ISSN 2525-9326 - impresso

Revista

SOU ENFERMAGEM

VOLUME 01 / Nº 01
JANEIRO / MARÇO 2017

Revista do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem

Revista

SOU ENFERMAGEM

VOLUME 01 / Nº 01
JANEIRO / MARÇO 2017

Revista do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem

Instituto Brasileiro
Sou Enfermagem - IBSENF

Rua da Vitória, Quadra 130, Casa 12, Bairro:
Cidade Olímpica - São Luís - MA CEP: 65058-525

Site: www.souenfermagem.com.br

CORPO EDITORIAL

Revista do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem
Fundado em 17 de outubro de 2015

GESTÃO 2015 – 2018

CONSELHO GESTOR

Presidente:
Ana Karoline do Nascimento e Nascimento

Secretário:
Jardiel Lima Brito

Tesoureiro:
Abzair Antônio Santos Reis

DIRETORIA EXECUTIVA

Diretora Técnica
Rosilene Sá Santos

Diretor de Planejamento
João Gleidson da Silva Pavão

Diretora Administrativa
Jeane de Jesus Silva Serrão

CONSELHO FISCAL
Adilson dos Santos Sousa;
Marciede Ramos Sodré;
Daniele Souza de Moraes e Silva;
Lilian Fernanda Moraes e Silva (Suplente);
Constantina Costa Silva (Suplente);
Robson Ferreira Silva (Suplente).

LINKS OFICIAIS:

Instituto Brasileiro Sou Enfermagem
www.souenfermagem.com.br

Revista Sou Enfermagem
www.souenfermagem.com.br/revista

Facebook: @souenfermagem
Twitter: @souenfermagem
Instagram: @souenfermagem
YouTube: @souenfermagem

PRODUÇÃO EDITORIAL

A Revista Sou Enfermagem é uma publicação trimestral de caráter científico e acesso livre, editada pela Coordenação de Pesquisa do Instituto Brasileiro Sou Enfermagem.

ISSN 2525-2693

Editora Geral
Denise Carneiro Machado Cortez

Editora Executiva
Rosilene Sá Santos

Editoras Associadas
Ana Karoline do N. Nascimento
Raimundo Renato da Silva Neto

Editoras Assistentes
Kheila Azevedo Ferreira Passos

Revisão de Português
Jose Caetano

Projeto Gráfico
João Gleidson da Silva Pavão

Diagramação
João Gleidson da Silva Pavão

Instituto Brasileiro Sou Enfermagem - Rua da Vitória, Quadra 130, Casa 12, Bairro: Cidade Olímpica, São Luís – MA, CEP: 65058-525 Telefone: (98) 98751-3248 / 3234-9990
E-mail: contato@souenfermagem.com.br Site: www.souenfermagem.com.br

SUMÁRIO

04 **EDITORIAL**

Uma reflexão sobre o futuro da enfermagem brasileira
Raimundo Renato da Silva Neto

ARTIGOS ORIGINAIS

05 **MULHERES SORO POSITIVO: um estudo em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de São Luís – MA**
SEROPOSITIVE WOMEN: a study in a center of testing and counseling (CTA) to São Luís – MA
Ariane Muniz de Oliveira, Denise Carneiro Machado Cortez

13 **Avaliação do programa de controle do tabagismo em um centro de saúde de São Luís – MA**
Control program evaluation smoking in a center of São Luís health - MA
Sophia Marta Mendes Costa, Daisy Maria Conceição dos Santos

20 **Incidência de pacientes com Hanseníase atendidos em um centro de saúde no município de Buriti–MA, no período de 2007 a 2013**
Incidence of leprosy patients treated at a health center in the municipality of Buriti - MA, from 2007 to 2013
Suzana Mendes Cardoso, Denise Carneiro Machado Cortez

28 **EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO A SAÚDE: conhecimento dos adolescentes de um colégio público em relação ao HPV e ao câncer de colo uterino**
EDUCATION AND HEALTH PROMOTION: knowledge of adolescents from a public school in relation to HPV and cervical cancer
Francimar Núria da Silva Santos, Denise Carneiro Machado Cortez

Uma reflexão sobre o futuro da enfermagem brasileira

Raimundo Renato da Silva Neto

No mundo em que vivemos, as transformações estão ocorrendo rapidamente e ficar atentos aos processos de transformação em que a enfermagem do Brasil está passando é extremamente importante tanto para os profissionais como para os estudantes, pois afinal de contas, as transformações sociais sempre acontecem sob a ótica de várias discussões até se chegar a um denominador comum e que esteja de acordo com os anseios da sociedade e neste caso especifico, os anseios também da enfermagem.

Na visão Tradicional, a Enfermagem surge como um complemento às funções do médico, o que a tornou fortemente subordinada a essas funções e a este modelo, com repercussões até os dias de hoje, o que dificultou o desenvolvimento da profissão.

Na visão de Hoje, percebe-se uma nova construção, visando uma formação profissional mais contemporânea, mais crítica, mais reflexiva, de compromisso com o conhecimento, com a vida e com a sociedade. E na visão do Futuro, há necessidade de a profissão caminhar rumo à humanidade, posto que saúde e doença são duas realidades do processo de vida das pessoas.

Um estudo realizado por SILVA, BRUNO (2013) mostra como resultado: A visão tradicional pautava no conhecimento empírico, muito ligada à caridade e ao modelo biomédico. A visão do presente é mais aberta, crítico-reflexiva, atuante conforme os novos paradigmas de construção da profissão, humanizada e consolidada no conhecimento científico próprio. A Enfermagem do futuro tem uma visão otimista a cerca do crescente reconhecimento e da valorização da profissão, da ampliação dos conhecimentos científicos e da consolidação da humanização da Enfermagem, que tem grande responsabilidade na melhoria das condições de saúde da população, no direcionamento contínuo da produção de conhecimento e na promoção de situações de mudança de forma crítico-reflexiva junto às comunidades assistidas.

Os Desafios da Enfermagem Contemporânea são: identificar competências que constituam um referencial na formação do enfermeiro; construir um padrão de competências gerais e específicas nas diversas áreas que compõem a formação de Enfermagem; e identificar sistemas de validação das competências e de avaliação dos profissionais egressos de escolas que adotem esse novo referencial pedagógico.

A enfermagem enquanto ciência tem crescido, embora a força de trabalho da profissão ainda visa à formação no modelo biomédico. Contribuições para a Enfermagem: Percebe-se que não se pode haver transformação sem uma mudança efetiva. Torna-se necessário avançar não apenas na formação de um novo profissional, mas, sobre tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender a criar, propor e construir.

Referência:

Silva, Bruno, PERSPECTIVAS DA ENFERMAGEM PARA O FUTURO (2013)

MULHERES SORO POSITIVO: um estudo em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de São Luís – MA*

SEROPOSITIVE WOMEN: a study in a center of testing and counseling (CTA) to São Luís – MA

Ariane Muniz de Oliveira*
Denise Carneiro Machado Cortez**

Universidade CEUMA, Pró-Reitoria de Graduação da Área de Saúde, Coordenação do Curso de Enfermagem

RESUMO

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida- AIDS no mundo tornou-se um ícone de grandes questões que afligem a todos, como direitos humanos, qualidade de vida, políticas de medicamentos e propriedade industrial. Por seu caráter pandêmico e sua gravidade, a AIDS representa um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. O presente estudo teve como objetivo conhecer a frequência de mulheres soro positivo em um Centro de Testagem e Aconselhamento de São Luís – MA. A metodologia utilizada foi uma pesquisa de campo e documental de caráter descritivo exploratório de natureza quantitativa. A amostra da pesquisa foi constituída por 30 mulheres que realizaram o teste HIV no período do estudo. O instrumento de coleta de dados foi um relatório documental contendo todas as informações relacionadas com o tema e objeto do estudo apresentando a resposta dos questionamentos com a finalidade de encontrar o resultado esperado com os objetivos da pesquisa. Conforme a análise dos dados encontrados, observou-se 73,4% das mulheres tinham entre 22 a 41 anos, 43,3% possuíam união estável, 33,3% possuíam primeiro grau incompleto, 69,9% se autodenominaram de cor parda, em relação à ocupação das 40% afirmaram ser do lar, 93,3% não apresentaram diabetes. Com relação à via de transmissão das mulheres, houve predominância 60% por via heterossexual, 23,30% das mulheres pesquisadas faziam uso de tabagismo e 33,30% utilizavam álcool, 93,4% não apresentaram infecções oportunistas, e 93,4% das mulheres responderam que fazem uso no tratamento de antiviral.

Palavras-chave: Aconselhamento. Mulheres. Soro Positivo.

ABSTRACT

The Immune Deficiency Syndrome Adquirida- AIDS epidemic in the world has become an icon of the issues that plague all, as human rights, quality of life, drug policies and industrial property. For its pandemic character and its severity, AIDS is one of the greatest public health problems of today. This study aimed to assess the frequency of HIV positive women in a Testing Center, and St. Louis counseling - MA. The methodology used was a field research and documentary exploratory descriptive quantitative. The survey sample consisted of 30 women who underwent HIV testing during the study period. The data collection instrument was a documentary report containing all the information related to the subject and object of study presenting the answer of the questions in order to find the desired result with the research objectives. As the analysis of the data found, there was 73.4% of the women were between 22 and 41 years, 43.3% had stable, 33.3% had incomplete primary education, 69.9% called themselves mulatto, in relation to the occupation of 40% said it was the home, 93.3% did not have diabetes. Regarding the route of transmission of the women predominated 60% by heterosexual, 23.30% of women surveyed were using tobacco and 33.30% used alcohol, 93.4% had no opportunistic infections, and 93.4% of women answered that they use in the treatment of antiviral.

Keywords: Counseling. Women. Positive serum.

* Artigo apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade CEUMA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. **Orientadora: Profª. Esp. Denise Carneiro Machado Cortez.

*Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Ceuma (UNICEUMA). São Luís, Maranhão, Brasil.
E-mail:arianem.oliveira@hotmail.com
**Enfermeira e profª do Curso de Enfermagem da Universidade Ceuma (UNICEUMA). São Luís, MA.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS é uma doença manifestada posteriormente à infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, reconhecido como HIV (*Human Immunodeficiency Vírus*). A transmissão da AIDS acontece por meio de relações sexuais, da inoculação de sangue e derivados e da mãe contaminada para o concepto (SOUZA, 2011, p. 8).

Cabe informar que diante do contexto social da década de 80 surgiu a contaminação pelo HIV/AIDS, sendo que a manifestação da contaminação e o seu caminho inicial ficaram de um modo geral afastados das mulheres, mas, começaram a abranger estas mulheres em pequeno espaço de tempo, tanto no exterior como no Brasil (CARVALHO et. al., 2007).

Ressalta-se que o HIV, primeiramente ficou limitado a grupos específicos, como homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas, porém, encontra-se hoje em inteira disseminação na população geral. Sabe-se que o velho ponto de vista sobre os grupos de risco não estão dando conta da realidade atual do contágio, exigindo que se insira a percepção de risco de contaminação no dia-a-dia das pessoas.

A história da AIDS, até o momento, nos mostra que, juntos às práticas individuais que podem expor um indivíduo a um maior ou menor risco de infecção pelo HIV, com os efeitos da pobreza e das desigualdades sociais e econômicas, existem ainda diferentes mecanismos de "exclusão social, discriminação e opressão relacionados ao gênero, à etnia, à faixa etária e ao modo de exercer a sexualidade", que repercutem diretamente na situação de saúde das populações, na ocorrência de agravos ou na dificuldade de acesso aos meios para prevenção e cuidados (SOUZA, 2011, p. 99).

Enfatiza-se que no início da epidemia, a condição de emergência vivenciada fez com que especialistas investigassem os fatores de risco relacionados à doença, que foi associada primeiramente à homossexualidade. A partir da identificação de outros casos entre usuários de drogas injetáveis, prostitutas e hemofílicos, ficou caracterizada a primeira definição da população atingida, conhecida como "grupos de risco". Deste modo, os discursos a as ações preventivas a respeito da AIDS eram administrados a estes grupos, avaliados inicialmente como expostos a maior risco de infecção (ZUBEN, RISSI, LORENZI, 2013).

O fato da situação do HIV/AIDS na população feminina está aumentando cada vez mais, além da identificação de aspectos característicos trouxe o interesse pela temática, pois as mulheres têm sido analisadas como sendo mais vulneráveis a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em geral e, principalmente, à infecção pelo HIV. Essa vulnerabilidade é o resultado de condições tanto biológicas, relativas a características específicas dos órgãos sexuais femininos, como de condições sociais, pois estudos comprovam que, para as mulheres, é mais complicada a negociação de uso de preservativos durante as relações sexuais (CARVALHO et. al., 2007).

A epidemia da AIDS no mundo tornou-se um ícone de grandes questões que afligem a todos, como direitos humanos, qualidade de vida, políticas de medicamentos e propriedade industrial. Por seu caráter pandêmico e sua gravidade, a AIDS representa um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade (PERUCCHI et. al., 2011 *apud* FREITAS; NERY, 2014, p. 807).

No Brasil, de acordo com dados colhidos pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/AIDS. Analisando essas informações, pode-se dizer que os que acumularam dos de 1980 a junho de 2013, foram avisados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), um total de 686.478 casos de AIDS, dos quais 64,9% são do sexo masculino e 35,1% do sexo feminino, com uma razão de sexos de 1,7 casos em homens para cada caso em mulheres. Desde o princípio da epidemia, a razão de sexos tem apresentado mudanças proporcionais ao longo do tempo, pois em 2005 alcançou seu menor valor (1,4), e desde então tem apresentado aumento (BRASIL, 2012).

Diante do que foi exposto, o número de mulheres infectadas pelo HIV segue crescendo, provocando a necessidade não exclusivamente de estratégias de prevenção à contaminação, mas de cuidado à população de pessoas portadoras do vírus. E essa nova demanda de auxílio traz consigo uma importante questão de saúde pública, a questão da maternidade em situação de infecção pelo HIV.

O interesse pela temática surgiu a partir da orientação dada por uma professora, onde a mesma incentivou-me a falar sobre o tema que é muito importante por ser necessário na admissão das mulheres em uma Unidade de Saúde. Portanto, este estudo busca apresentar a prevalência de um grupo de mulheres soro positivo de um Centro de Triagem Anônima (CTA) de São Luís – MA.

Atualmente, ainda existem mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, porém, essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos, incidindo o aumento da doença na população feminina. Esse aumento proporcional do número de casos de AIDS entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos, ou seja, o número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres, pois no ano de 1989 a razão de sexos era de cerca de seis casos de AIDS no sexo masculino para cada caso no sexo feminino. Já em 2011, último dado disponível, chegou a 1,7 % dos casos em homens para cada 1 (um) em mulheres. Assim, a partir dessa problemática questiona-se: Qual a prevalência de mulheres soro positivo em um CTA de São Luís - MA? A importância da realização desse estudo deve-se ao fato de apresentar como as mulheres soro positivo estão sendo acompanhadas em um CTA de São Luís – MA e qual a atuação do

profissional de enfermagem no acompanhamento dessas mulheres, além de mostrar sua relevância em colaborar cientificamente para a realidade no desenvolvimento de trabalhos acadêmicos dos profissionais de saúde, principalmente, na atuação do profissional de enfermagem com relação ao acompanhamento junto às mulheres soro positivo.

Com isso, teve como objetivo, investigar a frequência de mulheres soro positivo em um CTA de São Luís - MA. Apresentando como objetivos específicos: caracterizar o perfil socioeconômico demográfico do grupo estudado, identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns que esta população está exposta e identificar as dificuldades encontradas por essas mulheres no acompanhamento dos enfermeiros em um CTA de São Luís – MA.

METODOLOGIA

O presente estudo é um estudo descritivo, exploratório, documental de campo com abordagem quantitativa dos dados.

A pesquisa foi realizada em um Centro de Testagem e Aconselhamento São Luís – MA, local que realiza testes para HIV e doenças sexualmente transmissíveis. A população que usa esse serviço é todo e qualquer cidadão com dúvidas em relação ao seu status sorológico. Ao procurar o local o usuário passa por um aconselhamento individual ou coletivo antes do teste, onde são esclarecidas todas as dúvidas.

A coleta dos dados ocorreu no período de outubro de 2015 a março de 2016. A amostra escolhida para realização da análise da pesquisa foi constituída por mulheres que compareceram ao CTA para realizarem o teste de HIV no período do estudo, totalizando 30 mulheres.

Como instrumento para coleta de dados utilizou-se documentos e relatórios repassados pelos profissionais do Centro de Testagem e Aconselhamento de São Luís para a autora da pesquisa onde foram utilizadas informações da ficha de atendimento das usuárias, sendo preenchido o formulário da pesquisa.

Identificou-se através deste estudo uma análise das mulheres soro positivo a partir de um estudo em um Centro de Testagem e Aconselhamento de São Luís – MA no período de 2015 e 2016.

Foi elaborado utilizado pela autora do artigo um formulário contendo informações e dados efetivos à pesquisa, utilizado para controle do Centro de Testagem e Aconselhamento onde foram transcritos os elementos contidos nas respostas das entrevistadas sobre mulheres soro positivo do Centro de Testagem e Aconselhamento em São Luís - MA no período referente à pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário adaptado da ficha cadastral utilizada no Centro de Testagem e Aconselhamento para a realização do exame HIV.

Os dados coletados foram reunidos de acordo com sua especificidade com sua prioridade absoluta e dos índices percentuais avaliados, compilados e apresentados em forma de tabelas utilizados no programa da Microsoft Excel versão 2010.

O presente trabalho se baseou nas normas de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, onde os voluntariados terão em sigilo todos os seus dados, podendo a qualquer momento desistir da pesquisa sem qualquer prejuízo, se comprometendo com o máximo de benefícios e o mínimo de prejuízo.

Os dados foram avaliados e interpretados mostrando os resultados da pesquisa sendo estes organizados em forma de gráficos e tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados conseguidos neste trabalho foram avaliados, investigados e apresentados em forma de tabelas e gráficos, mostrando os números percentuais das variáveis encontradas nas respostas do questionário aplicado no CTA.

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos das mulheres soropositivo de um Centro de Testagem e Aconselhamento de São Luís – MA, 2016.

Variável	N	%
Idade		
22 a 36 anos	11	36,7
37 a 41 anos	11	36,7
42 a 50 anos	07	23,3
51 anos ou mais	01	3,3
Estado civil		
Casada	09	30,0
Solteira	08	26,7
União estável	13	43,3

Tabela 1 - Continuação

Variável	N	%
Escolaridade		
Não alfabetizada	09	30,0
1º grau completo	09	30,0
1º grau incompleto	10	33,3
2º grau incompleto	02	6,7
Raça e Cor		
Branca	05	16,6
Indígena	02	6,7
Negra	02	6,7
Parda	21	69,9
Ocupação		
Do lar	12	40
Autônoma	03	6,8
Pescadora	01	3,3
Estudante	04	13,4
Lavradora	01	3,3
Recepcionista	01	3,3
Costureira	01	3,3
Cuidadora	01	3,3
Doméstica	04	13,4
Serviços Gerais	01	3,3
Aposentada	01	3,3
TOTAL	**30**	**100**

Fonte: Pesquisadora, 2016.

Com relação à caracterização sociodemógrafica das mulheres soro positivo de um Centro de Testagem e Aconselhamento de São Luís – MA ficou constatado que com mesmo valor 36,7% (11) estão na faixa etária de 22 a 36 anos e 37 a 41 anos, 43,3% (13) tinham união estável, 69,9% (21) são da cor parda, 30% (09) informaram que não eram alfabetizadas e de mesmo percentual apresentavam 1º grau completo. Com relação à ocupação dessas mulheres, encontrou-se como resultado que 40% (12) eram do lar, conforme Tabela 1.

"Foi encontrada a maioria das mulheres soro positivo nas faixas etárias de 22 a 41 anos"

De acordo com a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (2011) houve um avanço da ocorrência de AIDS em mulheres, principalmente, na faixa etária de 16 a 21 anos, o que diferencia da presente pesquisa onde foi encontrada a maioria das mulheres soro positivo nas faixas etárias de 22 a 41 anos. Dentro desse perfil etário observa-se também o maior número de mortes causadas pela AIDS.

Portanto, os resultados encontrados neste estudo demonstram que as mulheres soro positivo que realizaram teste no Centro de Testagem estudado, incidem, especialmente, na faixa etária de menor risco e discorda dos resultados encontrados em outros estudos concretizados na região Nordeste, porém, se sabe que a maioria das pessoas diagnosticadas com AIDS no Brasil são homens, nas mulheres a faixa etária de mais incidência está entre as mais jovens de 16 a 22 anos.

Em relação à raça/cor das mulheres soro positivo há concordância com pesquisas semelhantes realizadas sobre o tema, onde existe um predomínio de HIV em mulheres pardas e brancas. Desse modo, esse resultado concorda ainda com pesquisas recentes feitas por Brasil (2015) que afirmam um diagnóstico de mulheres por raça/cor com predominância na cor parda, avançando um pouco para a cor branca.

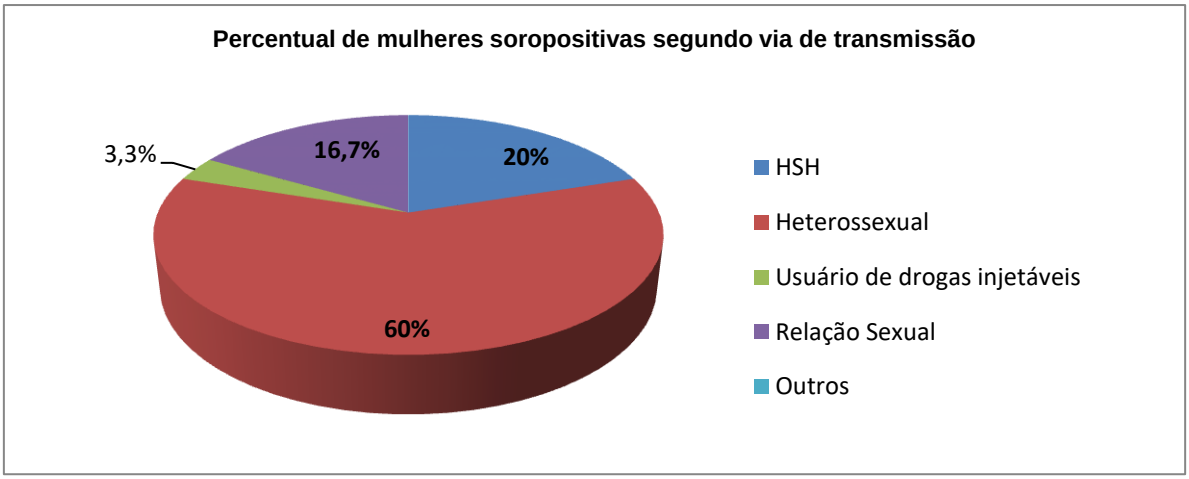


Gráfico 2: Distribuição do percentual de mulheres soropositivas, segundo via de transmissão, São Luís – MA, 2016.

Com relação à via de transmissão das mulheres, o Gráfico 2 demonstra que prevaleceram 60% (18) por via heterossexual, encontrando 20% (06) por HSH, apenas 16,7% (05) por relação sexual, sendo somente 3,30% (01) por usuário de drogas injetáveis.

Atualmente, no Brasil, a via de transmissão heterossexual compõe a mais relevante característica da dinâmica da epidemia, com aparecimento acentuado em todas as regiões, o que comprova o resultado da presente pesquisa apresentando 60% por via heterossexual. Para Farhi, Lima e Cunha (2008), esta particularidade tem colaborado de forma determinante para o aumento de casos em mulheres, manifestado na progressiva redução do motivo do sexo, no período e em todos os grupos de exposição.

Ainda para os mesmos autores citados, referente à categoria de transmissão sanguínea, apresentaram-se alterações ressaltantes, especialmente, em hemofílicos e em pessoas que receberam transfusão de sangue. Afirmou-se também, que em segmentos populacional foi encontrada a maioria das mulheres soro positivo nas faixas etárias de 22 a 41 anos. Regionais fortemente atingidos no começo da epidemia exibiram uma significativa queda ao longo do tempo.

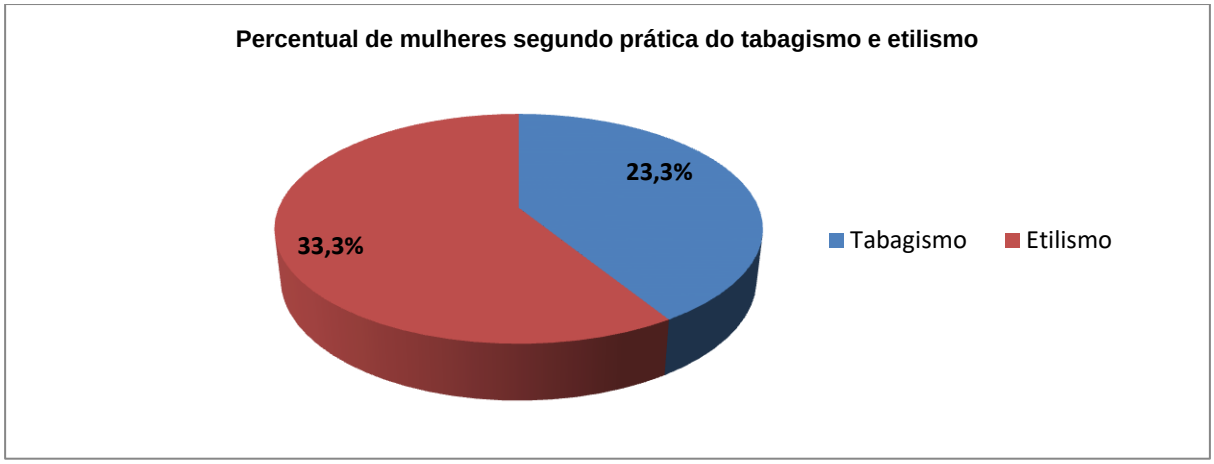


Gráfico 3: Mulheres soropositivas segundo prática do tabagismo e etilismo, São Luís – MA, 2016.

Referente à prática do tabagismo pelas mulheres soropositivas, encontrou-se nos resultados que somente 23,3% (07) fazem uso do tabaco e referente à prática do etilismo, constatou-se que apenas 33,3% (10) praticam o uso de álcool (Gráfico 3).

Em pesquisa realizada por Brito e Galvão (2010), abordou-se que os riscos do tabagismo associados à presença de HIV representam um motivo significante para o aparecimento de tumores uterinos em mulheres portadoras da AIDS. Para Almeida et al. (2016) afirmam que fumantes portadores de HIV positivo apresentam maior possibilidade de desenvolver doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) do que fumantes não contaminados pelo HIV. Porém, nas mulheres respondentes a essa pesquisa houve um percentual baixo de fumantes.

Para Almeida et al. (2016), o consumo descomedido de álcool pode ter implicações potencialmente sérias para pessoas que usam medicamentos antirretrovirais, pois o álcool processado pelo fígado e o aumento de gordura no sangue motivado por alguns medicamentos antirretrovirais, pode ser ativado pela bebida em excesso, lesando a eficácia do funcionamento desse órgão.

Tabela 2 - Mulheres soropositivas segundo a caracterização com relação à doença cardiovascular e dados ginecológicos, São Luís – MA, 2016.

DOENÇAS	n	%
Nenhuma (não)	28	93,4
Doença Arterial Coronária	01	3,3
Hipertensão Arterial Sistêmica	01	3,3
História Familiar da Doença Arterial Coronária		
SIM	08	26,6
NÃO	22	73,4
Menopausa		
SIM	02	6,6
NÃO	28	93,4
Laqueadura		
SIM	03	10
NÃO	27	90
Contracepção		
SIM	05	16,7
NÃO	25	83,3
Antecedentes de Leishmaniose Visceral		
NÃO	30	100
Tuberculose		
NÃO	30	100
Infecções Oportunistas		
Anemia HB -88	01	3,3
Pneumonia – Hepatite B	01	3,3
Nenhum	28	93,4
TOTAL	**30**	**100**

Para a caracterização das mulheres soropositivas referente à doença cardiovascular e dados ginecológicos obteve-se como resultado que 93,4% (28) delas não apresentaram doença cardiovascular, 73,4% (22) não apresentou história familiar de doença arterial coronária, 93,4% (28) não apresentaram menopausa, 90% (27) nunca fizeram laqueadura, 83,3% (25) não fazem uso de métodos contraceptivos, 100% (30) não apresentaram antecedentes de leishmaniose visceral, 100% não apresentaram tuberculose e 93,4% (28) não apresentaram infecções oportunistas (Tabela 2).

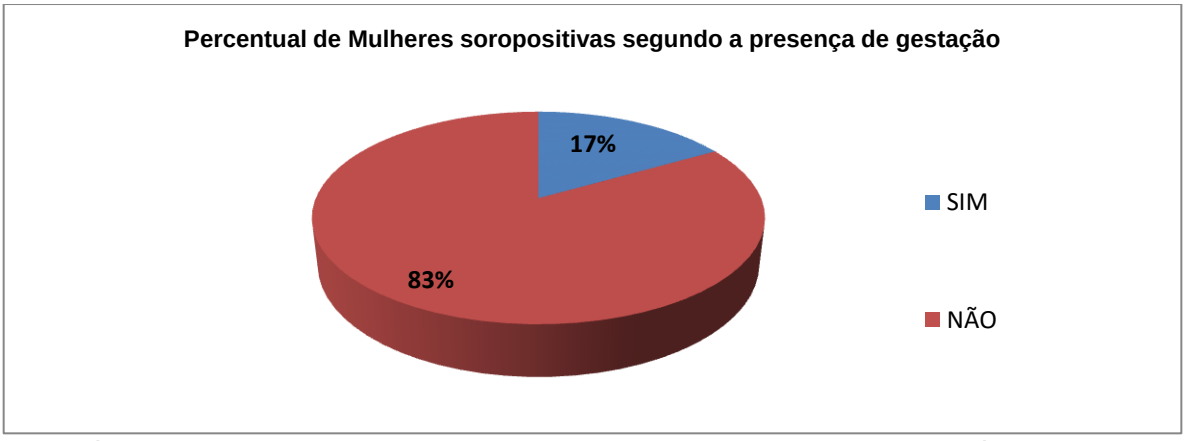


Gráfico 4: Percentual de Mulheres soropositivas segundo a presença de gestação, São Luís – MA, 2016.

Com relação às mulheres soropositivas estarem gestantes, 17% (05) gestaram (Gráfico 4).

Para Brasil (2015), a taxa de transmissão do HIV de mãe para filho durante a gravidez, sem realizar tratamento, pode ser de 20%. Mas, quando a grávida segue todos os conselhos médicos, a probabilidade de infecção do bebê diminui para níveis mínimos em 1%. Como recomendações médicas, estão o uso de remédios antirretrovirais combinados na grávida e no recém-nascido, o parto cesáreo e a não amamentação.

Ainda o autor supracitado cita que é importante fazer o acompanhamento do tratamento para melhoria da qualidade de vida e sobrevida durante o uso de medicamentos.

Gráfico 5: Percentual de mulheres soropositivas, segundo o uso regular de antirretrovirais, São Luís – MA, 2016.

Com relação ao uso de antivirais, 93,4% (28) das mulheres responderam que utilizam no tratamento, apenas 6,6% (02) não fazem uso de antivirais (Gráfico 5).

Brasil (2015) assegura que a instituição da terapia antirretroviral (TARV) tem como intuito atenuar a morbidade e mortalidade das PVHA, melhorando a qualidade e a expectativa de vida, e não erradicar a infecção pelo HIV. O que ficou comprovado na pesquisa, pois a maioria das mulheres pesquisadas faz uso regular de antivirais com o objetivo de melhorar a qualidade de vida delas.

Vale ressaltar, que o Ministério da Saúde lançou com uma “Portaria” para a realização de o teste ser feita de seis em seis meses, caso no exame não seja detectado o vírus HIV, pois o paciente que não fez o teste de seis em seis meses fica impossibilitado de não receber a medicação dada no CTA. Após esse período, o paciente passa pelo atendimento de um assistente social e de um enfermeiro. Algumas param o tratamento por falta de condições financeiras e dependerem da Prefeitura, outras vêm do interior com ajuda de custo da prefeitura de seu município. A medicação é de fácil acesso, basta apresentar a receita. Tem um setor farmacêutico especializado no local, onde a reposição de medicamentos é realizada todos os dias. A marcação de consulta é feita uma vez por mês.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que houve 100% (30) de soro positivo no diagnóstico realizado pelo Centro de Testagem e Aconselhamento de São Luís – MA, tendo em vista que todas as entrevistadas responderam que fazem o teste para monitorar tratamento.

Os dados sociodemográficos encontrados no estudo foram 73,4% das mulheres entrevistadas ocorreram na faixa etária de 22 a 41 anos, 43,3% possuíam união estável, 33,3% possuíam o primeiro grau incompleto, 69,9% tinham a cor parda, em relação à ocupação dessas mulheres 40% afirmaram ser do lar.

Com relação à via de transmissão das mulheres, houve predominância com a maioria 60% por via heterossexual, quanto ao uso do tabagismo, encontrou-se que somente 23,3% das mulheres pesquisadas fazem uso de tabagismo, 33,3% faziam uso de álcool, percebeu-se ainda, a maioria 93,4% delas não apresentava doença cardiovascular, e 93,4% não apresentaram infecções oportunistas, 93,4% das mulheres faziam uso dos antirretrovirais.

Assim, compreende-se que esta pesquisa contribuiu para demonstrar uma análise de mulheres soro positivo em um Centro de Testagem e Aconselhamento de São Luís – MA, ressaltando a importância dos programas existentes nesse local com relação às informações repassadas a essas mulheres com o objetivo de aconselhar a realizar o tratamento de forma correta, com medicamentos e cuidados, onde as mesmas passam por atendimento de um enfermeiro, assistente social e psicólogo, além de ter um farmacêutico disponível para os medicamentos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eliana Lins de; ARAUJO, Gilmara Barboza da Silva; SANTOS, Verbena Araújo; BUSTORFF, Leila Alcina Correia Vaz; PEREIRA, Alexandra Valéria de Lima; DIAS, Maria Djair. **Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento:** fatores intervenientes. Publicado em março de 2011. Disponível em: http://reme.org.br/artigo/detalhes/27. Acesso em 22 de abril de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em saúde**. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Brasília, 2012.

BRITO, Daniele Mary Silva de; GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz. Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Maio-jun, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_08. Acesso em 03 de maio de 2016.

CARVALHO, Fernanda Torres de. Intervenção psicoeducativa para gestantes vivendo com HIV/AIDS: uma revisão da literatura. **Psicol. teor. prat.** vol.11 no.3 São Paulo, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo_arttext. Acesso em 28 de setembro de 2015.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – DVE. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST– 2011**.Disponível em: http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2011. Acesso em 28 de abril de 2016.

FARHI, Lidia; LIMA, Dirce Bonfim de; CUNHA, Cynthia B.. Dislipidemia em pacientes HIV/AIDS em uso de antirretrovirais num hospital universitário. Rio de Janeiro, Brasil. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, Jun, 2008.

FREITAS, Nadja Miranda de; NERY, Inez Sampaio. **Mulheres com HIV e Direitos reprodutivos.** Artigo publicado pela Universidade Federal Rural de Pernambuco - Recife – PE, 2014. Disponível em: http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/. Acesso em 26 de setembro de 2015.

FINKLER, Lirene. **HIV/AIDS e relacionamentos conjugais**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/16AIDS_relacionamentos_conjugais.pdf. Acesso em 25 de novembro de 2015.

KRAMER, A. S., LAZZAROTTO, A. R., SPRINZ, E., MANFROI, W. C.. Alterações Metabólicas, Terapia Antirretroviral e Doença Cardiovascular em Idosos Portadores de HIV. **Arq Bras Cardiol**, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico HIV – AIDS**. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/. Acesso em 05 de maio de 2016.

SOUZA, Sheslaine. Os discursos de adesão ao tratamento de AIDS: uma reflexão ética. **Revista - Centro Universitário São Camilo** – 2011; 5(1): 98-10. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/82/Art12.pdf. Acesso em 29 de setembro de 2015.

ZUBEN, Juliana Vieira Von; RISSI, Maria Rosa Rodrigues; LORENZI, Carla Guanaes. A rede social significativa de uma mulher após o diagnóstico de HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, vol. 18, núm. 2, abril-junho, 2013, pp. 211-221.

Avaliação do programa de controle do tabagismo em um centro de saúde de São Luís – MA*

Control program evaluation smoking in a center of São Luís health - MA

Sophia Marta Mendes Costa*
Daisy Maria Conceição dos Santos**

Universidade CEUMA, Pró-Reitoria de Graduação da Área de Saúde, Coordenação do Curso de Enfermagem

RESUMO

Tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde uma doença, pois a nicotina que o cigarro contém causa dependência e provoca alterações físicas, emocionais e comportamentais na pessoa que fuma. O estudo objetiva avaliar o programa de controle do tabagismo no Centro de Saúde da Liberdade. Tratou-se de um estudo descritivo, prospectivo de caráter quantitativo. O instrumento para a coleta de dados foi um questionário, com perguntas fechadas de forma a esclarecer os objetivos da pesquisa. A amostra foi constituída por todos os usuários atendidos pelo programa no período da pesquisa, totalizando 25 usuários. Conclui-se que 68% dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino, 28% estavam na faixa etária entre 51 a 60 anos, no quesito escolaridade 48% tinham o ensino médio. Sobre a quantidade de cigarros por dia que a pessoa fazia uso antes de iniciar o Programa, 40% participantes afirmou que fumava menos de 10 cigarros por dia, no que diz respeito à idade que utilizou o primeiro cigarro, 44% referiram que iniciaram 10 a 15 anos. Quanto aos motivos que o levaram a fumar onde 12% relatam que foi devido a ansiedade e 84% citaram que foram outros motivos. Depois das reuniões do Programa 80% dos participantes informaram que pararam de fumar, 72% afirmaram ter doença crônica e 52% relataram a falta de apoio familiar como a principal dificuldade na sua permanência no programa. Dessa forma, percebe-se que o sucesso da adesão e manutenção desse paciente depende não só da história clínica mas também do apóio familiar.

Palavras-chave: Tabagismo. Programa de Controle. Dependência.

ABSTRACT

Smoking is considered by the World Health Organization disease because nicotine cigarette that contains addictive and causes physical, emotional and behavioral disorders in people who smoke. The study aims to evaluate the tobacco control program at the Health Centre of Liberty. This was a descriptive, prospective study of quantitative character. The instrument for data collection was a questionnaire with closed questions in order to clarify the research objectives. The sample consisted of all users served by the program during the study period, a total of 25 users. It was concluded that 68% of the survey participants were female, 28% were aged between 51 to 60 years, in the category education 48% had high school. on the number of cigarettes per day that the person had used before starting the program, 40% participants said smoking less than 10 cigarettes per day, with regard to age who used the first cigarette, 44% said that began 10 to 15 years. As for the reasons that led him to smoke where 12% report that was due to anxiety and 84% said there were other reasons. After the meetings of the program 80% of participants reported that they had quit smoking, 72% reported chronic disease and 52% reported a lack of family support as the main difficulty to stay in the program. Thus, it is clear that the success of accession and maintenance of this patient depends not only on medical history but also the family I support.

Keywords: Smoking. Control Program. Dependency.

*Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina Fundamentos da Pesquisa, do Curso de Enfermagem da Universidade Ceuma, como parte dos requisitos para a elaboração do Artigo Científico. Orientadora: Enfª. Me. Daisy Maria Conceição dos Santos.

*Aluna do curso de Graduação da Universidade Ceuma. E-mail: sophia@hotmail.com
**Orientadora. Enfermeira. Professora da Universidade Ceuma

INTRODUÇÃO

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no planeta segundo a Organização Mundial da Saúde é considerado um problema de saúde pública, em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco (BRASIL, 2011).

A prevalência de fumantes no mundo é de 1,3 bilhão, considerando-se pessoas de 15 ou mais anos, constituindo um terço da população global. Desses, 900 milhões estão em países em desenvolvimento e 250 milhões são mulheres. O consumo anual é de 7 trilhões e 30 bilhões de cigarros, correspondendo a 20 bilhões por dia; cerca de 75.000 toneladas de nicotina são consumidas por ano, das quais 200 toneladas são diárias. No Brasil, há 27,9 milhões de fumantes, consumindo 110 bilhões de cigarros por ano, acrescidos de 48 bilhões procedentes de contrabando (BRASIL, 2011).

A fumaça do cigarro tem mais de 4,7 mil substâncias tóxicas. O alcatrão, por exemplo, é composto de mais de 40 compostos cancerígenos. Já o monóxido de carbono (CO) em contato com a hemoglobina do sangue dificulta a oxigenação e, consequentemente, ao privar alguns órgãos do oxigênio causa doenças como a aterosclerose (que obstrui os vasos sanguíneos). A nicotina é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) droga psicoativa que causa dependência. Ela também aumenta a liberação de catecolaminas, que contraem os vasos sanguíneos, aceleram a frequência cardíaca, causando hipertensão arterial.

O tabagismo está relacionado a mais de 50 doenças sendo responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença do coração, 85% das mortes por bronquite e enfisema, 25% das mortes por derrame cerebral. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todo ano mais de cinco milhões de pessoas morrem no mundo por causa do cigarro. E, em 20 anos, esse número chegará a 10 milhões se o consumo de produtos como cigarros, charutos e cachimbos continuar aumentando (BRASIL, 2014).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), vinculado ao Ministério da Saúde, o tabaco também tem relação com a impotência sexual e infertilidade masculina, pois, segundo estudos, prejudica a mobilidade do espermatozóide. Os mesmos prejuízos também são atribuídos ao cachimbo e ao charuto. Apesar de não serem tragáveis, possuem uma concentração de nicotina maior, que é absorvida pela mucosa oral (BRASIL, 2014).

Não só o fumo ativo, mas o passivo também aumenta os riscos de doença. Sete não fumantes morrem por dia em consequência do fumo passivo. O tabagismo passivo aumenta em 30% o risco para câncer de pulmão e 24% o risco para infarto (BRASIL, 2014).

A mortalidade anual relacionada ao tabaco, no mundo, é de 5,4 milhões de pessoas, sendo um óbito a cada dez adultos, dos quais 70% em países em desenvolvimento. No Brasil, ocorrem 200 mil óbitos por ano (BRASIL, 2011).

A previsão para o ano 2020 é ocorrerem, no mundo, 10 milhões de óbitos, sendo 7 milhões nos países em desenvolvimento. A mortalidade nos adultos está sendo maior que o número de óbitos por HIV, malária, tuberculose, alcoolismo, causas maternas, homicídios e suicídios combinados (BRASIL, 2011).

No Brasil, o número de fumantes permanece em queda. Segundo o Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) 2013, a prevalência de fumantes caiu para 11,3%. O dado é três vezes menor que o índice de 1989, quando a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou 34,8% de fumantes na população. A meta do Ministério da Saúde é chegar a 9% até 2022 (BRASIL, 2014).

O fumante faz (segundo pesquisa realizada pelo Centro de Pesquisa Econômica e Negócios, no Reino unido) em média 4 pausas de 10 minutos para fumar durante o dia o que pode gerar cerca de US$ 14, 5 bilhões de custo por ano às empresas. Essa atitude não só afeta as empresas, mas a saúde dos profissionais trabalhadores. No Brasil as empresas oferecem diversos programas aos seus empregados tudo para melhorar a qualidade de vida, reduzir absenteísmo e aumentar a produtividade e reduzir custos com assistência a saúde, uma vez que o fumante é um doente potencial (CATHO, 2014)

Segundo o Brasil (2012), em São Luís (MA), o número de fumantes reduziu 33%, passando de 12%, em 2006, para 8%, em 2012. Revelou, ainda, que os homens continuam fumando mais. Em 2006, o índice percentual era de 16%, passando para 12%, em 2012. Já entre as mulheres, esse dado era de 8%, em 2006, reduzindo para 4%, em 2012. O levantamento revela ainda que, na capital do Maranhão, a frequência de fumantes passivos no domicílio é de 12%, sendo 11% em homens e 13% em mulheres. Além disso, a frequência entre pessoas que fumam 20 ou mais cigarros por dia em São Luís é de 2%: 2% homens e 2% mulheres (BRASIL, 2015).

Pensando nisso o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2015), desenvolveu o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo que tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, seguindo um modelo no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação de fumar e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco (INCA, 2015).

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, prospectivo de caráter quantitativo, escolhido pela essência da pesquisa dispor de instrumentos técnicos, pois segundo Marconi (2005), a finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo entrar no mérito dos conteúdos.

Conforme Fuzzi (2010), diz que em razão de sua maior precisão e confiabilidade, os estudos quantitativos são mais indicados para o planejamento de ações coletivas, pois seus resultados são passíveis de generalização, principalmente quando as amostras pesquisadas representam, com fidelidade, a população de onde foram retiradas.

Na pesquisa prospectiva, o estudo foi conduzido a partir do momento presente e caminha em direção ao futuro (MARCONI, 2005). A investigação foi desenvolvida com os pacientes tabagistas atendidos no Centro de Saúde da Liberdade. Trata-se de unidade vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís – MA, referência para o atendimento de pacientes tabagistas onde existe o Programa de Controle do Tabagismo implantado.

O município de São Luís está organizado em sete Distritos Sanitários, seis na zona urbana (Centro, Bequimão, Cohab, Coroadinho Itaqui-Bacanga e Tirirical) e um na zona rural (Vila Esperança).

O Centro de Saúde ainda dispõe de quatro equipes de Saúde da Família, quatro enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, um técnico de saúde bucal, quatro clínicos gerais, dois cirurgiões dentistas, uma assistente social, uma fisioterapeuta, um ginecologista obstetra e uma pediatra. Estão implantados nesse serviço os programas de Controle da Hipertensão e do Diabetes, Eliminação da Hanseníase, Controle da Tuberculose, Atenção a Saúde da Mulher, Atenção a Saúde da Criança e Saúde Bucal. Os procedimentos realizados são basicamente vacinas, curativos, nebulizações administração de medicamentos, consultas de enfermagem e médica, além de atendimentos individuais e grupais pela assistente social e psicóloga.

A amostra foi constituída por 25 usuários atendidos pelo programa no período da pesquisa. Foram incluídos no estudo, usuários participantes do Programa de Controle de Tabagismo no Centro de Saúde da Liberdade. Foram excluídos do estudo os usuários que não participaram pelo menos de duas reuniões comportamentais e os não aceitaram participar da pesquisa.

Como instrumento de pesquisa, foi elaborado pela própria autora, um questionário contendo perguntas e respostas fechadas com questões inerentes à saúde e prontuários dos participantes do programa.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora através de entrevista, durante os meses de fevereiro e março/16, no período da manhã.

Os dados obtidos foram agrupados de acordo com sua especificidade, em função de sua preferência absoluta e dos índices percentuais analisados, compilados e apresentados na forma de gráficos e tabelas no programa *Microsoft Excel* versão 2010.

O estudo obedeceu aos aspectos éticos e legais e pesquisa em seres humanos de acordo com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 466/12, que trata das diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi oferecido aos participantes do Programa de Controle de Tabagismo que aceitarem a participar da pesquisa o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), esclarecendo os objetivos da pesquisa.

Foi enviado ao diretor do Centro de Saúde um Termo de Compromisso, comprometendo-se o caráter da pesquisa somente para fins acadêmicos, bem como mantendo sigilo dos nomes dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa foi feita a opção de delinear resultados e discussões em um mesmo capítulo, proporcionando um melhor entendimento sobre o assunto abordado.

Conforme a Tabela 1 observa-se que 68% (17) dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino, 28% (7) estavam na faixa etária entre 51 a 60 anos e com o mesmo valor, foi encontrada a faixa etária mais de 60 anos. No quesito escolaridade 48% (12) tinham o ensino médio.

De acordo com Dantas et al. (2009) nos últimos anos, as mulheres vêm superando esses números em relação ao sexo masculino. Essa mudança provém de ações cotidianas e rotineiras.

De acordo com um trabalho, feito pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) junto à Universidade Federal Fluminense (UFF), os autores do estudo se basearam em duas pesquisas, uma de 1989 e outra de 2008, sobre a prevalência de tabagismo entre brasileiros acima de 15 anos de idade. De acordo com o levantamento, a taxa de fumantes diminuiu de 32% para 17,2% nesse período (2008).

De 1989 a 2008, redução do fumo entre quem estudou em universidade foi de 57%, e de 36,7% entre indivíduos com menos de sete anos de escolaridade.

Em estudo semelhante, Giatti e Barreto (2011) a prevalência de fumantes no sexo masculino foi mais elevada entre os homens e aumentou com a idade até a faixa de 45-54 anos, sofrendo leve declínio entre os tinham de 55-64 anos; diminuiu inversamente com a escolaridade e a renda domiciliar per capita.

Tabela 1 – Distribuição dos aspectos socioeconômicos dos participantes da pesquisa com relação ao sexo, à faixa etária e escolaridade em uma Unidade de Saúde. São Luís - MA, 2016.

VARIAVEL	N	%
Sexo		
Feminino	17	68,0
Masculino	8	32,0
Faixa etária		
18 a 30 anos	3	12,0
31 a 40 anos	3	12,0
41 a 50 anos	5	20,0
51 a 60 anos	7	28,0
mais de 60 anos	7	28,0
Escolaridade		
não alfabetizado	2	8,0
Fundamental completo	5	20,0
Fundamental incompleto	5	20,0
Médio completo	12	48,0
Superior completo	1	4,0
TOTAL	**25**	**100**

Tabela 2 – Distribuição dos aspectos socioeconômicos dos pacientes com relação à faixa etária e sexo em uma Unidade de Saúde. São Luís - MA, 2016.

VARIAVEL	N	%
Antes de entrar no programa, você fumava quantos cigarros por dia		
Menos de 10	10	40,0
11 a 20	9	36,0
21 a 30	5	20,0
mais de 31	1	4,0
Com que idade experimentou o primeiro cigarro		
10 a 15 anos	11	44,0
16 a 20 anos	10	40,0
Mais de 21 anos	4	16,0
TOTAL	**25**	**100**

A Tabela 2 apresenta resultados onde foi perguntado sobre a quantidade de cigarros por dia que a pessoa fazia uso antes de iniciar o Programa, 40% (10) participantes afirmou que fumava menos de 10 cigarros por dia, no que diz respeito à idade que utilizou o primeiro cigarro, 44% (11) referiram que iniciaram 10 a 15 anos.

Estudo Bortoluzzi et al. (2011) que diverge da referida pesquisa afirma que dentre os fumantes, o número de cigarros consumidos ao dia variou entre dois (mínimo) e sessenta (máximo), com média de 16,6 (± 10,5) cigarros ao dia. Dentre os fumantes, 18,8% (23) relataram fumar o primeiro cigarro após os 15 anos de idade, e 58,1% (71) fumaram o primeiro cigarro entre 10 e 15 anos de idade, o que corrobora como o atual estudo.

Em relação ao número de cigarros consumidos em um dia, a média encontrada no estudo de Castro et al. 10 foi de 17,9 (±11,07), dessa forma, a quantidade de cigarros consumida pode ser utilizada como parâmetro para avaliação da gravidade da dependência.

Ainda Martins e Seidl (2011) ao início do tratamento, o número médio de cigarros/dia para a amostra foi de 24,54 e, quanto ao nível de dependência nicotínica avaliado pelo QNDF, obteve-se média de 6,38 pontos: 20% da amostra n=13 apresentaram níveis muito baixo e baixo, sendo que os níveis elevado e muito elevado totalizaram 64% (n=40). Acrescenta-se que ao entrar no grupo, o objetivo parar de fumar foi quase unânime: 60 pessoas (95,2%) o afirmaram.

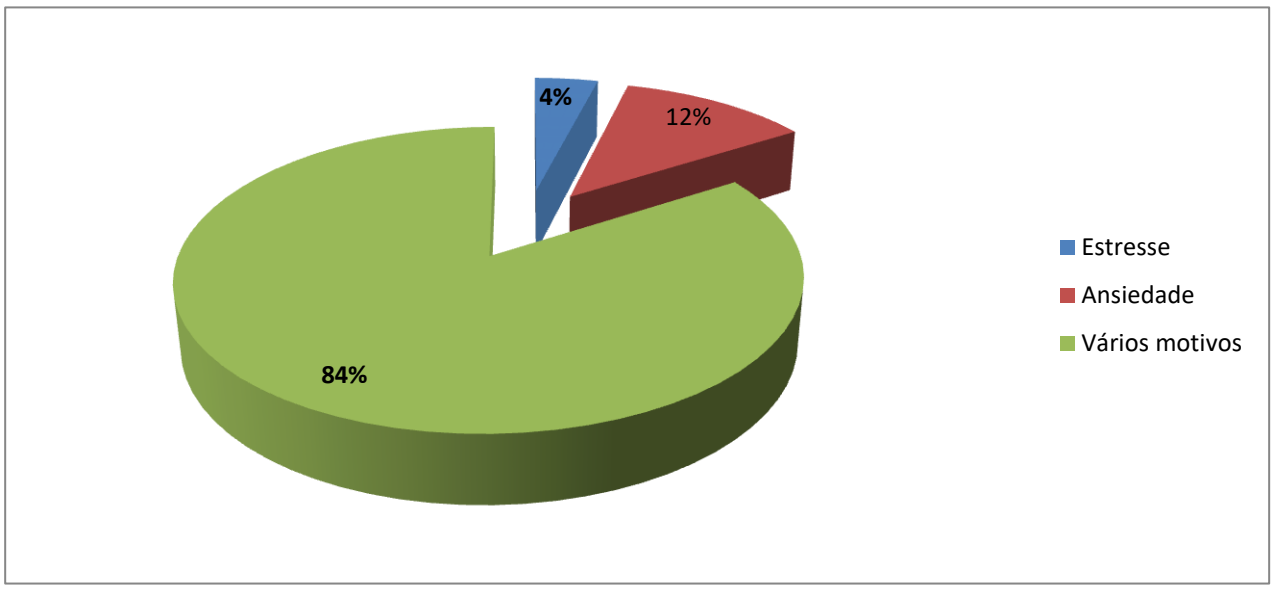


Gráfico 1: Distribuição das justificativas referidas como motivos que o levaram a fumar

Tabela 3 – Distribuição dos aspectos socioeconômicos dos pacientes com relação à faixa etária e sexo em uma Unidade de Saúde. São Luís - MA, 2016.

VARIAVEL	N	%
***Depois das reuniões do Programa, você* parou de fumar?**		
Sim	20	80,0
Não	5	20,0
Você tem alguma doença crônica?		
Sim	7	28,0
Não	18	72,0
Toma algum medicamento diariamente?		
Sim	13	52,0
Não	12	48,0
Qual medicamento?		
Ansiolíticos (controle da ansiedade)	1	4,0
Anti-hipertensivos	3	12,0
Para controle da glicose	1	4,0
Outros	7	28,0
Faz alguma atividade física?		
Sim	1	4,0
Não	24	96,0
O que dificultaria sua permanência no programa?		
Falta de tempo	7	28,0
Difícil acesso ao local	2	8,0
Falta de apoio da família	13	52,0
A falta de interesse em parar de fumar	3	12,0
TOTAL	**25**	**100**

O Gráfico 1 apresenta o resultado das justificativas referidas como motivos que o levaram a fumar onde 12% (3) relatam que foi devido a ansiedade e 84% (21) citaram que foram outros motivos.

Corroborando com nosso estudo, pesquisa de Fontenelle (2012) evidenciou que 84% dos pesquisados indicaram também como motivo de usar o cigarro a questão da ansiedade e as situações estressantes.

Em estudo semelhante, Martins e Seidl (2011) encontraram 26 pessoas referindo o início do tabagismo influenciado de pares ou colegas, tendo sido a categoria mais frequente, seguida da influência de familiares, com vinte ocorrências. Evidenciou-se, a partir dos relatos, que a participação de familiares permeou outras categorias como contato com cigarro por demanda de terceiros (dez registros), pois na maioria dos casos eram os pais e avós que mandavam os participantes, ainda crianças, acenderem cigarro e entregar-lhes, o que favoreceu a iniciação do tabagismo para essas pessoas.

Gigliotti, Carneiro e Ferreira (2001) destacam que cerca de um terço dos tabagistas apresentam sintomas de ansiedade e depressão. Existem ainda evidências de que a influência entre tabagismo e depressão seja recíproca. Assim, alguns fumantes deprimidos podem usar o tabaco para aliviar seus sentimentos negativos, enquanto que esse comportamento seria reforçado positivamente face à ação da nicotina; diante da cessação do uso do tabaco, estariam mais propensos a desenvolverem novo episódio depressivo, aumentando seu risco de recaída (RONDINA et al., 2004).

A tabela 3 demonstra que depois das reuniões do Programa 80% (20) dos participantes informaram que pararam de fumar, 72% (18) afirmaram ter doença crônica, pouco mais da metade, 52% (13) fazem uso de medicamento diariamente. Dos medicamentos utilizados 12% (3) referiram utilizar anti-hipertensivos, 96% (24) dos participantes não fazem atividade física. Abordados sobre o que dificultaria sua permanência no programa 52% (13) relatou a falta de apoio familiar.

Considerando que, se o participante acha que os profissionais envolvidos no Programa de Controle de Tabagismo, repassaram as informações com clareza, 100% afirmou que sim, e quanto a questão se indicaria o Programa, o resultado também foi de 100% afirmativo, sim indicariam o Programa.

CONCLUSÃO

Nossos resultados confirmam que a ha maior prevalência de tabagismo entre homens, independentemente da escolaridade, da renda e da presença ou não de problemas de saúde diretamente relacionados ao tabagismo. Os resultados mostraram ainda que as prevalências de tabagismo na população economicamente ativa foram mais elevadas nos homens inseridos em trabalhos sem proteção social.

Assim, enquanto não existir a dimensão do problema, parece difícil para o tabagista sentir as dimensões das suas consequências. Uma forma de sentir o efeito e de testar a capacidade de controle sobre a abstinência da nicotina é o teste de medir o intervalo máximo de tempo entre dois cigarros fumados durante uma semana.

REFERENCIAS

BRASIL.Instituto Nacional de Câncer-INCA. Programa Nacional de Controle do Tabagismo – 10/04/2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo> Acesso em:10 set. 2015.

_____,Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____Ministério da Saúde. População de fumantes cai 33% em São Luís – 29/08/2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agenciasaude/noticias-anteriores-agencia-saude/5700-populacao-de-fumantes-cai-33-em-sao luis> Acesso em: 10 de set. 2015.

CATHO. Tabagismo x produtividade das empresas - 19/03/2014. Disponível em:<http://www.catho.com.br/carreira-sucesso/noticias/tabagismo-x-produtividade-das-empresas>. Acesso em: 10 set. 2015.

FONTENELLE, Leonardo. Sobre os 10 motivos para parar fumar. Disponível em: http://leonardof.med.br/2010/05/10/10-motivos-para-fumar/. Acesso em: 13 de maio de 2016

FUZZI, Ludmila Pena. Metodologia Científica -2010. Disponível em: <http://profludfuzzimetodologia.blogspot.com.br/2010/03/o-que-e-pesquisa-de-campo.html> Acesso em: 12 de set. 2015.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero: análise da PNAD 2008. Cad. Saúde Pública vol.27 nº.6 Rio de Janeiro Jun. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER INCA. A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 76 p.

LEMMENS, V.; et al. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Prevenção do tabagismo e outros fatores de risco de doenças crônicas. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-saber-saude> Acesso em: 10 set.2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARTINS, Karla Cristina; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. Psic.: Teor. e Pesq. vol.27 no.1 Brasília Jan./Mar. 2011.

REICHERT, J.;et al.Diretrizes para cessação do tabagismo –2008. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 34, n. 10, p.845-880, 2008.

RONDINA, R.C.; GORAYEB, R.,; BOTELHO, C. (2004). A dinâmica psicológica do tabagismo: O papel de características de personalidade, psicopatologia, fatores genéticos e neurobiológicos no comportamento de fumar tabaco. Monografia, Cuiabá: Entrelinhas.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Costa et. al Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/artigo/programa-multiprofissional-de-controle-do-tabagismo-aspectos-relacionados-a-abstinencia-de-longo-prazo/> Acesso em: 12 set. 2015.

Incidência de pacientes com Hanseníase atendidos em um centro de saúde no município de Buriti–MA, no período de 2007 a 2013*

Incidence of leprosy patients treated at a health center in the municipality of Buriti - MA, from 2007 to 2013

Suzana Mendes Cardoso *
Denise Carneiro Machado Cortez**

Universidade CEUMA, Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão. Coordenação Geral de Pós-Graduação

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a incidência de pacientes com hanseníase atendidas em um centro de saúde no município de Buriti – MA no período de 2007 a 2013. Tratou-se de uma pesquisa de campo, documental, exploratória de abordagem quantitativa, onde foi realizada em um centro de saúde no município de Buriti – MA, no mês de outubro de 2014. A amostra foi constituída de 45 pacientes com hanseníase, residentes de Buriti – MA. Os resultados foram: 51,1% são do sexo feminino, 22,2% estão com idade entre 21 a 30 anos, 44,4% são solteiros e 40% possui somente o ensino fundamental; 42,2% possui a forma dimorfa, 55,6% não apresentaram incapacidade, 64,4% são multibacilares e 80% são casos novos; 51,1% tiveram resultado positivo na baciloscopia. Verificou-se que 42,2% estão com menos de 1 ano de tratamento e 73,3% usam o PQT/PB/ 6 doses como tratamento e a maioria dos pacientes (84,4%) terminaram o tratamento. Nesse contexto, estudos realizados em populações distintas, especialmente na atenção básica são de grande importância para a elucidação da cadeia de transmissão da hanseníase e constituem ferramentas para manejo de estratégias de controle desse agravo.

Palavras-chave: Incidência. Hanseníase. Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the incidence of leprosy patients treated at a health center in the municipality of Buriti - MA from 2007 to 2013. This was a field research, documental, exploratory quantitative approach, which was held in a health center in the municipality of Buriti - MA, in October 2014. The sample consisted of 45 patients with leprosy, residents of Buriti - MA. The results were: 51.1% were female, 22.2% are aged 21 to 30 years, 44.4% were single and 40% has only elementary school; 42.2% is in the form borderline, 55.6% had no disability, 64.4% were multibacillary and 80% are new cases; 51.1% were positive on smear. It was found that 42.2% are less than 1 year treatment, and 73.3% using MDT / PB / 6 doses as treatment and most patients (84.4%) completed treatment. In this context, studies in distinct populations, especially in primary care are of great importance for the elucidation of leprosy transmission chain and provide tools for management of this disease control strategies.

Keywords: Incidence. Leprosy. Profile. Epidemiological.

*Artigo Científico apresentado ao curso de Pós-Graduação em Estratégia Saúde da Família da Universidade Ceuma, para obtenção de título de Especialista. Orientador (a): Esp. Denise Carneiro Machado Cortez

*Enfermeira. Aluna do curso de de Pós-Graduação em Estratégia Saúde da Família da Universidade Ceuma.
Email: suzanaenfermeira@hotmail.com
** Orientadora. Professora da Universidade Ceuma. Email: denisecortez812@gmail.com

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença milenar conhecida por lepra desde os tempos bíblicos que traz consigo a marca do preconceito, discriminação e exclusão, em decorrência das deformidades físicas relacionados ao doente não tratado. A falta de informações sobre o seu modo de transmissão e controle ou cura e o medo da exclusão social contribuíram, certamente, para que a hanseníase se tornasse uma doença temida (ANGELUCCI et al.,2007).

É uma doença crônica de caráter transmissível e insidioso e que tem cura. Esta doença acomete fundamentalmente a pele e os nervos periféricos, que pode repercutir em perda da sensibilidade protetora do epitélio, do tônus e da força muscular, muitas vezes irreversível, levando o indivíduo à incapacidade física (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNE, 2009).

A hanseníase é uma enfermidade de importância nacional, colocando o Brasil em segundo lugar no mundo pelos elevados coeficientes de incidência e prevalência, comprometendo homens e mulheres, acarretando sérios prejuízos de ordem biopsicosocial e econômico (LANA et al., 2008).

O bacilo de Hansen é um parasita intracelular obrigatório, o que o torna dependente da sua capacidade de infectar células do organismo hospedeiro. São observados em grandes quantidades nas células do sistema imune, predominantemente nos macrófagos e nas células de Schwann, no sistema nervoso periférico (GARBINO, 2006).

O bacilo se reproduz muito lentamente. Seu tempo médio de multiplicação é de 12 a 14 dias, muito longo se comparado ao do bacilo da tuberculose, que é de 20 horas. Esta lentidão biológica do bacilo explica a cronicidade de sua evolução e longo período de incubação, o qual ocorre em média de 2 a 5 anos (MARTINS; CASTRO; MOREIRA, 2005). A cada ano são diagnosticados cerca de 47.000 casos novos da doença no Brasil, e a taxa de prevalência atual gira em torno de 4/100.000 habitantes. A meta, de 1/100.000, que deveria ter sido atingida em 2000, foi adiada para dezembro de 2005 e também não foi cumprida, de acordo com o compromisso com a OMS. Uma previsão menos otimista aponta que tal resultado só será alcançado em 2014 (JUNQUEIRA; CAIXETA, 2008).

No Brasil, observam-se diferenças na prevalência entre regiões, estados, microrregiões, municípios, concentrando-se nos locais de maior pobreza. Sabe-se que as condições socioeconômicas e culturais têm grande influência na distribuição e propagação da endemia hansênica (BRASIL, 2010).

O controle da hanseníase está baseado na captação precoce de casos, tratamento e cura, prevenção, reabilitação das incapacidades e vigilância dos contatos, visando à eliminar fontes de infecção e tratar as sequelas. Representa um grave problema de saúde pública, apesar de todo o empenho em sua eliminação; é uma doença com agravantes inerentes às doenças de origem socioeconômica e cultural, é também marcada pela repercussão psicológica gerada pelas deformidades e incapacidades físicas decorrentes do adoecimento, causa de estigma-se isolamento social (FINEZ; SALLOTI, 2011).

Entretanto, os registros dos doentes com hanseníase indicam que o diagnóstico da doença está sendo realizado tardiamente e/ou que o tratamento a que o doente se submeteu foi inadequado (BRASIL, 2009, p.30).O Brasil registrou entre 30 mil e 33 mil casos de hanseníase em 2013, segundo estimativa do Ministério da Saúde.

Em 2012, houve 33.303 casos; em 2011, 30.298; e, em 2010, 34.894. Mato Grosso, Tocantins e Maranhão foram os três estados com maior incidência da doença no país. O Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo tiveram os menores índices. A média nacional é de 1,5 casos para cada 10 mil habitantes; a meta é reduzir esse número a um caso para cada 10 mil habitantes (BRASIL, 2014).

Entre os 217 municípios maranhenses, 30 (14%) não notificaram casos novos em 2010, 98 são considerados hiperendêmicos, dos quais 26 com menos de 10 casos novos. A capital São Luís apresentou 60,1 casos/100 mil habitantes em 2010, padrão de hiper endemicidade. No entanto, observa-se queda significante no coeficiente geral de detecção (CGD) de 5,5 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos 6 anos (BRASIL, 2011).

Ainda segundo os inquéritos SVS/MS, o CGD em 2010 foi de 60,5 casos/100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 19,2 casos/100 mil habitantes, padrão de elevada magnitude. Este padrão é alto, tanto a nível intraregional, quanto nacional. As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos que em 2010 foi de 42,9% (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que o estado do Maranhão possui 31 municípios considerados como áreas endêmicas, sendo elas: Açailândia, Alto Alegre do Pindaré, Arame, Bacabal, Balsas, Barra do Corda, Bom Jardim, Buriticupu, Caxias, Codó, Davinópolis, Governador Nunes Freire, Grajaú, Imperatriz, Itapecuru Mirim, Itinga do Maranhão, Lago da Pedra, Miranda do Norte, Paço do Lumiar, Pedreiras, Pindaré Mirim, Pinheiro, Presidente Dutra, Santa Inês, Santa Luzia, São José Ribamar, São Luís, São Mateus do Maranhão, Timon, Vitória do Mearim e Zé Doca (MARANHÃO, 2010).

Diante do exposto, justifica a realização deste estudo, pois a vigilância epidemiológica da hanseníase é baseada na análise dos dados coletados nos serviços de saúde por meio de indicadores epidemiológicos e operacionais que visam à reorientação das ações a serem tomadas em nível local. No entanto, na maioria dos municípios brasileiros, os dados são encaminhados para os níveis hierarquicamente superiores (estadual e federal) sem haver retro alimentação efetiva. Assim, os municípios não desenvolvem de forma satisfatória, meios para analisá-los e tomar as providências cabíveis.

Nesse contexto, este estudo objetivou avaliar a incidência de pacientes com hanseníase, atendidas em um centro de saúde no município de Buriti – MA, no período de 2007 a 2013.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de campo, documental, exploratória de abordagem quantitativa, realizada em um centro de saúde no município de Buriti – MA, no mês de novembro de 2014.

A população foi constituída por todos os prontuários dos pacientes com idade maior ou igual a 18 anos e residentes no município de Buriti e apresentando qualquer forma clinica da doença. Sendo que o critério de inclusão foram todas as fichas do SINAN das pacientes atendidas no centro de saúde no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2013 e o critério de exclusão foram as fichas do SINAN que não estiverem com as informações completas. Portanto, a amostra foi constituída de 45 pacientes com hanseníase, residentes de Buriti – MA e que se trataram da patologia no local estudado.

Utilizou-se para a coleta de dados, instrumento próprio com variáveis clínico-epidemiológicas, com os seguintes itens: sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, forma clínica, grau de incapacidade, classificação operacional, modo de entrada, modo de detecção e baciloscopia e tratamento. Após a separação das fichas de notificação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) que foram utilizadas no estudo, se transcreveu-se os dados para o instrumento de coleta de dados. Os dados foram tabulados no programa Excel (versão 2010) onde foi também analisado estaticamente os dados, considerando os valores absolutos e percentuais. Esta pesquisa foi regida a partir da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, onde se encontram as diretrizes e normas envolvendo seres humanos. Por ser uma pesquisa realizada através de prontuários de pacientes com hanseníase, não possui o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por isso foi pedido dispensa do mesmo. Sendo que os pacientes usados na pesquisa, não tiveram seus nomes divulgados, evitando assim, qualquer forma de discriminação ou constrangimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registrados 45 casos de hanseníase no período entre 2007 e 2013 no município de Buriti - MA, com uma média de 5 casos novos por ano, com média anual de taxa de incidência de 5 casos/10.000 habitantes. Sendo que em 2009, ano com o maior número de notificações, registrou-se 10 casos com coeficiente de incidência de 1 casos/10.000 habitantes.

Tabela 1 – Distribuição de pacientes com hanseníases, segundo perfil sóciodemográfico. Buriti – MA, 2015.

VARIAVÉIS	N	%
Sexo		
Masculino	22	48,9
Feminino	23	51,1
TOTAL	45	100
Idade		
18 – 20	05	11,2
21 – 30	10	22,2
31 – 40	09	20,0
41 – 50	07	15,5
Mais de 50 anos	14	31,1
TOTAL	45	100
Situação conjugal		
Solteiro	20	44,4
Casado	13	28,9
Viúvo	08	17,8
Divorciado	04	8,9
TOTAL	45	100
Escolaridade		
Analfabeto	13	28,9
Ensino Fundamental	18	40,0
Ensino Médio	14	31,1
TOTAL	45	100

Na tabela 1, conforme o perfil dos pesquisados, verificou-se que 51,1% são do sexo feminino, 22,2% estão com idade entre 21 a 30 anos, 44,4% são solteiros e 40% possui somente o ensino fundamental.

Com relação ao sexo, alguns estudos mostram que a hanseníase afeta mais homens que mulheres (HINRICHSEN et al., 2005); no entanto, existem resultados controversos como em Governador Valadares, MG, em que 55,3% dos acometidos foram mulheres (LANA et al., 2005),bem como no estudo de Sousa et al. (2013) realizado no Ceará. Outro possível fator que tem levado a um aumento na proporção de mulheres infectadas é a maior frequência das mulheres nas Unidades Básicas de Saúde, provavelmente, por causa da existência de programas específicos de saúde da mulher e/ou da criança (aos quais teriam acesso em virtude de seus filhos); ou, ainda, a inadequação diagnóstica, devendo ser foco de estudos posteriores para sua elucidação (CAMPOS et al., 2005).

Os achados relativos à faixa etária estão também corroborando com estudos previamente realizados no estado do Maranhão que revelaram prevalência da doença em idades mais precoces, de 15 a 44 anos e abaixo de 15 anos (FIGUEIREDO; SILVA, 2005; FERREIRA; ALVAREZ, 2005), demonstrando que a transmissão vem ocorrendo em idade mais jovem, seja pela existência de um grupo de pacientes desconhecidos pelos serviços de saúde ou ainda pela falta de controle dos comunicantes dos pacientes já inscritos.

O resultado desta variável reafirma o estudo de Joffe, et. al. (2006), realizado no Rio de Janeiro, onde 50,4% dos pacientes com Hanseníase possuíam 1º grau incompleto. Alguns autores relatam ainda que a educação proporcione ao indivíduo maior compreensão do processo saúde-doença, levando a busca do serviço de saúde mais precocemente (DESSUTI et al., 2008). Outros resultados sobre o nível de escolaridade de portadores de hanseníase foram encontrados no estudo realizado na cidade de Jaguaré-ES, onde a maioria dos pacientes apresentava o nível fundamental ou eram analfabetos (SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008).

Quanto ao estado civil, os dados foram semelhante o estudo de Leite et al. (2011) que realizaram um estudo transversal, onde descreveram o perfil epidemiológico dos 294 contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase no município de Buriticupu – MA, observou-se predomínio de solteiros (68,7%). Entretanto, no estudo de Dias, Dias e Pedrosa (2008) a maioria dos portadores de hanseníase são predominante entre casados ou amasiados (64%). A moléstia, geralmente, permanecia em certas famílias.

Os contatos intradomiciliares entre doentes paucibacilares elevavam duas vezes a propensão em se contrair a doença, quando comparados com aqueles que não possuíam contato no lar. Já o contato com pacientes multibaciliares apresentava risco quatro vezes maior, o que acabou caracterizando a hanseníase como uma doença familiar.

Tabela 2– Distribuição de pacientes com hanseníases, segundo dados clínicos. Buriti – MA, 2015.

VARIAVÉIS	N	%
Forma clínica		
Indeterminada	11	24,4
Tuberculoide	19	42,2
Dimorfa	10	22,2
Virchowiana	05	11,2
TOTAL	45	100
Grau de incapacidade		
0	25	55,6
Grau I	10	22,2
Grau II	10	22,2
TOTAL	45	100
Classificação Operacional		
Paucibacilar	16	35,6
Multibacilar	29	64,4
TOTAL	45	100
Modo de entrada		
Caso novo	36	80,0
Transferência	09	20,0
TOTAL	45	100

Na tabela 2, observa-se que 42,2% possui a forma dimorfa, 55,6% não apresentaram incapacidade, 64,4% são multibacilares e 80% são casos novos.

Resultados semelhantes foram descritos por Gomes et al. (2005) na qual os pacientes apresentavam, de acordo com a classificação de Madri, 58% da forma dimorfa. Esse fato pode indicar que há um atraso no diagnostico e permite inferir que a rede básica não vem detectando os casos nas formas iniciais da doença.

O predomínio da forma dimorfa, entre as pesquisadas, é mais um indicativo de que o diagnóstico tem ocorrido tardiamente, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, já que essas são consideradas as principais fontes de infecção da d1hanseníase (BERNARDES et al., 2009).

Quando ao grau de incapacidade, os são similares com de Lima et al. (2010) em São Luís – MA, o percentual encontrado em sua pesquisa, de pacientes sem incapacidade (50,3%).Essa realidade denota uma melhora da assistência à saúde, com diagnósticos mais precoces, busca ativa de casos, melhor oferta de atendimento, podendo, porém, ser resultado de subnotificação.

Outro achado que reforça a hipótese de diagnóstico tardio foi a alta prevalência da classificação operacional multibacilar. Pacientes multibacilares são considerados a principal fonte de infecção e são, também, os mais susceptíveis ao adoecimento (ARAÚJO, 2005). Dessa forma, o estudo demonstra que os casos com maior potencial de transmissibilidade estão sendo detectados pela Unidade Básica de Saúde, mas também mostra que o diagnóstico desses pacientes está sendo feito tardiamente. Em concordância com os resultados desse estudo, outros inquéritos epidemiológicos realizados em outros estados como em Sobral – CE (MONTEIRO, 2006) e Hinrichsen et al. (2005) em Recife – PE revelam diagnóstico das formas polarizadas da doença, portanto com diagnóstico tardio assim como o encontrado em nosso estudo com predomínio (65%) dos casos multibacilares.

Nossos achados corroboram os resultados de Oliveira e Macedo (2012) quanto ao modo de entrada dos pacientes inscritos no Programa de Controle de Hanseníase, houve predominância de casos novos (93,10%). Não há uma forma de prevenção específica, mas existem medidas que podem evitar novos casos, como o diagnóstico e tratamento precoce. A identificação da Hanseníase e o tratamento adequado têm grande importância na prevenção das incapacidades físicas. A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente o quadro da Hanseníase, que atualmente tem tratamento e cura (BRASIL, 2011).

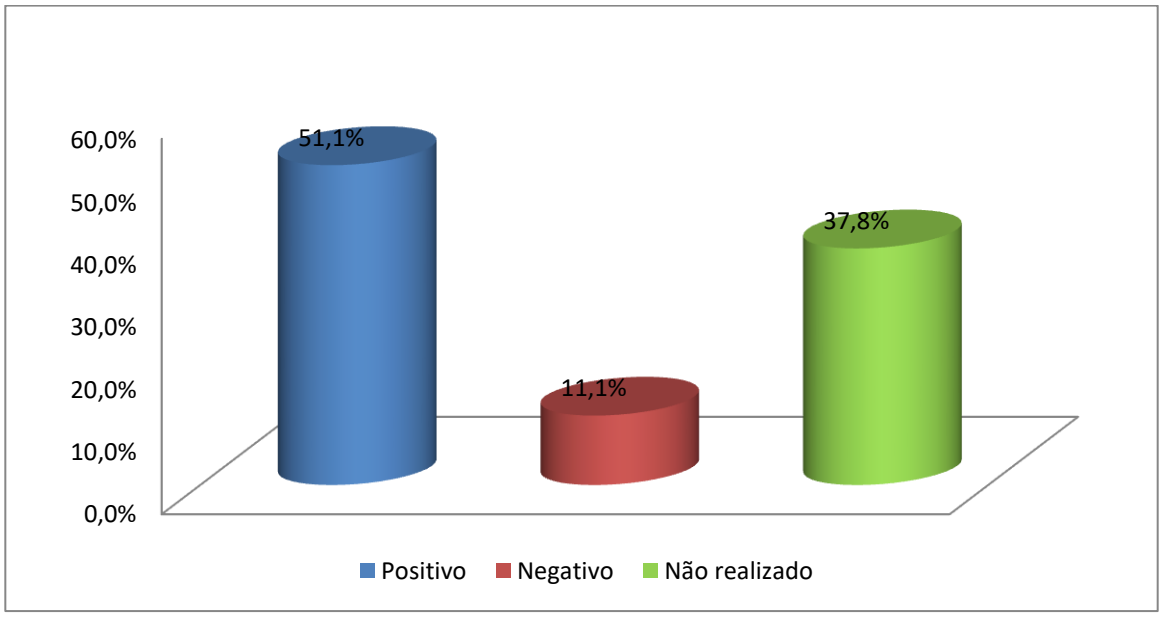


Gráfico 1 - Distribuição de pacientes com hanseníases, segundo a baciloscopia. Buriti – MA, 2015.

No gráfico 1, observa-se que 51,1% dos pacientes tiveram resultado positivo na baciloscopia. A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase (SOBRINHO; MATHIAS, 2008).

Tabela 3– Distribuição de pacientes com hanseníases, segundo o tratamento. Buriti – MA, 2015.

VARIAVÉIS	N	%
Tempo de tratamento		
Menos de 1ano	19	42,2
1 ano	15	33,3
Mais de 1 ano	11	24,5
TOTAL	45	100
Tipo de tratamento		
PQT/PB/ 6 doses	33	73,3
PQT/PB/ 12 doses	12	26,7
TOTAL	45	100

De forma similar, Oliveira e Macedo (2012) traçaram o perfil epidemiológico dos portadores de Hanseníase no município de Iretama - Paraná. Para tanto, utilizaram dados do SINAN no período janeiro de 2005 a dezembro de 2009. Seus resultados apontaram teste de baciloscopia teve uma boa cobertura, sendo realizado em 93,07% dos pacientes, onde em 68,97% dos casos o resultado foi positivo.

Na tabela 3, verificou-se que 42,2% estão com menos de 1 ano de tratamento e 73,3% usam o PQT/PB/ 6 doses como tratamento. Existem várias questões importantes no tratamento da Hanseníase que requerem pesquisas e evidências adicionais para orientar a formação de políticas públicas. Por exemplo, uma porcentagem limitada de pacientes tem uma carga bacilar elevada; é provável que eles sejam responsáveis pela manutenção da transmissão na comunidade. Dados da Índia e Mali sugerem que as taxas de recidiva são mais altas dentre esse grupo mesmo que recebam 24 doses de poliquimioterapia. Deve ser uma prioridade de a saúde pública descobrir a forma mais eficaz de identificar esses pacientes e fornecer o tratamento apropriado, além disso, é vital avaliar as taxas de recidiva 5 anos após o tratamento para detectar recidivas tardias (BRASIL, 2011).

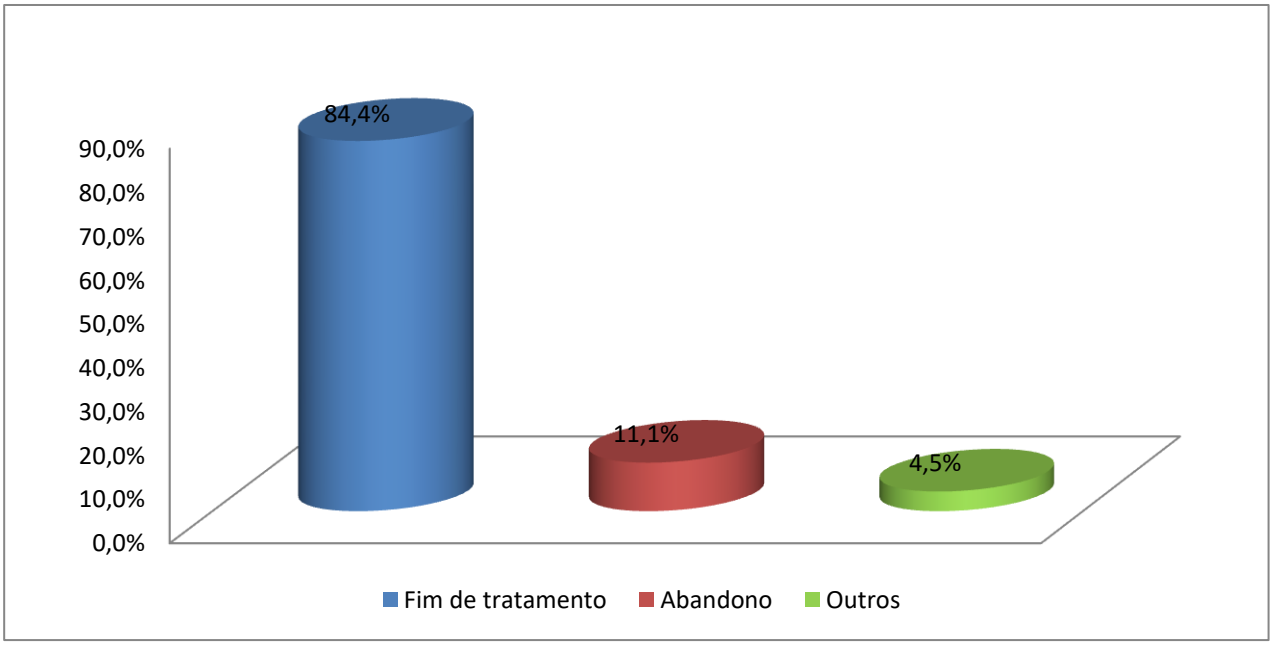


Gráfico 2 - Distribuição de pacientes com hanseníases, segundo o motivo da saída. Buriti – MA, 2015.

No gráfico 2, observa-se que a maioria dos pacientes (84,4%) terminaram o tratamento. Apesar da importante redução no coeficiente de prevalência de hanseníase no Maranhão, que atualmente é de 5,7 casos/10 mil habitantes, o estado demanda intensificação das ações para eliminação da doença, justificadas por um padrão de alta endemicidade segundo os parâmetros de prevalência.

Por meio da distribuição espacial verifica-se municípios mais endêmicos localizados no centro do estado. Entre os 217 municípios maranhenses, 30 (14%) não notificaram casos novos em 2010, 98 são considerados hiperendêmicos,dos quais 26 com menos de 10 casos novos. A capital São Luís apresentou 60,1 casos/100 mil habitantes em 2010, padrão de hiperendemicidade (BRASIL, 2011).

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados nesse estudo, pode-se concluir que 51,1% são do sexo feminino, 22,2% estão com idade entre 21 a 30 anos, 44,4% são solteiros e 40% possui somente o ensino fundamental; 42,2% possui a forma dimorfa, 55,6% não apresentaram incapacidade, 64,4% são multibacilares e 80% são casos novos; 51,1% tiveram resultado positivo na baciloscopia.

Verificou-se que 42,2% estão com menos de 1 ano de tratamento e 73,3% usam o PQT/PB/ 6 doses como tratamento e a maioria dos pacientes (84,4%) terminaram o tratamento. Nesse contexto, estudos realizados em populações distintas, especialmente na atenção básica são de grande importância para a elucidação da cadeia de transmissão da hanseníase e constituem ferramentas para manejo de estratégias de controle desse agravo.

REFERÊNCIAS

ANGELUCCI, Rodrigo; SAMPAIO, Paulo; PROTO, Rodrigo; SATO, Lúcia; REHDER, José Ricardo. Análise das principais manifestações oculares de pacientes hansenianos nas regiões Norte e Sudeste do Brasil. Revista brasileira de oftalmologia, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 236-241, Ago. 2007.

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil: Rev. Soc. Bras. Med. Trop. v. 36, n.3, p373-383, 2005.

BERNARDES, C.A.; SANTOS, A.F.; PADOVANI, C.T.J.; HANS FILHO, G.Incapacidade física em hansenianos de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. Hansen Int.; n.34, v.1, p: 17-25, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Alagoas. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, Sandra Solange Leite et al. Epidemiologia da hanseníase no Município de Sobral, Estado do Ceará-Brasil, no Período de 1997 a 2003.Hansenol Int, v. 30, p. 167-73, 2005.

DESSUNTI, E.M.; SOUBHIA, Z.; ARANDA, C.M.; BARRO, M.P.A.A. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina - PR em um período de dez anos. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, p. 689- 693, 2008.

DIAS, Ramon José de Oliveira; DIAS, Verônica Lívia; PEDROSO, Enio Roberto Pietra. Estigma e Mal de Hansen: avaliação de 237 pacientes asilados e hospitalizados na Casa de Saúde São Francisco de Assis, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Bambuí, Brasil, de 1943 até 1998. Revista Médica de Minas Gerais; v. 18, n. 2, p. 77-81, 2008.

FERREIRA, I. N.; ALVAREZ, R. R. A. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). RevBrasEpidemiol. v.8, n.1,p.41-9, 2005.

FIGUEIREDO, I. A.; DA SILVA,A. A. Increase in leprosydetection rates in São Luís, Maranhão, Brazil, from 1993 to 1998: istheendemicexpanding? CadSaude Publica.v.19, n.2, p.439-45, 2003.

FINEZ, M. A.; SALOTTI, S. R. A. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. Journalof the Health SciencesInstitute, v. 3, n 29, 2011, p. 171-5, 2011.

GARBINO, J. A. Ensaio clínico e neurofisiológico sobre a resposta do nervo ulnar, na hanseníase em reação tipo 1 e 2, sob diferentes regimes de esterdides via oral. Dissertação (doutorado em ciências) – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006.

GONÇALVES, S. D; SAMPAIO, R. F; ANTUNES, C. M. F. Fatores preditivos de incapacidade em pacientes com hanseníase. Revista Saúde Pública, Minas Gerais, v. 43, n. 2, p. 267-274, Set. 2009.

GOMES, C.C.D.; GONÇALVES, H.S.; PONTES, M.A.A.; PENNA, G.O. Perfil clinic-epidemiológicodos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 80(supl3), p. 283-288, 2005.

HINRICHSEN, S. L.; PINHEIRO, M. R. S.; JUCA, M. B.; ROLIM, H.; DANDA, G. J. N.; DANDA, D. M. R. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002**. Anais BrasDermatol.** v.79, p.413-421, 2004.

JOFFE, R,A.; OLIVEIRA, M,L,W.; RUEDA, F.C.L.; DUARTE, M.C.; AMERICANO, H.K.;PICHONE, A.S. Diagnóstico precoce da hanseníase: identificação de lesão cutânea inicial pela População de região metropolitana do Rio de Janeiro. **Hansen International**, v. 28, n. 1, p. 65-70, 2006.

JUNQUEIRA, A. V; CAIXETA, L. F. Hanseníase: revisão para o neurologista. **Revista Brasileira de Neurologia.** v. 44, n. 3, p. 27-30, Set. 2008

LANA, Francisco Carlos Félix; AMARAL, Evaldo Pinheiro; LANZA, Fernanda Moura ;SALDANHA, Andrigo Neves e Silva Lopes de. Desenvolvimento de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase no vale do Jequitinhonha, MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v. 16, n. 6, Set. 2008.

JUNQUEIRA, A. V; CAIXETA, L. F. Hanseníase: revisão para o neurologista. **Revista Brasileira de Neurologia.** v. 44, n. 3, p. 27-30, Set. 2008.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Setor de epidemiologia, **Programa de Eliminação da Hanseníase.** 2010.

LANA, F. C. F.; LANZA, F. M.; VELÁSQUEZ-MELENDEZ, G; BRANCO, A. C,;TEIXEIRA, S; MALAQUIAS, L. C. C. Distribuição da hanseníase segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. **Hansenol Int.** v.28, p. 131-137, 2005.

LEITE, Kamila Karla de Castro et al. Perfil epidemiológico dos contatos de casos de hanseníase em área hiperendêmica na Amazônia do Maranhão. **Cad . Saúde Colet**., Ri o de Janeiro, 17 (1): 235 - 249, 2009.

LIMA, H. M. N.; SAUAIA, N.; COSTA, V. R. L. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA. **RevBrasClin Med.** v.8, n.4,p.323-7, 2010.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Setor de epidemiologia, **Programa de Eliminação da Hanseníase.** 2010.

MARTINS, A. C. C; CASTRO, J. C; MOREIRA, J. S. Estudo retrospectivo de 10 anos em endoscopia das cavidades nasais de pacientes com hanseníase. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia,** v. 71, n. 5, p. 609-616, Out. 2005.

MONTEIRO, Y. N. Hanseníase: história e poder no Estado de São Paulo. **HansenologiaInternationalis**, São Paulo, v. 12, n.1, p.1-7, 2008.

OLIVEIRA, F. L.;MACEDO, L. C.. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em município do cengtro –oeste do Paraná.SaBios: **Rev. Saúde e Biol**., v.7, n.1, p.45-51, 2012.

SANTOS, A.S.; CASTRO, D.S.; FALQUETO, A.Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **RevBrasEnferm**, Brasília; 61(esp): 738-43, 2008.

SOUZA, V. B.; SILVA, M.R.F.; SILVA, L. M.S.; TORRES, R. A. M.;GOMES, K.W.L; FERNANDES, M. C.Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase. **RevBrasPromoçSaúde.**v.26, n.1, p.110-116, 2013.

SOBRINHO, R.A.S.; MATHIAS, T.A.F. Perspectivas de eliminação da hanseníase
como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública,**Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 303-314, fev. 2008.

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO A SAÚDE: conhecimento dos adolescentes de um colégio público em relação ao HPV e ao câncer de colo uterino*

EDUCATION AND HEALTH PROMOTION: knowledge of adolescents from a public school in relation to HPV and cervical cancer

Francimar Núria da Silva Santos*
Denise Carneiro Machado Cortez**

Universidade CEUMA, Pró-Reitoria de Graduação da Área de Saúde, Coordenação do Curso de Enfermagem

RESUMO

O HPV é um fator etiológico bem estabelecido para o câncer de colo de útero. O presente estudo teve por objetivo identificar o conhecimento de adolescentes de um colégio público em relação ao HPV e ao Câncer de colo uterino. Tratou-se de um estudo descritivo, prospectivo, de campo exploratório de caráter quantitativo, realizado em um Centro de Ensino da rede Estadual em São Luís-MA. A amostra aleatória foi constituída por 83 meninas regularmente matriculadas no 1° ano do ensino médio do turno matutino, na faixa etária de 14 a 18 anos. Para coleta de dados foi aplicado um questionário contendo perguntas fechadas no período de fevereiro e março de 2016. Os resultados socioeconômicos das adolescentes estudadas, onde 84,3% estavam entre 14 a 16 anos de idade, 90,4% eram solteiras, 25,3% afirmaram até 1 salário mínimo como renda familiar, 82% nunca tiveram relação sexual. O uso do preservativo na iniciação sexual foi relatado apenas por 6,0% delas, QUANTO ao conhecimento, 80,0% das adolescentes afirmaram que HPV é um vírus, enquanto que 11% não sabiam ou não lembravam. No que tange a forma como ocorre à transmissão do HPV, 81% das adolescentes estudadas asseguraram que a transmissão ocorre por relação sexual, Mais de 90% das pessoas conseguem eliminar o vírus do HPV do organismo naturalmente, sem ter manifestações clínicas. Assim, conclui-se que São necessários investimentos no desenvolvimento de práticas de promoção à saúde para modificar este quadro. Nesse sentido, é preciso que seja revista a educação sexual nas instituições de ensino para que essas ofereçam suporte educacional em saúde para estas jovens.

Palavras- chave: Adolescentes. HPV. Câncer de colo uterino.

ABSTRACT

HPV is an etiological factor well established for cancer of the cervix. This study aimed to identify the knowledge of adolescents from a public school in relation to HPV and cervical cancer. This was a descriptive prospective study of quantitative character and exploratory field, conducted in a State Network Education Center in São Luís-MA. The random sample consisted of 83 girls regularly enrolled in the 1st year of high school in the morning shift, aged 14 to 18 years. For data collection was a questionnaire containing questions closed between February and March 2016. The results of socioeconomic adolescents studied, where 84.3% were between 14 to 16 years old, 90.4% were single, 25, 3% said up to 1 minimum wage as family income, 82% have never had sexual intercourse. Condom use at first sexual intercourse was reported by only 6.0% of them, AS knowledge, 80.0% of teenagers said that HPV is a virus, while 11% did not know or did not remember. Regarding how is the transmission of HPV, 81% of the adolescents studied ensured that transmission occurs through sexual intercourse, more than 90% of people can eliminate the HPV virus from the body naturally, without clinical manifestations. Thus, it is concluded that Investments are needed in the development of health promotion practices to change this picture. In this sense, it needs to be revised sex education in educational institutions so that these provide educational support in health for these young people.

Keywords: Adolescents. HPV. Câncer cervical.

*Artigo Científico apresentado à disciplina Fundamentos da Pesquisa, do Curso de Enfermagem da Universidade Ceuma, como parte dos requisitos para o grau de bacharel em Enfermagem. Orientadora: Profª. Esp. Denise Carneiro Machado Cortez.

*Aluna do curso de Graduação da Universidade Ceuma. Email: nuritcha@hotmail.com.
**Orientadora. Enfermeira, Professora da Universidade Ceuma. Email: denisecortez812@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O Papilomavírus humano (HPV) é responsável pela doença sexualmente transmitida mais comum no mundo, infectando epitélios, tanto pele quanto mucosas, da vulva, vagina, colo do útero, ânus e boca, causando lesões benignas e/ou malignas. Calcula-se que entre 10 e 50% das pessoas sexualmente ativas estejam infetadas com pelo menos um tipo de HPV (INCT-HPV, 2011).

O HPV é um fator etiológico bem estabelecido para o câncer de colo de útero. Alguns são considerados de alto risco, responsáveis pela progressão das lesões precursoras até o câncer. Existem mais de 100 tipos de HPV e cerca de 40 tipos atingem a região genital e anal, dos quais aproximadamente, 18 são oncogênicos: HPV 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 63, 66, 68, e 82. Os demais tipos genitais, HPV 6, 11, 42, 43, e 44 são considerados de baixo risco ou sem qualquer risco para o desenvolvimento do câncer (ROSA et al.,2009).

Aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos tipos 16, 18 ou ambos, a incidência anual de câncer de colo do útero é de aproximadamente 500 mil casos (BRASIL, 2013a).O Brasil, por ser um país com dimensões continentais e altos índices de desigualdade socioeconômica regional, possui grande incidência de câncer de colo uterino nas regiões norte e nordeste (MELLO, et al., 2010).As estimativas para o ano de 2014 de incidência do número de novos casos de câncer do colo de útero por 100mil habitantes foram de 5.370 novos casos para o Nordeste,880 no Maranhão e 200 casos para a capital São Luis (INCA, 2014).

Na maioria das vezes, o vírus do HPV é eliminado espontaneamente pelo organismo, mas em alguns casos ele pode provocar a formação de verrugas na pele e nas regiões oral, anal, genital e da uretra, além de lesões de alto risco nos órgãos genitais que podem evoluir lentamente para o câncer de colo de útero e/ou de pênis (VARELLA, 2014). As lesões clínicas podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas, de tamanho variável, planas ou exofíticas, sendo também conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo (BRASIL, 2013b).

A transmissão do HPV se faz por contato direto com a pele ou mucosa infectada. A maioria das vezes é transmitido através da relação sexual, mas em 5% das vezes poderá ser através das mãos contaminadas pelo vírus, objetos, toalhas e roupas, desde que haja secreção com vírus vivo em contato com pele ou mucosa não íntegra. A transmissão da infecção pelo HPV independe do sexo, sendo facilmente transmitidas do homem para a mulher e vice-versa e até mesmo nas relações homossexuais. Entretanto, devido às características genitais diferentes, as manifestações e complicações desta infecção são mais frequentes nas mulheres (SANTA CATARINA, 2013).

A infecção pelo HPV é um dos riscos acentuados para ocorrência do câncer do colo do útero, além da exposição fatores de risco como tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce, uso prolongado de contraceptivo oral, entre outros. A vulnerabilidade social torna-se um problema que possibilita o surgimento e o desenvolvimento da doença, pois os serviços de orientação disponíveis são deficientes, possibilitando a criação de barreiras, o que dificulta o acesso das adolescentes às medidas preventivas. A detecção pode ocorrer por meio de exame citopatológico conhecido como Papanicolau, que permite a identificação da doença em seu estagio inicial, além de lesões precursoras do câncer (GUIMARÃES et al., 2012).

As adolescentes nem sempre usam métodos contraceptivos que as proteja contra a gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis na sua primeira relação sexual. Estudos revelam que o contagio pelo HPV ocorre no inicio da vida sexual, na adolescência ou por volta dos 20 anos (CIRINO; NICHIATA; BORGES, 2010). O inicio precoce da vida atividade sexual pode promover maior risco de surgimento do câncer do colo do útero na presença do HPV. Um estudo mostrou que, se houver maior incidência desse vírus nesta fase da vida, existe um risco futuro de câncer, embora o câncer invasor de colo uterino seja raro na adolescência (BARROSO; GOMES; ANDRADE, 2011).

Duas vacinas a quadrivalente, aprovada em 2006 e a bivalente, aprovada em 2008 estavam ate 2013, disponíveis apenas no setor privado de saúde no Brasil.(FREGNANI et al.,2013). Desde março de 2014, o SUS oferece a vacina quadrivalente, que confere proteção contra quatro subtipos do vírus HPV (6, 11, 16 e 18), com 98% de eficácia em quem segue corretamente o esquema vacinal (BRASIL, 2015a).

A vacina contra HPV tem eficácia comprovada para proteger mulheres que ainda não iniciaram a vida sexual e, por isso, não tiveram nenhum contato com o vírus. Hoje, é utilizada como estratégia de saúde pública em mais de 50 países, por meio de programas nacionais de imunização (BRASIL, 2015b).

Tomar a vacina na adolescência é o primeiro de uma série de cuidados que a mulher deve adotar para a prevenção do HPV e do câncer do colo do útero. No entanto, a imunização não substitui a realização do exame preventivo e nem o uso do preservativo nas relações sexuais. O Ministério da Saúde orienta que mulheres na faixa etária dos 25 aos 64 anos façam o exame preventivo, o Papanicolau anualmente. Meninas de 9 a 11 anos podem tomar a vacina contra o Papiloma Vírus Humano (HPV), essa pode ser a primeira geração praticamente livre do risco de morrerdo câncer do colo do útero (BRASIL. 2015a).

O conhecimento das adolescentes sexualmente ativas relacionado ao HPV é limitado, tendo em vistas que grande parte destas, não reconhece seu poder oncogênico no desenvolvimento do câncer do colo

uterino. Torna-se de grande relevância entre este público de adolescentes o suporte educacional das instituições de ensino, buscando estratégias educacionais nas escolas que incentivem adolescentes a realizarem o exame preventivo após a primeira relação sexual, além de orientações a respeito de métodos contraceptivos (ARRUDA et. al., 2013.).

O interesse pelo tema surgiu com a observação da necessidade de orientação das adolescentes que cada vez mais precocemente iniciam a vida sexual, e que, por falta de informações adequadas acabam se expondo a situações de risco ao cometerem relações sexuais na maioria das vezes desprotegidas. Diante desta problemática se faz necessário avaliar o conhecimento destes adolescentes acerca do HPV e Câncer do colo uterino. Por meio deste estudo haverá uma conscientização das adolescentes pra prevenção contra o HPV e aos riscos que se expõem ao terem relações precocemente e desprotegidas.

O estudo objetiva investigar o conhecimento de adolescentes de um colégio público em relação ao HPV e Câncer do colo uterino; Levantar o conhecimento das adolescentes em relação a temática; Verificar a utilização de preservativos nas relações sexuais; Identificar a frequência da realização do exame preventivo.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, prospectivo, de campo exploratório de caráter quantitativo.

A pesquisa foi realizada em uma Centro de Ensino da rede estadual em São Luís-MA, estabelecimento de ensino público localizado na AV.04 S/N III Conjunto COHAB em São Luis- MA. A instituição disponibiliza somente o ensino médio e EJA (Educação de jovens e adultos) com o total de 2.094 alunos regularmente matriculados divididos em três turnos, com 840 alunos divididos em 18 turmas no turno matutino, 470 alunos divididos em 15 turmas no turno vespertino, e no turno noturno 784 alunos divididos em 20 turmas de ensino médio e EJA. A escola dispõe de biblioteca, sala de vídeo, sala de informática, quadra poliesportiva e cantina.

A amostra foi constituída por 83 meninas regularmente matriculadas no 1° ano do ensino médio no turno matutino na faixa etária de 14 a 18 anos. Foram incluídas nos estudos, alunas pertencentes ao 1° ano do ensino médio do turno matutino na faixa etária de 14 a 18 anos. Foram excluídas dos estudos todas as alunas que não aceitaram participar da pesquisa, as que os pais ou responsáveis não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as que não compareceram no período da pesquisa.

Como instrumento de coleta de dados foi aplicado um questionário elaborado pela autora da pesquisa contendo perguntas objetivas de múltipla escolha. A coleta de dados foi procedida das seguintes etapas: a) Seleção da amostra e convite para participação da pesquisa; b) Explicação dos objetivos e considerações éticas que envolvem a pesquisa, que será desenvolvida no período de fevereiro e março de 2016. O questionário foi aplicado individualmente às alunas na sala de vídeo da instituição de ensino. Os dados obtidos foram agrupados de acordo com sua especificidade, em função de sua preferência absoluta e dos índices percentuais analisados, reunidos e apresentados na forma de gráficos e tabelas no programa *Microsoft Excel* versão 0.7

O estudo obedeceu aos aspectos éticos e legais e pesquisa em seres humanos de acordo com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 466/12, que trata das diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. O processo de abordagem aos entrevistados foi feito mediante a identificação do pesquisador, com todas as informações sobre a temática e o objetivo do estudo. Após os esclarecimentos, os sujeitos da pesquisa e os pais ou responsáveis, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (TCLE)

Produção de informações de como se encontra o nível de conhecimento de adolescentes em relação ao HPV e ao câncer de colo uterino, e ressaltar a importância da escola na educação sexual e promoção e educação em saúde destes adolescentes.

O presente estudo ofereceu risco mínimo, uma vez que, foi utilizado um questionário com perguntas fechadas mediante técnicas e métodos prospectivos de pesquisa, entretanto a pesquisa não apresentou nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas dos indivíduos que participaram do estudo. Pretendeu-se através desta pesquisa analisar o nível de conhecimento das adolescentes a cerca do HPV e câncer de colo uterino**.**

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa foi feita a opção de delinear resultados e discussões em um mesmo capítulo, proporcionando um melhor entendimento sobre o assunto abordado. A Tabela 1 apresenta os resultados socioeconômicos das adolescentes estudadas, onde 84,3% (70) estavam entre 14 a 16 anos de idade, 90,4% (75) eram solteiras, 25,3% (21) afirmaram até 1 salário mínimo como renda familiar. Pesquisa semelhante em um município no Estado de São Paulo, Cirino, Nichiata e Borges (2010) verificaram na amostra estudada uma maior distribuição na faixa etária de 16 e 17 anos (49,3%), sendo quase a totalidade das adolescentes solteiras (90,3%) e ainda quanto à renda familiar, 82,9% referiram renda menor que seis salários mínimos mensais. Em relação a renda familiar, Amorim et al. (2006) refere em seu estudo que a maioria (38,12%) possuía entre 1 a 2 salários mínimos e este merece atenção pois a condição socioeconômica das mulheres tem sido apontada como um dos fatores mais importantes a influenciar o comportamento preventivo feminino.

Tabela 1 – Distribuição dos aspectos socioeconômicos dos participantes da pesquisa com relação ao sexo, à faixa etária e escolaridade em um Centro de Ensino da rede estadual em São Luís-MA. São Luís - MA, 2016.

VARIAVEL	N	%
Faixa etária		
14 a 16 anos	70	84,3
17 a 18 anos	13	15,7
Estado Civil		
Solteira	75	90,4
Casada	5	6,0
União estável	3	3,6
Renda Familiar		
Até 1 salário mínimo	**69**	25,3
Entre 2 e 4 salários mínimos	17	20,5
Acima de 4 salários mínimos	5	6,0
Não sabe informar	39	48,2
Atualmente quantas pessoas residem com você		
Entre 2 e 3 pessoas	40	48,2
Entre 4 e 5 pessoas	33	39,8
Acima de 5 pessoas	10	12,0
TOTAL	**83**	**100**

Tabela 2 – Distribuição dos aspectos socioeconômicos dos participantes da pesquisa com relação ao sexo, à faixa etária e escolaridade em um Centro de Ensino da rede estadual em São Luís-MA. São Luís - MA, 2016.

VARIÁVEL	N	%
Quantidade de parceiros		
Nenhum	68	82,0
Apenas 1	9	10,8
Entre 2 e 6	2	2,4
Acima de 6	4	4,8
Total	83	100
Usa preservativo		
Sempre	5	6,0
As vezes	8	9,6
Nunca usei	2	2,4
TOTAL	**25**	**100**

O perfil sexual e reprodutivo das 83 adolescentes sobre a iniciação sexual (Tabela 2) mostra que 82% nunca tiveram relação sexual. O uso do preservativo na iniciação sexual foi relatado apenas por 6,0% delas.

Conforme Veronesi e Focaccia (2005) o estado civil solteiro pode favorecer para ocorrência de um número grande de parceiros este é um importante fator de risco para o contágio do HPV, ou seja, quanto maior o número de parceiros maiores são as chances de se contaminarem.

Segundo Conti, Bortolin e Külkamp (2006) a tendência de antecipação da iniciação sexual traz maior preocupação, pois a imaturidade dos tecidos genitais é fator predisponente para o HPV e, consequentemente, para o câncer de colo uterino.

Em se tratando de câncer de colo uterino a faixa etária mais acometida é entre 25 e 60 anos; contudo, os adolescentes constituem uma população de alta vulnerabilidade para este agravo na medida em que o início da vida sexual os aproxima de problemas de saúde da esfera reprodutiva e sexual.

Quanto ao uso do preservativo, estudo de Borges e Schor (2002) sugere que o condom vem sendo parcialmente substituído por outros métodos, a exemplo do contraceptivo hormonal. O decréscimo no uso do preservativo também pode estar relacionado ao excesso de confiança nos parceiros.

Conforme Baruffi (2015) os métodos de barreira, ou seja, o preservativo masculino ou feminino tem eficácia de 70% a 80% na prevenção do contágio, isso porque o vírus pode estar alojado em outras regiões desprotegidas, como na região pubiana, períneo e ânus.

Corroborando com o estudo, Borges e Schor (2005) afirmaram em pesquisa semelhante que os adolescentes nem sempre usam métodos contraceptivos que os proteja contra gravidez indesejada e DST/AIDS na sua primeira relação sexual, onde Estudos de Brasil (2008) revelam que o contágio pelo HPV (papiloma vírus humano), principal agente oncogênico do câncer de colo uterino, ocorre no início da vida sexual na adolescência ou por volta dos 20 anos.

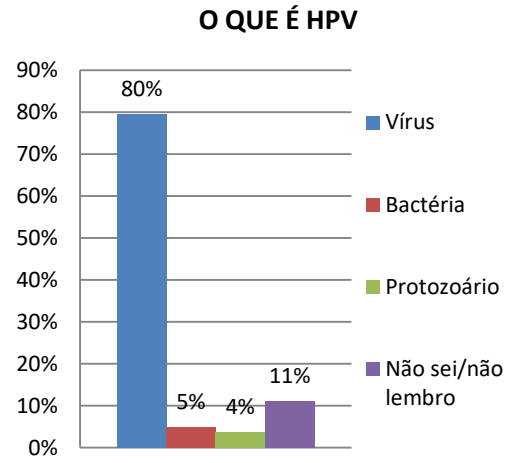


Gráfico 1: Distribuição sobre a informação das adolescentes quanto ao que é HPV

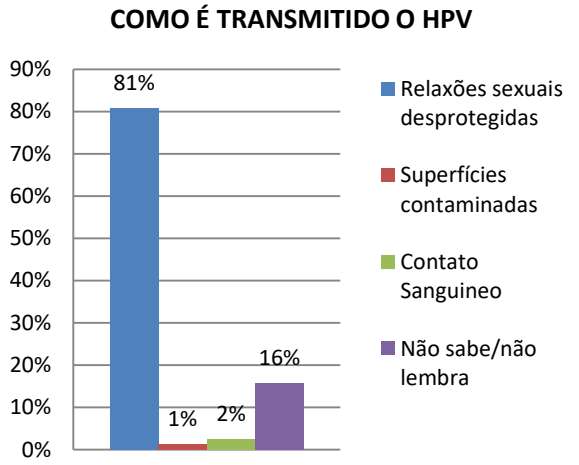
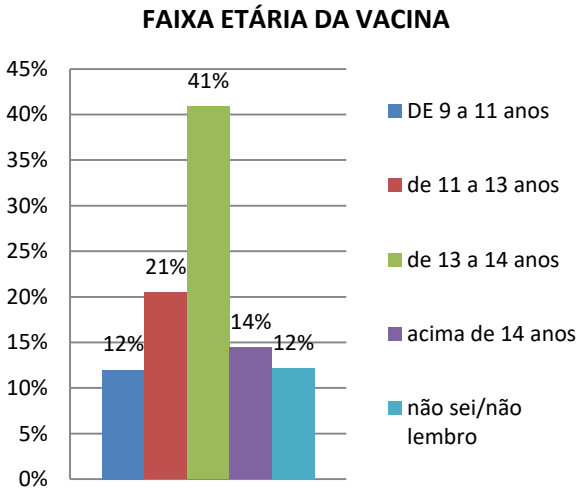


Gráfico 2: Distribuição sobre a informação das adolescentes quanto a transmissão do HPV



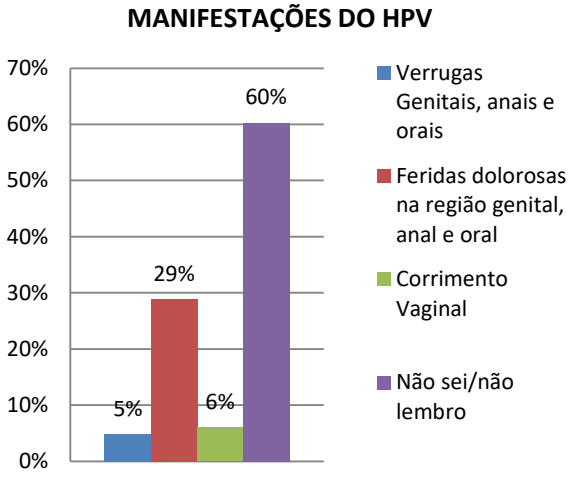


Gráfico 3: Distribuição sobre as informações das adolescentes quanto as manifestações clínicas e faixa etária para vacina

Fazendo a analise sobre o modo de transmissão do HPV, este ocorre principalmente através do contato sexual, não sendo a única via de contaminação, porém, sendo a via privilegiada que pode ocorrer após uma única reação sexual com o parceiro infectado, mas o problema é que o HPV no se instala apenas internamente nas regiões genitais, ele pode estar a virilha, nas coxas ou ao redor, o que faz tornar a camisinha inútil para evitar o contagio (ALMEIDA, 2011).

Apesar de a camisinha representar o método mais seguro de prevenção ante as DSTs, além de ser um dos jeitos mais baratos de impedir uma gestação, ela vem sendo deixada de lado em território nacional (ALMEIDA, 2011).

A relação à transmissão por via não sexual é provável que o HPV, penetre no epitélio com um simples contato com a região infectada e por algum trauma, ou possa ser transmitido por objetos contaminados “fômites” (toalhas, roupas íntimas, banheiros, saunas, etc.) e, também, por instrumento ginecológico quando não esterilizado adequadamente (QUEIROZ, 2007).

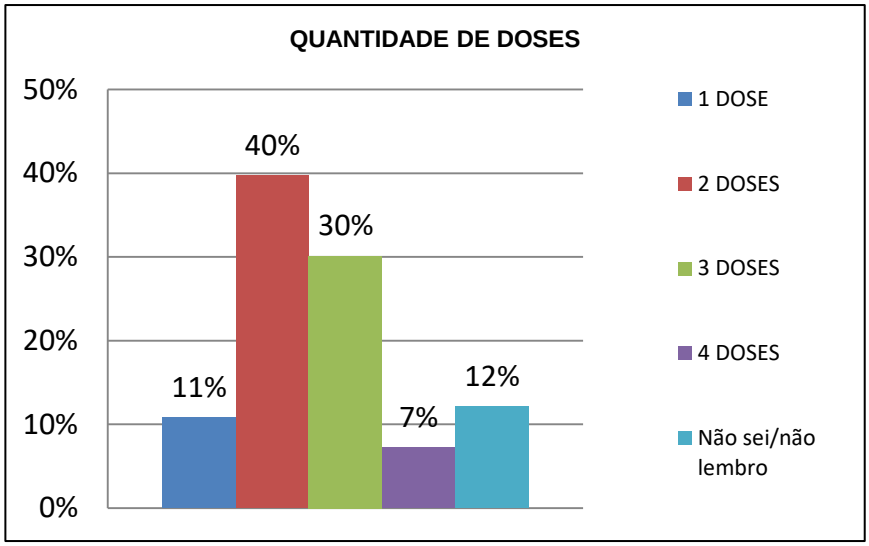


Gráfico 4: Distribuição das adolescentes quanto a informação da quantidade de doses da vacina HPV

Mais de 90% das pessoas conseguem eliminar o vírus do HPV do organismo naturalmente, sem ter manifestações clínicas. O principal sintoma da HPV, quando se manifesta, é o surgimento de verrugas ou lesões na pele, normalmente uma manchinha branca ou acastanhada que coça. Muitas vezes, no entanto, a lesão pode não ser visível a olho nu, aparecendo em exames como a colposcopia, vulvoscopia e peniscopia (VELASCO ;GÓMEZ-PASTRANA NIETO,2007).

A vacina quadrivalente foi aprovada pelo FDA para mulheres entre 9 e 26 anos, recomendando que a vacinação ocorra entre os 11 e 12 anos, podendo ser ampliada entre 9 e 26 anos, idealmente antes da primeira relação sexual (VELASCO ;GÓMEZ-PASTRANA NIETO,2007).

Essa recomendação baseia-se nos seguintes dados: a vacina administrada em meninas jovens mostrou 100% de eficácia sem nenhum evento adverso sério reportado; nessa faixa etária, os mais altos níveis de anticorpos foram encontrados após a vacinação; meninas que não tenham sido infectadas por nenhum dos quatro sorotipos presentes na vacina terão maiores benefícios; há alta probabilidade da aquisição da infecção pelo HPV logo após o primeiro contato sexual (BARR; TAMMS, 2007).

A Sociedade de Ginecologia Oncológica dos Estados Unidos recomenda ainda: a vacinação pode ser realizada entre os 9 e 26 anos, mesmo com exame de Papanicolau anormal, com verrugas genitais e teste de presença viral positivo, pois protegerá contra os outros tipos de HPV presentes na vacina e que a paciente não tenha adquirido; pode ser administrada em mulheres imunossuprimidas, pois elas possuem maior risco de adquirir a infecção (YAZIGI; RI, RODRIGUES,2007).

Conforme o Gráfico 1 40% das adolescentes estudadas afirmaram que para a prevenção contra o vírus HPV era necessário tomar 2 doses da vacina, e 12% referiram não saber ou não lembrar.

Ressalta-se que no período da pesquisa as adolescentes estavam informadas da necessidade de tomar apenas 2 doses da vacina.

Com o avanço de tecnologias de recombinação genética, Bricks (2007) conta que foi possível desenvolver duas vacinas para a prevenção do HPV, uma bivalente, contra os tipos 16 e 18, e outra quadrivalente, contra os tipos 6, 11, 16 e 18, produzidas a partir de partículas semelhantes ao vírus, porém destituída de DNA, capazes de estimular uma resposta imunológica muito superior à encontrada após a infecção natural. Ambas são aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, e já estão disponíveis na rede pública de saúde.

Assim, estudo de Nadal e Manzione (2006), Derchain e Sarian (2007), Silva et al. (2009) e Simões (2010) citam que a vacina tetravalente ou quadrivalente Gardasil® (guardian of squamous intraepitelial lesion) da Merck Sharp & Dohme (New Jersey, Estados Unidos), desenvolvida para prevenir infecções pelos tipos virais mais comuns, responsáveis pelas verrugas genitais (HPV 6 e 11) e pelo câncer do colo do útero (HPV 16 e 18). É recomendada para mulheres de 9 a 26 anos e ambas devem ser administradas em três doses por via intramuscular.

CONCLUSÃO

Conforme a presente pesquisa constatou-se a partir dos dados obtidos, a falta de conhecimento relacionado ao HPV, sua sintomatologia, transmissão, prevenção e possíveis consequências relacionadas à infecção pelo vírus. No âmbito o estudo mostra que parte delas não sabe, ao menos, o significado da sigla HPV ou o que ele pode causar e não conhece as formas de transmissão do vírus.

E ainda, menos da metade das entrevistadas conhece os sinais e sintomas provocados pelo HPV. Evidencia-se, dessa forma, que deve haver um maior investimento na educação dos jovens para promoção à sua saúde e prevenção de doenças, em particular, as DSTs, com destaque para o HPV.

O estudo, ao identificar características comportamentais relativas aos conhecimentos e atitudes sobre a prevenção do câncer de colo uterino e infecção pelo HPV da população adolescente e avaliar as situações que a tornam vulneráveis, indica a necessidade de aprofundamento da temática, contribuindo com o debate e a intervenção em torno da saúde desta população.

São necessários investimentos no desenvolvimento de práticas de promoção à saúde para modificar este quadro. Nesse sentido, é preciso que seja revista a educação sexual nas instituições de ensino para que essas ofereçam suporte educacional em saúde para estas jovens. Também é preciso associar às campanhas de coleta de Papanicolaou atividades educativas com o enfoque adequado a cada faixa etária, e com uma linguagem direita e apropriada, quebrando mitos e desmistificando tabus.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. C. **Infecção pelo HPV e a gênese do câncer de colo de útero.** 2011.

ARRUDA, Felipe da Silva. OLIVEIRA, Felype Marttins de. LIMA, Rafael Espósito de. PEREZ, Adrya Lúcia. Conhecimento e prática na realização do exame de Papanicolau e infecção por HPV em adolescentes de escola pública. **Revista Paraense de Medicina**- V27 (4) outubro-dezembro 2013.

BARR E, TAMMS G. **Quadrivalent human papillomavirus vaccine**. Clin Infect Dis 2007; 45 (5): 609-17.

BARROSO, M. F; GOMES, K.R.O; ANDRADE, J.X. Frequência da colpocitologia oncótica em jovens com antecedentes obstétricos em Teresina, Piauí, Brasil**. Rev. Panam Salud Publica** 29(3):168-8,2011.

BARUFFI, Luciane de Moura. Estudo exploratório do conhecimento das adolescentes sobre o papilomavírus humano relacionado ao câncer de colo do útero. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 12, n. 27, abr./jun. 2015.

BORGES, A; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad Saude Publica** 2005 mar/abr; 21 (2): 499-507.

BRASIL. **SUS oferta vacina contra HPV para meninas de 9 a 11 anos**. 2015a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/16997-sus-oferta-vacina-contra-hpv-para-meninas-de-9-a-11-anos>. Acesso em: 27 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **No maranhão, mais de 215 mil meninas devem ser vacinadas contra o HPV**. 2015b.Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16978-no-maranhao-mais-de-215-mil-meninas-devem-ser-vacinadas-contra-o-hpv>. Acesso em: 27 ago. 2015.

_____. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Hpv e Câncer – perguntas frequentes**. 2013a.Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2687>. Acesso: 24 ago. 2015.

_____.**Controle dos cânceres do colo do útero e de mama.**Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013b.

_____.INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2014:** Incidência de Câncer no Brasil. 2014 Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/tabelaestados.asp?UF=MA>http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/tbregioes_consolidado.asp). Acesso em: 09 set. 2015.

BRICKS, L. F. Vacina HPV: nova perspectiva na prevenção de câncer. **Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 154-156, 2007.

CIRINO F. M. S. B; NICHIATA L. Y. I; BORGES A. L. V. Conhecimento, atitude e praticas na prevenção do câncer de colo de útero e HPV em adolescentes**. Esc. Anna Nery**.vol.14 nº.1 Rio de Janeiro Jan./Mar,2010.

CONTI, Francieli S; BORTOLIN, Silvia; KÜLKAMP, Irene Clemes. Educação e promoção à saúde: comportamento e conhecimento de adolescentes de colégio público e particular em relação ao Papilomavírus Humano. **DST – J bras Doenças Sex Transm** 18(1): 30-35, 2006.

FREGNANI J. H. T. G, CARVALHO A. L, ELUF-NETO J, RIBEIRO K. B. C, KUIL L. M, SILVA , T. A, et al. **A school-based human papilomavirusvaccination program in Barretos**, Brazil: final resultsof a demostrative study. Plos One. 2013.

GUIMARÃES R.M, MUZI C.D, AYRES A.R.G, CHAGAS, C. C. OLIVEIRA, J. S. Aplicação de três técnicas para avaliação de tendência de mortalidade por câncer do colo o úteroem série temporal no Brasil, 1980-2009. **Rev Bras Cancerol.** 2012; 58(3):359-67.

INCT-HPV. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia das Doenças do Papilomavirus Humano. **Sobre o HPV**. 2011.

LONGATTO FILHO, A; ETLINGER, D; GOMES, NS; CRUZ, SV; CAVALIERI, MJ. Frequência de esfregaços cérvico-vaginais anormais em adolescentes e adultas: revisão de 308.630 casos. **Rev Inst Adolfo Lutz** 2003; 62 (1): 31-34.

MELLO, E. J. C. J., SILVA, D. F., BRITO, L. M. O., LOBÃO, W. J. M; SOUSA , M. D. G.; NASCIMENTO, M.D. S. B**. Epidemiologia do Papilomavírus Humano (HPV) em Adolescentes** - Revisão Bibliográfica NewsLab. Ed. 101, 2010.

QUEIROZ, A.M.A.; CANO, M. A. T.; ZAIA, J. E. O papiloma vírus humano (HPV) em mulheres atendidas pelo SUS, na cidade de Patos de Minas – MG.**Revista Brasileira de Analise Clínica,** v. 39, n. 2,p. 151-157, 2007.

ROSA MI et al. Papiloma vírus humano e neoplasia cervical. **Cad. Saúde Publica.** vol. 25, n.5. 2009.

SANTA CATARINA. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Projeto HPV.** Contagio. 2013. Disponível em:<http://projetohpv.com.br/projetohpv/> Acesso em: 25 set. 2015.

SILVA, P; OLIVEIRA, MDS; MATOS, MA; TAVARES, VR; MEDEIROS, M; BRUNINI, S, et al. Comportamento de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda. **Rev Eletr Enferm** 2005; 7 (2): 185-89.

TEJEDA MDD, VELASCO MS, GÓMEZ-PASTRANA NIETO F. **Câncer de cuello uterino:estado actual de las vacunas frente al vírus del papiloma humano (**VPH). Oncología 2007; 30 (2): 42-59. [citado em 2009 nov 18]. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352007000200002&script=sci_arttext

VARELLA, Drauzio. **A segurança da vacina conta HPV**. 2014. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/mulher-2/a-seguranca-da-vacina-contra-hpv/>. Acesso em: 25 set. 2015.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

YAZIGI RI, RODRIGUES TA. Vacuna contra el vírus del papiloma humano (VPH). **Rev Med Clin Condes** 2007 18(4):400-6.

Instituto Brasileiro
sou enfermagem
www.souenfermagem.com.br