, en el hombre portador se manifiesta como cáncer de próstata”*

Especificando os conhecimentos sobre as formas de contágio do HPV, a via de transmissão sexual foi referida pelos participantes, ressaltando-se a

concepção de que pode ocorrer nas diferentes práticas sexuais, para além da penetração, estrito-senso, envolvendo contato direto pele-pele dos genitais, no sexo anal e nos casos de sexo oral. Outros fatores mencionados foram o início precoce dos relacionamentos sexuais, a multiplicidade de parceiros, sendo estes do mesmo sexo, ou não e diante do não uso de preservativo nos relacionamentos sexuais:

- *“Contacto sexual, no necesariamente coito-vaginal, sino también con “roces” entre los genitales, por medio de práctica del sexo anal, oral y vaginal”*
- *“Por contacto con las verrugas genitales, no necesariamente debe haber penetración”*
- *“En orgias donde muchas personas de varios sexos hacen actos sexuales entre sí”*
- *“Es de transmisión sexual y las relaciones pueden tener lugar entre hombre con hombre, mujer con mujer y entre heterosexuales”*
- *“Relaciones sexuales a temprana edad”*

Outro grupo de alunos expressou confusão entre os fatores de contágio para HIV/AIDS e para o HPV como, por exemplo, na via de transmissão mãe filho e contato com fluídos corporais:

- *“De la madre a la hija en el embarazo”; “En el parto”; “Por herencia”*
 - *“Por medio de secreciones corporales como saliva y fluidos genitales”*
 - *“Por contacto con fluidos sanguíneos, transfusiones de sangre, uso inadecuado de jeringas, con elementos corto punzantes infectados”*
 - *“Por el uso de implementos de otras personas como jeringas, cigarrillos, cepillos de dientes”*
 - *“A través del SIDA”; “El VPH es el antecesor del VIH”*
-

Outras formas de transmissão mencionadas pelos alunos foram relacionadas com a higiene pessoal e a salubridade do ambiente:

- *“Por malos hábitos de higiene personal”*
- *“Se contagia con toallas contaminadas o usando ropa interior de alguien infectado”*
- *“Se contagia por el aire, heces fecales y bacterias, en los baños públicos y piscinas”*

Assume importância, no tocante a prevenção da transmissão do HPV, o uso da camisinha, relativizado o papel protetor dos demais contraceptivos em relação a contaminação pelas DST – no caso de indivíduos não vacinados:

- *“Por relaciones sexuales sin protección, como el condón porque los otros anticonceptivos no previenen esto, o entre personas sin la vacuna”*

Resumo

Os alunos procuram informação sobre o HPV, prioritariamente, na mídia, nos folhetos e através dos profissionais da área da saúde; em menor proporção com familiares amigos ou professores.

Ressaltado o desconhecimento sobre o assunto, uma proporção de 39,8% dos alunos respondeu que tanto homens como mulheres podem desenvolver a infecção do HPV. De forma correspondente, a apercepção do risco de adquirir a infecção pelo HPV entre os alunos é baixa sendo menor entre os homens (42,0%). Mesmo concordando que homens e mulheres pegam a doença, caberia ao homem o papel de transmissor e / ou uma vez infectado, não desenvolve doença– que é mais grave entre as mulheres.

Sobre as formas de contágio do HPV, eles apontam a via de transmissão sexual, ressaltando-se a concepção de que a transmissão pode ocorrer em diferentes práticas sexuais, para além da penetração, estrito-senso, envolvendo contato

direto pele-pele dos genitais, no sexo anal e nos casos de sexo oral. Outros fatores de risco para a transmissão foram: o início precoce dos relacionamentos sexuais, a multiplicidade de parceiros, sendo estes do mesmo sexo, ou não, e diante do não uso de preservativo nos relacionamentos sexuais.

Um grupo de alunos expressou confusão entre os fatores de contágio para HIV/AIDS e para o HPV mencionando, por exemplo, a via de transmissão mãe filho e contato com fluídos corporais. Outras formas de transmissão mencionadas pelos alunos foram relacionadas com a higiene pessoal e a salubridade do ambiente.

Conhecimento do HPV: doenças decorrentes da infecção

Quando indagados sobre as possíveis consequências da infecção pelo HPV, um contingente de alunos manifestou não ter informações e/ou que o HPV não tem consequências para a saúde:

- *“No tengo información”*
- *“No estoy segura pero creo que es el VIH/SIDA”*
- *“No hay consecuencias”*
- *“Este virus no tiene mayores consecuencias, todos podemos ser portadores”*
- *“En realidad es conocida como la enfermedad silenciosa así que no posee manifestaciones a nivel corporal”*

Dentre eles é perceptível a confusão com o HIV e o herpes genital entre outras doenças:

- *“Sufrimiento y muerte ya que es una enfermedad sin cura”*
 - *“Desarrollo de trombos o masas y pérdida de órganos genitales”*
 - *“Es una enfermedad degenerativa donde se deteriora el sistema inmunológico, hay hemorragias, complicaciones respiratorias, pérdida de peso y más susceptibilidad a cualquier enfermedad o infección”*
-

- *“Brote en la zona genital que produce dolor, sangrado, incomodidad, malos olores, herpes genital, infertilidad, cáncer de vejiga”*
- *“Por alteraciones en el cuerpo, es no volver a tener vida sexual, hay segregación social”*

Numa outra categoria, uma proporção de universitários respondeu, de forma adequada, que o HPV pode causar o câncer de colo de útero e verrugas genitais– em homens e mulheres. Outro grupo, entre tanto, mostrou concepções errôneas, associando sua ocorrência, exclusivamente, entre as mulheres:

- *“Cáncer de útero y verrugas genitales”*
- *“En el hombre ninguna, solo actúa como transmisor y en las mujeres se puede desarrollar cáncer de cuello uterino y verrugas”*

É importante ressaltar que não foram mencionadas nas justificativas dos universitários, consequências decorrentes da infecção pelo HPV como o câncer de pênis, anal, orofaríngeo, laríngeo e de esôfago.

Resumo

Quando indagados sobre as possíveis consequências da infecção pelo HPV, um contingente de alunos manifestou não ter informações a respeito ou ainda, que o HPV não tem consequências para a saúde. Parte dos universitários respondeu adequadamente, que o HPV pode causar o câncer de colo de útero e verrugas genitais– em homens e mulheres. Outro grupo, entretanto, mostrou concepções errôneas, associando sua ocorrência, exclusivamente as mulheres.

Conhecimento do HPV: Prevenção da infecção

Os alunos conhecem, de forma geral, as formas de prevenção da infecção pelo HPV– a despeito do desconhecimento e confusões seja em relação a transmissão, seja em relação as consequências da infecção. Poucos estudantes,

no entanto, identificaram a efetividade parcial da camisinha e a limitada proteção oferecida pelos outros recursos diante das características específicas do HPV. Diante do desconhecimento em relação a transmissão e efeitos decorrentes da infecção, prevalece um número significativo de alunos que dizem assumir o não conhecimento das formas de prevenção:

- *“No tengo información”*
- *“No conozco ninguno que ofrezca protección, ya que uno está expuesto a todo, así tenga uno protección con condón y la vacuna porque yo no sé hasta qué grado puede proteger la vacuna”*

O uso da camisinha foi apontado como principal estratégia para a prevenção das DST, incorporado como barreira ao desenvolvimento de várias DST, tendo por modelo o HIV em particular:

- *“Es básico el uso de condón y de anticonceptivos”*
- *“Uso de métodos de planificación que impidan las ETS”*
- *“No consumiendo drogas, ni alcohol a la hora de tener relaciones sexuales porque uno no se protege con el condon”*

Um grupo de alunos mencionou, explicitamente, os fatores de prevenção para a AIDS como referência à prevenção contra o HPV envolvendo:

- *“Con el uso de antibióticos”*
- *“Cuidado de las heridas en los hospitales y evitando transfusiones sanguíneas”*
- *“No teniendo relaciones sexuales con los del mismo sexo”*

Os alunos lembraram, também, estratégias comportamentais relacionadas a precocidade da vida sexual, o número de parceiros (as) sexuais, o que implicaria na escolha cuidadosa dos mesmos (as) assim como a abstinência sexual, a confiança e a fidelidade no relacionamento:

- *“Evitando tener relaciones sexuales a temprana edad”*
-

- *“Tener sexo con pocas personas en lo posible con una sola y asegurarse de que este sana”*
- *“No siendo promiscuo”*
- *“Se debe conocer a la pareja con la que se va a estar y no tener relaciones sexuales con desconocidos”*
- *“Conociendo el pasado sexual de las parejas”*
- *“No teniendo relaciones sexuales”*
- *“Teniendo relaciones estables con parejas permanentes y/o una única pareja donde haya amor, respeto y fidelidad”*

Nesta linha comportamental também foram citadas a questão do controle das condições ambientais e de higiene, reatualizando as formas de prevenção do HPV:

- *“No utilizar elementos íntimos que hayan sido usados por otra persona”*
- *“Evitar usar baños desconocidos”*
- *“Evitar prácticas de sexo oral, tener una buena higiene en el área genital”*

A realização periódica do Papanicolau e de exames médicos, também integrou o conjunto de apreciações mencionadas pelos alunos. Se isto não previne, exatamente, a transmissão, concorre para o diagnóstico e o controle da infecção – utilizado, acrescentando-se como argumento de que o exame pode constatar a garantia da confiabilidade na parceria:

- *“Con la realización de controles médicos y ginecológicos preventivos y con la realización de citología”*

Os alunos manifestaram a importância da vacina na prevenção da doença principalmente para o controle da infecção entre as mulheres:

- *“Vacuna en la mujeres”*
 - *“Aplicándose la vacuna del VPH”*
-

Conhecimento sobre a Vacina do HPV

No tocante a vacina, 49,4% dos alunos já ouviu falar dela, ressaltados os diferenciais de gênero: 63,3% das mulheres e 27,0% dos homens (Tabela 15). A prevalência de conhecimento da vacina encontrado foi superior aos resultados obtidos num estudo realizado na Colômbia. Entre estas mulheres o nível de conhecimento da existência da vacina foi de 32,1% aproximadamente⁽¹²⁵⁾.

Dentre os alunos que afirmaram conhecer a vacina, 65,9% mencionaram que esta confere uma proteção parcial – 20,0% proteção total, 0,8% diz que a vacina não confere proteção e 13,2% mencionou não ter conhecimento a respeito (Tabela 15).

Dos alunos que mencionaram conhecer a vacina do HPV 58,5% referiu que ela é destinada só a mulheres e 31,8% respondeu que pode ser destinada tanto aos homens como as mulheres (Tabela 15).

Quando questionados acerca da possibilidade de tomar a vacina, como forma de proteção, 95,0% dos alunos respondeu de forma positiva (Tabela 15) mesmo aqueles que ressaltaram, anteriormente, a importância da vacina exclusivamente para as mulheres.

Tabela 15. Conhecimento da vacina do HPV por sexo (n, %). Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Vacina do HPV	Mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ouviu falar sobre a vacina?						
Sim	204	63,4	54	27,0	258	49,4
Não	118	36,6	146	73,0	264	50,6
Subtotal	322	100,0	200	100,0	522	100,0
Proteção da vacina						
Total	38	18,6	14	25,9	52	20,1
Parcial	135	66,2	35	64,8	170	65,9
No protege	2	1,0	0	0,0	2	0,8
Não sabe	29	14,2	5	9,3	34	13,2
Subtotal	204	100,0	54	100,0	258	100,0
A quem se destina?						
Homens	2	1,0	2	3,7	4	1,6
Mulheres	127	62,3	24	44,4	151	58,5
Homens e mulheres	55	26,9	27	50,0	82	31,8
Não sabe	20	9,8	1	1,9	21	8,1
Subtotal	204	100,0	54	100,0	258	100,0
Você acha que os universitários deveriam tomar a vacina?						
Sim	306	95,0	190	95,0	496	95,0
Não	16	5,0	10	5,0	26	5,0
Subtotal	322	100,0	200	100,0	522	100,0

Especificando as respostas sobre a aplicação da vacina, no caso dela ser disponibilizada aos universitários, 26 alunos que responderam negativamente mencionaram:

- “Desconozco la enfermedad y si hay vacuna”
- “No porque esta vacuna no está perfeccionada y genera efectos secundarios en la salud”
- “No es necesario me cuido”

Dentre aqueles que responderam positivamente, foi referido que a vacina poderia prevenir doenças graves, principalmente o câncer de colo de útero:

- *“Para evitar enfermedades peligrosas y muerte”*
- *“Para disminuir la probabilidad de contagio y así no estar expuestos a los riesgos de la enfermedad”*
- *“Ayudaría a disminuir el porcentaje de mujeres con cáncer de cuello uterino”*
- *“Se evitara la mortalidad de más mujeres por este virus”*

Num outro plano, alguns alunos, supervalorizaram a relevância da vacina, apresentada como a solução para o contágio do HPV, mantendo o viés de sua ocorrência, circunscrita entre as mulheres:

- *“La vacuna es una herramienta de protección puede evitar los riesgos al tener relaciones sexuales en condiciones vulnerables ya que la vida sexual se los jóvenes es activa, así ya no habría contagio del virus hacia las mujeres”*
- *“Para protegerse porque el virus se está disparando y este ámbito universitario es propicio para llegar a embarrarla por el consumo de alcohol y drogas”*

Confirmando a relevância atribuída a vacina, os alunos reiteraram a dificuldade de acessá-la, recomendando a oferta gratuita por parte dos planos de saúde, com maior disponibilização para a população de adolescentes:

- *“No la da el seguro médico y no es de fácil su adquisición porque es muy costosa”*
 - *“Que la vacuna sea gratis para todos como forma de prevenir la expansión de una epidemia, porque el ambiente universitario, el barrio donde se vive y el ambiente familiar ejercen una gran presión social, lo cual lleva a muchos jóvenes a iniciar su vida sexual”*
-

Resumo

Assume importância, no tocante a prevenção da transmissão do HPV, o uso da camisinha e da vacina. Estratégias comportamentais relacionadas a precocidade da vida sexual, o número de parceiros (as) sexuais, assim como a abstinência sexual, a confiança e a fidelidade no relacionamento, também foram apontadas como coadjuvantes do controle do contágio pelo HPV.

Os alunos manifestaram a importância da vacina na prevenção da doença, principalmente para o controle da infecção entre as mulheres. Num outro plano, alguns alunos, supervalorizaram a relevância da vacina, apresentada como única solução para o controle do contágio do HPV. Tanto homens quanto mulheres (95,0%) afirmaram a disposição para receber a vacina como forma de prevenção do HPV.

Informações sobre saúde sexual e reprodutiva

Ao questionar sobre as fontes de assessoramento sobre saúde sexual e reprodutiva, ficou claro que um número importante de alunos ainda não procurou orientação a respeito. As justificativas mencionadas têm a ver, em certa medida, com a falta de interesse individual:

- *“La verdad no he preguntado al respecto”*
- *“A veces a los jóvenes nos da pereza escuchar eso, además, es incómodo con la familia al lado”*

Um segmento importante de alunos, por sua vez, referiu receber informações sobre orientação sexual nos serviços de saúde, na escola com os professores e a partir dos diversos meios de comunicação:

- *“En la EPS; en Profamilia; en conferencias con enfermeras y con médicos; en el control de citología; en el colegio en asesorías con profesores; a través de folletos y charlas educativas”*
-

Quase sempre as informações recebidas dizem respeito ao uso dos métodos contraceptivos e na prevenção das DST:

- *“Sobre métodos anticonceptivos”*
- *“Prevención de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados e invitación a la vacuna”*
- *“Prevención de ETS, uso de preservativos, las causas del VIH y otras enfermedades”*

Segundo os alunos, ainda existem muitas dificuldades para o acesso aos serviços de saúde e em especial para receber atendimento especializado em questões de saúde sexual e reprodutiva:

- *“Los servicios de salud no tienen medidas preventivas ni informativas no solo para las ETS sino también para todo tipo de enfermedades”*
- *“Se requiere de mucho tiempo ya que las citas no siempre las dan rápido”*
- *“Atención demorada, con un alto costo”*
- *“No hay un canal de información y comunicación constante entre los servicios de salud y las personas”*

Por outro lado, eles expressaram o sentimento de medo e vergonha de falar a respeito na presença de pais, no momento do atendimento:

- *“Miedo a dirigirse al sistema de salud porque se le notifica a los padres”*

Os alunos também consideram que os programas de assistência não estão devidamente estruturados para atender a população adolescente e menos, ainda, para cobrir o total da população em risco:

- *“Porque no nos sentimos en confianza con cualquier persona para hablar de estos temas que a veces causan vergüenza”*
 - *“Quizá la mayor dificultad es el tabú que hay frente al tema y la disposición a recibir este tipo de información ya que todo el mundo cree tener la situación controlada”*
-

- *“Todavía se tiene el imaginario en el seguro de salud de que, si no se es víctima de alguna enfermedad de este tipo no es necesario una consulta y se cierran los espacios, hay mucho tabú y poca información”*
- *“No hay información clara por parte de expertos y profesionales de la salud, tampoco hay interés en llegar a los adolescentes de una manera adecuada”*

Os alunos apresentaram sua inconformação com a atenção oferecida pelo Estado, no tocante às campanhas de promoção e prevenção da saúde sexual destinada a população de crianças, adolescentes e jovens:

- *“El estado a pesar de programas sociales deja de lado la prevención y se orienta más a la cura”*
- *“Falta de campañas públicas que tengan una alta cobertura”*
- *“Si en este país se preocuparan más por la vida, la educación y el bienestar de las personas se vería una mejor vida sexual, no más basta con mirar la TV, la mayoría de comerciales hablan de alcohol, sexo, consumismo, hasta al condón se le ve como objeto de consumo y no como lo que en realidad es”*

Indagados acerca dos meios de informação pelos quais gostariam de receber orientações sobre as questões relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva e em especial, as DST/HPV, os alunos relacionaram, em primeira instancia os meios de comunicação de massa, assim como a possibilidade de acesso a canais eletrônicos, que permitissem uma abordagem personalizada. De outro lado eles mencionaram a necessidade de capacitação especializada de profissionais seja da escola ou seja dos serviços de saúde:

- *“A través de charlas educativas, conferencias magistrales, seminarios, foros, asesoría personal con profesionales capacitados, consultas médicas gratuitas”*
 - *“Campañas de prevención del gobierno que tenga alcance en las personas de todas las edades y de todos los estratos sociales”*
-

- *“Televisión, radio, videos, Correo electrónico, internet, redes sociales, páginas web, revistas, periódicos”*

Resumo

Mais mulheres do que homens procuram serviços de saúde para receber atendimento e informações a respeito da saúde sexual. Segundo os alunos, ainda existem muitas dificuldades para o acesso aos serviços de saúde e em especial para receber atendimento especializado em questões de saúde sexual e reprodutiva. Por outro lado, eles expressaram o sentimento de medo e vergonha de falar a respeito na presença de pais, no momento do atendimento. Os alunos também consideram que os programas de assistência não estão devidamente estruturados para atender a população adolescente.

Percepção do risco de contrair o HPV

Coerentemente com o nível de conhecimento/desconhecimento sobre a infecção, mais da metade dos alunos se considera isento do **risco** de contrair o HPV:

- *“No me considero en riesgo porque poseo la información necesaria, me cuido en las relaciones sexuales y los hombres no lo desarrollan”*

Neste mesmo sentido, foram mencionadas justificativas que asseguraram a postura de confiança como o uso da camisinha, estar vacinado contra o HPV, ter limitado número de parceiras(os) sexuais e a eleição cuidadosa dos(as) mesmos(as) associados a relacionamentos estáveis. No parecer dos estudantes estas práticas os protegem do contágio do HPV:

- *“Uso protección cada vez que tengo una relación sexual”*
 - *“Tengo la vacuna del virus del papiloma humano”*
 - *“Mi novia se aplicó la vacuna”*
 - *“Tengo una pareja sexual estable y ni él ni yo tenemos enfermedades y aun así, usamos condón masculino”*
-

- *“Mi pareja solo ha estado conmigo”*
- *“Confío en mi pareja actual y conozco las parejas con las que he estado y siempre me he protegido”*
- *“Tengo entera confianza en las personas con las que he tenido relaciones sexuales”*

Segundo vários autores, os jovens que têm menor preocupação com a aquisição da infecção pelo HPV, são mais propensos a ter comportamentos sexuais de risco – como, por exemplo, o não uso da camisinha⁽¹²⁶⁾.

Na linha da percepção de risco para o HPV os alunos reafirmaram a proteção conferida ao uso de contraceptivos e a utilização frequente dos serviços de saúde para a realização de exames preventivos:

- *No porque uso métodos anticonceptivos”*
- *“No porque asisto al médico con frecuencia”*

Outros consideram que a abstinência sexual, assim como não consumir álcool e/ou drogas confere proteção para a infecção:

- *“Hasta el matrimonio empezaré mi vida sexual y siempre usaré protección”*
- *“No porque soy monógamo y mi novia se aplicó las vacunas periódicamente”*
- *“No porque me cuido, me protejo y no me excedo con alcohol y drogas”*

Ao absolutizar certas práticas os alunos apresentam justificativas frágeis e incompletas, para não dizer incorretas sobre o HPV.

Também aqui é reiterada a ideia que o HPV é uma infecção que afeta só as mulheres, ou seja, não representa riscos na população masculina:

- *“Sonara machista pero, no estoy en riesgo porque soy hombre y el virus no se desarrolla en los hombres”*
-

- *“Si porque todas las mujeres lo poseemos y estamos vulnerables a desarrollarlo”*
- *“Soy hombre y no tengo relaciones sexuales con mujeres”*

Diante destas apreciações, os alunos associaram a infecção ao desenvolvimento da doença em mulheres, reproduzindo, em certo sentido, as posturas convencionais de gênero – seja na perspectiva do homem se isentar de assumir a proteção devida, seja na anuência a estas situações da parte das mulheres.

Como contraponto da percepção do risco de contrair o HPV, outra metade dos alunos apresentou como vulneráveis todos os participantes no exercício das práticas sexuais, colocando em dúvida, inclusive, a garantia propiciada pelas relações fixas:

- *“Cualquier persona está en riesgo de contagiarse de una enfermedad de transmisión sexual”*
- *“Todos somos vulnerables al papiloma humano, no sabemos bien con quien tenemos relaciones, una cosa es la apariencia y otra es la verdadera cara de la persona, yo creo que tengo pareja estable y esa persona solo ha estado con migo, pero no sé”*

Nesta vertente foi referida a falta de conhecimentos e informações, sobre a contaminação pelo vírus:

- *“Creo que todos somos vulnerables ya que no tenemos conocimiento y no sabemos cómo protegernos”*
- *“Si porque es una enfermedad que tiene poca difusión de información y de la cual hay que generar más conciencia”*

Por outro lado, o desconhecimento sobre a infecção foi associada ao limitado acesso aos serviços de saúde, a propósito, do relativo assessoramento no âmbito prevenção da infecção pelo HPV. Neste contexto se inscreve a

demanda pela vacina, assim como a realização de exames diagnósticos e de controle da infecção:

- *“Si porque es un virus que aparece y no nos damos cuenta es silencioso”*
- *“No me he aplicado las vacunas porque son muy costosas”*
- *“No me he realizado exámenes para saber si tengo el virus”*
- *“No me he realizado la citología”*

Entre aqueles que manifestam a situação de risco para o HPV, continua estando presente a confusão a respeito da transmissão por vezes associada ao HIV:

- *“No estamos exentos de enfermarnos de VIH”*
- *“Los métodos de barrera pueden fallar y también por el contacto directo con sangre”*

Na perspectiva da análise estratificada (Quadro 2) a percepção de risco de contrair HPV se associou as variáveis consumo de bebida alcoólica, conhecimento da existência da vacina, ter iniciado a prática de relações sexuais, a idade precoce de início, ter tido mais de um parceiro sexual na vida, só um parceiro sexual no último mês e ter relacionamentos sexuais por prazer – entre as mulheres. No caso dos homens pareceram como variáveis associadas ter iniciado relações sexuais, a precocidade de início e maior número de parceiras na vida.

O teste de Mantel-Haenszel evidenciou que a variável sexo não modificou o efeito das demais variáveis incluídas no modelo, em se tratando da percepção do risco de contrair o HPV. Nestas condições, o sexo entrou no modelo de regressão logística como uma variável sem efeito de interação (independente).

Tendo como variável dependente a percepção de risco de contrair o HPV (Quadro 3) entraram no modelo de Regressão Logística como variáveis independentes o sexo, consumo de bebida alcoólica, ter sido ou não iniciado sexualmente, idade de início de relacionamentos sexuais, número de parceiros sexuais na vida, número de parceiros no último mês, relacionamentos sexuais

com parceiros do mesmo sexo, relacionamentos com envolvimento afetivo, relacionamentos sexuais por prazer e o conhecimento da existência da vacina do HPV. Dentre elas, somente o conhecimento da existência da vacina apresentou diferença estatisticamente significativa, o que pressupõe a conscientização da necessidade de prevenção. No modelo final (Quadro 4). No processo de eliminação das variáveis interativas, avaliada a significância estatística das distintas combinações na relação com a variável dependente, permaneceram no modelo final o consumo de bebida alcoólica, ter relacionamentos sexuais por prazer e o conhecimento da vacina do HPV.

Ter conhecimento da vacina aumenta 2,28 vezes a chance de percepção do risco de contrair o HPV. Os que consomem bebida alcoólica têm uma percepção de 1,73 vezes a dos alunos que não consomem. Finalmente, os alunos que exprimem ter relacionamentos por prazer têm 1,64 vezes a probabilidade de perceber o risco de contrair o HPV do que os alunos que não realizam estas práticas.

Tudo indica que o usuário de bebida alcoólica tem ciência do risco a que correm; o mesmo se dá entre aqueles que assumem o privilegiamento de relações sexuais por prazer, subjacentes a práticas sexuais instáveis ou ocasionais. Da mesma forma apareceu associada a percepção do risco de contrair o HPV entre aqueles que têm conhecimento sobre a existência da vacina, já sensibilizados para a necessidade de sua prevenção.

Diante das variáveis que não se associaram a percepção de risco de contrair o HPV, entre elas a condição de usuários de cigarro e drogas, o resultado pode ser relativizado diante o número reduzido de casos registrados entre os universitários da amostra.

O mesmo se aplica de certa forma, ao uso de preservativo, em meio da baixa prevalência de seu uso – o que chama a atenção, a propósito da importância que este recurso representa seja na prevenção de DST, em geral, seja na prevenção do HPV na amostra investigada.

Por fim, destaca-se a não associação da percepção do risco de contrair o HPV com o número de parceiros, ter ouvido ou não falar do HPV, assim como, o não reconhecimento da gravidade do desenvolvimento da infecção, reveladores do baixo nível de conhecimento a respeito.

Quadro 2. Percepção do risco de contrair HPV – análise estratificada por sexo. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Variável	Odds-Ratio Mulheres	Odds-Ratio Homens	Teste de homogeneidade Mantel-Haenszel p- Valor	Mantel-Haenszel OR Combinado	Mantel-Haenszel OR Combinado p-Valor
Consumo de cigarro	0,531 [0,257;1,072]	0,865 [0,462;1,628]	0,278	0,694 [0,449;1,073]	0,100
Consumo de bebida alcoólica	2,413 [1,324;4,477]	1,139 [0,470;2,863]	0,139	1,894 [1,191;3,013]	0,006
Consumo de Drogas	2,395 [0,897;7,072]	1,370 [0,601;3,100]	0,354	1,733 [0,977;3,075]	0,059
Iniciação sexual	0,536 [0,328;0,874]	0,377 [0,147;0,890]	0,459	0,488 [0,327;0,729]	<0,001
Idade de início de relacionamentos sexuais	0,550 [0,336;0,898]	0,395 [0,154;0,937]	0,489	0,504 [0,337;0,754]	<0,001
Número de parceiros na vida	0,536 [0,328;0,874]	0,377 [0,147;0,890]	0,459	0,488 [0,327;0,729]	<0,001
Número de parceiros no último mês	0,581 [0,362;0,931]	0,615 [0,333;1,131]	0,878	0,594 [0,417;0,844]	0,003
Parceiros do mesmo sexo	0,423 [0,069;1,899]	0,339 [0,072;1,327]	0,814	0,375 [0,149;0,941]	0,030
Uso de camisinha no último relacionamento sexual	0,884 [0,556;1,405]	0,615 [0,333;1,131]	0,324	0,772 [0,545;1,093]	0,145
Relacionamentos por envolvimento afetivo	1,469 [0,915;2,360]	1,574 [0,837;2,983]	0,855	1,507 [1,054;2,155]	0,024
Relacionamentos por prazer	0,305 [0,149;0,597]	0,634 [0,345;1,163]	0,093	0,452 [0,297;0,688]	<0,001
Conhecimento do HPV	1,311 [0,802;2,145]	0,754 [0,413;1,377]	0,138	1,047 [0,733;1,497]	0,797
Gravidade da infecção pelo HPV	0,975 [0,536;1,770]	0,899 [0,462;1,757]	0,848	0,940 [0,621;1,423]	0,772
Conhecimento da vacina do HPV	2,73 [1,666;4,514]	1,271 [0,643;2,496]	0,055	2,081 [1,434;3,021]	<0,001

Quadro 3. Percepção de risco de contrair HPV – regressão logística múltipla. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012

Variável	Erro Padrão	Odds Ratio	IC95% do OR	p-Valor
Consumo de bebida alcoólica	0.400	1.562	[0.945;2.582]	0.082
Iniciação sexual	0.356	0.356	[0.050;2.534]	0.302
Idade de início de relacionamentos sexuais	0.056	1.052	[0.947;1.168]	0.341
Número de parceiros na vida	0.215	0.863	[0.529;1.407]	0.555
Número de parceiros no último mês	0.184	0.920	[0.621;1.363]	0.680
Parceiros do mesmo sexo	0.220	0.444	[0.168;1.177]	0.103
Relacionamentos por envolvimento afetivo	0.277	0.839	[0.439;1.602]	0.596
Relacionamentos por prazer	0.205	0.812	[0.494;1.333]	0.410
Conhecimento da vacina do HPV	0.434	2.320	[1.607;3.349]	0.000

Quadro 4. Percepção do risco de contrair HPV – modelo final de regressão logística. Universitários, Bogotá – Colômbia, 2012.

Variável	Erro Padrão	Odds Ratio	IC95% do OR	p-Valor
Consumo de bebida alcoólica	0,428	1,726	[1,061;2,809]	0,028
Relacionamentos por prazer	0,121	0,608	[0,410;0,901]	0,013
Conhecimento da vacina do HPV	0,415	2,279	[1,594;3,259]	0,000

Resumo

Coerentemente com o nível de conhecimento/desconhecimento sobre a infecção, mais da metade dos alunos se considera isento do risco de contrair o HPV. Os alunos apresentam justificativas frágeis e incompletas, para não dizer incorretas sobre o HPV. Também aqui é reiterada a ideia que o HPV é uma infecção que afeta só as mulheres, ou seja, não representa riscos na população masculina.

Tudo indica, de acordo com o modelo final de regressão logística, que o usuário de bebida alcoólica tem mais ciência do risco que correm; o mesmo se dá entre aqueles que assumem o privilegiamento de relações sexuais por prazer, subjacentes a práticas sexuais instáveis ou ocasionais. Também observou-se relação da percepção do risco de contrair o HPV entre aqueles que tendo conhecimento da existência da vacina, já estariam sensibilizados para a necessidade de sua prevenção.

4.3.5 Considerações Finais

Perfil do estudante

Os universitários do estudo, provenientes de vários cursos de graduação, são majoritariamente do sexo feminino, têm 18 e 19 anos de idade e são quase sempre solteiros. Eles residem na zona urbana de Bogotá, moram basicamente com os pais e dependem economicamente deles– quase todos têm acesso ao seguro de saúde.

Foi encontrada uma porcentagem importante de alunos universitários consumidores de cigarro, álcool e drogas ilícitas. A maior prevalência de consumo foi observada na população masculina, evidenciando-se diferenças estatisticamente significantes de seu consumo por sexo.

Comportamento sexual

Aproximadamente 70,0% dos alunos já haviam iniciado relações sexuais, sendo 11 anos a menor idade de início em ambos os sexos. O número de parceiros (as) sexuais, durante a vida, foi maior entre os homens do que entre as mulheres. Sendo observada associação entre menor idade de início dos relacionamentos sexuais com o maior número de parceiros sexuais na vida. Embora as preferências sexuais dos alunos estejam enquadradas no padrão heterossexual, a homossexualidade está presente entre eles, sendo maior na população masculina.

O estudo constatou um bom nível de conhecimento dos recursos preventivos, especialmente entre as mulheres. Dentre os iniciados sexualmente, os recursos preventivos mais usados foram a camisinha e os contraceptivos hormonais. Dentre as justificativas de uso da camisinha prevaleceu a preocupação com a gravidez. O não uso da camisinha teve como justificativa predominante a existência de relacionamentos estáveis e isto, também, ocorre no caso das projeções de uso entre os não iniciados sexualmente.

Os alunos valorizam o envolvimento afetivo nos relacionamentos sexuais. Em grande medida, entretanto, foi encontrada proporção significativa de alunos— mais entre os homens do que entre as mulheres— que expressaram assumir práticas exclusivamente por prazer.

Um contingente importante de alunos referiu ter relacionamentos sexuais sob efeito de álcool e/ou drogas sem o uso da camisinha, justificando que, diante de efeitos destas substâncias, é difícil prever o uso deste recurso— ressalvada a não proteção nos relacionamentos com parceiros (as) estáveis.

Reconhecimento das DST/VP

A maioria dos alunos já ouviu falar sobre as DST. A doença mais mencionada foi a AIDS/HIV; o HPV apareceu em quinto lugar. É limitado, entretanto, o nível de conhecimento desta doença entre os alunos— embora tenha sido classificada em segundo lugar quanto a gravidade da infecção, ressaltadas as diferenças entre homens e mulheres. As justificativas pontuais relacionadas a esta avaliação sugerem a associação do HPV com o desenvolvimento de câncer de colo de útero, entre outras manifestações.

Conhecimento do HPV: Transmissão da infecção

Os alunos obtiveram informação sobre o HPV, prioritariamente, na mídia, seguida dos folhetos e informações dos profissionais da área da saúde; em menor proporção, com familiares amigos ou professores.

Sobre a transmissão do HPV, um grupo importante de alunos mencionou não ter informação a respeito; outros mencionaram que a infecção afeta a ambos os sexos, mas, prioritariamente a mulher, que pode desenvolver doença grave; o homem, para muitos, é só portador da infecção.

Grupo reduzido de alunos reconhece que o HPV é transmitido por contato sexual, seja este vaginal, anal ou oral e que a transmissão pode se dar através do contato sexual entre pessoas do mesmo sexo ou não. Foram mencionados fatores de risco, a precocidade da iniciação sexual, o número de parceiros sexuais, assim como a herança genética. Não foi mencionada a associação do desenvolvimento da infecção pelo HPV com outras condições como a má nutrição, o tabagismo e o consumo de álcool.

Alguns alunos mostraram confusão entre o HPV e o HIV/AIDS, mencionando que o HPV pode ser transmitido mãe filho na gravidez, através do contato com secreções corporais como fluidos genitais, sangue, uso inadequado de seringas. Também foram mencionadas formas errôneas de transmissão como maus hábitos de higiene, uso de roupas íntimas contaminadas, através do ar, das fezes, e em banheiros e piscinas.

Conhecimento do HPV: Doenças decorrentes da infecção

De acordo com alguns depoimentos, o HPV causa uma doença silenciosa que não tem manifestações no nível corporal. Numa outra vertente, o vírus não tem consequências graves, embora todos possam ser portadores da infecção. Também é certo que alguns alunos mencionaram, com propriedade, que o HPV pode causar câncer de colo de útero e verrugas genitais, em ambos os sexos. Entretanto não foram mencionadas, nos depoimentos dos alunos, outras formas de desenvolvimento da infecção como o câncer de pênis, oral, faríngeo, esofágico e anal. Reafirma-se, nestas condições, o conhecimento insuficiente deles sobre o desenvolvimento da infecção e/ou da sua gravidade.

Conhecimento do HPV: Prevenção e controle da infecção

Os alunos têm conhecimentos equivocados da prevenção da infecção como: o uso de antibióticos, a necessidade de serem evitadas transfusões sanguíneas, os relacionamentos com pessoas do mesmo sexo e o uso de banheiros ou piscinas públicas. Numa outra linha dizem prescindir da prevenção na medida em que teriam só um parceiro(a) fixo(a), fundamentada na confiança e/ou fidelidade no parceiro. Por outro lado foi apontada a relevância da prática da abstinência como recurso efetivo para a prevenção das DST.

A par da vacinação como recurso de prevenção eficaz, uma vez instalada a infecção, a detecção e o controle de suas manifestações exigiriam o recurso a exames médicos.

A propósito da vacinação alguns alunos expressaram, de um lado, resistência de adesão a esta medida em função dos efeitos dela decorrentes e, de outro, uma super valoração de seus benefícios, fato que deve ser levado em consideração no fortalecimento desta temática nos programas de prevenção.

Mais mulheres do que homens procuram serviços de saúde para receber atendimento e informações a este respeito. Quase a metade dos alunos manifestou, entretanto, a existência de dificuldades para acessar o atendimento concernente à saúde sexual e reprodutiva, seja por falta de interesse deles, seja pelo sentimento de medo/vergonha da parte dos alunos, seja porque os serviços não oferecem atendimento adequado e oportuno.

Vulnerabilidade e enfrentamento do HPV

Os alunos expressaram interesse em obter informações claras e precisas acerca da infecção pelo HPV a partir de meios de comunicação de massa e da parte dos profissionais devidamente capacitados nesta temática, seja na escola seja nos serviços de saúde.

Os universitários constituem, certamente, um grupo privilegiado em termos educacionais. Na medida em que a investigação aponta para o deficiente conhecimento sobre o HPV, relativo a transmissão, desenvolvimento da infecção,

assim como em relação as formas de controle, tais condições incidem sobre a percepção individual de risco, que expõe sua vulnerabilidade ao HPV.

Pensando na interação do plano individual e coletivo – em consonância com o conceito de vulnerabilidade – estes resultados delineiam a necessidade de propor intervenções no âmbito da saúde coletiva, com vistas à ressignificação destes conhecimentos, levando em conta que o conhecimento por si só, não garante automaticamente mudanças em comportamento particularmente no âmbito das relações sexuais. Tratar-se-ia de considerar, num segundo plano, a disponibilização de acesso aos serviços de saúde, em consonância com o compromisso implícito do Estado na consolidação de políticas direcionadas a prevenção e controle do HPV.

5. CONCLUSÕES DO PROJETO

Revisão da literatura

- Ao lado da importância da disseminação da infecção pelo HPV e a gravidade das suas manifestações na atualidade, a presente revisão acentuou a questão das limitações de seu conhecimento por parte da população de adultos jovens e para a urgência da adoção de medidas específicas de enfrentamento.
- Dado o reconhecimento da relevância do HPV como problema individual e de saúde pública é urgente a realização de diagnósticos consubstanciados no sentido de fundamentar a interlocução entre conhecimento sobre o HPV e práticas preventivas na estruturação de programas de prevenção.
- Reforçada a ideia do requisito da articulação entre as disposições individuais e coletivas como fundamento para o enfrentamento do HPV, na perspectiva da vulnerabilidade, vale dizer que não foram encontrados trabalhos sobre esta rubrica, ressalvada a abordagem de aspectos pontuais.

Validação do questionário

- A partir da revisão da literatura foi construído o questionário a ser aplicado junto aos universitários, sobre os conhecimentos e práticas preventivas relativas ao HPV, na perspectiva da vulnerabilidade. O questionário comportou quatro dimensões: perfil sociodemográfico, comportamento sexual, conhecimento da transmissão e conhecimento da prevenção. Apoiado pela metodologia de *Concept Mapping*, foi evidenciado que o questionário apresentava indicadores de validade de conteúdo adequados, sendo atestada a propriedade de sua utilização.
-

Inquérito Junto aos universitários

- O estudo constatou que é limitado o nível de conhecimento dos alunos sobre a transmissão, desenvolvimento e a gravidade da infecção pelo HPV, a despeito de terem ouvido falar a respeito. Os alunos afirmaram que a infecção pelo HPV afeta ambos os sexos, mas, prioritariamente, é a mulher que desenvolve doença grave; o homem, para muitos, é só portador da infecção.
 - De forma correspondente os alunos reconhecem a necessidade de prevenção, mas valorizam a anticoncepção em detrimento da proteção contra as DST. No imaginário dos alunos, os relacionamentos estáveis dispensam proteção contra as DST, que assim, passa a ser regulada, pelo sentimento de confiança e fidelidade junto aos parceiros, ao lado da alternativa do exercício da abstinência.
 - Quase a metade dos alunos manifestou dificuldades de acessar o atendimento concernente à saúde sexual e reprodutiva, seja por falta de interesse deles, seja pelo fato dos serviços que não oferecem facilidades de atendimento oportuno.
 - Em consonância com o conceito de vulnerabilidade, é notória a necessidade de propor intervenções no âmbito da saúde coletiva direcionadas a melhoria dos conhecimentos sobre HPV.
-

Anexo 1 – Questionário**UNIVERSIDAD FEDERAL DE SÃO PAULO PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD
COLECTIVA, ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA****VULNERABILIDAD A LA INFECCIÓN CON EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN
UNIVERSITARIOS DE BOGOTÁ - COLOMBIA.****Número de consecutivo:** _____*Apreciado(a) estudiante,**El cuestionario adjunto tiene como propósito recabar información sobre los conocimientos y comportamientos que tienen los universitarios en la ciudad de Bogotá referentes al Virus del Papiloma Humano (VPH), con el fin de fortalecer los programas de prevención sobre esta enfermedad dirigidos a dicha población.**Para mejorar la efectividad de los programas de prevención que se desarrollen sobre VPH dirigidos a universitarios colombianos es preciso contar con la sinceridad en sus respuestas. Por favor firme el Informe de Consentimiento Informado y entréguelo antes del diligenciar el cuestionario.**Responda el cuestionario con esmero.**Agradecemos, su colaboración!**Investigadora: Gloria Judith Sepúlveda Carrillo**Orientadora: Profa. Dra. Paulete Goldenberg*

Por favor, responda los siguientes datos:

Universidad a la que pertenece: (1) Pública _____ (2) Privada _____

Carrera que cursa: _____

Semestre: _____

Fecha: _____

1- PERFIL DEL ESTUDIANTE

Por favor marque con una X la opción que lo (a) caracteriza.

1	Sexo 1. ____ Femenino 2. ____ Masculino	_____
2	Edad: _____ (en años cumplidos)	____ _
3	Estado civil 1. ____ Soltero 2. ____ Casado 3. ____ Divorciado 4. ____ Viudo 5. ____ Unión libre 6. ____ Otro - cuál? _____	_____
4	En donde ha vivido la mayor parte de su vida 1. ____ En Bogotá 2. ____ Fuera de Bogotá	_____
5	Tiempo de permanencia en Bogotá 1. ____ Menos de 1 año 2. ____ De 1 a 3 años 3. ____ De 4 años y más	_____
6	¿Con quién vive? 1. ____ Familiares 2. ____ Amigos 3. ____ Solo (a) 4. ____ Otros	_____
7	¿De dónde provienen sus ingresos económicos? 1. ____ Sus padres 2. ____ Otros familiares 3. ____ Otras personas 4. ____ trabajo 5. ____ Otros – Cuáles _____	_____
8	Escriba el nombre de su seguro de salud. _____	

9	¿Cuántos cigarrillos fuma por día? _____	
10	¿Con que frecuencia consume alcohol? 1. _____ Nunca 2. _____ Una o menos veces por mes 3. _____ De 2 a 4 veces por mes 4. _____ Una vez por semana 5. _____ De 2 a 3 veces por semana 6. _____ 4 o más veces por semana	_____
11	¿Con que frecuencia consume drogas psicoactivas? 1. _____ Nunca 2. _____ Una o menos veces por mes 3. _____ De 2 a 4 veces por mes 4. _____ Una vez por semana 5. _____ De 2 a 3 veces por semana 6. _____ 4 o más veces por semana	_____

2- COMPORTAMIENTO SEXUAL

Por favor marque con una X la opción que lo (a) caracteriza.

12	¿Ha tenido relaciones sexuales? 1. Si _____ 2. No _____ <i>¿Si su respuesta fue afirmativa, qué edad tenía cuando fue su primera relación sexual?</i> Años (cumplidos) _____	_____ _____
13	Si usted ya tuvo relaciones sexuales ¿Cuántos compañeros (as) sexuales ha tenido a la fecha? 1. _____ Uno 2. _____ Dos a tres 3. _____ Cuatro y más <i>¿En el último mes, cuántos compañeros(as) sexuales tuvo?</i> 1. _____ Ninguno 2. _____ Uno 3. _____ Dos a tres 4. _____ Cuatro y más	_____ _____

	<i>¿Ha mantenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?</i> 1. Si _____ 2. No _____	_____
14	En caso de haber tenido relaciones sexuales ¿acostumbra usar alguna forma de protección? <i>Especifique (por qué usa protección)</i> _____ _____ _____ <i>Especifique (por qué no usa protección)</i> _____ _____ _____ En caso de NO haber tenido relaciones sexuales ¿usaría alguna forma de protección? <i>Especifique (por qué usaría protección)</i> _____ _____ <i>Especifique (por qué no usaría protección)</i> _____ _____ _____	
15	Si ya tuvo relaciones sexuales, marque con una X ¿Cuál (es) método(s) de protección ha usado? 1. _____ Condón Masculino 2. _____ Píldora del día después 3. _____ Píldora anticonceptiva 4. _____ Anticonceptivos inyectables 5. _____ Dispositivo intrauterino 6. _____ Coito Interrumpido 7. _____ Método del Ritmo 8. _____ Implante Subdérmico 9. _____ Ninguno 10. _____ Otro, cuál? _____ Si ya tuvo relaciones sexuales, marque con una X ¿Cuál (es) método(s) de protección usó en la última relación sexual? 1. _____ Condón Masculino 2. _____ Píldora del día después 3. _____ Píldora anticonceptiva 4. _____ Anticonceptivos inyectables 5. _____ Dispositivo intrauterino 6. _____ Coito Interrumpido	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____

	7. _____ Método del Ritmo 8. _____ Implante Subdérmico 9. _____ Ninguno 10. _____ Otro, cuál? _____ Si NO ha tenido relaciones sexuales, marque con una X ¿Cuál (es) método(s) de protección usaría en las relaciones sexuales? 1. _____ Condón Masculino 2. _____ Píldora del día después 3. _____ Píldora anticonceptiva 4. _____ Anticonceptivos inyectables 5. _____ Dispositivo intrauterino 6. _____ Coito Interrumpido 7. _____ Método del Ritmo 8. _____ Implante Subdérmico 9. _____ Ninguno 10. _____ Otro, cuál? _____	8. _____ 9. _____ 10. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____																																																																					
16	¿Tiene hijos? 1. Si _____ 2. No _____ Si su respuesta fue afirmativa ¿Cuántos hijos tiene? _____	_____ _____ _____																																																																					
17	Marque con una X el tipo de protección que ofrecen los siguientes métodos <i>* Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)</i> <table border="1" data-bbox="292 1301 1201 2007"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">Método</th> <th colspan="3">Previenen</th> <th rowspan="2">No sé (4)</th> </tr> <tr> <th>*ETS (1)</th> <th>Embarazo (2)</th> <th>Los dos (3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Condón Masculino</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Píldora del día después</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Píldora anticonceptiva</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Anticonceptivos inyectables</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Dispositivo intrauterino</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Coito Interrumpido</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Método del Ritmo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Implante Subdérmico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Ninguno</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Otro, cual</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Método	Previenen			No sé (4)	*ETS (1)	Embarazo (2)	Los dos (3)	1	Condón Masculino					2	Píldora del día después					3	Píldora anticonceptiva					4	Anticonceptivos inyectables					5	Dispositivo intrauterino					6	Coito Interrumpido					7	Método del Ritmo					8	Implante Subdérmico					9	Ninguno					10	Otro, cual					1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____
	Método			Previenen				No sé (4)																																																															
		*ETS (1)	Embarazo (2)	Los dos (3)																																																																			
1	Condón Masculino																																																																						
2	Píldora del día después																																																																						
3	Píldora anticonceptiva																																																																						
4	Anticonceptivos inyectables																																																																						
5	Dispositivo intrauterino																																																																						
6	Coito Interrumpido																																																																						
7	Método del Ritmo																																																																						
8	Implante Subdérmico																																																																						
9	Ninguno																																																																						
10	Otro, cual																																																																						

18	Si ya tuvo relaciones sexuales ¿Por cuál (es) de los siguientes motivos las ha tenido? 1. ____ Relación Afectiva 2. ____ Dinero 3. ____ Sexo 4. ____ Violencia sexual 5. ____ Presión del grupo 6. ____ Ninguno de los anteriores 7. ____ Otro, Cual? _____	1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____ 6. ____
19	¿Ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol? 1. Si ____ 2. No ____	____
20	¿Ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas? 1. Si ____ 2. No ____	____
21	Si ha tenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o las drogas ¿Que tipo de protección ha utilizado? _____ _____ _____ _____	

3- CONOCIMIENTO DE LA TRANSMISIÓN / PREVENCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Por favor marque con una X la opción que lo (a) caracteriza.

22	Marque con una X las Enfermedades de Transmisión Sexual de las que tiene información y especifique la gravedad de cada una de ellas.																																																																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">Enfermedades</th><th colspan="2">Tengo información</th><th colspan="5">Gravedad de la enfermedad</th></tr> <tr> <th>Si (1)</th><th>No (2)</th><th>Ninguna (1)</th><th>Poca (2)</th><th>Mediana (3)</th><th>Alta (4)</th><th>No sé (5)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>Gonorrea</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>2</td><td>Sífilis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>3</td><td>Clamidia Trachomatis</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>4</td><td>VIH/SIDA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>5</td><td>Herpes Genital</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>6</td><td>Virus del Papiloma Humano</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Enfermedades		Tengo información		Gravedad de la enfermedad					Si (1)	No (2)	Ninguna (1)	Poca (2)	Mediana (3)	Alta (4)	No sé (5)	1	Gonorrea								2	Sífilis								3	Clamidia Trachomatis								4	VIH/SIDA								5	Herpes Genital								6	Virus del Papiloma Humano								1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____ 6. ____
Enfermedades				Tengo información		Gravedad de la enfermedad																																																																		
		Si (1)	No (2)	Ninguna (1)	Poca (2)	Mediana (3)	Alta (4)	No sé (5)																																																																
1	Gonorrea																																																																							
2	Sífilis																																																																							
3	Clamidia Trachomatis																																																																							
4	VIH/SIDA																																																																							
5	Herpes Genital																																																																							
6	Virus del Papiloma Humano																																																																							

23	¿Marque con una X la(s) fuente(s) de la(s) cual(es) ha recibido información acerca del Virus del Papiloma Humano? 1.____ Familiares 2.____ Amigos 3.____ Profesionales de la Salud 4.____ Seguro de Salud 5.____ Medios de Comunicación 6.____ Profesores 7.____ Folletos 8.____ Otro, cual? _____ 9.____ Ninguno	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____
24	Describe las formas de transmisión del Virus del Papiloma Humano _____ _____ _____ _____	
25	El Virus del Papiloma Humano se desarrolla en: 1. ____ Hombres 2. ____ Mujeres 3. ____ Hombres y mujeres <i>Especifique el porqué de su respuesta:</i> _____ _____	_____
26	Describe las consecuencias de contraer el Virus del Papiloma Humano _____ _____ _____	
27	Describe las formas de prevención para evitar el contagio con el Virus del Papiloma Humano _____ _____	
28	¿Considera que usted puede estar en riesgo de contraer el Virus del Papiloma Humano? 1. Si____ 2. No____ <i>Especifique el porqué de su respuesta:</i> _____ _____	_____

29	¿Existe alguna vacuna que se utilice para prevenir el Virus del Papiloma Humano? 1. Si _____ 2. No _____ 3. No sé _____ <i>Si su respuesta fue afirmativa, ¿en qué nivel considera que la vacuna protege contra con el Virus del Papiloma Humano?</i> 1. _____ Total 2. _____ Parcial 3. _____ No Protege 4. _____ No sé <i>Si su respuesta fue afirmativa, ¿Para quienes está indicada esta vacuna?</i> 1. _____ Hombres 2. _____ Mujeres 3. _____ Hombres y Mujeres 4. _____ No sé	_____ _____ _____
30	En el caso que hubiera una vacuna para prevenir el Virus del Papiloma Humano, considera que los universitarios deberían aplicársela 1. Si _____ 2. No _____ <i>Especifique el porqué de su respuesta:</i> _____ _____ _____	_____
31	¿Ha recibido orientación sexual en su servicio de salud? 1. Si _____ 2. No _____ <i>Si su respuesta fue afirmativa, describa el tipo de orientación</i> _____ _____ _____ <i>En caso negativo, ¿Le gustaría tener orientación al respecto?</i> 1. Si _____ 2. No _____ ¿Considera que existen dificultades para este tipo de orientación? 1. Si _____ 2. No _____ <i>Si su respuesta fue afirmativa, descríbalas</i> _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____

32	Describa a través de que medio le gustaría recibir información relacionada con el Virus del Papiloma Humano y otras Enfermedades de Transmisión Sexual _____ _____ _____ _____ _____	
----	--	--

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 2 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 27 de maio de 2011.
CEP 0551/11

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) GLORIA JUDITH SEPÚLVEDA CARRILLO

Co-Investigadores: Paulete Goldemberg (orientadora), Gloria Judith Sepulveda Carrillo

Disciplina/Departamento: Epidemiologia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "**Vulnerabilidade ao papiloma virus humano (HPV) entre universitários de Bogotá - Colômbia**".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, sem procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Identificar o conhecimento e práticas preventivas relativas ao HPV entre universitários de Bogotá-Colômbia na perspectiva da vulnerabilidade..

RESUMO: Será realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema de investigação para elaboração de um questionário a ser aplicado numa amostra de universitários. Será construído o questionário que será aplicado entre universitários, com vista à realização do diagnóstico sobre conhecimentos e práticas preventivas relativas ao HPV entre universitários, na perspectiva da vulnerabilidade. O questionário deverá constar de 4 partes: a primeira contempla dados de identificação e perfil dos universitários; a segunda sobre comportamento sexual e práticas preventivas; a terceira sobre conhecimento da transmissão do HPV e a quarta relaciona-se com a prevenção e controle do HPV. Após a construção do questionário, para o processo de validação de conteúdo, nove especialistas da área de saúde sexual e reprodutiva analisarão o questionário. Posteriormente, será realizado um novo processo de validação com um grupo de 9 pessoas com características similares à população de estudo. Para a etapa de diagnóstico - conhecimento e práticas relativas ao HPV entre universitários, serão incluídos estudantes de ambos os sexos de duas instituições universitárias de Bogotá-Colômbia: uma privada e outra pública. A amostra será constituída por 384 participantes..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Há necessidade em promover intervenções em saúde pública direcionadas a melhorar conhecimentos sobre o HPV junto aos universitários, tendo em vista subsidiar mudanças de comportamentos mediante a disponibilização de informações precisas, levando em conta as especificidades locais..

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos do estudo.

TCLE: Apresenta TCLE para os especialistas que analisarão o questionário, e TCLE para os participantes da pesquisa. Apresenta TCLE na linguagem local e versão traduzida..

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo - R\$ 7600,00.

CRONOGRAMA: 24 meses.



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

OBJETIVO ACADÊMICO: Doutorado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 21/5/2012 e 21/5/2013.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

0551/11

RECOMENDAÇÃO DO CEP: O QUESTIONÁRIO APÓS SER DESENVOLVIDO DEVERÁ SER APRESENTADO AO CEP PARA APROVAÇÃO ANTES DE SER APLICADO AO VOLUNTÁRIO DA PESQUISA
O CEP AGUARDA AS AUTORIZAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS PELAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Anexo 3A – Validez de contenido

Participantes del estudio de validación del cuestionario “Vulnerabilidad a la infección con el virus del Papiloma Humano (VPH) en universitarios de Bogotá – Colombia”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciado Experto, usted está siendo invitado a participar de la investigación “validez de contenido de un cuestionario para identificar conocimientos y prácticas preventivas relativas al Virus de Papiloma Humano (VPH) en la perspectiva de la vulnerabilidad a la infección”. Su participación es voluntaria y en cualquier momento usted puede desistir de participar y retirar su consentimiento. La no aceptación de esta invitación, no le traerá prejuicios en su relación con la investigadora o con la institución responsable del estudio.

Su participación en esta investigación consistirá en realizar una evaluación del cuestionario y determinar la claridad y pertinencia de sus ítems. Esta investigación no presenta riesgos previsibles.

Las informaciones obtenidas serán analizadas en conjunto con las de otros evaluadores. Las informaciones suministradas por los evaluadores, solo serán usadas para dar cumplimiento a los objetivos del estudio.

En cualquier etapa del estudio, usted podrá tener acceso a los profesionales responsables de la investigación para el esclarecimiento de eventuales dudas. La investigadora principal es la Enfermera Gloria Judith Sepúlveda Carrillo. Que puede ser encontrada en la siguiente dirección (Cra. 7 No. 40-62 piso 7 Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana) Teléfono (3208320 ext. 2668) cel. 312 3559354 E-mail: gloseca@hotmail.com.

Si usted tiene alguna observación o duda sobre la Ética de la Investigación, puede entrar en contacto con el Comité de Ética en Investigación (CEI) - Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, São Paulo - Brasil Teléfono 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br . Usted recibirá una copia de este Consentimiento Informado.

Consentimiento: Declaro haber leído las informaciones encima descritas e haber esclarecido las dudas de mi participación en esta investigación. Siendo así, ACEPTO participar.

Nombre:

Firma: _____ Fecha:

Anexo 3B – Consentimiento validez de contenido estudiantes

Participantes del estudio de validación del cuestionario “Vulnerabilidad a la infección del Papilomavirus Humano (VPH)”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciado Estudiante, usted está siendo invitado a participar de la investigación “validez de contenido de un cuestionario para identificar conocimientos y prácticas preventivas relativas al papilomavirus humano (VPH) en la perspectiva de la vulnerabilidad a la infección. Su participación es voluntaria y en cualquier momento usted puede desistir de participar y retirar su consentimiento. La no aceptación de esta invitación, no le traerá prejuicios en su relación con la investigadora o con la institución responsable del estudio.

Su participación en esta investigación consistirá en realizar una evaluación del cuestionario y determinar la pertinencia de sus ítems. Esta investigación no presenta riesgos previsibles.

Las informaciones obtenidas serán analizadas en conjunto con las de otros evaluadores, no se divulgará por ningún motivo la identificación de ninguno de ellos. Las informaciones suministradas por los evaluadores, solo serán usadas para dar cumplimiento a los objetivos del estudio.

En cualquier etapa del estudio, usted podrá tener acceso a los profesionales responsables de la investigación para el esclarecimiento de eventuales dudas. La investigadora principal es la Enfermera Gloria Judith Sepúlveda Carrillo. Que puede ser encontrada en la siguiente dirección (Cra. 7 No. 40-62 piso 7 Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana) Teléfono (3208320 ext. 2668) cel. 312 3559354 E-mail: gloseca@hotmail.com.

Si usted tiene alguna observación o duda sobre la Ética de la Investigación, puede entrar en contacto con el Comité de Ética en Investigación (CEI) - Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, São Paulo - Brasil Teléfono 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br . Usted recibirá una copia de este Consentimiento Informado.

Consentimiento: Declaro haber leído las informaciones encima descritas e haber esclarecido las dudas de mi participación en esta investigación. Siendo así, ACEPTO participar.

Nombre:

Firma: _____ Fecha: _____

Anexo 3C – TCLE validação português

Participantes convidados do componente de validação do questionário – Versão em português

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa de validação de conteúdo de um questionário para identificar conhecimentos e práticas relativas ao vírus do papiloma humano (HPV) na perspectiva da vulnerabilidade à infecção com vistas à realização de um diagnóstico em universitários. Você foi selecionado tendo em conta sua experiência na temática. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em realizar uma avaliação do questionário e determinar a pertinência de seus itens. Esta pesquisa não comporta riscos previsíveis.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros avaliadores, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. As informações fornecidas pelos participantes, só serão usadas para fim do cumprimento dos objetivos do estudo.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Enfermeira Gloria Judith Sepúlveda Carrillo. Que pode ser encontrada no endereço (cra 7 No. 40-62 piso 7 Facultad de Enfermería) Telefone(3208320 ext. 2668) E-mail: gloseca@hotmail.com .

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br (no caso na Colômbia serão informados os endereços das universidades que derem a permissão de realizar o estudo). Você receberá uma cópia deste termo de consentimento.

Consentimento: Declaro ter lido as informações acima descritas e ter sido esclarecido de possíveis dúvidas quanto a minha participação nesta pesquisa. Sendo assim, ACEITO participar.

Nome:

Assinatura: _____ Data: _____

Anexos 4A y 4B – Cartas Autorización Estudio VPH



Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP
Departamento de Medicina Preventiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Autorización para la realización del estudio

Bogotá 28 de marzo de 2012

Doctor

WILLIAM ESPINOSA SANTAMARIA

Decano de la Facultad de Pregrado

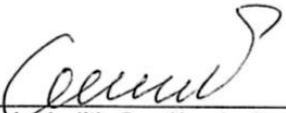
Escuela Superior de Administración Pública

Bogotá – Colombia

Yo, Gloria Judith Sepúlveda Carrillo, estudiante del curso de Pos-graduación a nivel de Doctorado en Salud Colectiva de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), bajo la orientación de la Profa. Dra. Paulete Goldenberg, respetuosamente solicito su autorización para realizar la investigación **Vulnerabilidad a la infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Universitarios de Bogotá – Colombia**, en el campus de la universidad sede Bogotá, con el objetivo de realizar un diagnóstico a partir de la aplicación de un cuestionario a los alumnos de los cursos de pregrado ofrecidos en la institución.

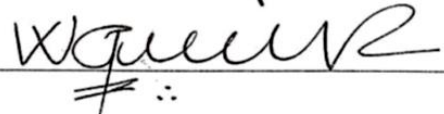
Considerando la relevancia de los propósitos del estudio y visualizando el fortalecimiento de los programas de prevención en esta área del conocimiento, contamos con su anuencia.

Atentamente,


Gloria Judith Sepúlveda Carrillo

Autorizo a la alumna Gloria Judith Sepúlveda Carrillo la realización de la investigación vulnerabilidad a la infección con el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de Bogotá – Colombia, en el campus de la universidad (Escuela Superior de Administración Pública sede Bogotá)

Nombre William Espinosa Santamaria.

Firma 



Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP
Departamento de Medicina Preventiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Autorización para la realización del estudio

Bogotá 28 de marzo de 2012

Doctor

CARLOS VARGAS ORDOÑEZ

Decano de la Facultad de Psicología

Universidad Católica de Colombia

Bogotá – Colombia

Yo, Gloria Judith Sepúlveda Carrillo, estudiante del curso de Pos-graduación a nivel de Doctorado en Salud Colectiva de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), bajo la orientación de la Profa. Dra. Paulete Goldenberg, respetuosamente solicito su autorización para realizar la investigación **Vulnerabilidad a la infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Universitarios de Bogotá – Colombia**, con estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia sede Bogotá, con el objetivo de realizar un diagnóstico a partir de la aplicación de un cuestionario.

Considerando la relevancia de los propósitos del estudio y visualizando el fortalecimiento de los programas de prevención en esta área del conocimiento, contamos con su anuencia.

Atentamente,

Gloria Judith Sepúlveda Carrillo

Autorizo a la alumna Gloria Judith Sepúlveda Carrillo la realización de la investigación vulnerabilidad a la infección con el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de Bogotá – Colombia, en la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia sede Bogotá.

Nombre

Firma

Anexo 4C – Carta Andina



Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP
Departamento de Medicina Preventiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Autorización para la realización del estudio

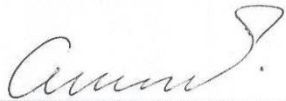
Bogotá 18 de Mayo de 2012

Doctor
EDUARDO MORA BEJARANO
Director Centro de Investigación y Desarrollo
Fundación Universitaria del Área Andina
Ciudad

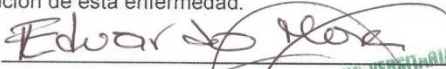
Yo, Gloria Judith Sepúlveda Carrillo, estudiante del curso de Pos-graduación a nivel de Doctorado en Salud Colectiva de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), bajo la orientación de la Profa. Dra. Paulete Goldenberg, respetuosamente solicito su autorización para realizar la investigación **Vulnerabilidad a la infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Universitarios de Bogotá – Colombia**, en el campus de la Fundación Universitaria del Área Andina sede Bogotá, con el objetivo de realizar un diagnóstico a partir de la aplicación de un cuestionario a los alumnos de los cursos ofrecidos en la institución.

Considerando la relevancia de los propósitos del estudio y visualizando el fortalecimiento de los programas de prevención en esta área del conocimiento, contamos con su anuencia.

Atentamente,


Gloria Judith Sepúlveda Carrillo

Autorizo a la alumna Gloria Judith Sepúlveda Carrillo la realización de la investigación **Vulnerabilidad a la infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Universitarios de Bogotá – Colombia**, en el campus de la Fundación Universitaria del Área Andina sede Bogotá. Como contraprestación a lo anterior queda el compromiso que al finalizar la aplicación del cuestionario la investigadora entregará al Centro de Investigación y Desarrollo (CID), un informe con los resultados preliminares del análisis de la información recolectada con los Estudiantes de la Fundación Universitaria del Área Andina, los cuales serán utilizados exclusivamente para la realización de un análisis al interior de la institución con el objetivo de fortalecer en el futuro programas de promoción y prevención de esta enfermedad.

Nombre 

Firma 



Rua Borges Lagoa, 1.341 - 2ª andar - Vila Clementino - São Paulo - CEP: 04038-034 - Fone: 5576-4876

Anexo 5A – Consentimiento Informado ESAP

Participantes del estudio de “Vulnerabilidad a la infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Universitarios de Bogotá – Colombia”.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciado Estudiante, usted está siendo invitado a participar en la investigación ***“Vulnerabilidad a la infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Universitarios de Bogotá – Colombia”*** para identificar conocimientos y prácticas preventivas relativas al Virus del Papiloma humano (VPH) en la perspectiva de la vulnerabilidad a la infección. Su participación es voluntaria y en cualquier momento usted puede desistir de participar y retirar su consentimiento.

Su participación en esta investigación consistirá en responder el cuestionario adjunto de preguntas abiertas y cerradas que tiene como propósito obtener información sobre los conocimientos y comportamientos que tienen los universitarios de la ciudad de Bogotá referentes al Virus del Papiloma Humano (VPH), con el fin de fortalecer en el futuro programas de prevención sobre esta enfermedad. Este procedimiento tomara un tiempo aproximado de veinte minutos. Esta investigación no presenta riesgos previsibles.

Las informaciones suministradas por los participantes, solo serán usadas para dar cumplimiento a los objetivos del estudio.

En cualquier etapa del estudio, usted podrá tener acceso a los profesionales responsables de la investigación para el esclarecimiento de eventuales dudas. La investigadora principal es la Enfermera Gloria Judith Sepúlveda Carrillo. Que puede ser encontrada en la siguiente dirección (Cra. 7 No. 40-62 piso 7 Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana) Teléfono (3208320 ext. 2668) cel. 312 3559354 E-mail: gloseca@hotmail.com.

Si usted tiene alguna observación o duda sobre la Ética de la Investigación, puede entrar en contacto con el Comité de Ética en Investigación (CEI) - Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, São Paulo - Brasil Teléfono 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br .

Usted recibirá una copia de este Consentimiento Informado en donde se encuentra el teléfono y la dirección institucional de la investigadora.

Consentimiento

Yo, _____, C.C. _____, estudiante de la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP), declaro haber leído las informaciones descritas y haber sido informado sobre las posibles dudas en cuanto a mi participación en esta investigación. Siendo así, ACEPTO participar en este estudio.

Nombre:

Firma: _____ Fecha: _____

Anexo 5B – Consentimiento Informado Universidad Católica

Participantes del estudio de “Vulnerabilidad a la infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Universitarios de Bogotá – Colombia”.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciado Estudiante, usted está siendo invitado a participar en la investigación ***“Vulnerabilidad a la infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Universitarios de Bogotá – Colombia”*** para identificar conocimientos y prácticas preventivas relativas al Virus del Papiloma humano (VPH) en la perspectiva de la vulnerabilidad a la infección. Su participación es voluntaria y en cualquier momento usted puede desistir de participar y retirar su consentimiento.

Su participación en esta investigación consistirá en responder el cuestionario adjunto de preguntas abiertas y cerradas que tiene como propósito obtener información sobre los conocimientos y comportamientos que tienen los universitarios de la ciudad de Bogotá referentes al Virus del Papiloma Humano (VPH), con el fin de fortalecer en el futuro programas de prevención sobre esta enfermedad. Este procedimiento tomara un tiempo aproximado de veinte minutos. Esta investigación no presenta riesgos previsibles.

Las informaciones suministradas por los participantes, solo serán usadas para dar cumplimiento a los objetivos del estudio.

En cualquier etapa del estudio, usted podrá tener acceso a los profesionales responsables de la investigación para el esclarecimiento de eventuales dudas. La investigadora principal es la Enfermera Gloria Judith Sepúlveda Carrillo. Que puede ser encontrada en la siguiente dirección (Cra. 7 No. 40-62 piso 7 Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana) Teléfono (3208320 ext. 2668) cel. 312 3559354 E-mail: gloseca@hotmail.com.

Si usted tiene alguna observación o duda sobre la Ética de la Investigación, puede entrar en contacto con el Comité de Ética en Investigación (CEI) - Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, São Paulo - Brasil Teléfono 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br .

Usted recibirá una copia de este Consentimiento Informado en donde se encuentra el teléfono y la dirección institucional de la investigadora.

Consentimiento

Yo, _____, C.C. _____, estudiante de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, declaro haber leído las informaciones descritas y haber sido informado sobre las posibles dudas en cuanto a mi participación en esta investigación. Siendo así, ACEPTO participar en este estudio.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Anexo 5C – Consentimiento Informado Universidad del Área Andina

Participantes del estudio de “Vulnerabilidad a la infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Universitarios de Bogotá – Colombia”.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apreciado Estudiante, usted está siendo invitado a participar en la investigación ***“Vulnerabilidad a la infección con el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Universitarios de Bogotá – Colombia”*** para identificar conocimientos y prácticas preventivas relativas al Virus del Papiloma humano (VPH) en la perspectiva de la vulnerabilidad a la infección. Su participación es voluntaria y en cualquier momento usted puede desistir de participar y retirar su consentimiento.

Su participación en esta investigación consistirá en responder el cuestionario adjunto de preguntas abiertas y cerradas que tiene como propósito obtener información sobre los conocimientos y comportamientos que tienen los universitarios de la ciudad de Bogotá referentes al Virus del Papiloma Humano (VPH), con el fin de fortalecer en el futuro programas de prevención sobre esta enfermedad. Este procedimiento tomara un tiempo aproximado de veinte minutos. Esta investigación no presenta riesgos previsibles.

Las informaciones suministradas por los participantes, solo serán usadas para dar cumplimiento a los objetivos del estudio.

En cualquier etapa del estudio, usted podrá tener acceso a los profesionales responsables de la investigación para el esclarecimiento de eventuales dudas. La investigadora principal es la Enfermera Gloria Judith Sepúlveda Carrillo. Que puede ser encontrada en la siguiente dirección (Cra. 7 No. 40-62 piso 7 Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana) Teléfono (3208320 ext. 2668) cel. 312 3559354 E-mail: gloseca@hotmail.com.

Si usted tiene alguna observación o duda sobre la Ética de la Investigación, puede entrar en contacto con el Comité de Ética en Investigación (CEI) - Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, São Paulo - Brasil Teléfono 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br .

Usted recibirá una copia de este Consentimiento Informado en donde se encuentra el teléfono y la dirección institucional de la investigadora.

Consentimiento

Yo, _____, C.C. _____, estudiante de la Fundación Universitaria del Área Andina, declaro haber leído las informaciones descritas y haber sido informado sobre las posibles dudas en cuanto a mi participación en esta investigación. Siendo así, ACEPTO participar en este estudio.

Nombre:

Firma: _____ Fecha: _____

Anexo 5D – TCLE português

Alunos participantes do componente de diagnóstico de vulnerabilidade ao vírus do papiloma humano (HPV) entre universitários de Bogotá – Colômbia. Versão em português

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto. Vulnerabilidade ao vírus do papiloma humano (HPV) entre universitários de Bogotá - Colômbia

O objetivo da presente investigação é identificar o conhecimento e práticas preventivas relativas ao HPV entre universitários de Bogotá-Colômbia, na perspectiva da vulnerabilidade. A identificação dos conhecimentos e práticas preventivas relativas ao HPV entre universitários tem como propósito subsidiar programas de prevenção e controle do contágio da infecção e do câncer cervical e ajudar os profissionais da saúde na execução de ações pertinentes. Será aplicado um questionário de perguntas abertas e fechadas que deverá ser preenchido por cada participante. Este procedimento tomara um tempo aproximado de trinta minutos.

Esta pesquisa não incorre em risco para os participantes. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Enfermeira Gloria Judith Sepúlveda Carrillo, que pode ser encontrada no endereço (cra 7 No. 40-62 piso 7 Facultad de Enfermería) Telefone(3208320 ext. 2668) E-mail: gloseca@hotmail.com . Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br (no caso da Colômbia serão especificados os endereços das universidades que deram a permissão para a realização do estudo). Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador.

Sua participação é voluntária sendo garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo à continuidade de seus estudos na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. As informações obtidas, só serão usadas para fim do cumprimento dos objetivos do estudo. Não há despesas pessoais ou compensação financeira relacionada à sua participação.

Consentimento

Eu, _____, RG _____, estudante do _____ semestre da Universidade (escrever nome da universidade), declaro ter lido as informações acima descritas e ter sido esclarecido de possíveis dúvidas quanto a minha participação nesta pesquisa. Sendo assim, ACEITO participar em tal estudo.

Nome:

Assinatura: _____ Data: _____

6. REFERÊNCIAS

1. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecologic Oncol.* 2008; Suppl 110:4-7.
2. Bosch FX, Burchell AN, Schiffman M, Giuliano AR, de Sanjose S, Bruni L, et al. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infections and type-specific implications in cervical neoplasia. *Vaccine.* 2008;9(26 Suppl10):1-16.
3. Burk RD, Chen Z, Van Doorslaer K. Human Papillomaviruses: Genetic Basis of Carcinogenicity. *Public Health Genomics.* 2009;12:281-290.
4. Economist Intelligence Unit. Breakaway: The global burden of cancer—challenges and opportunities. The Economist, London: Livestrong; 2009.
5. Pardo C, Cendales R. Incidencia Estimada y Mortalidad Por Cáncer en Colombia 2002-2006. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2010.
6. Sandfort JS, Pleasant A. Knowledge, attitudes, and informational behaviors of college students in regard to the human papillomavirus. *J Am Coll Health.* 2009;58(2):141-149.
7. Moreira ED, Oliveira BG, Ferraz FM, Costa S, Costa Filho JO, Karic G. Knowledge and attitudes about human papillomavirus, Pap smears, and cervical cancer among young women in Brazil: implications for health education and prevention. *Int J Gynecol Cancer.* 2006;16(2):599-603.
8. Costa L, Goldenberg P. Papillomavírus Humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. *Saúde Soc.* 2013;22(1):249-261.
9. Tristram A. HPV information needs. *Best Gynecol.* 2006;20(2):267–277.
10. Stark A, Gregoire L, Pilarski R, Zarbo A, Gaba ALancaster WD. Human papillomavirus, cervical cancer and women's knowledge. *Cancer Detect Prev.* 2008;32(1):15-22.
11. Pelucchi C, Esposito S, Galeone C, Semino M, Sabatini C, Picciolli I, et al. Knowledge of human papillomavirus infection and its prevention among adolescents and parents in the greater Milan area, Northern Italy. *BMC Public Health.* 2010;10(378):1-12.
12. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, organizadores. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA, IMS, UERJ; 1993.
13. Mann JM, Tarantola D. AIDS in the World. 2 Ed. New York: Oxford University; 1996.
14. Mcpartland T, weaver B, Lee S, Koutsky L. Men's Perceptions and Knowledge of Human Papillomavirus (HPV) Infection and Cervical Cancer. *J Am Coll Health.* 2005;53(5):225-230.
15. Giacomozzi AI. Variáveis culturais e psicossociais associadas à vulnerabilidade étnica ao HIV/AIDS: estudo comparativo Entre Brasil e França. [Tese de Doutorado]. Florianópolis SC: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Curso de Pós-graduação em Psicologia; 2008.

-
16. Cochran SD, Mays VM. Women and AIDS-Related: Concerns Roles for Psychologists in Helping the Worried Well. *Am Psychol*. 1989;44(3):529-535.
 17. Vala J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: Vala J, Monteiro B, Eds. *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2000. p.457-502.
 18. Ayres JR, França J, Calazans GJ, Saletti F. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa MR, Parker R, eds. *Sexualidade pelo avesso: Direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo Ed. 34; 1999. p. 49-72.
 19. Ayres JRCM, França J, Calazans G, Saletti F, Heraldo C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
 20. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Bogotá; 2009.
 21. Ayres JRCM, Paiva V, Franca I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health*. 2006;96(6):1001-6.
 22. Icumi L, Bertolozzi M, Ferreira R, Fracolli R. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008;16(5):923-928.
 23. Ayres JRCM. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/ Programa de DST/AIDS. *Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia*. *Bol Epidemiol*. 1997;15(3):2-4.
 24. Muñoz AI, Bertolozzi MR. Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care?. *Cien Saude Colet*. 2007;12(2):319-324.
 25. Guirao-Goris J, Olmedo A, Ferrer E. El artículo de revisión. *RidEC*. 2008;1(1):6.
 26. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(2): 5-6.
 27. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382-385.
 28. Sepulveda-Carrillo G, Meneses-Baez A, Goldenberg P. Content Validity: Questionnaire Vulnerability to Human Papillomavirus. *Enferm Glob*. 2014;13(3):211-225
 29. Pereira, M. *Epidemiologia – teoria e prática*. Brasília: Guanabara Koogan; 2006.
 30. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
-

-
31. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución N° 008430;1993. [Recuperado em 16 de março de 2011]. Obtido em http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf
 32. Rosa MI, Medeiros LR, Dornelles DR, Bozzeti MC, Rosa F, Rosa B. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(5):953-964.
 33. Hidalgo M, Vicario L, Barca C. Virus del papiloma humano y adolescencia. *Bol Pediatr*. 2007; 47(201):213-218.
 34. López A, Lizano M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina. *Cancerología*. 2006;1: 31-55.
 35. Unger E, Duarte-Franco, E. Human papillomaviruses. Into the new millennium. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2001;28(4):653-66.
 36. Oviedo G, Arpaia AL, Ratia E, Seco N, Rodríguez I, Ramírez Z. Factores de riesgo en mujeres con infección del virus papiloma humano. *Rev chil obstet. Ginecol*. 2004; 69(5):343-346.
 37. Cortés H. Papillomavirus in cervical carcinoma. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2003; 54(2):107-112.
 38. Lambert EC. College students' knowledge of human papillomavirus and effectiveness of a brief educational intervention. *J Am Board Fam Med*. 2001;14(3):178-183.
 39. Scheurer ME, Tortolero-Luna G, Adler-Storthz K. Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention. *Int J Gynecol Cancer*. 2005; 15(5):727-746.
 40. Bravo MM, Medina O, Melgarejo D, Serrano ML. Human Papillomavirus infection in a sample of young women with normal PAP smear. *Cancerología*. 2004;8(2): 5-10.
 41. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer Cervicouterino. *Cáncer cervicouterino: magnitud del problema*. 3ra ed. Washington, D.C; 2002.
 42. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Bosch FX. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*. 2002;359(9312):1093-1101.
 43. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Bajos N. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*. 2006;368(9548):1706-28.
 44. Gravitt P. ¿Es el VPH el principal indicador de cáncer?. *HPV Today*. 2003;(3):8-12.
 45. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, Frascieschi S. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*. 2002;359(9312):1085-1092.
-

-
46. Serrano RO, Uribe CJ, Pérez MD, Díaz LA, Dangond Y. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2004; 55(2):146-160.
 47. Muñoz N, Bosch FX, De Sanjosé S, Tafur L, Izarzugaza I, Ascunce N. The casual link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: a population-based case control study in Colombia and Spain. *Int. J. Cancer.* 1992;52:743-749.
 48. Svare EI, Kjaer SK, Worm AM, Osterlind A, Meijer CJ, Van Den Brule AJ. Risk factors for genital HPV DNA in men resemble those found in women: a study of male attendees at a Danish STD clinic. *Sex Transm Infect.* 2002;78: 215–218.
 49. Giuseppe G, Abbate R, Liguori G, Albano L, Angelillo IF. Human papillomavirus and vaccination: knowledge, attitudes, and behavioural intention in adolescents and young women in Italy. *Br J Cancer.* 2008;99(2):225–229.
 50. Cruz LG, Bosques OD. Infección por el virus del papiloma humano y factores Relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2005;31(1):0-0.
 51. Gerhardt CA, Pong K, Kollar LM, Hillard PA, Rosenthal SL. Adolescents' Knowledge of Human Papillomavirus and Cervical Dysplasia. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2000;13(1):15–20.
 52. Braun V, Gavey N. Exploring the possibility of sexual-behavioural primary prevention interventions for cervical cancer. *Aust N Z J Public Health.* 1998;22(3);353-359.
 53. Muñoz N. Nuevas oportunidades para la prevención del cáncer cervical en Latinoamérica. *HPV Today.* 2004;4(1):1-3.
 54. Muñoz N, Reina JC, Sánchez GI. La vacuna contra el virus del papiloma humano: Una gran arma para la prevención primaria del cáncer de cuello uterino. *Colom Med.* 2008;39(2):196-204.
 55. McNair R, Power J. Comparing knowledge and perceived risk related to the human papilloma virus among Australian women of diverse sexual orientations. *Aust N Z Public Health.* 2009;(33):87-93.
 56. Lazcano-Ponce E, Castro R, Allen B, Nágera P, Alfonso P, Hernandez M. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *J Women's Health.* 1999;8(3):399–408.
 57. Denny-Smith T, Bairan A, Page MC. A survey of female nursing student's knowledge, health beliefs, perceptions of risk, and risk behaviors regarding human papillomavirus and cervical cancer. *J Am Acad Nurse Pract.* 2006;18(2):62-69.
 58. Ministerio de la Protección Social [MPS]. Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). MPS. Bogotá: 2003.
-

-
59. Isaza JF. Algunos indicadores de la educación superior. El Espectador. Bogotá: 2011. Recuperado em 05 de Maio de 2011. Obtido em: <http://www.elespectador.com/impreso/columna-254403-algunos-indicadores-de-educacion-superior>
 60. Departamento Nacional de Planeación [DNE]. La formación para el trabajo en Colombia: Situación y perspectiva de política. Bogotá: 2011.
 61. Gómez A. Los sistemas sexo/género en distintas sociedades: modelos analógicos y digitales. REIS. 2010;130(1):61-96.
 62. Lamas M. Nuevos valores sexuales. [ensaio] Letra S. 1997;146–149.
 63. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual y género. Cuicuilco. 2000;7(18):1-24.
 64. Mott L. Antropologia, População e Sexualidade. Revista Gente. 1984;1(1):87-103.
 65. Gamboa V. Historia de la sexualidad. Rev Biomed. 1998;9(1):116-121.
 66. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. GRAAL. Rio de Janeiro: 1985.
 67. Apostolidis T. Représentations de la vie affective et sexuelle des personnes vivant avec un handicap mental et pratiques de prise en charge à leur égard. France: 2000. Recuperado em 16 de novembro de 2010. Obtido em http://www.creai-picardie.fr/site/animations/pdfs/vais2000/VAIS-2000_Representations_Prise-en-charge.pdf
 68. Reyes G. El cuerpo como unidad biológica y social: una premisa para la salud sexual y reproductiva. Rev Colomb de Antropol. 2009;45(1):203-223.
 69. Fernández L. Amor, Sexo y el Fin del Milenio. Rev Cubana Psicol. 2001; 18(2):162-175.
 70. Melo MA. Representaciones de la sexualidad en las revistas femeninas juveniles. Em Vigoya M. Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia. Bogotá, Colombia: Editorial EDITORES; 2006. p. 215-231.
 71. Matos M, Feres-carneiro T, Jablonski B. Adolescência e relações amorosas: um estudo sobre jovens das camadas populares cariocas. Interação. 2005; 9(1):21-33.
 72. Pereira CP. A sexualidade na adolescência. Os valores hierárquicos e igualitários na construção da identidade e das relações afetivo-sexuais dos adolescentes. [Tese de mestrado] Curso de pós-graduação em Saúde Pública subárea saúde e sociedade. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ:2002. Recuperado em 02 de setembro de 2010. Obtido em <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/paulocm.pdf>
 73. Toneli JF. Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. Psicol. Soc. 2004;16(1):151-60.
-

-
74. Heilborn ML. Violência e mulher. Em G. Velho & M. Alvito, (Orgs.) Cidadania e Violência. Editora UFRJ/Editora FGV. Rio de Janeiro: 1996: p.89-98.
 75. Villela W. Homem que é homem também pega AIDS? Em: Arilha M, Ridenti GU, Medrado B, editors. Homens e masculinidades. Outras palavras. São Paulo: SP. Eds 34; 1998. p.129-142.
 76. Taquette S, Ruzany M, Meirelles Z, Ricardo I. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. Cad. Saúde Pública. 2003;19(5):1437-1444.
 77. Fernandes J. Evolução dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/AIDS em uma população de favela do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 1998;14(3):575-581.
 78. Baldini C, Keismanas L, Góessalveti M. Vulnerabilidade de adolescentes no silos-Butantã. Saúde Soc. 1998;7(2):63-82.
 79. Moscovici S. Representações Sociais: Investigações em psicologia social. 2 ed. Vozes. Rio de Janeiro, RJ: 2004.
 80. Tura LF. A AIDS: Repensado a prevenção. Em Tura LF, Moreira AS. (Orgs.). Saúde e representações sociais. João Pessoa, PB: Editora Universitária; 2004. p.167-190
 81. Goodwina R, Kozlovab A, Kwiatkowskac A, Nguyen L, Nizharadzee G, Realof A. et al. Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. Soc Sci Med. 2003;56(7):1373–1384.
 82. Moral de la Rubia J, Ortega M. Diferencias de género en significados, actitudes y conductas asociados a la sexualidad en estudiantes universitarios. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. 2008;14(28):97-119.
 83. Abric JC. Representations, knowledge transmission and social transformations. Em The Social Representation Studies Network, in partnership with the Tunisian Psychology Association (Org). 10th International Conference on Social Representations. Tunis (Gammarth), Tunisia: 2010. Recuperado em 02 de setembro de 2010. Obtido em http://www.10cirs.org/download/theorie_en.pdf
 84. Castro L, Camargo B. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. Psicol Estud. 2010;15(2):275-283.
 85. Galinkin A, Fleury E, Barbosa B, Furtado R. Representações sociais acerca da AIDS e percepção de risco de infecção pelo HIV/AIDS entre universitários. Em Centro Internacional de Pesquisa em Representações e Psicologia Social LAPsiS – Laboratório de Psicologia Social do Desenvolvimento Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília (Org). V jornada internacional e terceira conferencia brasileira sobre representações sociais. Brasília, DF: 2007. Recuperado em 15 de setembro de 2010. Obtido em http://www.vjirs.com.br/completos/VJIRS_0334_0529.PDF
-

-
86. Oliveira D, Tosoli A, Munhen A, Porto L. Atitudes, sentimentos e imagens na representação social da sexualidade entre adolescentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(4):817-823.
 87. Joffe H. Social representations of AIDS: towards encompassing issues of power. *Pap soc represent.* 1995;4(1):1-40.
 88. Hernández L. El imaginario de la sexualidad y la representación de género en Puerto Rico, 1950-2000. *Rev Cienc Soc.* 2008;19:128-149.
 89. Collignon M. Tejidos sobre la sexualidad juvenil. *Sinéctica.* 2003;23(1):43-50.
 90. Ruiz A, Latorre C, Beltrán J, Ruiz J, Vélez A. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. *Rev Sogia.* 2005;12 (3):83-96.
 91. Dell D, Chen H, Ahmad F, Stewart D. Knowledge About Human Papillomavirus Among Adolescents. *Obstet Gynecol.* 2000;96(5 part 1):653-6.
 92. Waller J, Mccaffery K, Forrest S, Szarewski A, Cadman L, Wardle J. Awareness of human papillomavirus among women attending a well woman clinic. *Sex Transm Infect.* 2003;79(4):320-2.
 93. Simas F, Yasuko L, Vilela A. Conhecimento, Atitude e Práticas na Prevenção do Câncer de Colo Uterino e HPV em Adolescentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14(1):126-34.
 94. Klug S, Hukelmann M, Blettner M. Knowledge about infection with human papillomavirus: A systematic review. *Prev Med.* 2008;46(2):87–98.
 95. Kahn J, Slap G, Bernstein D, Kollar L, Tissot A, Hillard P, et al. Behavioral, and interpersonal impact of Human papillomavirus and pap test results. *J women's health.* 2005;14(7):50-659.
 96. Tider D, Parsons J, Bimbi D. Knowledge of human papillomavirus and effects on sexual behaviour of gay/bisexualmen: a brief report. *Int JSTD AIDS.* 2005;16(10):707-8.
 97. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE, Banco Mundial. La Educación Superior en Colombia. Bogotá: 2012.
 98. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Análisis de determinantes de la deserción en la educación superior colombiana con base en el SPADIES. Bogotá: 2008.
 99. Profamilia, Ministerio de la Protección Social de Colombia. Quinta Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: 2010.
 100. Organización Mundial de la Salud, UNFPA. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Ginebra: 2012.
 101. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Sistema Integral de Información SISPRO. Bogotá: 2011.
-

-
102. Organización Internacional del Trabajo. Promoción del empleo juvenil en américa latina. Lima, Peru: 2014.
 103. Programa Anti-Drogas Ilícitas de la Comunidad Andina – PRADICAN. Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia, CICAD/OEA. II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Colombia, 2012. Biblioteca Nacional del Perú; 2013.
 104. Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar. Colombia: 2011.
 105. Louie KS, Castellsague X, de Sanjose S, Herrero R, Meijer CJ, Shan K, et al. Smoking and Passive Smoking in Cervical Cancer Risk: Pooled Analysis of Couples from the IARC Multicentric Case -Control Studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011;20:1379-1390.
 106. Alcaldía de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C.: 2009.
 107. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta de comportamientos y actitudes sobre sexualidad en niños ECAS. Bogotá: 2012.
 108. Secretaria de Salud de Medellín – Grupo de Salud Mental Universidad CES. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental. Medellín: 2011-2012.
 109. Chelimo C, Wouldes TA, Cameron LD, Elwood JM. Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer. *J Infect.* 2013;66(3):207-217.
 110. Varela MT, Correa D, Arrivillaga M, Zapata HJ, Hoyos PA, Tovar LM. Prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en población adulta de Colombia. *Rev Cub Salud Pública.* 2011;37(4):472-481.
 111. Tarkang EE. Perceived family support regarding condom use and condom use among secondary school female students in Limbe urban city of Cameroon. *BMC Public Health.* 2014;(14):173.
 112. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. Nota descriptiva N°351; 2013.
 113. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida- UNGASS. Bogotá: 2012.
 114. Ministerio de Salud de Colombia. Indicadores Básicos 2012, Situación de salud en Colombia. Bogotá: 2013.
 115. Calanca da SF, Vitalle MS, Maranhão HS, Canuto MH, Pires MM, Fisberg M. Diferenças regionais de conhecimento, opinião e uso de contraceptivo de emergência entre universitários brasileiros de cursos da área de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2010;26(9):1821-1831.
-

-
116. González-Quiñones J, Salamanca-Preciado J, Quiroz-Rivera R, Hernández-Pardo A, Hernández-Rojas A, Quesada-Núñez B. Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. *Rev. salud pública*. 2012;14(3):404-416.
 117. Théodore F, Gutiérrez J, Torres P, Luna G. El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. *Salud pública Méx*. 2004;46(2): 104-112.
 118. Castaño G; Arango E, Morales S, Rodríguez A, Montoya C. Drug use and sexual practices of teenagers in the city of Medellin (Colombia). *Adicciones*. 2012;24(4):347-354.
 119. Garcia-Vega E, Menéndez E, Fernández P, Cuesta M. Sexuality, contraception and unsafe sexual behavior in adolescents. *Int J Psychol Res*. 2012;(1):79-87.
 120. Satterwhite C, Torrone E, Meites E, Dunne E, Mahajan R, Ocfemia M, et al. Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men: Prevalence and Incidence Estimates, 2008. *Sex Transm Dis*. 2013;40(3):187-93.
 121. Chávez M, Petrzalová J, Zapata J. Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. *Enseñ invest psicol*. 2009; 14(1):137-151.
 122. Alcaldía Mayor de Bogotá, Profamilia. 1a Encuesta Distrital de Demografía y Salud Bogotá 2011 (EDDS). Bogotá: 2011.
 123. Rengifo-Reina H, Córdoba-Espinal A, Serrano-Rodriguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev Salud Pública*. 2012;14(4):558-569.
 124. Arias M, Pineda S. Conocimientos que tienen los estudiantes de una universidad pública de Manizales sobre el Papillomavirus humano. *INSP*. 2011;16(1):110 – 123.
 125. Castro EM, Miranda PA, Borre O. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del virus del papiloma humano en adolescentes escolarizados. *Rev. Cienc biomed*. 2012;3(2):275-281.
 126. Mayhew A, Kowalczyk TL, Ding L, Rosenthal SL, Zimet GD, Morrow C, et al. Risk Perceptions and Subsequent Sexual Behaviors After HPV Vaccination in Adolescents. *Pediatrics*. 2014;133(3):1-8.
-