



Bases Conceituais da **Saúde 5**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

 **Atena**
Editora
Ano 2019

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

5

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 5 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 5)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-136-7

DOI 10.22533/at.ed.367191502

1. Política de saúde. 2. Promoções da saúde. 3. Saúde coletiva.
I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

As condições de saúde da população decorrem de um conjunto amplo e complexo de fatores relacionados com o modo como as pessoas vivem. Esses modos de vida sofrem modificações ao longo do tempo, refletindo mudanças históricas na organização da sociedade. Os fatores que influenciam na ocorrência da distribuição da doença, incluem aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e simbólicos, ou seja, as formas como as pessoas compreendem a saúde e a doença.

Além dessa mudança histórica, as condições de saúde estão sujeitas a grandes variações no interior de uma mesma sociedade em uma mesma época histórica. Este padrão de distribuição da saúde e da doença segundo as características ou os modos de vida das classes sociais é chamado de perfil epidemiológico de classe.

A noção de transição epidemiológica deve considerar a complexidade das relações entre condição de vida e situação de saúde. Ao longo do tempo ocorreu uma diminuição significativa de doenças infectocontagiosas, devido à implementação de algumas políticas como, a Política Nacional de Imunização e o Programa de Controle da Aids. Apesar da sensível melhora em relação às doenças infectocontagiosas, as hepatites, a sífilis, o contágio por HIV, o controle da tuberculose e as dificuldades de manter uma boa cobertura vacinal para algumas doenças potencialmente evitáveis permanecem como desafios dentro do Sistema Único de Saúde.

Percebe-se que a transição epidemiológica no Brasil é a complexa e pode ser considerada um processo não linear, pois tanto as doenças infectocontagiosas, quanto crônicas coexistem no nosso território e é bastante marcado por disparidades regionais e sociais.

Ao longo desse volume discutiremos a prevalência, incidência, experiências e formulação de políticas públicas que visam a promoção de saúde e a prevenção em relação a essas doenças.

Elisa Miranda Costa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
“VIVER COM HIV É POSSÍVEL, COM PRECONCEITO NÃO”: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Adrielly Taíssa Silva dos Santos</i>	
<i>Anna Paula Cardoso de Magalhães</i>	
<i>Clark Wanderson Mota Bezerra</i>	
<i>Claudia Simone Baltazar de Oliveira</i>	
<i>Layssa Braz Monteiro Abdon</i>	
<i>Thaiana Quintino Prestes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3671915021	
CAPÍTULO 2	5
A REPRODUÇÃO NO CONTEXTO DA SORODIFERENÇA PARA O HIV/AIDS	
<i>Juliana Rodrigues de Albuquerque</i>	
<i>Amanda Trajano Batista</i>	
<i>Elis Amanda Atanázio Silva</i>	
<i>Josevânia Silva</i>	
<i>Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli</i>	
DOI10.22533/at.ed.3671915022	
CAPÍTULO 3	16
ABORDAGEM DAS DST/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA: ENTRAVES, POSSIBILIDADES E DESAFIOS	
<i>Lidianny do Nascimento Gonçalves Braga</i>	
<i>Francisca Marina de Souza Freire Furtado</i>	
<i>Pollyana Ludmilla Batista Pimentel</i>	
<i>Íria Raquel Borges Wiese</i>	
<i>Ana Alayde Werba Saldanha</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3671915023	
CAPÍTULO 4	24
SARCOMA DE KAPOSI CUTÂNEO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS – ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE UMA CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO	
<i>Marcos Antonio Neves Noronha</i>	
<i>Carla Andréa Avelar Pires</i>	
<i>Julius Caesar Mendes Soares Monteiro</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3671915024	
CAPÍTULO 5	39
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: DA ETIOLOGIA AO TRATAMENTO E A ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REABILITAÇÃO E PREVENÇÃO	
<i>Helder Xavier Bezerra</i>	
<i>Roberto Vinicius Antonino da Costa</i>	
<i>Maine Virgínia Alves Confessor</i>	
<i>Morganna Pollynné Nóbrega Pinheiro</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3671915025	
CAPÍTULO 6	47
ASPECTOS DE VULNERABILIDADES EM CASAIS SORODIFERENTES PARA O HIV/AIDS	
<i>Juliana Rodrigues de Albuquerque</i>	
<i>Amanda Trajano Batista</i>	
<i>Elis Amanda Atanázio Silva</i>	

Josevânia Silva
Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
DOI 10.22533/at.ed.3671915026

CAPÍTULO 7 58

HIV/IST EM FOCO: UMA AÇÃO PREVENTIVA

Silvana Cavalcanti dos Santos
Lucielly Keilla Falcão Neri de Oliveira
Ana Gabriela Velozo de Melo Cordeiro
Janeclécia dos Santos Alves
Victor Barbosa Azevedo
Ana Karine Laranjeira de Sá
Ladja Raiany Crispin da Silva
Marcelo Flávio Batista da Silva

DOI 10.22533/at.ed.3671915027

CAPÍTULO 8 67

ORIENTAÇÕES EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE CANDIDÍASE, HERPES, PNEUMONIA E TUBERCULOSE EM PORTADORES COM HIV/AIDS

Lauro Vicente Marron da Silva Filho
Bruna Sabino Santos
Emanuelle Silva Mendes
Giovanna Paraense da Silva
Thaís Alaíde Reis Meireles
José Augusto Carvalho de Araújo

DOI 10.22533/at.ed.3671915028

CAPÍTULO 9 73

INCIDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NA PARAÍBA E SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO PRÉ-NATAL

Jefferson Marlon de Medeiros Pereira Maciel
Ana Beatriz de Melo Alves
Evanildo Rodrigues de Sousa Júnior
Raquel Carlos de Brito
Elias Figueiredo da Silva

DOI 10.22533/at.ed.3671915029

CAPÍTULO 10 82

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍFILIS EM BELÉM (PA)

Victor Vieira Silva
Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho
Rafael de Azevedo Silva
Marina Pinto de Souza Caldeira
Lorena Fecury Tavares

DOI 10.22533/at.ed.36719150210

CAPÍTULO 11 85

AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES NO ESTADO DE MINAS GERAIS DE 2010 A 2016

Giovanna Rodrigues Pérez
João Victor Nobre Leão
Rhayssa Soares Mota
Laís Mendes Viana
Yasmin de Amorim Vieira

Laura Vitória Viana Caixeta

DOI 10.22533/at.ed.36719150211

CAPÍTULO 12 91

A IMPORTÂNCIA DOS FUNDAMENTOS DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO NA ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE TUBERCULOSE

Silvia Renata Pereira dos Santos
Carlos Victor Vinente de Sousa
Fernanda Santa Rosa de Nazaré
Laryssa Cristiane Palheta Vulcão
Lidiane Assunção de Vasconcelos
Matheus Ataíde Carvalho
Zaqueu Arnaud da Silva

DOI 10.22533/at.ed.36719150212

CAPÍTULO 13 98

DIFICULDADES ENFRENTADAS NO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paula Regina Ferreira Lemos
Camila de Cássia da Silva de França
Thais de Oliveira Carvalho Granado Santos
Ilma Pastana Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.36719150213

CAPÍTULO 14 106

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E SERVIÇO DE SAÚDE-COMUNIDADE EM TEMPOS DE ZIKA

Rubens Bedrikow
Carolina Neves Bühldoi

DOI 10.22533/at.ed.36719150214

CAPÍTULO 15 114

PREVENÇÃO DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ARBOVÍRUS: DENGUE, ZICA E CHIKUNGUNYA NO IFPE - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Angélica de Godoy Torres Lima
Romina Pessoa Silva de Araújo
Suzana Santos da Costa
Monaliza Fernanda de Araújo
Sheila Renata Ferreira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.36719150215

CAPÍTULO 16 121

DENGUE NA CIDADE DE NAVIRAÍ (MS): AÇÕES DESENVOLVIDAS E MEDIDAS PREVENTIVAS

Neide Olsen Matos Pereira
Cláudia Olsen Matos Pereira
Gilberto Cezar Pavanelli
Estácio Valentim Carlos

DOI 10.22533/at.ed.36719150216

CAPÍTULO 17 134

DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS DECORRENTES DO COMPARTILHAMENTO DE COPOS QUE AFETAM ESTUDANTES DO ENSINO PRIMÁRIO

Silvia Renata Pereira dos Santos

*Carlos Victor Vinente de Sousa
Laryssa Cristiane Palheta Vulcão
Matheus Ataíde Carvalho
Marluce Pereira dos Santos
Silvia Maria Almeida da Costa
Zaqueu Arnaud da Silva*

DOI 10.22533/at.ed.36719150217

CAPÍTULO 18 140

ESTUDO DA DINÂMICA EPIDEMIOLÓGICA DO EBOLA NOS PAÍSES ONDE SE ORIGINOU A DOENÇA: UM ESTUDO DE SÉRIES TEMPORAIS

*Michelle Salles Barros de Aguiar
Jeffry Kauê Borges Vieira*

DOI 10.22533/at.ed.36719150218

CAPÍTULO 19 145

HANSENÍASE: RELAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E A FORMA OPERACIONAL

*Gal Caroline Alho Lobão
Tamyres Maria Santos da Silva
Priscila Cristina de Sousa
Larissa Rodrigues Dias
Ana Rosa Botelho Pontes*

DOI 10.22533/at.ed.36719150219

CAPÍTULO 20 149

PERFIL E PRÁTICAS SEXUAIS DE UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO REALIZADO NO NORTE DO BRASIL

*Paulo Victor S. Cavalcante
Gláucia C. Silva-Oliveira
Aldemir B. Oliveira-Filho*

DOI 10.22533/at.ed.36719150220

CAPÍTULO 21 162

SITUAÇÃO VACINAL DE TRABALHADORES DE UMA BRITADEIRA NO MUNICÍPIO DE CAICÓ – RN

*Regilene Alves Portela
Elizama de Lima Cruz Paulo
Ana Lúcia de França Medeiros
Maria Clara Wanderley Cavalcante*

DOI 10.22533/at.ed.36719150221

CAPÍTULO 22 172

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA VACINAÇÃO PARA ROTAVÍRUS NA POPULAÇÃO INFANTIL DO SEMIÁRIDO PARAIBANO NO PERÍODO DE 2005 A 2013

*Marcelo Moreno
Joelma Rodrigues de Souza
Alex Carneiro da Cunha Nóbrega Junior
Davi Antas e Silva
Fernando Portela Câmara*

DOI 10.22533/at.ed.36719150222

SOBRE A ORGANIZADORA..... 184

“VIVER COM HIV É POSSÍVEL, COM PRECONCEITO NÃO”: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adrielly Taíssa Silva dos Santos

Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA)

Belém – Pará

Anna Paula Cardoso de Magalhães

Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA)

Belém – Pará

Clark Wanderson Mota Bezerra

Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA)

Belém – Pará

Claudia Simone Baltazar de Oliveira

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Belém – Pará

Layssa Braz Monteiro Abdon

Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA)

Belém – Pará

Thaiana Quintino Prestes

Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA)

Belém – Pará

RESUMO: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida pode ser definida, como o estágio mais avançado da presença do HIV no organismo. A soropositividade engloba diversos aspectos, desde clínicos até emocionais, relacionando-se ao medo de rejeição e interrupção de relações interpessoais, que podem comprometer a continuidade do tratamento. Teve-se como objetivo realizar desmistificação de tabus, conscientização, informação e esclarecimento

sobre a valorização da vida do portador de HIV por meio de metodologias ativas. As metodologias se desenvolveram em uma ação que ocorreu em maio de 2017, na cidade de Belém/Pará por meio de uma atividade desenvolvida pela Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA) pelo curso de biomedicina, onde foi dividida em três etapas: encenação, questionário e informação. Durante a ação observou-se a sensibilização do público quanto ao serem colocados na posição de portadores do vírus, onde dentre as perguntas realizadas, houve inteiração acerca da transmissão, tratamento e prevenção, porém se sentiram impactados sobre o meio psicossocial influenciar nos níveis de imunidade de pessoas portadoras. A sorologia positiva carrega, ainda, tabus e preconceitos impostos pela sociedade, onde pode-se evitar pela conscientização sociedade-portador com boa relação social junto ao tratamento medicamentoso, e assim, tornar a vida mais saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Aspectos emocionais, preconceito, HIV.

ABSTRACT: Acquired Immunodeficiency Syndrome can be defined as the most advanced stage of the presence of HIV in the body. Seropositivity encompasses several aspects, from clinical to emotional, relating to the fear of rejection and interruption of interpersonal

relationships, which may compromise the continuity of treatment. The objective was to carry out the demystification of taboos, awareness, information and clarification on the value of the life of the HIV patient through active methodologies. The methodologies developed in an action that happened in May 2017, in the city of Belém / Pará, through an activity developed by the Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA) for the biomedicine course, where it was divided into three stages: staging, questionnaire and information. During the action the public was sensitized to be placed in the position of virus carriers, where among the questions asked, there was an understanding about the transmission, treatment and prevention, but they felt impacted on the psychosocial environment influencing the levels of immunity of carriers. The positive serology also carries taboos and prejudices imposed by society, where it can be avoided by society-bearer awareness with good social relation with the drug treatment, and thus, make life healthier.

KEYWORDS: Emotional Aspects, Prejudice, HIV.

1 | INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) pode ser definida, segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) como o estágio mais avançado da presença do HIV no organismo, com prevalência de 36 milhões de pessoas portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana e incidência de cerca de 1.8 milhões no último ano (UNAIDS BRASIL, 2017). A soropositividade engloba aspectos clínicos, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos, que estão diretamente relacionados com a ética/moral, influenciando na negação da quebra no padrão de vida do paciente (DURÃES, 2011). O portador enfrenta dificuldades desde o diagnóstico: autoaceitação, adaptação ao novo estilo de vida, preconceitos, medo de rejeição, abandono, interrupção de relações interpessoais e ocupacionais, que podem comprometer a continuidade do tratamento medicamentoso e levar à problemas psicossociais (JESUS, 2017). O estresse emocional, pode desencadear um desequilíbrio sistêmico, por conta da liberação de hormônios que agem nos eixos hipotálamo-hipófise-adrenal e promovem ações moduladoras sobre principalmente, o sistema imunológico, podendo ocasionar outras doenças e prejudicar o portador (NIP, 2017). À luz disto, tem-se a necessidade de incorporar além do tratamento medicamentoso – que muitas vezes tende a vir após a autoaceitação – o tratamento psicológico, tornando-o relevantemente expressivo para a melhora no quadro clínico (DURÃES, 2011).

2 | OBJETIVOS

Realizar a desmitificação de tabus, conscientização, informação e esclarecimento sobre a valorização da vida do portador de HIV, por meio de metodologias ativas.

3 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A ação denominada “Plantão Biomédico” foi realizada no dia vinte e um de maio de 2017, no turno da manhã, na praça Batista Campos em Belém-Pará. Esta atividade foi realizada por acadêmicos do quinto período do curso de biomedicina da Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA) sob orientação de seus professores, cujo público alvo foi a população que interagiu com a metodologia. A encenação teve início com um dos acadêmicos de olhos vendados portando uma placa com os dizeres “‘Eu estou aqui para admitir que, de fato, sou HIV positivo. São três letras difíceis de digerir.’ (SHEEN, Charlie) Você pode me abraçar?”, a partir disto, foi observado como os indivíduos reagiriam em relação ao contato físico com o portador de HIV. Após a interação do público com o “ator”, este foi abordado por outros três graduandos os quais explicavam a finalidade da ação e ressaltavam se tratar apenas de uma encenação com intuito de demonstrar como a relação interpessoal está ligada a fatores psicossociais que influenciam diretamente na imunidade e conseqüentemente no tratamento medicamentoso do paciente, por meio de objetos que simulavam o peso de cada condicionante (sorologia positiva, medo, preconceito) que somado a carga viral podem deprimir ainda mais o sistema imunológico, desencadeando o surgimento de doenças oportunistas, tais como, influenzas, pneumonias, podendo levar à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Decorrida a explicação, os indivíduos foram direcionados ao restante dos acadêmicos para participar voluntariamente de uma dinâmica de perguntas a respeito do conhecimento sobre a vida do portador do Vírus da Imunodeficiência Humana, que consistia do modo de transmissão, tratamento; prevenção; grupos de risco e reflexões sociais, cujas respostas variavam entre verdadeiras e falsas, e assim desmitificar tabus relacionados ao tema. Mediante as respostas dos participantes, as alternativas eram corrigidas ou confirmadas pelos estudantes responsáveis por esta etapa. Para complementar a visibilidade e despertar curiosidade do público sobre o assunto abordado, ao longo da atividade os acadêmicos participantes usaram em suas costas placas com frases reflexivas, como por exemplo, “Viver com HIV é possível, com preconceito não” (Ministério da Saúde).

4 | RESULTADOS

Durante a execução desta atividade foi observado que grande parte do público presente na praça se solidarizou com a situação encenada correspondendo positivamente ao pedido expresso na placa. Quando deparados com o fardo que os fatos condicionantes possuíam na vida do portador na dinâmica com os pesos, os participantes se mostraram sensibilizados e reflexivos ao serem colocados na posição de pessoas portadoras do vírus. Nas perguntas realizadas após a reflexão, o público estava mais inteirado quanto à transmissão, tratamento e prevenção, porém, poucos sabiam com relação aos grupos de risco em prevalência nos últimos anos e ficaram

impactados ao terem a noção que o meio psicossocial influencia diretamente nos níveis de imunidade de pessoas soropositivas.

5 | CONCLUSÃO

A sorologia positiva para o HIV ainda carrega tabus e preconceitos impostos pela sociedade por conta, principalmente, da falta de informação, tendo como possível consequência estresse emocional podendo acarretar imunodepressão que somada a outros fatores inerentes ao portador – como ausência de dieta balanceada e falta de práticas de atividades físicas – podem levar à doenças oportunistas, até mesmo à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (CARVALHO, 2011). Esta situação pode ser evitada pela conscientização sociedade-portador, por meio de acompanhamento psicológico, grupos de autoajuda, boa relação social e assim junto ao tratamento com coquetéis antivirais, tornar a vida mais saudável. A atividade alcançou os objetivos de levar informação e sensibilização do público presente, o qual participou de maneira ativa e complementar à dinâmica abordada, esta interação do público contribuiu de forma significativa a todos os indivíduos envolvidos, tais como acadêmicos e orientadores da atividade, bem como a população alvo da ação.

REFERÊNCIAS

- CARVALHO, Simone Mendes e PAES, Graciele Oroski. **A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 2011.
- DURÃES, Jaqueline Sena. **Cuidado e superação do estigma do HIV/AIDS: Estágio de observação no grupo de adesão do hospital de clínicas da UFPR em parceria com a Pastoral da AIDS de Curitiba**. Curitiba, 2011.
- JESUS, Giselle Juliana; OLIVEIRA, Layza Braz; CALIARI, Juliano de Souza; QUEIROZ, Arthur Acelino Francisco Luz; GIR, Elucir e REIS, Renata Karina. **Dificuldades do viver com HIV/AIDS: Entraves na qualidade de vida**. Acta paul. enferm. vol.30 no.3 São Paulo May/Jun. 2017.
- NIP: Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa. **Influência do Estresse sobre o Sistema Imunológico**. [Acesso em: 14 de setembro de 2017].
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS BRASIL). **Você sabe o que é HIV e o que é AIDS?**. [Acesso em: 13 de setembro de 2017]. Disponível em: <http://www.aids.org.br/2017/03/voce-sabe-o-que-e-hiv-e-o-que-e-aids/>.

A REPRODUÇÃO NO CONTEXTO DA SORODIFERENÇA PARA O HIV_AIDS

Juliana Rodrigues de Albuquerque

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Amanda Trajano Batista

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Elis Amanda Atanázio Silva

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Josevânia Silva

Universidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde
Campina Grande - Paraíba

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

RESUMO: A gravidez no contexto do HIV/ Aids suscita conflitos, desejo e temor, tanto para o casal que deseja engravidar, quanto para os profissionais de saúde envolvidos. Este estudo teve como objetivo compreender a dinâmica que envolve a reprodução em casais sorodiferentes para o HIV/Aids. Participaram 36 pessoas em relacionamento heterossexual e sorodiferente. Utilizou-se um

questionário sociodemográfico e entrevista semi-estruturada, analisados, por estatísticas descritivas e Análise Categorical Temática. O cotidiano no casamento sorodiferente é permeado por sentimentos de medo do contágio e da necessidade permanente do cuidado. A maternidade, mesmo planejada, é assombrada pela possibilidade da transmissão vertical ou morte materna. Os médicos foram mencionados enquanto apoiadores do planejamento, diferentemente de estudos que identificaram profissionais de saúde não acolhedores quando mulheres expressavam o desejo de engravidar, gerando represálias e censuras. Em relação ao planejamento, algumas falas remeteram ao medo da transmissão vertical como causa para que o casal opte não ter filho, expressando o desejo somado à preocupação. Verificou-se um maior apoio dos setores da saúde, cuja escolha do casal tem sido não só aceita, como encorajada, apesar da saúde pública ainda não disponibilizar, de fato, um acesso eficaz e seguro para a reprodução nesse contexto.

PALAVRAS-CHAVE: HIV/Aids, reprodução, sorodiferença.

ABSTRACT: Pregnancy in the context of HIV / AIDS raises conflicts, desire and fear, both for the couple who wishes to become pregnant, and for the health professionals involved. The aim of this study was to understand the dynamics that

involve reproduction in serodifferent couples for HIV / AIDS. Participated 36 people in heterosexual and serodifferent relationship. A sociodemographic questionnaire and semi-structured interview were used, analyzed by descriptive statistics and Thematic Categorical Analysis. The daily life in the serodifferent marriage is permeated by feelings of fear of contagion and the permanent need for care. Maternity, even planned, is haunted by the possibility of vertical transmission or maternal death. Doctors were mentioned as supporters of planning, unlike studies that identified unhealthy health professionals when women expressed the desire to get pregnant, leading to reprisals and censorship. Regarding planning, some statements referred to the fear of vertical transmission as a cause for the couple to choose not to have a child, expressing the desire added to the concern. There was greater support from the health sectors, whose choice of marriage has not only been accepted, as encouraged, although public health still does not provide effective and safe access to reproduction in this context.

KEYWORDS: HIV / AIDS, reproduction, serodifference.

1 | INTRODUÇÃO

São indiscutíveis os avanços referentes ao fenômeno do HIV/Aids, desde as primeiras respostas dadas pelo setor da saúde, em especial no que concerne ao tratamento medicamentoso assim como a implementação de políticas públicas, o que facilitou para que o status de morte iminente do indivíduo soropositivo viesse a ser substituído por um caráter de cronicidade, propiciando um aumento tanto na expectativa quanto na qualidade de vida daquele que vive com o HIV (Reis & Gir, 2009). Portanto, segundo Polejack (2001), há uma tendência no contexto do HIV/Aids, que é a formação de relacionamentos sorodiferentes, onde apenas um dos parceiros é soropositivo para o HIV/AIDS. Sendo assim, aquele que possui o vírus HIV pode planejar sua vida, em especial, no que diz respeito ao casamento e aos planos de procriação.

No âmbito das relações sorodiferentes, a decisão de ter ou não um filho implica em algumas peculiaridades, que não apenas a possibilidade da transmissão vertical, mas também o risco da transmissão ao parceiro (Polejack, 2001). Diante de tais questões, esta autora aponta uma série de conflitos que se instalam na vivência desse casal, ou seja, na busca de estratégias de enfrentamento em relação aos riscos, buscando diminuir as preocupações que envolvem a chance de transmitir o vírus ao parceiro, somado ao desejo da manutenção da vida sexualmente ativa bem como das escolhas reprodutivas.

Sobre saúde reprodutiva, esta implica em ter capacidade de usufruir de uma vida sexual de maneira satisfatória e sem a apresentação de riscos, bem como de procriar, onde o sujeito pode também escolher ou não ter filhos, no momento ou na frequência que o mesmo deseja. Ainda nesse contexto do direito à reprodução, é apontado o direito tanto do homem quanto da mulher de obter informações e de ter acessibilidade

aos métodos de planejamento familiar de maneira segura bem como de escolherem pelo método que desejam empregar (Galvão & Diaz, 1999).

Em pesquisa realizada com casais sorodiferentes por Dalapria e Neto (2004), verificou-se o não conhecimento de técnicas de reprodução assistida, sinalizando, portanto a precariedade das informações sobre métodos seguros para gestação de mulheres soropositivas ou em relacionamento sorodiferente.

Faz-se recente o desenvolvimento de políticas públicas que garantam os direitos reprodutivos de homens e mulheres do país, sendo tais medidas anunciadas pelo Governo Federal, no âmbito do Ministério da Saúde, cuja divulgação se deu através do documento “Direitos sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo” (Brasil, 2005). Em relação a esses direitos, estaria presente a acessibilidade às técnicas modernas de reprodução assistida nos serviços públicos de saúde, onde, no caso de mulheres soropositivas ou que possuam parceiros soropositivos, tem-se uma nova possibilidade, que pode vir a garantir seus direitos reprodutivos (Sant’anna & Seidl, 2008).

De acordo com a cartilha da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), lançada para a população de casais sorodiferentes, em termos de direitos em saúde reprodutiva, a constituição brasileira é uma das mais avançadas do mundo (ABIA, 2004). Segundo a constituição, todo cidadão ou cidadã brasileira (a), independente da condição sorológica para o HIV, possui direitos de conhecer informações acerca da reprodução e sexualidade, recebendo tratamento médico gratuito e digno, livre de preconceitos ou represálias por parte dos profissionais de saúde (ABIA, 2004).

A cartilha da ABIA descreve técnicas, aos casais sorodiferentes, que podem ser utilizadas quando o casal planeja ter um filho. No caso do homem ser soropositivo, a lavagem de esperma, juntamente com a inseminação artificial, possibilitaria a redução da chance de transmissão do HIV para a parceira e para o bebê (ABIA, 2004). Tal técnica diz respeito à separação dos espermatozoides móveis de outros componentes do líquido seminal, visto que a entrada do vírus não é possível através do espermatozoide, pois, neste não existem partículas virais (ABIA, 2004). Após essa lavagem, o espermatozoide é introduzido no útero da mulher por meio da inseminação artificial (ABIA, 2004). Quando a mulher é a soropositiva da relação, o acompanhamento médico deve ser ainda mais especial, cujo tratamento envolve a decisão por parte do casal e do médico do momento mais propício para engravidar (ABIA, 2004). Nesse caso, a mulher deve apresentar CD4 acima de 400 somada a uma carga viral indetectável, a fim de reduzir os riscos de transmissão, então, o passo seria a inseminação artificial com a utilização de sêmen fresco (ABIA, 2004). É importante salientar que essas técnicas de reprodução possuem um custo oneroso e, no que diz respeito a maioria dos estados brasileiros, como o paraibano por exemplo, não é disponibilizado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), portanto, grande parte dos casais sorodiferentes, principalmente aqueles de classe socioeconômica menos favorecida, não tem acesso a técnicas que reduzem, significativamente, o risco de transmissão.

Não obstante, a gravidez no contexto do HIV/Aids suscita conflitos que perpassam por aspectos éticos, desejo e temor, que se fazem presentes tanto para o casal ou mulher que deseja engravidar mas tem medo da transmissão vertical, quanto para os profissionais de saúde envolvidos. Apesar dos avanços científicos no tratamento da Aids, da considerável diminuição da transmissão vertical e a consequente diminuição da morbimortalidade (ONUSIDA, 2011), ainda persiste a relutância de muitos profissionais de saúde em realizar a reprodução assistida (Ruibal & Larcher, 2009).

No Brasil tem sido observada uma diminuição significativa dos casos de transmissão vertical, devido, principalmente, as medidas que o governo implementou desde 1996, estipulando um protocolo de profilaxia para todas as gestantes soropositivas bem como para os seus filhos, diminuindo também, a incidência de Aids em crianças (Sant'anna & Seidl, 2008). No entanto, conforme relatado por Vidal et al (2009) este desejo de engravidar, muitas vezes, é repellido pelos profissionais de saúde que explicam aos casais que uma gravidez nesse caso pode levar a transmissão vertical do HIV no caso da mulher ser soropositiva.

Somado ao conflito das escolhas que a mulher soropositiva tende a vivenciar entre a decisão de ser mãe ou não, observa-se que, muitas mulheres soropositivas são acolhidas nos serviços de saúde, de maneira insatisfatória (Sant'anna & Seidl, 2008). Em muitas situações, os profissionais de saúde parecem não dar a atenção devida ao assunto ou tratam tais mulheres com censura quando as mesmas relatam o desejo de engravidar (Sant'anna & Seidl, 2008). Diante desse embate, sugere-se que a maternidade, enquanto modalidade social culturalmente valorizada e esperada das mulheres que, inclusive, tendem a desejar tal condição, pode se tornar ameaçada em decorrência da sorologia positiva para o HIV (Knauth et al., 2002). De acordo com o relatório da UNAIDS (2015), em alguns países da América Latina, há muitas mulheres soropositivas que são desencorajadas e censuradas, por profissionais de saúde, quando expressam o desejo pela reprodução.

Partindo de tais pressupostos, o presente trabalho teve por objetivo compreender a dinâmica que envolve a reprodução em casais sorodiferentes para o HIV/Aids.

2 | MÉTODO

Característica do estudo

A presente pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira se tratou de um estudo exploratório-descritivo e transversal. No segundo momento, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com casais sorodiferentes para o HIV/Aids.

Participantes

No primeiro estudo, contou-se com uma amostra de 36 indivíduos em relacionamento heterossexual e sorodiferente para o HIV/Aids, com média de 36,4 anos de idade (DP=10,51, variando de 19 a 70 anos), sendo a metade de cada sexo.

No segundo momento, foram entrevistados oito casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV.

Instrumentos

O instrumento utilizado na primeira etapa foi um questionário estruturado autoaplicável, versando sobre o perfil biodemográfico e práticas sexuais. Sobre as entrevistas semiestruturadas, estas buscaram a compreensão da vivência sorodiferente, ocorrendo com a presença de ambos os parceiros.

Análise de dados

O banco de dados, referente à etapa quantitativa da pesquisa, foi construído a partir da digitação dos questionários com prévia codificação das respostas, para isso foi utilizado o Software SPSS. For Windows – versão 18. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude). Em relação às entrevistas, foram analisadas com base na Análise Categrial Temática, conforme a proposta de Figueiredo (1993).

Aspectos éticos

Este estudo foi conduzido segundo os aspectos éticos referentes à pesquisas que envolvem seres humanos, sendo submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética do CCS – UFPB.

3 | RESULTADOS

O perfil dos participantes aponta para indivíduos com média de 36,4 anos de idade (DP=10,51, variando de 19 a 70 anos), metade de cada sexo, a maior parte com renda maior que dois salários mínimos (N=19), escolarização fundamental (N=17) e média (N=12), residentes no interior do Estado (N=27), conforme tabela abaixo.

Variável		f	%
Sexo	Masculino	18	50
	Feminino	18	50
Tipo de convivência	Mesma casa	35	97,2
	Casas separadas	01	2,8
Faixa etária	20-29	11	30,6
	30-39	14	38,9
	40-49	08	22,2
	50-60	02	5,6
Escolaridade	Sem grau de escolaridade	03	8,3
	Ens. Fundamental incompleto	12	33,3
	Ens. Fundamental completo	05	13,9
	Ensino médio incompleto	02	5,6
	Ensino médio completo	10	27,8
	Ensino Superior	4	11
Renda (Salário mínimo)	<1	02	5,6
	1	15	41,7
	≥2	19	52,8

Capital/Interior	Capital Interior	09 27	25 75
Condição sorológica	HIV+ HIV-	26 10	72,2 27,8
Sexo/HIV+	Masculino Feminino	13 13	50 50
Tempo de relacionamento	6 meses a 1 ano	05	13,9
	1-2	01	2,8
	3-5	12	33,3
	>5	18	50
Modalidade de relacionamento	Pré-diagnóstico	18	50
	Pós-diagnóstico	18	50
Planejamento de filhos	Sim	18	50
	Não	18	50

Tabela 01- Frequências referentes aos dados biodemográficos e clínicos

Dentre os 36 participantes, 26 afirmaram sorologia positiva para o HIV/Aids; em relação ao tempo de diagnóstico, os respondentes relataram, em sua maioria (N=30), conhecimento superior a três anos. Em relação ao tempo de casamento, 30 participantes afirmaram ser acima de três anos, metade com diagnóstico pré-matrimonial e outra metade, pós-matrimonial. Metade dos participantes referiu o planejamento de filhos, conforme descrito na tabela 1.

Uma tendência que tende a se confirmar no presente estudo é no que diz respeito à feminização da Aids, visto metade dos respondentes soropositivos serem mulheres. A literatura aponta que tal fenômeno, no país, pode ser considerado como o mais relevante dos últimos anos em relação à epidemia, cuja causa de mortalidade é uma das principais nas mulheres em idade fértil (Ferreira, Figueiredo & Souza, 2011).

Em relação ao planejamento familiar, afirmado por 18 respondentes, ressalta-se que tal resultado pode estar atrelado à diminuição dos casos de transmissão vertical devido ao acompanhamento médico durante a gestação de muitas mulheres soropositivas, levando, alguns casais em situação de sorodiferença a planejarem filhos. Embora a literatura demonstre que alguns profissionais de saúde desencorajem muitas mulheres que vivem com o HIV/Aids de engravidar (Sant'Anna & Seidl, 2008), os dados podem sinalizar para uma maior abertura e apoio por parte de muitos profissionais médicos, sobre a gravidez no contexto da soropositividade.

Somado aos avanços na qualidade de vida das pessoas que convivem com a epidemia, os resultados chamam a atenção para avaliação que os participantes fizeram de suas vidas, relacionamentos e saúde, uma vez que a maioria da amostra afirmou esses três aspectos de maneira positiva, sendo possível, portanto, conviver com o HIV e ter a percepção de bem estar subjetivo. Tais resultados podem ser observados na tabela 2.

Variável	<i>f</i>	%	Variável
O quanto se preocupa com a Aids	Não me preocupo	03	8,3
	Um pouco	06	16,7
	Às vezes	09	25
	Muito	17	47,2
O quanto o HIV interfere no relacionamento	Não interfere	21	58,3
	Um pouco	05	13,9
	Às vezes	07	19,4
	Sempre	02	5,6
Avaliação do relacionamento	Péssimo	02	5,6
	Ruim	04	11
	Bom	22	61
	Ótimo	07	19,4
Avaliação da vida	Ruim	05	13,9
	Boa	25	69,4
	Ótima	05	13,9
Avaliação da saúde	Ruim	07	19,4
	Boa	22	61
	Ótima	06	16,7

Tabela 02- Aids no cotidiano relacional

Conforme pode ser observado na Tabela 02, a preocupação com a Aids foi afirmada por 17 como muita preocupação, 09 se preocupa às vezes, 06 se preocupa um pouco e 03 negaram preocupação. Vinte e um participantes afirmaram que a condição sorológica não interfere no casamento, enquanto cinco afirmaram interferir um pouco e 2 afirmaram sempre.

A auto-avaliação da saúde ($M=2,97$; $DP=,618$; intervalo 1-4), da vida ($M=3,0$; $DP=,618$; intervalo 2-4); e do casamento ($M=2,97$; $DP=,747$; intervalo 1-4) foi positiva (escalas variando de 1 a 4).

A preocupação com a Aids afirmada pela maioria pode demonstrar a doença enquanto fator de conflito e angústia no casamento sorodiferente, ressaltando que tais preocupações podem ser advindas das áreas sexuais desse casais, uma vez que, durante as entrevistas, os mesmos relataram dificuldades na manutenção do sexo seguro.

A partir das entrevistas, foi possível verificar algumas vivências relacionadas aos filhos bem como às aspirações reprodutivas por parte dos casais.

Para aqueles que tiveram conhecimento do diagnóstico antes do casamento, os sentimentos iniciais foram de medo e rejeição. Para aqueles que souberam do diagnóstico no curso da relação, a situação é mais complexa, envolvendo multifatores, que vão desde o sentimento de invulnerabilidade, de ter sido traído e da preocupação com os filhos.

Sobre a descoberta do diagnóstico no curso do relacionamento, ou seja, no casal pós-matrimonial, temores ligados aos filhos emergiram pelo gênero feminino. A parceira soronegativa, no momento da descoberta do HIV no cônjuge, desenvolve, primeiramente, sentimentos ligados à preocupação materna mais do que a transmissão

em si:

“Aff, eu não gosto nem de lembrar, eu fiquei sem chão, assim, eu pensei logo em mim, na reação, assim, porque eu tenho uma menina, não por causa da menina mesmo, que não é filha dele, mas pelo fato de eu chegar a adoecer e não tá mais perto dela, no futuro dela.” (HIV)

A fala acima aponta que ao se pensar na maternidade no contexto do HIV/Aids se deve remeter não apenas a questão da transmissão vertical, mas também aos filhos, concebidos antes da sorodiferença, gerando em muitas mães o medo da orfandade, podendo desencadear sofrimento psíquico frente à possibilidade de morte materna.

A partir da diminuição dos casos de transmissão vertical, tem se verificado uma maior frequência de casos de gravidez no contexto da sorodiferença, bem como uma maior abertura por parte dos serviços de saúde em tratar sobre o tema (Ruibal & Larcher, 2009). Semelhantemente, no presente estudo foram apresentados discursos relacionados ao planejamento familiar, cujos médicos foram mencionados enquanto apoiadores de tal planejamento, trazendo uma realidade diferente de outros estudos que identificaram profissionais de saúde não acolhedores quando mulheres em situação de soropositividade expressavam o desejo de engravidar, gerando represálias e censuras por parte dos profissionais (Sant’anna & Seidl, 2008; UNAIDS, 2015).

“O que o médico falou pra mim foi assim, que o ideal seria quando ele terminasse o tratamento do pulmão, porque ele tá tomando muita medicação. Nos exames dele tem que tá tudo ok, e no meu também e procurar a data específica, a data bem certa pra ser só uma vez sem a camisinha.”

(HIV- F CASAL2).

“Assim, a médica conversou comigo, falou pra mim como seria a gravidez, que eu tinha que tomar a medicação direitinho, me alimentar bem durante toda a gravidez e que a imunidade tinha que tá sempre alta pra que a criança não contraísse o vírus ne, e depois tinha o parto, tinha que tomar AZT durante o parto, tinha que ser cesárea, tudo isso foi explicado pra mim pra eu puder decidir se queria engravidar.”

(HIV+ F CASAL4).

“O filho a gente sempre planejou, desde que casou, só que aí, eu procurei a médica, pra eu fazer tudo direitinho, pra que ela ficasse me acompanhando, pra que eu pudesse engravidar, só que aí eu não tinha êxito. E foram os períodos que a gente não teve relação com camisinha, então, estava sendo muito arriscado pra gente, muitas tentativas sem efeito. Depois desse dia a gente se cuida mesmo, a gente só ficou sem usar combinado com a médica no período que a gente queria engravidar.” (HIV+ F CASAL7).

As falas emitidas demonstram uma assistência onde o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos dos casais são preservados, uma vez que a acessibilidade e acompanhamento por parte do profissional permite uma escolha consciente e livre por parte do casal. Conquanto, as falas apontam para ações de redução de danos, uma vez que há riscos envolvidos na tentativa desses casais de engravidar, e tal situação aponta para questões envolvidas no que tange à garantia que os casais sorodiferentes devem ter para engravidar de forma segura, utilizando, por exemplo, as modernas

técnicas de reprodução assistida. Embora o documento dos “Direitos sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade de governo” (Brasil, 2005) mencione sobre tais técnicas nos serviços públicos de saúde, conforme detalhado na parte introdutória deste trabalho, observa-se por meio das entrevistas, que os casais não possuem acesso a estas técnicas que poderiam preservar tanto dos riscos de transmissão vertical quanto das chances de contaminação do parceiro soronegativo e, conseqüentemente, da recontaminação do parceiro soropositivo.

Em contrapartida à questão do planejamento familiar, algumas falas remeteram ao medo da transmissão vertical como causa para que o casal opte por não ter filho.

“Eu sempre com medo de engravidar pra não passar pra o bebê, eu quero, mas tenho tanto medo!” (HIV+ F CASAL4).

“Ela quer, é doída pra ter, por ela já tinha sabe, mas eu não quero não, pode nascer com esse problema aí.” ((HIV- M CASAL3).

Percebe-se, nas expressões descritas, que o desejo pela reprodução é somado à preocupação com a transmissão vertical, podendo trazer sofrimento psíquico, salientando que tal sofrimento pode se remeter ao fato de a maternidade ainda ser vista enquanto acontecimento socialmente esperado (Knauth et al., 2002).

“E eu também tenho medo de ter, porque se eu chegar a partir, vou deixar meu filho ne. E antes de eu ter esse problema, de me informar, eu ficava pensando, quando eu via casos desses de mulheres tendo filhos, ‘Meu Deus, que mulher louca, como é que elas tem filho, desse jeito? Nessa condição?’, mas aí os profissionais me esclareciam ‘Mas, elas tem esse direito, a gente não pode proibir uma mulher de ser mãe, de ter um filho’. Foi aí que eu me informei mais sobre isso, mas eu tenho medo, eu sei que sou radical, mas eu tenho muito medo”. (HIV+ F CASAL8).

A fala acima remete ao temor frente à possibilidade da gravidez, cuja saúde materna pode explicar a insegurança no gênero feminino, onde a ausência de informações sobre a reprodução no contexto da soropositividade acaba por extinguir a escolha pela gravidez. Valendo salientar que, ainda que as informações sejam dadas, crenças construída antes do acesso às informações sobre a transmissão do HIV/Aids, podem determinar na decisão pela não reprodução, conforme a parceira soropositiva expressa acima.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em contrapartida a outros contextos latino-americanos citados pelo último relatório da UNAIDS, pode-se observar respeito por parte de profissionais da saúde, cuja escolha do casal não tem sido desencorajada. Sendo assim, é importante reconhecer que já é um grande avanço observar a ausência de estigma e censura por parte de profissionais de saúde em relação ao direito materno e paterno desses casais. Ainda que alguns casais refiram optar pela não reprodução em virtude de temores

frente à possibilidade de transmissão, os resultados apontam que, as informações sobre reprodução no contexto da sorodiferença, tem sido dadas. A própria escolha pelo planejamento familiar por boa parte desses casais, remete à acessibilidade de informações que, diferente de outros estudos, tem atingido mesmo casais que não são de contextos econômicos e regionais privilegiados.

. Por outro lado, vale ressaltar que a saúde pública ainda não disponibiliza, conforme os resultados dessa pesquisa, de acesso realmente eficaz e seguro (Reprodução Assistida) segundo preconiza a própria cartilha da ABIA, para aqueles que desejam ter filhos. De maneira geral, os resultados desse trabalho demonstram que não há falhas sobre as informações transmitidas bem como acerca do papel dos profissionais de saúde em preservar o desejo dos casais de planejar a reprodução, por outro lado, é preciso enfatizar que o direito reprodutivo também envolve meios seguros a fim de diminuir, significativamente, as chances de exposição aos riscos, o que seria possível por meio de técnicas de reprodução assistida para populações que não dispõem de recursos financeiros para esse tipo de tratamento.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids-ABIA. **Casais sorodiscordantes: dicas para uma vida saudável, segura e feliz**. Rio de Janeiro, RJ, 2004.

DALAPRIA, Taís e NETO, Francisco. (2004). **Práticas sexuais e escolhas reprodutivas de casais sorodiferentes para o HIV**. *Jornal brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16(4), 2004, p. 19-26.

FERREIRA, Rosana, FIGUEIREDO, Marco Antonio e SOUZA, Lícia. **Trabalho, HIV/Aids: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres**. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 2011, p.259-267.

GALVÃO, Lenio e DIAZ, Junior. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo, SP: Hucitec, 1999.

POLEJACK, Larissa. **Convivendo com a diferença: dinâmica relacional de casais sorodiscordantes para o HIV/Aids**. Dissertação (Universidade de Brasília), 2001.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA-ONUSIDA. **Relatório para o Dia Mundial de Luta contra Aids**. 2011.

REIS, Renata e GIR, Elucir. **Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/Aids**. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 44(3),2009, p. 759-765.

RUIBAL, Mariel e LARCHER, José. **Riesgo de transmisión del HIV en parejas serodiscordantes en tratamiento de fertilidad**. *Reproducción*, 24(3), 2009, p.115-127.

SANT'ANNA, Ana Carolina e SEIDL, Eliane. **Efeitos da Condição Sorológica Sobre as Escolhas Reprodutivas de Mulheres HIV Positivas**. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 22(2), 2008, p. 244-251.

UNAIDS Brasil. Publicado em: 27/02/2015. Disponível em: <http://zerodiscriminacao.org.br/wp-content/uploads/2015/02/02_03_Nota-Esclarecimento_Sombreado.jpg>.

VIDAL, Eglídia, BRAGA, Violante, SILVA, Maria Josefina e PINHEIRO, Ana Karina. **Políticas públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos.** *Rev. Rene. Fortaleza*, 10(2), 2009, p. 166-174.

ABORDAGEM DAS DST/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA: ENTRAVES, POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Lidianny do Nascimento Gonçalves Braga

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – PB

Francisca Marina de Souza Freire Furtado

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – PB

Pollyana Ludmilla Batista Pimentel

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – PB

Íria Raquel Borges Wiese

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – PB

Ana Alayde Werba Saldanha

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa – PB

RESUMO: No processo de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, diversas ações foram potencializadas nos serviços de saúde, sendo a atenção básica vista estrategicamente como um espaço potente para a implementação de uma política de cuidado e prevenção às DST/Aids no contexto da saúde pública. Neste sentido, objetivou-se investigar a abordagem das DST/Aids em Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade de João Pessoa-PB. Tratou-se de estudo exploratório-descritivo, no qual participaram 19 USF, tendo sido aplicado um questionário estruturado com 13 questões, incluindo dados sociodemográficos dos

profissionais respondentes e o eixo temático “abordagem das DST/Aids”. Os dados foram analisados através de estatística descritiva a partir do banco de dados construído no Software SPSS for Windows versão 15. Verificou-se que a maioria das USF (N=11) realizam o atendimento aos usuários a partir de uma abordagem síndrômica; e convocam o(a) parceiro(a) de paciente que possua uma DST (N=9). Sobre o tratamento, a maioria das USF não o realiza, encaminhando os usuários para serviços de referência, tanto em relação ao tratamento do HIV/Aids (N=16), da sífilis (N=13) e das hepatites B e C (N=12). Quanto ao treinamento para a abordagem síndrômica e para o aconselhamento pré e pós-teste de HIV, a maioria dos profissionais das equipes das USF não possuíam. Assim, aponta-se para a baixa resolutividade desses serviços no que se refere às DST/Aids e, portanto, a necessidade de capacitações e discussões com os profissionais de saúde da atenção básica, efetivando a proposta política de descentralização do cuidado desses agravos.

PALAVRAS-CHAVE: DST/Aids, atenção básica, abordagem síndrômica.

ABSTRACT: In the process of coping with the AIDS epidemic in Brazil, several actions were strengthened in the health services, with primary health care being seen strategically as

a potent space for the implementation of a STD/AIDS prevention and care policy in the context of public health. In this sense, the objective was to investigate the STD/AIDS approach in Family Health Units (USF) in the city of Joao Pessoa-PB. It was an exploratory-descriptive study, in which 19 FHU participated, and a structured questionnaire was applied with 13 questions, including sociodemographic data of respondent professionals and the thematic axis “STD/AIDS approach”. The data were analyzed through descriptive statistics from the database built in SPSS for Windows version 15. It was verified that the majority of USF (N=11) perform the service to the users from a syndromic approach; and call the patient’s partner who has an STD (N=9). Regarding treatment, most FHU do not do this, referring users to referral services, both regarding treatment of HIV/AIDS (N=16), syphilis (N=13) and hepatitis B and C (N=12). Regarding training for the syndromic approach and for pre and post HIV testing counseling, most FHU staff professionals did not have it. Thus, it is pointed to the low resolution of these services with regard to STD/AIDS and, therefore, the need for training and discussions with health care professionals of primary health care, effecting the policy proposal of decentralization of the care of these diseases.

KEYWORDS: STD/AIDS, primary health care, syndromic approach.

1 | INTRODUÇÃO

O surgimento da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) na década de 1980 foi uma surpresa para toda a sociedade, bem como para todos os países atingidos, sendo o Brasil um dos que responderam mais rapidamente. Tal resposta se caracterizou não só pela rapidez, mas também pela transformação da luta contra a Aids em uma luta pela dignidade, pela cidadania e pela garantia de acesso à prevenção e ao tratamento (BRASIL, 2004).

Nesse processo de enfrentamento, diversas ações de prevenção foram potencializadas nos serviços de saúde frente às necessidades trazidas pelas demandas de DST/Aids, sendo a atenção básica vista estrategicamente como um espaço potente para a implementação de uma política de cuidado e prevenção no contexto da saúde pública (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016; BRASIL, 2004, 2014a, 2014b; PAULA; GUIBU, 2007).

Nesse sentido, é notável que um importante recurso para o controle da epidemia, sobretudo mais recentemente com a política de descentralização do cuidado às DST/Aids (BRASIL, 2014a, 2014b), são as Unidades de Saúde da Família (USF), nas quais se estabelecem fortemente as ações de promoção à saúde e prevenção às doenças. Como exemplos dessas ações, podem ser citadas: a abordagem sindrômica, o acompanhamento às gestantes (pré-natal), realização de exames citológicos e a distribuição de preservativos.

No que diz respeito às ações na comunidade, o que inclui o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde indica que deve haver

acesso e acolhimento; mapeamento de grupos mais vulneráveis; disponibilização de informações qualificadas sobre DST/Aids; disponibilização de insumos de prevenção; inserção da estratégia de redução de danos; articulação com a sociedade civil organizada, com experiência em prevenção às DST/Aids; encaminhamento para os serviços das unidades básicas e para os serviços de referência em DST/Aids. E, especificamente nas Unidades de Saúde da Família (USF), deve ser feito um trabalho de acolhimento; ações de educação em saúde sobre as DST/Aids em sala de espera; diagnóstico e aconselhamento; comunicação dos parceiros sexuais; disponibilização de insumos de prevenção; e abordagem sindrômica das DST. Para o profissional, é requerido: habilidades de comunicação; conhecimento técnico; ausência de juízo de valor; postura ética; atitude empática; sensibilidade às questões socioculturais e emocionais; e sensibilidade às demandas singulares de cada usuário (BRASIL, 2005).

Assim, para melhor escuta e atendimento às DST/Aids, em especial no momento do diagnóstico, é ressaltado também pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) o trabalho de aconselhamento, sendo esta uma ferramenta essencial para o enfrentamento da epidemia no Brasil, entendido como um componente importante na promoção da saúde. Tal aconselhamento consiste em uma ferramenta de acompanhamento pré e pós a realização do teste, contribuindo para a quebra da cadeia de transmissão das DST e do HIV através da detecção precoce destas patologias, além de contribuir para a adoção de práticas seguras, reduzindo futuras infecções.

Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; 2014a, 2014b) sugere que as possibilidades de ação na atenção básica são muito amplas no que se refere ao manejo das DST/Aids, incluindo atividades educativas para promoção à saúde e prevenção, promovendo, na comunidade, maior percepção de risco para esses agravos, além de estimular a adoção de práticas seguras à saúde; aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações de assistência; diagnóstico precoce desses agravos, principalmente através de uma abordagem sindrômica; tratamento adequado da grande maioria das DST; encaminhamento dos casos necessários e que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto; prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV; e manejo adequado dos indivíduos usuários de drogas.

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo investigar a abordagem das DST/Aids nas USF da cidade de João Pessoa-PB.

2 | MÉTODO

Tratou-se de estudo do tipo exploratório-descritivo, para o qual foram escolhidos profissionais que atuam em USF isoladas (atuação de uma equipe por prédio), visto que correspondem à maioria (72,5%) do tipo de USF que atendem a população da cidade quando comparadas com as integradas, ou seja, é o tipo de serviço de

AB que a população mais tem acesso. Assim, foram selecionadas, a partir de uma estratificação por conveniência, 19 USF isoladas, localizadas nos cinco DS, em 14 bairros da cidade, participando 19 respectivos profissionais de saúde, sendo médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ou seja, profissionais que faziam parte da equipe mínima da USF, conforme preconiza o Ministério da Saúde. A maioria dos profissionais é do sexo feminino (N=18) e da área de enfermagem (N=6); com idades variando de 23 a 65 anos (M=40; DP=10,63); com tempo de trabalho na AB entre 2 e 25 anos (M=9,6; DP=5,9).

Como instrumento, foi utilizado um questionário estruturado, com 13 questões que contemplavam, além dos dados dos respondentes, o eixo temático “Abordagem das DST/Aids”. Tais dados foram dispostos em um banco de dados construído a partir do Software SPSS for Windows – versão 15 e foram feitas análises através de estatística descritiva.

Ressalta-se que, para este estudo, estão sendo utilizados dados secundários pertencentes a uma pesquisa maior, na qual foram considerados todos os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre a abordagem das DST/Aids no serviço, verificou-se que a maioria das USF (N=11) realizam o atendimento aos usuários a partir de uma abordagem sindrômica, oferecendo tratamento imediato, enquanto que outras (N=7) referiram realizar o tratamento a partir de uma abordagem etiológica, ou seja, após a realização de exames. Ressalta-se que uma das USF referiu não realizar atendimento às DST, encaminhando os casos para serviços especializados, o que demonstra a fragilidade do serviço, visto que os profissionais da AB, sobretudo os de nível superior, estão aptos tecnicamente a realizar esse atendimento.

A abordagem sindrômica referida pelas USF é a preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), ou seja, a ideal para o controle das DST, visto que torna o tratamento imediato e eficiente, tendo como princípios a cura da doença, a prevenção das complicações e sequelas e o controle da cadeia de transmissão. Para tanto, o profissional precisa estar treinado para identificar sinais e sintomas no momento da avaliação clínica, promovendo rapidamente o tratamento, sem necessitar a espera dos exames laboratoriais.

Para Brasil (2006), a atenção básica deve ser a porta de entrada para usuários com suspeita de DST e seus parceiros, reduzindo a automedicação e a procura da resolução dos problemas em farmácias. Então, quando questionados acerca do procedimento a ser realizado quando um paciente chegasse à unidade referindo prurido, corrimento, ferida em região genital ou dor pélvica, 18 USF responderam que realizariam o atendimento no mesmo dia, enquanto uma USF agendaria a consulta

para outro dia, no caso, o dia respectivo conforme o cronograma assumido pelo serviço (saúde da mulher, do homem, da criança, entre outros).

Neste sentido, o Ministério da Saúde alerta que é importante que as DST sejam logo identificadas e tratadas, visto que elas aumentam o risco de transmissão do vírus da Aids. Por isso é recomendada a abordagem sindrômica, por proporcionar uma intervenção imediata na doença. Por vergonha, medo ou outros motivos, as pessoas acometidas por uma DST não procuram os serviços de saúde, e quando procuram, algumas vezes por serem mal atendidas, acabam não voltando, podendo ocasionar complicações bastante graves ou mesmo a morte (BRASIL, 1998).

Acerca do(a) parceiro(a) de paciente que possua uma DST, constatou-se diferentes condutas: 9 USF convocam o(a) parceiro(a); 6 USF enviam o medicamento pelo(a) paciente; 2 USF fazem uma visita domiciliar e 2 USF não responderam, por não saberem a conduta adotada nesse caso. Da mesma forma que é importante intervir imediatamente na pessoa que apresente sinais e sintomas de uma DST, também deve ser identificada a parceria sexual dela, bloqueando a cadeia de transmissão da doença.

Sobre isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) indica que os usuários devem ser esclarecidos sobre a importância de trazer o(a) parceiro(a) sexual – tal convocação deve ser feita pelo próprio paciente, por correspondência ou por busca ativa pelo profissional de saúde – para serem comunicados sobre o quadro de infecção existente e para participarem do aconselhamento, diagnóstico e tratamento adequados. Ressalta-se que esse processo deve obedecer aos princípios da confidencialidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação, lembrando que cada caso deve ser tratado com uma estratégia específica pela equipe de saúde.

Em relação à situação de diagnóstico e tratamento que as unidades de saúde participantes da pesquisa se encontram, constatou-se que nenhuma oferece os testes anti-HIV, VDRL e sorologia para as Hepatites B e C. Percebe-se que a disponibilidade de testes rápidos na AB torna-se cada vez mais urgente por permitir o rápido diagnóstico de casos no território, ampliando as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das DST/Aids. Tal necessidade aumenta quando se trata do pré-natal, realizado nas USF, promovendo a prevenção da transmissão vertical do HIV, o diagnóstico precoce e o tratamento imediato da sífilis congênita, conforme indicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999).

Assim, nota-se que a centralização desses diagnósticos nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) acaba limitando a possibilidade de identificação precoce de casos e o contato com pessoas que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade por parte da AB.

Sobre o tratamento, a maioria das USF não o realiza, encaminhando os usuários para serviços de referência, o que mostra a baixa resolutividade desses serviços no que se refere a esses agravos: HIV/Aids – 3 USF indicaram realizar o tratamento; Sífilis – 6 USF indicaram realizar o tratamento; e Hepatites B e C – 7 USF indicaram realizar o tratamento.

Os serviços de saúde da AB precisam estar prontos para prestar os cuidados necessários às pessoas acometidas por esses agravos, visto que pode realizar o tratamento na maioria das DST, encaminhando para os serviços de referência apenas os casos necessários que não competirem a esse nível de assistência, como no caso do HIV/Aids (BRASIL, 2006).

Para tanto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) aponta a necessidade de garantir a qualificação dos profissionais das USF para identificar e atender as necessidades da população acerca das DST/Aids. Neste sentido, quando indagado sobre a capacitação de alguns profissionais, principalmente os de nível superior, para a realização de aconselhamento em HIV/Aids (pré e pós teste), verificou-se que a maioria não possui esse treinamento, como demonstrado na tabela a seguir:

Profissional	Treinamento para Aconselhamento pré e pós teste anti-HIV			Total
	Sim	Não	Não sabe	
Médico	3	7	7	17
Enfermeiro	6	8	5	19
Dentista	1	13	5	19
Auxiliar de Enfermagem	1	12	6	19
Total	11	40	23	74

Tabela 1 – Treinamento para Aconselhamento pré e pós teste anti-HIV dos Profissionais das USF

Também foi indagado acerca do treinamento em abordagem sindrômica e todas as USF indicaram que não tinha profissional capacitado para tanto ou não souberam responder, não sabendo do que se tratava tal abordagem. Logo, percebe-se a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais que trabalham nas USF para melhor manejo clínico das DST/Aids, visto que a atenção básica, segundo Brasil (2006), deve estar preparada para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando houver necessidade, encaminhamento das pessoas infectadas pelas DST e/ou HIV aos serviços de referência.

Inclusive, em estudo realizado por Araújo, Pereira e Marinho (2014) no Estado de Goiânia, mostra avanços quanto ao manejo das DST/Aids por enfermeiros da atenção básica, apontando que há, sim, possibilidade de atuação por parte destes profissionais frente a essa demanda através de uma abordagem sindrômica. Porém, no que se refere ao contexto pesquisado, na prática, esses profissionais já fazem essa abordagem, porém, não tem conhecimento técnico sobre a mesma, não serem adequadamente treinados. Neste caso, aponta-se a necessidade de capacitações e discussões sobre tal assunto, pois a ausência destas pode gerar insegurança no momento da atuação, além de outros entraves.

Em pesquisa realizada em São Paulo sobre a integração das ações de DST/Aids na atenção básica, observou-se que apesar de em alguns serviços existirem profissionais capacitados e, às vezes, em grande número, estes não conseguem

implantar o atendimento das DST de forma adequada, a partir de uma abordagem sindrômica. Isso acontece porque, muitas vezes, os profissionais são escolhidos para participarem de capacitações sem que haja preocupação com o perfil adequado, seja para a multiplicação ou para a implantação da estratégia (PAULA; GUIBU, 2007).

As autoras também apontam outros obstáculos, estes observados dentro da própria USF, como o desinteresse do coordenador, advindo até mesmo dos gestores, em propiciar um espaço de multiplicação dos conhecimentos adquiridos, viabilização da estrutura, adequação dos fluxos, entre outros. Tais fatos apontam para a necessidade de discussão do processo de trabalho dentro da unidade, considerando as práticas cotidianas desses profissionais de saúde, bem como os aspectos subjetivos que envolvem a temática das DST/Aids (ZAMBEDENETTI; SILVA, 2016; PAULA; GUIBU, 2007).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Incluir o cuidado às DST/Aids nas USF não é tarefa fácil. Organizar a complexa estrutura dos serviços de saúde de modo a garantir a inserção de uma temática relevante como esta, porém, invisibilizada e carregada de estigmas, torna-se um desafio constante nas práticas de saúde dos profissionais.

Para tanto, ressalta-se a necessidade do comprometimento e da corresponsabilização da gestão em organizar e definir as prioridades na agenda da atenção básica do município, efetivando a proposta política do Ministério da Saúde de descentralização do cuidado às DST/HIV/Aids na rede de saúde.

Por fim, aponta-se para a necessidade de constante avaliação e discussão das ações de cuidado às DST/Aids para todas as USF que compõem a rede básica de saúde da cidade, possibilitando apreender de forma ampla a realidade desses serviços e efetivando o enfrentamento das DST/Aids de forma compartilhada e o cuidado prestado aos usuários do SUS, sobretudo no território de saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D. S.; PEREIRA, F. G.; MARINHO, M. D. F. Abordagem sindrômica das DST's e sua aplicabilidade pelo enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família em Goiânia. **Estudos**, Goiânia, v. 41, especial, p. 243-254, out. 2014.

BRASIL. **Plano estratégico do Programa Nacional de DST/Aids 2004 – 2007**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. (Série Manuais nº 66). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, nº 18). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Prevenção e Controle das DST/HIV na Comunidade**: Manual do Agente Comunitário de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica** – guia para gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. **Cadernos de boas práticas em HIV/Aids na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

PAULA, I. A.; GUIBU, I. A. (Orgs.). **DST/aids e rede básica**: uma integração necessária. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007. 136p.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-AIDS para a atenção básica: tensões e possibilidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 785-806, 2016.

SARCOMA DE KAPOSI CUTÂNEO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS – ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE UMA CASUÍSTICA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Marcos Antonio Neves Noronha

Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Pará, Belém – Pará.

Carla Andréa Avelar Pires

Dermatologista, Doutora em Doenças Tropicais, Professora Adjunta da Universidade Federal do Pará e Universidade do Estado do Pará, Belém – Pará.

Julius Caesar Mendes Soares Monteiro

Infectologista, Mestre em Saúde na Amazônia, Assistente do Complexo Hospitalar UFPA-EBSERH, Professor da Faculdade Metropolitana da Amazônia.

RESUMO: O Sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia de origem mesenquimal e sua ocorrência era bem rara, no entanto, com o advento da infecção pelo HIV e da aids nos últimos 30 anos, notou-se um importante crescimento de sua incidência. O diagnóstico do SK é clínico, epidemiológico e histopatológico, porém em algumas fases iniciais seus achados histopatológicos podem ser duvidosos. O estudo teve como objetivo identificar os aspectos demográficos e sociais das Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) com diagnóstico de SK epidêmico acompanhadas em um hospital terciário, e descrever sua evolução clínica e plano terapêutico utilizado. Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e descritivo de vinte indivíduos acompanhados na Unidade Hospitalar João de Barros Barreto, no período

de 2012 a 2016. O perfil dos participantes do estudo era de homens solteiros, na quarta década de vida, provenientes da região metropolitana de Belém do Pará, autônomos e com ensino fundamental incompleto. Por fim, menos da metade dos pacientes conseguiram receber tratamento para o SK epidêmico, sendo que a maioria foi tratado com Paclitaxel e terapia antirretroviral alcançando a remissão clínica da neoplasia em até 6 meses de acompanhamento. **PALAVRAS-CHAVE:** Sarcoma de Kaposi; HIV; Aids.

ABSTRACT: Kaposi's sarcoma (KS) is a neoplasy of mesenchymal origin with a rare occurrence. However, with the advent of HIV and AIDS infection in the last 30 years, there was a significant increase in the incidence. The diagnosis of KS is clinical, epidemiological and histopathological, but at some early stages histopathological findings may be doubtful. The research objective was to identify the demographic and social aspects of People Living with HIV / AIDS (PLWHA) diagnosed with epidemic KS accompanied in a tertiary hospital, and to describe their clinical evolution and therapeutic plan used. This is a cross-sectional, retrospective and descriptive study of twenty individuals who were followed at the Hospital Universitário João de Barros Barreto from 2012 to 2017. The study participants were single-

males, in fourth decade of life, from the metropolitan area of Belém-PA unemployed (an autonomous worker) and with incomplete elementary education. Initially, less than half of the patients had received treatment for epidemic KS, of these, most are treated with Paclitaxel plus HAART achieving remission of the disease within 6 months of follow-up. **KEYWORDS:** Kaposi's sarcoma; HIV; AIDS.

1 | INTRODUÇÃO

Sarcoma de Kaposi é uma neoplasia maligna descrita pela primeira vez por Moritz Kaposi em 1872. Origina-se a partir do endotélio, caracteriza-se por um tumor maligno de baixo grau considerado raro até a descoberta da imunodepressão adquirida causada pelo HIV. Atualmente quatro apresentações clínicas são reconhecidas: clássica, em homens idosos de origem mediterrânea ou judaica; endêmica, em negros africanos; epidêmica, em pessoas vivendo com HIV/aids e a forma relacionada à imunossupressão decorrente de outras neoplasias. Apesar do fato de que cada uma delas apresentarem um progresso diferente, todas essas formas tem em comum a participação do vírus herpes humano tipo 8 (HHV-8) associado ao sarcoma de Kaposi (KSHV), embora outros fatores também sejam necessários para a ocorrência de doença. Em pacientes imunocompetentes, a doença é tipicamente limitada às extremidades, e em pacientes imunodeprimidos, o sarcoma de Kaposi é uma doença sistêmica multifocal (Tiussi et al., 2012; Santos et al., 2013).

Quanto às características clínicas, a manifestação mais frequente é o aparecimento de lesões cutâneas, mas também pode haver o envolvimento das mucosas, sistema linfático e vísceras, principalmente pulmão e tubo digestivo (Andreone, et al, 2000, apud SANTOS, 2005).

Sobre as abordagens terapêuticas da doença se tem como metas o alívio dos sintomas, a prevenção do progresso da doença e a melhora na qualidade de vida do paciente (BMJ Best Practice Kaposi's Sarcoma, 2015). O tratamento com antirretrovirais se mostrou eficaz na redução do tamanho e número de lesões existentes, além de uma regressão histológica das lesões de SK existentes (Fatahzadeh, 2012; Maskew et al., 2013). Sendo estes fármacos utilizados em diversas combinações para lesões localizadas tanto com o tratamento adjunto de excisão cirúrgica e/ou crioterapia e/ou laser terapia ou com o tratamento adjunto de radioterapia local e/ou quimioterapia (alitretinoína ou vimblastina) (Arruda et al., 2014; BMJ Best Practice Kaposi's Sarcoma, 2015). Para casos em que a doença já está disseminada se utiliza como primeira escolha a quimioterapia sistêmica (1º opção: doxorrubicina lipossomal ou daunorrubicina lipossomal, 2º opção: paclitaxel, 3º opção: vinorelbina) (Arruda et al., 2014 ;BMJ Best Practice Kaposi's Sarcoma, 2015).

Alvos terapêuticos como o gene mTOR e o fator de crescimento vascular endotelial (VGEF) para o SK também compõem algumas propostas de tratamento

(Sullivan et al., 2008). Anti-VGEF agentes incluem: bevacizumab, sunitinib e sorafenib. Inibidores da mTOR são rapamicina, temsirolimus, everolimus e tacrolimus. Existem estudos utilizando rituximab, inibidores de angiogenesis e inibidores de tirosina-quinase (Sullivan et al., 2008; Basciani et al., 2007; Fatahzadeh, 2012). Recentemente, se propôs a braquioterapia de alta dose com resultados interessantes para pequenas lesões de SK (Kasper et al., 2013). Por fim novos alvos como a matriz das metaloproteínas virais estão sendo estudadas (Dezube, 2006; Uldrick et al., 2012)

Neste contexto, torna-se importante conhecer o perfil socio-demográfico, de evolução clínica e também terapêutico destes pacientes locais e seus principais sinais e sintomas a fim do diagnóstico precoce. Logo, objetivou-se demonstrar as formas clínicas e abordagens terapêuticas de pacientes com sarcoma de Kaposi atendidos no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). Bem como de modo mais específico, descrever o perfil sócio-demográfico da população em estudo; identificar os aspectos clínicos, número e localização das lesões cutâneas; avaliar o tempo de doença depois do diagnóstico do HIV, bem como seu estadiamento; analisar os algoritmos de tratamento utilizados e evolução clínica no período de um ano.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, descritivo, para descrever os aspectos clínicos e as abordagens terapêuticas utilizadas para tratamento dos pacientes diagnosticados no Hospital Universitário João de Barros Barreto, durante o período de Janeiro de 2012 até Junho de 2016 (HUJBB).

O diagnóstico clínico foi baseado no aspecto clínico das lesões observadas sob boa iluminação e confirmados com exame anatomopatológico seguindo o fluxo padrão do serviço. Foi utilizada a descrição de lesões de pele e mucosas seguindo a divisão em: máculas, placas, nódulos e tumores.

Os pacientes diagnosticados com lesão cutânea foram submetidos a um rastreamento para acometimento sistêmico seguindo o protocolo padrão do serviço baseado no consenso brasileiro de 2014, com solicitação de endoscopia digestiva alta, colonoscopia, tomografia de tórax, abdome e pelve, broncoscopia e contagem de CD4 (Arruda et al., 2014). Após diagnóstico e estadiamento os pacientes foram conduzidos para melhor abordagem terapêutica também preconizada pelo serviço de referência em que estão matriculados (HUJBB).

Foi preenchido protocolo clínico pelos pesquisadores baseado na leitura de prontuários, contendo variáveis como sexo, idade, procedência, aspecto das lesões, localização, tempo de doença, tempo de surgimento em relação ao diagnóstico do HIV, estado imunológico do paciente, terapêutica utilizada, tempo de tratamento, resposta ao tratamento.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: pacientes de ambos os sexos, com

idade \geq 18 anos, com diagnóstico já estabelecido de infecção pelo vírus do HIV e que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados obtidos foram analisados por meio do Numbers® e EpiInfo®, versão 2015 e 7, respectivamente, respectivamente, para a obtenção de médias, desvio-padrão e percentuais.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estabelecido no estudo foram encontrados 20 pacientes. O perfil de pacientes foi representado por homens, com faixa etária variando dos 31-40 anos, natural da região metropolitana de Belém, residente em Belém, com grau de escolaridade equivalente ao Ensino Fundamental Incompleto, solteiro, autônomo e pardo (tabela 1).

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Procedência		
Região metropolitana de Belém	18	90%
Outros locais	2	10%
Total	20	100%
Idade		
18-20 anos	1	5%
21-30 anos	6	30%
31-40 anos	7	35%
41-50 anos	6	30%
Maiores que 50 anos	0	0%
Total	20	100%
Estado Civil		
Solteiro	17	85%
Casado	3	15%
Viúvo	0	0%
Total	20	100%
Profissão		
Autônomo	16	80%
Professor	1	5%
Balconista	1	5%
Agente Comunitário de Saúde	1	5%
Frentista	1	5%
Total	20	100%

Nível de Escolaridade		
Semi-analfabeto	9	45%
Ensino Fundamental Completo	4	20%
Ensino Médio Completo	6	30%
Ensino Superior Completo	1	5%
Total	20	100%
Etnia		
Pardo	18	90%
Branco	1	5%
Negro	1	5%
Total	20	100%

Tabela 1: Perfil social, econômico e demográfico em pacientes com SK epidêmico no Hospital HUIBB.

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

Ainda sobre o perfil sociodemográfico, os resultados encontrados foram condizente com o da literatura: uma predominância do sexo masculino, solteiros e moradores de cidade urbana (Pantanowitz; Dezube, 2015; Saraceni et al., 2013; Wang, Stebbing, Bower, 2007). Estudos, também, mostram que o SK epidêmico em sociedades com grandes diferenças econômicas entre a população, acaba por acometer a camada da população economicamente mais pobre (Stoebenau et al., 2013). No caso da presente pesquisa houve um predomínio de indivíduos semi-analfabetos/ensino fundamental incompleto e os autônomos (que não têm renda fixa nem vínculo empregatício, tornando-se uma população economicamente vulnerável). Verificou-se também grande número de pacientes que são solteiros, corroborando para o maior risco de ser portador de HIV e suas comorbidades ao qual a falta de um relacionamento estável suscita nesta população, conforme já descrito na literatura (World Health Organization [WHO], 2016; Stoebenau et al., 2013).

Os resultados demonstraram concordância com a literatura sobre hábitos de consumo de drogas lícitas com o etilismo e tabagismo ser comum em pacientes portadores de SK epidêmico (tabela 2) (Fernandes et al., 2012). Passando a ser um fator de risco associada para uma piora do prognóstico devido a depleção do sistema imune, já debilitado.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Consumo e alguma droga lícita		
Sim	13	65%
Não	7	35%
Total	20	100%
Droga lícita utilizada		
Apenas etilismo	6	46,15%
Apenas tabagismo	0	0
Etilismo + Tabagismo	7	53,85%
Total	13	100%

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

Tabela 2: Etilismo e Tabagismo em pacientes com HIV + SK

Quanto ao tempo de diagnóstico do vírus HIV, a maioria destes pacientes teve um diagnóstico recente, de menos de um ano, assim como o início do tratamento com a TARV ainda precoce, em geral, também, com menos de um ano (Bower et al., 2014) (tabela 3 e 4).

Sabe-se que o uso de TARV por si melhora o prognóstico da doença e evita a progressão da mesma, porém neste grupo a taxa de abandono de TARV, foi maior do que 10%, o que pode piorar a evolução do sarcoma de kaposi e também aumenta o risco de HIV resistente a droga (WHO, 2017, Cancer Project Working Group for the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) Study in EUROCOORD, 2016). A TARV escolhida foi utilizando drogas consideradas com grande efetividade (TDF+3TC+EFZ) utilizadas como primeiro escolha segundo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas em vigência no Brasil naquele momento (WHO, 2016).

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Tempo de infecção		
X < 1 ano	17	85%
1 ano	0	0
2 anos	0	0
3 anos	1	5%
4 anos ou mais	2	10%
Total	20	100%

Tabela 3: Tempo de infecção pelo HIV em anos, no momento do primeiro atendimento no HUIBB

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Uso de TARV		
Sim	17	85%
Não	3	15%
Total	20	100%
Esquema utilizado		
TDF+3TC+EFZ	13	76,48%
TDF+3TC+ATZ/r	2	11,76%
TDF+3TC+ATV	1	5,88%
TD+3TC+AZT	1	5,88%
Total	17	100%
Tempo de TARV		
x< 1 ano	17	100%
x> 1 ano	0	0
Total	17	100%
Histórico de Abandono de Tratamento		
Sim	12	70,58%
Não	5	29,42%
Total	17	100%

Tabela 4: Uso de TARV, esquema proposto, tempo de tratamento e histórico de abandono da terapêutica nos pacientes com HIV e SK atendidos no HUIBB.

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

A atenção às co-infecções é necessária (tabelas 5 e 6) até para a melhor escolha da TARV bem como para avaliação do prognóstico. Nesta pesquisa, verificou-se uma alta frequência de doenças oportunistas associadas. Destacando-se os casos de tuberculose (4 no total, sendo um dos casos na forma miliar), sendo uma indicação de uma terapia composta por TDF +3TC+EFZ segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2017). Além disso casos de co-infecção por *Neisseria meningitidis*, *Pneumocistis jirovecii* e TB precariza o quadro clínico do paciente tornando difícil o tratamento na internação levando muitas vezes o paciente a óbito antes mesmo de se iniciar uma terapia específica para o SK (Gbabe, O. et al., 2014).

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Presença de Doenças Oportunistas Associadas		
Sim	16	80%
Não	4	20%
Total	20	100%

Tabela 5: Presença de Doenças Oportunistas Associadas ao HIV e SK em pacientes atendidos no HJBB

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
TB pulmonar	3	23,10%
TB miliar	1	7,69%
Pneumocistose	1	7,69%
Neurosifilís	2	15,38%
Neurotoxoplasmose + Encefalite Herpética	1	7,69%
Meningocriptococose	1	7,69%
Pneumocistose + Candidíase Oral	1	7,69%
TB pulmonar + Neurotoxoplasmose+ Candidíase oral	1	7,69%
Neurotoxoplasmose + TB Meningocócica + Colite pseudomembranosa	1	7,69%
Piodermite	1	7,69%
Total	13	100%

Tabela 6: Doenças Oportunistas Associadas aos Pacientes no Primeiro Atendimento no HJBB

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

Quanto as lesões cutâneas encontradas, foi observado que apenas um paciente não apresentava lesão elementar na pele (apresentava comprometimento de grande extensão da mucosa oral e comprometimento multi-visceral), ressaltando a importância de sempre estar atento também aos quadros de SK aonde manifestações extra-cutâneas podem ser os primeiros sinais e sintomas (Souza et al., 2012).

A literatura descreve que o padrão mais comum de lesão elementar do SK são papúlas ou macúlas diferentemente do padrão nodular que foi o mais encontrado (57,9%) (Bower et al., 2014; Lupia et al., 2015; Hengge et al., 2002). Em contrapartida, tanto a coloração violácea quanto a região acometida em MMII somente ou associado com MMSS é descrito por vários autores (Pantanowitz & Dezube, 2015; Gbabe et al.,

2014). Ressalta-se ainda a grande quantidade de pacientes com linfedema associado e com surgimento recente de lesões com aparecimento há menos de um mês do diagnóstico clínico (Tabela 7).

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Tipo de Lesão Elementar		
Mácula	0	0
Papúla	4	21,06%
Placa infiltrada	0	0
Nódulo	11	57,90%
Placa infiltrada + Nódulo	1	5,26%
Placa infiltrada + Papúla	1	5,26%
Mácula + Nódulo	2	10,52%
Total	19	100%
Coloração		
Violáceo	14	73,68%
Eritematosa	2	10,52%
Violáceo+Eritematoso	1	5,26%
Violáceo+Castanho	2	10,52%
Total	19	100%
Localização		
MMII	4	21,04%
Pé	1	5,26%
Tronco+MMII	3	15,78%
Tronco+MMSS	2	10,52%
Tronco+MMSS+MMII	3	15,78%
MMSS+MMII	4	21,04%
Face+MMSS	1	5,26%
Tronco+MMSS+Face	1	5,26%
Total	19	100%
Tempo de surgimento		
< 1 mês	14	73,68%
1-2 meses	0	0
3-4 meses	3	15,78%
5-6 meses	1	5,26%
> 6 meses	1	5,26%
Total	19	100%
Presença de Linfedema na Região		
Sim	11	57,90%
Não	8	42,10%
Total	19	100%

Tabela 7: Perfil das Lesões Cutâneas dos Pacientes com SK epidêmico atendidos no HUJBB

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

Sobre o acometimento mucoso verificou-se uma frequência relativa de 30% de todos os casos, no primeiro atendimento, percentual semelhante aos já descritos por pesquisas (Pantanowitz & Dezube, 2015). Destas lesões a maioria era em palato, sem comprometimento funcional, com exceção de um caso, no qual existiu necessidade de quimioterapia pois a lesão se expandia por toda a mucosa oral, comprometendo a deglutição (tabela 8).

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Sim	6	30%
Não	14	70%
Total	20	100%
Região		
Gengiva	1	16,66%
Palato	4	66,68%
Toda extensão oral	1	16,66%
Total	6	100%

Tabela 8: Acometimento mucoso nos Pacientes com SK epidêmico atendidos no HUUJBB

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

Já o comprometimento visceral (encontrado em 45% dos casos), indica um pior prognóstico e uma doença mais avançada, sendo o trato gastrointestinal o mais acometido (Pantanowitz & Dezube, 2015). Dentre os órgãos o mais acometido foi o estômago (33,34%), tal qual descrito na literatura (Batista et al., 2009; Souza et al., 2012) (tabela 9). As manifestações clínicas encontradas foram condizente com o que cita a literatura: com presença de lesões cutâneas em 95% dos casos, além de sintomas como dispnéia em 40% dos casos (principalmente em pacientes que possuíam co-infecção) e de náuseas em 35% (principalmente em pacientes que tinham SK visceral gastro-intestinal)(tabela 10) (Bower, et al, 2014; Souza, et al., 2012).

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Acometimento Visceral		
Sim	9	45%
Não	4	20%
Sem exames	7	35%
Total	20	100%
Localização		
Estômago	3	33,34%
Esôfago	1	11,11%
Pulmão	1	11,11%
Esôfago+ Estômago	1	11,11%

Esôfago+Estômago+Intestino Delgado	1	11,11%
Brônquios+ Tráqueia+Intestino Grosso+ Reto	1	11,11%
Esofago+ Estômago+ Intestino delgado+ Intestino Grosso+ Reto	1	11,11%
Total	9	100%

Tabela 9: Acometimento Visceral Evidenciado em Exame de Imagem nos Pacientes com SK epidêmico atendidos no HUIBB

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Dor de Cabeça	4	20%
Dispneia	8	40%
Perda Ponderal	8	40%
Diarréia	3	15%
Epigastria	2	10%
Hematuria	1	5%
Nauseas	7	35%
Febre	3	15%
Dor Abdominal	1	5%
Tosse	2	10%
Lesões Cutâneas	19	95%
Vômito	4	20%

Tabela 10: Sinais e sintomas no primeiro atendimento de pacientes com KS epidêmico no HUIBB

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

Sobre o tratamento, onze pacientes (55%) morreram sem receber um tratamento específico para o Sarcoma de Kaposi, demonstrando evolução clínica desfavorável da maioria dos pacientes (55%) neste período. Este alto valor pode ser pelo fato do hospital ser de referência e acabar por receber os casos mais graves e menos controlados, nos quais o paciente acaba falecendo na primeira internação (tabela 11).

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Pacientes		
Terapia Anti-retro Viral mais Quimioterapia	7	35%
Apenas Terapia Anti-retro viral	2	10%
Óbito antes de tratamento	11	55%
Total	20	100%

Tabela 11: Manejo terapêutico no HUIBB

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

Dos outros pacientes que receberam tratamento (45%), apenas dois (10%) foram tratados somente com terapia anti-retro viral (TARV), ambos apresentavam apenas acometimento cutâneo do Sarcoma de Kaposi. Os outros setes pacientes (35%) foram tratados com terapia anti-retro viral e quimioterapia, mais precisamente com o Paclitaxel 100mg/m². É importante destacar que este quimioterápico é a segunda escolha (Arruda et al., 2014; WHO, 2014; Pantanowitz & Dezube, 2015). No entanto, o número de remissões foi satisfatória (5 pacientes, 71,82%), concordando com a literatura, tendo sido utilizado 16 ciclos na maioria dos casos (60%). Destaca-se, também, que nenhuma remissão foi alcançada com menos de 10 ciclos (Arruda et al., 2014; WHO, 2014; Pantanowitz & Dezube, 2015; Gbabe et al., 2014) (tabela 12). Por fim, o efeito adverso da quimioterapia mais frequente, foi a alopecia, conforme já era esperado (Pantanowitz & Dezube, 2015) (Tabela 13).

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Remissão do SK		
Sim	5	71,42%
Não	2	28,58%
Total	7	100%
Número de ciclos até remissão total da doença		
C1-C5	0	0%
C6-C10	0	0%
C11-C15	2	40%
C16-C20	1	20%
C21-C25	1	20%
C26-C30	1	20%
Total	5	100%

Tabela 13: Efeitos adversos mais frequentes nos sete pacientes tratados com quimioterapia no HUIBB

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Efeito adverso		
Alopécia	4	57,14%
Dor Abdominal	2	28,57%
Dispneia	1	14,28%
Nauseas	2	28,57%
Mialgia	1	14,28%
Neuropatia Periférica	1	14,28%
Nenhuma complicação	2	28,57%

Tabela 12: Taxa de remissão e número de ciclos até remissão total (Paclitaxel 100mg/m²) no HUIBB

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2017.

4 | CONCLUSÃO

É de grande importância conhecer o manejo terapêutico utilizado neste Hospital de referência com a finalidade de subsidiar discussões que obtenham melhoria aos pacientes na busca ao melhor prognóstico possível e aumento de sobrevivência dos pacientes. Estes pacientes apresentaram um perfil clínico-epidemiológico caracterizados por homens, com faixa etária variando dos 31-40 anos, natural da região metropolitana de Belém, residente em Belém, com grau de escolaridade equivalente ao Ensino Fundamental Incompleto, solteiro, autônomo, pardo, com hábitos de etilismo e tabagismo, com diagnóstico menor que um ano e início de TARV menor que um ano e no geral associado com outras doenças infecciosas oportunistas. Pacientes estes que possuem quadro clínico de lesões cutâneas principalmente de nódulos, violáceos, em MMII, com tempo de surgimento menor que um mês e linfedema na região, podendo existir acometimento mucoso e visceral em alguns casos (maioria destes atingiu o estômago). Sobre a terapêutica, a maioria dos pacientes teve óbito antes do tratamento, aqueles que tiveram indicação de QT (Paclitaxel), tiveram uma alta taxa de remissão da doença a partir do 11o ciclo, com o efeito colateral mais prevalente sendo a alopecia .

REFERÊNCIAS

Arruda, E. et al. **Consensus of the Brazilian Society of Infectious Diseases and Brazilian Society of Clinical Oncology on the management and treatment of Kaposi's sarcoma.** The Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 18, n. 3, p. 315-326, 2014.

Batista, M. et al. **High Human Herpesvirus 8 (HHV-8) Prevalence, Clinical Correlates and High Incidence among Recently HIV-1-Infected Subjects in Sao Paulo, Brazil.** PLoS ONE, v. 4, n. 5, p. e5613, 2009.

Bower, M. et al. **Prospective Stage-Stratified Approach to AIDS-Related Kaposi's Sarcoma.** Journal of Clinical Oncology, v. 32, n. 5, p. 409-414, 2014.

Basciani, S. et al. **Imatinib interferes with survival of multi drug resistant Kaposi's sarcoma cells.** FEBS Letters, v. 581, n. 30, p. 5897-5903, 2007.

Cancer Project Working Group for the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) Study in EUROCOORD. **Changing Incidence and Risk Factors for Kaposi Sarcoma by Time Since Starting Antiretroviral Therapy: Collaborative Analysis of 21 European Cohort Studies.** Clinical Infectious Diseases, v. 63, n. 10, p. 1373-1379, 2016.

Dezube, B. **Randomized Phase II Trial of Matrix Metalloproteinase Inhibitor COL-3 in AIDS-Related Kaposi's Sarcoma: An AIDS Malignancy Consortium Study.** Journal of Clinical Oncology, v. 24, n. 9, p. 1389-1394, 2006.

Fatahzadeh, M. **Kaposi sarcoma: review and medical management update.** Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, v. 113, n. 1, p. 2-16, 2012.

Fernandes, S. et al. **Sarcomas cutâneos- do diagnóstico ao tratamento.** Revista SPDV, v. 70, n 3, p. 321, ago. 2012.

Gbabe, O. et al. **Treatment of severe or progressive Kaposi's sarcoma in HIV-infected adults.** Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014.

Hengge, U. et al. **Update on Kaposi's sarcoma and other HHV8 associated diseases. Part 1: epidemiology, environmental predispositions, clinical manifestations, and therapy.** The Lancet Infectious Diseases, v. 2, n. 5, p. 281-292, 2002.

Kasper, M. et al. **Complete response of endemic Kaposi sarcoma lesions with high-dose-rate brachytherapy: Treatment method, results, and toxicity using skin surface applicators.** Brachytherapy, v. 12, n. 5, p. 495-499, 2013.

LUPIA, R. et al. **Risk factors for Kaposi's sarcoma in human immunodeficiency virus patients after initiation of antiretroviral therapy: A nested case-control study in Kenya.** Journal of Microbiology, Immunology and Infection, 2015.

Maskew, M. et al. **Treatment Response and Mortality among Patients Starting Antiretroviral Therapy with and without Kaposi Sarcoma: A Cohort Study.** PLoS ONE, v. 8, n. 6, p. e64392, 2013.

Ministério da Saúde [Brasil]. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, 2015.

Pantanowitz, L.; Dezube, B. **BMJ Best Practice Kaposi's Sarcoma.** Tradução . [s.l: s.n.]. p. 17-29

Santos, M et al. **Lymphangiectatic Kaposi's sarcoma in a patient with AIDS Sarcoma de Kaposi linfangiectásico em paciente com Aids.** Anais brasileiros de Dermatologia, v.88, n 2, p. 272, AM, Marc, 2013.

Saraceni, V. et al. **AIDS-related Kaposi's sarcoma in Brazil: trends and geopolitical distribution.** International Journal of Dermatology, v. 52, n. 12, p. 1525-1529, 2013.

Souza, R. et al. **Manifestação clínica do Sarcoma de Kaposi como sinal inicial da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.** Arq Ciênc Saúde, v. 9, n. 2, p. 30-32, 2012.

Stoebeneau, K. et al. **Consuming sex: the association between modern goods, lifestyles and sexual behaviour among youth in Madagascar.** Globalization and Health, v. 9, n. 1, p. 13, 2013.

Sullivan, R. et al. **HIV/AIDS: Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Kaposi Sarcoma-Associated Herpesvirus Disease: Kaposi Sarcoma, Primary Effusion Lymphoma, and Multicentric Castleman Disease.** Clinical Infectious Diseases, v. 47, n. 9, p. 1209-1215, 2008.

Tiussi, R.M; Caus, A.L.O; Diniz, L.M; Lucas, E.A. **Sarcoma de Kaposi: clinical and pathological aspects in patients seen at the Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes.** An Bras Dermatol, v 87, n 2, p. 220-227, ES, 2012.

Uldrick, T. et al. **Phase II Study of Bevacizumab in Patients With HIV-Associated Kaposi's Sarcoma Receiving Antiretroviral Therapy.** Journal of Clinical Oncology, v. 30, n. 13, p. 1476-1483, 2012.

Wang, J.; STEBBING, J.; BOWER, M. **HIV-Associated Kaposi Sarcoma and Gender.** Gender Medicine, v. 4, n. 3, p. 266-273, 2007.

World Health Organization. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.** Geneva: World Health Organization, 2016.

World Health Organization. **Guidelines on the public health response to pretreatment HIV drug resistance**. Geneva: World Health Organization, 2017.

World Health Organization. **Guidelines on the Treatment of Skin and Oral HIV-Associated Conditions in Children and Adults**. Geneva: World Health Organization, 2014.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: DA ETIOLOGIA AO TRATAMENTO E A ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REABILITAÇÃO E PREVENÇÃO

Helder Xavier Bezerra

Centro Universitário Maurício de Nassau -
Uninassau
Campina Grande – PB

Roberto Vinicius Antonino da Costa

Centro Universitário Unifacisa / Faculdade de
Ciências Médicas - FCM
Campina Grande – PB

Maine Virgínia Alves Confessor

Centro Universitário Unifacisa / Faculdade de
Ciências Médicas - FCM
Campina Grande – PB

Morganna Pollyne Nóbrega Pinheiro

Centro Universitário Maurício de Nassau -
Uninassau
Campina Grande – PB

RESUMO: A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma poliradiculoneuropatia que afeta a mielina da porção proximal dos nervos periféricos, sendo uma das formas mais frequentes de neuropatia. É considerada uma emergência neurológica, pois a sua incidência costuma ser de 1-2 casos para cada 100.000 habitantes/ano. Neste cenário, o presente capítulo teve como objetivo realizar um levantamento bibliográfico acerca da etiologia, patogenia e fisiopatologia da SGB, assim como identificar os mecanismos pelos quais o fisioterapeuta e suas técnicas tornam-se essenciais no tratamento. O estudo

foi realizado a partir de artigos de revistas indexadas nos bancos de dados LILACS e SCIELO, selecionados entre o período de 2000 a 2017. A SGB trata-se de uma doença a nível mundial, que acomete tanto o sexo masculino como o feminino, crianças e adolescentes, em qualquer época do ano. A lesão de origem mielínica presente na SGB causa diversas manifestações clínicas como: taquicardia, visão turva, tonturas, entre outros. Uma das prováveis causas de mortalidade da doença é a paresia de músculos respiratórios, causando falência respiratória. A fisioterapia atua com intervenções motoras e respiratórias visando melhorar as condições físico-funcionais do paciente, por meio de práticas que permitem restaurar a força muscular, a amplitude de movimento e a plena capacidade de respiração, auxiliando também para um aumento da produção do líquido cefalorraquidiano, conservando a plasticidade muscular e melhorando as coordenações motoras. Deste modo, pode-se assegurar que a fisioterapia é uma valiosa ferramenta para o acompanhamento e reabilitação dos pacientes acometidos desta patologia, devendo ser administrada por profissionais capacitados.

PALAVRAS-CHAVE: síndrome, polineuropatias, neurologia, fisioterapia.

ABSTRACT: Guillain-Barré syndrome (GBS) is a polyradiculoneuropathy that affects the

proximal myelin portion of the peripheral nerves, being one of the most frequent forms of neuropathy. It is considered a neurological emergency, since its incidence is usually 1-2 cases per 100,000 inhabitants per year. In this scenario, the present chapter aimed to carry out a bibliographic survey about the GBS etiology, pathogenesis and pathophysiology, as well as to identify the mechanisms by which the physiotherapist and his techniques become essential in its treatment. The study was carried out from journal articles indexed in the LILACS and SCIELO databases, published from 2000 to 2017. SGB is a worldwide disease, which affects males and females, children and adolescents, at any time of the year. The myelin lesion present in GBS causes several clinical manifestations such as: tachycardia, blurred vision, dizziness, among others. One of the probable disease mortality causes is the paresis of respiratory muscles, which can cause respiratory failure. Physiotherapy works with motor and respiratory interventions aiming to improve the patient's physical-functional conditions, through practices that restore muscle strength, range of motion and full breathing capacity, also helping to increase the cerebrospinal fluid production, preserving muscle plasticity and improving motor coordination. In this way, it can be ensured that physiotherapy is a valuable tool for the patients' follow-up and rehabilitation; also, these therapeutical procedures should be managed by trained professionals.

KEYWORDS: syndrome, polyneuropathies, neurology, physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) caracteriza-se por uma poliradiculoneuropatia inflamatória aguda, é uma doença que acomete a mielina da porção proximal dos nervos periféricos e é de origem autoimune, podendo ser desencadeada por uma infecção viral ou bacteriana (JAIME, 2007).

Considerada emergência neurológica, a incidência da SGB costuma ser de 1-2 casos para cada 100.000 habitantes/ano, podendo, ainda, esse número aumentar em relação aos fatores da idade e sexo, sendo predominante entre 20-40 anos, e a população masculina a mais afetada (TAVARES et al., 2000; RAJABALLY, UNCINI, 2012).

Segundo Torres, Sánchez e Pérez (2003), a SGB é uma das formas mais frequentes de neuropatia, de evolução rápida e potencialmente fatal. Dentre as diversas manifestações clínicas, destaca-se, principalmente, a rápida paresia de músculos, inclusive os respiratórios, seguida de falência respiratória - uma das possíveis causas do alto índice de mortalidade relacionado à doença (SOUZA e SOUZA MAF, 2007; BOLAN et al., 2007).

A fisioterapia atua tanto na prevenção como na recuperação de lesões, com o objetivo de que o paciente possa ter o máximo de independência possível, a discussão sobre os impactos que a SGB causa no indivíduo e como o fisioterapeuta pode intervir é de grande importância. Devido às complicações que a SGB pode trazer para a

vida dos pacientes a intervenção fisioterapêutica torna-se indispensável em todas as fases da doença, não somente melhorando a amplitude de movimentos articulares, mas, também reduzindo complicações neurológicas residuais (CARVALHO e LOPES, 2013).

Deste modo, o presente capítulo teve como objetivo realizar um levantamento bibliográfico, expondo a Síndrome de Guillain-Barré, desde a etiologia ao tratamento, as principais morbidades a ela associadas, bem como identificar os mecanismos pelos quais o fisioterapeuta e suas técnicas tornam-se essenciais no tratamento dessa síndrome.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, no qual foram utilizados artigos científicos em português, inglês e espanhol de revistas indexadas nos bancos de dados da *Lilacs* e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO). Para o levantamento dos artigos foram utilizados os seguintes descritores: polineuropatias, Guillain-Barré, fisioterapia e neurologia. Após uma ampla análise dos artigos encontrados, foram selecionados 28 para a execução do presente estudo. Foram excluídos os artigos publicados antes do ano 2000, de modo a reunir informações mais recentes. Por fim, os artigos foram sistematicamente lidos e confrontados com as variáveis de interesse de modo a compor o presente capítulo com os achados da literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polineuropatia progressiva de natureza autoimune que afeta a mielina da porção proximal dos nervos periféricos sendo, assim, considerada de rápida evolução, podendo levar à morte. Umphred (2004) afirma que uma vez ocorrendo um dano na bainha, à propagação saltatória do impulso é prejudicada. Esse mesmo autor considera esta síndrome como a forma mais comum de afetar os nervos periféricos e as raízes desses nervos. Segundo Lundyekman (2004) em consequência das alterações nos nervos periféricos, ocorre a destruição da mielina nas fibras maiores e mais mielinizadas motoras e sensitivas. A SGB também resulta na elevação de proteínas no líquido cefalorraquidiano, arreflexia e fraqueza ou paralisia acometendo mais de um membro (GOLDMAN, 2011; PICON, 2013).

A causa exata da SGB ainda não foi totalmente elucidada, no entanto, Avila, Mariola e Melano, (2002 apud Acosta, Cañizá e Romano, 2007) descrevem que esta síndrome é uma resposta imunológica do organismo devido à ação de agentes infecciosos, como o *Campylobacter*, uma vez que, em mais de 60% dos casos, os pacientes apresentaram algum tipo de infecção semanal antes do início da síndrome.

Trata-se de uma patologia a nível mundial que acomete tanto o sexo masculino como o feminino, crianças e adolescentes, em qualquer época do ano, sem considerar os hábitos de vida e nem a condição financeira. De acordo com Lin (2012) essa doença se apresenta 1,5 vezes mais nos homens do que nas mulheres, embora necessite de mais esclarecimentos existem propostas que relacionam esse fato a influência hormonal e ambiental (BLUM e MCCOMBE, 2014).

Apesar da SGB poder ocorrer em indivíduos de qualquer faixa etária, foi observado dois picos de maior incidência, um no adulto jovem (20-30 anos) e outro em idosos. (MELANO, CARRILLO E GULIAS, 2007). Em relação às crianças, cerca de 20% dos portadores apresentam-se com menos de 10 anos (CECATTO et al., 2003).

Por não existir nenhum exame laboratorial específico, o diagnóstico da SGB deve ser realizado por meio de uma junção de exames clínicos e laboratoriais (TAVARES et al. 2000). No entanto, Fokke et al, (2014) cita duas características para o diagnóstico: fraqueza progressiva que tem início nos membros inferiores e hipo ou arreflexia dos membros que sofrem paresia. Segundo esse mesmo autor, uma vez que o paciente apresenta esses sintomas já é suficiente para hospitalizá-lo, sendo realizados exames complementares apenas se necessário. Entretanto, Souza e Souza MAF (2007) defendem que o diagnóstico deve ser feito através de exame neuromuscular, que permita observar a função dos nervos e dos músculos. E deve ser observado também se existe alguma dificuldade na respiração ou ao deglutir.

A identificação desta patologia é realizada por meio de exames neuromuscular, entre eles a eletroneuromiografia e a punção lombar, que observam a função e a atividade dos nervos e dos músculos, a respiração e a deglutição, e se existe desmielinização (SOUZA e SOUZAMAF, 2007; JÚNIO, 2015). A SGB apresenta distintas manifestações clínicas, sendo específicas para cada indivíduo, onde os pacientes podem apresentar súbita e progressiva tetraparesia ascendente acompanhada de arreflexia ou anomalias sensoriais, sendo características do início da doença (DASH, 2014; VAN et al., 2014). O que corrobora com os estudos realizados por Dimachkie e Barohn (2013), onde relatam que a manifestação inicial da doença se dá nos membros inferiores, por meio de parestesia e entorpecimento seguido por uma fraqueza motora distal ascendente e progressiva, afetando os movimentos de dorsiflexão do tornozelo e flexão do joelho. Em 10% dos casos a fraqueza pode ter início nos membros superiores e em 33% dos casos afeta todos os membros de forma simultânea (WINER, 2014).

Campellone (2004) descreve que essa doença causa um comprometimento dos nervos motores cranianos, levando o paciente à dificuldade na mastigação e deglutição. Se atingido um grau grave, pode-se observar insuficiência respiratória, levando a arritmias cardíacas (NOVIELLO et al., 2008). Porém, em aproximadamente 5% dos casos iniciais os reflexos estão preservados, sofrendo comprometimento apenas quando a intensidade máxima da doença é atingida (KUWABARA, YUKI, 2013).

Uma vez que existe um rápido diagnóstico, o prognóstico da doença se torna mais eficiente, contanto que sejam incluídos os cuidados hospitalares e a assistência

respiratória (ORTEGA et al., 2013). O tratamento por meio de imunoglobina tem sido o mais apropriado, e consiste na aplicação intravenosa de uma matriz de anticorpos, embora seja desconhecida a forma como ela atue no organismo (BENETI E SILVA, 2006). O uso de corticoides por via intratecal na posologia de betametazona no tratamento da SGB também tem demonstrado resultados satisfatórios em pacientes jovens (TORRES, SÁNCHEZ E PÉREZ, 2003).

Conforme Wakerley e Yuki (2013 apud Antunes, Palácio e Bertolini, 2015) 60% dos pacientes com SGB apresentam paresia e fadiga muscular, no entanto, Matsushita et. al., (2013) demonstram que a fadiga muscular prolongada pode ser amenizada com programas para fortalecimento muscular, exercícios funcionais e aeróbicos.

Um elevado número de pessoas (54-89%) se queixa de dores na forma de parestesias, dor lombar e muscular e até meningismo (VAN et al., 2014). Mediante isso, O'Sullivan e Schmitz (2004) defendem que o paciente acometido com SGB espera uma total independência, de modo a realizar as suas atividades cotidianas da mesma forma que no período anterior a doença. Sendo assim, o tratamento fisioterapêutico seria o mais indicado, pois busca melhorar as condições físico-funcionais do paciente.

A fisioterapia pode reduzir ou eliminar a limitação funcional apresentada pelos pacientes, auxiliando também para um aumento da produção do líquido cefalorraquidiano, conservando a plasticidade muscular e melhorando as coordenações motoras para facilitar a realização de movimentos articulares (KISNER E COLBY, 2005).

A fisioterapia respiratória e a motora são de suma importância nos portadores da SGB, a respiratória atua na prevenção de pneumonias e atelectasias, enquanto que a motora tem o objetivo de restaurar a força muscular, principalmente de membros inferiores e evitar o aparecimento de contraturas, através de exercícios, treino de equilíbrio e readequação da marcha (ACOSTA et al., 2007).

Oliveira (2010) relata a importância da fisioterapia respiratória na recuperação de pacientes de UTI, tendo em vista que a fisioterapia possibilita a redução na retenção de secreção pulmonar, garante a ventilação pulmonar normal e evita a fadiga da musculatura responsável pela respiração. Como também, aqueles pacientes portadores da SGB em nível de terapia intensiva apresentam diversas complicações em consequência da insuficiência respiratória, torna-se necessária a ventilação mecânica, na qual o fisioterapeuta oferece total suporte (CABRAL et al., 2012). Noviello et al., (2008) relata que dos pacientes acometidos com SGB, 25% poderão vir a necessitar de ventilação mecânica.

De acordo com Rowland (2002) o tratamento fisioterapêutico deve ser iniciado assim que ocorrerem as primeiras contrações musculares voluntárias, que são decorrentes do processo de remielinização, processo no qual a camada de mielina lesada se reconstitui, iniciando com exercícios de cargas leves e evoluindo conforme a progressão do paciente. Para Souza e Souza MAF, (2007), a preservação da permeabilidade das vias aéreas é de primordial importância no tratamento da SGB, levando em conta a fadiga dos músculos intercostais e do diafragma que geralmente

resultam em insuficiência respiratória.

Em um estudo de caso realizado por Carvalho e Lopes em 2013, foi analisado um sujeito do sexo masculino de 34 anos, portador da síndrome, e foi estabelecida uma proposta de intervenção fisioterapêutica, chegando à conclusão que o paciente apresentou uma melhora no ganho de força, coordenação, mobilidade, além de retorno a vida cotidiana, sendo assim, a abordagem do fisioterapeuta tem fundamental importância na vida dos pacientes acometidos com a SGB, por proporcionar diversos benefícios em relação ao bem-estar e a funcionalidade.

O fisioterapeuta é de suma importância para recuperação seja ela parcial ou total do paciente acometido, iniciando com procedimentos motores que levam em conta o linear de dor que o paciente apresenta, até técnicas mais complexas como a respiração mecânica, no entanto, entre os dois extremos, o profissional atua diretamente no processo de reabilitação acompanhando em todos os momentos as melhoras que venha a ser apresentada pelo paciente e adaptando inúmeras técnicas a realidade que ele se encontra, garantido assim um grau de independência, principalmente de atividades básicas do dia a dia, como vestir-se, comer, tomar banho sozinho e andar.

CONCLUSÃO

A SGB é uma doença autoimune que causa um dano na bainha de mielina e que pode ser desencadeada por uma infecção viral ou bacteriana, quando não tratada a tempo, e com as devidas intervenções, pode levar a uma paraplegia ou até a morte. Dentre os principais sintomas associados a esta Síndrome está a paraplegia de músculos, o paciente acometido por essa doença apresenta diversas dificuldades motoras e respiratórias, desde fadiga muscular à insuficiência respiratória, o que torna imprescindível a ação do fisioterapeuta no tratamento para um melhor prognóstico.

A fisioterapia é de fundamental importância por promover mudanças na saúde dos portadores da SGB, por meio de práticas que visam à prevenção de agravos e a própria reabilitação, de modo a reduzir ou eliminar a limitação funcional apresentada pelos pacientes.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, M. I., CAÑIZÁ, M. J., ROMANO, M. F., ARAUJO E. M. **Síndrome de GuillanBarre**. Revista de Posgrado de I18 a VIa Cátedra de Medicina. n. 168. p.15-18. 2007.

ANTUNES, M. D., PALÁCIO, S. G., BERTOLINI, S. M. M. **Efeito da Fisioterapia na Síndrome de Guillain-Barré**, in: Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar. n. 9, p. 4-8. 2015.

BENETI, G. M., SILVA, D. L. D. Síndrome de Guillain-Barré. **Seminário: Ciências Biológicas e Saúde, Londrina**, v. 27, n. 1, p. 57-69. 2006.

BLUM, S., MCCOMBE, P. A. **Genetics of Guillain-Barré syndrome (GBS) and chronic**

inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (CIDP): current knowledge and future directions. Journal of the Peripheral Nervous System, v. 19, n. 2, p. 88–103, jun. 2014.

BOLAN, R. S., DALBÓ, K. D., VARGAS, F. R., MORETTI, G. R. F., ALMEIDA, L. P., ALMEIDA, G. K. P., DIAS, P. V. L. **Síndrome de Guillain-Barré.** Revista da AMRIGS, v. 51, n. 1, p. 58-61. 2007.

CABRAL, E. K. F., GOMES, G. C., SANTOS, H. H., MACIEL, S. S. **Efeito ventilatório da fisioterapia intensiva na síndrome de guillain-barré sob ventilação mecânica.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde. v. 16, p. 11-16. 2012.

CAMPELLONE, J. V. **Guillain-Barre Syndrome.** Medline Plus – Medical Encyclopedia, 2004.

CARVALHO, T. G. M. L., LOPES, R. C. **A Integralidade na Atenção Fisioterapêutica no Paciente Portador da Síndrome de Guillain-Barré.** Biomotriz, v. 7, n. 2. Dez, 2013.

CECATTO, S. B., GARCIA, R. I. D., COSTA, K. S., NOVAIS, R. A. B., YOSHIMURA, R., RAPOPORT, P. B. **Síndrome de Guillain-Barré como complicação de amigdalite aguda.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, São Paulo, v. 69, n. 4, 2003.

DASH, S., R., PAI, A., KAMATH, U., RAO, P. **Pathophysiology and diagnosis of Guillain-Barré syndrome-challenges and needs.** International Journal of Neuroscience. Maio, 2014.

DIMACHKIE, M. M., BAROHN, R. J. **Guillain-Barré syndrome and variants.** Neurology Clinical. v. 31, n. 2, p. 491-510. 2013.

FOKKE, C., VAN DEN BERG, B., DRENTHE, J., WALGAARD, C., VAN DOORN, P.A., JACOBS, B.C. **Diagnosis of Guillain-Barré syndrome and validation of Brighton criteria.** Brain Journal Neurology. v. 137 p. 33-43. 2014.

GOLDMAN, B. **Tratado de Medicina Interna**, 21 ed, v 2, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

JAIME, F.C.D. **Síndrome de Guillain Barré.** *Bun Synapsis*, v. 2: 17-23. 2007.

JUNÍOR, M. E. T. D. **Síndrome de Guillain-Barré: epidemiologia, prognóstico e fatores de risco.** 2015. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

KISNER, C, COLBY L. A. **Exercícios terapêuticos.** Barueri, SP: 4º ed. Manole, 2005.

KUWABARA S., YUKI, N. **Axonal Guillain-Barré syndrome: concepts and controversies.** Lancet Neurology. v. 12, n. 12, p. 1180–8, Dec. 2013.

LIN, K.P. **Clinical manifestations, serology and epidemiology of Guillain-Barré syndrome.** Acta Neurologica Taiwanica, v. 21, n. 2, p. 51–53, Jun. 2012.

LUNDY-EKMAN, L. **Neurociências: fundamentos para reabilitação.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.

MATSUSHITA M., KITO H., KAZUYA I., KITAKOJI T., IWATA K., MISHIMA K., ISHIGURO N., HATTORI T. **Orthopaedic manifestations and diagnostic clues in children with Guillain-Barré syndrome.** Journal of Children's Orthopaedics, v.7, n.3, p.177-182, 2013.

MELANO CARRANZA, CARRILLO MARAVILLA, GULIAS HERRERO A. **Síndrome de Guillain-Barré en el anciano: un estudio retrospectivo.** Archives of Neurociencias. Jun. 2004.

NOVIELLO TB, NOVIELLO TCB, PURISCH S, LAMOUNIER RN, REIS JS, MENEZES, P. A. F. C.,

CALSOLARI, M. R. **Cetoacidose Diabética Associada com Síndrome de Guillain-Barré: Relato de Caso.** Archives of Endocrinology and Metabolism, v. 52, n. 3, p. 562-565. 2008.

OLIVEIRA, A. G., ALMEIDA, L. A., BOSCHETTI, L., SANDOVAL, R. A. **Prevalência do insucesso no processo de desmame da ventilação mecânica.** Trances: Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud ucativo y de la Salud, v. 2, n. 3, p.248-274. 2010.

ORTEGA, J. F. F., ROMÁN, J. P. R., CASTAIN, M. J. N., MARTÍN, E. M., UTRERA, M. B. **Síndrome de Guillain-Barré na Unidades de Cuidados Intensivos.** Revista Ciência e Saúde Nova Esperança. v. 11, n. 3, p. 32-39. 2013.

O'SULLIVAN, S. B. e SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia – Avaliação e Tratamento.** São Paulo: Manole, 2004.

PICON, P. D., GADELHA, M.I.P., BELTRAME, A. **Síndrome de GuillainBarré: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas.** Revista Ciência Saúde Nova Esperança, v. 11, n. 3, p. 32-9, Dez. 2013.

ROWLAND, L. P. MERRIT **Tratado de neurologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, p. 887. 2002.

RAJABALLY, Y. A., UNCINI, A. **Outcome and its predictors in Guillain-Barre syndrome.** Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, v. 83, n. 7, p. 711-718. 2012.

SOUZA, A. V., SOUZA, M. A. F. **Síndrome de Guillain Barré sob os cuidados de Enfermagem.** Revista Meio Ambiente Saúde, v. 2, n.1, p. 89-102. 2007.

TAVARES, A. C. ALVES, C. B. L. SILVA, M. A. LIMA, M. B. C. ALVARENGA, R. P. **Síndrome de Guillain-Barré: Revisão de Literatura.** Cadernos Brasileiros de Medicina, v.13, n.1, 2, 3 e 4, 2000.

TORRES, M. S. P.; SÁNCHEZ, A. P.; PÉREZ, R. B. **Síndrome de Guillain Barre.** Revista Cubana de Medicina Militar, Habana del Este, v. 32, n. 2, p. 137-142, 2003.

UMPHRED, D.A. **Reabilitação neurológica.** 2 ed. São Paulo: Manole, 2004.

VAN DEN BERG, B., WALGAARD, C., DRENTHEM, J., FOKKE, C., JACOBS, B. C., VAN DOORN, P. A. **GuillainBarré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis.** Nature Reviews Neurology, v. 10, n. 8, p. 469-82. Aug. 2014.

WINER, J. B. **An update in guillain-barré syndrome.** Autoimmune disease. p. 1-6. 2014.

ASPECTOS DE VULNERABILIDADES EM CASAIS SORODIFERENTES PARA O HIV/AIDS

Juliana Rodrigues de Albuquerque

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Amanda Trajano Batista

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Elis Amanda Atanázio Silva

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Josevânia Silva

Universidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde
Campina Grande - Paraíba

Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
João Pessoa - Paraíba

RESUMO: O aumento na sobrevivência das pessoas soropositivas resultante dos avanços científicos referentes ao diagnóstico e, sobretudo, ao tratamento medicamentoso, propiciou à epidemia do HIV/AIDS um caráter de cronicidade. Como tendência resultante destas mudanças, observa-se a frequente formação de casais sorodiferentes para o HIV/AIDS, ocasionando novos desafios para o campo da

saúde e do cuidado, especialmente, ao que tange à prática do sexo seguro. Este artigo busca analisar situações de vulnerabilidades em saúde em casais sorodiferentes para o HIV/AIDS. Participaram 36 pessoas em relacionamento heterossexual e sorodiferente. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e clínico e entrevista semi-estruturada, analisados, por estatísticas descritivas e Análise Categorical Temática. Os resultados mostraram que as principais dificuldades enfrentadas pelos casais perpassam questões de gênero e crenças sobre o preservativo relativas ao não uso ou a não sistematização do uso de tal insumo. Também foi observado falta de maiores informações sobre sorodiferença. Nas análises das entrevistas emergiram três classes: a) Descoberta do Diagnóstico, b) Cotidiano do Casamento e c) Prevenção. Apesar dos avanços no cuidado e no viver com o HIV/AIDS, ainda é possível encontrar aspectos de vulnerabilidades provenientes de lacunas informativas ou de crenças socialmente construídas em torno da doença. Para os casais sorodiferentes, verifica-se a necessidade de políticas e cuidados que garantam o direito dessa população de vivenciar suas escolhas de maneira digna e segura.

PALAVRAS-CHAVE: HIV/AIDS, sorodiferença, vulnerabilidades.

ABSTRACT: The increase in the survival of

seropositive people resulting from scientific advances regarding diagnosis and, above all, drug treatment, has given the HIV / AIDS epidemic a chronicity. As a result of these changes, the frequent formation of serodifiable couples for HIV / AIDS is observed, giving rise to new challenges in the field of health and care, especially with regard to the practice of safe sex. This article aims to analyze situations of health vulnerability in HIV / AIDS serodifiable couples. Participated 36 people in heterosexual and serodifferent relationship. A sociodemographic and clinical questionnaire and semi-structured interview were used, analyzed by descriptive statistics and Thematic Categorical Analysis. The results showed that the main difficulties faced by couples are related to gender issues and beliefs about condoms regarding the non-use or non-systematization of the use of such an input. A lack of further information on serodifference was also observed. In the analysis of the interviews emerged three classes: a) Discovery of the Diagnosis, b) Daily life of the Marriage and c) Prevention. Despite advances in care and living with HIV / AIDS, it is still possible to find vulnerability issues from information gaps or socially constructed beliefs about the disease. For serodifferent couples, there is a need for policies and care that guarantee the right of this population to experience their choices in a dignified and safe way.

KEYWORDS: HIV / Aids, serodifference, vulnerabilities.

1 | INTRODUÇÃO

O aumento na sobrevivência das pessoas soropositivas resultante dos avanços científicos referentes ao diagnóstico e, sobretudo, ao tratamento medicamentoso, propiciou à epidemia do HIV/Aids um aumento de qualidade e expectativa de vida (POLEJACK, 2001; REIS, 2004; SILVA, 2009). Como tendência resultante, observa-se a frequente formação de casais sorodiferentes para o HIV/Aids, ocasionando novos desafios para o campo da saúde e do cuidado.

O impacto inicial do diagnóstico de HIV/Aids, segundo autores como Polejack e Costa (2002), pode favorecer entre muitos casais sorodiferentes o estabelecimento de conflitos relacionados à desconfiança bem como o temor diante da descoberta da infidelidade, pondo em cheque elementos do amor romântico. Além do mais, em termos de práticas de cuidado, o diagnóstico da soropositividade nestes casais pode gerar diferentes modalidades de comportamentos, que vão desde medidas radicais de proteção contra a infecção como, por exemplo, a abstinência sexual e até mesmo a negação do risco de transmissão da doença (REIS; GIR, 2009). A maior parte das pesquisas tendem a mostrar que a principal postura adotada pelos casais na tentativa de resolver o conflito da sorodiferença é o não uso do preservativo (GONÇALVES, 2009; REIS, 2004; REIS; GIR, 2009).

Outro ponto a destacar para a não adoção do uso do preservativo pelos casais sorodiferentes, está relacionado, muitas vezes, à eficácia do tratamento antirretroviral. Pesquisa realizada por Remiem (2002) mostrou, por exemplo, que o fato da infecção

pelo HIV/Aids poder ser controlada pelos medicamentos (produzindo uma baixa carga viral) e o fácil acesso a estes, contribui para reduzir o medo das pessoas de serem contaminadas ou mesmo gerar uma falsa percepção de ausência do vírus. Ainda segundo a mesma autora, corroborando dados também trazidos por Reis (2004), a repetição de testes sorológicos com resultados não reagentes para o HIV/Aids, em muitos casos, pode levar a percepção de invulnerabilidade ao vírus do parceiro soronegativo.

Outras explicações para o não uso do preservativo entre os casais sorodiferentes estão relacionadas às questões afetivas. Retomando explicações ainda ligadas ao amor romântico, é comum a recusa pelo uso preservativo por parte de muitas mulheres, ainda que estas tenham conhecimento sobre práticas preventivas, pois elementos do amor romântico como segurança e confiança no parceiro vão de encontro à utilização do insumo (GIACOMOZZI; CAMARGO, 2009; Reis, GIR, 2009).

Práticas sexuais preventivas podem ser mais difíceis de se estabelecerem nos relacionamentos que trazem elementos do amor romântico, visto que a estabilidade do relacionamento pode contribuir para que o preservativo seja substituído por outros métodos contraceptivos.

Em pesquisa realizada com adolescentes, observou-se que grande parte da amostra utilizava, enquanto fator de proteção para as DST/Aids, a seleção de parceiro, isto é, a medida que a intimidade do casal aumenta, o preservativo pode ser descartado das relações (BENINCASA; REZENDE; CONIARIC, 2008). Ainda que exista a percepção do risco da doença, o “entregar-se totalmente” diz respeito ao aspecto mais significativo nos relacionamentos estáveis, cujo elementos do amor romântico estão presentes, de maneira que aspectos que interfiram nessa entrega, são deixados de lado, como os cuidados com a saúde (SALDANHA, 2002).

Outra especificidade apontada na literatura sobre a vivência da sorodiferença e os cuidados em saúde se dá em relação aos casais pós e pré diagnóstico, ou seja, entre aqueles que iniciaram um relacionamento já em condição de sorodiferença quando comparados àqueles cuja situação de sorodiferença se deu no curso da relação (SZAPIRO, 2008). No caso destes últimos, a descoberta da sorodiferença pode ocorrer de maneira mais conflituosa, em virtude das mudanças necessárias na dinâmica afetiva sexual destes casais somado à descoberta da infidelidade e quebra da confiança em alguns casos (AMORIM; SZAPIRO, 2008). Sobre os elementos de vulnerabilidade ao HIV/Aids, pesquisadores observam que esse processo está perpassado por aspectos individuais, sociais e programáticos, imbricados entre si (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012). Essa noção de vulnerabilidade parte do princípio de que a compreensão de fatores relacionados às chances que os indivíduos têm de adoecer deve levar em consideração não só as características individuais e sociais, mas também a existência de políticas de saúde específicas para determinada população bem como o acesso aos insumos, aos serviços e aos cuidados em saúde. (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo analisar situações de vulnerabilidades para o HIV/Aids em casais sorodiferentes.

2 | MÉTODO

Característica do estudo

A presente pesquisa foi dividida em duas etapas: a primeira se tratou de um estudo exploratório-descritivo e transversal. No segundo momento, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com casais sorodiferentes para o HIV/Aids.

Participantes

No primeiro estudo, contou-se com uma amostra de 36 indivíduos em relacionamento heterossexual e sorodiferente para o HIV/Aids, com média de 36,4 anos de idade (DP=10,51, variando de 19 a 70 anos), sendo a metade de cada sexo. No segundo momento, foram entrevistados oito casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV.

Instrumentos

O instrumento utilizado na primeira etapa foi um questionário estruturado autoaplicável, versando sobre o perfil biodemográfico e práticas sexuais. Sobre as entrevistas semiestruturadas, estas buscaram a compreensão da vivência sorodiferente, ocorrendo com a presença de ambos os parceiros.

Análise de dados

O banco de dados, referente à etapa quantitativa da pesquisa, foi construído a partir da digitação dos questionários com prévia codificação das respostas, para isso foi utilizado o Software SPSS. For Windows – versão 18. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude). Em relação às entrevistas, foram analisadas com base na Análise Categórica Temática, conforme a proposta de Figueiredo (1993).

Aspectos éticos

Este estudo foi conduzido segundo os aspectos éticos referentes à pesquisas que envolvem seres humanos, sendo submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética do CCS – UFPB.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cabe destacar que 18 dos participantes eram do sexo feminino. Em termos de relacionamento sorodiferente, a maioria também afirmou estar neste relacionamento

há mais de três anos. Essas e outras informações estão descritas na tabela 01 a seguir.

Variável		F	%
Sexo	Masculino	18	50
	Feminino	18	50
Faixa etária	20-29	11	30,6
	30-39	14	38,9
	40-49	08	22,2
	50-60	02	5,6
Capital/Interior	Capital	09	25
	Interior	27	75
Condição sorológica	HIV+	26	72,2
	HIV-	10	27,8
Sexo/HIV+	Masculino	13	50
	Feminino	13	50
Tempo de Diagnóstico (anos)	6 meses a 1 ano	02	5,6
	1-2	04	11
	3-5	12	33,3
	>5	18	50
Tempo de relacionamento	6 meses a 1 ano	05	13,9
	1-2	01	2,8
	3-5	12	33,3
	>5	18	50
Modalidade de relacionamento	Pré-diagnóstico	18	50
	Pós-diagnóstico	18	50

Tabela 1- Frequências referentes aos dados sociodemográficos e clínicos.

Tomando o local de moradia como fator de análise, os resultados, corroborando com outros contextos (ONUSIDA,2012; SILVA, 2009), apontam para a interiorização da epidemia. Apesar do aumento considerável no número de casos de HIV/Aids nas cidades de pequeno e médio porte – como as encontradas no interior do estado da Paraíba – isto não significa dizer, de acordo com Silva (2009), que o número de casos da doença seja maior nestas localidades, mas assinala que este não se encontra limitado à região metropolitana como ainda se costuma acreditar. Também chama a atenção para a falta de políticas e práticas de cuidado direcionadas a esta população específica. Aqui se retoma o conceito de vulnerabilidade discutido em parágrafo anterior, uma vez que o componente programático de tal conceito é perceptível ao verificar esse tipo de cuidado em saúde, possivelmente, ausente em região rural do estado.

A tendência para a feminização da Aids também pôde ser observada, uma vez que a metade dos participantes soropositivos foram mulheres. Tal fenômeno, no Brasil, pode ser encarado enquanto o mais relevante dos últimos anos no que concerne à epidemia, cuja causa de mortalidade por HIV é uma das principais nas mulheres em idade fértil (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011).

Sobre questões iniciais referidas à vivência sorodifente trazidas pela variáveis

modalidade e tempo de relacionamento, os resultados apontaram, em consonância com pesquisa feita por Reis e Gir (2009), para o fato de que o impacto da sorodiferença nem sempre resulta no rompimento do relacionamento nem se constitui em fator impeditivo para a construção de novas relações, dado o aumento da qualidade de vida das pessoas que convivem com o HIV/Aids. O caráter de cronicidade da doença permite, assim, que projetos de vida de muitos casais continuem mantidos (nos casais pré-diagnóstico) bem como permite a (re)construção de outros projetos (nos casais pós-diagnóstico).

Por outro lado, a descoberta do diagnóstico de uma doença que não tem cura, como a Aids, pode gerar sentimentos relacionados ao medo, incertezas, ansiedade, depressão dentre outros, seja em uma relação pré ou pós-diagnóstica. Para os casais participantes da pesquisa, o conflito vivido entre o desistir - em virtude do temor pela doença- ou continuar/começar essa relação foi comum nos relatos dos parceiros soronegativos e tido como um grande momento de dor e angústia. Já para os parceiros soropositivos, prevaleceram o temor da revelação pelo medo da rejeição:

“Assim que a gente se conheceu, ela logo me contou que tinha HIV, sei lá, na hora que eu soube eu queria desistir né, eu tive medo de pegar, de ser contaminado” (Homem, HIV(-); Casal 07).

“Eu tive medo de que ele não me quisesse, por isso, deu medo, de ser rejeitada.”(Mulher, HIV(+); CASAL08).

“Passou logo na minha cabeça que eu ia perder minha família! Ela não ia entender quando eu chegasse em casa com uma noticia dessas!” (Homem, HIV(+), CASAL06).

Pesquisa realizada por Silva e Camargo Jr (2011) mostrou que entre pessoas solteiras há o temor em revelar ao outro a soropositividade pelo medo de não serem aceitas, o que pode levar, em alguns casos, a omissão da condição sorológica.

Viver em relacionamento sorodiferente, portanto, requer certos cuidados consigo e com o outro. Ao responderem sobre suas práticas sexuais e preventivas, a maioria dos participantes relatou se submeter à testagem sorológica anualmente, mas atribuíram pouco ou nenhuma chance do parceiro soronegativo se contaminar. Em relação ao uso do preservativo, 17 participantes afirmaram sempre utilizá-lo, admitindo contudo, dificuldades no uso. Todavia, alguns participantes afirmaram situações de não uso do preservativo, mesmo quando mantinham relações extraconjugais. Isto aponta que além de tornarem seus parceiros (na relação estável e nas relações extraconjugais) vulneráveis à infecção pelo HIV, alguns participantes também se expunham à outras doenças sexualmente transmissíveis, como pôde ser verificado pela afirmativa na presença de outras doenças como, por exemplo, herpes genital, sífilis, gonorreia e HPV (conforme se observa na tabela 2 abaixo).

A afirmativa de que baixas são as chances do parceiro soronegativo vir a ser infectado, demonstra existir nos participantes crenças acerca da invulnerabilidade da doença. Essa percepção de invulnerabilidade ou de que a AidS é “doença dos outros”

tende a colocá-los em posição vulnerável à transmissão do HIV.

Entre os casais pré-diagnóstico, por exemplo, a crença da invulnerabilidade veio a ser quebrada pela exposição da situação de infidelidade:

“Não senti medo mesmo, porque assim, nem passava pela minha cabeça isso, sei lá, eu não imaginava que ele faria isso. A partir do momento que a gente soube, eu pensei logo “Meu Deus, isso tinha que acontecer comigo?” (Mulher, HIV-; CASAL06).

Uma vez que a maior parte das relações extraconjugais entre os casais participantes se deu pelo parceiro masculino, põe-se em cheque, para as mulheres, elementos do amor romântico, como a segurança e a fidelidade. Em muitos casos, a quebra da confiança se tornou mais significativa para a mulher do que a própria soropositividade, onde a descoberta da infidelidade resultou em maior sofrimento psíquico se comparada às chances de contaminação.

“Quando ele chegou em casa...que ele veio me dá a resposta, nossa!Pra mim acabou tudo ali, foi como se tivesse um buraco ali e eu cai dentro!Porque eu achei que ia dá negativo, aí de repente, vem esse resultado, então, pra mim, foi uma bomba, entendeu.Eu fiquei arrasada não foi nem de eu ter pegado não, foi dos dois ne, do HIV nele e da traição. (Mulher, HIV-; CASAL06).

Ainda que quase a metade tenha afirmado o uso regular do preservativo, é relevante destacar que ocorreram relatos ligados à dificuldade neste uso. Crenças ligadas a esse método preventivo enquanto “reduzidor do prazer” foram verificadas, apontando para aspectos de vulnerabilidade. Nas análises das entrevistas, ressalta-se, principalmente a recusa dos parceiros homens em usar o preservativo. Esse dado traz questões relevantes sobre as desigualdades de gênero enquanto fator de vulnerabilidade, uma vez que a resistência do gênero masculino em utilizar o preservativo pode ser determinante em muitos casos (STEARNS, 2012).

“É normal, assim um pouco difícil, mas é normal, sei lá, usar camisinha é pouco ruim incomoda ne, a dificuldade é mais essa, todos dois aceitou, num teve barreira não. Agora é ruim, é ruim usar isso viu, transar com camisinha. Eu nunca me acostumei, você acredita?” (Homem, HIV(+); CASAL05).

“Eu acho ruim, é muito chato, porque assim, foram 11 anos sem usar, aí você tem que passar a usar, é muito chato. No início eu não queria não, antes disso, eu não usava.” (Homem, HIV(+); CASAL06)).

Assim, as dificuldades apontadas pelos casais com relação ao uso do preservativo contribuem para que estes, muitas vezes, tenham práticas sexuais desprotegidas.

“A questão é essa, a gente nunca usou camisinha por que até hoje ele nunca gostou.” (Mulher, HIV(+); CASAL04).

“De vez em quando a gente transa sem camisinha. Na hora é bom, mas dois dias depois, ela tá lá com raiva de mim e eu fico matutando. De imediato não, mas depois eu fico pensando. (homem, HIV(-); CASAL08).

A prevenção está envolvida por diversos sentimentos, principalmente entre os casais pré diagnóstico, os quais a encaram enquanto elemento de mudança em todo o relacionamento. A decisão pela ausência do preservativo também foi relatada pelos casais participantes, embora os riscos envolvidos sejam considerados. Salienta-se que as dificuldades do uso se vinculam às crenças distorcidas sobre o método enquanto redutor ou anulador de prazer.

“Há, há sim dificuldade porque é muito ruim ter relação com o preservativo né, e como eu tenho esse problema, então assim, em mim aparecem problemas ginecológicos mais frequentes né.. Aí assim, tem essa questão do preservativo, aí como eu já tenho esses problemas e com a camisinha incomoda.” (HIV+ F CASAL8).

“A gente tentou, mas não dá, não é que seja ruim, é que sei lá, ela me deixava desconfortável, é mais a questão do conforto, então, ela não me proporcionava conforto, na hora de uma relação fica difícil” (HIV- M CASAL4).

A testagem regular apareceu como uma forma de diminuir a angústia e a preocupação com o contágio.

“Eu acho muito ruim, a gente não usa, foi por isso que eu vim hoje fazer o exame, Já fazia uns três anos que a gente fazia sem camisinha, aí um dia eu resolvi fazer o teste e não deu positivo não.”(Homem, HIV(-); CASAL03).

O discurso acima remete ao que já foi discutido sobre o sentimento de invulnerabilidade ao vírus, reforçando os achados de Remien (2002) de que resultados negativos para o HIV/Aids tendem a reforçar práticas sexuais desprotegidas. Percebe-se, portanto, a importância do aconselhamento por profissionais de saúde após as testagens, a fim de que medidas preventivas sejam adotadas por esta população.

Tal conduta pode aumentar as chances de transmissão do HIV assim como dificultar um diagnóstico precoce. A percepção de vulnerabilidade foi referida pela maioria (N=24) (tabela 2) no primeiro estudo, todavia, nas entrevistas ficou demonstrado que, embora os participantes reconheçam os riscos envolvidos, nem sempre estabelecem o uso sistemático do preservativo.

Diante do conceito de vulnerabilidade, é possível compreender a exposição à infecção ao vírus HIV não apenas através do foco nos comportamentos individuais, mas se percebem aspectos sociais e programáticos enquanto agentes de influência no contexto em que os comportamentos ocorrem, como por exemplo, o fato de a maioria dos respondentes terem relatado a ausência de informações sobre o contexto da sorodiferença, conforme tabela abaixo:

Variável		F	%
DST	Sim	12	33,3
	Não	23	63,9
Tipo de DST	Sífilis	01	2,8
	HPV	04	11
	Herpes genital	04	11
	HPV e herpes genital	02	5,6
	Gonorréia	01	2,8
Frequência do uso do preservativo	Nunca	04	11
	Às vezes	05	13,9
	Quase sempre	09	25
	Sempre	17	47,2
Dificuldades no uso do preservativo	Nenhuma	10	27,8
	Poucas vezes	06	16,7
	Muitas vezes	03	8,3
	Sempre	16	44,4
Frequência de testes sorológicos	A cada 6 meses	09	25
	Anualmente	12	33,3
	De vez em quando	05	13,9
	Quase nunca	09	25
Chances de o parceiro contrair HIV	Nenhuma	12	33,3
	Um pouco	12	33,3
	Muita	11	27,8
Relação extraconjugal	Sim	12	33,3
	Não	23	63,9
Frequência do uso do preservativo na relação extraconjugal	Algumas vezes	06	16,7
	Quase sempre	02	5,6
	Sempre	04	11
Informações sobre casais sorodiferentes	Sim	17	44,4
	Não	19	52,8

Tabela 2- Práticas sexuais e de vulnerabilidades

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas atuais circunstâncias do campo do HIV/Aids, é possível que as pessoas soropositivas possam dar continuidade ou (re)construir seus projetos de vida, em especial, no que se refere aos relacionamentos amorosos, conforme verificado nesta pesquisa.

Pode-se observar que os participantes, especialmente os casais entrevistados, estão cientes dos riscos envolvidos em uma relação sorodiferente onde não se faz uso do preservativo, em especial, nos sentimentos por eles trazidos atribuídos ao momento da testagem e mesmo após as práticas sexuais. Nada obstante, é importante ressaltar que compreender tais riscos nem sempre desencadeou medidas preventivas. Outro alerta que o estudo trouxe se refere ao acesso de informações sobre o fenômeno da sorodiferença, sendo este situado em aspectos de vulnerabilidade programática, uma vez que demonstrou-se a situação de invisibilidade da sorodiferença por parte de diversos setores da sociedade, especialmente, no setor saúde.

Os resultados apontam que há muito para se avançar no campo da sorodiferença em termos de informações e acolhimento por parte de diferentes setores. Apesar dos participantes estarem em tratamento em um centro de referência para o HIV/Aids, situado em região metropolitana, a maioria declarou nunca ter recebido quaisquer informação sobre sorodiferença. Somado a essa invisibilidade, o perfil dos participantes apontaram para tendências como a interiorização da doença, o que demonstra a precária acessibilidade e a pouca garantia de políticas públicas voltadas para cidades localizadas em zona rural. A implementação de ações para esse público pode auxiliar não apenas na redução das chances de exposição à contaminação e a recontaminação entre o casal, mas também pode favorecer a redução de práticas discriminatórias e estigmatizantes em pessoas que convivem com a sorodiferença.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, Camila e SZAPIRO, Ana Maria. **Analisando a problemática do risco em casais que vivem em situação de sorodiscordância.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 2008, 1859-1868.
- AYRES, José Ricardo, PAIVA, Vera, BUCHALLA, Cassia Maria. **Direitos Humanos Vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução.** In. PAIVA Ayres e Buchalla (Coor.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde*, 9-22, Curitiba: Juruá, 2012.
- BENINCASA, Miria, REZENDE, Manuel, CONIARIC, Janaína.. **Sexo desprotegido e adolescência: fatores de risco e de proteção.** *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 2008, p. 121-134.
- GIACOMOZZI, Andréia e CAMARGO, Brígido. **Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS.** *Psicologia: Teoria e prática*, 6(1), 2004, p. 31-44.
- GONÇALVES, Tonantzin, CARVALHO, Fernanda, FARIA, Evelise e GOLDIM, José Roberto. **Vida reprodutiva de pessoas vivendo com hiv/aids: Revisando a literatura.** *Psicologia & Sociedade*, 21(2),2009, p. 223-232.
- POLEJACK, Larissa e COSTA, Liana. **Aids e conjugalidade: o desafio de com (viver).** *Revista de Ciências Sociais e Humanas*, 13(1), 2002, p.131-139.
- POLEJACK, Larissa. **Convivendo com a diferença: dinâmica relacional de casais sorodiscordantes para o HIV/Aids.** Dissertação (Universidade de Brasília), 2001.
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA-ONUSIDA. **Relatório para o Dia Mundial de Luta contra Aids**, 2011.
- REIS, Renata e GIR, Elucir. **Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/Aids.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, 44(3),2009, p. 759-765.
- REMIEN, Robert. **Uma revisão dos desafios para casais sorodiscordantes e questões de Saúde Pública: implicações para intervenções.** In: MAKSDUD, Livia, J. R. TERTO, Veriano e PIMENTA, Maria (Org.). *Conjugalidade e Aids: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde*, p. 21-25, 2002.
- SALDANHA, Ana Alayde. **Vulnerabilidade e Construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável.** Tese de doutorado(Pós Graduação

em Psicologia). Universidade de São Paulo, 2003.

SILVA, Ângela e CAMARGO, Junior. **A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/Aids.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 2011, p.4865-4873.

SILVA, Josevânia. (2009). **O viver com aids depois dos 50 anos e sua relação com a Qualidade de vida.** Dissertação (Pós Graduação em Psicologia Social) Universidade Federal da Paraíba, 2009.

STEARNS, Peter. *História da sexualidade.* São Paulo, SP: Editora Contexto, 2010.

HIV/IST EM FOCO: UMA AÇÃO PREVENTIVA

Silvana Cavalcanti dos Santos

Professora Mestra do Curso de Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira - PE

Lucielly Keilla Falcão Neri de Oliveira

Acadêmica de Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira – PE

Ana Gabriela Velozo de Melo Cordeiro

Universidade Federal de Pernambuco –UFPE, Centro Universitário de Vitória- CAV, Vitória- PE.

Janeclécia dos Santos Alves

Enfermeira Graduada pelo Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira/PE

Victor Barbosa Azevedo

Universidade Federal de Pernambuco –UFPE, Centro Universitário de Vitória- CAV, Vitória- PE.

Ana Karine Laranjeira de Sá

Professora Mestra do Curso de Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira - PE

Ladja Raiany Crispin da Silva

Acadêmica de Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira – PE

Marcelo Flávio Batista da Silva

Professor substituto na Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde / Escola Superior de Saúde de Arcoverde - AESA / ESSA no curso Bacharelado de Enfermagem.

RESUMO: Trata-se de um relato de experiência sobre a prevenção do HIV/AIDS/IST's vivenciado por acadêmicos de enfermagem em duas instituições de ensino, no interior de Pernambuco. Na ocasião, eles utilizaram o teatro e propuseram rodas de conversas com os discentes das duas instituições de ensino como ferramentas para ação educativa. Inicialmente, realizou-se um diagnóstico situacional dos conhecimentos dos discentes sobre o HIV/AIDS/IST's, esses dados serviram norte para as produções das enquetes com os bolsistas do projeto. O projeto HIV/AIDS: uma abordagem preventiva foi desenvolvido no período de um ano, janeiro a dezembro de 2015. Percebeu-se que a referida experiência permitiu a interação com os adolescentes através de um diálogo sobre a prevenção do HIV/AIDS/IST's, tendo sido um momento singular de partilha. Os participantes puderam expor suas vivências, tiraram dúvidas, quebraram tabus e medos do HIV/aids, além de sentirem-se ouvidos. A proposta da roda de conversa surgiu como uma forma de reviver o prazer de trocar conhecimentos e de produzir dados ricos. A experiência aponta para a necessidade de (re)invenção das ações educativas para que consigam sensibilizar os jovens, ampliando a qualidade das informações de cunho educativo sobre prevenção do HIV/AIDS/IST's. As ações de saúde que tenham como objetivo a prevenção em saúde devem

ser diretas, objetivas, completas e contemplar aspectos individuais.

PALAVRAS CHAVE: educação em saúde, prevenção primária, enfermagem, HIV

ABSTRACT: This is an experience report about the prevention of HIV / AIDS (Sexually Transmitted Infection- STI) experienced by nursing students in two educational institutions, in the interior of Pernambuco. At the time, they used the theater and proposed dialogues wheels with the students of two educational institutions as tools for educational activities. Initially, a situational diagnosis was made of the students' knowledge about this STIs. These data served as a guide for the production of the surveys with the project grantees. The HIV / AIDS project: a preventive action was developed over a period of one year, from January to December 2015. This experience allowed interaction with adolescents through a dialogue on HIV / AIDS and STI prevention, and it had been a unique moment of sharing. Participants were able to expose their experiences, raise doubts, break down taboos and fears of this disease, and they felt heard. The conversation wheel proposing has emerged as a way to relive the pleasure of exchanging knowledge and producing rich data. Experience points to the need to (re) invent educational actions to raise awareness among young people and increase the quality of educational information on HIV / AIDS / STI prevention. Health actions that aim at health prevention should be direct, objective, complete, and it include individual aspects.

KEYWORDS: Health education, HIV, Nursing, Primary prevention.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) atinge 673.634 mil pessoas, de acordo com o último Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde. Em 2016 estima-se que ocorreram 48.000 novas infecções pelo HIV (UNAIDS, 2017). Um novo levantamento indica que, desde 2012 o número de pessoas diagnosticadas com a doença aumentou 18% e o acesso ao tratamento 15% (BRASIL, 2017). Apesar dos avanços em relação ao diagnóstico, o número de pessoas infectadas na maioria dos estados vem aumentando, evidenciando a necessidade de fortalecer as ações de prevenção e promoção a saúde. No estado de Pernambuco, em 2017 ocorreram 851 infecções pelo vírus HIV. Em relação ao ano anterior houve um decréscimo, o que não anula a carência e relevância de se desenvolver estratégias, visando contribuir com a perspectiva de erradicar a AIDS até 2030 (UNAIDS, 2018). O que configura esse quadro de alerta, é a vulnerabilidade apresentada especialmente entre a faixa etária de 20-25 anos, pois os casos estão aumentando entre os jovens e os homossexuais entre as causas alguns estudos apontam a desinformação entre jovens, a discriminação contra gays e problemas de foco nas campanhas do governo (SÃO PAULO, 2014).

Diante deste cenário a educação em saúde constitui um tema que cada vez

mais vem ocupando espaço nas discussões e reflexões entre os profissionais de saúde, especialmente, os que atuam na área da saúde pública, como o enfermeiro (CARVALHO, 2009). Para Soares, Silva e Silva (2011) a prática educativa em saúde atua como um processo de aprendizagem e reflexão, estabelecendo estreito contato com as situações do cotidiano, em seus intrincados aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos. Ao considerar a contínua interação entre homem e mundo, permite construir coletivamente o conhecimento, empoderando as pessoas a assumirem criticamente a solução dos problemas de saúde-doença.

Nesse sentido pensou-se em realizar ações educativas que enfatizassem a construção de um diálogo sobre a prevenção do HIV/AIDS e IST's e a forma de realizar estas práticas, deixando de ser estático e centralizado no profissional, com o cuidado de utilizar uma linguagem acessível e clara centrada nos adolescentes, no desenvolvimento de suas potencialidades e de sua autonomia. A partir do momento em que o profissional conhece e entende a realidade do indivíduo, é possível compreender seu mundo estabelecendo uma relação de confiança e transformando sua realidade a cerca do mundo (CHIESA, VERISSIMO, 2001; BUENO, 2001).

Nessa fase da vida, o desenvolvimento da sexualidade é de fundamental importância para o crescimento da identidade adulta do indivíduo, determinando sua autoestima, relações afetivas e inserção na estrutura social. Ocorre que, por vezes, este adolescente é incapaz de racionalizar as conseqüências futuras decorrentes de seu comportamento sexual, deparando-se freqüentemente com situações de risco, como uma gravidez não planejada, o HIV ou mesmo IST (MACIEL *et al.*, 2012).

Outra questão, que norteia o conceito de vulnerabilidade é a forma como os adolescentes vivem a sexualidade e, então, entra-se na área dos valores, conceitos, preconceitos e das vivências, de cada uma dessas pessoas. No quadro cultural contemporâneo, as tendências, por um lado, estimulam a sexualidade precoce e, por outro, incentivam as resistências em educar, sensibilizar e oferecer os meios para evitar que tal atividade favoreça a gravidez não planejada e o contágio por Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) (BRÊTAS, 2009).

Diante do exposto, o projeto de extensão HIV/IST: UMA ABORDAGEM PREVENTIVA , tem por finalidade fornecer informações aos adolescentes para o desenvolvimento de políticas de prevenção da infecção do HIV, promovendo a sensibilização para práticas seguras de cuidados individuais e coletivo.

2 | METODOLOGIA

Esta experiência é resultante de um projeto de extensão voltado para a educação em saúde desenvolvido por os acadêmicos e docentes do Curso de Enfermagem do Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), Campus Pesqueira, no período de fevereiro a Novembro de 2015 com 300 discentes do ensino

médio integrado do IFPE, Campus Pesqueira e da Escola de Referência em Ensino Médio José de Almeida Maciel (EREMJAM) na cidade de Pesqueira-PE.

O planejamento da ação educativa foi organizado a partir da realização de um diagnóstico situacional e da pesquisa do perfil epidemiológico do município. Foram encontrados aumento no número de casos de HIV no município, seguida por as infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e gravidez na adolescência no perfil epidemiológico do município.

Quanto a diagnóstico situacional, foi elaborado um questionário com 12 perguntas objetivas, elaborados por os discentes membros do projeto aplicados na escola no período de março a abril de 2015, por meio deste observou-se que o conhecimento dos alunos era insuficientes e não tinham conhecimento sobre o HIV e algumas IST's e suas formas de prevenção. Este diagnóstico inicial contribui para a escolha dos temas a serem abordado: HIV, AIDS e IST's, por a freqüente abordagem nos meios de comunicação que enfocam o aumento significativo de casos de HIV entre adolescentes no Brasil (UNAIDS, 2014).

Na busca por uma metodologia dialógica, por meio de uma linguagem dinâmica e lúdica que se pudesse fomentar a integração com os adolescentes para uma reflexão de sua própria realidade, elegeu-se como estratégia pedagógica a construção de esquetes. A Esquete do inglês "*sketch* ou *skit*" com o mesmo significado é uma peça de curta duração, geralmente de caráter cômico, produzida para teatro, cinema, rádio ou televisão. Cada esquete tem cerca de 10 minutos de duração, com um pequeno número de atores que possuem forte capacidade de improvisação, sem caracterização aprofundada, ou intriga, insistindo nos momentos engraçados e descontraídos (WIKIPÉDIA, 2016; AYRES, 2003)

Para a criação do roteiro das esquetes, exploraram-se a pesquisa bibliográfica sobre os assuntos e a linguagem a ser adotados com os adolescentes, visando familiariza-se com as expressões culturais do município. Houve uma preocupação com relevâncias das informações a serem repassadas, mantendo uma linguagem simples, coerente com a realidade local e adequada para os jovens. As falas foram adaptada a linguagem local, a realidade vivenciada por os adolescentes no município.

Nesse sentido tais fatos são importantes para possibilitar uma abordagem dialógica, com abertura de espaços para participação, permitindo a reflexão crítica e a socialização. O roteiro produzido foi apresentado em duas instituições de ensino do município (IFPE- Campus Pesqueira e EREJAM) de importante influência para os adolescentes local e regional. Ressalta-se que a elaboração/adaptação das esquetes, a criação e montagem dos cenários e figurinos, e a busca de parcerias para a encenação das peças ficaram a cargo dos autores assim como os ensaios.

Durante o período de dois meses foram produzidas duas esquetes, para o público adolescente intituladas:

Título Esquete I: "Fique esperto! É melhor prevenir que se ferrar", apresentado nas duas instituições de ensino.

Sinopes: uma adolescente sai da escola e encontra com um garoto os dois sai para dar uma volta de carro, depois a mesma pensa que esta grávida e vai a unidade de saúde. No entanto descobre que esta com HIV e quando vai contar ao garoto que saiu o mesmo diz que ele nunca teria uma doença dessa. E ele volta a aparecer na escola e a contaminar outras garotas.

Título Esquete II: A baladeira com Sífilis para um público adulto

Sinopes: Um homem que tem a mulher grávida em casa e sai com os amigos após o trabalho para balada, se relaciona com outras mulher só que uma dela tem sífilis e ele pega. E depois transmiti para sua mulher grávida e quando esta faz o exame de VDRL no pré-natal descobre que esta com sífilis. E seu marido deve realizar o exames para ver se foi com ele que ela pegou. E no final a mesma fica arrasada com ele teve coragem de lhe passa uma doença para ela e o filho.

É importante ressaltar que ao término de cada apresentação o público era convidado a participar de uma roda de conversa com os acadêmicos sobre a esquete apresentada. Após as apresentações foram realizadas rodas de conversas em um total de 06 (seis). As rodas tiveram, em média, uma hora e meia de duração. Para finalizar estes momentos foram apresentados dois vídeos que abordavam o processo da epidemia e o que é o Vírus do HIV e a questão da prevenção do HIV. Essa proposta surgiu após a realização do diagnóstico situacional que percebeu-se uma lacuna sobre a evolução do vírus do HIV no organismo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se através do diagnóstico situacional, que os adolescentes não possuem conhecimento suficiente a respeito das temáticas do HIV/aids e das IST's, visto que, apresentam dificuldades ao responder as questões propostas. Segundo Chaves et. al. (2014) os jovens precisam de uma educação em saúde efetiva sobre as IST's e HIV/aids para adquirir conhecimentos e habilidades que modifiquem os comportamentos sexuais de riscos que possuem.

A experiência permitiu vislumbrar que tanto as rodas de conversas quanto o teatro podem possibilitar estratégias metodologias eficazes nas práticas educativas dentro das instituições de ensino chegando mais perto dos jovens, com informações de formas diretas, objetivas e aprofundadas, permeando uma dimensão individualizada ao se aborda a questão da prevenção, uma vez que ter conhecimento não garante mudança de comportamento.

Para Figueiredo, Neto e Leite (2010) o modelo dialógico de educação em saúde, propõe a construção do conhecimento marcado pelo diálogo, em que o educador e educando assumem papel ativo no processo de ensino e aprendizagem, por meio de uma abordagem crítico-reflexiva da realidade. É importante que seja proporcionado “[...] um protagonismo juvenil que pode construir novas possibilidades de aprendizagem,

promovendo ao mesmo tempo saúde e educação” (SANTOS; LIMA , 2015, p.226), tornando os alunos, portanto, construtores e promotores de saúde nas escolas.

No âmbito da enfermagem, a experiência poderá servir de estímulo aos enfermeiros para adotarem com um instrumento nas práticas educativas de forma lúdica e dinâmica, rompendo as formas de palestras pontuais e estanques principalmente para os jovens.

As Instituições de Ensino Superior de Enfermagem têm permeado seus currículos com grande ênfase aos ensinamentos da Educação em Saúde, bem como têm fundamentado suas práticas colocando esse tema de modo transversal em todas as disciplinas assistenciais, logo a Educação em Saúde buscar promover a inclusão social e a promoção da autonomia das populações na participação em saúde (MOREIRA ,e ATAIDE, 2015).

A proposta da roda de conversa ou círculo de cultura surge como uma forma de reviver o prazer de troca e de produzir dados ricos em conteúdos. O diálogo é um momento singular de partilha, uma vez pressupõe um exercício de escuta e fala. Para Paulo Freire (2005) o Círculo de Cultura representa um espaço dinâmico, de caráter dialógico de aprendizagem e de troca conjunta de conhecimentos, fundamentado na pedagogia libertadora e problematizadora proposta pelo teórico, onde todas os sujeitos que o integram participam por meio do diálogo, leem, escrevem, discutem e constroem o mundo em que vivem.

Na roda de conversa, não buscamos somente os dados advindos da memória coletiva, mas também as memórias individuais. Os sujeitos partícipes do projeto tinham visão de mundo diferente de acordo com cada realidade, mas partíamos do princípio que todos são adolescentes e estão descobrindo a vida.

Atualmente fala-se muito em saúde e promoção da saúde, apontando o ambiente escolar como elemento fundamental para a transformação da realidade. A escola tem papel político fundamental neste contexto, pois é ali que se constrói, destrói ou se perpetua uma ideologia através da transmissão de valores e crenças, além de ser este, um ambiente propício para o desenvolvimento de ações de promoção a saúde. É a infância o momento decisivo para a construção e solidificação dos hábitos e atitudes e, em vista disso, a importância do papel da escola como o ambiente potencializador para o desenvolvimento de um trabalho direcionado, sistematizado e permanente (MONT’ALVERNE e CATRIB, 2013). Pensando nesta política temos as escola como um lugar de significativa relevância para ser trabalhado o conhecimentos, habilidades e mudanças de comportamentos, pois é o local em que o adolescente permanece o maior tempo de seu dia (CAMARGO, 2009).

A participação no projeto de extensão possibilitou ao acadêmico de enfermagem uma aproximação com os adolescentes levando a refletir o quanto os jovens estão vulneráveis e a necessidade de se intervir de forma eficaz no enfoque de risco (gravidez, uso de drogas, contrair HIV e as IST’s) associado a estes. Destaca-se a relevância das ações desenvolvidas garantindo o direito a informação e o direito ao

sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de IST/HIV/AIDS (BRASIL, 2012).

Para Moutinho et al. (2014) a inserção de ações de Educação em Saúde na formação dos acadêmicos da área de saúde é uma importante ferramenta de construção do futuro profissional, pois, vista como uma prática social pode ser pensada como um modo de promover a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre sua situação de vida.

Este estudo apresenta limitações pelo fato de ter sido desenvolvido em apenas duas instituições de ensino, ressaltando-se a necessidade de que seja ampliado para outros ambientes (unidades de saúde, associações de moradores, igrejas, entre outros). Espera-se, contudo, que ele contribua para uma reflexão acerca das ações de prevenção do HIV/aids e IST's para adolescentes, desenvolvidas pelos acadêmicos, bem como, oriente aos docentes, novas estratégias de repensar as ações de educação em saúde.

4 | CONCLUSÕES

O presente projeto se efetivou como ponto de encontro entre os adolescentes e seus facilitadores, como espaço de construção de conhecimento e não de normatização; acolhimento e não de controle. A experiência aponta a necessidade de trabalhar com os jovens desconstruindo o tabu e o estigma que existe ao se falar em HIV/AIDS.

Propõe-se que os profissionais de saúde possam acreditar na função social do teatro e das rodas de conversas no processo educativo fazendo que esta seja um momento singular na vida dos adolescentes. E que possamos intervir na propagação do HIV/Aids e outras temas que existam tabu ou estigmas relacionados a eles, superando e identificam a permanência de conceitos e de preconceitos relacionados a uma visão ultrapassada – o que colabora para reforçar os estigmas.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco – IFPE pelo financiamento do Projeto **HIV/IST: UMA ABORDAGEM PREVENTIVA**; PIBEX-IFPE, pelos trabalhos realizados visando aumentar continuamente o aporte de recursos para a pesquisa na nossa instituição, e a toda comunidade discente do EREJAM e do IFPE por aceitarem participar deste projeto.

REFERÊNCIAS

BBC. Brasil. Discriminação e falta de informação elevam casos de aids no Brasil, 2014. Disponível em: <<http://www.bbc.co.uk>>. Acesso em: 21 abr.2015.

BRASIL. Boletim epidemiológico HIV. AIDS. Ano V, nº 01. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil aumenta diagnóstico e tratamento para o HIV. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41953-brasil-aumenta-diagnostico-e-tratamento-para-o-hiv> . Acesso em 14 de Setembro.

BRASIL. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico HIV/AIDS-PE. Ano 07, 2017.

BRÊTAS, J. R. S.; MUROYA, R. L.; GOELLNER, M. B. Mudanças Corporais na Adolescência. In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E. (Org.). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri (SP): Manole, p. 82-115. 2009.

BUENO, S. M. V. Educação preventiva em sexualidade, DST-AIDS e drogas nas escolas, 2001. Tese (Livre-docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

CARVALHO, F. L. et al. Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfeção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, 2013.

CAMARGO, E. A. I.; FERRARI, R. A. P. **Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p.937-946, 2009.

CHAVES, A. C. P. et al. **Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do HIV**. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 67, n. 1, p. 48- 53, 2014.

CHIESA, A. M.; VERISSIMO, M. D. L. O. R. **A educação em saúde na prática do PSF**. Manual de enfermagem – Programa Saúde da Família, Ministério da Saúde, 2001.

EIRAS, N.; AYRES, J. **Esquetes Teatrais: Uma Nova Abordagem Para as Questões Intergeracionais**. Relatos de experiência. *Interagir: Pensando a Extensão*. Rio de Janeiro, n. 4, p. 79-84, ago./dez. 2003. Disponível em: www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/download/21277/15381. Acesso em: 5 de set. de 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

FIGUEIREDO, M. F. S.; NETO, J. F. R.; LEITE, M. T. S. **Modelos aplicados às atividades de educação em saúde**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 1, pp. 117-121, jan./fev. 2010. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4V5JxmCPn8sJ:www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 05 nov. 2015.

MARTINS, C. B. G. et al. **Oficina sobre sexualidade na adolescência: uma experiência na equipe de saúde da família com adolescentes do ensino médio**. *remE– Rev. Min. Enferm, Minas Gerais*, v. 15, n. 4, p. 573-578, out./dez., 2011.

PAVIS, P. **Dicionário de Teatro**. São Paulo: Perspectiva; 1999.

GUEDES, H.H.S., SOUZA, A.I.S. A Educação em Saúde como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS: o papel da equipe de saúde. *Rev. APS*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 388-397, out./dez., 2009.

PAIVA, V. **Sem mágica soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de**

emancipação psicossocial. Interface, Botucatu, v.6, n. 11, 2002.

SANTOS, F. D.; LIMA, S. D. Estratégias de promoção da saúde na escola professora municipal Eurico Silva, Uberlândia (MG). **Hygesia. Revista Brasileira de geografia Médica e da Saúde, Uberlândia** ,v. 11, Issue 20, pag. 213-227, jun, 2015.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado. **Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.45, n. 4, p. 812-815, 2011.

SOARES, S. M.; SILVA, L.B.; SILVA, P. A. B. **O teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família.** *Esc. Anna Nery.* Rio de Janeiro, v. 15, n. 4 , Out/dez, 2011.

UNAIDS. Brasil. Global report on the global aids epidemic, 2014. Disponível em: <<http://www.unaids.org/sites/default>>. Acesso em: 17 mai. 2015.

MONT'ALVERNE, D.G.B.; CATRIB, A.M.F. **Promoção da saúde e as escolas: como avançar.** Rev Bras Promoc Saude, Fortaleza, n. 26, v. 3, jul./set., 2013.

MOUTINHO, C.B. et al. **Dificuldades, desafios e superações sobre Educação em Saúde na visão de enfermeiros de saúde da família.** Trab. educ. saúde [Internet] 2014; 12(2) [acesso em 21 nov 2014]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200003>.

PEREIRA, F.G.F.; CAETANO, J.A.; MOREIRA, J.F.; ATAÍDE, M.B.C. **Práticas educativas em saúde na formação de acadêmicos de enfermagem.** Cogitare Enferm. Abr/Jun; v.20, n 2,p. 332-7, 2015.

WIKIPÉDIA, 2016. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Esquete>. Acesso em: 10 set. 2016.

ORIENTAÇÕES EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DE CANDIDÍASE, HERPES, PNEUMONIA E TUBERCULOSE EM PORTADORES COM HIV/AIDS

Lauro Vicente Marron da Silva Filho

Graduando do 8º sem. do curso de enfermagem da Universidade do Estado Pará-Belém-Pa, 2018.

Bruna Sabino Santos

Graduanda do 8º sem. do curso de enfermagem da Universidade do Estado Pará-Belém-Pa, 2018.

Emanuelle Silva Mendes

Graduanda do 8º sem. do curso de enfermagem da Universidade do Estado Pará-Belém-Pa, 2018.

Giovanna Paraense da Silva

Graduanda do 8º sem. do curso de enfermagem da Universidade do Estado Pará-Belém-Pa, 2018.

Thaís Alaíde Reis Meireles

Graduanda do 8º sem. do curso de enfermagem da Universidade do Estado Pará-Belém-Pa, 2018.

José Augusto Carvalho de Araújo

Doutor em Sociologia pela UFSCar, docente-pesquisador da Universidade do Estado do Pará-UEPa desde 1993.

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo a educação em saúde, para promover a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV. O que proporcionou um estudo acerca das doenças oportunistas mais frequentes (tuberculose, pneumonia, candidíase e herpes), para a promoção a saúde dos pacientes. O trabalho é fundamentado na teoria da problematização do arco de Magueréz, sendo realizado em uma casa de apoio onde os pacientes com HIV de

Belém/Pa utilizam-se dos serviços prestados pelo local (testes, medicação e orientações). Na qual por meio de uma pescaria os participantes sortearam das doenças, e através de uma conversa informal, avaliar o nível de conhecimento da mesma.

PALAVRAS-CHAVE: AIDS. HIV. Doenças Intercorrentes, Promoção à Saúde.

ABSTRACT: This article aims at health education to promote the quality of life of people living with HIV. What provided a study of the most frequent opportunistic diseases (tuberculosis, pneumonia, candidiasis and herpes), to promote the health of patients. The work is based on the theory of the questioning of the Arc de Magueréz, being held in a support house where the HIV patients of Bethlehem/Pa use of the services provided by the site (tests, medication and guidelines). In which by means of a fisheries the participants drew from the diseases, and through an informal conversation, assess the level of knowledge of it.

KEYWORDS: AIDS . HIV . Intercurrent disease , Health Promotion.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil foi um dos primeiros países, dentre os de baixa e média renda a fornecer

tratamento gratuito para pessoas que viviam com HIV/AIDS. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil registrou queda na taxa de detecção e na mortalidade por AIDS no período de 2013 a 2014.

O incentivo ao diagnóstico e ao início precoce do tratamento, antes mesmo do surgimento dos primeiros sintomas da doença refletiram na redução da mortalidade e a morbidade do HIV. Desde 2003, houve uma queda de 10,9% na mortalidade dos pacientes com AIDS no país. A taxa caiu de 6,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2003 para 5,7 óbitos por 100 mil habitantes em 2014. Em 2014, foram registradas 12.449 mortes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015: p.17)

Muitos programas governamentais são direcionados para a AIDS, contudo, a maioria dos projetos, ainda é orientada com o objetivo de prevenir novos casos e diagnosticar precocemente a infecção. Deste modo, o diálogo sobre a promoção da qualidade de vida do portador do HIV, e a prevenção de tuberculose, pneumonia, Herpes e candidíase ainda são restritos ao aparecimento dos sinais e sintomas, o que leva ao agravamento da condição imunitária.

A condição imunitária, no que se refere à funcionalidade da proteção do organismo do portador, é perdida simultaneamente com a evolução da infecção em que as doenças oportunistas são geralmente a causa de óbitos do estado mais avançado caracterizado com a síndrome da imunodeficiência humana.

Os linfócitos CD4+ são os principais alvos dos vírus do HIV, que altera o metabolismo bem como as respostas fisiológicas desta célula de memória. Dependendo da condição patogênica a qual a célula se encontra e da eficácia dos antirretrovirais, ao responder um estímulo externo de uma citocina ou antígeno pode aumentar ou reiniciar a replicação viral, o que como consequência aumenta a concentração do vírus, assim, o próprio antígeno de uma doença intercorrente é o próprio estimulador da replicação viral. (ABBAS, 2008).

No que diz respeito às doenças oportunistas as mais prevalentes, são Tuberculose, Herpes, Pneumonia e Candidíase. Segundo SANJAR e QUEIROZ (2011) a candidíase é a afecção oral mais comum nos pacientes com HIV/AIDS. Estima-se que sua prevalência na América Latina seja aproximadamente 40% das lesões orais. É causada pelo fungo *Candida albicans* e, frequentemente, ocorre no início da infecção pelo HIV, em pacientes previamente assintomáticos e em 90% dos com AIDS. Um fator bem estabelecido para o aparecimento da candidíase oral é a queda dos níveis de linfócitos T CD4+ circulantes.

A tuberculose é uma das doenças infecciosas que mais mata e ainda é uma das prioridades de combate nos países em desenvolvimento como o Brasil. Considerada uma doença do passado, porém atualmente é uma doença reemergente, sua transmissão está principalmente associada com a pobreza, má distribuição de renda e a urbanização acelerada e desestruturada. Recentemente, o principal desafio no combate a essa doença é a problemática de cepas multirresistentes aos medicamentos.

É muito difícil uma pessoa que foi exposta a tuberculose desenvolver os sintomas, pois a bactéria pode viver muitos anos em estado de latência no corpo da pessoa. Todavia, se o sistema imunológico ficar enfraquecido, como acontece nos casos de pacientes vivendo com HIV/AIDS, a bactéria pode se oportunizar tornando-se ativa.

Segundo Pennelo et al (2010) diversos estudos clínicos e epidemiológicos demonstram a sinergia entre herpes genital e AIDS. Infecções por HSV são regularmente associadas à depressão transitória da imunidade mediada por células, já que há uma íntima relação entre a infecção pelo vírus e a competência imunológica celular do hospedeiro, como ocorre com os pacientes infectados pelo HIV.

Sendo assim, a promoção à saúde ainda consiste na forma mais eficiente de se elucidar a vulnerabilidade dos portadores do HIV e a necessidade de ressaltar os cuidados em todos os âmbitos, social, ambiental, familiar e psicológica o que garantirá maior qualidade de vida, como melhor explicado no trecho:

A promoção da saúde é um dos objetivos que norteiam a política pública de saúde brasileira e promover saúde em HIV/AIDS, através das práticas educativas, é engendrar um processo de capacitação dos indivíduos e grupos para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, requerendo uma maior participação no controle desse processo e incorporando preceitos como democracia, cidadania, responsabilização, acolhimento, vínculo, direitos e acesso. (GUEDES, STEPHAN-SOUZA. 2009, p391).

O presente trabalho se trata de um relato de experiência, o qual por meio de educação em saúde elucidou-se informações sobre as doenças oportunistas mais comuns, Tuberculose, Pneumonia, Herpes e Candidíase, ressaltando informar a vulnerabilidade do portador do HIV, bem como apresentar os principais sinais e sintomas destas doenças, além dos modos de prevenção.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho é uma pesquisa quanti-qualitativa e foi fundamentado na metodologia do Arco de Maguerez, que se utiliza da teoria da problematização, a qual consiste em um ciclo de observação da realidade, levantamento dos pontos chaves, a teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade. (COLOMBO; BERBEL, 2007).

De acordo com a teoria citada e em relação a atividade de extensão realizada por alunos do curso de graduação em enfermagem chamada Atividade Integrada em Saúde - AIS, que faz parte do Currículo Integrado do Curso. A primeira etapa, observação realidade, consistiu na aplicação de um questionário e observação do local em estudo. A segunda etapa, levantamento dos pontos chaves, respaldou-se na administração de um questionário mais específico voltada à observação de pontos relevantes, observadas na primeira etapa e hipóteses do tema a ser abordada. A observação mais relevante configurou-se no acesso a informação sobre doenças

oportunistas que interferem na qualidade de vida dos portadores de HIV, que os leva a condição crônica de AIDS.

A teorização sendo a terceira etapa, está apoiada na busca por referenciais teóricos, a partir dos pontos-chaves. A penúltima etapa, hipótese de solução, está embasada na realização de educação em saúde de pessoas com HIV. Por fim, a aplicação a realidade consistiu em um diálogo informal, a partir da realização de uma pescaria temática junina, sobre doenças: herpes, pneumonia, tuberculose e candidíase e elucidações didáticas a respeito do sistema imunológico. Onde abordou-se definição das doenças, agente etiológicos, sinais e sintomas e formas de prevenção. Tal retorno ocorreu na região metropolitana de Belém, bairro da Sacramento, local de apoio a pacientes com HIV/AIDS, realizada no dia 01 de junho de 2016, no horário de 09:00 as 11:00 horas.

3.RESULTADOS E DISCURSÕES Escolaridade	Nº de pessoas	%
Analfabeto	0	0%
Ensino Fundamental	5	45,45%
Ensino Médio	3	27,27%
Ensino Superior	2	18,18%
Não souberam responder	1	9,10%
Total	11	100%

Quadro 1- Nivel de Escolaridade dos Participantes.

Respostas	Nº de Pessoas	%
Não sabiam informar sobre a doença sorteada	4	30,76%
Ouviram falar sobre a doença	2	15,38%
Apresentaram/Tiveram contato próximo com outras doenças	2	15,38%
Tinham conhecimento sobre a doença	1	7,70%
Não souberam relacionar a doença com a infecção pelo HIV	4	30,76%
Total	13	+ 100%

Quadro 2 - Respostas providas pelos Participantes.

Diante de tais resultados, verificou-se que a população estudada possui informações superficiais a respeito das doenças: tuberculose, pneumonia, herpes e candidíase, que pode estar relacionado a baixa escolaridade destas pessoas, o que os leva a maior vulnerabilidade a esses agentes patológicos presente no ambiente,

pois possuem informações inadequadas de prevenção destas doenças oportunistas, influenciando portanto na qualidade de vida; e até mesmo no agravamento da situação imunológica e da condição de AIDS, induzindo por sua vez, a um diagnóstico e tratamento tardio.

Como os dados do departamento de DST, AIDS E Hepatites Virais que ratificam que a maioria dos diagnosticados com casos de AIDS em Belém do Pará, possui escolaridade ensino fundamental incompleto e ensino médio incompleto.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para fins elucidativos, esta pesquisa apresenta grande importância, pois percebe-se negligenciado a respeito do grau de vulnerabilidade de uma pessoa com HIV, pois é frequente a percepção discriminada apenas de transmissor deste paciente, esquecendo-se que em comparação com uma pessoa de sistema imune não afetado, essa população necessita de melhores informações em relação a prevenção de doenças de maior frequência a pessoas infectadas por este agente etiológico. Portanto, como o acréscimo destas informações, é possível promover a qualidade de vida do paciente, prevenindo-o de infecções que se tornam a causa de óbito da maioria nesta população em estudo.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K. **Imunologia celular e molecular**. 6. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008

ARAÚJO, J.A.C de. **AIDS, entre a ética, o Segredo e a prática médica. Um estudo sobre a relação médico e paciente**. João Pessoa: UFPB, 2002. (Dissertação de Mestrado)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais**. Boletim epidemiológico HIV/AIDS. Brasília, 2013, 68 p.

COLOMBO, A.A.; BERBEL, N.A.N. **A Metodologia da Problematização como o Arco de Maguerez e sua Relação com os Saberes de Professores**. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 28, nº 2, 2007. Disponível em: <www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasol/article/view/3733/2999> Acesso em: 02/06/2016.

COSTA, C.H. **Infecções pulmonares na AIDS**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, 2010.

GUEDES, H. H. de S. STEPHAN-SOUZA. **A Educação em Saúde como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS: o papel da equipe de saúde**, Rev. APS, v. 12, n. 4, p. 388-397, out-dez, 2009; Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/125397653/A-Educacao-em-Saude-como-Aporte-Estrategico-nas-Praticas-de-Saude-voltadas-para-HIV-AIDS>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Brasil registra queda na taxa de detecção e mortalidade por AIDS**. [www.portalsaude.gov.br](http://portalsaude.gov.br). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/21032-brasil-registra-queda-na-taxa-de-deteccao-e-mortalidade-por-aids>. Data de Cadastro: 01/12/2015 as 14:12:52 alterado em 01/12/2015 as 14:12:52. Acesso em:

08 de jun. de 2016 às 12:28.

PENELLO, A.M. et al **Herpes Genital**. Rio de Janeiro, p. 64-72, 2010.

SANJAR, Fernanda Alves; QUEIROZ, Barbara Elvina Ulisses Parente; MIZIARA, Ivan Dieb.
Manifestações otorrinolaringológicas na infecção pelo HIV: aspectos clínicos e terapêuticos.
Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.), São Paulo , v. 77, n. 3, p. 391-400, Junho, 2011, Disponível em:

UNAIDS. **Estatísticas**. Disponível em: <<http://unaid.org.br/estatisticas/>> Acesso em: 03 jun. 2015.

INCIDÊNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA NA PARAÍBA E SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO PRÉ-NATAL

Jefferson Marlon de Medeiros Pereira Maciel

Universidade Federal de Campina Grande
Cajazeiras – PB

Ana Beatriz de Melo Alves

Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte
Juazeiro do Norte – CE

Evanildo Rodrigues de Sousa Júnior

Universidade Federal de Campina Grande
Cajazeiras – PB

Raquel Carlos de Brito

Universidade Federal de Campina Grande
Cajazeiras – PB

Elias Figueiredo da Silva

Universidade Federal de Campina Grande
Cajazeiras – PB

RESUMO: A Sífilis Congênita (SC) é considerada um importante problema de saúde pública, que acarreta danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente entre mulheres e crianças. A infecção pode ocorrer em qualquer fase gestacional, oferecendo riscos de provocar abortamentos, óbitos neonatais, neonatos enfermos ou assintomáticos, que podem evoluir com complicações graves caso não tratados. Por tais motivos, desde 1986, a SC foi incluída

na lista de doenças de notificação compulsória na tentativa de facilitar e ampliar o diagnóstico, além de garantir o tratamento adequado. Este trabalho objetiva avaliar a incidência da SC na Paraíba entre os anos de 2007 e 2013, ao descrever o perfil epidemiológico das gestantes cujos recém-nascidos foram infectados e verificar a realização do pré-natal e do tratamento dos seus parceiros. Trata-se de estudo documental, de natureza descritiva, realizado em abril de 2016 a partir do banco de dados disponível no Núcleo de Informação e Análise em Saúde (DATASUS). Dos 819 casos elegíveis para o estudo, encontrou-se uma taxa anual média de incidência de sífilis congênita de 1,99 casos por 1000 nascidos vivos, o que representa duas vezes a meta preconizada pelo Ministério da Saúde. A maior prevalência de sífilis foi estimada em mulheres de pouca escolaridade e baixa renda. Adotando a incidência de sífilis congênita como um indicador de qualidade do controle pré-natal, nota-se que este não é suficiente para garantir o controle da doença e o alcance da meta de incidência da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Congênita, Vigilância Epidemiológica, Cuidado Pré-Natal, Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT: Congenital Syphilis (SC) is considered to be an important public health

problem, causing social, economic and health damage of great repercussion to populations, especially among women and children. Infection can occur at any gestational stage, with risks of causing miscarriages, neonatal deaths, sick or asymptomatic neonates, which may progress with severe complications if untreated. For these reasons, SC has been included in the list of compulsorily notifiable diseases since 1986 in an attempt to facilitate and broaden the diagnosis and ensure appropriate treatment. This study aims to evaluate the incidence of SC in Paraíba between 2007 and 2013, when describing the epidemiological profile of pregnant women whose newborns were infected and verify prenatal and treatment of their partners. It is a documentary study, of a descriptive nature, carried out in April 2016 from the database available at the Health Information and Analysis Center (DATASUS). Of the 819 cases eligible for the study, we found an average annual incidence rate of congenital syphilis of 1.99 cases per 1000 live births, which is twice the goal recommended by the Ministry of Health. The highest prevalence of syphilis was estimated in women of low schooling and low income. Adopting the incidence of congenital syphilis as an indicator of quality of prenatal control, it is noted that this is not sufficient to guarantee the control of the disease and the reach of the disease incidence target.

KEYWORDS: Congenital Syphilis, Epidemiological Surveillance, Prenatal Care, Maternal and Child Health.

1 | INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infecciosa e sistêmica, de abrangência mundial e evolução crônica causada pelo *Treponema pallidum*, tendo o homem como único hospedeiro, transmissor e reservatório (PAES; RIVEROS, 2006). Sua transmissão se dá de forma sexual, sendo por isso classificada como uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), ou vertical, atingindo todas as camadas sociais, mas com maior ocorrência em indivíduos com comportamento sexual de risco, coinfeção por HIV, gravidez na adolescência e acesso limitado aos cuidados de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Sífilis Gestacional (SG) e a Sífilis Congênita (SC) estabelecem uma relação dependente, que dará origem aos dados epidemiológicos, onde o primeiro caso se mostra um fator de risco para o desenvolvimento clínico do outro. A Sífilis Congênita ainda é considerada um importante problema de saúde pública, que acarreta danos sociais, econômicos e sanitários de grande repercussão às populações, especialmente entre mulheres e crianças (VALDERRAMA et al., 2004).

A sua transmissão, resultado da disseminação hematopatogênica, ocorre por via transplacentária da gestante infectada pelo *T. pallidum* e não tratada ou inadequadamente tratada para o recém-nascido. Além desse risco, a contaminação também pode acontecer durante ou após o parto, através do canal vaginal que apresente lesões genitais, ou ainda pela amamentação em decorrência de lesões

mamárias. Dentre as doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a Sífilis é a que possui as maiores taxas de infecção, variando de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença, respectivamente, e reduzindo-se para 30% nas fases latente e terciária da infecção materna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A infecção pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença, oferecendo o risco de provocar abortamentos, perdas fetais tardias, óbitos neonatais, neonatos enfermos ou assintomáticos, que podem evoluir com complicações graves caso não sejam tratados adequadamente (SARACENI, 2005). Por tais motivos, desde 1986, a Sífilis Congênita foi incluída na lista de doenças de notificação compulsória, na tentativa de facilitar e ampliar o diagnóstico, além de garantir o tratamento adequado realizado de acordo com normas técnicas do Ministério da Saúde (MILANEZ; AMARAL, 2008).

O Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 1993, o projeto de eliminação da Sífilis Congênita, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Nessa iniciativa, foi definida como meta a redução da incidência da doença a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Ministério da Saúde preconiza, também, uma série de rotinas diagnósticas e protocolos de atendimento a serem observados no seguimento de crianças nascidas de mães que tiveram diagnóstico de Sífilis na gestação, parto ou puerpério. A conduta a ser adotada baseia-se em três aspectos: diagnóstico e adequação do tratamento para sífilis; evidência clínica, laboratorial e radiográfica da sífilis no recém-nascido; e comparação da titulação do teste *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) materno com o teste do concepto na ocasião do parto. À exceção dos recém-nascidos assintomáticos com VDRL não reagente e nascidos de mães adequadamente tratadas, todos os demais recém-nascidos com diagnóstico materno de Sífilis devem ser submetidos aos procedimentos de rastreamento na maternidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O número de casos de Sífilis Congênita é expressivo. Na população geral estima-se que, anualmente, ocorram cerca de 12 milhões de casos novos de sífilis no mundo e que pelo menos meio milhão de crianças nasçam com a forma congênita da doença (NORONHA et al., 2006). No Brasil, em 2005, foram notificados e investigados 5.792 casos de SC em menores de um ano de idade; destes casos, 78% das mães haviam realizado pré-natal e dessas, 56% tiveram o diagnóstico da sífilis durante a gravidez. Entretanto, apenas 13,3% tiveram os seus parceiros tratados concomitantemente (SECRETARIA DE ESTADO DE SÃO PAULO, 2008). Desconsiderando o número significativo de casos subnotificados e diante dos dados em análise, pode-se inferir que a problemática da Sífilis Congênita está intimamente relacionada ao acesso e à baixa qualidade do pré-natal e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde têm

dado ao diagnóstico e ao tratamento adequado da sífilis, principalmente na gravidez.

Em face ao exposto, este estudo tem por objetivo avaliar a taxa de notificação de Sífilis Congênita no Estado da Paraíba entre os anos 2007 e 2013, a partir do banco de dados disponível no Núcleo de Informação e Análise em Saúde (DATASUS), que contém as informações das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), bem como descrever o perfil epidemiológico e o controle pré-natal voltado para a doença das gestantes cujos recém-nascidos tiveram Sífilis Congênita.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal e documental, com abordagem quantitativa, realizado pela coleta de dados disponíveis no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). A população de estudo constituiu-se de todos os casos de Sífilis Congênita notificados e investigados ocorridos em filhos de mães assistidas pela Secretaria de Saúde Pública da Paraíba no período de 2007 a 2013, que totalizou 819 casos.

A coleta de dados foi realizada em abril de 2016 tomando como variáveis investigadas o número de casos de sífilis congênita notificados ano a ano, idade, escolaridade, realização do pré-natal e do tratamento das gestantes cujos recém-nascidos tiveram diagnóstico de sífilis congênita e a realização do tratamento de seus parceiros.

Como parâmetro de inclusão no levantamento, define-se como caso de Sífilis Congênita toda criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente para sífilis, com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizado durante o pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os dados estão apresentados em tabelas e expressos em frequências absolutas e relativas. Para uma análise mais específica foram calculadas as taxas de Sífilis Congênita por 1.000 nascidos vivos na Paraíba no mesmo período estudado, a partir dos dados disponibilizados no DATASUS.

3 | RESULTADOS

No período de 2007 a 2013 foram confirmados 819 casos de Sífilis Congênita no Estado do Paraíba, com maior incidência no ano de 2012, no qual foram notificados 213 novos casos (Figura 1). A taxa anual média de incidência da SC no período em estudo foi de 1,99 casos por mil nascidos vivos, variando de 1,14/1000 (2007) a 3,75/1000 (2012).

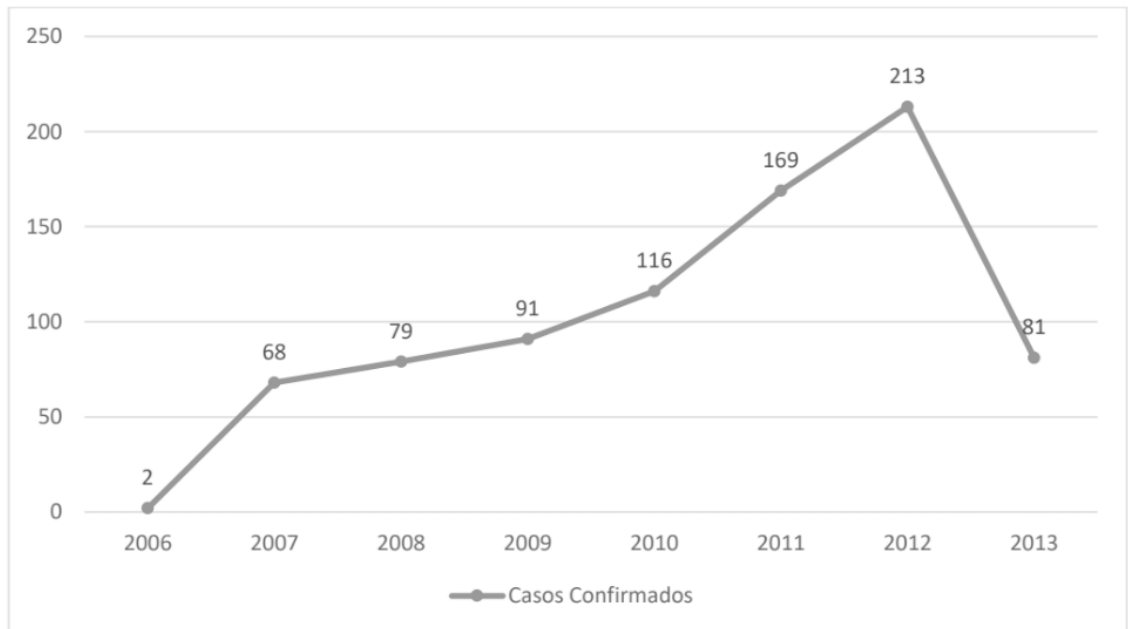


Figura 1 – Evolução dos Casos Confirmados de Sífilis Congênita segundo Ano de Diagnóstico – Paraíba, 2007 a 2013.

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), DATASUS-PB.

Em relação à idade das gestantes com Sífilis, a faixa etária variou de 10 a 59 anos, sendo que a maioria da população estudada tinha entre 20 e 39 anos (n=1.081; 76,34%). Observou-se uma porcentagem relativamente significativa de mães com sífilis na adolescência, correspondendo a 278 (19,63%) mulheres (Figura 2).

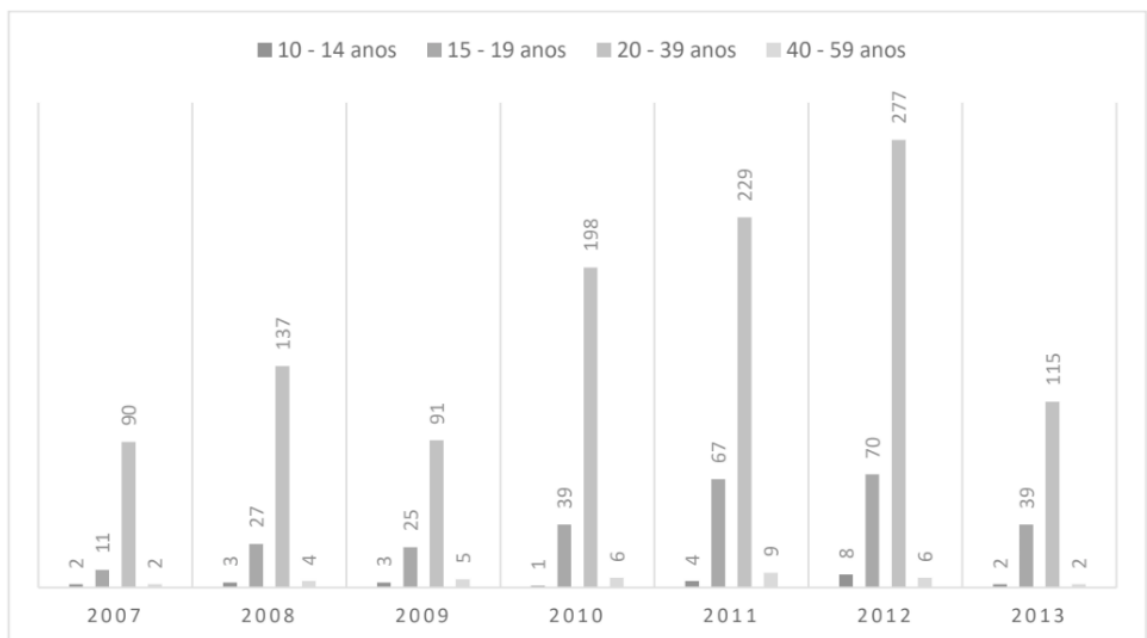


Figura 2 - Distribuição do número de mulheres com diagnóstico de sífilis materna, segundo a idade – Paraíba, 2007 a 2013.

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), DATASUS-PB.

Mais da metade da população investigada (n=437; 53,38%) não tinha a 4ª série do Ensino Fundamental completa. Destaca-se nesse parâmetro da escolaridade o

subregistro expressivo, com 171 (20,88%) casos ignorados (Tabela 1).

Em relação à assistência ao pré-natal (Tabela 1), observa-se que 81,32% das mulheres realizaram pré-natal. A frequência ao pré-natal mostrou-se ascendente até o ano de 2012, com valores absolutos sempre superiores ao número de casos de pré-natal ignorado ou não realizado. Não obstante, em apenas 37,48% dos casos o diagnóstico da Sífilis Congênita foi realizado durante a gravidez. Associando a isto, o tratamento incompleto se fez presente, onde apenas 175 mulheres tiveram seus parceiros tratados. Além disso, o número de parceiros não tratados superou o número de parceiros tratados em todos os anos investigados.

Características da assistência pré-natal e ao parto	N	%
Escolaridade da mãe		
Analfabeto	25	3,05
Ensino fundamental incompleto	437	53,38
Ensino fundamental completo	54	6,60
Ensino médio incompleto	66	8,05
Ensino médio completo	57	6,96
Ensino superior	4	0,49
Ignorado	171	20,88
Realizou pré-natal		
Sim	666	81,32
Não	119	14,53
Ignorado	34	4,15
Transmissão		
Durante o pré-natal	307	37,48
No parto/curetagem	340	41,52
Após o parto	137	16,73
Ignorado	35	4,27
Tratamento do parceiro		
Sim	175	21,37
Não	480	58,60
Ignorado	164	20,03

Tabela 1 - Distribuição das características da assistência no pré-natal e ao parto dos casos de sífilis congênita na Paraíba, 2007 a 2013.

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), DATASUS-PB.

Quanto ao sexo dos casos, o feminino (50,18%) tem uma pequena vantagem. A maioria dos neonatos são pardos (n=562; 68,62%), e tiveram o diagnóstico da Sífilis Congênita até o sexto dia de nascido (95, 97%). Ocorreram vinte e três óbitos ou abortos por SC na Paraíba: três em 2007; um em 2009 e 2010; cinco em 2011; onze em 2012; e dois em 2013 (Tabela 2).

Características dos casos confirmados de sífilis congênita	N	%
Sexo		
Masculino	369	45,05
Feminino	411	50,18

Ignorado	39	4,77
Raça/cor		
Branca	143	17,46
Preta	16	1,95
Amarela	2	0,25
Parta	562	68,62
Indígena	1	0,12
Ignorado	95	11,60
Idade ao diagnóstico		
Até 6 dias	786	95,97
7 – 27 dias	11	1,34
28 – <1 ano	15	1,82
1 ano (12 a 23 meses)	2	0,25
2 – 4 anos	1	0,12
5 – 12 anos	4	0,50
Evolução		
Vivo	711	86,81
Óbito pelo agravo notificado	23	2,80
Óbito por outra causa	21	2,56
Ignorado	64	7,83

Tabela 2 - Distribuição das características demográficas, assistencial e diagnósticas relativas aos casos notificados de sífilis congênita na Paraíba, 2007 a 2013.

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), DATASUS-PB.

4 | DISCURSÃO

O aumento, ano a ano, no número de casos de Sífilis Congênita notificados na Paraíba demonstra a importância de ações efetivas voltadas a seu controle, bem como de educação em saúde para a população, visto tratar-se de uma doença totalmente evitável, desde que haja um diagnóstico precoce e seja estabelecido tratamento adequado para as gestantes infectadas e seus parceiros. Não obstante, esse aumento também pode representar melhoria nas notificações dos casos ao longo dos anos, atribuída a avanços da vigilância epidemiológica e à ampliação do acesso das gestantes à consulta pré-natal em decorrência da implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo.

O número ascendente de pré-natal realizado durante os anos, associado a uma elevação paralela no número de casos de Sífilis Congênita, encontrados nesse estudo é corroborado pelo trabalho de Campos et al. (2010). Observou-se que os percentuais referentes à realização do pré-natal mantiveram-se ascendentes, no entanto, aquém do que o Ministério da Saúde recomenda. A assistência pré-natal deve acolher a mulher desde o início da gravidez de forma qualificada e humanizada, realizar no mínimo seis consultas com intervenções oportunas e a ofertar exames laboratoriais básicos, com destaque para o VDRL (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A realização incompleta ou mesmo inadequada do pré-natal, seja pelo início tardio ou por falta de comparecimento às consultas, impede a realização da rotina para o diagnóstico da Sífilis e a intervenção precoce. Dentre as mulheres que realizam as consultas de pré-natal e que possuem sorologia positiva para Sífilis, existem as que não retornam para pegar os resultados dos exames, as que tiveram o diagnóstico de Sífilis na gestação, mas não foram tratadas ou o tratamento não foi adequado, e ainda as gestantes que não tiveram os seus parceiros tratados concomitantemente durante a gravidez. Uma oportunidade extra para o diagnóstico e tratamento da sífilis na gestante é no momento do parto, uma vez que cerca de 95% dos partos no Brasil ocorrem no ambiente hospitalar. Porém, vale salientar que muitas maternidades não oferecem como rotina o VDRL por ocasião do internamento para resolução do parto, voltando bebê e mãe para a comunidade com a possibilidade do agravo.

O acometimento da SC em crianças nascidas de mães pertencentes a todas as idades reprodutivas demonstra, primeiramente, a prática do sexo desprotegido independente da faixa etária. Em consonância, a maior concentração de notificação de casos entre as mulheres de 20 a 39 anos se justifica pelo fato de ser este o auge da fase reprodutiva, o que implica em um maior número de gestações nessa faixa etária, resultado que corrobora estudos realizados em outras capitais brasileiras (XIMENES et al., 2008). Outro aspecto relevante é o elevado número de casos de sífilis entre gestantes adolescentes, situação que demonstra a iniciação sexual precoce e desprotegida, remetendo à necessidade de educação e incentivo as práticas sexuais seguras.

Os dados referentes à escolaridade evidenciaram maior prevalência de mulheres com baixo nível instrucional. Porém, nesse quesito, o que mais chamaram a atenção foram o elevado subregistro dessa informação, que correspondeu a 20,88% dos casos, e a ocorrência de mães com 12 ou mais anos de escolaridade transmitindo o treponema durante a gravidez, uma vez que o esperado é que essa população tenha conhecimentos mínimos acerca das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e suas formas de prevenção, além da importância da realização de um pré-natal com qualidade.

O tratamento deve ser realizado durante a gestação e é adequado quando feito com a Penicilina G Benzatina na dosagem total e na quantidade de aplicação segundo o estadiamento da infecção, devendo incluir também o tratamento do parceiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). O elevado número de parceiros que não receberam tratamento adequado para Sífilis encontrado no presente estudo evidencia a negligência dos serviços de saúde, haja visto a possibilidade de reexposição da gestante ao treponema, impedindo a quebra da cadeia de transmissão da doença e reforçando o aumento da incidência da transmissão vertical.

Destaca-se que é comum a ausência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde, o que se deve ao seu atendimento pautado no enfoque materno-infantil e a preferência daqueles por serviços que respondam com maior rapidez a suas

demandas de saúde, como farmácias e prontos-socorros. Por isso, recomenda-se a abordagem interdisciplinar das famílias, com a atuação dos profissionais de saúde nessa reestruturação.

5 | CONCLUSÕES

Tendo em vista a simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico e terapêutico da Sífilis na gestação, esta é considerada um verdadeiro marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal. No entanto, na prática, a assistência pré-natal encontra-se defasada, pois os profissionais de saúde não estão priorizando a Sífilis Congênita como um problema de Saúde Pública e as medidas de prevenção estão sendo ignoradas. Vale destacar também que as medidas de prevenção da doença são simples e de baixo custo, enquanto o tratamento de uma criança com sífilis congênita é bastante prolongado e oneroso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS A.L.A.; ARAÚJO M.A.L.; MELO S.P.; GONÇALVES M.L.C. **Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle**. Caderno de Saúde Pública. São Paulo, 2010.

MILANEZ H.; AMARAL E. **Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro, 2008.

NORONHA A.C.C.; ISRAEL M.S.; ALMEIDA D.C.F.; MOREIRA G.M.; LOURENÇO S.Q.C.; DIAS E.P. **Sífilis secundária: diagnóstico a partir das lesões orais**. DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Rio de Janeiro, 2006.

PAEZ M.; RIVEROS M.I.R. **Situação epidemiológica da sífilis materna e congênita no setor público em todo país, Paraguai (200-2004)**. DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Rio de Janeiro, 2006

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Sífilis congênita e sífilis na gestação**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2008.

SARACENI V.; GUIMARÃES M.H.F.S.; THEME M.M.; LEAL M.C. **Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança**. Caderno de Saúde Pública. São Paulo, 2005.

VALDERRAMA J.; ZACARÍAS F.; MAZIN R. **Sífilis materna y sífilis congênita en América Latina: un problema grave de solución sencilla**. Revista Panamericana de Salud Pública. Chile, 2004.

XIMENES I. P. E.; MOURA E.R.F.; FREITAS G.L.; OLIVEIRA N. C. **Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Fortaleza, 2008.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍFILIS EM BELÉM (PA)

Victor Vieira Silva

Faculdade Metropolitana da Amazônia- FAMAZ
Belém - PA

Mariana de Sousa Ribeiro de Carvalho

Faculdade Metropolitana da Amazônia- FAMAZ
Belém - PA

Rafael de Azevedo Silva

Faculdade Metropolitana da Amazônia- FAMAZ
Belém - PA

Marina Pinto de Souza Caldeira

Faculdade Metropolitana da Amazônia- FAMAZ
Belém - PA

Lorena Fecury Tavares

Faculdade Metropolitana da Amazônia- FAMAZ
Belém – PA

RESUMO: Considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), a Sífilis é causada posterior a infecção pela bactéria *Treponema pallidum*, por mais que haja conhecimento do agente etiológico, a forma de transmissão e tratamentos, os índices de contaminação são elevados. Apresenta manifestações clínicas e diferentes estágios, como: sífilis primária, secundária latente e terciária. Nos estágios primário e secundário, a possibilidade de transmitir é maior. Na gestação, é definida pelo teste rápido não treponêmico (VDRL) com titulação a 1/8 e quanto maior a diluição com a detecção de anticorpos, mais

positivo é o resultado. Em decorrência de não ser prejudicial só para a mãe, devido à transmissão vertical, é necessário o diagnóstico e tratamento precoce a fim de evitar as afecções que caracterizam a sífilis congênita: aborto espontâneo, parto prematuro, má-formação do feto, surdez, cegueira, deficiência mental e/ou morte ao nascer, tendo o pré-natal a importância de diagnosticar, orientar e tratar adequadamente as gestantes. A prevalência de sífilis no Brasil é monitorada por meio de estudos transversais em parturientes com representatividade nacional e regional. No último estudo entre parturientes, realizado em 2010-2011, com amostra de aproximadamente 36 mil participantes, distribuídas entre as cinco macrorregiões brasileiras, estimou-se a prevalência de sífilis em gestantes em 0,85% (mulheres com VDRL reagente com qualquer titulação, confirmado pelo FTA-Abs) e a prevalência desse estudo para a região Norte foi de 1,05%. No período de 2014-2015, uma taxa de detecção de 11,2/1000 nascidos vivos, uma epidemia no Brasil, considerando o diagnóstico de 33.381 casos.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Congênita, Sífilis Gestacional, Sífilis.

ABSTRACT: Considered a Sexually Transmissible Infection (STI), it is a later infection by the virus *Treponema pallidum*, but is more

relevant for the development of the etiologic agent, a form of transmission and treatment, the contamination rates are high. It presents clinical and distinct manifestations, such as primary syphilis, secondary latent and tertiary. In the primary and secondary domains, the possibility of passing is greater. In pregnancy, it is combined by non-treponemal rapid test (VDRL) with a single dose and greater than a dilution with the detection of antibodies, the more positive the result. In relation to the vertical order, early diagnosis and treatment are necessary, such as the conditions that characterize congenital syphilis: spontaneous abortion, preterm birth, fetal malformation, deafness, blindness, mental retardation and / or death at birth. prenatal care as it is important to diagnose, guide and treat as pregnant. The prevalence of syphilis in Brazil is monitored through cross-sectional studies in parturients with national and regional representativeness. In the last study between parturients, conducted in 2010-2011, with a sample of approximately 36 thousand participants, it was distributed among five Brazilian macro regions, the prevalence of syphilis in pregnant women was estimated to be 0.85% (women with VDRL reactants with any titration, confirmed by FTA-Abs) and one of the highlights of the study for the North region was 1.05%. In the period 2014-2015, a detection rate of 11.2 / 1000 live births, an epidemic in Brazil, considering the diagnosis of 33,381 cases.

KEYWORDS: Congenital Syphilis, Gestational Syphilis, Syphilis

Métodos: Estudo descritivo englobando pacientes portadoras de sífilis na gestação, com dados coletados em: Indicadores e Dados Básicos nos Municípios Brasileiros e Boletim Epidemiológico Sífilis 2015, residentes no Município de Belém-PA, entre os anos de 2006 a 2016. Foram analisados incidência, perfil epidemiológico, socioeconômico, clínico e presença de sífilis neonatal. **Resultados:** A taxa de detecção de gestantes com sífilis foi de 12,7/1000 nascidos vivos em 2015, sendo quase 8,5 vezes maior do que a apresentada em 2013, e 3 vezes maior do que a de 2014. Acomete preponderantemente mulheres abaixo de 30 anos (85,8%), pardas (79,8%), com maior índice de diagnóstico no 3º trimestre gestação (63,2%), com baixo índice de escolaridade (41,6% estudaram até o ensino fundamental). Observou-se que 36,5% dos casos de sífilis congênita relatados em Belém foram diagnosticados entre 2014-2016, 69,7% das mães acometidas faziam pré-natal. Porém somente 33.1% dos casos eram diagnosticados durante o pré-natal, e 61,5% no momento do parto ou após; com tratamento inadequado ou não realizado em 75,8% dos casos. **Conclusão:** A sífilis é uma doença controlável através de medidas preventivas, além de ser de fácil diagnóstico. A importância do pré-natal, assim, reside na investigação e tratamento precoce de portadoras de sífilis, para que sejam nulas as taxas de transmissão vertical e repercussão fetal/neonatal provocada pela doença.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 81, n. 2, p. 111-126, Mar. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2018

SARACENI, Valeria; PEREIRA, Gerson Fernando Mendes; DA SILVEIRA, Mariangela Freitas; ARAUJO, Maria Alix Leite; MIRANDA, Angelica Espinosa. **Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. Rev Panam Salud Publica**, Whashington, v. 41, e44, 08 Jun 2017. Available from <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33998>>. access on 17 Sept. 2018.

CAMPOS, Ana Luiza de Araujo et al . **Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 9, p. 1747-1755, Sept. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201000900008&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2018.

CUNHA ,Alessandro Ricardo Caruso; MERCHAN-HAMANN, Edgar. **Sífilis em parturientes no Brasil: prevalência e fatores associados, 2010 a 2011. Rev Panam Salud Publica**. Washington, 38(6):479–86, 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900008&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2018.

Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ano V. 2016; vol. 47 (35)

AUMENTO DA INCIDÊNCIA DE SÍFILIS EM GESTANTES NO ESTADO DE MINAS GERAIS DE 2010 A 2016

Giovanna Rodrigues Pérez

Discentes do curso de medicina nas Faculdades Integradas Pitágoras – Montes Claros do sétimo período.

E-mail: giovannarodperez@gmail.com

João Victor Nobre Leão

Discentes do curso de medicina nas Faculdades Integradas Pitágoras – Montes Claros do oitavo período.

Rhayssa Soares Mota

Discentes do curso de medicina nas Faculdades Integradas Pitágoras – Montes Claros do oitavo período.

Laís Mendes Viana

Discentes do curso de medicina nas Faculdades Integradas Pitágoras – Montes Claros do sétimo período.

Yasmin de Amorim Vieira

Discentes do curso de medicina nas Faculdades Integradas Pitágoras – Montes Claros do sétimo período.

Laura Vitória Viana Caixeta

Discentes do curso de medicina nas Faculdades Integradas Pitágoras – Montes Claros do sétimo período.

RESUMO: Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa, provocada pela bactéria *Treponema pallidum*, cuja incidência em gestantes vem se elevando nos últimos cinco anos, aumentando também os casos de sífilis congênita. **Objetivo:**

Analisar as variações de incidência de sífilis em gestantes entre os anos de 2011 e 2016 no estado de Minas Gerais. **Material e métodos:** Revisão bibliográfica de artigos científicos dispostos nas bases de dados LILACS e BVS com restrição aos anos 2016 a 2017 e coleta de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** No Brasil, ao ano cerca de 50 mil gestantes apresentam diagnóstico de sífilis, com uma prevalência variando entre 1,1 a 11,5%. A partir do ano de 2010, tem-se percebido um aumento gradual do número de casos em todo o território nacional, alcançando em 2013 uma incidência de 4,7 casos de sífilis congênita a cada mil nascidos vivos. No estado de Minas Gerais, também pode ser observado esse aumento, segundo o SINAN, no ano de 2011 tiveram 592 gestantes com sífilis e em 2016 esse número foi de 2837, ou seja, uma elevação de cerca de 4,8 vezes. **Conclusão:** Dessa forma, pode-se concluir que os casos de sífilis tem aumentado gradativamente nas gestantes, nos últimos anos. Assim sendo a assistência pré-natal é crucial para a realização de testes treponêmicos e não treponêmicos para o diagnóstico da doença, além de ser importante para o médico ressaltar a importância de a mulher utilizar métodos que evitem a contaminação pela *T. pallidum*. **PALAVRAS-CHAVE:** Sífilis. Gestantes. Minas Gerais.

1 | INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) crônica e eventualmente transplacentária. Determina lesões cutâneo-mucosas polimorfas causadas pelo *Treponema pallidum* e pode acometer outros tecidos, como o cardiovascular e nervoso, em suas manifestações tardias. Há períodos de latência e de atividade, sendo essas últimas caracterizadas por recente ou tardia. Essa doença atinge todas as classes sociais, em acometimento maior em indivíduos jovens, com maior atividade sexual. Atualmente, com o início da atividade sexual precoce e advento de anticoncepcionais orais e injetáveis, houve um advento dessa doença a nível mundial. Acrescido a isso, houve uma diminuição na carga horária do curso de Medicina para estudo das ISTs, o que torna a aumentada a susceptibilidade a refratariedade do tratamento devido a sua má determinação. Dessa forma, gestantes inadequadamente tratadas ou subdiagnosticadas podem promover a transmissão vertical da doença e levar o feto a um ambiente inapropriado para sua formação. Com isso, ocorre a sífilis congênita, que pode ter consequências severas, sendo elas: aborto, parto prematuro, óbito perinatal e manifestações congênitas precoces ou tardias (MIRÓ; GONÇALVES, 2017).

Devido a esse fato, as gestantes diagnosticadas com sífilis são encaminhadas para o pré natal de alto risco para acompanhamento frequente e intensificação de exames. A mulher deve ser orientada também na Estratégia de Saúde da Família para que use corretamente os medicamentos e assim evite possíveis complicações para si e para o seu filho (LIMA *et. al.*, 2013 *apud* NUNES *et al*, 2017). De forma a considerar os riscos existentes, o Ministério da Saúde recomenda três testes para rastreio da sífilis ao longo do pré-natal e parto: um na primeira consulta, o segundo na trigésima semana e o terceiro no momento do parto (NASCIMENTO *et. al.*, 2011 *apud* NUNES *et al*, 2017). O método utilizado primordialmente é o VDRL quantitativo para diagnóstico inicial da doença (CAMPOS *et. al.*, 2010 *apud* NUNES *et al*, 2017).

Nos países em desenvolvimento, principalmente, estima-se que ocorram cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis por ano (GALBAN; BANZAKEN, 2006 *apud* CAMPOS *et. al.*, 2010). Além disso acredita-se que, anualmente, a sífilis congênita ocasiona mais de 500 mil morte fetais por ano (SCHMID, 2004 *apud* CAMPOS *et. al.*, 2010). “Na região da América Latina e Caribe, a prevalência da sífilis nos recém-nascidos é de 3,1%, oscilando entre 1% no Peru e 6,2% no Paraguai” (VALDERRAMA; ZACARIAS, 2004 *apud* CAMPOS *et. al.*, 2010). “Na Bolívia, a prevalência de sífilis gestacional é de 7,2%, com taxa de transmissão vertical de 15,7%” (REVOLLO *et. al.*, 2007 *apud* CAMPOS *et. al.*, 2010). Segundo estimativas nacionais, tem-se que o Brasil tem a prevalência média da sífilis em parturientes variante entre 1,4% e 2,8%, com uma taxa de transmissão vertical de 25% (BRASIL, 2007 *apud* CAMPOS *et. al.*, 2010).

Um estudo feito em Santa Catarina levantou dados relevantes sobre a ascensão da doença em grávidas do Brasil. Se baseou em uma pesquisa em um dos hospitais

do estado em 2015, em que foi realizado 61 testes rápidos para sífilis em grávidas que eram encaminhadas para parto. Dessas, houveram 4 resultados positivos para a doença, sendo que nenhuma dessas gestantes estava em acompanhamento pré natal. A partir desses resultados, os autores sugeriram a ampliação de análises epidemiológicas em todas as regiões brasileiras, de modo a conter a amplitude dessa questão. Dessa forma, há necessidade desse estudo a ser realizado em Minas Gerais, visto a carência de pesquisas atuais nesse estado no âmbito acadêmico, além da necessidade de alerta aos órgãos públicos para ampliar políticas públicas como o Planejamento Familiar, orientando a comunidade acerca de métodos de evitar de IST (MIRÓ; GONÇALVES, 2017).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo retrospectivo e descritivo, com objetivo de realizar análise do aumento da incidência de Sífilis gestacional de 2010 a 2016 em Minas Gerais. Para os dados de mortalidade, utilizou-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade - DATASUS/MS, do período de 2010 a 2016. Para definição do diagnóstico utilizou-se a 10^a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID- 10). Após a coleta dos dados, foi feita uma discussão acerca da importância da notificação dos casos pelo sistema do SINAN, além da necessidade da adoção de medidas públicas para conter o aumento dessa IST e conseqüentemente as suas complicações materno-fetais. Assim foi feita uma revisão bibliográfica, utilizando bases de dados do Scielo e LILACS.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana global, que tem se apresentado reemergente, especialmente em gestantes. Dessa forma, há uma grande necessidade de dispor métodos de rastreio, que possam detectar precocemente a doença, permitindo assim que o tratamento ideal seja realizado em tempo hábil, cessando assim a doença, o que reduz a morbimortalidade materna e fetal (MATTEI, *et al.* 2012).

O controle da sífilis em gestantes no Brasil tem se mostrado deficiente, visto que estudos apontam que houve uma elevação da incidência de sífilis congênita, taxa de transmissão vertical e ocorrência de desfechos negativos. Algumas estratégias têm sido adotadas pelo Ministério da Saúde na tentativa de reverter esse quadro, como políticas públicas para captar precocemente gestantes para realizar a assistência pré-natal, disponibilização de testes rápidos para sífilis e HIV, aplicação de penicilina benzatina para gestantes e seus parceiros, em unidades da atenção básica e outros. Entretanto, existem algumas dificuldades da implementação dessas medidas em todo o Brasil, principalmente populações isoladas e menos assistidas, que são os

mais afetados pela infecção pela sífilis e que mais se beneficiariam das intervenções disponíveis (DOMINGUES; LEAL, 2016).

No Brasil, a sífilis, congênita e na gestante, é uma doença de notificação compulsória, sendo que é obrigatória sua realização pelos profissionais de saúde, de forma que caso essa notificação não ocorra é considerada infração à legislação de saúde. Nesse contexto, a sífilis tem se mostrado cada vez mais discutida, devido ao aumento da incidência da doença em gestantes, sendo que ao ano cerca de 50 mil gestantes são diagnosticadas com de sífilis, de forma que a prevalência varia entre 1,1 a 11,5% (LAFETÁ *et al.*, 2016).

Estima-se que mundialmente, surgem cerca de 12 milhões de novos casos de sífilis no mundo todo ano, sendo que desse total, cerca de 11 milhões estão presentes na América Latina, Caribe, África subsaariana, sul e sudeste da Ásia. Essas áreas são sabidamente conhecidas devido baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e pela elevada pobreza e carências no que tange prevenção e promoção de saúde, o que coaduna o surgimento da infecção com a pobreza e muitas vezes carência de informações sobre contágio e prevenção (SINAN, 2017).

Infere-se que no Brasil, anualmente surgem cerca de 937.000 novos casos de sífilis devido a transmissão sexual, de forma que a partir do ano de 2010, tem-se percebido um aumento gradativo do número de casos em todo o território nacional, sendo que no ano de 2013 houve uma incidência de 4,7 casos de sífilis congênita a cada mil nascidos vivos. No estado de Minas Gerais, também pode ser observado aumento do número de gestantes acometidas por sífilis, segundo o SINAN, no ano de 2011, 592 gestantes receberam diagnóstico, número esse que cresceu gradativamente nos anos seguintes chegando a 2908, ou seja, uma elevação de cerca de 4,8 vezes entre esses anos. Os números de casos notificados de sífilis em gestantes entre os anos de 2011 e 2016 estão dispostos no Gráfico 1 (SINAN, 2017).

Número de casos notificados de sífilis na gestante em Minas Gerais

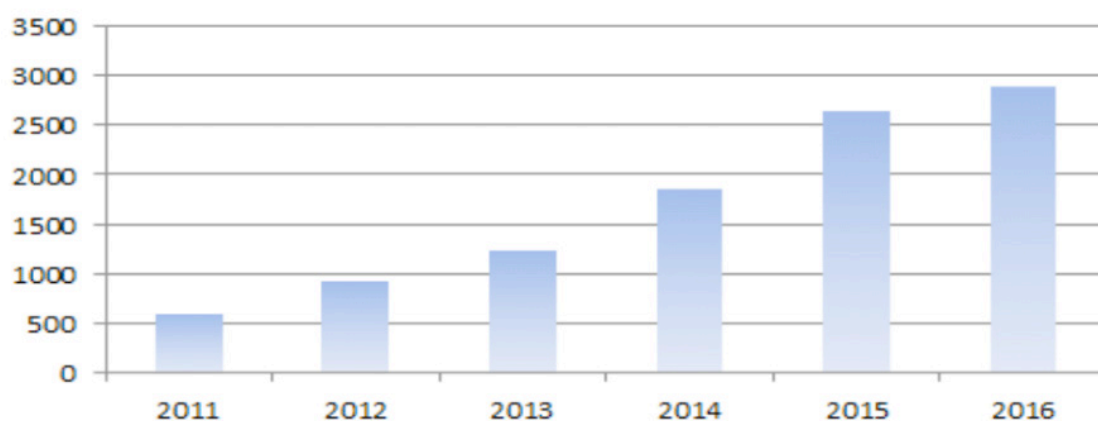


Gráfico 1. Número de casos de Sífilis na gestante em Minas Gerais, entre 2011 e 2016 segundo o SINAN.

Supõe-se que a elevação do número de casos se deva a não utilização de preservativos em todas as relações sexuais, o fato de a doença ser inicialmente assintomática, isto é, não estimula o paciente a procurar auxílio médico promovendo um diagnóstico tardio, permanecendo infectado e transmitindo a doença por muitos anos, desconhecimento da população de testes que podem ser utilizados e tratamento inadequado das mulheres e seus parceiros, devido má adesão ou mesmo falta de Penicilina Benzatina (SINAN, 2017).

4 | CONCLUSÃO

Dessa forma, pode-se concluir que os casos de sífilis tem aumentado gradativamente nas gestantes, nos últimos anos. Assim sendo, a assistência pré-natal é crucial para a realização de testes treponêmicos e não treponêmicos para o diagnóstico da doença, além de ser importante para o médico ressaltar a importância de a mulher utilizar métodos que evitem a contaminação pela *T. pallidum*.

Nesse contexto, é permitido que a terapêutica seja estabelecida corretamente, assim como o controle de cura adequando. Evitando complicações maternas e perinatais, além de diminuir a repercussão em índices de morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis - manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

CAMPOS, ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. **Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle**. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2017 Aug 14];26(9):1747-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/08.pdf>

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL Maria do Carmo. **Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(6):e00082415, jun, 2016

GALBAN Enrique, BENZAKEN Adele. **Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006**. DST J Bras Doenças Sex Transm 2007; 19:166-72.

LAFETÁ, Kátia Regina Gandra; MARTELLI JÚNIOR, Hercílio; SILVEIRA Marise Fagundes; PARANAÍBA Lívia Máris Ribeiro. **Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle**. Rev bras epidemiol. 19(1): 63-74. jan-mar 2016.

LIMA, MG, SANTOS, RFR, BARBOSA, GJA, RIBEIRO GS. **Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008**. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 15];18(2):499-506. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/21.pdf>

MATTEI, Peter L., BEACHKOFKY Thomas M., GILSON Robert T., WISCO Oliver J. **Syphilis: a reemerging infection**. Am Fam Physician. 86(5): 433-4. 2012.

MIRÓ, Izadora Costa; GONÇALVES, Jackssiane Ávila de Souza - **Prevalência de sífilis gestacional a partir da introdução do teste rápido para o diagnóstico de sífilis em um hospital do sul de**

Santa Catarina. Farmácia-Tubarão, 2017 - riuni.unisul.br

NASCIMENTO, MI, CUNHA AA, GUIMARÃES EV, ALVAREZ FS, OLIVEIRA SRSM, BOAS ELV. **Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal.** Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2011 [cited 2017 Aug 14];34(2):56- 62.

REVOLLO, Rita, TINAJEROS Freddy, HILARI Carolina, GARCIA, Sandra, ZEGARRA Lourdes, DÍAZ-OLAVIARRETA Claudia; CONDE-GONZÁLEZ, Carlos. **Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia.** Salud Pública Méx 2007; 49:422-8.

SCHIMID, George. **Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention.** Bull World Health Organ 2004; 82:402-9.

SINAN. Sífilis [Internet]. Minas Gerais. Atualizada em: 03/07/17; acesso em: 16/08/17. **Dados sobre a sífilis.** Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/sifilis>.

A IMPORTÂNCIA DOS FUNDAMENTOS DA TEORIA DO CUIDADO HUMANO NA ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE TUBERCULOSE

Silvia Renata Pereira dos Santos

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Carlos Victor Vinente de Sousa

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Fernanda Santa Rosa de Nazaré

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Laryssa Cristiane Palheta Vulcão

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Lidiane Assunção de Vasconcelos

Universidade Federal do Pará
Belém-Pará

Matheus Ataíde Carvalho

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Zaqueu Arnaud da Silva

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

é um complemento às mesmas. Pode ser classificada como interacionista, uma vez que sua prática acontece através das interações paciente/enfermeira. O objetivo desse relato é discutir a importância da aplicação da teoria na continuidade do tratamento e na recuperação dos pacientes de tuberculose a partir da relação de confiança com a enfermeira. Trata-se de um estudo qualitativo/quantitativo onde se realizaram visitas semanais, a um Centro Saúde Escola filiada a Universidade do Estado do Pará, a fim de observar a relação do cuidado humano entre profissional/cliente nas consultas de Enfermagem realizadas neste local. Partindo disso, foi aplicada uma entrevista com a enfermeira a fim de revelar a forma de aplicação da teoria do Cuidado Humano no dia a dia, além disso, houve um levantamento de dados sobre quantos pacientes continuaram ou abandonaram o tratamento. Os resultados mostraram-se favoráveis, uma vez que a enfermeira possuía conhecimento e utilizava a teoria como ferramenta ativa em sua prática profissional, demonstrando não apenas o valor, mas também a importância da aplicação dessa teoria na adesão dos usuários e no processo de cura da doença. Por fim, é importante concluir com o estudo que a aplicação da teoria do Cuidado Humano no cotidiano de atendimento é fundamental para proporcionar uma melhor relação enfermeiro/cliente.

RESUMO: A Teoria do Cuidado Humano, também conhecida como Teoria do Cuidado Transpessoal, desenvolvida por Jean Watson, propõe uma intervenção consciente nos cuidados, potencializando a cura e a integridade. Não descarta a ciência convencional ou práticas de enfermagem modernas, mas

PALAVRAS-CHAVE: Teoria do Cuidado Humano; Interação enfermeira/paciente; Enfermagem; Tuberculose.

ABSTRACT: The Human Care Theory also known as Theory of Transpersonal Care, developed by Jean Watson, proposes a conscious intervention in care, enhancing healing and integrity. It does not rule out conventional science or modern nursing practices, but is a complement to them. It can be classified as interactionist, since its practice happens through patient / nurse interactions. The purpose of this report is to discuss the importance of applying the theory to the continuity of treatment and recovery of tuberculosis patients from the trust relationship with the nurse. This is a qualitative / quantitative study where weekly visits were made to a Health School School affiliated with the State University of Pará, in order to observe the relationship of human care between professional / client in the Nursing consultations held at this place. Based on this, an interview with the nurse was applied to reveal the application of the Human Care theory in daily life, and there was a survey of data on how many patients continued or abandoned treatment. The results were favorable, since the nurse had knowledge and used the theory as an active tool in her professional practice, demonstrating not only the value but also the importance of applying this theory to the users' adherence and the healing process of the disease. Finally, it is important to conclude with the study that the application of the Human Care theory in daily care is fundamental to provide a better nurse / client relationship.

KEYWORDS: Human Care Theory; Nurse / patient interaction; Nursing; Tuberculosis.

1 | INTRODUÇÃO

A palavra teoria é definida como uma abstração da realidade, sendo elaborada para um propósito específico. Na Enfermagem, estudiosos de teorias de enfermagem, destacam que estas contribuem para uma base fundamentada sobre a prática, pois reúnem proposições para pensar a assistência, evidenciam propósitos, limites e relações entre profissionais e clientes que cuidam e são cuidados (PESSOA, 2006).

Segundo Silva (2010), o cuidar é a característica e essência da Enfermagem, o que proporciona uma reciprocidade entre o cliente e a equipe de saúde. Assim, o cuidado pode estar relacionado com a interação entre seres humanos através da troca de saberes, ocasionando um relacionamento mais profundo entre quem cuida e a pessoa a ser cuidada.

A Teoria do Cuidado Humano, também conhecida como Teoria do Cuidado Transpessoal, desenvolvida pela enfermeira Jean Watson, surgiu entre 1975 e 1979, período em que lecionava na Universidade do Colorado. A teoria emergiu do resultado dos estudos realizados pela autora, no decorrer do Doutorado em Clínica e Psicologia Social (PESSOA, 2006).

Trata-se de uma teoria que propõe intervenção consciente nos cuidados,

potencializando a cura e a integridade. Não descarta a ciência convencional ou práticas de enfermagem modernas, mas é um complemento às mesmas. Descreve a conscientização voltada ao levantamento de quaisquer questões sobre o que significa cuidar, estar enfermo e ser cuidado/curado. Prioriza a preservação da saúde e procura meios para proteger, melhorar e preservar a dignidade, humanidade, integridade e harmonia interior de uma pessoa (HOOVER, 2002).

A Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson pode ser classificada como interacionista, uma vez que sua prática acontece através das interações paciente/enfermeira. Esta influência mútua no cuidado é uma experiência que necessita de diálogo entre pessoas, no qual cada uma delas sente a disponibilidade, a proximidade e a compreensão uma da outra, além de partilharem histórias de vida, trajetórias e angústias (SILVA, 2010).

Os focos da Teoria, definidos por Watson (1985), são: enfermagem, caracterizada por cuidar como um imperativo ético e moral de relação transpessoal, as pessoas tidas como um todo, isto é, seres com mentes, emoções e corpo (como sujeito, tempo e espaço); a saúde, vista experiência subjetiva de unidade e harmonia de mente, corpo e espírito associados; e meio ambiente a cujas atitudes de cuidar podem ser transmitidas.

Diante do exposto, utilizou-se a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson como foco do presente trabalho, objetivando destacar a importância da aplicação da teoria do cuidado humano na relação entre o profissional e cliente. A relevância deste estudo está: no ensino, por meio da fundamentação sólida em ciências humanas, as quais podem fornecer embasamento à ciência do cuidado; na prática, através do desenvolvimento de pensamentos críticos inerentes ao exercício da Enfermagem; e na pesquisa, envolvida na busca por investigações do processo do cuidado humano.

2 | PERCUSSO METODOLÓGICO

Uma visita assistemática foi realizada no período matutino, no horário de 7h às 11h15min, em um centro saúde escola localizado no bairro do Marco na cidade de Belém do Pará. Onde se observou o ambiente de consultas e a convivência da enfermeira com seus pacientes.

Após esse procedimento, houve uma reunião para discutir e destacar os resultados encontrados durante a visita. Baseando-se no conhecimento e disciplinas ministradas no ambiente acadêmico (enfermagem comunitária, introdução de enfermagem), destacou-se a aplicação da teoria do cuidado transpessoal na rotina de cuidados da enfermagem à pacientes com TB.

No campus IV da Universidade do Estado do Pará realizou-se uma reunião com a orientadora, onde foi explanado pelos discentes envolvidos no projeto, Atividade Integrada em Saúde (AIS), todas as situações que envolvem a implementação da

teoria do cuidado transpessoal na rotina de atendimento. Com base nesse diálogo foi decidido o tema da ação educativa interligando-o com disciplinas acadêmicas, o qual se designa “A importância dos fundamentos da Teoria do Cuidado Humano na assistência ao portador de TB”.

Aconteceu uma reunião com os integrantes do grupo para definir como seria aplicada a entrevista à enfermeira e quais os dados dos pacientes iríamos utilizar. Ficou acordado que seriam feitas em torno de sete perguntas e o levantamento de dados seria de pacientes que deram desde 2015 até novembro de 2016.

Para investigar a finalidade da aplicação da teoria do cuidado humano na relação com os pacientes de TB no ponto de vista da enfermeira, aplicou-se um questionário. Realizou-se uma última visita ao Centro Saúde Escola, onde foi realizado um levantamento de dados correspondente ao número de pacientes que continuaram ou abandonaram o tratamento e dos que obtiveram êxito após os meses da terapia.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aconteceu uma entrevista com a enfermeira do Centro Escola Saúde responsável pelo tratamento de pacientes com TB. Antes de começar a entrevista propriamente dita, foi realizada uma pergunta básica a qual questionava se a profissional de saúde possuía o conhecimento sobre a Teoria do Cuidado Humano. Sua resposta positiva sobre tal questionamento possibilitou a observação de um bom conhecimento e prática da teoria de Jean Watson. Ratificado através de perguntas realizadas a enfermeira.

Uma das perguntas direcionadas a enfermeira, questionava-a sobre a aplicação da teoria do Cuidado Humano em sua relação interpessoal com os pacientes portadores de tuberculose. A qual esta respondeu da seguinte forma:

“Bom, quando os pacientes vão iniciar o tratamento estão, em sua maioria, apreensivos devido o diagnóstico. Então procuro explicar o que é a doença, como transmite e a importância do tratamento, assim como os possíveis efeitos da medicação. Para tentar essa aproximação com o paciente e conscientizá-lo da importância de se realizar o tratamento de forma completa” (Informação verbal).

Através de sua fala, pode-se observar que a enfermeira demonstrou ser cuidadosa, atenciosa e prestativa em sua primeira consulta de enfermagem com o paciente. Este comportamento é fundamental para construir um vínculo de confiança, necessário, para iniciar o tratamento. Além disso, ela acrescentou que sentiu muita dificuldade em desenvolver sua atividade dessa forma, contudo, durante sua graduação em enfermagem os professores lhe demonstraram o quão é importante desenvolver a profissão da melhor forma possível, visando sempre o cuidado e bem estar dos pacientes. Somente assim, a enfermagem seria mais fortalecida, apesar dela saber que nem todo enfermeiro possui o mesmo zelo.

Outro questionamento foi em relação às quais aspectos relevantes da aplicação

da teoria Transpessoal a enfermeira acreditava surtir efeito sobre o tratamento e recuperação do paciente. E, esta respondeu:

“Acredito que desta forma os pacientes fazem uma adesão melhor ao tratamento. Desta forma há a quebra da cadeia de transmissão da doença, permitindo o seu melhor controle. Tendo em vista que a TB é uma doença de alta incidência e prevalência” (Informação verbal).

Além da seriedade da cura e recuperação do paciente, a profissional ressalta o compromisso e dedicação para anular a cadeia de transmissão da tuberculose e reduzir o índice de infectados em sua região, visto que a TB é uma doença de disseminação elevada. Ratifica que a importância da aplicação dessa teoria na relação interpessoal com o cliente está pautada na adesão ao tratamento e cura, por esse motivo ela reforça que é de grande relevância que os demais profissionais da área da saúde possam utilizar a teoria do Cuidado Humano de forma ativa em sua relação com o cliente, na tentativa de cuidar e tratar melhor o paciente.

Diante disso, pode-se perceber o quão a enfermeira aborda a teoria como ferramenta na construção de vínculo e confiança do usuário em sua prática profissional, além disso, ela demonstra a importância da mesma tanto na relação interpessoal com o usuário, tanto no tratamento, adesão, quanto para o fortalecimento da profissão de enfermagem no Brasil.

Para dar mais embasamento na pesquisa e, ratificar a importância dessa teoria na construção de valores entre profissional/cliente, assim como demonstrar que ela é uma ferramenta de importante valor no tratamento e controle da tuberculose pulmonar no Brasil, foi realizado um levantamento de dados sobre os prontuários dos pacientes portadores de TB de 2015 a novembro de 2016, relacionados à desistência do tratamento e a sua cura. Os dados encontrados estão elucidados em dois gráficos.

No gráfico 1, é possível observar os dados agrupados. Para isso, foi necessária uma catalogação dos prontuários dos pacientes no ano de 2015 e 2016, referente à desistência da terapêutica. Observa-se que o número de pacientes que desistiram do tratamento tem sua maior prevalência no ano de 2015 do que em 2016, respectivamente nove (9) e três (3), é possível notar um decréscimo do número de abandono. Isso se deve ao fato da implementação da Teoria do Cuidado Humano no atendimento o que possibilita a criação do vínculo de confiança enfermeira/paciente e faz com que os portadores de TB acreditem no trabalho realizado pela profissional e se mantenham confiantes no tratamento, mesmo sendo longo e possuindo tantos efeitos adversos.

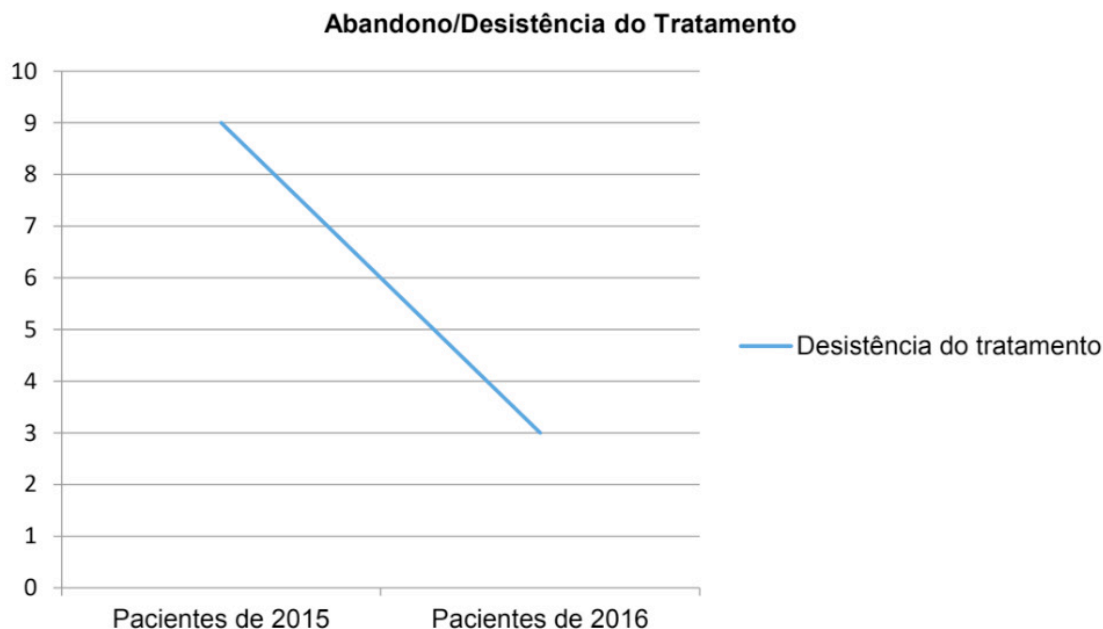


Gráfico 1.: Relação de pacientes de TB referente ao prontuário de 2015/2016.

Autor: Elaborado pelos autores.

O gráfico 2 evidencia o número total de pacientes somados 2015/2016 revelando o valor de 113, dividido em duas categorias e suas respectivas porcentagens do todo. Abandono 10,6% e cura 38,9%.

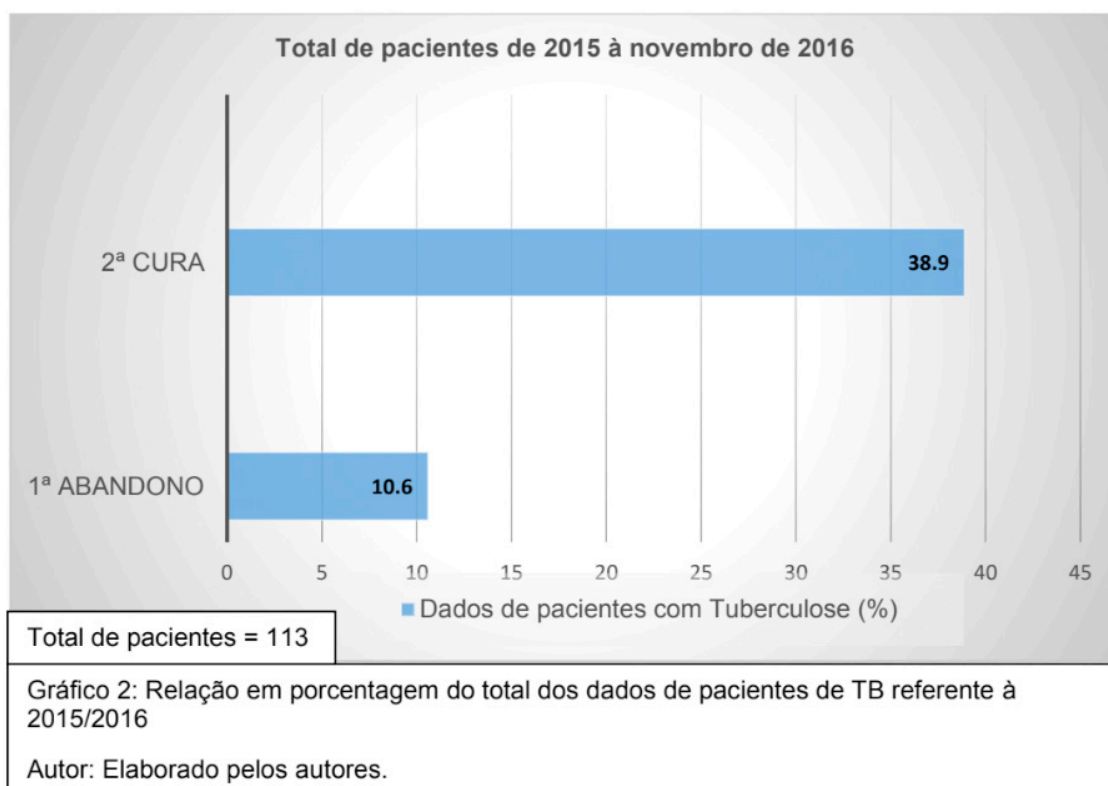


Gráfico 2: Relação em porcentagem do total dos dados de pacientes de TB referente à 2015/2016

Autor: Elaborado pelos autores.

Portanto, é notável que a aplicação da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson foi bem implementada, pois do total de 100% de pacientes que iniciaram o tratamento, 38,9 % obtiveram êxito/cura e apenas 10,6% dos pacientes abandonaram

a terapêutica.

É inegável que a construção do elo de confiança entre enfermeira/paciente foi fundamental para obtenção desses resultados, conforme preconiza a Teoria do Cuidado Transpessoal, pois sem esta ligação entre os envolvidos seria improvável o alto índice de cura observado na pesquisa, devido ao fato do tratamento para TB possuir muitos efeitos adversos e ser longo, com duração de seis (6) meses e, em alguns casos de até doze (12) meses.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria do cuidado humano é baseada na relação entre enfermeira e paciente que juntos abrem a possibilidade de criação de vínculo emotivo através das experiências vivenciadas. Para Watson (1999), a arte de cuidar em enfermagem começa quando a enfermeira, com o objetivo de amparar o outro através de um sentimento de atenção e zelo, demonstra tal sentimento através da prática.

A conquista da confiança e afeto dos pacientes proporciona a criação de laços emocionais que são de extrema importância no tratamento de uma doença que tem uma duração longa e que a confiança tem que ser exercitada diariamente como é o caso da tuberculose. É necessário praticar a difusão de conhecimento, através da compreensão, cuidado e atenção.

Mediante isso, a aplicação da Teoria do Cuidado Humano com pacientes que possuam o tratamento longo se torna fundamental, já que é necessária a existência de um elo de confiança e zelo entre enfermeira/paciente na atenção básica de saúde para que a terapêutica obtenha sucesso. A orientação dos familiares juntamente com o envolvimento dos profissionais da saúde são meios necessários para a criação de eventos voltados para a importância que o cuidado transpessoal tem na vida dos pacientes com TB.

REFERÊNCIAS

HOOVER, J. **The personal and professional impact of undertaking an educational module on human caring.** J Adv Nurs. 2002; 37 (1): 70-86.

PESSOA, S. M. F. PAGLIUCA, L. M. F. DAMASCENO, M. M. C. **Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional.** Rev Enferm UERJ. 2006; 14 (3): 463-9.

SILVA, C. M. C. VALENTE, G. S. C. BITENCOURT, G. R. BRITO, L. N. **A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: análise segundo Meleis.** Cogitare Enferm. 2010 Jul/Set; 15(3): 548-51.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care.** East NorwalkCT: Appleton Century Grofts; 1985.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care, a theory of nursing.** New York: National League for Nursing, 1999.

DIFICULDADES ENFRENTADAS NO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO SISTEMA PRISIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paula Regina Ferreira Lemos

Mestranda da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)
Belém-PA

Camila de Cássia da Silva de França

Mestranda da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)
Belém-PA

Thaís de Oliveira Carvalho Granado Santos

Mestranda da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP)
Belém-PA

Ilma Pastana Ferreira

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém-PA

RESUMO: Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), a tuberculose segue como um grave problema de saúde pública no mundo e é a doença infecciosa de agente único que mais mata, superando o HIV. Em 2017, foram registrados 69,5 mil casos novos e 13.347 casos de retratamento de tuberculose no Brasil. Em 2017, o coeficiente de incidência da doença foi de 33,5/100 mil habitantes em 2017. **Objetivo:** Relatar a experiência da evolução de um caso de coinfeção TB/HIV diagnosticado no Presídio Estadual Metropolitano II (PEM II). Metodologia: Trata-se

de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, vivenciado por uma técnica em Gestão Penitenciária a partir da atividade diária no trabalho como Enfermeira assistente no PEM II, localizado no município de Marituba, no estado do Pará que integra a Região Metropolitana de Belém (RMB). Resultados/ Discussão: O custodiado CJOB, 30 anos, deu entrada no Presídio Estadual Metropolitano II em 15/02/2018 pelo fato de ter incorrido no artigo 157, ato criminoso caracterizado como roubo simples, correspondendo a tipificação criminal de 8,18% dos custodiados do Sistema Penal do Pará segundo dados da DAP (2018). Realizado Teste rápido para HIV, Biomanguinhos lote: 1223/2016 com resultado da amostra reagente para HIV. Diagnosticado e iniciado esquema para Tuberculose pulmonar conforme preconizado pelo Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT) em 12/06/2018, porém não fez uso regular da medicação com o objetivo de receber concessão de prisão em regime domiciliar, porém tal conduta adotada resultou no enquadramento do custodiado no Crime de Perigo Coletivo.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose, HIV, Sistema prisional.

ABSTRACT: Introduction: According to the World Health Organization (2017), tuberculosis remains a serious public health problem in the

world and is the single most infectious infectious disease that kills, overcoming HIV. In 2017, there were 69,500 new cases and 13,347 cases of tuberculosis retreatment in Brazil. In 2017, the incidence coefficient of the disease was 33.5 / 100 thousand inhabitants in 2017. Objective: To report the experience of the evolution of a case of TB / HIV coinfection diagnosed in Metropolitan State Prison II (PEM II). Methodology: This is a descriptive, qualitative, experience-type study, experienced by a Penitentiary Management technique based on daily work as an assistant nurse at PEM II, located in the municipality of Marituba, in the state of Pará, Brazil. integrates the Metropolitan Region of Belém (RMB). Results / Discussion: The CJOB, 30 years old, was admitted to Metropolitan State Prison II on February 15, 1818 for having incurred in article 157, a criminal act characterized as simple robbery, corresponding to the criminal classification of 8.18% of custody of the Pará Penal System according to data from DAP (2018). Made Rapid HIV Test, Biomanguinhos lot 1223/2016 with HIV reagent sample result. Diagnosis and initiation of pulmonary tuberculosis as recommended by the National Tuberculosis Control Program (PNCT) on 06/12/2018, but did not use regular medication with the objective of receiving a prison grant in a home regime, however, in the framework of the custodian in the Crime of Collective Danger.

KEYWORDS: Tuberculosis, HIV, Prison system.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), a tuberculose segue como um grave problema de saúde pública no mundo e é a doença infecciosa de agente único que mais mata, superando o HIV.

Em 2017, foram registrados 69,5 mil casos novos e 13.347 casos de retratamento (abandono ao tratamento) de tuberculose no Brasil. Em 2017, o coeficiente de incidência da doença foi de 33,5/100 mil habitantes em 2017. Os estados com maior proporção de retratamentos foram Rio Grande do Sul (23,3%), Rondônia (19,9%) e Paraíba (19,5%), segundo dados do Ministério da saúde (2017).

Nesse mesmo ano, o percentual de cura de casos novos foi 73%, maior do que se comparado ao ano de 2015 (71.9%). Os estados do Acre (84,2%), São Paulo (81,6%) e Amapá (81,7%) alcançaram os maiores percentuais de cura no mesmo ano. Em relação ao abandono, em 2016, o percentual foi 10,3%, duas vezes acima da meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde (<5,0%) (BRASIL, 2017).

Em 2016, foram registrados 4.426 óbitos por tuberculose, resultando em um coeficiente de mortalidade igual a 2,1 óbitos/100 mil hab., que apresentou queda média anual de 2,0% de 2007 a 2016.

Em 2016, 10,4 milhões de pessoas adoeceram de tuberculose no mundo, e cerca de 1,3 milhão de pessoas morreram em decorrência da doença (WHO, 2017). Em consonância com a Estratégia pelo Fim da Tuberculose da OMS, em 2017, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle

da Tuberculose (CGPNCT), lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública (WHO, 2015). O plano apresenta como metas reduzir os coeficientes de incidência da doença para menos de 10 casos e de mortalidade para menos de um óbito a cada 100 mil habitantes até 2035. As estratégias de enfrentamento estão organizadas em três pilares: pilar 1 – prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose; pilar 2 – políticas arrojadas e sistema de apoio; e pilar 3 – intensificação da pesquisa e inovação (BRASIL, 2017).

O Brasil teve o papel de destaque ao ser o principal proponente da estratégia e principalmente por sua experiência com o Sistema Único de Saúde e com a Rede de Pesquisa em Tuberculose do Brasil (Rede-TB). O Brasil é um dos países com maior número de casos no mundo e, desde 2003, a doença é considerada como prioritária na agenda política do Ministério da Saúde. Embora seja uma doença com diagnóstico e tratamento realizados de forma universal e gratuita, pelo Sistema Único de Saúde, ainda temos barreiras no acesso e acontecem aproximadamente 69 mil casos novos e 4.500 óbitos a cada ano como causa básica tuberculose (BRASIL, 2015). Como parte do esforço global para redução do coeficiente de incidência e mortalidade, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT), decidiu elaborar o plano nacional com o objetivo de acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no Brasil, atingindo a meta de menos de 10 casos por 100 mil habitantes, até o ano de 2035. Esse documento apresenta informações sobre a situação da tuberculose no mundo, nas Américas e no Brasil, além de propor estratégias que possam, a partir de mudanças nos cenários locais, alterar o contexto nacional.

A tuberculose é altamente endêmica nas prisões brasileiras e aponta a necessidade de ações de controle, uma vez que possui uma maior prevalência devido à superlotação, celas mal ventiladas, padrões baixos de higiene, má nutrição, alta prevalência para o HIV, comportamentos ilegais com o uso de álcool e drogas. Somados a esses fatores, pode-se citar o tratamento irregular e a detecção tardia dos casos de resistência, o que contribui para submeter essa população a um alto risco de adoecimento e morte pela Tuberculose (BRASIL, 2016). A Tuberculose requer um esforço coletivo para mudar seus padrões endêmicos visando reduzir infecções, mortes e multiresistência. Para tal, foram adotadas políticas públicas de saúde, nas quais se destacam o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e a Política Nacional de Atenção Integral das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) que uma das diretrizes é o controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional.

Enquanto na população em geral a incidência da tuberculose está em 33 casos para 100 mil habitantes — o que já torna o Brasil um dos 20 países com alta carga da doença, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) —, entre as pessoas privadas de liberdade (PPL) esse indicador sobe para alarmantes 932 casos (BRASIL,

2015).

As condições precárias às quais muitos custodiados são submetidos, entre elas a superlotação e a falta de ventilação e iluminação nas unidades prisionais, favorecem a disseminação da doença cuja bactéria é transmitida pelo ar. Outras condições frequentes entre presos também os tornam ainda mais vulneráveis, como a infecção por HIV, a má-nutrição e o uso de drogas.

No Brasil, há mais de 600 mil detentos, quarta maior população prisional do mundo, formada principalmente por jovens negros, de baixa escolaridade e de baixa renda. O sistema está com 161% de sua capacidade ocupada, o que significa que, em celas concebidas para custodiar dez pessoas, há em média dezesseis (BRASIL, 2015)

A superlotação é o fator determinante para os altos índices de tuberculose nos presídios brasileiros, de acordo com o vice-presidente da organização Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose (Rede TB). A população prisional é a mais vulnerável à doença, seguida da população de rua, das pessoas vivendo com HIV e da população indígena.

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência da evolução de um caso de coinfeção TB/HIV diagnosticado no Presídio Estadual Metropolitano II (PEM II).

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, vivenciado por uma técnica em Gestão Penitenciária a partir da atividade diária no trabalho como Enfermeira assistente no PEM II, localizado no pólo de Marituba no município de Marituba, que integra a Região Metropolitana de Belém (RMB) no estado do Pará no período de fevereiro a agosto 2018.

O relato de experiência trata-se de uma produção científica e metodológica que realiza uma reflexão a partir da descrição de experiências profissionais que contribuam na área de ensino, pesquisa, assistência e extensão (CAVALCANTE; LIMA, 2012). Para Gil, 2008, o relato de experiência se aplica quando o pesquisador tem o interesse em observar a ocorrência do fenômeno no campo social e não discuti-lo apenas do ponto de vista da teoria. Evidentemente, a teoria dialogará com o levantamento dos dados empíricos (os dados coletados no campo, observáveis na realidade) e na interpretação dos mesmos, mas o enfoque aqui é a construção da pesquisa com base em uma realidade delimitada.

O pólo de Marituba é composto por 03 unidades prisionais: PEM I, PEM II e PEM III que possuem número de vagas disponíveis de 404, 304 e 288, porém custodiam efetivamente 925, 605 e 555 PPL respectivamente, segundo dados da Diretoria de Administração penitenciária (DAP) 2018.

A população carcerária total no estado do Pará em junho/2018 é de 16.376 pessoas, sendo 15.489 do sexo masculino e 887 do sexo feminino, sendo 15.085 presos e 1.291 monitorados, destes 6.164 são provisórios, 6.803 em regime fechado, 2.019 em regime semiaberto, 1.291 em monitoramento eletrônico e 99 em medida de segurança.

A capacidade de custódia da Região metropolitana de Belém é de 4.896 vagas, porém são ocupadas 8.448, demonstrando déficit de 3.552 vagas, segundo dados do Diretoria de Administração Penitenciária (DAP), 2018.

O PEM II é uma unidade penal (UP) com capacidade de custódia para 304 pessoas privadas de liberdade (PPL), porém atualmente custodia 605 pessoas em situação de regime provisório. Tal demanda aumentada de aglomerado de pessoas corrobora significativamente para a disseminação de doenças infectocontagiosas como a Tuberculose.

Para Cavalcante e Lima (2012), o relato de experiência é um instrumento da pesquisa descritiva que tem o intuito de expor uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações vivenciadas no contexto profissional e que seja de interesse para discussões e pesquisas.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O custodiado CJOB, 30 anos, deu entrada no Presídio Estadual Metropolitano II em 15/02/2018 pelo fato de ter incorrido no artigo 157, ato criminoso caracterizado como roubo simples, correspondendo a tipificação criminal de 8,18% dos custodiados do Sistema Penal do Pará segundo dados da DAP (2018). Realizado Teste rápido para HIV, Biomanguinhos lote 1223/2016 com resultado da amostra reagente para HIV.

O custodiado foi encaminhado para a Unidade de Referência Especializada estadual em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais (URE DIPE) em 15/03/2018 na cidade de Belém- Pará, que por protocolo realizou mais 02 testes rápidos de laboratórios diferentes com resultados das amostras Positivas. Realizou coleta de contagem de Linfócitos T CD4/CD8. Foi agendado avaliação com o Infectologista da URE DIPE que iniciou tratamento em 20/05/2018 com Tenofovir 300mg 01 comprimido/dia com busca bimestral na URE DIPE. Custodiado vinha relatando tosse com expectoração purulenta, perda ponderal de peso acompanhada de febre noturna e mal-estar geral. T: 38°C. Realizado pesquisa de BAAR no escarro 02 amostras com resultado (++) (++) . Iniciado esquema para Tuberculose pulmonar conforme preconizado pelo Programa Nacional de Controle de Tuberculose (PNCT) em 12/06/2018. Peso no início do tratamento: 51Kg. Indicado 04 comp/jejum Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol 150/75/400/275mg. Foi indicado tratamento supervisionado 3X/semana pela equipe técnica por 1 mês e após este período de forma supervisionada 1X/semana. Solicitado avaliação nutricional, sendo indicado dieta hiperproteica e hipercalórica com

uso de nutrientes imunomoduladores.

Condições de vida dos detentos são fatores de risco para o desenvolvimento da doença, onde se destacam a superlotação, a pouca ventilação, juntamente com condições sanitárias adversas, baixo nível socioeconômico e o uso de drogas. Este conjunto possibilita a compreensão de epidemiologia no interior desses locais e a associação do tempo de prisão e a taxa de infecção pela micobactéria, que implica um risco aumentado para a co-infecção tuberculose/HIV. Em todo mundo, em especial nos países em desenvolvimento, o HIV é o fator de risco mais importante para progressão da infecção para doença TB (GOIS et al., 2015).

No decorrer do tratamento o custodiado vinha realizando consulta mensal regular com a equipe técnica, composta por Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Nutricionista, Assistente Social, Técnico em Enfermagem e equipe de Segurança da Unidade Penal, o mesmo relatava para todos os membros da equipe o uso regular da medicação. O Ministério da Saúde (2017) afirma que a rede pública conta com 236 equipes da Atenção Básica do Sistema Prisional. Essas equipes são divididas em três tipos, a depender dos profissionais que participam. São médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, entre outros. Em 2016, foram realizados 167.459 atendimentos por essas equipes, afirma a pasta. Em julho 2017, o Ministério da Saúde, anunciou a habilitação de mais 113 equipes de Saúde Prisional.

No dia 15/08/2018 foi realizada revista no bloco carcerário pelo Batalhão de Polícia do Choque da Polícia Militar do Pará (BPCHQ) e foram encontradas na oportunidade 04 cartelas da medicação do tratamento de tuberculose, sugerindo que o mesmo estava sem ingerir a medicação há aproximadamente 01 mês. A contagem das medicações antirretrovirais estava de acordo com o previsto do último recebimento, sugerindo que estava em tomada regular.

Um dos maiores problemas assimilados para o controle da TB é o abandono ao tratamento medicamentoso, que implica em resistência dos fármacos na população em geral, e, sobretudo em portadores das doenças em instituições penitenciárias, onde informações e cuidados são inseridos em uma problemática ainda mais agravada (WELLS et al., 2013). Os fatores que fragilizam a obtenção do sucesso terapêutico são relacionados a eventos complexos e diversificados, como: falta de informação e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento, etilismo, tabagismo e o uso de drogas ilícitas, crença da obtenção de cura através da fé, problemas socioeconômicos, intolerância medicamentosa, regressão dos sintomas no início da terapêutica, longo tempo de tratamento e a grande quantidade de comprimidos ingeridos, são fatores que resultam no abandono do tratamento (SÁ et al., 2013).

Estudos sobre a saúde da população encarcerada no Brasil e nos países em desenvolvimento evidenciam os mesmos problemas que em outros continentes, inclusive o europeu, com a crescente taxa de ocupação prisional, sem a concomitante adequação de estrutura física e de recursos humanos, somada às condições precárias de higiene, ventilação e iluminação solar nas celas. Estes fatores resultam na

ocorrência da TB em presídios, sendo um preocupante problema de saúde pública, devido tamanha magnitude (ALVES et al., 2014).

5 | CONCLUSÃO

O custodiado estava com pedido de Prisão em Regime Domiciliar em andamento devido ao tratamento de HIV em andamento. Por tal fato o custodiado decidiu não fazer uso da terapêutica para Tuberculose para não obter melhora clínica e assim ter a concessão da Prisão em Regime Domiciliar. Observa-se que além das dificuldades diversas para o controle efetivo da TB no sistema prisional, no que tangencia a questão de recursos humanos reduzido para uma população carcerária cada vez emergente; escassez de material técnico como panfletos, cartazes e insumos laboratoriais para realização de cultura e teste de sensibilidade; ausência do profissional Biomédico exclusivo fazer a análise e liberação dos resultados das baciloscopias direta e cultura em tempo hábil; ausência de espaço físico na Unidade penal para educação em saúde para promover a promoção e prevenção; falta de transporte ou escolta militar para a condução de custodiado extra muro para apoio diagnóstico; priorização das audiências em detrimento de atendimento médico externo e reduzido investimento em qualificação profissional, ainda esbarramos em pessoas dispostas a não seguir o regime terapêutico proposto para receber beneficiamento próprio e tentar obter a concessão do regime de prisão domiciliar. Porém tal conduta foi interpretada como de má-fé pela equipe técnica do PEM II. Foi realizada comunicação imediata por meio de relatório técnico da enfermagem, psicologia e serviço social da UP para a Coordenadoria de Saúde Prisional (CSP), Diretoria de Assistência Biopsicossocial (DAB) e Juiz responsável pelo caso. Tal conduta adotada resultou no enquadramento do custodiado no Crime de Perigo Coletivo: a exposição a perigo de lesão se dirige ao bem ou ao interesse de toda a coletividade ou a um número indeterminado de pessoas (risco de dano a bem jurídico coletivo ou plural ilimitado), alcança o todo ou grupo ilimitado (BRASIL, 2012). Tal crime está previsto no Capítulo III do Título I do Código Penal: Da Periclitación da Vida e da Saúde (artigos 130 a 136) pelo fato do mesmo expor ao risco de contaminação por doença infectocontagiosa aos outros custodiados. Continuou recluso naquela unidade prisional com instituição de tratamento diretamente observado (TDO) diário e inclusão de até 1 ano e 3 meses de reclusão a mais para cumprimento de pena total.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. S.; SOUZA, K.M.J.; OLIVEIRA, A.A.V; PALHA, F.P.; NOGUEIRA, J,A.; SÁ, L.D. **Abandono do Tratamento da TB e Integralidade da Atenção na Estratégia Saúde da Família**. *Enferm*, v. 21, n. 3, p. 650-7, 2014.

BRASIL. **Código de Processo Penal**. Decreto Lei nº3689 de 3 de outubro de 1941. In: *Vade mecum penal e processual penal*. 3ª ed. Niterói, RJ: Impetus, 2012.

BRASIL. **Ministério da Justiça**. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: *Ministério da Justiça*. BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil livre da tuberculose. Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2017 mar 8]. 52 p. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43456-populacao-carceraria-e-foco-de-projeto-contr-a-tuberculose-2>. Acesso em 27 de setembro de 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil livre da tuberculose. Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2018 mar 8]. 52 p. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B0CE2wqdEaReVc5V3cyMVFPcTA/view>. Acesso em 03 de outubro de 2018.

CAVALCANTI, B. L. L.; LIMA, U. T. S. **Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas**. J Nurs Health, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 2, p. 94-103, jan-jun. 2012.

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA (DAP). Superintendência do Sistema Penitenciário do Pará (SUSIPE). **Susipe em números**. Disponível em www.susipe.pa.gov.br. Acesso em 02 de outubro de 2018.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2008.

GOIS, S. M.; SANTOS JÚNIOR, H.P. O.; SILVEIRA, M. F. A.; GAUDÊNCIO, M.M.P. **Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária**. Ciênc. saúde coletiva, v. 17, n. 5, 2015.

SÁ, L. D.; NOGUEIRA, J.A.; MENDES, K.J.S.; VILLA, T.C. S. **Tratamento da TB em Unidades de Saúde da Família: História de Abandono**. Enferm., v. 16, n. 4, p. 712-8, 2013.

WELLS, B. G. **Manual de Farmacoterapia**. São Paulo, SP: Editora McGraw Hill, 2013.

World Health Organization. **Bending the curve: ending TB**. Annual report 2017 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 Mar 8]. 72 p. Available in: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/254762>.

World Health Organization. **The end TB strategy** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2018 Feb 14]. 16 p. Available in: http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/.

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E SERVIÇO DE SAÚDE-COMUNIDADE EM TEMPOS DE ZIKA

Rubens Bedrikow
Carolina Neves bühl

RESUMO: Desde 2015, o Brasil enfrenta uma epidemia de zika. A gravidade dos casos, aliada à dificuldade de controle do vetor, tem provocado medo, angústia, insegurança e até neurose coletiva. A pesquisa estudou possíveis mudanças nas relações médico-paciente e serviço de saúde-comunidade diante da epidemia atual. A análise de conteúdo de entrevistas semi-estruturadas com médicos e usuários de unidades básicas de saúde do município de Campinas-SP mostrou que o tema da infecção pelo zika vírus não surgiu durante as consultas de pré-natal, deixando assim de causar impactos emocionais tanto em profissionais da saúde como em usuários. No que diz respeito à relação serviço de saúde-comunidade, as mesmas estratégias coletivas de combate a dengue foram transferidas para o combate à zika, não havendo importantes alterações dessa relação. Além disso, as opiniões sobre o modo como a mídia abordou o assunto divergiram entre pertinência e exagero. Conclui-se então que, no município de Campinas, a epidemia de zika não atingiu a preocupação das gestantes, não afetando a relação médico-paciente pois a carga emocional e também conteudista atrelada ao assunto não

precisou ser trazida à tona.

Palavras-chave: Zika, Relação médico-paciente, Saúde da família

ABSTRACT: Brazil deals with a zika virus outbreak since 2015. Severe cases and difficulty in controlling zika's vector has provoked among the people fear, anxiety, insecurity and even collective neurosis. This research studied possible changes in patient-physician and health service-community relationships during this current epidemic. The content analysis of semi-structured interviews with physicians and users of Basic Health Units of the city of Campinas-SP, in Brazil, showed that the topic of zika's infection did not emerged during prenatal consultations in this south-eastern Brazilian city, so there would be no emotional impact on physicians or patients. On the subject of health service-community relationship, the same collective strategies employed in dengue's control have been used for zika's outbreak control, not having significant changes in this relationship. The views on how the media has dealt with zika's outbreak diverged among those interviewed, some of them believed it was relevant and others considered that the media may have overstated the issue. It was concluded that pregnant women in the city of Campinas-SP do not care much about the risk of zika's infection, without affecting the patient-

physician relationship.

KEYWORDS: Zika, Patient-physician relationship, Family health

1 | INTRODUÇÃO

A epidemia de zika

O Brasil enfrenta desde 2015 uma epidemia de zika - doença transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* que, além de febre baixa, dores de cabeça leves, exantema maculopapular, mal estar, conjuntivite e artralgia, pode provocar microcefalia congênita e síndrome de Guillain-Barré. O vírus da zika é um vírus da família *Flaviviridae*, do gênero *Flavivirus*. Foi isolado pela primeira vez em 1947 de um macaco-reso (*Macaca mulatta*) na floresta de Zika na República de Uganda e foi isolado pela primeira vez em humanos em 1968, na Nigéria. Acredita-se que sua entrada no Brasil tenha se dado durante a Copa do Mundo de 2014, quando da visita de turistas de várias partes do mundo, inclusive de áreas atingidas de forma mais intensa pelo vírus, como a África — onde surgiu — e a Ásia.¹

A gravidade dos casos, caracterizada pela ocorrência de microcefalia, associada à dificuldade de controle dos criadouros do mosquito transmissor tanto da zika como da dengue e chikungunya, tem provocado medo, angústia, insegurança e até neurose coletiva.² De acordo com Junqueira et al. (2015), “Presenciamos uma realidade nova em termos de saúde pública, uma doença com complicações ainda pouco conhecidas e potencialmente limitantes”.³

Com relação à microcefalia, o maior risco da infecção pelo vírus zika ocorre durante os primeiros quatro meses de gestação, quando se dá o desenvolvimento do córtex cerebral do feto. Não necessariamente uma gestante, uma vez contraído zika, terá um bebê com microcefalia, porém estudos apontam um risco relevante, sendo imprescindível o acompanhamento pré-natal.¹ O aumento de casos no país foi declarado um evento emergencial de saúde pública. A epidemia, nunca antes ocorrida em nenhuma região do mundo, mobiliza o Ministério da Saúde, juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a unir esforços de diversos especialistas, elaborando protocolos sobre diagnóstico, vigilância e assistência. Semanalmente, o Ministério da Saúde divulga dados atualizados de microcefalia e investigação das causas.^{4,5}

O professor Willian Saad Hossne, em entrevista ao O Estado de São Paulo, ao comentar a recomendação do Ministério da Saúde para que as mulheres deixem para engravidar em outro momento, afirma que ninguém tem o direito de levantar uma angústia e dar as costas e se pergunta até que ponto essa recomendação é útil, até onde é eficiente? ² O mesmo professor destaca a importância, no cenário atual, do sentimento de filia, isto é, “amizade com amor. Um precisa gostar do outro. E é exatamente na hora em que a pessoa mais precisa que às vezes a gente não dá a

atenção devida. Não é tratar com a última geração de antibióticos, mas saber como acolher o indivíduo”.²

Recomendações outras como uso de roupas de manga comprida, calça comprida, uso de repelentes têm acarretado mudanças no comportamento das pessoas, principalmente das mais vulneráveis como as gestantes.

Relação médico-paciente

A medicina une a ciência e o método científico à arte de ser médico.⁶ Médicos e pacientes ou usuários de serviços de saúde encontram-se, em geral, num contexto de doença, riscos ou possibilidade de ocorrência dos mesmos. Ambos trazem para esse encontro seus saberes, afetos, medos, certezas e inseguranças. Do médico, espera-se conhecimento científico, mas também competência para enxergar no paciente um sujeito participativo, com certo grau de autonomia, capaz de construir seu projeto de cuidado conjuntamente com seu médico. O paciente busca nesse profissional de saúde conhecimento científico, mas também um interlocutor capaz de acolhê-lo nos momentos de fragilidade e sofrimento. De acordo com Cohen e Marcolino⁷ (1999, p. 57), “os profissionais de saúde estabelecem especial relação de confiança [...] com seus pacientes”. Essa faceta da clínica, que valoriza o sujeito tanto quanto a doença, tem merecido atenção por parte de profissionais, docentes e pesquisadores a ponto de se ampliar o método clínico tradicional e preconizar uma medicina centrada na pessoa.

A medicina centrada na pessoa “fornece um método integrado e sistemático para juntar a pessoa e a doença”⁸. Campos (2003)⁹ propõe o “deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o Sujeito concreto, no caso, um sujeito portador de alguma enfermidade”. Um dos conceitos da clínica ampliada consiste na singularidade de cada sujeito “é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo” (Cartilha da Política Nacional de Humanização, 2008), além de abordar também a responsabilidade dos profissionais da saúde sobre os usuários, o compromisso radical e singular com o doente, não abandonando o compromisso ético e reconhecendo os limites dos conhecimentos científicos e tecnologias, buscando outros conhecimento em outros setores. Ressalta-se então, que essa clínica deve considerar sentimentos e outros eventos da vida do sujeito, que não a doença.¹⁰

Interessou-nos, nesta pesquisa, conhecer possíveis mudanças na relação médico-paciente e serviço de saúde-comunidade no contexto de uma epidemia de doença até então inexistente no país. Como têm sido os encontros entre médicos e gestantes no pré-natal? Mudanças entre o período anterior e posterior à epidemia de zika? As pacientes fazem perguntas sobre a doença? O que perguntam? E os médicos, o que respondem? Como fornecem as explicações? Sentem-se preparados e

suficientemente informados sobre a doença? Como lidam com os medos e incertezas? A epidemia de zika exige novas formas de abordagem no pré-natal?

Em muitas unidades de saúde é possível observar cartazes e avisos afixados nas paredes informando os usuários sobre a zika. Que tipo de informação encontramos nesses cartazes? Como os usuários a recebem? Realmente informam e ajudam ou provocam pânico, medo?

METODOLOGIA

Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, optou-se por metodologia qualitativa, empregando-se a entrevista semi-estruturada e a observação.

Foram entrevistados profissionais de saúde e usuária de Unidades Básicas de Saúde de Campinas - SP. Utilizou-se um roteiro de entrevistas construído a partir do cruzamento dos objetivos com as informações apreendidas da revisão de literatura.

Aos profissionais de saúde, perguntou-se: “1) Os pacientes que você atende têm trazido o tema da infecção pelo zika vírus às consultas? 2) De que forma esse tema é trazido? Quais as principais questões ou dúvidas que têm aparecido? 3) Como você se sente ao ter que lidar com essa questão? 4) Em que medida você se sente preparado, capacitado para fornecer orientações? 5) Onde o profissional poderia se apoiar em momentos de tensão e angústia com relação ao tema? 6) Qual o papel da mídia na transmissão de informações sobre o zika vírus? 7) Quais as estratégias já existentes e as que poderiam ser utilizadas com a comunidade como um todo?”

À usuária, perguntou-se: “1) Você tem levado o tema da infecção pelo zika vírus às consultas? 2) Quais suas principais dúvidas sobre o tema? 3) Você encontra espaço nas consultas para discutir tema? Como tem sido essas conversas? 4) Como você se sente ao ter que discutir esse tema com seu médico? 5) Em que medida você sente que seu médico está preparado para responder suas dúvidas? 6) O que você achou das notícias veiculadas na mídia sobre o assunto? 7) Você observou alguma estratégia coletiva do Centro de Saúde em sua comunidade com relação ao zika vírus?”

As entrevistas foram gravadas e transcritas, permitindo assim diversas análises posteriores, em busca de eixos temáticos recorrentes nos discursos. Os próprios pesquisadores exerceram o papel de entrevistadores, e as entrevistas foram realizadas apenas após a obtenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Número do CAAE: 56582516.8.0000.5404) – que foi lido e esclarecido aos participantes da pesquisa. Foram critérios de inclusão no estudo profissionais de saúde que atendam gestantes ou seus familiares e usuários de unidades básicas de saúde, de ambos os sexos, maiores de 18 anos. Foram critérios de exclusão pacientes que não apresentem condições mentais para fornecer entrevista.

Utilizou-se a técnica da análise de conteúdo. Num primeiro momento, procederam-se leituras flutuantes do material, com o intuito de tomar contato com as transcrições,

apreendendo de forma global as ideias principais e seus significados gerais, organizando de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise, Campos (2004) ¹¹. Uma vez apreendido os conteúdos mais importantes, buscou-se os principais temas presentes nas transcrições.

Além das entrevistas, foram feitas observações e registros fotográficos de material fixado nas paredes da recepção de Centros de Saúde. Procedeu-se a observação livre das fotografias, a fim de apreender as principais mensagens que emergiam desses registros, e seus significados.

Finalmente, elaborou-se uma síntese interpretativa, que buscou reponder os questionamentos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das transcrições das entrevistas, observou-se que, no município de Campinas, a infecção pelo zika vírus parece não preocupar a população. As respostas às perguntas iniciais da entrevista foram em sua maioria negativas, dificultando assim o desenvolvimento das perguntas seguintes a cerca do tema. As gestantes não estão levando o tema da infecção às consultas de pré-natal, ou por falta de informação ou por achar que o problema ainda está distante, já que em Campinas não ocorreu nenhum caso de microcefalia devido à infecção, segundo a opinião dos profissionais de saúde. Assim, não há momentos de tensão ou carga emocional negativa dentre as equipes de saúde, que mesmo sem uma demanda das pacientes, orientam e prescrevem o uso de repelentes e vestimentas compridas durante toda a gestação como rotina de pré-natal.

A obtenção de informações sobre a arbovirose pelos profissionais de saúde se dá por estudos de artigos, discussões em equipes e cursos de capacitação fornecidos pela secretaria de saúde do município. Podem contar também com o apoio da vigilância epidemiológica de cada distrito de saúde em caso de dúvidas de como proceder uma investigação de suspeita.

As opiniões sobre o modo que a mídia abordou o assunto no início da epidemia divergiram entre exagero e pertinência. Ao mesmo tempo que foi importante para ampla divulgação do assunto, de forma a atingir diversas classes socioeconômicas e colocar um foco importante sobre o tema, pode ter gerado um pouco de pânico desnecessário entre as gestantes e mulheres em idade reprodutiva.

A estratégia coletiva dos Centros de Saúde para com a comunidade é a realização de mutirões de panfletagem e orientações sobre o combate ao *Aedes aegypti*, bem como visitas dos agentes comunitários de saúde às casas da área de abrangência. Surgiu também como estratégia coletiva a ideia de montagem de grupos de gestantes, porém isso não vem sendo feito devido à baixa adesão das mesmas.

No que se refere aos avisos, cartazes e painéis dispostos nas unidades básicas de

saúde visitadas, os pesquisadores analisaram o formato e conteúdo de quatro (fotos 1, 2, 3 e 4). Três deles caracterizam-se por serem coloridos e com o nome das doenças - zika, dengue e chikungunya - ou a expressão “FIQUE ALERTA” em destaque. O outro (foto 2) corresponde a uma cartolina bege colada na parede, contendo tabela monocromática com nomes dos bairros e das doenças e números. Não apresenta um título ou alguma frase que explique o que a tabela quer dizer, o que pode tornar sua interpretação difícil para os usuários da unidade. A falta de cores e figuras não chama a atenção dos pacientes, podendo assim passar despercebido. Mostra o número de casos registrados de cada arbovirose por bairro da área de abrangência do centro de saúde, podendo provocar angústia, medo e espanto em pacientes de bairros com mais casos dessas doenças ou descaso nos usuários residentes em localidades com poucos casos. Encontra-se ao lado de consultório e longe de sala de espera ou recepção, o que pode indicar que essa tabela não se destina a usuários e sim aos profissionais de saúde. Ainda assim, os pacientes que circulam por esse corredor tem acesso a essa tabela e, cada um a sua maneira, incorporam um pouco dessa informação epidemiológica descolada de orientações sobre sintomas, sinais de alerta e medidas de prevenção.

Um dos painéis (foto 1) continha informações sobre os sintomas dessas doenças, mas nenhuma informação sobre como agir diante de quadro clínico suspeito ou sobre formas de prevenção. Sobre esse painel dedicado especialmente às arboviroses, afixou-se uma folha com aviso sobre a vacina BCG, o que pode produzir a sensação de painel antigo, desatualizado, descuidado. A presença de um grande ventilador na frente de uma parte do painel dificulta a aproximação do usuário e pode sugerir que parte da própria equipe de saúde não atribui grande significado a essa forma de comunicação.

Em um dos centros de saúde, os avisos (foto 3) estão dispostos na parede ao redor da janela da farmácia. Um grande aviso escrito “FIQUE ALERTA” está logo acima da placa “Farmácia”, o que, de certa forma, pode confundir os usuários que podem associar o aviso à dispensação ou uso de medicamentos. Ao lado e mais abaixo, avisos menores visam informar sobre as arboviroses e seus sintomas. Apesar de serem coloridos e chamarem a atenção, é preciso chegar muito perto para ler, uma pessoa por vez, o que certamente compromete a eficácia da estratégia. Essa nítida disparidade de tamanho entre o aviso que recomenda ao usuário ficar alerta e os que trazem informações sobre os sintomas das doenças sugere que a finalidade primeira era conquistar a atenção do usuário que, uma vez “captado” passaria a ler os demais avisos. Foi curioso constatar que uma médica dessa unidade nunca havia notado a presença desses avisos e de seus conteúdos.

Um painel grande e colorido, na entrada do centro de saúde, com os dizeres “FIQUE ALERTA” tem a finalidade de alcançar muitas pessoas. Porém, o fundo alegre, de flores, tende a passar uma mensagem de algo bom, podendo desviar o foco de informar sobre doenças graves. Sobre esse painel foram coladas folhas de papel

sulfite contendo informações técnicas. No entanto, as letras muito pequenas e o fato dessas folhas mostrarem-se desgastadas, amassadas, desbotadas, dá a impressão de que aquilo é assunto velho, desatualizado e restringe o interesse dos usuários. Além disso, há uma cadeira na frente do painel para o guarda/vigilante, o que indica que na maior parte do tempo as informações ficam escondidas atrás da cadeira. As pessoas sabem que tem que ficar alertas, mas não sabem com o que.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do conteúdo de transcrições de entrevistas realizadas com profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Campinas-SP e dos avisos e painéis presentes em unidades básicas de saúde mostrou que o tema da infecção pelo zika vírus quase não esteve presente durante as consultas de pré-natal, deixando assim de causar impactos emocionais tanto em profissionais da saúde como em usuários. No que se refere à relação serviço de saúde-comunidade, houve intencionalidade de alertar a população para os riscos dessa arbovirose através de painéis e avisos que, pela forma como foram elaborados, mais do que informar sobre os sintomas e medidas de prevenção, serviram para chamar a atenção do usuário. As mesmas estratégias coletivas de combate a dengue foram transferidas para o combate à zika, não havendo importantes alterações dessa relação. Além disso, as opiniões sobre o modo como a mídia abordou o assunto divergiram entre pertinência e exagero. Conclui-se então que, no município de Campinas, a epidemia de zika não atingiu a preocupação das gestantes, não afetando a relação médico-paciente pois a carga emocional e também conteudista atrelada ao assunto não precisou ser trazida à tona.

REFERÊNCIAS

Wikipédia - a enciclopédia livre. Vírus Zika. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/V%C3%ADrus_Zika> Acesso em: 27 de janeiro de 2016.

Manir M. Contornos de uma angústia. O Estado de São Paulo, São Paulo, 20 de dezembro de 2015, p. E1.

Junqueira FM, da Rocha MCP, Abati P. A origem do zika vírus e a microcefalia. Carta Educação; Carta Capital, 14 de dezembro de 2015. Disponível em: <<http://www.cartaeducacao.com.br/disciplinas/ciencias/a-origem-do-zika-virus-e-a-microcefalia/>> Acesso em: 26 de janeiro de 2016.

Nardi, AC. Zika: responsabilidade e urgência nas ações. Gazeta do Povo, 22 de dezembro de 2015. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/opiniao/artigos/zika-responsabilidade-e-urgencia-nas-acoes-451btedg59qkeq4mp5s721sk6>> Acesso em: 28 de janeiro de 2016.

WHO – World Health Organization. Pan American Health Organization. Zika Epidemiological Alerts and Updates. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11599&Itemid=41691&lang=en> Acesso em: 28 de janeiro de 2016.

Goldman L e Ausiello D. Abordagem à medicina, ao paciente e à profissão médica: medicina como uma profissão humana e aprendida. In: Cecil, tratado de medicina interna. Goldman L e Ausiello D [editores]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

Cohen C e Marcolino JAM. Relação Médico-Paciente. In: Segre M. e Cohen C. Bioética. São Paulo: EDUSP, 1999.

McWhinney IR e Freeman T. Manual de Medicina de Família e Comunidade. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Ver. Bras. Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out; 57 (5): 611-4

PREVENÇÃO DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ARBOVÍRUS: DENGUE, ZICA E CHIKUNGUNYA NO IFPE - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Angélica de Godoy Torres Lima

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Belo Jardim. Departamento de Enfermagem. Belo Jardim-PE

Romina Pessoa Silva de Araújo

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Belo Jardim. Departamento de Enfermagem. Belo Jardim-PE

Suzana Santos da Costa

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Belo Jardim. Departamento de Enfermagem. Belo Jardim-PE

Monaliza Fernanda de Araújo

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Belo Jardim. Departamento de Enfermagem. Belo Jardim-PE

Sheila Renata Ferreira da Silva

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco *campus* Belo Jardim. Departamento de Enfermagem. Belo Jardim-PE

RESUMO: Este estudo teve como objetivo relatar a experiência das discentes durante intervenções educativas de um projeto de extensão sobre as diversas patologias causadas pelos arbovírus, dando ênfase à dengue. Foi destacada em nossa primeira ação a importância das medidas profiláticas para o combate aos vetores, destacando a prevalência de casos de dengue notificados no Brasil, onde nos últimos dez anos foram registrados mais

de 3,5 milhões de casos de infecções pelo vírus da dengue. Nessa ação, apresentamos à comunidade acadêmica do IFPE *Campus* Belo Jardim, o potencial que mosquito *Aedes aegypti* tem, além de transmitir o vírus da dengue, ele possui capacidade de propagar outras doenças, como a febre amarela, febre chikungunya e o zika vírus. Ao longo do trabalho, expomos à comunidade as ações preventivas para impedir a proliferação do mosquito através de medidas simples que contribuam na redução de casos de infectados, também demonstrando o seu papel na prevenção. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, tipo relato de experiência, desenvolvido por discentes do curso técnico em enfermagem do IFPE *campus* Belo Jardim, participantes do projeto de extensão intitulado por: “PREVENÇÃO DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ARBOVÍRUS: DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA”. Como resultado, percebeu-se um grande interesse dos participantes, possibilitando às extensionistas interação com a comunidade, além da troca de experiências com os mesmos. A adoção de medidas de educação em saúde contribuirá para que a comunidade coloque em prática atitudes de controle da Dengue, atingindo, assim, o objetivo proposto pelo projeto de extensão.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção; Educação em saúde; Dengue; Doenças Endêmicas; Aedes.

ABSTRACT: This study aimed to report the experience of students during educational interventions of an extension project on the various pathologies caused by arboviruses, with emphasis on dengue. The importance of prophylactic measures to combat vectors was highlighted in our first action, highlighting the prevalence of dengue cases reported in Brazil, where in the last ten years more than 3.5 million cases of dengue virus infections have been recorded. In this action, we present to the academic community of the IFPE Campus Belo Jardim, the potential that *Aedes aegypti* mosquito has, besides transmitting the dengue virus, it has the capacity to spread other diseases, such as yellow fever, chikungunya fever and zika virus. Throughout the work, we expose to the community the preventive actions to prevent the proliferation of the mosquito through simple measures that contribute in the reduction of cases of infected, also demonstrating their role in the prevention. This is a descriptive study, a type of experience report, developed by students of the nursing technical course of the IFPE Belo Jardim campus, participants in the extension project entitled: “PREVENTION OF DISEASES TRANSMITTED BY ARBOVIRUS: DENGUE, ZIKA AND CHIKUNGUNYA “. As a result, there was a great interest of the participants, allowing the extensionists interaction with the community, as well as the exchange of experiences with them. The adoption of health education measures will contribute to the community’s implementation of Dengue control attitudes, thus reaching the goal proposed by the extension project.

KEYWORDS: Prevention; Health education; Dengue; Endemic Diseases; *Aedes*.

INTRODUÇÃO

Dentre as diversas patologias que acometem a população brasileira, as arboviroses merecem destaque nesse cenário, devido a sua distribuição e epidemiologia. Dentre as arboviroses, a dengue é atualmente uma das grandes preocupações para as autoridades da saúde pública, não só pelo elevado número de casos, mas também pela sua capacidade de criação de epidemias.

Segundo Oliveira (2012), a dengue é um dos principais impasses re-emergentes do mundo, ou seja, é uma doença que apresenta mudança no seu comportamento epidemiológico, onde outrora havia sido controlada e na atualidade voltou a apresentar ameaça à saúde humana. O número de casos de dengue no Brasil notificados nos últimos dez anos foi mais de 3,5 milhões, com aproximadamente 50 mil casos classificados como graves.

Conforme Girardi (2010), a dengue é uma doença infecciosa febril, de curso agudo, causada por um vírus de genoma RNA, que possui quatro sorotipos distintos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4, que são responsáveis pelas diferentes formas de apresentação da doença, bem como suas gravidades, agravando seus sintomas após a segunda ou terceira infecção conforme o tipo de vírus envolvido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Uma vez infectada por um dos sorotipos a pessoa adquire imunidade duradoura e específica para o sorotipo envolvido, podendo se infectar posteriormente

com os demais sorotipos, elevando assim as chances de desenvolver a forma mais grave da dengue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007; IOC/FIOCRUZ, 2017B).

A dengue pertence ao gênero *Flavivirus* e à família *Flaviviridae* e a sua transmissão ocorre durante a picada do vetor infectado pelo vírus. Apenas a fêmea do mosquito é quem pica as pessoas por ser hematófaga, pois precisa de sangue para desenvolver os ovos e maturar os ovários, sendo, portanto, a responsável pela inoculação do agente nos seres humanos. No Brasil, embora exista a presença do *Aedes albopictus*, o qual apresenta potencial para transmitir a doença, o *Aedes aegypti* é o principal vetor responsável pela transmissão da doença, possuindo hábitos domésticos e diurnos, com preferência por lugares quentes e úmidos e utilizando, preferencialmente, os reservatórios de água limpa para depositar seus ovos. Esses ovos são altamente resistentes a dessecação, onde podem manter-se viáveis na ausência de água por até 450 dias (CLARO et al., 2004).

Quando a fêmea do mosquito não encontra recipientes para depositar seus ovos, ela, em casos excepcionais, pode voar a grandes distâncias em busca de outros locais para depositar seus ovos. Nas habitações, o adulto do *Aedes aegypti* normalmente é encontrado em paredes, móveis, peças de roupas penduradas e mosquiteiros, barris, tonéis, pneus, latas, vasos de planta, tanques, caixas d'água. Enfatiza-se o mosquito não deposita seus ovos diretamente na água, mas em um lugar bem próximo à superfície da água, ou seja, na parede do recipiente. Após a eclosão do ovo, o desenvolvimento do mosquito até a forma adulta leva um período de aproximadamente 10 dias (RODRIGUEZ, 2010).

Vale ressaltar que o mosquito *Aedes aegypti*, além de transmitir o vírus da dengue, ele também possui capacidade de propagar a febre amarela, febre chikungunya e o zikavírus (NUNES, 2015, p.7).

Portanto, a melhor forma de se controlar e evitar a dengue e as outras doenças que são transmitidas por esse mesmo vetor, é impedir que o mosquito se prolifere, interrompendo seu ciclo de reprodução (RODRIGUEZ, 2010). Por essa razão, é necessário que as ações para o controle da dengue sejam feitas de maneira intersetorial, mas também a participação efetiva de cada pessoa, na eliminação dos criadouros existentes ou possíveis locais para reprodução do mosquito.

Nesse contexto, observando o crescente número de casos de dengue que coincidiram com o período de chuvas na região, surgiu o interesse em relatar nossa experiência vivenciada em nossa primeira ação do projeto de extensão intitulado: Prevenção de doenças transmitidas por arboviroses: Dengue, Zika e Chikungunya no IFPE - *Campus* Belo Jardim, em que neste primeiro momento foi enfatizada a prevenção à Dengue, destacando a ideia de trabalharmos com ações de conscientização às pessoas acerca da prevenção e do controle do vetor, a fim de chamar a atenção, mostrando o seu papel nesse controle, para adoção de medidas simples que contribuam na diminuição dos índices de infestação relacionados à doença, haja vista que o número de casos no município é crescente e preocupante.

O objetivo do presente trabalho é relacionar a literatura com a experiência prática, vivenciada durante essa atividade do projeto, observando as perspectivas e desafios encontrados em relação à prevenção e o combate aos vetores na contemporaneidade.

Pode-se dizer que ao adotar medidas práticas de educação em saúde, poderemos atingir o objetivo proposto, disseminando o saber para pôr em prática as atitudes a serem tomadas para o controle da Dengue, permitindo interferir de forma positiva no processo saúde-doença. Além do mais, as informações transmitidas serão de suma importância para estimular a participação popular no controle vetorial e, conseqüentemente, reduzir os altos índices de infestação do *Aedes aegypti*.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, tipo relato de experiência, desenvolvido por discentes do curso técnico em Enfermagem do Instituto Federal de Educação, Ciência e tecnologia de Pernambuco (IFPE) *Campus* Belo Jardim, e participantes do projeto de extensão intitulado “PREVENÇÃO DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ARBOVÍRUS: DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA NO IFPE *campus* BELO JARDIM”, a partir da primeira ação que foi executada pela equipe do projeto. O público-alvo era composto por discentes e servidores do IFPE. Participaram desta ação cerca de 64 pessoas, sendo 54 discentes e dez servidores do *campus*, além da equipe do projeto que é composta por dez docentes e duas discentes.

A ação vivenciada originou nesse relato de experiência que teve como temática a prevenção e o combate aos vetores. Para dar início a ação, houve uma acolhida seguida de uma apresentação do projeto de extensão, esclarecendo e informando quais seriam os objetivos do projeto e ressaltando a importância da presença da comunidade escolar, incentivando, assim, o retorno dos presentes nas próximas ações.

A referida ação foi desenvolvida em duas etapas: a primeira buscou informações sobre o conteúdo através de dinâmicas educativas sobre as arboviroses, para que houvesse uma interação com os alunos e docentes presentes, sendo o conteúdo colocado de forma bem sucinta, de modo a perceber e valorizar o conhecimento dos mesmos acerca do tema; a segunda etapa foi direcionada às orientações sobre as medidas de prevenção e de profilaxias no controle da dengue. Essa atividade foi realizada no dia 05 de Março de 2018, no IFPE *campus* Belo Jardim, onde no turno matutino ocorreu no bloco administrativo, das 08h30min às 11h30min, e no turno vespertino no ginásio de esportes, das 15h00min às 16h30min.

Na ocasião houve apresentação oral, distribuição de amostras de Larvicidas, material informativo e brindes voltados ao tema (Figura A e B). A ação foi formulada visando despertar o interesse e a conscientização dos discentes e servidores para as práticas de combate ao vetor. A comunidade escolar teve a oportunidade de conhecer os aspectos gerais do mosquito e as principais doenças que esse vetor pode transmitir

dando ênfase à dengue.



Figura 1. (A) Orientação acerca das medidas de intervenção para o combate ao vetor transmissor (B) extensionistas do projeto. (Arquivo pessoal-2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto de extensão foi planejado a partir da verificação da grande quantidade de casos da Dengue, Zika e febre Chikungunya que ocorre no agreste pernambucano, e visa possibilitar a sensibilização e a disseminação de informações entre os alunos e funcionários do *campus* que estiveram presentes na ação.

A ação proposta pelo projeto possibilitou às extensionistas uma interação com os discentes e servidores, além da troca de experiência com os mesmos, pois o que fundamenta o projeto de extensão é a troca de saberes acadêmicos e populares, permitindo assim levar, para toda a comunidade, uma conscientização maior sobre a

prevenção destas doenças através de ações educativas.

A atividade foi planejada para ser abordada na comunidade escolar, tanto para os discentes quanto para os servidores do *campus*. Neste primeiro momento buscou-se dar ênfase à dengue, por se tratar de um impasse atual da saúde pública e estar presente em toda a sociedade. Para isso, buscamos métodos que fossem atrativos, ou seja, que chamassem a atenção e que fossem de fácil compreensão para as pessoas.

Foram realizadas duas dinâmicas: na primeira buscou-se observar o conhecimento das pessoas sobre o assunto, através de algumas perguntas que foram formuladas pelas extensionistas do projeto a respeito das arboviroses. Na segunda dinâmica, foram explicadas as principais manifestações clínicas/sintomas das doenças, onde os participantes puderam identificá-los e tirar suas dúvidas de forma dinâmica e interativa.

Após as dinâmicas, as extensionistas apresentaram as características do mosquito e uma orientação sobre as medidas de prevenção e de combate ao vetor, expondo, de forma clara e objetiva, que o combate exige a participação e a mobilização de toda a comunidade com a adoção de medidas simples, como evitar o acúmulo de água nas casas, buscando a interrupção do ciclo de transmissão e contaminação. Na sequência, houve distribuição de amostras de larvicidas, folders, entrega de brindes e agradecimentos, que tiveram como propósito incentivar e estimular a presença dos participantes nas próximas ações do projeto.

Através dessa atividade, constatamos que as ações educativas apresentadas dessa maneira, devem ser trabalhadas continuamente a fim de serem inseridas no cotidiano desses indivíduos na expectativa de assumirem o caráter transformador do processo educativo, favorecendo a prevenção, promoção da saúde e, principalmente, o exercício da construção da cidadania.

CONCLUSÃO

Com o presente relato de experiência, conclui-se que as pessoas envolvidas nessa primeira ação do projeto de extensão terão a possibilidade de pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos durante a atividade, pois os resultados foram muito positivos com os participantes correspondendo as nossas expectativas, os quais demonstraram um elevado interesse pelo assunto e participaram ativamente das dinâmicas através dos relatos de suas dúvidas e experiências.

Para nós extensionistas, esta ação do projeto permitiu um maior contato com a comunidade escolar, bem como nos ensinou muito sobre como lidar com a população e como chamar a sua atenção para o que está sendo dito, através de uma informação desligada de termos técnicos com o objetivo de facilitar a comunicação e a interação.

A mobilização e o enfoque no combate ao vetor são essenciais para uma possível redução dos índices de morbimortalidade. As contribuições dos discentes, docentes e demais servidores do *campus* são fundamentais para a disseminação de informações

com os demais integrantes da comunidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, pois sem ele nós não teríamos conseguido produzir nossa primeira ação do projeto e esse relato de experiência.

Aos nossos pais e a toda nossa família, que foram a peça fundamental para a concretização do nosso trabalho.

A todos os discentes e servidores do IFPE *campus* Belo Jardim, em especial às nossas orientadoras Romina Pessoa e Angélica Godoy, por exigir de nós muito mais do que a gente esperava ser capaz de fazer, e dedicando, através de sua confiança e seu conhecimento, parte de seu tempo para o nosso projeto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue: roteiro para capacitação de profissionais médicos no diagnóstico e tratamento.** Cadernos de Atenção Básica, n. 3- Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** Cadernos de Atenção Básica, n. 21 - Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CLARO, Lenita Barreto Lorena; TOMASSINI, Hugo Coelho Barbosa; ROSA, Maria Luiza Garcia. Prevenção e controle da dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1447-1457, nov.-dez. 2004.

GIRARDI, Maria de Lourdes. **Avaliação da Vigilância Entomo-Epidemiológica no Programa de Controle da Dengue no Município de Cuiabá – MT.** 2010. 160f. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

NUNES, Franciele Pereira. **Controle do mosquito aedes aegypti e fungos entomopatogênicos: possibilidades de inserção de temas de biologia para ensino médio num contexto regional.** Rio de Janeiro, 2015. 68f. Trabalho de conclusão de curso (Monografia)-Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Fluminense.

OLIVEIRA, Gyselle Lopes Armindo. **Prevenção e controle da dengue no município de Sabará/ MG: análise de materiais educativos impressos e das representações sociais de agentes de controle de endemias.** Belo horizonte, 2012. 200f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas René Rachou.

RODRIGUES, Renata Ribeiro Duarte. **Adesão da população adstrita no ESF Santa Lúcia, na luta contra a Dengue.** Paranaíba, 2011. 34f. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação)- Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Fiocruz-Unidade Cerrado Pantanal/UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS).

DENGUE NA CIDADE DE NAVIRAÍ (MS): AÇÕES DESENVOLVIDAS E MEDIDAS PREVENTIVAS

Neide Olsen Matos Pereira

Mestre em Promoção da Saúde, UNICESUMAR
Naviraí-MS

Cláudia Olsen Matos Pereira

Mestre em Promoção da Saúde, UNICESUMAR
Dourados-MS

Gilberto Cezar Pavanelli

Pesquisador científico do CNPq, nível 1,
UNICESUMAR
Maringá-PR

Estácio Valentim Carlos

Docente de Filosofia; Teologia e Letras; Revisor
Linguístico; Mestre em Linguística. Naviraí – MS.

RESUMO: O objetivo deste trabalho é considerar a dengue como uma doença zoonótica que provoca grandes problemas de saúde pública no mundo, principalmente em países com baixo desenvolvimento socioeconômico e, sobretudo, investigar como a cidade de Naviraí (MS), no período de 2011 a 2015, combateu e preveniu esta doença transmitida pelo mosquito fêmeo sugador de sangue, *Aedes aegypti*. É uma pesquisa quantitativa e qualitativa que procurou investigar as ações tomadas e as medidas preventivas que foram mais efetivas e eficazes no combate à dengue. Como metodologia, na análise quantitativa, utilizou-se um questionário semiestruturado aplicado a 382 pessoas numa amostra aleatória simples, com base na

estimativa do IBGE de que o município possui um total de 50.692 habitantes. Na análise qualitativa, foram utilizados dados extraídos de artigos científicos, livros, dissertações, manuais, documentos oficiais do município e legislação pertinente. As respostas obtidas serviram para averiguar quais medidas estão foram executadas pela população e pelo poder público e quais ações foram eficazes no combate à dengue. Percebeu-se que a maior parte dos respondentes apontou que o poder público realizou ações de controle e combate, tais como visitas com orientações, fiscalizações, notificações, bloqueios e nebulização. Uma grande parcela da população respondeu que nunca participou dessas ações, denotando, também, ausência de consciência. Portanto, o poder público deve executar com urgência um trabalho eficaz, vertical, horizontal e intersetorial, no empoderamento da população naviraiense, na busca de atingir a motivação consciente das suas corresponsabilidades, e que resultem em ações proativas e participativas, em benefício da saúde da coletividade.

PALAVRAS-CHAVE: Zoonose em Naviraí. *Aedes aegypti*. Dengue. Empoderamento em dengue. Promoção da saúde.

ABSTRACT : The aim of this paper is to consider dengue as a zoonotic disease that causes big public health problems in the world, mainly in

countries with low socioeconomic development, and especially to investigate how Naviraí city (MS), in the period from 2011 to 2015, fought and prevented that disease transmitted by blood-sucking female mosquito *Aedes aegypti*. This is a quantitative and qualitative research which sought to investigate the actions taken and preventive measures were more effective in combating dengue. As a methodology, in quantitative analysis, a semistructured questionnaire was used and applied to 382 people in a simple random sample, based on IBGE that estimated Naviraí city has a total of 50 692 inhabitants. In qualitative analysis, were used data extracted from scientific articles, books, dissertations, manuals, municipal official documents and relevant legislation. The answers served to ascertain what measures being implemented by the population and the government and what actions were effective in combating dengue. It was noticed that most of the respondents pointed out that the government carries out control actions and combat, such as visits with guidelines, inspections and notifications, locks and fogging. A large portion of the population said they never participated in these actions, showing also the absence of consciousness. Therefore, the government should implement urgently an effective, vertical, horizontal and cross-sectoral work, empowerment of Naviraiense population, seeking to reach the conscious motivation of their co-responsibilities, and resulting in proactive and participatory activities for the benefit of health collectivity.

KEYWORDS: Zoonosis in Naviraí. *Aedes aegypti*. Dengue. Empowerment in dengue. Health promotion.

1 | INTRODUÇÃO

Apesar de a ciência já se encontrar no limiar do século XXI, a dengue ainda se revela como um dos grandes problemas de saúde pública no mundo e, em especial, no Brasil. Além de demandar enormes dispêndios financeiros aos cofres públicos, a enfermidade também causa danos à saúde da população, podendo levar inclusive pacientes à morte, principalmente idosos e aqueles com algum tipo de debilidade.

Tenha-se presente que, para promover a saúde pública e garantir a estabilidade na estrutura social, é necessário o desenvolvimento de pesquisas sobre endemias, epidemias e pandemias. Esses estudos, por óbvio, auxiliam a decisão dos governantes nas diversas esferas, possibilitando instrumentos para elaboração de políticas públicas de qualidade¹⁷.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que cerca de 80 milhões de pessoas se infectam anualmente pela dengue em todos os continentes, exceto a Europa, perfazendo 100 países. Além disso, cerca de 550 mil doentes necessitam de hospitalização e 2,5% morrem em consequência da zoonose¹¹. No Brasil, mais de 10 milhões de casos já foram registrados desde 1986 quando a dengue iniciou a dispersão pelo país³⁶.

No Brasil, é notório que as cidades se encontram em rápido crescimento e

desenvolvimento, muitas vezes de forma desordenada e sem a implantação da necessária infraestrutura como saneamento básico, moradia adequada, atenção aos fatores culturais e educacionais da população, entre outros. Assim, ficam criadas as condições para proliferação do mosquito da dengue, repercutindo no aumento do número de casos da enfermidade nessas áreas urbanas. Esse fato ressalta a necessidade de atenção contínua por parte do poder público, responsável por atender a demanda da saúde da população^{8,26}.

Conforme o Boletim Epidemiológico, em 2014, foram registrados 531.012 casos prováveis de dengue no país. Algumas Unidades da Federação (UFs) apresentaram grande aumento no número absoluto de casos prováveis, com incidência acima de 300 casos por 100.000 habitantes, como no Acre, em Alagoas e no Distrito Federal⁴.

Dos casos acima, 3.056 são notificações do Mato Grosso do Sul¹¹, na região Centro-Oeste. Naviraí - Latitude:23° 03' 54" S, Longitude: 54° 11' 26" W - é uma cidade deste estado e região. Fundada em 1963 e emancipada em 1965, é o sétimo município no quesito poder econômico do estado, possuindo 50.692 mil habitantes²².

No município de Naviraí, houve aumento no número de casos registrados de dengue entre os anos de 2011 e 2014. De acordo com o Levantamento de Índice Rápido de Infestação (LIRAA) por *Aedes aegypti*, em 2011, o índice de Infestação Predial (IIP) apresentava 1,4 casos registrados; já, em 2013, apresentou 2,9 - indicando que o município se encontrava dentro do nível de alerta^{23,24}. Conforme Figura 1.

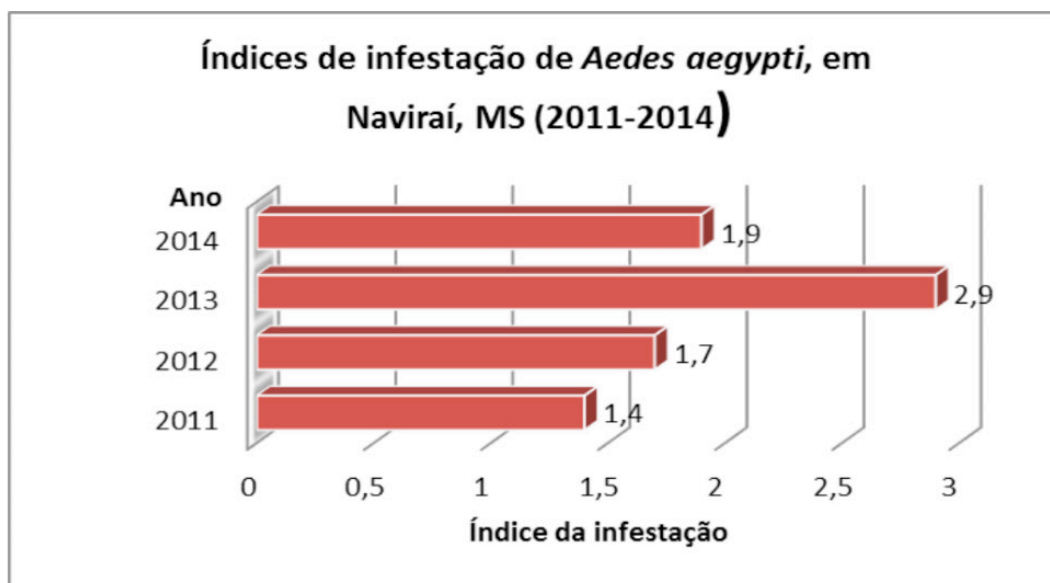


Figura 1. Índices de infestação de *Aedes aegypti* em Naviraí, MS, no período de 2011 a 2014.

Cumprir observar que a dengue (i) é causada por um vírus classificado como *arbovírus*, (ii) é transmitida por mosquitos culicídeos, *Aedes aegypti*, que se reproduzem em criadouros com acúmulo de água e cujos ovos podem resistir viáveis por até 450 dias. Os principais sintomas da zoonose indicam febre alta, dor de cabeça, dor atrás dos olhos, dores nas costas, podendo aparecer manchas vermelhas no corpo. A febre dura cerca de cinco dias, e os sintomas, geralmente, apresentam melhora progressiva

em dez dias. Em alguns casos, podem ocorrer hemorragias discretas na boca, na urina ou no nariz^{12,38}.

Nesse sentido, essa pesquisa pretendeu identificar, diagnosticar e caracterizar as ações de combate ao vírus da dengue, desenvolvidas pelo poder público e outros órgãos do município de Naviraí. Além disso, pretendeu-se propor novas ações que contribuam para a redução do índice dos casos de dengue em Naviraí.

2 | METODOLOGIA

A metodologia usada baseou-se em abordagens de natureza quali-quantitativa, com amostragem aleatória simples, realizada mediante questionário semiestruturado³³ aleatoriamente escolhidos e aplicados em 382 habitantes do município de Naviraí, em 2015.

Os participantes voluntários receberam explicação verbal a respeito da caracterização e realização do estudo, além de assinarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo envolveu ainda pesquisas de natureza bibliográfica¹⁰ a partir de documentos produzidos pela Secretaria de Saúde do Município, pela Secretaria de Estado da Saúde, pelo Ministério da Saúde e pela Anvisa, além da pesquisa de artigos científicos, dissertações de mestrado, teses de doutorado e material veiculado pela imprensa regional. Analisaram-se os documentos fornecidos pelo poder público municipal, e considerou-se o embasamento científico de artigos, livros e documentos oficiais consultados^{28,29,30}.

Um questionário validado, adaptado e semiestruturado³³ foi aplicado em 382 habitantes da cidade, aleatoriamente escolhidos. A amostra compôs-se de pessoas de ambos os sexos, de 18 anos ou mais, que residiam no município de Naviraí entre os anos de 2011 e 2014, em bairros distintos, de forma que abrangesse a região central e periférica da cidade. Escolheu-se não coletar dados em terrenos baldios, igrejas, escolas, clubes, clínicas, cemitérios e hospitais, sendo aplicado, entretanto, nos ferros-velhos, borracharias e comércio em geral. As análises qualitativas dos resultados obtidos se deram de forma dinâmica, e, após análise descritiva e quantitativa, buscou-se a integração das respostas, identificando possíveis ligações entre informação obtida e problemática pesquisada, apoiando-se em referencial bibliográfico e documental. As análises estatísticas foram feitas utilizando-se o Programa Sphinx V5 Lexica^{3,15,27}.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados se referem às pesquisas realizadas com 382 pessoas residentes em Naviraí, no ano de 2015, e à análise das ações executadas pela população e pela gerência pública municipal no combate à zoonose no período de 2011 a 2014.

Dos 382 indivíduos, 253 eram do sexo feminino; e 129, do sexo masculino. A

idade deles variava entre 18 e 78 anos. Em relação ao grau de instrução, observou-se que 38,5% possuíam o ensino médio completo, 14,9% tinham o ensino fundamental incompleto; 7,3% tinham superior completo e 6,3%, superior incompleto.

As ações desenvolvidas pelos Vetores/Naviraí (MS)³⁰, incluem cursos de capacitação, treinamento e reuniões rotineiras para os diversos agentes que atuam nessa área, além de divulgação em rádio e palestras objetivando atividades de mobilização social. Esses procedimentos visam à integração das ações de combate e promoção de ação de saúde no município, além de garantir atendimento e tratamento para os casos suspeitos e/ou confirmados.

Quando perguntado “se a equipe de saúde de Naviraí desenvolve atividades para mobilizar a população no controle da dengue”, 78,3% dos entrevistados responderam “sim”. Pesquisa semelhante feita em Itabuna (BA)³³ mostrou resposta diferente, pois apenas 34% responderam que eram realizadas ações sobre a dengue.

Sabe-se que a efetividade das ações de prevenção, controle e combate à dengue só serão eficientes e eficazes na medida em que as práticas de promoção da saúde forem realizadas de forma horizontal, e não apenas verticalmente¹⁴. Todos os envolvidos pela gestão pública (intersetorialidade), com ações integradas, devem se reunir e se sintonizar com os diversos segmentos que compõem a sociedade e a própria comunidade empoderada. Ao se analisar a dimensão das ações contra a dengue, pode-se considerá-la primeiramente uma responsabilidade dos serviços públicos como coleta de lixo, abastecimento de água, limpeza urbana, promoção da saúde e regulação das posturas municipais quanto ao uso do território e das construções, bem como a formação e informação em saúde, entre outras ações. Entretanto, o desafio é realizar uma gestão participativa, estimulando políticas integradas e ação conjunta para se obter sucesso nos objetivos propostos em que a participação da população é essencial.

Quando perguntado: “quais os tipos de ações que você já participou com os profissionais da saúde sobre a dengue?”, 49% responderam que não participaram de ação alguma. O resultado confirma o relatado por diversos autores acerca da ausência de consciência da população sobre a gravidade da enfermidade e da necessidade de participação efetiva da comunidade de maneira contínua, e não apenas em épocas de surtos endêmicos^{9,16,26,37}.

A execução das atividades de rotina, no município de Naviraí, é feita pelo sistema de microáreas e atende o Protocolo do Programa Nacional de controle da Dengue⁶. Por ele, o agente de saúde trabalha um número de 800 a 1000 imóveis que serão visitados por ciclo (6 ciclos ao ano), incluindo-se o trabalho de eliminação de focos, tratamento focal e educação em saúde, visando à sintonia de ações a serem realizadas com a população naviraiense³⁰.

Atendendo às orientações definidas no PNCD, pelo Ministério da Saúde e SES (Secretaria Estadual de Saúde), a Gerência Municipal de Saúde elabora a cada dois anos o PMCCD (Plano Municipal de Contingência de Controle da Dengue), buscando

determinar as ações específicas e os responsáveis pela adoção das ações, além dos meios disponíveis a serem empregados ante uma possível situação de maior risco no município^{6,31}.

No que se refere a ações que devam ser desenvolvidas pela equipe de saúde e que possam ajudar no combate à enfermidade, 40,1% responderam que as principais seriam as notificações, as multas e as orientações desenvolvidas nos postos de saúde. Dos respondentes, 25,9% indicaram necessidade de mais mobilizações sociais; 23% sugeriram mutirões de limpeza como o “Dia D”, com maior frequência. Chamou à atenção a resposta de 13,9% das pessoas que não sabiam o que mais poderia ser feito. Poucos recomendaram as palestras educativas na comunidade, escola, associação de moradores e unidades de saúde. Em último lugar, apenas 1,3% indicou a importância de passeatas na comunidade.

Soube-se durante a pesquisa que, em 2013, houve carência de estrutura física, material e de pessoal para controlar um surto de dengue na cidade. O fato ocorreu em devido ao elevado crescimento populacional de alguns bairros que se viram sem os serviços de infraestrutura necessários. Nessa época, houve um baixo cumprimento de metas físicas para levantamento de índice e tratamento focal das atividades do programa de combate à dengue. A escassez de mão de obra, de materiais e equipamentos de combate se justificou pela falta de recursos financeiros emergenciais para atender a demanda necessária²⁹.

Ao ser perguntado sobre os focos do mosquito da dengue nos locais de moradia, a maior parte (90,8%) apontou a falta de consciência da própria população como fator principal para a existência e proliferação do mosquito *Aedes aegypti*. Resultado semelhante é comum na literatura sobre a falta de consciência da população no que se refere à importância e necessidade de ações em prol da prevenção da dengue^{2,18,19,21,34}.

Com relação à pergunta sobre ações desenvolvidas pelo próprio cidadão para controle da dengue em seu local de residência e proximidades, 60,5% apontaram a limpeza e 49% afirmaram que eliminam possíveis criadouros.

Quanto à participação da população, alguns autores¹³ argumentam que a população deve estar/participar ativamente no processo de controle e prevenção. Assim, para o controle de endemias, aponta-se a participação popular como indispensável especialmente onde essa estratégia se impõe como condição para o controle, como no caso da dengue.

Quando perguntado: “você recebeu orientações de como prevenir a dengue?”. Dos entrevistados, 89% responderam que sim, e 11% assinalaram que não.

Importante mencionar que muitos autores argumentam que ações de vigilância devem ser sempre ativas, e não apenas reativas aos processos epidêmicos instalados. Destacam a necessidade primordial de se manter a vigilância durante os períodos interepidêmicos ou de transmissão esporádica ou silenciosa^{20,21,26}.

Dos pesquisados, 72% destacam haver recebido as orientações sobre a dengue e medidas preventivas por intermédio dos agentes de saúde. Para 35,6% das pessoas,

as orientações vieram da imprensa falada (TV).

Autores sugerem²⁵ que a comunicação utilizada como estratégia para controle da dengue deve receber a mesma atenção dispensada pelo poder público à criação de inovações, ao investimento em pesquisa e ao aumento e valorização de agentes qualificados.

Ainda sobre a importância da correta comunicação e interação, pesquisadores¹ verificaram, em uma área endêmica do Rio de Janeiro, que os impressos, em sua maioria, trazem informações idênticas ou com pouca ou nenhuma atualização. Apresentam, também, pouco diálogo com a população alvo e possuem uma abordagem pedagógica tradicional. Dão ênfase às prescrições e memorizações, porém, não estabelecem propostas de observação da realidade e de ações colaborativas e intersetoriais.

Na análise documental dos relatórios sobre a dengue cedidos pelo poder público municipal, foram encontradas as seguintes ações educativas realizadas em 2013: treinamento para os 40 integrantes da equipe de eliminação de criadouros e aplicação de inseticida; reunião do Comitê Executivo e Intersectorial de Combate à Dengue; reunião com os enfermeiros das UBS e Hospital Municipal; reunião com CRAS/CREAS, no projeto Bolsa Família; reunião no Vale Renda; divulgação no Programa do Conselho Municipal de Saúde, na Rádio Cultura, todos os sábados; reunião com a Promotoria de Justiça Estadual; planejamento de estratégias para a realização do “Dia D” de combate à dengue, realizado em 21 de fevereiro de 2013, com participação de toda a intersectorialidade; palestra com os coordenadores das escolas municipais e estaduais; participação no planejamento da Gincana Naviraí contra a Dengue; reunião com os presidentes de bairros, no bairro Eucalipto; reunião com os laboratórios particulares; reunião com os atendentes das farmácias do município; palestra nas usinas instaladas no município e atendimento de 40 denúncias sobre pontos críticos²⁸.

Além dessas, foram ainda registradas as seguintes ações educativas realizadas em 2014: capacitação e treinamento para os 11 novos agentes que integraram a equipe do Controle de Vetores; reunião do Comitê Executivo e Intersectorial de Combate à Dengue; todos os sábados divulgação no Programa do Conselho Municipal de Saúde, na Rádio Cultura; palestra em indústria do município e atendimento de denúncias sobre pontos críticos²⁹.

Os entrevistados (49%) confirmaram a existência de terrenos baldios próximos às suas residências.

Na literatura pertinente, alguns autores chamam à atenção sobre os terrenos baldios não cuidados por serem criadouros peridomiciliares do mosquito transmissor da dengue e pontos considerados estratégicos, isto é, locais vulneráveis à proliferação do vetor^{6,18,33,37}.

Cabe registrar que, em 2013, mediante a Lei n. 1.800, a Prefeitura Municipal de Naviraí regulamentou medidas de controle e prevenção da dengue em imóveis residenciais ocupados e/ou desocupados, em imóveis comerciais e em terrenos baldios, imputando responsabilidades e criando medidas punitivas.

Uma das ações efetuadas, pontualmente, pelo Controle de Vetores do município é o cadastramento de pontos estratégicos (locais com grande acúmulo de criadouros como borracharias, ferro velho, cemitério etc.). Nesses locais, a visita é realizada a cada quinze dias. No contexto das ações de controle vetorial e preservação do meio ambiente, o município recolhe nas borracharias os pneus inservíveis e os encaminha a uma empresa privada conveniada para reciclagem. Nesses casos, são executadas ações de limpeza periódicas por se tratar de casos mais comuns de denúncias e para que a população circunvizinha fique alerta sobre os riscos identificados.

Com relação à pergunta se o serviço de coleta de lixo/resíduos atendia regularmente o local de residência, 382 dos pesquisados espoderam que sim. Desses, 325 disseram haver coleta de uma a duas vezes por semana; 54 responderam haver «de três a quatro vezes por semana», e somente 3 afirmaram ser o serviço realizado diariamente.

As respostas anteriores foram corroboradas na pesquisa realizada em Pedro Juan Caballero (PY)⁷, onde o serviço de coleta de lixo, de acordo com a maioria da população pesquisada, é realizada de uma a duas vezes por semana.

Não há duvidar ser necessário, por parte do poder público, propiciar à população condições de saneamento básico e serviços regulares de coleta de lixo para que as pessoas não depositem resíduos em locais inadequados, criando-se condições ideais para a reprodução do vetor *Aedes aegypti*¹⁸.

Com relação à pergunta “onde o respondente depositava seu lixo/resíduo”, a grande maioria registrou ser o lixo recolhido pelo serviço público de coleta.

Os habitantes de Naviraí, em sua grande maioria, são habituados a limpar seus quintais e, após, a jogam os detritos nas calçadas, no canteiro central ou mesmo em terrenos baldios. O hábito existe porque o poder público disponibiliza o serviço de coleta desses entulhos. Entretanto, esse costume é preocupante, pois, com o desenvolvimento do município, o número de habitantes e residências aumentaram muito, inviabilizando a curto prazo as ações de coleta da prefeitura. Com isso, a população está fomentando o aumento dos possíveis criadouros do vetor da dengue. Em se tratando da cultura local de dispensar entulhos e lixo, nota-se grande dificuldade de se alterar, em curto prazo, o comportamento individual e coletivo das pessoas porque percepções e costumes já estão, de longa data, arraigados em cada um e, como herança, são repassadas naturalmente às outras gerações¹⁹.

No caso da saúde pública aqui tratado, é essencial que os serviços de abastecimento de água sejam de modo canalizado. Assim, não se criam nem se mantêm formas alternativas de armazenagem de água para consumo e uso nas residências que muitas vezes favorecem a reprodução do mosquito transmissor da doença¹⁸.

Sobre os recipientes descartáveis, a grande maioria dos entrevistados respondeu que não os mantinha. Entretanto, 19,4% dos respondentes afirmaram que tinham aqueles recipientes. Cumpre lembrar que valores semelhantes foram também obtidos

por pesquisa feita em Itabuna³³.

As respostas obtidas sobre o possível malefício à saúde causado pela nebulização (fumacê) utilizada no combate ao mosquito da dengue apontaram que 133 entrevistados (34,8%) acreditam que ela é nociva, sim.

Na pesquisa realizada em Itabuna³³ quanto à nocividade da nebulização (fumacê), 31 pessoas (29%) responderam que o produto usado para combater o mosquito nesse tipo de ação poderia fazer mal à saúde, inclusive, pontuando que acreditam na nocividade do larvicida.

Em pesquisa realizada em Maracaju, Dourados e Naviraí, cidades do estado do Mato Grosso do Sul, constatou-se que os inseticidas ainda são um importante item nos programas de controle do mosquito. Entretanto, os dados de sua pesquisa indicaram a necessidade de implementação do sistema de monitoramento das populações vetoriais, a adoção de estratégias preventivas e até de métodos alternativos de controle, já que os resultados sugeriram uma evolução de resistência nas populações testadas de *Aedes aegypti*³⁵.

Acerca da nocividade da nebulização (fumacê), 71 pessoas (18,6%) indicam que o agente químico do fumacê é venenoso ; 38 (9,9%) acham que faz mal por outros motivos; 27 respondentes (7,1%) se sentem mal por terem doenças respiratórias e 10 pessoas (2,6%) acreditam que ele polui o pulmão.

De acordo com estudos, a utilização de inseticidas deve ser vista como uma ferramenta complementar à vigilância e às ações de redução de criadouros^{5,21}.

Em estudo na comunidade periférica da região metropolitana de Aracaju (SE), verificou-se que os trabalhos envolvendo práticas educativas de controle e prevenção de dengue tiveram mais eficácia do que formas de controle químico ou biológico. Percebeu-se que a ação em conjunto intersetorial ofereceu maior diferença nos resultados de combate³².

Solicitados a contribuírem com sugestões de ações educativas sobre a dengue, os entrevistados destacaram a necessidade da realização de mais encontros, mais notícias em rádio/TV, mais mobilizações sociais, mais mutirões de limpeza, entre outros. Uma grande parte dos respondentes deixou a questão em branco, e outros disseram que nada mais resta a fazer.

Sobre as mobilizações executadas pelo poder público municipal, notou-se que os pesquisados apontaram que participaram efetivamente de mutirões de limpeza, palestras educativas e mobilizações sociais. Uma pequena parcela dos pesquisados, porém, respondeu que nunca participou de ação alguma, o que significa a falta de envolvimento ou mesmo de motivação para mobilizar a população local.

Sobre a pergunta: “você conheceu alguém que morreu de dengue nesta cidade?”, 21 respondentes (5,5%) apontaram “sim”. Acerca dessa questão, não houve comentários adicionais do ocorrido com o indivíduo. Não foi possível, pois, identificar se eram cidadãos de Naviraí e se tais óbitos foram dentro do período pesquisado.

De acordo com os registros oficiais fornecidos pelo poder público municipal não

houve ocorrência de óbito por dengue no período objeto desta pesquisa^{28,29,30}.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diagnosticou-se, por meio desta pesquisa, que a dengue continua sendo uma grande preocupação dos responsáveis pela saúde pública no município de Naviraí e no Brasil. Seu controle passa necessariamente pelo empoderamento da população sobre a doença e seu principal vetor, para que se implementem medidas preventivas e terapêuticas. O risco de se contrair a doença em períodos epidêmicos é alto, aliado à dificuldade no tratamento. Assim, recomenda-se que as medidas de prevenção se tornem instrumentos rotineiros para minimizar a proliferação da doença, juntamente com os esforços para a qualificação de equipes de profissionais da saúde.

Conclui-se pela necessidade premente de um trabalho efetivo e eficaz da população naviraiense, conscientizando-a das suas corresponsabilidades em ações proativas e participativas para promoção da saúde da coletividade. Espera-se, assim, a diminuição da enfermidade e a tentativa real de se erradicar o vetor *Aedes aegypt* do município.

Para tanto, sugerem-se as seguintes medidas:

- I. Dar continuidade às ações que já são desenvolvidas pelo município e que se mostraram efetivas para evitar que essa zoonose possa atingir índices ainda mais preocupantes.
- II. Sugerir ao município que envide esforços no sentido de introduzir, além das ações já postas em prática, novas ações tecnológicas objetivando a reprodução de linhagens estéreis do mosquito e, por exemplo, a utilização da bactéria *Wolbachia*, usada no bloqueio do vírus.
- III. Elaboração de material informativo de qualidade, considerando aspectos pedagógicos, para realização de palestras, reuniões, ciclos de debate, entre outros, permitindo que a população naviraense possa refletir sobre sua condição de saúde, determinantes sociais e qualidade de vida, estimulando, com isso, intervenções de prevenção e controle da dengue. Isso permitirá que a população conheça o ciclo de vida do principal vetor da doença e desenvolva ações para sua eliminação.
- IV. Conscientizar a população sobre a necessidade de trabalhos em parcerias entre os vários agentes sociais. Mostrar que se trata de uma atividade do interesse de todos e não apenas de mais um programa do Ministério da Saúde. Isso implica agir de forma horizontal e não apenas verticalmente, reunindo todos os envolvidos na gestão pública com ações integradas e em sintonia com os diversos segmentos que compõem a sociedade local.

Neste sentido, promover saúde na cidade de Naviraí, especificamente no combate ao vírus da dengue, implica que as ações desenvolvidas e a serem

desenvolvidas não sejam somente episódicas, mas que ocorram frequentemente e sigam um calendário elaborado previamente. Não se pode descartar a necessidade de intervenções emergenciais e pontuais, principalmente, na ocorrência de um novo surto da enfermidade.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Sheila Soares; PIMENTA, Denise Nacif; SCHALL, Virgínia Torres. Materiais Impressos sobre Dengue: Análise Crítica e opiniões de Profissionais de Saúde e Educação sobre seu Uso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.35-38, nov. 2013.

BARRETO, Maurício Lima; TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz. **Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa**. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/10348>>. Acesso em: 12 dez. 2015

BINOTTO, Simone et al. **Os fatores de influência no comportamento do consumidor: um estudo em uma cooperativa agrícola do RS**. 2014. Disponível em: <cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/rgc/article/download/.../pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 45, n. 22, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-dengue>>. Acesso em: 30 set. 2014.

BRAGA, Ima Aparecida; VALLE, Denise. *Aedes aegypti*: inseticidas, mecanismos de ação e resistência. **Revista Epidemiol: Serviço de Saúde**, Brasília, v. 4, n. 16, p.279-293, dez. 2007. Trimestral.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)**. 2002.

CAMPOS, Ingrid Helena Gennaro. **Conhecimento e ações preventivas em dengue em Pedro Juan Caballero, Paraguai**. 2012. 57 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

CATÃO, Rafael de Castro. **Dengue no Brasil: Abordagem geográfica na escala nacional**. S.P: Cultura Acadêmica, 2012.

COELHO, Giovanini Evelim. **Dengue: Desafios atuais**. 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

CRESWELL, John W. p. Trad. Luciana de Oliveira da Rocha. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248

DADOS DA DENGUE NO BRASIL, 2013. Brasília: Opas/oms, 2014. Disponível em: >. Acesso em: 30 set. 2014.

DIRETRIZES NACIONAIS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE EPIDEMIAS DE DENGUE. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FERREIRA, Irma Teresinha Rodrigues Neves; VERAS, Maria Amélia de Sousa Mascena; SILVA, Rubens Antonio. **Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p.2683-2694, Dez. 2009.

FRANCO, Marcos da Silveira et al (Org.). **A Dengue e o Agir Municipal**. Organização Pan-americana de Saúde: CONASEMS/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, 2010. 72 p.

FREITAS, Henrique et al. **Sphinx Aprendiz**. 2008. Disponível em: <www.sphinxbrasil.com/uploads/files/Sphinx_Aprendiz2008.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

FREITAS, Rafael Maciel de; VALLE, Denise. **Challenges encountered using standard vector control measures for dengue in Boa Vista, Brazil**. 2014. Disponível em: <www.who.int/bulletin/volumes/92/9/13-119081/en/>. Acesso em: 08 jul. 2015.

GOMIDE, Camila Sant'anna et al. **O Twitter como instrumento de detecção de epidemias de dengue e desenvolvimento de políticas públicas**. 2014. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014_EnANPAD_APB1234.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2014.

GONÇALVES, Randys Caldeira C et al. **Dengue em Urutaí, GO: conhecimentos, percepções da população e condições sanitárias de suas residências**. 2012. Arquivos Brasileiros de Ciências de Saúde. Disponível em: <files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2012/v37n1/a2907.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

GONÇALVES, Ronaldo Pinheiro et al. **Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue**. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010412902015000200015>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

GUBLER, Duane J. **Dengue, urbanization and globalization: the unholy trinity of the 21st century**. 2011. Trop Med Health 39. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3317603/>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

GUBLER, Duane J. **Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever**. 1998. Clin Microbiol Rev. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9665979>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2010.

LIRAA: **Levantamento de Índice Rápido de Infestação por Aedes aegypti**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Coletiva – Dengue. Disponível em: <http://www.dengue.org.br/tabelamunicipios_dengue_191_11_2013.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014.

LIRAA: **Levantamento de Índice Rápido de Infestação por Aedes aegypti**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Coletiva – Dengue. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/18/LIRAAJan18.03.2014.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014.

MAFRA, Rennan Lanna Martins; ANTUNES, Elton. **Comunicação, estratégias e controle da dengue: a compreensão de um cenário público de experiência**. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00977.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2015.

MARZOCHI, Keyla Belízia Feldman. **Dengue endêmico: o desafio das estratégias de vigilâncias**. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003786822004000500009&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 30 set. 2014.

MEDEIROS, Flaviani S. Bolzan et al. **Comportamento do Consumidor: Análise da VII Feira do Mercosul na Visão do Público Visitante**. Estudo & Debate, Lajeado, v. 19, n. 1, p.77-89, Agosto. 2012.

NAVIRAÍ, Prefeitura Municipal de Naviraí/Gerência Municipal de Saúde/MS. **Controle de Vetores. Ações Realizadas de Combate à Dengue – Ciclos 1 a 6 (2013)**. Naviraí 2013.

NAVIRAÍ, Prefeitura Municipal de Naviraí/Gerência Municipal de Saúde/MS. **Controle de Vetores**.

Ações Realizadas de Combate à Dengue – Ciclos 1 a 6 (2014). Naviraí, 2014.

NAVIRAÍ, Prefeitura Municipal de; SAÚDE, Gerência Municipal de. **Controle de Vetores:** Plano Municipal de Contingência de Combate da Dengue (2012 – 2013). 2011. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/84007455/assomasul-13-08-2012-pg-14>>. Acesso em: 16 maio 2015.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

SANTOS, Daniela Menezes et al. **Ações educativas em saúde para prevenção e controle de dengue em uma comunidade periférica da região metropolitana de Aracaju.** 2012. Disponível em: <<http://scientiaplena.emnuvens.com.br/sp/article/view/890>>. Acesso em: 05 fev. 2016.

SANTOS, Itana Miranda dos. **Avaliação das ações de controle da dengue em Itabuna/BA sob a ótica da população.** 2014. 88 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde e Educação, Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2014.

SANTOS, Solange Laurentino dos; CABRAL, Ana Catarina dos Santos Pereira; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. **Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste.** 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a66v16s1.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2015.

SILVA, Ednilson Lopes da. **Avaliação da susceptibilidade e resistência de *Aedes aegypti* (Linnaeus, 1762) (Diptera: Culicidae) ao inseticida Natular™ (Espinodade) e aos inseticidas Temephos, Malathion e Alfacipermetrina utilizados nos municípios de Maracaju, Dourados e Naviraí, MS.** 2012. 54 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciência e Tecnologia Ambiental, Faculdade de Ciências Exatas e Tecnológicas, UFGD, Dourados, 2012.

SOUZA, Wanderlei. **Doenças Negligenciadas.** 2010. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-199.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

TAUIL, Pedro Luiz. **Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil.** 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n3/9314.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

TEIXEIRA, Maria da Glória Lima Cruz; BARRETO, Mauricio Lima; GERRA, Zouraide. **Epidemiologia e medidas de prevenção do dengue.** 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300005>. Acesso em: 12 dez. 2014.

DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS DECORRENTES DO COMPARTILHAMENTO DE COPOS QUE AFETAM ESTUDANTES DO ENSINO PRIMÁRIO

Silvia Renata Pereira dos Santos

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Carlos Victor Vinente de Sousa

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Laryssa Cristiane Palheta Vulcão

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Matheus Ataíde Carvalho

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Marluce Pereira dos Santos

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Silvia Maria Almeida da Costa

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

Zaqueu Arnaud da Silva

Universidade do Estado do Pará
Belém-Pará

RESUMO: O presente relato de experiência tem como finalidade relatar uma vivência baseada na metodologia da problematização. O objetivo foi verificar dificuldades referentes à saúde dos infantes e a partir desse ponto desenvolver ações que buscassem minimizar tais discrepâncias. Mediante isso, adotou-

se uma metodologia baseada no Arco de Maguerez, cujo tal recurso apresenta cinco etapas. A primeira delas consistindo na observação da realidade. Partindo disso, elaborou-se uma problematização voltada para a saúde bucal e foi realizada uma proposta de intervenção que consistiu na apresentação das patologias mais frequentes e do melhor modo de prevenção. Adotou-se a estratégia de utilizar folders informativos, cartazes, peça teatral, cantiga, oficina de desenho e afins. Os resultados se mostraram favoráveis, uma vez que os alunos acataram o que lhes foi apresentado e seguiram todas as instruções. Por fim, é importante salientar que uma ação isolada pode produzir efeitos, mas que é fundamental o acompanhamento constante da realidade social.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde, Doenças infectocontagiosas, Compartilhamento de Copos.

ABSTRACT: The present report of experience aims to report an experience based on the methodology of problematization. The objective was to verify difficulties regarding infant health and from that point to develop actions that sought to minimize such discrepancies. Therefore, a methodology was adopted based on the Arch of Maguerez, whose resource has five stages. The first one consists of the observation of reality.

Based on this, a problem was developed with regard to oral health and a proposal of intervention was made, which consisted in presenting the most frequent pathologies and the best way of prevention. We adopted the strategy of using informative folders, posters, play, song, design workshop and the like. The results were favorable, as the students accepted what was presented to them and followed all instructions. Finally, it is important to point out that an isolated action can produce effects, but that the constant monitoring of social reality is fundamental.

KEYWORDS: Health Education, Infectious Diseases, Sharing of Glasses.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o número de crianças que recebem cotidianamente cuidados fora do lar em ambientes coletivos vem aumentando significativamente no mundo todo. O impacto que esta realidade vem apresentando na disseminação das doenças infectocontagiosas na comunidade, através do risco aumentado para a aquisição de doenças transmissíveis, especificamente decorrentes do compartilhamento de copos, tem sido amplamente reconhecido como problema de saúde pública (NESTI; GOLDBAUM, 2007).

As infecções virais, exemplos de doenças infecciosas, são a causa de muitas infecções agudas e crônicas clinicamente importantes que afetam virtualmente qualquer sistema de órgãos (ABUL K. ABBAS, 2010). Outro representante desse grupo de doenças são as infecções bacterianas que consistem na formação de produtos que induzem uma reação inflamatória aguda, além da produção de toxinas que causam prejuízos às células e nervos (STEVENS, 2002).

Na maioria das vezes, o risco de um agente infeccioso ser introduzido em um ambiente escolar está diretamente relacionado com sua prevalência na população na qual a instituição está inserida e com o número de indivíduos suscetíveis presentes na mesma. Crianças pequenas frequentemente são portadoras assintomáticas de várias doenças, servindo como reservatórios comunitários de agentes infecciosos. Aglomerados de crianças tornam-se, então, focos de multiplicação de casos de doenças transmissíveis e de disseminação das mesmas para a comunidade circundante (NESTI; GOLDBAUM, 2007).

Ratificando o que já foi dito anteriormente, o presente artigo trará as quatro patologias de maior acometimento infantil. São elas a varicela-zoster, gripe, cárie e gengivite, sendo as duas primeiras da classe das infecções virais e as outras pertencentes à classe das infecções bacterianas. Essas doenças têm sua transmissibilidade através da saliva ou da má higienização bucal, no caso da gengivite. Por isso, sua disseminação é tão ampla no âmbito escolar.

Considerando a cotidianidade de tal problema é importante que se desenvolvam iniciativas de intervenção na realidade, como por exemplo, a prevista na metodologia da problematização. Baseando-se na observação da realidade a fim de constatar

problemas que servirão como objeto de estudo e a estes serão direcionados possíveis soluções que irão intervir positivamente sobre a realidade em questão, propiciando com isso, o bem-estar comum social (BERBEL, 1995).

Com base nesse contexto, Berbel (1995) constatou que o método do Arco de Charles Maguerez o qual possui cinco etapas (observação da realidade e definição de um problema de estudo, ponto-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade), fundamenta a problematização da realidade com o objetivo de formar alunos mais críticos e menos acomodados, fazendo com que estes passem a refletir sobre os problemas abordados e busquem soluções adequadas.

Diante do exposto, foi realizada uma ação educativa em uma escola de ensino primário de pequeno porte localizada no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará cujos resultados são apresentados a seguir no formato de um relato de experiência.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

No dia 1 de setembro do corrente ano, foi realizada uma visita assistemática no período matutino, no horário de 8h às 10h30min, em uma escola de ensino primário de pequeno porte localizada no bairro do Guamá na cidade de Belém do Pará. Nessa ocasião, observou-se o ambiente escolar e a convivência do corpo estudantil, quando detectamos e registramos inúmeras irregularidades relacionadas as estruturas do ambiente como: obras de reformas inacabadas (banheiro feminino e quadra poliesportiva), estruturas desgastadas (perda de revestimento em azulejos e pinturas), além da deficiência na higienização coletiva (limpeza inadequada da cozinha e dispensa, coleta irregular do lixo, falta de assepsia no bebedouro e compartilhamento de copos no mesmo).

Os problemas relacionados a estrutura do ambiente podem causar riscos de acidentes físicos para todos os envolvidos no âmbito escolar (alunos, professores e funcionários) e ações destinadas a essa situação ficariam mais restritas ao ambiente interno estudantil do que para o externo como grupo local e familiares. Enquanto, os problemas que envolvem a higienização coletiva oferecem patologias infectocontagiosas para o corpo estudantil, assim como, para a comunidade e familiares. Diante disso, destacou-se esta situação como possível foco da ação, pois envolve o campo de atuação da enfermagem e além disso a ação destinada a essa realidade proporciona benefícios tanto para o ambiente escolar quanto para a sociedade.

Após esse procedimento, no dia 5 do mesmo mês, houve uma reunião para discutir e destacar os resultados encontrados durante a visita. Baseando-se no conhecimento e disciplinas ministradas no ambiente acadêmico, destacaram-se as quatro principais patologias que mais acometem o âmbito infantil (cárie, gengivite, catapora e gripe), podendo ser transmitidas através da má higienização e do manuseio incorreto do bebedouro, compartilhamento de copos, e que podem afetar tanto o

corpo estudantil quanto a população em geral, por isso devem possuir mais enfoque e cuidados profiláticos para a promoção do bem social.

No campus IV da Universidade do Estado do Pará, no dia 9 de setembro, realizou-se uma reunião com os orientadores e coordenadores de eixo, onde foi explanado pelos discentes e os demais grupos envolvidos no projeto, Atividade Integrada em Saúde (AIS), todas as hipóteses de soluções para os demais problemas encontrados durante a visita. Com base nesse diálogo foi decidido o tema da ação educativa interligando-o com as disciplinas acadêmicas, principalmente “Saúde e Meio Ambiente” e “Microbiologia”, o qual se designa “Doenças infectocontagiosas decorrentes do compartilhamento de copos que afetam estudantes do ensino primário”.

Após esse evento, começou a articulação do modelo de ação e a forma adequada de passá-la para o público alvo, acarretando nela o máximo de conhecimento possível. Por tratar-se de um colégio de ensino primário, se elaborou e construíram-se hipóteses de soluções preventivas pertinentes a patologias transmissíveis através do compartilhamento de copos. Com elaborações de folders destinados aos familiares e/ou responsáveis dos infantes, cartazes ilustrativos e informativos que ficariam dispostos nas paredes da sala de aula.

No segundo momento apresentou-se uma peça teatral enfatizando a importância de uma boa higienização bucal, através da encenação de um dente frágil - com cárie, sujo de bolacha e balas -, um dentista para cuidar desse dente “doente” e demonstrar a importância da higienização bucal. Para isso utilizou-se fantasias de dentista, dente, cárie, goma de mascar e bolacha, além do emprego de materiais como escova de dente, fio dental, arcada dentária, dentadura e o ursinho Pooh como instrumento lúdico, os quais serviram como método de ensino prático, onde cada criança pôde reproduzir em sala de aula uma maneira efetiva de escovação dental. Entretanto, sabe-se que apenas isso não seria suficiente para um bom aproveitamento do conteúdo e fixação da mensagem proposta. Mediante isso, houve a elaboração de estratégias lúdicas como forma de retenção do ensino tais como uma cantiga que reforçava os horários destinados a escovar os dentes, brincadeiras de “perguntas e respostas”, nas quais ao som de músicas, fizemos rodar uma bexiga de látex contendo perguntas pertinentes ao conteúdo ministrado na ocasião e que seriam respondidas após o som cessar. Além disso, confeccionamos placas de verdadeiro ou falso, as quais seriam erguidas pelos infantes após suposições redigidas através do grupo em ação.

E ainda nesse ritmo de fixação de conteúdo, elaboramos uma oficina de desenho, na qual os infantes produziram uma possível situação de risco de contaminação, agentes etiológicos, sintomas e prevenções. Para isso utilizou-se os seguintes materiais: lápis de cor e papel A4. Isso tudo relacionado as patologias decorrentes da má higienização bucal e do compartilhamento de copos. Essa ação foi destinada ao público infantil com idades de 9 a 13 anos. E como forma de agradecimento, no final, houve a distribuição de brindes contendo duas escovas dentais, um creme dental, um copo e um folder. Os resultados se mostraram favoráveis, uma vez que os alunos interagiram e acataram o

que lhes foi apresentado.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No dia 14 de outubro, das 8h às 9h40min, foi realizada a ação educativa. No decorrer da primeira atração, a peça teatral, houve um alvoroço entre as crianças desde a entrada do primeiro personagem e assim permaneceu até o término da atividade. Os infantes tornaram-se o sétimo personagem, visto que interagiram ao longo de toda a peça. Respondiam a perguntas, chamavam pelos personagens e até disputavam para ver quem participaria da limpeza do dente, personagem da peça.

Após a peça houve a realização de uma cantiga para retenção do assunto referente à primeira atividade. Todos os alunos entraram no ritmo e demonstraram empolgação ao cantar juntos com os discentes.

Em sequência foi realizado a apresentação de cartazes ilustrativos sobre a cárie e a gengivite, além da apresentação de uma prótese dentária que representava os estágios de um dente cariado. Todas as crianças estavam vidradas no assunto e pediram para ver a prótese dentária de perto.

O quarto recurso didático constituiu-se do ensinamento da maneira correta da higienização bucal. Foram utilizados uma dentadura e o ursinho Pooh como instrumento. No momento dessa atividade prática as crianças chegaram a fazer filas para escovar os dentes do ursinho e até fizeram com que a atividade durasse mais tempo do que o previsto, demonstraram interesse em aprender o conteúdo e davam risadas ao limpar os dentes do Pooh.

A brincadeira de verdadeiro ou falso veio para ratificar se os infantes haviam assimilado as orientações passadas nas atividades anteriores. Todos se divertiram e expressavam largos sorrisos quando acertavam e quando o amigo errava havia uma espécie de gozação em que todos riam, até os professores presentes.

Após essa brincadeira houve o acontecimento da atividade do balão, a qual também serviu para a ratificação do conteúdo para os infantes. As crianças ficaram agitadas a ponto de lançar o balão com receio de responder o questionamento. Foi uma atividade divertida, todos gargalhavam e apesar do receio, todos acertaram as perguntas.

A oficina de desenho teve como objetivo estimular a imaginação, criatividade e conhecimento dos alunos. Eles tinham como meta desenhar uma das doenças apresentadas, a prevenção ou os sintomas das patologias. Nesse contexto, a maioria dos participantes, empolgados e concentrados, ilustravam os sintomas da gengivite, copos contaminados com “bactérias”, dentes cariados e até a profilaxia dessas patologias. Todos se saíram, perfeitamente, bem na atividade e esbanjavam alegria e satisfação por terem conseguido desenhar e alcançar o objetivo.

Por fim, houve a entrega de brindes (que continha um copo, duas escovas de dente, um creme dental e um panfleto destinado aos pais), onde todas as crianças

vieram dançando até a mesa para recebê-lo.

Ao término da atividade foi possível observar todos os alunos utilizando seu próprio copo, afirmando que o objetivo da ação foi alcançado com sucesso.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da importância das doenças infectocontagiosas como causa de enfermidade infantil e do aumento de casos clínicos ocorrentes em instituições escolares primárias, a transmissibilidade de patologias se tornou algo frequente e comum, visto que os infantes não possuíam a consciência de que diversos microrganismos têm a sua disseminação através da saliva e o compartilhamento de copos é o seu principal veículo, inanimado, de transmissão. É de extrema importância levar até a classe estudantil conhecimentos preventivos, de cunho individual e coletivo, na tentativa de melhorar a convivência e evitar a proliferação de doenças, promovendo assim o bem-estar social.

Esse relato de experiência teve contribuição significativa na construção de nosso caráter como acadêmicos e futuros profissionais da saúde, pois nos mostrou o caminho de conquistar o afeto infantil e transmitir conhecimento, através da compreensão, cuidado e atenção. Aspectos de extrema importância, não apenas para área da enfermagem, mas também para todas as profissões que lidam com o público infantil. Vale ressaltar que tamanha experiência servirá como alicerce para futuros estudos que envolvam crianças e o ambiente escolar.

Mediante isso, se torna essencial a promoção de campanhas e ações educativas voltadas para a prevenção e controle de infecções na escola. A orientação dos pais juntamente com o envolvimento dos educadores e profissionais da saúde são meios necessários para a criação de eventos voltados para o combate a patologias que mais acometem as crianças no âmbito escolar.

REFERÊNCIAS

ABUL K. ABBAS, MBBS [et al.]. **Robbins e Cotran, Bases patológicas das doenças. 8ª ed ;** [tradução de Patrícia Dias Fernandes et al.]- Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 350.

BERBEL, N.A.N.: **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu v.2, n.2, p.139-154, fev. 1998.

NESTI, M.M.M; GOLDBAUM, M. **As creches e pré-escolas e as doenças transmissíveis.** - Rio de Janeiro: Jornal de Pediatria, vol.83 no.4 Porto Alegre Julho/Agosto. 2007.

STEVENS, A; LOWE, J. **Patologia. 2ª ed.** – São Paulo: Editora Manole Ltda, 2002. p. 114.

ESTUDO DA DINÂMICA EPIDEMIOLÓGICA DO EBOLA NOS PAÍSES ONDE SE ORIGINOU A DOENÇA: UM ESTUDO DE SÉRIES TEMPORAIS

Michelle Salles Barros de Aguiar

Centro de Pesquisa Nikola Tesla
João Pessoa – Paraíba

Jeffry Kauê Borges Vieira

Centro de Pesquisa Nikola Tesla
João Pessoa – Paraíba

RESUMO: O presente trabalho apresenta a dinâmica epidemiológica do vírus Ebola nos países onde se originou a doença, incluindo as características gerais do vírus, bem como sua origem, formas de transmissão, formas de prevenção, entre outras informações importantes. O Filovírus pertence a uma família de vírus chamada Filoviridae e pode causar febre hemorrágica grave em humanos e primatas. Apenas dois membros desta família de vírus foram identificados: vírus de Marburg e o vírus Ebola. Especificamente, a transmissão envolve o contato pessoal próximo entre um infectado indivíduo ou seus fluidos corporais, e outra pessoa. A metodologia do presente trabalho constitui quanto aos procedimentos, fazer uma revisão bibliográfica referente ao tema proposto. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a partir de 22 de outubro de 2014, um total de 9.911 casos tem sido relatado a partir de três países do Oeste Africano altamente afetadas onde se encontram as maiores contagens de casos notificados, são

esses, Liberia (4.665 casos), seguido por Serra Leoa (3706) e Guiné (1540) (CDC, 2014). Podemos observar a dinâmica do vírus que se espalha de forma rápida e que depende há variáveis mediante as quais essa propagação se espalha. Os métodos utilizados ainda são ineficazes, necessitando assim, de uma maior quantidade de estudos científicos para que haja maior poder de tomada de decisões em saúde referentes a essa epidemia grave.

PALAVRAS-CHAVE: Ebola, Filovírus, ebolavirus, epidemiologia.

ABSTRACT: This study presents the epidemiological dynamics of the Ebola virus in the countries where the disease originated, including the general characteristics of the virus, as well as its origin, forms of transmission, forms of prevention, among other important information. Filovirus belongs to a family of viruses called Filoviridae and can cause severe haemorrhagic fever in humans and primates. Only two members of this family of viruses were identified: Marburg virus and Ebola virus. Specifically, transmission involves close personal contact between an infected individual or their bodily fluids, and another person. This study is as far as the procedures, to make a bibliographical revision referring to the proposed theme. According to the World Health Organization, as of October 22, 2014, a total

of 9,911 cases have been reported from three highly affected West African countries where the highest reported cases count are, Liberia (4,665 cases), followed by Sierra Leone (3706) and Guinea (1540) (CDC, 2014). We can observe the dynamics of the virus that spreads rapidly and that depends on there are variables through which this spread spreads. The methods used are still ineffective, requiring a greater number of scientific studies to allow for greater decision-making power in health related to this serious epidemic.

KEYWORDS: Ebola, Filovirus, ebolavirus, epidemiology.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho tem como objetivo apresentar a dinâmica epidemiológica do vírus Ebola nos países onde se originou a doença, incluindo as características gerais do vírus, bem como sua origem, formas de transmissão, formas de prevenção, entre outras informações importantes.

Segundo a OMS, o número de casos registrados (no mundo) chegou a 9.936 (nove mil, novecentos e trinta e seis), com dados coletados até 19 de outubro de 2014, acompanhado de aproximadamente 4.900 (quatro mil e novecentas) mortes ocasionadas pelo vírus. Os números encontrados são alarmantes, quando levado em conta a alta capacidade de contaminação, permitindo uma previsão de 20 mil casos até novembro.

De acordo com o Centro de Pesquisa Viroológica do Ministério de Saúde da Rússia, o surto de febre hemorrágica, causada pelo vírus ebola, deve-se a quatro fatores principais: aos portadores naturais de Zaire ebolavirus no Guiné, Libéria e Serra Leoa; à ausência de dados cientificamente comprovados sobre a circulação do vírus nos países anteriormente citados; a situação socioeconômica na África Ocidental; e às tradições locais que favorecem à propagação do vírus.

Em um projeto de Ebola da equipe de Médico Sem Fronteiras, enquanto os médicos estão em atividade, estão sempre trabalhando em equipes. Trabalham em duplas para que um cuide do outro, devido ao alto grau de infecção do vírus. Eles buscam garantir que os equipamentos de proteção sejam vestidos em um ambiente completamente livre do vírus e, após o contato com pacientes ou ambientes infectados, que tudo seja cuidadosamente desinfetado com cloro a 0,5% e que as roupas sejam formadas por mais de 18 itens de proteção individual (Médicos Sem Fronteiras, 2013).

O Filovírus pertence a uma família de vírus chamada *Filoviridae* e pode causar febre hemorrágica grave em humanos e primatas. Apenas dois membros desta família de vírus foram identificados: vírus de Marburg e a do vírus Ebola. Quatro espécies de vírus Ebola foram identificadas nas regiões Costa do Marfim, Sudão, Zaire e Reston. Em sua forma estrutural, os filovírus podem aparecer em diversos formatos. Estas formas incluem filamentos ramificados, bem como menores filamentos em forma de “6”, em forma de “U”, ou em forma de um círculo. São envolvidos através de uma

membrana lipídica. Cada virião contém uma molécula de cadeia única de RNA (ácido desoxiribonucleico). Essa estrutura viral nos permite então, partir para informações sobre sua historicidade e suas características epidemiológicas (CDC.2014).

O primeiro filovirus foi reconhecido em 1967, quando um número de trabalhadores de laboratório na Alemanha e na Iugoslávia, manipularam tecidos de macacos verdes, e estes, desenvolveram uma febre hemorrágica. Após esse experimento, um total de 31 casos e sete óbitos foi registrado. Após os focos iniciais, o vírus desapareceu (CDC.2014).

O vírus então retornou em 1975, quando um viajante, provavelmente no Zimbabué, adoeceu em Joanesburgo, na África do Sul. O vírus foi transmitido para o local contagiando o companheiro de viagem e uma enfermeira. Outros casos esporádicos, raríssimos, de febre hemorrágica de Marburg foram identificados desde aquela época.

Todavia, apenas no ano de 1976, o vírus foi identificado, quando dois surtos de febre hemorrágica do Ebola ocorreram no Zaire (República Democrática do Congo) e sul do Sudão. Mostrando-se altamente letal, com 90% dos casos do Zaire e 50% dos casos Sudaneses, todos resultaram em morte.

Desde o ano mencionado, o vírus Ebola apareceu esporadicamente na África, com focos de pequeno a médio porte confirmado entre 1976 e 1979. As grandes epidemias de Ebola ocorreram em Kikwit, Zaire em 1995 e em Gulu, Uganda em 2000. Por outro lado, os surtos menores foram identificados no Gabão entre 1994 e 1996 (CDC.2014).

Uma vez que um humano é infectado, a transmissão se dá de pessoa para pessoa, meio pelas quais novas infecções ocorrem. Especificamente, a transmissão envolve o contato pessoal próximo entre um infectado indivíduo ou seus fluidos corporais, e outra pessoa. Durante os surtos registrados de febre hemorrágica causada através da infecção do filovirus, as pessoas que cuidavam ou trabalhavam em estreita colaboração com indivíduos infectados, estavam no grupo de risco de se tornar-se infectado, por via da reutilização de seringas não esterilizadas, agulhas ou outros instrumentos médicos e equipamentos contaminados com estes fluidos.

O presente trabalho justifica-se devido a importância de se estudar as estatísticas da dinâmica do vírus é fundamental para o desenvolvimento de procedimentos cada vez mais eficazes na área médica atuante na erradicação do vírus, bem como para contribuição da informação da sociedade como um todo.

2 | METODOLOGIA

A metodologia do presente trabalho constitui quanto aos procedimentos, fazer uma revisão bibliográfica referente ao tema proposto. O trabalho foi desenvolvido a partir de um levantamento sobre o que há disponível na literatura referente ao tema abordado, através de artigos publicados em periódicos internacionais e nacionais.

Foram analisadas as bases de dados: SCIELO, LILACS, BIREME, MEDLINE e outros.

O método de procedimento ou de investigação da presente pesquisa foi o método histórico, no qual o foco está na investigação de acontecimentos passados para verificar sua influência na sociedade de hoje, e considera fundamental estudar suas raízes visando a compreensão de sua natureza e função (Prodanove & Freitas, 2013). Além do que, o texto é apenas de caráter informativo.

3 | RESULTADOS

A Figura 1 mostra um gráfico de barras que evidencia o número acumulado de casos de Ebola, por semana epidemiológica, em três países da África Ocidental, no período de 29 de março a 18 de outubro de 2014.

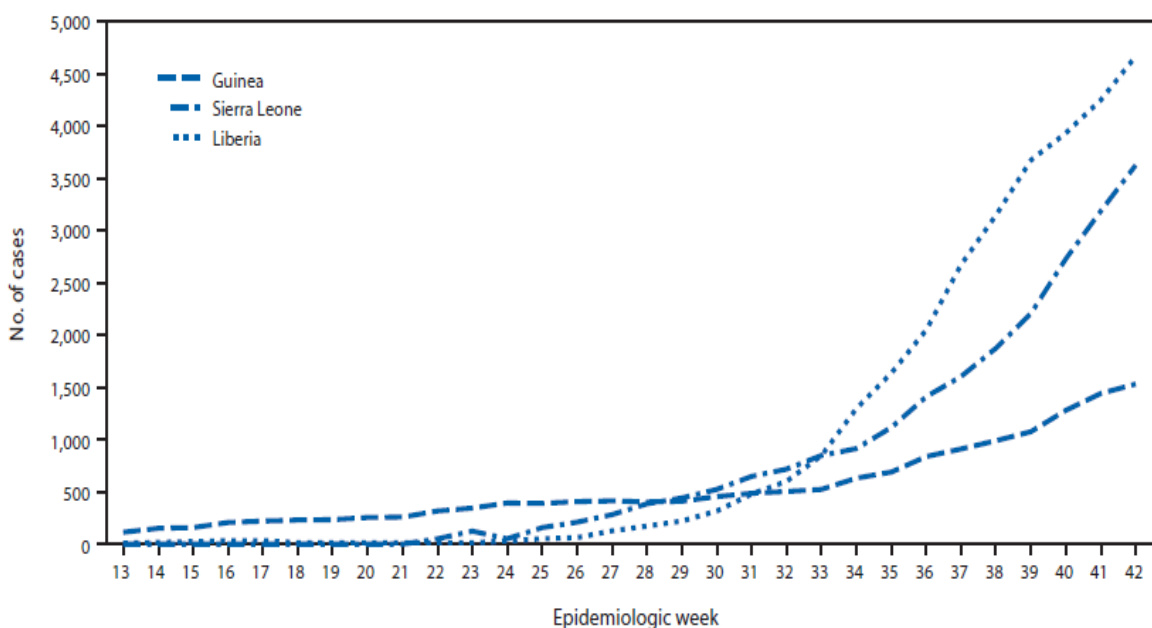


Figura 1: Semana epidemiológica do Ebola.

Fonte: CDC, 2014.

De acordo com a atualização mais recente da Organização Mundial de Saúde, a partir de 22 de outubro de 2014, um total de 9.911 (nove mil, novecentos e onze) casos de Ebola tem sido relatado como de 19 de outubro a partir de três países do Oeste Africano altamente afetadas (Guiné, Libéria e Serra Leoa). As maiores contagens de casos notificados foram de Libéria (4.665 casos), seguido por Serra Leoa (3706) e da Guiné (1540) (CDC, 2014).

De acordo com Scarpino (2014), a transmissão não é aleatória, porém, concentrada em grupos localizados. A compreensão desse fato, segundo o autor, permitirá aos órgãos competentes traçar estratégias de combate à doença. Para ele, é provável conter a epidemia trabalhando rapidamente em tratar e isolar os primeiros doentes e as pessoas que estiveram em contato com eles. Todavia, não foi o que

aconteceu em Serra Leoa e na Libéria, onde o atendimento médico demorou a chegar e a se organizar.

Podemos observar a dinâmica do vírus que se espalha de forma rápida e que depende há variáveis mediante as quais essa propagação se espalha. Os métodos utilizados ainda são ineficazes, necessitando assim, de uma maior quantidade de estudos científicos para que haja maior poder de tomada de decisões em saúde referentes a essa epidemia grave.

REFERÊNCIAS

Filovirus. **Fact Sheet**. *World Health Organization*, CDC.2014.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

Incident Management System Ebola Epidemiology Team, CDC. **Ebola virus disease outbreak — West Africa**, September 2014. *MMWR* 2014;63:865–6.2014.

Informação: Médicos Sem Fronteiras. **Ebola: isolamento em dose dupla**. Ano 16 - Nº 31 – 2013.

Prodanov, Cleber Cristiano; Freitas, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SCARPINO, S. V. *et al.* Epidemiological and viral genomic sequence analysis of the 2014 Ebola outbreak. **Clinical Infectious Diseases**. 16 dez. Ano: 2014.

HANSENÍASE: RELAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE E A FORMA OPERACIONAL

Gal Caroline Alho Lobão

Centro Universitário do Pará (CESUPA)
Belém - Pará

Tamyres Maria Santos da Silva

Centro Universitário do Pará (CESUPA)
Belém - Pará

Priscila Cristina de Sousa

Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém - Pará

Larissa Rodrigues Dias

Universidade Estadual do Pará (UEPA)
Belém - Pará

Ana Rosa Botelho Pontes

Núcleo de Medicina Tropical (UFPA)
Belém - Pará

RESUMO: A hanseníase é uma moléstia com tropismo pelos nervos periféricos na qual é capaz de conduzir ao dano neural, constitui uma patologia das mais antigas que atua no organismo humano. O presente estudo tem como objetivo avaliar o grau de incapacidade física dos portadores de hanseníase assistidos (ou cadastrados) em x unidades básicas de saúde, do município de Belém. Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa, no qual foram avaliados 51 casos índices de hanseníase, de ambos os sexos. Os dados foram coletados no período de junho de 2013 a junho de 2015, por meio de um

questionário com perguntas fechadas e da ficha de avaliação simplificada das funções neurais e complicações. Os dados foram organizados em planilhas e analisados no programa Microsoft Excel em formas de tabelas. Diante dos resultados obteve-se que, (75%) dos casos índices pertence à forma operacional multibacilar e (63,1%) são do sexo masculino. No que diz respeito ao grau de incapacidade: o grau 0 predominou na forma paucibacilar enquanto que o grau I foi mais evidente na forma multibacilar. Nos membros superiores, em ambas as formas operacionais, o nervo ulnar foi o mais afetado. À medida que nos membros inferiores houve maior acometimento do fibular nos multibacilares e do tibial posterior nos paucibacilares. As principais queixas relatadas refere-se aos membros inferiores. Os resultados encontrados nesta pesquisa contribuíram para detecção precoce de casos de hanseníase e para minimizar o grau incapacidade física já estabelecida.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação, Hanseníase, Nervos.

ABSTRACT: It is a pathology of the oldest that acts in the human organism. Leprosy is a disease with tropism by the peripheral nerves in which it is able to lead to neural damage. The present study aims to evaluate the degree of physical disability of the leprosy patients in

basic health units in the city of Belém. This is a descriptive, prospective study with a quantitative approach, in which 51 cases of leprosy rates , of both sex. Data were collected from June 2013 to June 2015, through a closed questionnaire and the simplified Neural Functions and Complications Fact Sheet. The data was organized and analyzed in the Microsoft Excel program in table forms. Considering the results, it was obtained that (75%) of the index cases belong to the multibacillary operating form and (63.1%) are male. Regarding the degree of disability: grade 0 predominated in the paucibacillary form, whereas grade I was more evident in the multibacillary form. In the upper limbs, the ulnar nerve was the most affected and in the lower limbs there was a greater involvement of the fibular in MB and posterior tibial in PB. The main complaints reported were in the lower limbs. The results found in this research contributed to the early detection of cases of leprosy and to minimize the degree of physical disability.

KEYWORDS: Evaluation, Leprosy, Nerves.

1 | INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, de grande relevância para a saúde pública devido ao seu alto poder infectante e incapacitante, atingindo principalmente os nervos, causando incapacitações irreversíveis ao portador. O alto potencial incapacitante da doença está diretamente ligado à capacidade do microrganismo causador da doença de penetrar na célula nervosa e também ao seu poder imunogênico. Quando diagnosticada e tratada tardiamente pode gerar graves consequências, como incapacidades físicas nas mãos, pés e olhos, resultantes do comprometimento dos nervos periféricos. Objetivos: pesquisar, descrever e correlacionar o grau de incapacidade física com a forma operacional.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa; realizado em x Unidades de Saúde do município de Belém. Participaram desta pesquisa 51 casos índices de hanseníase, da forma operacional paucibacilar (PB) e multibacilar (MB), conforme preconiza o Ministério da Saúde; maiores de 15 anos, devidamente cadastrados no Programa de Hanseníase das unidades básicas de saúde. Foram excluídos os casos índices que não concordaram em participar da do estudo. Aos sujeitos da pesquisa foi solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As incapacidades físicas podem promover ao indivíduo sequelas permanentes, tendo em vista que o bacilo atinge os receptores nervosos responsáveis pela dor, visão e sensibilidade tátil, tornando-os mais susceptíveis a acidentes, queimaduras, feridas e até mesmo amputações, resultando em comprometimento da qualidade de vida do portador da doença. Fator de igual relevância são os danos psíquicos, morais e sociais aos quais são expostos os doentes, seus familiares e a comunidade à qual pertencem. O grau de incapacidade é classificado em: Grau 0, caracterizado como nenhum problema com olhos, mãos e pés devido a hanseníase; Grau 1, caracterizado como diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos, diminuição ou perda de sensibilidade protetora nas mãos e /ou nos pés; Grau 2, caracterizado como olhos: lagofalmo e/ ou ectrópio, triquíase, opacidade córnea na central, acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância; mão e pé: lesões tróficas e/ ou traumáticas, garras, reabsorção, pé caído, contratura do tornozelo. Os resultados demonstram quanto a distribuição dos casos índices de acordo com o grau de incapacidade e a forma operacional no ano de 2015, evidenciou-se que na forma PB prevaleceu o grau de incapacidade 0 (15,7%), seguido de (9,8%) com grau I. Nenhum paciente apresentou acometimento com grau II. Os resultados retratam que um significativo percentual de pacientes da forma paucibacilar não manifestaram nenhum tipo de grau de incapacidade o que pode está relacionado com a produção de poucos bacilos- característica da forma citada- levando a redução do acometimento dos nervos periféricos e conseqüentemente as incapacidades e deformidades observadas em pessoas portadoras da hanseníase PB. No que refere à forma MB o estudo demonstra que (51,0%) dos pacientes se encontravam no grau I de incapacidade, acompanhado por (19,6) com grau 0 de incapacidade. Os pacientes acometidos pela forma multibacilar produzem uma grande quantidade de bacilos antes do tratamento e, portanto estão mais propícios ao acometimento de regiões e órgãos pelo bacilo de Hansen, assim vale enfatizar a necessidade do diagnóstico precoce e o tratamento imediato e completo, a fim de evitar tais danos nervosos e quebrar a cadeia epidemiológica da doença na comunidade, evitando a transmissão para outras pessoas, principalmente para os contatos intradomiciliares que se encontram no alto risco de contrair a doença. Ressalta-se ainda que as orientações dadas pelos profissionais de saúde sobre a doença, sua transmissão, tratamento e medidas preventivas, como também, a avaliação dos contatos intradomiciliares e a vacinação com a BCG (Bacillus Calmette - Guérin) daqueles considerados indenes são medidas que auxiliam no controle da doença. Adverte-se ainda que (3,9%) dos pacientes MB se encontravam com o grau II de incapacidade instalado e certamente neste caso houve demora na busca do diagnóstico e tratamento da doença.

As incapacidades físicas causada pelo bacilo de Hansen ocasiona ao indivíduo acometido uma serie de agravos, resultando em estigma e preconceito. Dessa forma,

é necessário um processo permanente de autocuidado, associado ao tratamento, avaliação contínua para evitar novas incapacidades físicas consequência do agravo.

4 | CONCLUSÃO

No presente estudo constatou-se a importância da detecção precoce dos portadores de hanseníase, impedindo a propagação da doença e interrompendo a cadeia de transmissão, como também a relevância da avaliação dermatoneurológica não somente dos casos índices, como também de seus contatos intradomiciliares. Ao avaliar o grau de incapacidade física constatou-se que entre os pacientes paucibacilares prevaleceu o grau 0 e nos multibacilares predominou o grau I. Os membros inferiores, especificamente, os pés, foram os que apresentaram maior acometimento de incapacidade instalada. Sendo assim, verifica-se que as incapacidades físicas ocasionam um grande impacto psicossocial na vida do indivíduo acometido, é de extrema importância o diagnóstico precoce, tratamento adequado, medidas de intervenções para prevenção de incapacidade, além da educação dos pacientes sobre a doença, ações essas essenciais à qualidade de vida do indivíduo.

REFERÊNCIAS

Araújo AREA, Aquino CMD, Goulart BMI, Pereira FRS, Figueiredo AI, Serra OH et al. **Complicações Neurais e Incapacidades em Hanseníase em Capital do Nordeste Brasileiro com Alta Endemicidade**. Revista Brasileira, 2014.

Brasil, Ministério da Saúde, Portaria nº 3.125 de 7 de Outubro de 2010. **Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 Out. 2010.

Brasil, Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**, Brasília, 2008.

Ribeiro G C. **Fatores Relacionados à Prevalência de Incapacidades Físicas em Hanseníase na Microrregião de Diamantina**, Minas Gerais, Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2012.

PERFIL E PRÁTICAS SEXUAIS DE UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO REALIZADO NO NORTE DO BRASIL

Paulo Victor S. Cavalcante

Grupo de Estudo e Pesquisa em Populações Vulneráveis, Instituto de Estudos Costeiros, Universidade Federal do Pará, Bragança PA, Brasil.

Gláucia C. Silva-Oliveira

Grupo de Estudo e Pesquisa em Populações Vulneráveis, Instituto de Estudos Costeiros, Universidade Federal do Pará, Bragança PA, Brasil.

Aldemir B. Oliveira-Filho

Grupo de Estudo e Pesquisa em Populações Vulneráveis, Instituto de Estudos Costeiros, Universidade Federal do Pará, Bragança PA, Brasil.

RESUMO: Introdução: A sexualidade é um conjunto de expressões ou comportamentos do ser humano, de modo a influenciar todo o ciclo de vida, por estar relacionada a fatores biológicos, psicológicos e sociais, dentre estes a procriação e a autoafirmação social e individual. Objetivos: Este estudo determinou o perfil sócio demográfico e as práticas sexuais, especialmente às voltadas para a contracepção e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre os universitários no município de Capanema, Pará. Métodos: Este estudo transversal foi realizado através de um inquérito epidemiológico com 219 universitários, de cursos distintos. Eles

forneceram informações sociais, demográficas e sobre a vida sexual por meio de questionário. Resultados: A maioria deles pertencia ao sexo feminino, era jovem e declarou ser solteiro, heterossexual e não estar envolvido em atividade remunerada. Nos últimos 12 meses, a maioria deles teve relações sexuais com parceiros distintos, semanalmente, por meio de sexo vaginal/oral/anal. Muitos afirmaram conhecer e utilizar, esporadicamente, algum método anticoncepcional e preventivo à IST. Diversos universitários afirmaram ter recebido diagnóstico de alguma IST nos últimos 12 meses anos e já possuem, pelo menos, um filho oriundo de gravidez não planejada. Conclusão: Este estudo identificou que muitos universitários tem uma vida sexual intensa, sendo destacado a vulnerabilidade às gestações não planejadas e às IST. Desse modo, torna-se necessário a ampliação e o aprofundamento de estudos e debates sobre a temática sexualidade, visando a aquisição e o uso do conhecimento sobre prevenção à IST e a gestação não planejada.

PALAVRAS-CHAVE: Perfil, Vida sexual, Universitários, Brasil.

ABSTRACT: Introduction: Sexuality is a set of expressions or behaviors of the human being, in order to influence the entire life cycle, because it is related to biological, psychological and social factors, among them procreation and social and

individual self-assertion. Objectives: This study determined the socio-demographic profile and sexual practices especially those focused on contraception and prevention of sexually transmitted infections (STIs), among college students in the municipality of Capanema, Pará. Methods: This cross-sectional study was carried out through an epidemiological survey of 219 university students from different courses. They provided social, demographic and sexual information through a questionnaire. Results: Most of them belonged to the female sex, were young and declared to be single, heterosexual and not involved in gainful activity. In the last 12 months, most of them have had sex with separate partners on a weekly basis through vaginal / oral / anal sex. Many have stated that they know and use sporadically some contraceptive and preventive method to STI. Several university students said they had been diagnosed with an STI in the past 12 months and already have at least one child from an unplanned pregnancy. Conclusion: This study identified that many college students have an intense sexual life, with vulnerability to unplanned pregnancies and STIs being highlighted. Thus, it is necessary to expand and deepen studies and debates on the theme of sexuality, aiming at the acquisition and use of knowledge about STI prevention and unplanned pregnancy.

KEYWORDS: Profile, Sex life, College students, Brazil.

1 | INTRODUÇÃO

A sexualidade é um conjunto de expressões ou comportamentos do ser humano, de modo a influenciar todo o ciclo de vida, por estar relacionada a fatores biológicos, psicológicos e sociais, dentre estes a procriação e a autoafirmação social e individual (FREITAS et al., 2003). A sexualidade humana também pode ser entendida como uma construção histórica e cultural com base nas experiências vivenciadas pelos indivíduos em seus vários ambientes de inserção (RIBEIRO et al., 2004). Quando a sexualidade é tratada como fator isolado a outros aspectos socioculturais é utópica, por ser um processo ininterrupto, acompanhando o indivíduo por todo o seu ciclo de vida, recebendo diversas influências, sendo estas fisiológicas, emocionais e culturais (GIR et al., 2000).

A concepção sobre a sexualidade humana tem evoluído historicamente. O século XVII marcou a história da sexualidade porque criou um conjunto de pudores que valorizava a decência e condenava o sexo pré-nupcial. As opiniões e as regras da época começaram a ser questionadas até que, no século XX, esses questionamentos chegaram a romper com as proibições da sociedade, eliminando muitos tabus relacionados à sexualidade humana, diminuindo o constrangimento e a recriminação (MARTINS & SOLDATELLI, 1998). Assim, as relações sexuais tornaram-se menos comprometedoras e a sexualidade feminina não inteiramente ligada à procriação, caracterizando a isenção às responsabilidades futuras, bem como um maior enfoque as relações conduzidas pela busca do prazer (LOYOLA, 2003).

Dessa forma, muitos jovens, em face da concepção liberal, passaram a iniciar a prática sexual de maneira desordenada, não prevenindo contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e de uma gravidez não planejada (FALCÃO JÚNIOR et al., 2007). A consciência de que algumas precauções são necessárias para se realizarem certas práticas sexuais pode depender do nível socioeconômico, de escolaridade e da idade. A taxa de fecundidade tende a ser maior entre adolescentes e jovens que apresentam menor escolaridade e que não possui nenhuma atividade remunerada, e o uso de contraceptivos é menor quanto menor a idade dos adolescentes. Porém, o uso de métodos contraceptivos não está necessariamente associado ao conhecimento ou a falta de informação (PIROTTA & SCHOR, 2004).

A adolescência é um estágio de vida em que a pessoa passa por profundas transformações e vivencia novas experiências no que diz respeito à sexualidade. Porém, muitos adolescentes ainda não estão preparados para a iniciação sexual e se submetem aos riscos ou até mesmo às frustrações (AQUINO et al., 2005). No Brasil, a idade da primeira relação sexual está em torno de 15 anos para os homens e de 17 anos para as mulheres, dentre estes, somente 51,4% fizeram o uso de métodos contraceptivos (FONSECA et al., 2000). A atividade sexual tem se iniciado cada vez mais precocemente e é mantida de forma frequente entre adolescentes (AQUINO et al., 2005).

Desse modo, a população jovem é considerada um grupo de relevância nas práticas de ações preventivas e em pesquisas acerca de temas relacionados à sexualidade e às IST, isto por conta da alta exposição aos fatores e atividades que predispõem à patógenos ou à gravidez não planejada (FALCÃO JÚNIOR et al., 2007). Em 2004, 13.844 casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foram registrados no Brasil, cerca de 28% desses casos foram diagnosticados em pessoas com idade de 13 a 24 anos². A não utilização de preservativo e de métodos contraceptivos são práticas de risco comumente associadas às IST e a gravidez não planejada, especialmente entre adolescentes e jovens adultos, revelando assim uma realidade que deve ter intervenções imediatas (BRASIL, 2004).

Apesar do meio acadêmico propiciar um maior acesso às informações acerca da sexualidade humana e os fatores de exposição às possíveis consequências de práticas sexuais inseguras, torna-se relevante o estudo do perfil e da prática sexual da população universitária, haja vista que muitos universitários se encontram num período de transição em sua vida, no que diz respeito aos comportamentos social e sexual. Além disso, até o momento, estudos sobre o perfil e as práticas sexuais entre universitários no Pará não foram detectados. Desse modo, este estudo investigou o perfil sócio demográfico e as práticas sexuais, especialmente às voltadas para a contracepção e a prevenção de IST entre os universitários no município de Capanema, nordeste do Pará.

2 | MÉTODOS

Este estudo transversal foi realizado através de um inquérito epidemiológico. Ele teve um desenho exploratório, cujo o interesse foi descrever e categorizar fenômenos em um grupo de pessoas. Para isso, utilizou-se abordagem quantitativa fundamentada no ser humano como um complexo de muitos sistemas que pode ser medidos objetivamente, de forma separada ou combinada, onde o estudo mede uma ou mais características humanas, controlando variáveis enfocadas na pesquisa (WOOD & HABEER, 2001).

A amostra populacional do estudo foi composta de universitários matriculados nos cursos de Licenciatura em Ciências Naturais, Licenciatura em Letras - Língua Portuguesa, Licenciatura em Letras - Língua Inglesa, Licenciatura em História, Licenciatura em Matemática, Bacharelado em Ciências Contábeis e Licenciatura em Pedagogia no Campus da Universidade Federal do Pará (UFPA) localizado no município de Capanema, nordeste do Pará (Figura 1). No total, o Campus de Capanema tinha regularmente matriculado 1.042 universitários no 1º semestre de 2015, os quais estavam distribuídos em cursos ofertados nos períodos regular e intervalar. Essa unidade acadêmica da UFPA tem matriculado universitários do município de Capanema e de inúmeros municípios dos estados do Pará e do Maranhão, resultado de sua localização estratégica na mesorregião do nordeste do Pará e que também faz ligação direta com inúmeros municípios do Maranhão por meio da rodovia federal BR-316.

A seleção de universitários ocorreu de forma aleatória, uma turma de universitários pertencente a cada curso foi selecionada aleatoriamente para participar do estudo. O único critério de inclusão foi o universitário está matriculado e cursando uma graduação (no período da coleta) no Campus da UFPA em Capanema. Por outro lado, dois critérios de exclusão do estudo foram utilizados: o discente ter iniciado recentemente a graduação (ser calouro) e não preencher nenhuma indagação do questionário proposto. Todos os universitários foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e convidados a participarem por meio do preenchimento de um questionário anônimo. O questionário foi constituído por indagações referentes à informações sócio demográficas, ao conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e à práticas sexuais. A coleta de informações dos universitários ocorreu no período de fevereiro a junho de 2015.

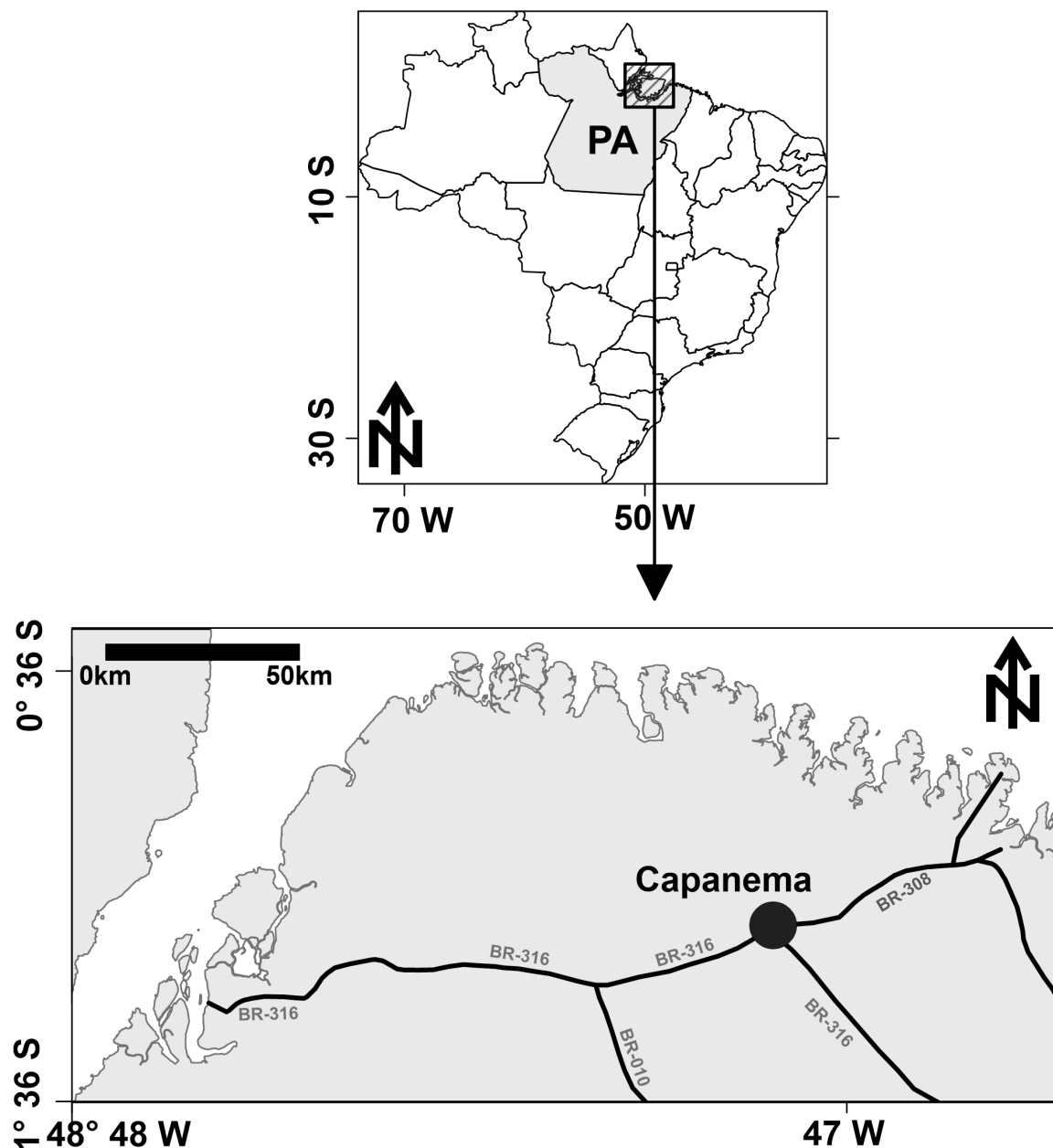


Figura 1: Localização geográfica do município de Capanema, Pará (PA).

As informações coletadas foram organizadas e apresentadas em tabelas. Sendo que, parâmetros de estatística descritiva foram utilizados para descrever e categorizar fenômenos. Os programas Microsoft Excel 2011 e BioEstat 5.3 foram utilizados para organização e análise das informações. Este estudo integra o projeto de pesquisa “Infecções sexualmente transmissíveis: do laboratório à sala de aula” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo do Núcleo de Medicina Tropical, da Universidade Federal do Pará, e financiado pela Fundação Amazônia Paraense de Amparo à Pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo foi constituído por 219 universitários do Campus da UFPA no

município de Capanema, nordeste do Pará. Esse número amostral representou 21% da população de universitários em investigação. Todos os cursos de graduação em andamento no Campus de Capanema (UFPA) foram representados neste estudo (35 universitários de Licenciatura em Ciências Naturais, 30 universitários de Licenciatura em Letras – Língua Portuguesa, 31 universitários de Licenciatura em Letras – Língua Inglesa, 32 universitários de Licenciatura em História, 31 universitários de Licenciatura em Matemática, 30 universitários de Ciências Contábeis e 30 universitários de Licenciatura em Pedagogia). A maioria (72,6%) dos universitários integrava turmas que estavam cursando disciplinas referentes ao 2º e 3º ano do curso. Sendo que, aproximadamente metade (56,6%) dos universitários era natural do município de Capanema e o restante residia no município somente enquanto estava realizando o curso. A tabela 1 indica a origem de todos universitários abordados no estudo.

Além disso, a maioria dos universitários pertencia ao sexo feminino, informou ter idade de 17 a 21 anos, se declarou solteiro, heterossexual, ingressou na universidade com idade entre 15 e 21 anos e ainda não estão envolvidos em atividade remunerada (formal ou informal). Por meio da tabela 2 é possível identificar mais detalhes sobre o perfil sócio demográfico dos universitários. Sendo que, independente da característica analisada é possível observar que os universitários já apresentam vida sexual.

Número amostral (%)	Estados	Municípios
124 (56,6)	Pará	Capanema (sede do estudo)
84 (38,4)	Pará	Augusto Corrêa, Bragança, Capitão Poço, Castanhal, Curuçá, Itaituba, Ourém, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Santa Maria do Pará, São João de Pirabas, São Miguel do Guamá, Tracuateua, Vigia e Viseu
11 (5,0)	Maranhão	Araguanã, Bom Jardim, Maracaçumé, Presidente Médici, Nova Olinda do Maranhão e Santa Inês

Tabela 1: Origem dos 219 universitários abordados neste estudo.

Essas características sócio-demográficas dos universitários em Capanema são semelhantes às relatadas em outros estudos feitos no Brasil, em especial a predominância de jovens mulheres, solteiras, heterossexual e com ingresso na universidade durante a adolescência ou no início da vida adulta (ALVES & LOPES, 2008; AQUINO & BRITO, 2012; D'AMARAL et al., 2015; FALCÃO JÚNIOR et al. 2007; MOURA et al., 2011; ROCHA & SILVA, 2014). Essas informações também estão em consonância com o último Censo de Educação Superior (TRAVITZKI & RAIMUNDO, 2009).

Tais características evidenciam que uma porção significativa da população de universitários no Brasil é constituída por adolescentes e jovens adultos e que o aumento da inserção da mulher no ensino superior pode ser relacionado ao crescimento da

participação feminina no mercado de trabalho. No Brasil, as mulheres inseridas formalmente no mercado de trabalho apresentam idade entre 25 a 35 anos, possuem de 9 a 12 anos de estudos e com maior inserção nos setores de educação, transporte e construção civil, com maior chance de inserção formal na zona urbana, região metropolitana e na região sul do país. Sendo que, há uma redução significativa na chance de inserção da mulher no mercado de trabalho quando ela é chefe de família, solteira e tem filhos (LIMA et al., 2017).

Características	Possui vida sexual		Total*
	Sim	Não	
Sexo			
Masculino	61	6	67
Feminino	107	40	147
Idade			
17 a 21 anos	74	33	110
22 a 30 anos	74	13	88
Mais de 30 anos	21	-	21
Estado civil			
Não casado (solteiro + separado)	121	46	169
Casado (incluindo "juntos")	47	-	47
Orientação sexual			
Heterossexual	150	44	198
Homossexual	6	-	6
Bissexual	6	1	7
Desenvolve atividade remunerada			
Sim	71	8	79
Não	94	38	136
Idade de ingresso na Universidade			
15 a 21 anos	108	29	137
22 a 30 anos	52	17	69
Mais de 30 anos	10	-	10
Ano do curso em andamento			
2º Ano (3º e 4º semestres)	64	22	86
3º Ano (5º e 6º semestres)	54	16	76
4º Ano (7º e 8º semestres)	46	8	54

Tabela 2: Características sócio-demográficas dos universitários relacionados à vida sexual.

* O número de participantes nas características apresentadas é diferente do número total em decorrência do não preenchimento de algumas perguntas do questionário.

No total, 46 (21,0%) universitários afirmaram que ainda não tiveram relação sexual na vida. Em consequência, 173 (79,0%) universitários já tiveram pelo menos uma relação sexual na vida. A frequência de universitários que ainda não tiveram relação sexual detectada neste estudo é menor que a observada entre universitários no Piauí (44,3%), porém similar à detectada entre universitários de Goiás (25,0%)

(AQUINO & BRITO, 2012; MELO et al., 2008; MOURA et al., 2011).

Segundo MELO et al. (2008), o estereótipo de que a universidade é um espaço de liberalidade e transgressão dos comportamentos sexuais não são válidos. Isso é um mito propagado por gerações. Ainda segundo os mesmos autores, na universidade é possível perceber a valorização de formas convencionais de exercício da sexualidade, inclusive com a presença de um número expressivo de universitários que ainda não tiveram relações sexuais e, por outro lado, um número substancial de participantes que relatam manter práticas sexuais distintas – sexo oral, vaginal e anal.

Neste estudo, a maioria (59,5%) dos universitários teve a primeira relação sexual com idade entre 10 e 16 anos, sendo detectada idade média em torno de 15,5 anos. Apesar do início precoce na vida sexual por alguns universitários, a informação detectada neste estudo corrobora com o perfil dos adolescentes universitários brasileiros que iniciam a vida sexual entre 15 e 18 anos (AQUINO & BRITO, 2012; FALCÃO JÚNIOR et al., 2007; PAIVA et al., 2003). O adiamento do início da vida sexual, mais frequente entre os jovens mais escolarizados, tem sido sugerido como tema a ser discutido no planejamento da educação dos adolescentes para a sexualidade e prevenção das IST (PAIVA et al., 2003). Possivelmente, isso possa a ser o motivo do uso de métodos anticoncepcionais e preventivos à IST pela maioria (60,1%) dos universitários durante a primeira relação sexual (Tabela 3).

Características	Sexo		Total*
	Masculino	Feminino	
Idade da 1ª relação sexual			
10 a 16 anos	25	72	97
17 a 33 anos	32	34	66
Uso de método anticoncepcional e preventivo à IST na 1ª relação sexual			
Sim	30	69	99
Não	31	38	69
Possuiu parceiro sexual fixo**			
Sim	30	63	93
Não	31	38	69
Número de parceiros sexuais**			
1 a 3	47	104	151
+ 3	14	3	17
Frequência de relação sexual**			
Semanal	39	67	106
Mensal	17	22	39
Anual + raro	5	16	21
Conhece algum método anticoncepcional			
Sim	60	107	167
Não	1	-	1
Usa algum método anticoncepcional**			
Sim	42	70	112
Não	12	37	49
Conhece algum método preventivo à IST			

Sim	51	103	154
Não	2	4	6
Usa algum método preventivo à IST durante relação sexual**			
Sim	51	102	153
Não	2	4	6
Tabela 3: Continuação			
Características	Sexo		Total*
	Masculino	Feminino	
Frequência de uso de método anticoncepcional e preventivo à IST*			
Sempre	25	40	65
Esporadicamente	29	64	93
Nunca	3	3	6
Prática sexual** #			
Sexo vaginal	61	97	158
Sexo oral	39	23	62
Sexo anal	6	2	8
Teve alguma IST**			
Sim	22	16	38
Não	24	91	115
Você ou sua parceira já ficou gestante			
Sim	14	31	45
Não	42	76	108

Tabela 3: Características da vida sexual dos universitários abordados neste estudo.

*O número de participantes nas características apresentadas é diferente do número total em decorrência do não preenchimento de algumas perguntas do questionário. **Ação ou comportamento realizado nos últimos 12 meses. #O participante poderia assinalar mais de uma resposta nessa indagação.

Ainda relacionado à primeira relação sexual, 41% dos universitários que participaram deste estudo não utilizaram nenhum método anticoncepcional e preventivo à IST. Essa informação também foi observada entre universitários de enfermagem no Maranhão, no qual uma porção significativa deles (39,0%) não utilizou qualquer recurso para evitar uma gravidez não planejada ou uma IST durante a primeira relação sexual (ABREU & TAVARES, 2012). Apesar da temática controversa, isso pode ser um indicativo que apesar do adolescente ou jovem adulto ter a informação, muitas vezes esse conhecimento não é utilizado pelo mesmo.

Dentre os universitários que possuíam vida sexual, a maioria (57,4%) informou que teve parceiro sexual fixo nos últimos 12 meses. Poucos universitários (10,1%) relataram que tiveram mais de três parceiros sexuais nos últimos 12 meses (Tabela 3). Somado a isso, a maioria dos universitários relatou ter relação sexual semanalmente. Essas informações são semelhantes ao detectado em estudo realizado entre universitários no Piauí (FALCÃO JÚNIOR et al., 2007).

A prática de sexo vaginal foi comumente relatada entre os universitários. Em

menor escala, o sexo oral e o sexo anal também foram relatados pelos universitários. Os universitários do sexo masculino – independentemente de sua orientação sexual – declararam ter um leque mais amplo de práticas sexuais em comparação às universitárias. Essa informação também já foi observada em estudo realizado com universitários de Goiás (MELO et al., 2008). De acordo com SZASZ (2004), “... quase todas as culturas existem normatividades diferentes para homens e mulheres quanto aos comportamentos sexuais e valorações diferenciadas para os comportamentos considerados como femininos e masculinos, associados às ideias de atividade e passividade sexual”.

Entretanto, convém destacar nesta discussão que durante a relação sexual, há uma relevante troca de fluidos, o que está associado diretamente à transmissão de diversos patógenos, dependendo principalmente da prática sexual realizada. O sexo vaginal e o sexo anal apresentam um grande risco para ambos os parceiros, quando realizados sem preservativo, visto que a troca de fluidos é intensa. Na prática de sexo oral, este risco está presente, porém em menor intensidade. Se houver pequenas lesões, o risco é potencialmente aumentado (FALCÃO JÚNIOR et al., 2007). Em suma, independente da prática sexual, o uso de preservativos é necessário para evitar a transmissão de patógenos.

Neste estudo, muitos universitários afirmaram conhecer e utilizar algum método anticoncepcional e preventivo à IST durante relação sexual. No entanto, esse uso de método anticoncepcional e preventivo à IST ocorre esporadicamente (Tabela 3). Dentre as pessoas que tem maior grau de escolaridade, o uso de preservativo tem se mostrado com maior consistência, porém esse não é o único fator que influencia na adoção da prática sexual com preservativo. Sabe-se, ainda, que a idade, tipo de vínculo com o parceiro e o nível de informação e de acesso aos métodos preventivos são outros fatores que interferem nessa prática (PAIVA et al., 2003). Atualmente, os jovens possuem elevado nível de conhecimento em relação aos métodos anticoncepcionais, porém ainda mantem relações sexuais isentas do uso do preservativo (PIROTTA & SCHOR, 2004). Acredita-se, assim, que o não uso do preservativo está fortemente relacionado com a esporadicidade e a falta de planejamento das relações sexuais, em especial entre casais com um maior tempo de relacionamento, dentre outros fatores (D’AMARAL et al., 2015; FALCÃO JÚNIOR et al. 2007; MOURA et al., 2011).

Dentre 173 universitários que afirmaram já ter vida sexual, alguns (22,0%) relataram ter sido diagnosticado com alguma IST na sua vida. A sífilis, a gonorreia e tricomoníase foram as IST relatadas pelos universitários neste estudo. Além disso, alguns universitários (20,5%) também informaram ter ficado gestante ou que sua parceira sexual ficou gestante. No Maranhão, 10% dos universitários relataram a ocorrência de IST, em especial herpes, gonorreia, clamídia e tricomoníase. Ainda entre universitários do Maranhão, 25% dos universitários relataram a ocorrência de gravidez (ABREU, 2012).

Esses achados mostram que, apesar dos universitários mencionaram o uso

de ferramentas contraceptivas e preventivas à IST, eles não as adotam em todas as relações sexuais, revelando assim alta vulnerabilidade às gestações não planejadas e às IST. Em Capanema, torna-se necessário a ampliação e o aprofundamento de estudos e debates sobre a temática sexualidade, em especial visando à aquisição e o uso do conhecimento sobre prevenção à IST e a gestação não planejada. Um exemplo de uma possível intervenção a ser realizada é o projeto “Prevenção das DST/AIDS para universitários no Dia dos Namorados”, realizado com universitários de Maringá (PR) em 2013. O projeto foi desenvolvido com intuito de sensibilizar os universitários quanto à importância das IST e fornecer testes rápidos para diagnóstico de patógenos, visando redução de riscos e vulnerabilidades, promovendo assim prevenção e a assistência à saúde (AMADEI & BIAZON, 2013).

Este estudo possui limitação e deverá ser considerada na interpretação dos resultados. A amostra populacional deste estudo não representa todos os universitários de Capanema, mas somente aqueles selecionados no Campus da UFPA em Capanema, de acordo com a metodologia descrita. Além disso, os dados foram obtidos a partir de preenchimento de questionários, não houve qualquer documento solicitando a comprovação dos fatos relatados. Entretanto, esse estudo pode fornecer informações necessárias para o direcionamento seguro de estratégias para controle e prevenção de gravidez não planejada e IST na população estudada, assim como auxiliar outros estudos relacionados a discussão da temática sexualidade. Em suma, a educação em saúde tem um papel importante neste cenário de intervenção, considerando a promoção da saúde para o desenvolvimento da autonomia e a responsabilidade das pessoas e comunidades com a sua saúde.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou o perfil sócio demográfico dos universitários do Campus da UFPA em Capanema. A maioria dos universitários foi constituída por jovens mulheres, solteiras, com práticas heterossexuais e com ingresso na universidade durante a adolescência ou no início da vida adulta. Além disso, a maioria já manteve relação sexual. Muitos deles informaram que tiveram somente um parceiro sexual fixo nos últimos 12 meses. A prática de sexo vaginal foi predominante.

O estudo também destacou que muitos universitários afirmaram conhecer e utilizar algum método anticoncepcional e preventivo à IST durante relação sexual. No entanto, esse uso de método anticoncepcional e preventivo à IST ocorre esporadicamente. Tal fato torna os universitários um grupo de alta vulnerabilidade às gestações não planejadas e às IST, como reportadas no estudo. Desse modo, o estudo também sugeriu a ampliação e o aprofundamento de estudos e debates sobre a temática sexualidade.

REFERÊNCIAS

- Abreu LMN, Tavares AS. Práticas contraceptivas e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre acadêmicos de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2012; 17 (2): 315-321.
- Alves AS, Lopes MHBM. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61 (1): 11-17.
- Amadei JL, Biazon EAT. Prevenção das DST/AIDS para universitários no Dia dos Namorados. Maringá (PR), 2013. Disponível em: [www.fiepr.org.br/.../Prevencao_das_DST,_AIDS_\[50629\].pdf](http://www.fiepr.org.br/.../Prevencao_das_DST,_AIDS_[50629].pdf)
- Aquino PS, Brito FEV. Perfil sexual de adolescentes universitários de um curso de graduação em enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2012; 16 (3): 324-329.
- Aquino PS, Eduardo KGT, Barbosa RCM, Pinheiro AKB. Reações da adolescente frente à gravidez. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2005; 9 (2): 214-220.
- d'Amaral HB, Rosa LA, Wilken RO, Spindola T, Pimentel MRRA, Ferreira EM. As práticas sexuais dos graduandos de enfermagem e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. *Rev Enferm UERJ.* 2015; 23 (4): 494-500.
- Falcão Júnior, JSP, Lopes, EM, Freitas LV, Rabelo STO, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Perfil e práticas sexuais de universitários da área de saúde. *Escola Anna Nery.* 2007; 11(1): 58-65.
- Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLV, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad Saude Publica.* 2000; 16 (1): 77-87.
- Freitas F, Menke CH, Rivore W, Passos EP. Rotinas em ginecologia. 4a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.
- Gir E, Nogueira MS, Pelá NTR. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2000; 8 (2): 33-40.
- Lima SBR, Barbosa MN, Orellana VSQ, Menezes G. A Inserção feminina no mercado de trabalho: uma abordagem regional. *Pesquisa & Debate.* 2017; 28 (52): 163-181.
- Loyola MA. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cad Saude Publica.* 2003; 19 (4): 875-84.
- Martins PCR, Soldatelli MM. Sexo e poder: uma reflexão histórica. *Rev Bras Sex Hum.* 1998; 9 (1): 29-34.
- Melo L, Souza MR, Santos NM. Sexualidade de estudantes universitários: um estudo sobre valores, crenças e práticas sociais na cidade de Goiânia. *Sociedade e Cultura.* 2008; 11 (1): 102-111.
- Ministério da Saúde, Brasil. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. *Bol Epidemiol AIDS.* 2004; 18 (1): 18-24.
- Moura ERF, Sousa IO, Américo CF, Guedes TG. Prática anticoncepcional e aspectos sexuais e reprodutivos de acadêmicos de enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2011; 15 (2): 225-232.
- Paiva V, Venturi G, França Junior I, Lopes F. Uso de preservativos - Pesquisa Nacional MS/Ibope 2003. Disponível em: http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/Nepaids/Relatrios/uso_de_preservativos.pdf
- Pirotta KCM, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre

universitários. Rev Saude Publica. 2004; 38(4): 495-502.

Pirotta KCM, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. Rev Saude Publica 2004; 38 (4): 495-502.

Ribeiro PRC, Souza NGS, Souza DO. Sexualidade na sala de aula: pedagogias escolares de professoras das séries iniciais do Ensino Fundamental. Rev Estud Fem. 2004; 12 (1): 109-129.

Rocha YAR, Silva MA. Conhecimento sobre HIV/AIDS e práticas sexuais de estudantes de graduação em enfermagem. Estudos. 2014; 41 (2): 275-289.

Szasz I. El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades. In: Cáceres, CF, Organizador. Ciudadanía Sexual en América Latina: Abriendo el Debate. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004. Disponível em: http://www.cieg.unam.mx/lecturas_formacion/sexualidades/modulo_2/sesion_1/complementaria/Ivonne_Szasz_El_discurso_de_las_ciencias_sociales_sobre_las_sexualidades.pdf.

Travitzki R, Raimundo RLG. Alunos cotistas e atividades extracurriculares: análise do Censo da Educação Superior 2009. R Bras Est Pedag. 2012; 93 (233): 77-95.

Wood GL, Habber. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.

SITUAÇÃO VACINAL DE TRABALHADORES DE UMA BRITADEIRA NO MUNICÍPIO DE CAICÓ – RN

Regilene Alves Portela

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte,
Departamento de Enfermagem / Caicó - RN

Elizama de Lima Cruz Paulo

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte,
Departamento de Enfermagem / Caicó - RN

Ana Lúcia de França Medeiros

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte,
Departamento de Enfermagem / Caicó - RN

Maria Clara Wanderley Cavalcante

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte,
Departamento de Enfermagem / Caicó - RN

RESUMO: Os objetivos dessa pesquisa foram verificar a situação vacinal de trabalhadores de uma Britadeira no Município de Caicó/RN e caracterizar essa população. Tratou-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi composta por 30 trabalhadores, da construção civil atuantes na empresa. No Brasil, a área da construção civil é a segunda colocada em número de acidente de trabalho. A coleta foi realizada por meio do questionário usado no projeto de extensão Construindo Saúde, o questionário semi estruturado, continha perguntas abertas e fechadas. A aplicação do questionário aconteceu no 2º semestre de 2015. Após a obtenção dos dados, foram digitados para o programa Microsoft Excel. Inicialmente fez-se uma análise descritiva dos dados

através de números absolutos e porcentagem, apresentando-os em gráficos e tabelas. Concluiu-se que, um número expressivo, encontra-se com o cartão de vacina em atraso, atingindo uma porcentagem de 47% para o tétano e 70% para hepatite B. Como sugestão, é necessário a formação de uma parceria entre a empresa e a Secretaria Municipal de Saúde, objetivando sanar as pendências nos calendários vacinais dos trabalhadores como também ofertar outras vacinas de interesse ocupacional.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalhadores, situação vacinal, construção civil.

ABSTRACT: The objectives of this research were to verify the vaccine situation of workers from a Jackhammer in the city of Caicó/RN and characterize this population. This was a descriptive and exploratory research, quantitative approach. The sample of the study consisted of 30 workers in construction company. In Brazil, the construction area is the runner-up in number of accidents at work. The collection was carried out through the questionnaire used in the extension project Building health, semi structured questionnaire, contained open and closed questions. The application of questionnaire happened in the second half of 2015. After obtaining the data, were entered for the Microsoft Excel program.

Initially a descriptive analysis of the data through absolute numbers and percentage, presenting them in charts and tables. It was found that a significant number, meets with the vaccine card arrears, reaching a percentage of 47% for tetanus and 70% for hepatitis b. As a suggestion, it is necessary to the formation of a partnership between the company and the City Department of health, aiming to solve the pending issues in vaccine schedules of workers but also offer other vaccines of occupational interest.

KEYWORDS: Workers, vaccination situation, construction.

INTRODUÇÃO

É importante perceber que a saúde do trabalhador é um processo dinâmico, varia de acordo com o período histórico, cultural e social. Isso influenciou a luta dos trabalhadores por melhorias no decorrer dos anos. Percebe-se que as lutas sociais alavancadas pelos trabalhadores, seus questionamentos, sua insatisfação com o modo de trabalho levou-os a importantes modificações nos cenários de saúde que estavam sujeitos. Além disso, percebe-se a influência econômica de forma marcante no processo de trabalho (MENDES, DIAS, 1999).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi regulamentado em 1975, anterior à implantação do SUS, por determinação do Ministério da Saúde, resultante de vários fatores que estimularam a integridade das ações de imunizações, através da utilização de agentes imunizantes, cujo objetivo primordial enfatiza a erradicação das doenças imunopreveníveis, mediante ações estratégicas de vacinação da população (BRASIL, 2003).

Dentre as profissões mais vulneráveis e susceptíveis a desencadear problemas de cunho ocupacional, identifica-se a construção civil. Essa área, segundo Ribeiro (2011) compreende tudo produzido em obras, logo, a construção toma para si todas as atividades que envolvam desde a criação do projeto, somando o planejamento, a execução e manutenção, a situacional de restauração em diferentes aspectos prediais, além de absorver também todo o contingente relacionado à infraestrutura, e podendo ser citado como exemplo: a construção de barragens, portos, rodovias, a manutenção de vias aquaviárias, o saneamento, entre outros.

Segundo Sassi (2004), acidentes com materiais perfuro-cortante, em geral, são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo os vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), do tétano, da hepatite B e da hepatite C os agentes infecciosos mais comumente envolvidos. É muito comum acidentes com materiais perfuro cortantes na construção civil. Por isso é importante diminuir o risco de acometimento de doenças que venham a ser provocadas por estes acidentes.

É imprescindível a imunização dos profissionais da área da construção civil, já que estes estão expostos, cotidianamente, indireta e/ou diretamente, a diferentes e

diversos microrganismos, que podem gerar quadros de infecção, ocasionando, assim, consequências para as empresas e para esses. Também é muito importante que profissionais recebam orientação tanto como em relação a prevenção de acidentes de trabalho quanto a importância da imunização, que são medidas preventivas e estão subsidiada pela legislação que trata da saúde do trabalhador.

É provável que a falta de fiscalização, juntamente com a desinformação em relação aos perigos a que estão expostos no ambiente de trabalho por parte dos trabalhadores, permite que tanto a empresa quanto os trabalhadores não se preocupem com a vacinação preventiva.

Este estudo é de grande importância, pois muitas vezes os trabalhadores estão mais focados na sua produção de trabalho, e sempre pressionados pelo empregador e esquecem o valor da prevenção acerca de doenças, dessa forma, a pesquisa mostra a importância da vacinação para a prevenção das doenças citadas.

Essa pesquisa, tem como objetivo geral verificar a situação vacinal de trabalhadores de uma Britadeira no Município de Caicó/RN, assim como, os específicos, são: Caracterizar a população de trabalhadores da empresa Britador Caicó; identificar os trabalhadores que estão com calendário vacinal incompleto.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, segundo Gil (2010) as pesquisas exploratórias visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato.

Segundo Pereira (1995), os estudos descritivos utilizam dados primários ou secundários; servem também, muitas vezes, para identificar grupos de risco e apontar explicações para as variações de frequência a serem verificadas em outros estudos futuros como os analíticos.

Sendo uma pesquisa, de abordagem quantitativa que visa verificar a situação vacinal dos trabalhadores de uma empresa de construção civil. Ela foi realizada na empresa Britador Caicó.

A população do estudo foi composta por 40 trabalhadores, da construção civil atuantes na empresa, onde o critério de inclusão foi trabalhar na construção civil há pelo menos três meses. Os critérios de exclusão foram os trabalhadores que se encontravam em férias, licença ou atestado médico. Dessa forma, a amostra do estudo foi composta por 30 trabalhadores, tendo em vista que, sete se recusaram a participar da pesquisa e três estavam de férias.

A coleta de dados foi realizada com auxílio do questionário usado no projeto de extensão Construindo Saúde, mas foi passada por adaptação, tendo em vista que este é acrescido do tema educação em saúde e o referido não é o foco desta pesquisa, o questionário foi semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas. Os procedimentos para viabilizar a coleta compreenderam a abordagem inicial do sujeito

na própria empresa, sendo realizado uma explicação sobre o que se tratava a pesquisa, seus objetivos e metodologia utilizada. Em seguida foi feito o convite para participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi realizada no período de agosto de 2015, numa sala confortável e reservada, conforme a disponibilidade dos trabalhadores da empresa, de forma que pudesse garantir o sigilo das informações e o anonimato dos participantes.

Para garantir o anonimato dos participantes, foram utilizados na identificação do questionário, numerações em ordem crescente, correspondendo a cada um deles, de acordo com a ordem de participação.

Os dados obtidos foram digitados para o programa Microsoft Excel. Inicialmente fez-se uma análise descritiva dos dados através de números absolutos e porcentagem, apresentando-os em gráficos- e tabelas.

Essa pesquisa não ofereceu risco aos sujeitos, pois os mesmos não foram expostos, uma vez que os dados coletados foram guardados em sigilo, e seus nomes não foram identificados na pesquisa. Para consolidar a pesquisa, o presente projeto foi encaminhado como forma de solicitação de iniciação ao estudo para o Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), onde foi aprovado.

O estudo acorda-se com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, ao qual dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O levantamento dos dados referentes aos trabalhadores pesquisados, revelou que todos são do sexo masculino. Isso pode estar relacionado a função desempenhada ser tipicamente masculina. De acordo com Lombardi (2006), mesmo com uma participação ativa das mulheres, o mercado da construção civil no Brasil, ainda se apresenta como um espaço composto quase exclusivamente de trabalhadores do sexo masculino.

Miranda et al. (2012), revelam que a maioria dos acidentes de trabalho atingiram homens jovens e produtivos, participantes ativos na força de trabalho e em atividades de maior grau de risco. A construção civil, seguida pelos transportes, são os ramos de atividade produtiva nos quais ocorre o maior número de acidentes de trabalho fatal. Apontou-se ainda a ocorrência de elevada mortalidade entre trabalhadores com idade até 30 anos, do sexo masculino. O coeficiente de mortalidade é oito vezes maior para os homens em relação às mulheres.

Sendo assim, o público desta pesquisa é um público que proporcionalmente está mais suscetível a ser acometido por acidente de trabalho, devido ser exclusivamente masculino e pertencerem a área da construção civil, que é historicamente no Brasil umas das áreas com maior número de acidentes de trabalho. Necessitando assim atenção especial tantos de seus empregadores quanto do sistema de saúde pública,

e dos próprios trabalhadores.

Abaixo, verifica-se a apresentação dos trabalhadores por faixa etária.

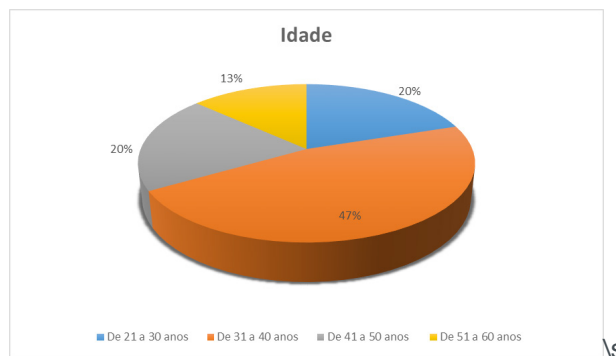


Figura 1: Distribuição por faixa etária dos entrevistados.

Fonte: Cartão de vacina e questionário (2015)

A distribuição dos entrevistados por faixa etária apresenta-se da seguinte forma, 47% tem entre 31 e 40 anos; 20% estão entre 41 e 50 anos e 21 e 30 anos (Figura 1). Ficou constatado na pesquisa que a maioria dos participantes tem entre 20 e 40 anos, totalizando 67%. Este resultado é semelhante à média de idade identificada pelo Sindicato da Indústria da Construção Civil do Rio Grande do Norte - SINDUSCON, em Natal/RN (2013). A pesquisa verificou o perfil dos Trabalhadores da Construção Civil em Natal/RN, encomendada à CONSULT e divulgada em 2013. E nela foi detectada que o operário da construção civil está cada vez mais jovem - 66% tem entre 20 e 40 anos, e tem índice de escolaridade muito baixo.

Santana et al. (2009), afirmaram em um estudo realizado em Salvador/BA no ano de 2008, que a maioria dos casos de acidentes de trabalho atendidos pelas equipes de emergência da cidade, ocorreram com pessoas do sexo masculino (77,8%), e idade acima de 28 anos e abaixo de 50 (69,7%). Isso mostra que os homens, adultos jovens são as maiores vítimas dos acidentes de trabalho no Brasil e que essa realidade está evidenciada por outros estudos e ainda permanece inalterada.

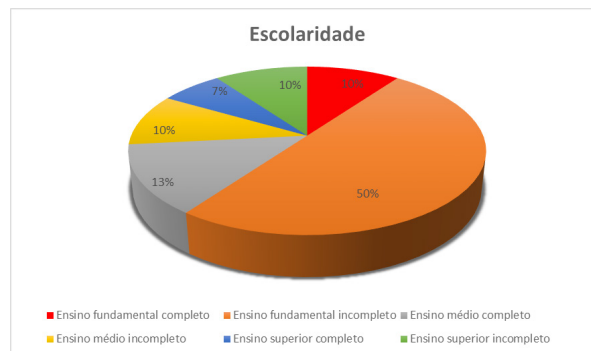


Figura 2: Distribuição dos participantes, segundo o nível de escolaridade.

Fonte: Cartão de vacina e questionário (2015)

Dos entrevistados, 50% possui o ensino fundamental incompleto e 13% tem

apenas o ensino médio completo. Observa-se nesta pesquisa que a metade dos entrevistados está entre os que possuem um baixo nível de escolaridade, e está diretamente ligado as escolhas e procuras por empregos na área da construção civil.

O estudo sobre o perfil dos trabalhadores da construção civil, realizado em Natal/RN no ano de 2013, pelo Sindicato da Indústria da Construção Civil do Rio Grande do Norte (SINDUSCON), revelou que 54,6% dos trabalhadores da área possuem apenas o ensino fundamental incompleto; 14,2% têm o ensino médio completo.

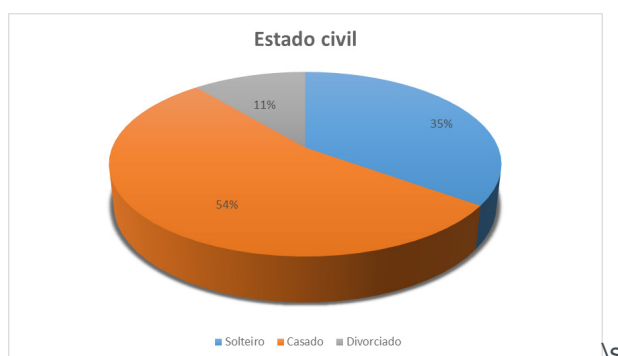


Figura 3: Distribuição do percentual dos participantes, segundo ao estado civil.

Fonte: Cartão de vacina e questionário (2015)

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (2012), revelou que 7,1% dos brasileiros com mais de 15 anos vivem em algum tipo de união conjugal. Goulart et al. (2013) ressaltam que, as pressões por resultados dentro das empresas somadas ao risco eminente da perda do emprego, a carga horária excessiva, a busca constante pelo desenvolvimento pessoal e da carreira, a desigualdade na distribuição de tarefas domésticas e laborais e a falta de suporte social para o cuidado dos filhos e dos idosos, afetam trabalhadores e famílias. E estes aspectos podem resultar em situações de risco a saúde dos trabalhadores, influenciando seu desempenho no trabalho e os resultados dentro da empresa.



Figura 4: Distribuição por tempo de trabalho na área da construção civil.

Fonte: Cartão de vacina e questionário (2015)

Quanto ao tempo de atuação na área da construção civil, 90% atua há pelo menos 10 anos. A rotatividade na construção civil é a grande responsável por pouca

experiência na maioria dos seus trabalhadores. Conforme o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos – DIEESE (2011), a grande rotatividade, que é o tempo de permanência de um trabalhador em uma empresa, é causada pelo andamento do processo produtivo na construção civil. A duração do tempo de trabalho na construção se dá por contrato temporal ou empreitada, sendo assim o contrato de trabalho desses trabalhadores se encerra assim que termina determinada fase da obra. Outro motivo, e o principal, é a redução dos custos para a empresa.

De acordo com Priori Jr. (2007), como o trabalho executado pelos trabalhadores da construção civil, é na maioria, tarefas que requerem força e vigor físico, acaba empregando predominante funcionários mais jovens e praticamente sem necessidade de especialização.

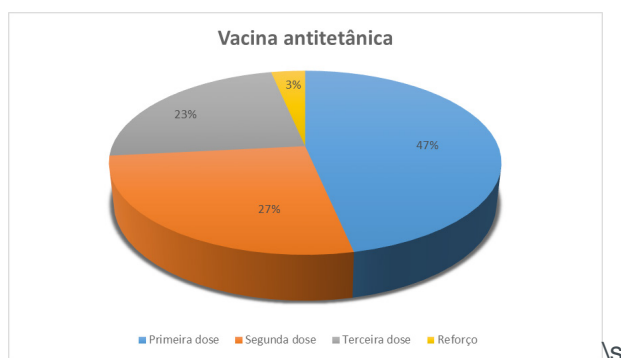


Figura 5: Distribuição dos participantes, segundo a atualização do calendário da vacina antitetânica.

Fonte: Cartão de vacina e questionário (2015)

Quanto à vacina antitetânica pode-se observar que 47% dos entrevistados possuem apenas a primeira dose da vacina, isso mostra que a maioria não está imunizada. Do total, apenas 23% é que possuem as três doses, garantindo a imunização. Foi constatado pelo cartão de vacina dos participantes, que não foi dado a continuidade do esquema vacinal, visto que constava o aprazamento das próximas doses.

Uma pesquisa feita em 2007 pela Associação Nacional de Medicina do Trabalho – ANAMT, Cerca de 76% dos pacientes não completam os calendários básicos de imunização. Destes, apenas 7% recebem a orientação adequada.

Os trabalhadores se mostram leigos em relação a vacina, portanto sabem as vacinas que são disponíveis a eles, mais não sabem o principal objetivo da mesma, notando-se assim insegurança por parte de alguns sobre o motivo de se imunizar contra diversas doenças ocasionadas em seu ambiente de trabalho. (SILVA et al., 2011)

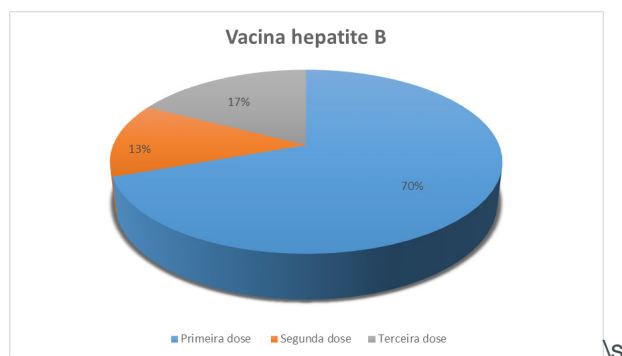


Figura 6: Distribuição percentual dos participantes, segundo a atualização do calendário da vacina hepatite B.

Fonte: Cartão de vacina e questionário (2015)

Percebe-se que a maioria (70%), tem apenas a primeira dose da vacina, ou seja, grande parte dos entrevistados não está com os calendários vacinais atualizados. Por sua vez, apenas 17% é que possuem as três doses. Da mesma forma que ocorreu com o cartão de vacina do tétano, a segunda dose da vacina constava data de aprazamento.

Nota-se através dessa pesquisa que o estado vacinal adequado contra hepatite B está intimamente relacionado aos profissionais com maior tempo de escolaridade. O acesso de informações em relação à vacina hepatite e suas formas de prevenção, possivelmente pode vir desde a vida acadêmica. (SILVA et al; 2011)

Na relação entre o grau de escolaridade e o calendário vacinal dos participantes, ficou constatado na pesquisa que, de todos os que estão com o calendário vacinal em dia, 90% tem um nível de escolaridade considerável, ou seja, isso mostra que estas duas comparações estão ligadas com a importância dos cuidados em estar imunizados.

Quando confrontados os dados sobre a situação do calendário vacinal completo com a escolaridade dos pesquisados, pode-se perceber que dos 7 pesquisados que estavam com as três doses da vacina, 28,5% tinham ensino superior completo, 42,5% tinham ensino superior incompleto, 14,5% tinham ensino médio completo, e 14,5% tinham ensino médio incompleto. Enquanto que, percebe-se que nenhum dos pesquisados com grau de escolaridade de ensino fundamental estava com o calendário vacinal em dia.

Os dados da tabela mostram a distribuição dos participantes, segundo, acidente de trabalho e frequência de acidentes.

Dos entrevistados, 83% relataram nunca ter sofrido acidente de trabalho, e apenas 17% afirmaram que ao menos uma vez já sofreram algum tipo de acidente. Dos que sofreram acidente, apenas dois afirmaram ter recebido a vacina antitetânica.

Variáveis	Categoria	N	%
Acidentes de trabalho	Sim	5	17
	Não	25	83
Frequência de acidentes	1 vez	4	80
	2 vezes	1	20

Tabela. Distribuição dos participantes, segundo acidente de trabalho e frequência de acidentes, 2015.

Fonte: Cartão de vacina e questionário (2015)

Dos entrevistados, 80% dizem ter sofrido apenas uma vez algum acidente de trabalho. E 20% relataram ter sofrido duas vezes.

Dados do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), referente ao ano de 2013, fornecido em janeiro deste ano pelo Ministério da Previdência, registraram 717.911 acidentes de trabalho no Brasil. Deste número, 2.792 pessoas vieram à óbito. Ainda com bases nesses dados, somente o Rio Grande do Norte registrou 7.073 acidentes de trabalho e 27 mortes.

Segundo Zocchio (2002), para evitar os acidentes de trabalho deve-se conhecer as causas, e estas ocorrem pela soma de atos inseguros e condições inseguras. E a maioria dos acidentes de trabalho acontece por influência do homem, seja por influência do meio social, pela personalidade, educação, entre outras características.

Segundo Borges (2013), a promoção da saúde propõe uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), das empresas (programa de prevenção), da comunidade (reforço de ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação) e de parcerias intersetoriais com a ideia de responsabilização múltipla e compartilhada.

Para resolver o problema segurança e saúde no trabalho, é necessária a conscientização geral das empresas em relação aos benefícios do investimento em programas e processos que visam à diminuição ou eliminação dos riscos existentes no trabalho (BOIGUES, 2006).

REFERÊNCIAS

ANAMT. Associação Nacional de Medicina do Trabalho. **Atualização em vacina ocupacional: Guia Prático** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p.

BORGES, L. O.; MOURÃO, L.. O trabalho e as organizações: atuações a partir da psicologia. Porto Alegre: Artmed. Cap. 21. 2013.

BOIGUES, C. C; CARVALHO, E. P.; CORREIA, G. B.. Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho: **Uma Análise Qualitativa Em Empresas de Médio Porte da Região de Presidente Prudente**, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional

de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde. **30 anos do Programa Nacional de Imunização**. Brasília, 2003. 208p. Série C.

DIEESE - DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. O trabalho por conta própria na construção civil. **Boletim Trabalho e Construção**. São Paulo, n. 5, fev. 2011. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/esp/boletimConstrucaoCivil5_fev2011.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2016.

G1 NOTÍCIAS. **Trabalhadores da construção civil de Natal aprendem ofício com a prática**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/2013/05/trabalhadores-da-construcao-civil-de-natal-aprendem-oficio-com-pratica.html>> Acesso em: 14 abr. 2016.=

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 5ª ed, 2010.

GOULART, E.; FEIJÓ, M. R.; CUNHA, E. V. **Exigências familiares e do trabalho: um equilíbrio necessário para a saúde de trabalhadores e organizações**. Pensando fam. vol.17 no.1 Porto Alegre jul. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2013000100011>. Acesso em: 14 abr. 2016.

LOMBARDI, M. R. **Engenheiras brasileiras: inserção e limites de gênero no campo profissional**. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 36, n. 127, p. 175-178; 184-185, jan./abr., 2006.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 431–458.

MIRANDA, F. M. D. et al. Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho fatais. **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre (RS), 2012, v. 33, n. 2, p. 45-51.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA 1995: parte 4 Metodologia: 269-288.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS – PNAD – 2012. **Síntese de indicadores**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <<http://www.desenvolvimento.ifal.edu.br/observatorio/informacoes-socioeconomicas1/copy7/view>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

PRIORI JR., L. **Ações para a melhoria da satisfação do trabalhador em canteiros de obra**. Recife, 2007. 179p. Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil). – Curso de Pós-Graduação em Engenharia Civil da Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2007.

RIBEIRO, J. L. **Construção civil – uma breve análise**, 10 Fevereiro 2011. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/informe-se/producao-academica/construcao-civil-breve-analise/3822/>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

SANTANA V.S.; XAVIER C.; MOURA M.C.P; ESPIRÍTO-SANTO J.S; ARAÚJO,G.. Gravidade dos acidentes de trabalho atendidos em serviços de emergência. **Rev Saúde Públ.**, 2009, v. 45, n. 3, p. 750-60.

SASSI, S. J. G.. **Acidente com Material Biológico: O que há em Prevenção**. BEPA. Ano 1 no.6 São Paulo, SP. jul. 2004. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa6_bio.htm>. Acesso em: 14 abr. 2016.

SILVA, F. J. P; SANTOS, S. F.; REIS, F. P.; LIMA S. O. Estado vacinal e conhecimento dos profissionais de saúde sobre hepatite B em um hospital público do nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saúde ocup.**, São Paulo. July - Dec, 2011, vol. 36, n. 124.

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA VACINAÇÃO PARA ROTAVÍRUS NA POPULAÇÃO INFANTIL DO SEMIÁRIDO PARAIBANO NO PERÍODO DE 2005 A 2013

Marcelo Moreno

Professor do Departamento de Fisiologia e Patologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.

Joelma Rodrigues de Souza

Professora do Departamento de Fisiologia e Patologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.

Alex Carneiro da Cunha Nóbrega Junior

Bacharel em Farmácia, Unidade Acadêmica de Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, Brasil.

Davi Antas e Silva

Professor do Departamento de Fisiologia e Patologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.

Fernando Portela Câmara

Professor do Instituto de Microbiologia Professor Paulo de Góes, Chefe do Setor de Epidemiologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO: As gastroenterites agudas causadas por rotavírus representam um episódio clínico de grande relevância para a saúde pública brasileira, devido à sua taxa de mortalidade expressiva em crianças abaixo de cinco anos, mesmo com a existência de de programa

de vacinação. No Brasil, a Rotarix® da GlaxoSmithKline, uma vacina viva atenuada é utilizada em crianças desde 2006. O presente estudo avaliou a eficácia da vacinação no semiárido paraibano, através da notificação de casos de diarreia, dados clínicos da doença no período de 2005 a 2013, e a detecção de antígenos virais nas fezes de crianças hospitalizadas nos anos de 2012 e 2013. Os dados mostraram que a partir de 2006, ano da implantação da vacina no calendário de imunização brasileiro, não houve redução significativa no número de casos de diarreia, havendo um aumento de casos de diarreia de aproximadamente quatro vezes no ano de 2013, comparado aos anos anteriores. Através do teste rápido RIDA®QUICK Rotavirus/Adenovirus detectou-se a presença de antígenos virais nas fezes de crianças hospitalizadas, indicando a circulação de partículas virais no ambiente. Deve-se ainda considerar o impacto de outras causas associadas a estes surtos inesperados de diarreia na região.

PALAVRAS-CHAVE: rotavirus, vacina, rotarix , diarreia infantil.

ABSTRACT: Acute gastroenteritis caused by rotavirus represents a clinical episode of high relevance to brazilian public health due to its significant mortality rate in children under five years old, even with the existence of vaccination

program. In Brazil, Rotarix® from GlaxoSmithKline, a live attenuated vaccine has been used in children since 2006. The present study evaluated the effectiveness of vaccination in the semiarid region of the Brazilian State of Paraíba by reporting cases of diarrhea, clinical data from the disease in 2005 to 2013 and the detection of viral antigens in the stools of hospitalized children in the years 2012 and 2013. The data showed that, as of 2006, the year of vaccine implantation in the Brazilian immunization calendar, there was no significant reduction in the number of cases of diarrhea, with an increase in cases of diarrhea approximately four times in the year 2013 compared to previous years. The RIDA®QUICK Rotavirus/Adenovirus rapid test detected the presence of viral antigens in the stools of hospitalized children, indicating the circulation of viral particles in the environment. One should also consider the impact of other causes associated with these unexpected outbreaks of diarrhea in the region.

KEYWORDS: rotavirus; vaccine; rotarix; infantile diarrhea.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os rotavírus do grupo A são os agentes etiológicos mais importantes de diarreia grave em lactentes e em crianças abaixo de 5 anos, e a segunda maior causa de óbitos nesta faixa etária em todo o mundo (ESTES & KAPIKIAN, 2013; BLACK et al., 2010). No ano de 2008, cerca de 453.000 crianças morreram por conta desta síndrome, correspondendo a 5% de todas as crianças com menos de 5 anos (TATE et al., 2011).

A partícula de rotavírus apresenta três camadas protéicas protegendo seus 11 segmentos de RNA de filamento duplo. O seu genoma viral codifica seis proteínas estruturais e outras cinco ou seis não estruturais (DENNIS et al., 2014). A camada mais interna (capsídeo interno), é constituída pela proteína VP2, camada média pela VP6 e a mais externa pelas proteínas VP7 e VP4. Essas proteínas são respectivamente denominadas de glicoproteína G e proteína P, devido a sua sensibilidade à proteases (ESTES & KAPIKIAN, 2013).

A proteína VP6, fornece as bases antigênicas e genéticas para a classificação dos rotavírus em sete grupos diferentes, de A a G. Os genes que codificam as proteínas VP7 (tipo G) e VP4 (tipo P) definem as classes genotípicas dos rotavírus (ESTES & KAPIKIAN, 2013), sendo atualmente conhecidos 27 tipos da glicoproteína G, 35 tipos da proteína P, e 42 diferentes combinações de G e P (DURMAZ et al., 2014).

A primeira vacina para rotavírus licenciada foi em 1998, nos Estados Unidos, mas devido a complicações, como a intussuscepção, foi suspensa em 1999 (PETER & MYERS, 2002). No ano seguinte surgiu outra vacina comercial monovalente de vírus vivos atenuados, que contém a cepa humana G1P (O'RYAN, 2007), a qual foi incluída no calendário de vacinas do Brasil em 2006, administrada em duas doses: a primeira até a 16ª semana de vida, e a segunda até a 30ª semana (CILLI et al., 2011). Trata-se da vacina Rotarix®.

Diversos autores relataram uma redução de 90% na taxa de internação hospitalar após o uso dessa vacina (ARAÚJO et al., 2007; ZLAMY et al., 2013), sustentando de que a vacina é altamente efetiva contra a diarreia aguda grave durante os dois primeiros anos de vida (CORTESE et al., 2013).

O presente trabalho avaliou a eficácia da vacinação em 12 cidades do semiárido paraibano, com base em análise de dados clínico-epidemiológicos fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba/Brasil, no período de 2005 a 2013. Foram realizados teste de detecção de antígenos de rotavírus nas fezes de crianças abaixo de cinco anos, comparando-se com dados disponibilizados de 2005, quando a vacina não havia sido ainda administrada, com os anos de 2006, ano da introdução da citada vacina no calendário de imunizações, até 2013.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Amostras fecais

As amostras de fezes foram obtidas de crianças internadas nos hospitais de seus municípios, na faixa de seis meses a cinco anos de idade, residentes nas 12 cidades, que formam a 4ª Regional de Saúde do Estado da Paraíba, durante o período de setembro de 2012 a outubro de 2013. As fezes foram coletadas a partir das fraldas, colocadas em frascos limpos e armazenadas a 4 °C em geladeira até no máximo 48 horas. Antes da realização do teste para detecção dos antígenos virais, a amostra era exposta a temperatura ambiente controlada de 25 °C.

A seleção de amostras para a pesquisa de antígenos virais baseou-se nos casos considerados como diarreia grave em crianças abaixo de cinco anos de idade.

2.2 Detecção de antígenos virais

A detecção dos rotavírus foi realizada através do teste RIDA®Quick Rotavirus/Adenovírus Combi comercializado pela empresa R-Biopharm®, o qual detecta antígenos dos rotavírus e adenovírus das fezes. Trata-se de um teste rápido imunocromatográfico, disponibilizado em cartuchos embalados individualmente. Inicialmente cerca de 50mg de fezes era suspenso no tampão de extração, agitado em vórtex por cinco minutos e sedimentado por dois minutos. A seguir, quatro gotas do sobrenadante eram transferidas para o cartucho, com leitura realizada até no máximo cinco minutos. Os resultados dos testes eram interpretados da seguinte forma: adenovírus positivo ocorre quando ao lado da banda de controle verde (C) surge uma banda azul (T1), e rotavírus positivo ocorre quando ao lado da banda de controle verde (C) surge uma banda vermelha (T2). O teste detecta a proteína VP6 de rotavírus do grupo A, e as proteínas capsídicas dos adenovírus.

2.3 Dados da 4ª Gerência Regional da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, Brasil

Os dados fornecidos das 12 cidades correspondem aos números de casos de doença diarreica aguda na população infantil, com cobertura vacinal para rotavírus (vacina Rotarix®) no período de 2005 a 2013. Estas cidades constituem a 4ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba, numeradas e apresentadas em ordem alfabética, são: 1- Baraúna, 2- Barra de Santa Rosa, 3- Cubati, 4 - Cuité, 5- Damião, 6- Frei Martinho, 7- Nova Floresta, 8- Nova Palmeira, 9- Pedra Lavrada, 10- Picuí, 11- Seridó, e 12- Sossêgo.

à 4ª Região da Saúde da Paraíba, que corresponde a 6,27% do território estadual. De acordo com o recenseamento demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2,8% dos residentes do Estado da Paraíba e 3,4% das crianças na faixa etária de 1 a 4 anos vivem neste área (IBGE, 2016).

Paraíba – PB

Capital João Pessoa

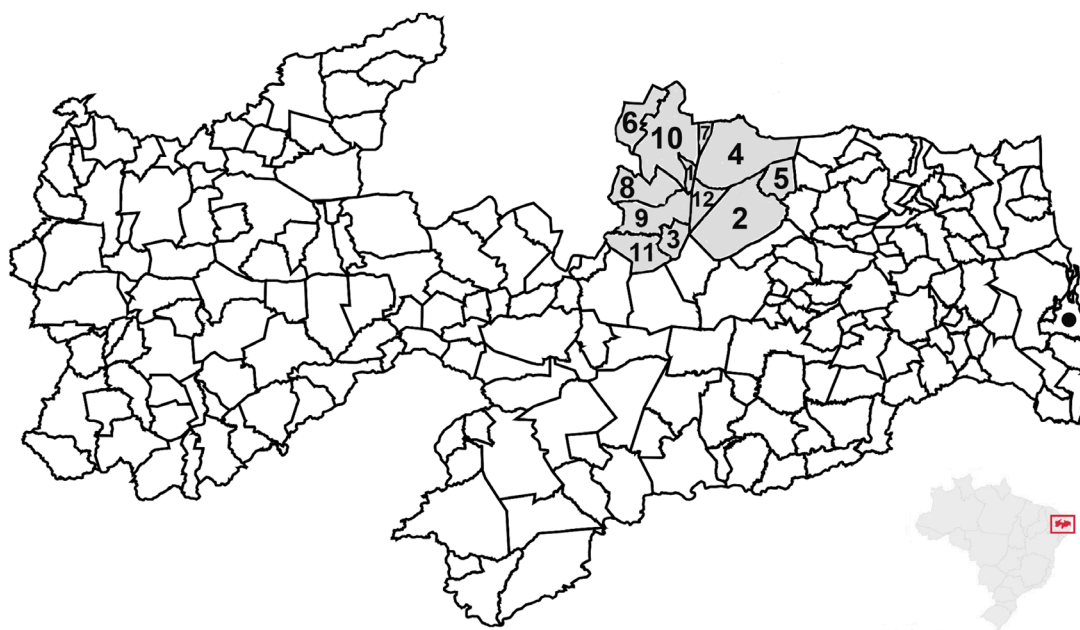


Figura 1: Gráfico exibindo a localização Geográfica das 12 cidades no semiárido do Estado da Paraíba: 1- Baraúna, 2- Barra de Santa Rosa, 3- Cubati, 4- Cuité, 5- Damião, 6- Frei Martinho, 7- Nova Floresta, 8- Nova Palmeira, 9- Pedra Lavrada, 10- Picuí, 11- Seridó, 12- Sossêgo. A posição do estado brasileiro da Paraíba é exibida no canto inferior direito. Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016).

2.4 Análise estatística

Os aspectos demográficos e epidemiológicos dos nossos resultados foram compilados em um banco de dados e submetidos a uma análise estatística descritiva usando o software Graph Prism v.7.0 para Windows.

2.5 Considerações éticas

O estudo foi desenvolvido com a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba, CAEE: 01841412.4.0000.5188, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, Brasil.

3 | RESULTADOS

3.1 Casos de síndrome diarreica aguda no período de 2005 a 2013

Os resultados revelaram uma maior prevalência de episódios diarreicos na população de pacientes com mais de dez anos de idade, seguida da faixa etária de 1 a 4 anos, no período de 2005 a 2013 (Figura 2), com uma oscilação em 2008 (n = 3.000) dentro do grupo de pacientes com mais de dez anos. Em 2013, houve um aumento significativo no número de casos em relação ao ano anterior: > 200% no painel de crianças com mais de dez anos de idade (n = 2500 para n = 7523); 168% em crianças entre 5 e 9 anos (n = 444 para n = 1191); 134% na faixa etária de 1 a 4 anos (n = 729 para n = 1708); e 120%, na faixa etária inferior a um ano de idade (n = 164 para n = 359).

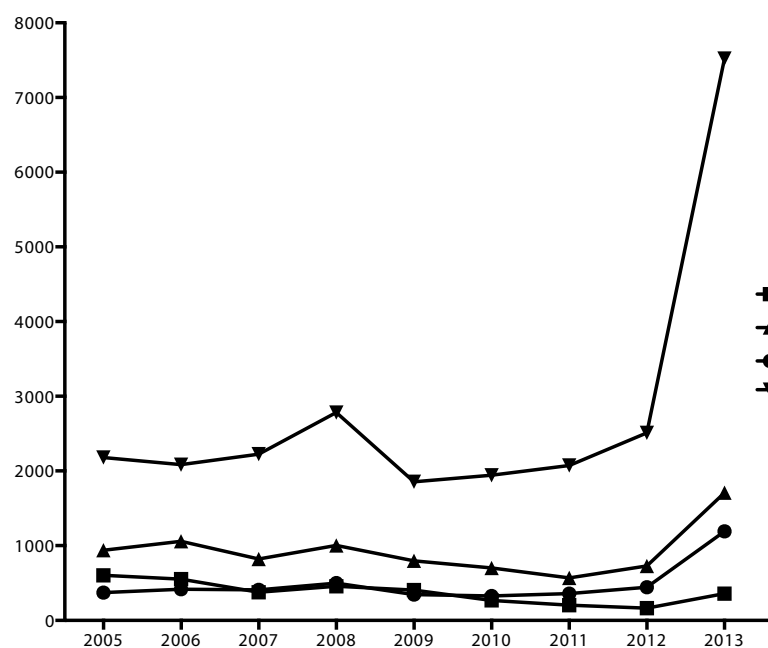


Figura 2: Número de casos de doença diarreica aguda em crianças até 9 anos e em maiores de 10 anos de idade no período de 2005 a 2013 em 12 cidades do semiárido paraibano, Brasil.

3.2 Número de pacientes submetidos aos manejos clínicos adotados pelo Ministério da Saúde, Brasil, entre 2005 e 2013

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, os pacientes internados

no Sistema Único de Saúde (SUS) que apresentam episódios diarréicos podem ser submetidos a três planos de tratamento diferentes: A, B e C (Figura 3). No plano A, o paciente é instruído a realizar reidratação em casa. No plano B, o paciente é reidratado no hospital. O plano C aplica-se a pacientes que exibem quadro clínico grave (Ministério da Saúde, Brasil). Ao avaliar o tipo de manuseio clínico adotado durante o período de estudo, os dados disponíveis não revelaram variações significativas. Cerca de 3.000 casos foram submetidos ao plano A de 2005 a 2012, exceto em 2008, em que o número de casos chegou a mais de 4.000. Enquanto isso, no mesmo período, o número de pacientes submetidos aos procedimentos B e C permaneceu o mesmo (n = 300). Em relação a 2012, o número de casos em 2013 aumentou em todos os três planos. O número de pacientes no esquema A atingiu n = 8006, o que corresponde a um crescimento de quase 270%. A quantidade de casos nos planos B e C atingiu aproximadamente n = 1.300. Em outras palavras, de 2012 a 2013, o aumento foi de quase 333%.

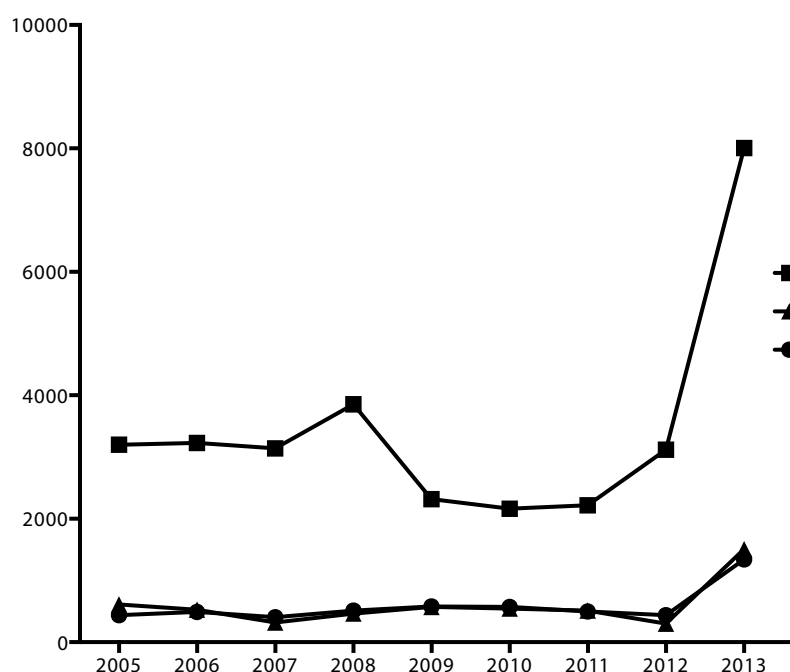


Figura 3: Gráfico exibindo os números de pacientes com diarreia aguda submetidos aos planos de tratamentos A (quadrado), B (triângulo) e C (círculo) elaborados pelo Ministério da Saúde (MS), Brasil. Inicialmente o paciente era avaliado pelo profissional de saúde para determinar o seu estado de hidratação (gravidade da doença). Após esta avaliação, o paciente era tratado de acordo com o “MANEJO DO PACIENTE COM DIARREIA, MS, Brasil”. O plano A se refere à prevenção da desidratação no domicílio; o plano B reidratação por via oral na unidade de saúde; o plano C corresponde a uma desidratação grave, a ser tratada na unidade hospitalar.

3.3 Cobertura Vacinal executada pela 4ª Gerencia Regional de Saúde do Estado da Paraíba, Brasil, entre 2006 e 2013

A Figura 4 mostra as taxas de cobertura da vacina desde o ano de sua implantação no calendário de imunização brasileiro, em 2006, até 2013. A cobertura atingiu cerca

de 70% em 2006 e 75% no ano seguinte. Em 2008, esses números aumentaram para 91%, embora caíssem para 88% no biênio seguinte. Em 2011, a cobertura alcançou 90% da população-alvo, atingindo finalmente 100% nos anos de 2012 e 2013.

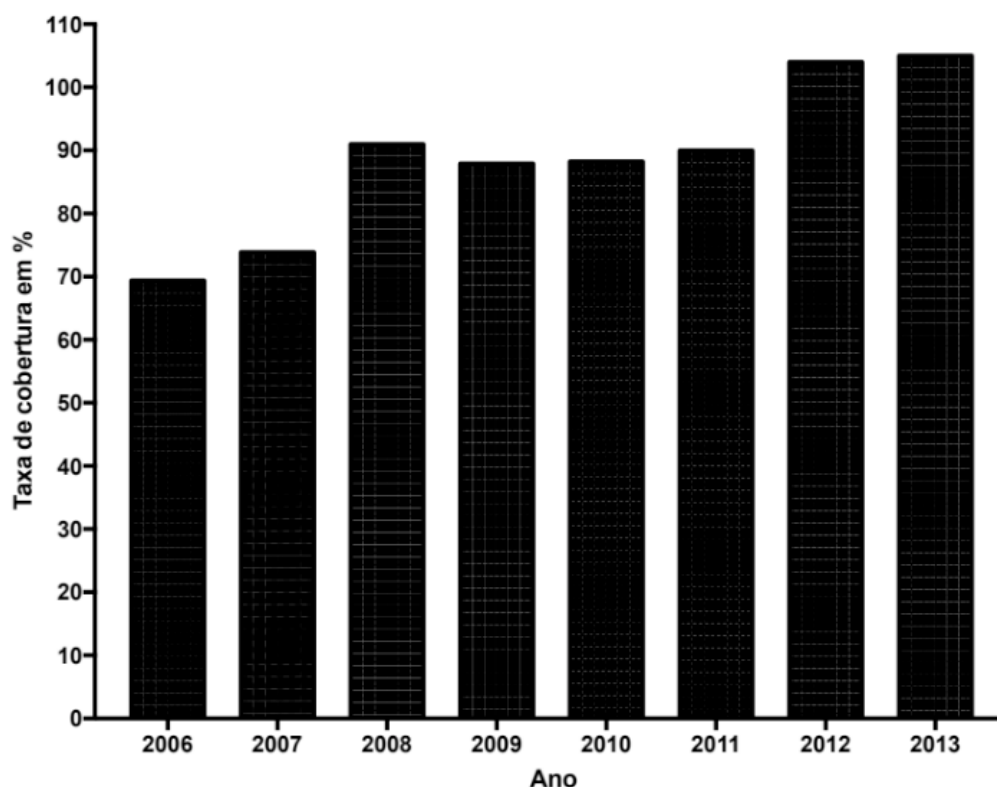


Figura 4: Gráfico da cobertura vacinal da Rotarix® em 12 cidades nas regiões do semiárido paraibano durante o período de 2006 a 2013.

3.4 Distribuição dos testes realizados nas 12 cidades

A distribuição dos 169 testes rápidos realizados para detecção de antígenos virais de rotavírus em crianças hospitalizadas por diarreia aguda grave, mostrou que a maioria dos testes foram realizados nos municípios de Cuité (n = 45) e Picuí (n = 89). Não foram realizados testes em crianças de Cubati, Pedra Lavrada e Seridó. Quanto à distribuição por gênero, não houve diferenças significativas entre as crianças (91 do gênero masculino e 78 do gênero feminino).

3.5 Detecção de antígenos virais no período de setembro de 2012 a outubro de 2013

A Figura 5 mostra a detecção de antígenos virais das partículas de rotavírus entre setembro de 2012 e novembro de 2013. Nossos resultados mostraram que 3,55% das amostras (n = 6) foram positivas para rotavírus nos meses de fevereiro, março e abril de 2013. Sete casos positivos para adenovírus foram detectados ao longo do período (não exibido). Nenhum caso de coinfeção foi encontrado nesse estudo.

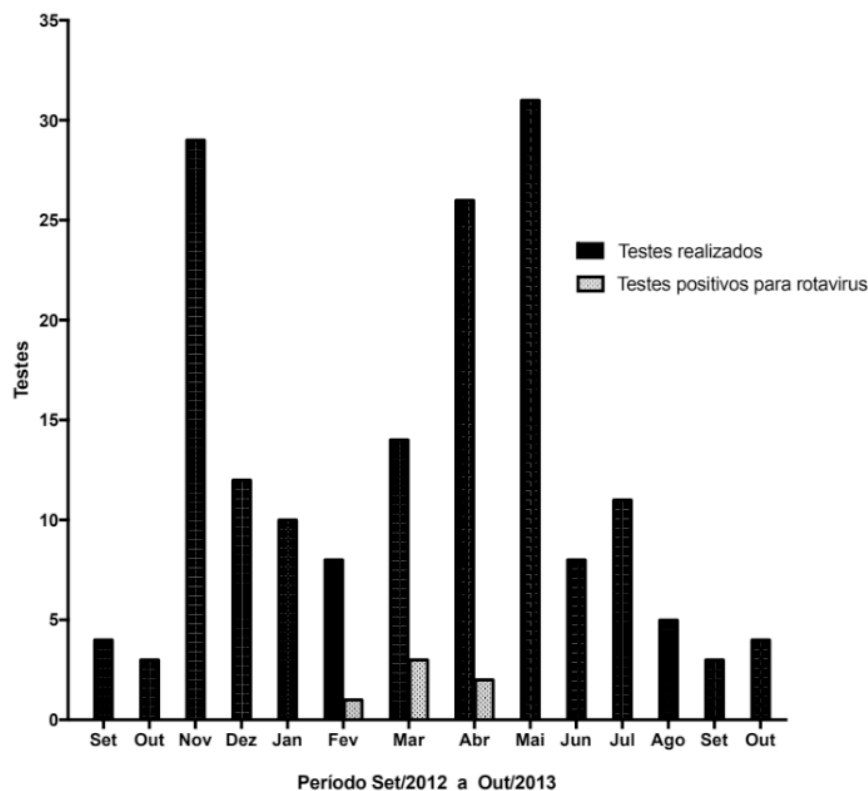


Figura 5: Gráfico exibindo a distribuição das quantidades de testes realizados para detecção dos antígenos virais de rotavírus entre setembro de 2012 e outubro de 2013. Os antígenos de rotavírus foram detectados em fevereiro de 2013 (1 caso), março de 2013 (3 casos) e abril de 2013 (2 casos).

4 | DISCUSSÃO

Em nossa investigação observamos que a cobertura de imunização com a Rotarix® alcançou seu objetivo na região durante o período estudado (Figura 4).

A análise do número de casos de crianças até um ano de idade que apresentaram episódios diarreicos no período de 2005 a 2013 - a população alvo da vacina – mostrou que não houve redução neste número. Os dados revelam que, a partir de 2006, o número de crianças com gastroenterite não diminuiu, apesar da implementação da Rotarix® no cronograma nacional de imunização. Em 2013, sete anos após a implementação da vacina, houve um aumento em todos os grupos etários examinados, sendo o maior observado em pacientes com mais de dez anos de idade (Figura 2). Entretanto, nesse período o número de antígenos para rotavírus nesses pacientes foi muito baixo.

Em 2013 notamos um significativo aumento dos casos de diarreia na região (Figura 2), com respectivo aumento da demanda para tratamento no SUS. A Figura 3 demonstra a existência de um padrão epidemiológico entre 2005 e 2012, onde o número de casos menos graves, agrupados no Plano A, dobrou em 2013 (Figura 3). Também nesse mesmo ano quadruplicou a demanda de casos, especialmente os casos graves, agrupados nos Planos B e C.

Apesar da implantação da vacinação contra o rotavírus em 2006, os dados mostraram que tanto o número de casos como a gravidade da doença não sofreram

alterações em relação ao ano de 2005, ano em que a vacina ainda não havia sido administrada, continuando na faixa endêmica até 2012. Em 2013, esses mesmos indicadores mostraram que tanto a diarreia, quanto sua gravidade aumentaram significativamente na região, embora a cobertura vacinal tenha atingido valores de 100% no ano de 2012.

A Figura 4 ilustra a detecção de antígenos virais das partículas de rotavírus. Verificou-se que nos meses de fevereiro a abril de 2013, a presença de rotavírus foi detectada nas amostras de fezes de seis crianças hospitalizadas. Cinco dessas crianças eram de Cuité, enquanto uma era da Nova Floresta. No entanto, foi precisamente no ano de 2013 que o número de casos de diarreia aumentou na região (Figura 2), bem como os casos graves (Figura 3).

A detecção de rotavírus em 6 dos 169 testes (3,5%) na população investigada, é compatível com o estudo de Dereci et al. (2015) que estimou em 5,6% a presença de rotavírus A em amostras testadas (DERECI et al., 2015).

Alguns estudos relataram que a eficácia da cobertura vacinal não era a mesma em todo o mundo. Por exemplo, na Ásia e na África, mais da metade das crianças abaixo de 6 meses são infectadas e reinfectadas numa região com elevada diversidade de genótipos circulantes na região (GLADSTONE, 2011).

Pode-se interrogar a possibilidade da ocorrência, no estudo aqui apresentado, de recombinantes entre os rotavírus circulantes, não previstas na elaboração da vacina. Isto poderia explicar o aumento significativo de casos de diarreia observado em 2013 na faixa etária acima de 10 anos.

Rearranjos entre a cepa vacinal e cepas circulantes já foram detectados no Brasil (ROSE et al., 2013). Luchs et al. (2014) avaliaram a pressão seletiva que a cepa da vacina exerce sobre a população. O estudo revelou que, em adultos com diarreia aguda, houve predominância do genótipo G2P[4] de 2006 a 2011. Além disso, antes do período de vacinação, entre 2004 e 2005, os genótipos predominantes eram o G9P[8] e o G1P[8]. Esses dados mostram que a presença da cepa vacinal pode contribuir para a substituição e o surgimento de novas cepas em áreas onde a vacina está sendo administrada.

Antes do uso da vacina no Brasil, Santos e Hoshino (2005) publicaram um estudo sobre o genótipo da Rotarix®, o G1P[8]. Eles descobriram que a estirpe da vacina da Rotarix® representa mais de 70% das infecções por rotavírus na América do Norte, Europa e Austrália. Cerca de 30% na América do Sul e na Ásia. E 23% na África. Eles também relataram que, na África, a frequência relativa do genótipo G8 é tão alta quanto os genótipos G3 ou G4. Na América do Sul, observaram que o genótipo G5, incomum, desempenha um papel significativo na epidemiologia dos rotavírus.

O’Ryan (2007) também verificou que a eficácia da Rotarix® pode ser diferente em regiões distintas, sugerindo cada região precisaria de sua própria vacina.

5 | CONCLUSÃO

Pouco se sabe sobre a evolução e diversidade de certos genótipos presentes em uma dada região, bem como sobre as consequências do uso de vacinas na frequência dos genótipos circulantes.

Quanto aos dados da literatura sobre a eficácia da Rotarix®, eles não parecem concordar com o que está ocorrendo no semiárido do Estado da Paraíba.

É possível que a vacina utilizada no período de estudo não proteja a população nesta região brasileira como acontece em outros lugares ao redor do mundo. Isto seria esclarecido com um estudo molecular das variante genotípicas de rotavírus do grupo A no semiárido paraibano, visto que sabemos agora que os rotavírus por nós detectados circulou na população estudada. É possível também que outros fatores, ou mesmo outros agentes patogênicos, possam estar implicados nos casos de diarreia aguda grave na região estudada.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Eliete da Cunha, et al. Safety, immunogenicity, and protective efficacy of two doses of RIX4414 live attenuated human rotavirus vaccine in healthy Brazilian infants. **Journal Pediatric (Rio de Janeiro)**, v. 83, p. 217-224, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n3/v83n3a06.pdf>. DOI: 10.2223/JPED.1600. Acesso em: 13 nov. 2016.

BLACK, Robert E., et al: Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. **Lancet**, v. 375, n. 9730, p.1969–1987, 2010.

BRANCO, Fernando Luiz Cunha Castelo et al. Socioeconomic inequalities are still a barrier to full child vaccine coverage in the Brazilian Amazon: a cross-sectional study in Assis Brasil, Acre, Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 13, p.118, 2014. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/118>. DOI: 10.1186/s12939-014-0118-y. Acesso em: 10 nov. 2016.

CILLI, Audrey et al. Characterization of rotavirus and norovirus strains: a 6-year study (2004-2009). **Journal Pediatric (Rio de Janeiro)**, v. 87, n. 5, p. 445-449, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n5/v87n05a13.pdf>. DOI:10.2223/JPED.2122. Acesso em: 17 nov. 2016.

CORTESE, Margaret M et al. Effectiveness of monovalent and pentavalent rotavirus vaccine. **Pediatrics**, v. 132, n. 1, p. 25-33, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4074617/pdf/peds.2012-3804.pdf>. DOI: 10.1542/peds.2012-3804. Acesso em: 09 ago. 2016

DENNIS, Allison F et al. Molecular Epidemiology of Contemporary G2P[4] Human Rotaviruses Cocirculating in a Single U.S. Community: Footprints of a Globally Transitioning Genotype. **Journal Virology**, v. 88, n. 7, p. 3789-3801, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3993531/pdf/zjv3789.pdf>. DOI:10.1128/JVI.03516-13. Acesso em: 20 set. 2016.

DERECI, Selim et al. Prevalence and genotype distribution of rotaviruses in children with gastroenteritis in Rize province. **Bosnia Journal Basic Medical Science**, v.15, n. 3, p. 35-39, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4594324/pdf/BJBMS-15-35.pdf>. DOI:10.17305/bjbm.2015. 469. Acesso em: 13 nov. 2016.

DULGUEROFF, Ana Carolina et al. Changes in epidemiology of rotavirus in the Triângulo Mineiro region of Brazil: lack of two consecutive rotavirus seasons. **Brazilian Journal Medical Biology Research**, v. 47, n. 12, p.1091-95, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244676/pdf/1414-431X-bjmb-47-12-01091.pdf>. DOI: 10.1590/1414-431X20144156. Acesso

em: 27 nov. 2016.

DURMAZ, Riza et al. Prevalence of Rotavirus Genotypes in Children Younger than 5 Years of Age before the Introduction of a Universal Rotavirus Vaccination Program: Report of Rotavirus Surveillance in Turkey. **PLoS ONE** v. 9, n. 12, p. 113674, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4249891/pdf/pone.0113674.pdf>. DOI:10.1371/journal.pone.0113674. Acesso em: 20 nov. 2016.

ESTES, Mary K. ; KAPIKIAN, Albert Z. Rotaviruses. In: Knipe DM, Howley PM, Cohen JI, Griffin DE, Lamb RA, Martin MA, Racaniello VR, Roizman B (editors). **Fields virology**, 6th ed. Vol 2. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA; p. 1347–401, 2013.

GLADSTONE, Beryl P. et al. Protective Effect of Natural Rotavirus Infection in an Indian Birth Cohort. **New England Journal Medicine**, v. 28; n. 365(4), p. 337–346, 2011. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1006261> DOI: 10.1056/NEJMoa1006261. Acesso em: 13 nov. 2016.

LUCHS, Adriana et al. Rotavirus in adults, Brazil, 2004–2011: G2P[4] dominance and potential impact on vaccination. **Brazilian Journal Infectious Diseases**, v. 18, n. 1, p.53–59, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjid/v18n1/1413-8670-bjid-18-01-0053.pdf>. DOI: 10.1016/j.bjid.2013.05.010. Acesso em: 13 nov. 2016.

MORENO, Marcelo. **Estudo Termodinâmico da Estabilidade de Rotavirus nos Estados Úmido e Seco**. 2001. 86f. Tese (Doutorado em Ciências [Microbiologia/Imunologia]). Instituto de Microbiologia Professor Paulo de Góes, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2001.

NÓBREGA Jr., Alex Carneiro da Cunha et al. Avaliação da Eficácia da Vacina Rotarix®-GlaxoSmithKline Biologicals, no Período de 2006 a 2010 no Município de Cuité, na Região do Curimataú Paraibano, Brasil. In: II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS. João Pessoa, Paraíba; 2011.

O'RYAN, Miguel. Rotarix™ (RIX4414): an oral human rotavirus vaccine. **Expert Review Vaccines**, v.6, n.1, p.11–19, 2007. Disponível em : [http://www.slipe.org/pdf/Rotarix%20\(RIX4414\)%20an%20oral%20human%20rotavirus%20vaccine.pdf](http://www.slipe.org/pdf/Rotarix%20(RIX4414)%20an%20oral%20human%20rotavirus%20vaccine.pdf). DOI: 10.1586/14760584.6.1.11. Acesso em: 02 set. 2017.

PETER, G; MYERS, Martin G. Intussusception, rotavirus, and oral vaccines: summary of a workshop. **Pediatrics**, v. 110, p. 67, 2002. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/110/6/e67.full.pdf> DOI: 10.1542/peds.111.2.449-a. Acesso em: 02 dez. 2016.

ROSE, Tatiana Lundgren et al. Evidence of vaccine-related reassortment of rotavirus, Brazil, 2008–2010. **Emergent Infectious Disease**, v.19, n.11, p.1843–1846, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3837663/pdf/12-1407.pdf>. DOI: 10.3201/eid1911.121407. Acesso em: 02 ago. 2016.

SANTOS, Norma; Hoshino, Yasutaka. Global distribution of rotavirus serotypes/genotypes and its implication for the development and implementation of an effective rotavirus vaccine. **Review Medical Virology**, v. 15, n.1, p.29–56, 2005. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rmv.448/pdf>. DOI: 10.1002/rmv.448. Acesso em: 02 jul. 2016.

TATE, Jacqueline E. et al. 2008 estimate of worldwide rotavirus-associated mortality in children younger than 5 years before the introduction of universal rotavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infectious Disease**, v.12, n.2, p.136–141, 2011. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(11\)70253-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(11)70253-5.pdf). DOI: 10.1016/S1473-3099(11)70253-5. Acesso em: 02 set. 2016.

ZLAMY, Manuela et al. The impact of Rotavirus mass vaccination on hospitalization rates, nosocomial Rotavirus gastroenteritis and secondary blood stream infections. **BMC Infectious Diseases**, n.13, p.112, 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/13/112>. DOI: 10.1186/1471-2334-13-112. Acesso em: 02 nov. 2016. Acesso em: 27 set. 2016.

6 | AGRADECIMENTOS

À universidade Federal de Campina Grande (UFCG) que tornou possível este trabalho, através do seu apoio acadêmico e infraestrutura fornecida neste empreendimento que envolveu diversos hospitais municipais nas regiões do Curimataú e Seridó no Estado da Paraíba, Brasil.

À 4ª Regional de Saúde do Estado da Paraíba, na pessoa da Sra. CILENE SANTOS MEDEIROS, a qual se mostrou solícita em nos ajudar - e por sua compreensão da importância deste estudo para a região.

À população do semiárido paraibano, que sempre nos recebeu com zelo e atenção.

A todos os voluntários do Curimataú e Seridó Paraibano, que gentilmente cederam amostras para o desenvolvimento desta pesquisa.

SOBRE A ORGANIZADORA

Elisa Miranda Costa: Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão. Fez mestrado no curso de Pós-graduação em saúde coletiva, foi bolsista pela FAPEMA, na categoria BATI II. Foi bolsista de iniciação científica no Projeto "Anemia Ferropriva e cárie dentária em gestantes: uma coorte prospectiva, no período de 2012 a 2013 e no projeto "Níveis de hemoglobina e ferro sérico em gestantes em uma maternidade de São Luís, Maranhão, no período de 2013 a 2014. Desenvolveu atividades na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, participando inicialmente de treinamento e posteriormente de análises utilizando a técnica CHECKERBOARD, como parte do Projeto de Pesquisa Temático BRISA (proc. FAPESP nº 2008/53593-0). Atualmente, é doutoranda em saúde coletiva pela UFMA. (Texto informado pelo autor)

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-136-7



9 788572 471367