



**ESTADO DE MATO GROSSO
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DO ESTADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE CÁCERES “JANI VANINI”
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**



INGRID CASTRILLON DE MELO

**CONHECIMENTO, PREVENÇÃO E VULNERABILIDADE MASCULINA À
HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DE CÁCERES-MT, UM
MUNICÍPIO DO PANTANAL MATOGROSSENSE.**

**CÁCERES – MT
2013**

INGRID CASTRILLON DE MELO

**CONHECIMENTO, PREVENÇÃO E VULNERABILIDADE MASCULINA À
HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS NO MUNICÍPIO DE CÁCERES-MT, UM
MUNICÍPIO DO PANTANAL MATOGROSSENSE.**

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso, como requisito para obtenção da graduação de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Enf^a. Ms. Raquel Borges Silva

**CÁCERES – MT
2013**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo geral	5
2.2 Objetivos específicos.....	5
3. PROBLEMA	5
4. HIPÓTESE	5
5. JUSTIFICATIVA	5
6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
6.1 O que são Hepatites Virais?.....	6
6.1.1 Hepatite B e D	7
6.1.2 Hepatite C	7
6.1.3 Epidemiologia.....	8
6.1.4 Prevenção das Hepatites B, C e D	10
6.2 HIV/AIDS.....	10
6.2.1 Epidemiologia.....	11
6.3 Vulnerabilidade.....	12
7. METODOLOGIA.....	13
7.1 Sujeitos e local da pesquisa	13
7.2 Análise e apresentação dos dados.....	16
8.0 RESULTADOS ESPERADOS	16
9.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
10. APÊNDICES.....	21

1. INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são frequentes em todo o mundo e, representam um grave problema de saúde pública, principalmente, nos países em desenvolvimento, onde as condições de vida, de grande parcela da população, tornam-se fatores predisponentes para a morbi-mortalidade relacionada à DST (COELHO et al., 2008).

Umas das DSTs de grande importância para a saúde pública no Brasil é o HIV/AIDS.

No Brasil, de 1980 a junho de 2011, foram notificados 608.230 novos casos de AIDS. Em 2010 foram identificados 34.218 novos casos, com taxa de incidência nacional de 17,9/100.000 habitantes e razão de sexo de 1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres (BRASIL, 2012d).

É preocupante o aumento dos casos de HIV/AIDS em homens, pois os números de casos notificados no Brasil de homens infectados ainda são mais elevados que das mulheres, talvez pelo machismo, pois com isso deixam de procurar informações e prevenção sobre esse agravo.

Outro agravo que representam um problema de saúde pública são as hepatites virais, pois é significativo o número de pessoas atingidas e não identificadas (BRASIL, 2009a).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), na última década, foram notificados no Sinan 120.343 casos confirmados de hepatite B, com maior prevalência nas Regiões Sudeste (36,3%) e Sul (31,6%). Os casos notificados de hepatite C, no mesmo período, foram 49.291 (60,1%) casos entre homens e 32.734 (39,9%) entre mulheres.

Os homens são mais vulneráveis para o acometimento de DSTs/HIV/AIDS, pois, muitas vezes não se previnem, nem tem a real dimensão da situação de risco, e não buscam informações sobre esses agravos, e estão afastados dos serviços de saúde (BRASIL, 2009c; 2010a).

O conhecimento masculino acerca do HIV/AIDS e das Hepatites Virais é muito importante para que eles possam praticar a prevenção desses agravos, para que no futuro esses homens não sejam mais um caso notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), ou declarado no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o conhecimento e vulnerabilidade masculina em relação ao HIV/AIDS e as Hepatites Virais, no município de Cáceres-MT, um município do Pantanal Matogrossense.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer e analisar a percepção do público masculino acerca de HIV/AIDS e das Hepatites Virais;
- Verificar quais os métodos de prevenção de HIV/AIDS e Hepatites Virais utilizados pelos sujeitos da pesquisa
- Identificar a vulnerabilidade masculina ao HIV/AIDS e Hepatites Virais;
- Comparar o conhecimento e a prevenção masculina ao HIV/AIDS e Hepatites Virais.

3. PROBLEMA

Qual o conhecimento da população masculina acerca do HIV/AIDS e hepatites virais no município de Cáceres?

4. HIPÓTESE

Os homens não costumam procurar as instituições de saúde, não fazem a prevenção do HIV/AIDS e das Hepatites virais e muitas vezes não conhecem a doença.

5. JUSTIFICATIVA

A civilização ocidental é paternalista, o que reflete na população masculina, caracterizando-se como “fortes”, “cuidadores da família” e assim procuram na maioria das vezes, a ação curativa e pouco ou raramente a ação preventiva.

Diante desta cultura, o homem se torna vulnerável a diversos agravos. Assim o presente estudo é importante para verificar a vulnerabilidade dos homens nesses agravos e auxiliar nas futuras ações de prevenção em relação as DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais. Os resultados obtidos com essa pesquisa contribuirão para o preenchimento de lacunas relacionadas à saúde e prevenção masculina, principalmente numa abordagem para a enfermagem, que desenvolve poucas ações específicas para a promoção da saúde do homem.

6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esse referencial teórico está centrado no tema referente ao conhecimento masculino, da vulnerabilidade e prevenção do HIV/AIDS e Hepatites virais e sua epidemiologia. Considerando que o conceito de vulnerabilidade segundo Ayres e colaboradores (2003), é expresso por um “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”.

É apresentado, a partir dos dados do Ministério da Saúde e outros autores sobre os agravos em análise e também os modos prevenção.

As Hepatites são classificadas em A, B, C, D e E, entretanto iremos abordar somente as Hepatites virais (B, C e D), pois o modo de transmissão e prevenção se da pelo mesmo modo.

6.1 O que são Hepatites Virais?

De acordo com Brasil (2009b), as hepatites virais são doenças silenciosas que provocam inflamação do fígado e nem sempre apresentam sintomas. Representam um problema de saúde pública de grande importância, pois é significativo o número de pessoas atingidas e não identificadas.

Segundo o autor citado, quando não diagnosticadas, as hepatites virais podem acarretar complicações das formas agudas e crônicas, muitas vezes levando à cirrose ou ao câncer de fígado.

6.1.1 Hepatite B e D

Segundo Porto e Viana (2011), hepatite B é um agravo viral,

[...] que cursa de forma sintomática ou assintomática. As hepatites Sintomáticas são caracterizadas por anorexia, astenia, fadiga, artralgia, febre baixa, aversão a alguns alimentos, mal-estar e desconforto no hipocôndrio direito. A icterícia geralmente inicia-se quando a febre acaba e pode ser precedida de hipocolia fecal e colúria. Na forma aguda os sintomas vão desaparecendo devagar. Algumas pessoas desenvolvem a forma crônica mantendo um processo inflamatório hepático por mais de seis meses. Isso acontece com 5-10% dos adultos infectados e 90-95 dos recém-nascidos filhos de mães portadoras do vírus da hepatite B. Pessoas portadoras de imunodeficiência congênita ou adquirida evoluem para a cronicidade com maior frequência.

O período de incubação, intervalo entre a exposição efetiva do hospedeiro suscetível ao vírus e o início dos sinais e sintomas da doença varia de 30 a 180 dias (BRASIL, 2005).

Hepatite D é uma doença infecciosa viral, contagiosa, causada pelo vírus da hepatite delta ou HDV (é um vírus RNA, que precisa do vírus B para que ocorra a infecção), podendo apresentar-se como uma infecção sintomática ou assintomática e nestes casos até mesmo com formas graves de hepatite (BRASIL, 2005). Os usuários de drogas apresentam um risco relativamente mais de infecção (PORTO e VIANA, 2011).

A maioria das hepatites virais agudas é assintomática, independentemente do tipo de vírus. Quando apresentam sintomatologia, são caracterizadas por icterícia, anorexia, dor abdominal, mal-estar e náuseas (BRASIL, 2009b).

A transmissão dessas hepatites se dá através da via sexual; procedimentos médicos e odontológicos, transfusões de sangue, hemodiálise sem as adequadas normas de biossegurança; transmissão vertical (mãe-filho); acidentes com perfuro cortantes; compartilhamento de seringas; contatos íntimos domiciliares (compartilhamento de escova dental e lâminas de barbear), compartilhamento de material para realização de tatuagens e colocação de piercings (PORTO e VIANA, 2011).

6.1.2 Hepatite C

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a hepatite C, é uma doença infecciosa viral,

contagiosa, causada pelo vírus da hepatite C (HCV), conhecido anteriormente por “hepatite Não A Não B”. O agente etiológico é um vírus RNA, da família Flaviviridae, podendo apresentar-se como uma infecção assintomática ou sintomática. Em média, 80% das pessoas que se infectam não conseguem eliminar o vírus, evoluindo para formas crônicas. Os restantes 20% conseguem eliminá-lo dentro de um período de seis meses do início da infecção.

A hepatite C é considerada crônica quando a reação inflamatória nos casos agudos persiste sem melhoras por mais de seis meses. Quando apresentam sintomas, são inespecíficos, predominando sintomas digestivos, fadiga e mal-estar geral. Uma parcela das formas crônicas pode evoluir para cirrose, com aparecimento de ascite, edema, icterícia, alterações hematológicas e varizes de esôfago. O hepatocarcinoma também faz parte de uma porcentagem do quadro crônico de evolução desfavorável (BRASIL, 2005).

De acordo com Porto e Viana (2011), a hepatite C é caracterizada por fadiga, cefaléia, febre baixa, mal-estar, náuseas, vômitos, aversão a alguns alimentos e cigarros, artralgia, a icterícia aparece entre 18 a 26% dos casos de hepatite aguda e começa depois que a febre acaba podendo ser precedida de hipocolia fecal e colúria. Pode haver também hepatoesplenomegalia ou hepatomegalia. Na forma aguda os sintomas vão desaparecendo paulatinamente.

Ainda segundo o autor das pessoas infectadas, 70 a 85% desenvolvem a forma crônica mantendo um processo inflamatório hepático por mais de seis meses. Desse total, 20 a 30% evoluem para cirrose e dos cirróticos 1 a 5% desenvolvem hepatocarcinoma.

A transmissão se dá por meio do sangue infectado, principalmente pela via parenteral, sendo a transmissão sexual e vertical pouco frequente; pessoas que compartilham ou utilizam instrumentos não esterilizados para colocação de piercings, tatuagem, material de higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escova de dente, etc) material de manicure, usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2009a).

De acordo com Silveira e Ferreira (2004):

A co-infecção pelos vírus VHC e HIV é relativamente frequente entre os viciados em drogas ilícitas e entre os hemofílicos, ocorrendo entre 50% e 75% dos casos. A presença da infecção pelo HIV parece acelerar a evolução da infecção crônica pelo VHC para a cirrose e para a descompensação hepática, principalmente entre os mais imunodeprimidos.

É importante ressaltar que esses dois agravos relacionados em especial para o portador de HIV pode acarretar o quadro mais grave para o portador de hepatites.

6.1.3 Epidemiologia

Em 2010, foram notificados 13.188 casos de hepatite B no Brasil, a maioria dos quais nas Regiões Sudeste (37,7%) e Sul (29,6%). No mesmo ano, entre as regiões, a Região Sul apresenta a maior taxa de detecção (14,3), enquanto a Região Nordeste apresenta a menor taxa de detecção (2,5) para esse ano (BRASIL, 2012a).

Ainda segundo o autor, dentre as capitais da região, em 2010, as maiores taxas de detecção por 100.000 habitantes foram observadas em Rio Branco/AC (60,7) e Boa Vista/RR (20,0).

De 1999 a 2011, foram notificados 65.209 casos (54,2%) de hepatite B entre homens e 55.110 casos (45,8%) entre mulheres. Em 2010, a taxa de detecção por 100.000 habitantes entre homens foi de 7,6, enquanto entre mulheres foi de 6,2 (BRASIL, 2012a).

Mesmo com a disponibilidade da vacina contra a hepatite B no Brasil, de produção nacional autossuficiente, ainda há um expressivo número de portadores que necessitam de adequada assistência, provavelmente devido à exposição ao vírus antes da oferta do imunobiológico (BRASIL, 2010b).

No Brasil foram confirmados 69.952 casos de hepatite C no período de 1999 a 2010. Destes, 47.830 provêm da Região Sudeste e 15.095 da Região Sul, que juntas concentram 90% dos casos confirmados no país. (BRASIL, 2011b).

Ainda segundo o autor citado, os casos de hepatite C no mesmo período foram mais frequentes no sexo masculino, somaram 60,5% (42.342) dos casos. Nesse grupo, as taxas de detecção são mais altas, sendo registrados, em 2009, 6,4 casos por 100 mil habitantes do sexo masculino contra 4,3 do sexo feminino.

Em relação à provável via de transmissão dos casos notificados, observa-se que as maiores proporções de casos estão relacionadas ao uso de drogas (18%), à transfusão de sangue e/ou hemoderivados (16%) e à transmissão sexual (9%), com elevado percentual de ignorados (43%) (BRASIL, 2011a).

De 1999 a 2011, foram registrados no país 1.302 casos de hepatite D entre homens (59,3%) e 895 entre mulheres (40,7%). A razão de sexos diminuiu, passando de 2,3 em 2001 para 1,4 em 2010 (BRASIL, 2012a).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), a infecção pelo HIV é uma comorbidade frequentemente associada à hepatite C, sendo que os dois agravos têm mecanismos de infecção comuns (uso de drogas, transmissão sexual, etc.). Em 2010, 10,3% dos casos de hepatite C foram notificados no Sinan como associados ao HIV/AIDS (72,5% não associados; 17,2% com esse campo ignorado).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a),

Em 2010, com relação às faixas etárias, a maior taxa de detecção de casos de coinfeção HCV-HIV por 100.00 habitantes foi observada no grupo entre 40 e 44 anos de idade (1,93), seguido pelas faixas etárias de 45 a 49 anos (1,64) e de 35 a 39 anos (1,57), destacando-se que as maiores taxas de coinfeção HCV-HIV são observadas em faixas etárias mais jovens, comparadas à taxa geral de detecção de casos.

6.1.4 Prevenção das Hepatites B, C e D

A prevenção é um dos caminhos para minimizar os altos custos com o tratamento pelo sistema de saúde considerando que os casos de notificados são subestimados. Entretanto, a prevenção é muito importante para a manutenção da qualidade de vida de uma população, pois saúde de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948), “é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

A prevenção se faz através da vacinação contra hepatite B; uso de preservativos em todas as relações sexuais; não compartilhar seringas, agulhas ou quaisquer outros objetos perfurocortantes de uso pessoal; exigir material esterilizado ou descartável nos consultórios médicos, odontológicos, acupuntura; barbearias; salões de manicure/pedicure; não compartilhar escovas de dente, lâminas de barbear ou de depilar (SMS-SP, 2008; BRASIL, 2009a).

Segundo a SMS-SP (2008), a vacinação contra a hepatite B nas primeiras horas após o nascimento é altamente eficaz na prevenção da transmissão vertical do vírus da hepatite B. Deve-se proceder à vacinação sistemática e universal de todos os recém-nascidos, independente de realização prévia de sorologia na gestante (Resolução SS 39 de 01/04/05).

6.2 HIV/AIDS

A AIDS é a sigla para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O vírus ataca o sistema imunológico do corpo e o deixa vulnerável a infecções. A infecção pelo HIV passa a ser considerada a doença AIDS, depois das taxas de células de defesa atingirem um limiar significativo, fragilizando demasiadamente o organismo (BATISTA e GOMES, 2000; STRAUB, 2005) e com maior risco de apresentar doenças oportunistas (BRASIL, 2010a).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o HIV está presente no sangue, espermatozoides, secreção vaginal e no leite materno de pessoas infectadas. Pode ser transmitido:

- Por relações sexuais sem proteção (sexo vaginal, anal ou oral sem preservativo);
- Pelo compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas;
- Compartilhando seringas, agulhas ou objetos cortantes que tenham contato com sangue (lâmina de barbear, alicate, bisturi, escova de dente etc.);

- Na gravidez, no parto ou durante o aleitamento materno;
- Pela transfusão de sangue ou seus derivados contaminados;
- Pelo contato do sangue contaminado com cortes ou feridas;
- Pelo contato do sangue contaminado com mucosas (olhos, boca, nariz).

Atualmente, é possível contrair o HIV e se ter uma boa qualidade de vida. No entanto, é necessário fazer o tratamento, tomar os medicamentos indicados e seguir todas as orientações médicas. Saber precocemente que se tem o agravo é fundamental para aumentar a eficácia do tratamento e melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2012c).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c), para se proteger contra o HIV deve sempre ter relações sexuais com preservativo (sexo vaginal, anal ou oral); não compartilhar seringas e instrumentos que furam ou cortam, não esterilizados.

6.2.1 Epidemiologia

Segundo o Ministério da Saúde (2012b), com relação à AIDS no Brasil,

de 1980 a junho de 2011, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames de Laboratório (SISCEL) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) 608.230 casos de AIDS, sendo 56,4% na Região Sudeste; 20,2% na Região Sul; 12,9% na Região Nordeste; 5,8% na Região Centro-Oeste; e 4,7% na Região Norte.

A epidemia de AIDS caracteriza-se como estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade. A taxa de prevalência da infecção pelo HIV, no país, mantém-se estável em aproximadamente 0,6% desde 2004, sendo 0,8% entre os homens e 0,4% entre as mulheres (BRASIL, 2012b).

Em relação aos subgrupos populacionais de risco acrescido, estudos realizados em dez municípios brasileiros (Manaus, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Campo Grande e Brasília), entre 2008 e 2009, estimaram taxas de prevalências de HIV de 5,9% entre usuários de drogas (BASTOS, 2009), de 10,5% entre homens que fazem sexo com homens (KERR, 2009) e de 5,1% entre mulheres profissionais do sexo (SZWARCOWALD, 2009 *apud* BRASIL, 2012b).

Em 2010 ocorreram 11.965 óbitos, com coeficiente bruto de mortalidade de 6,3/100.000 habitantes. Considerando o coeficiente de mortalidade padronizado (População brasileira de 2000, IBGE), nos últimos 10 anos observa-se redução de 11,1% na mortalidade por AIDS no Brasil, mas segundo as regiões a mortalidade aumentou no Norte, Nordeste e Sul, diminuiu no Sudeste, e estabilizou no Centro-Oeste (BRASIL, 2012b).

6.3 Vulnerabilidade

A partir do conceito de vulnerabilidade torna-se possível compreender a exposição à infecção pelo vírus HIV e às DSTs, não apenas através do foco nos comportamentos individuais, como a ausência do uso do preservativo, mas buscando fatores culturais que participam do contexto em que os comportamentos ocorrem. Desta forma, considera-se que a forma como as masculinidades e feminilidades são construídas em nossa cultura pode contribuir na compreensão da vulnerabilidade (PASTANA e MAIA, 2012).

Entre as vulnerabilidades individuais e sociais, devem ser considerados o uso de álcool e outras drogas e a falta de acesso à informação e aos insumos de prevenção como preservativos, seringas e agulhas descartáveis (BRASIL, 2011a).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico (ano base 2010), foram notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, 608.230 casos de aids, acumulados de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino (BRASIL, 2012b).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012d), em relação aos grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, com mais de 18 anos, estudos realizados em 10 municípios brasileiros, entre 2008 e 2009, estimaram taxas de prevalências de HIV de 5,9% entre usuários de drogas ilícitas - UD, de 10,5% entre homens que fazem sexo com homens – HSH e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), recomenda-se atenção especial à abordagem de pessoas que usam drogas, em decorrência de sua maior vulnerabilidade para aquisição de HCV e reinfecção pelo vírus, o que reforça a necessidade de ampliar as ações de prevenção e a importância de estabelecer vínculo, promovendo adesão aos serviços e ao tratamento.

7. METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo descritivo e com análise qualitativa. As investigações epidemiológicas, de cunho descritivo, têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. Elas podem ser de incidência ou prevalência (PEREIRA, 2002).

A pesquisa qualitativa no campo das ciências sociais responde a questões muito particulares e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Com isso, trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, que corresponde a um espaço profundo dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos e operacionalizados em variáveis por meio de métodos e dados estatísticos (MINAYO, 2004).

Conforme Fustinoni e Matheus (2006), uma das principais características da pesquisa qualitativa é trabalhar com dados descritivos, nas pesquisas qualitativas o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida é a preocupação essencial do investigador.

7.1 Sujeitos e local da pesquisa

A pesquisa será realizada com acadêmicos do sexo masculino, maiores de 18 anos, do primeiro semestre dos 13 cursos oferecidos pela Universidade do Estado de Mato Grosso – UNEMAT, campus Jane Vanini, situada na Avenida São João, s/nº - Bairro Cavallhada, Cáceres-MT, ano de 2014.

Em 1978, ao completar o bicentenário de fundação, o então prefeito municipal, juntamente com o grupo de educadores e representantes da classe empresarial e religiosa, teve a iniciativa de apresentar um projeto para a criação de uma instituição de ensino superior, que ganhou forma chamando-se Sociedade educadora de Cáceres Ltda – com cursos de formação superior para professores de ensino fundamental e médio. (UNEMAT, S/D).

No dia 20 de Julho do mesmo ano, com base na Lei Estadual nº703 foi publicado no Decreto Municipal nº190, criado o Instituto de Ensino Superior de Cáceres - IESC, vinculado à Secretária Municipal de educação e Assistência Social, com objetivo de promover o ensino superior e pesquisa, passando a funcionar como Entidade Autárquica Municipal em 15 de agosto de 1978, por meio da Lei municipal nº704 (UNEMAT, S/D).

Em 1984, pelo Decreto Federal nº 89.719, de 30 de maio de 1984, foi autorizado o funcionamento dos cursos ministrados pelo Instituto (Licenciatura Plena em Letras, Licenciatura Curta em Ciências e em Sociais) (UNEMAT, S/D).

No ano de 1985, o Poder executivo instituiu Fundação Centro Universitário de Cáceres – FUCUC, entidade fundacional autônoma, vinculada a Secretaria de Educação e Cultura do Estado de Mato Grosso, como objetivo de promover a pesquisa e o estudo dos diferentes ramos do saber e a divulgação técnica, cultural e científica (UNEMAT, S/D).

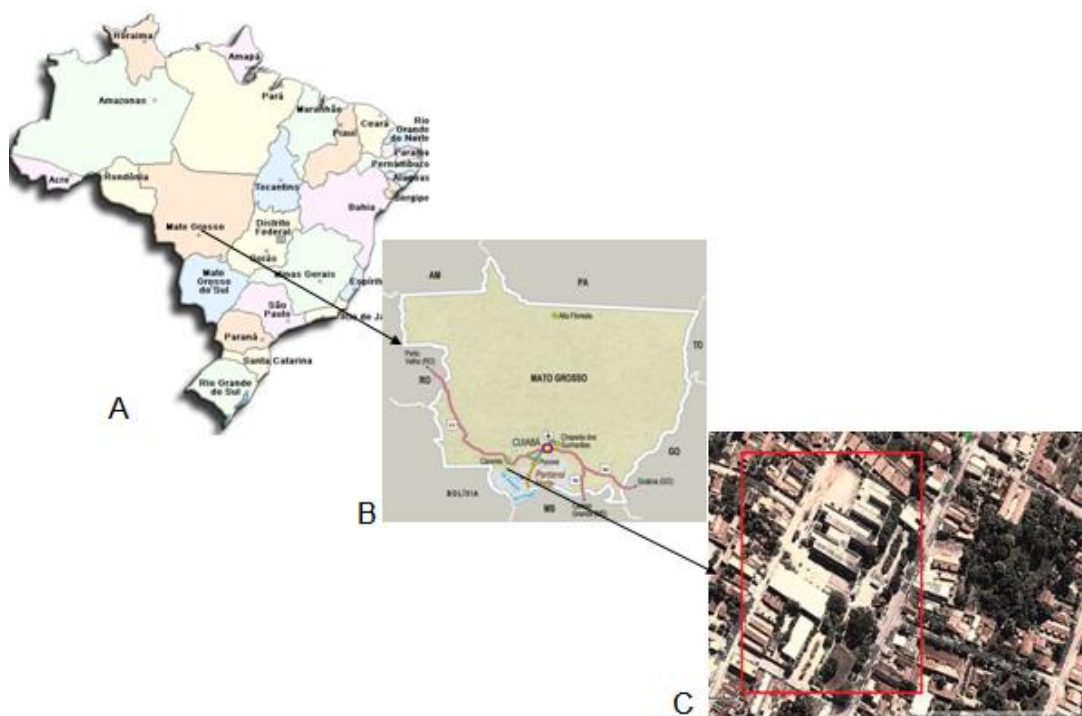
Em 1992, pela lei complementar nº 14 de 16 de janeiro de 1992, a Fundação de Ensino Superior de Cáceres – FCESC passa a denominar-se Fundação de Ensino Superior de Mato Grosso – FESMAT (UNEMAT, S/D).

Pela Lei Complementar nº 30, de 15 de dezembro de 1993, foi criada a Universidade do Estado de mato grosso – UEMAT, mantida pela Fundação Universidade do Estado de Mato Grosso – FUNEMAT (UNEMAT, S/D).

Em agosto de 1999, para melhor atender as demandas dos departamentos e, principalmente, descentralizar as atividades de gestão da reitoria da Universidade dos cursos de Cáceres, criou-se uma Assessoria da Reitoria para Coordenação do Campus de Cáceres (UNEMAT, S/D).

Através do Decreto Estadual nº 3.182, de 05 de outubro de 2001 e publicado no diário oficial do mesmo dia, o Campus Universitário de Cáceres foi nomeado como Campus Universitário “Jani Vanini” (UNEMAT, S/D).

O Campus de Cáceres oferece 13 (treze) cursos de graduação sendo oito licenciaturas: Ciências Biológicas, Computação, Educação física, Geografia, Letras, História, Matemática, Pedagogia. E cinco bacharelados: Enfermagem, Agronomia, Direito, Ciências Contábeis e Medicina (UNEMAT, S/D).



Fonte: http://www.roteirosdobrasil.tur.br/estado_mt.html

Fonte: <https://maps.google.com.br/>

Figura 01 - Mapa do Brasil (A), Mapa de Mato Grosso com identificação da cidade de Cáceres (B) e visão superior da UNEMAT, Cáceres-MT (C).

7.2 Coleta de dados

Os dados serão coletados por meio da aplicação de questionários com perguntas abertas e fechadas, sobre o conhecimento acerca da HIV/AIDS e hepatites virais, para identificar o grau de conhecimento do pesquisado sobre esses agravos.

Entende-se por questionário um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado (GIL, 2010).

A amostra será composta pelos alunos dos primeiros e últimos semestres de cada curso. Os alunos serão escolhidos aleatoriamente, após terem aceitado participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e terão suas identidades preservadas.

7.2 Análise e apresentação dos dados

A partir dos dados coletados será feito uma análise descritiva nos aspectos sócios econômicos, sobre vulnerabilidade, conhecimentos gerais sobre as doenças em questão, onde serão analisados por meio da frequência relativa, sendo apresentados em gráficos e tabelas.

Os dados qualitativos serão analisados segundo a análise de discurso, e pelas falas dos atores sociais envolvidos na pesquisa, apresentando fragmentos dos discursos dos mesmos, segundo as técnicas de Análise de Conteúdo de Bardin (2002).

Esta abrange as iniciativas de explicação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito dessas mensagens. Assim, possuiu um caráter qualitativo, pois levantou dados de todos os participantes que constituíam o grupo, porém não buscou enumerar ou medir eventos, não empregando instrumentos estatísticos para análise dos dados. Neves (1996) enfatiza que neste método de pesquisa faz parte à obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação de estudo.

A análise constituiu-se de deduções realizadas através do processo de sistematização das mensagens, também definido como categorização, a partir dos dados brutos contidos nas mensagens. Bardin (2002) descreve este processo em três etapas:

- a) Pré-análise: fase de organização e sistematização das idéias, em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisados e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final, cotejando o material coletado com as hipóteses levantadas.
- b) Exploração do material: é a codificação dos dados brutos para se alcançar o núcleo de compreensão do texto, estabelecendo a categorização dos dados.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os dados brutos são cotejados com as categorias construídas procurando tornar significativas as informações obtidas.

Após esse tratamento, os dados serão apresentados e discutidos com a abordagem qualitativa, apresentando os dados obtidos com as entrevistas e selecionando uma fala representativa de um ator social para exemplificar.

8. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que este trabalho venha a contribuir para formulação de ações preventivas como campanhas para conscientização dos riscos desses agravos, assim estimulando o público masculino a realizar o teste rápido da AIDS e também das Hepatites virais B e C. Realizar a

promoção da prevenção com a distribuição de preservativos masculinos e femininos nas campanhas e na UNEMAT onde será realizada a pesquisa, e também expor os dados analisados alertando o risco da população em questão para que essa prevenção realmente ocorra.

9.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA, J. I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI, H. C. F. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia & C. M. Freitas. **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. p.117-140. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002. 226p.

BATISTA R. S.; GOMES, P. A. **AIDS: Conhecer é transformar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. p 13-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **A b c d e dos diagnósticos para hepatites virais**. Brasília, Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **A, B, C, D e E das hepatites virais para agentes comunitários de saúde**. 1ª ed. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.944/GM, de 27 de agosto de 2009, que institui a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico: hepatites virais**. Ano III, nº 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **A, b, c, d, e de hepatites para comunicadores**. 1ª ed. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Relatório de progresso da resposta brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011)**. Brasil, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico: Aids e DST**. Ano VIII, nº 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C e coinfeções**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico: hepatites virais**. Ano II, nº 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia para o cuidador domiciliar de pessoas que vivem com hiv/aids**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010a (série manuais).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfeções**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Prevenção ao HIV/AIDS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012c.

COELHO, C. F.; COSTA, L. de Q.; OLIVEIRA, R. G.; VASCONCELOS, C. T. M.; PINHEIRO, A. K. B.; ALVES, M. D. S.; **Perfil sócio-demográfico e ginecológico de portadoras e não portadoras de doenças sexualmente transmissíveis**. Fortaleza, 2008. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Hepatites virais: Aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.07, n.4, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2004000400010&script=sci_arttext. Acesso em 03 out. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo. Editora Atlas S.A., 2010. p 102.

HABER, J.; LOBIONDO-WOOD, G. **Pesquisa em enfermagem – Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro, RJ. Editora Guanabara Koogan S.A. Cap. 09. p. 125.

MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa de enfermagem**. São Paulo. Editora Livraria Médica Paulista, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. ed. 25. Editora Vozes 2007.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisa em Administração**, São Paulo, v.1, n.3, p. 103-113.1996.

PRATES, L. G.; NUNES, L. P. D.. **A (re) construção do lugar do psicólogo na saúde pública: das quatro paredes do centro de saúde para os lares**. São João del-Rei, 2009. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/volume4_n1/prates_e_nunes.doc. Acesso em: 03 out 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia - teoria e prática**. 1ª ed. 6º reimpressão. Rio de Janeiro, RJ. Editora Guanabara Koogan S.A. 2002. Cap. 04. p. 271.

PORTO, A.; VIANA, D. L. **Curso didático de enfermagem**. Módulo I: Volume 2. 7º ed. rev. e atual. São Caetano do Sul, SP. Yedis Editora. 2011. Cap 02. p. 152-155.

PASTANA, M.; MAIA, A. C. B. Discussões sobre gênero e vulnerabilidade a partir de análise de matérias sobre sexualidade das revistas capricho e playboy. **Revista de psicologia da UNESP**. v.11, n.1, 2012. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/247/284>. Acesso em 02 out. 2013.

SMS-SP (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo). Coordenação de vigilância em saúde. Programa municipal de hepatites virais. **Manual de orientações hepatites virais B e C**. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/hepatites_guia_1259684758.pdf. Acesso em 20 set. 2013.

SOUZA, F. M.; GARCIA, S. **Vulnerabilidade ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gêneros, raça e geração**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/03.pdf>. Acesso em 02 out. 2013.

STRAUB, R. **Psicologia da Saúde**. (R. C. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed, 2005.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO. **Histórico**. Mato Grosso, 2011. Disponível em: <http://www.novoportal.unemat.br/index.php?pg=universidade>. Acesso em 27 nov. 2013.

APÊNDICE A

CRONOGRAMA

PERÍODOS ATIVIDADES	2013 8º Semestre	2014 9º Semestre	2014 10º Semestre
Levantamento bibliográfico	X	X	
Leitura teórica	X	X	X
Seleção do local	X		
Seleção dos sujeitos	X		
Elaboração do roteiro dos questionários	X		
Aplicação dos questionários		X	
Análises dos dados		X	
Correções		X	
Entrega do primeiro Esboço		X	
Entrega do TCC		X	
Definição de banca		X	
Apresentação		X	
Produção e apresentações científicas		X	X

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO****Caracterização**

1. Idade:
2. Cor/raça : ()Branca ()Negro ()Parda ()Indígena ()Amarela
3. Estado civil: ()Solteiro ()Casado ()União estável ()Viúvo ()Divorciado
4. Sexo: Gênero Masculino
5. Opção sexual: ()Homossexual ()Heterossexual ()Bissexual
()Transexual ()Assexual
6. Grau de escolaridade
() Ensino Superior/ Cursando () 2º Curso () Mestrado
7. Você trabalha? () Sim () Não
8. Qual sua renda individual, mensal? _____

Conhecimento Masculino

9. Sabe o que é HIV/? Explique

10. Sabe o que é AIDS? Explique

11. Sabe o que são as Hepatites virais? Explique

12. Você sabe sobre a existência do teste rápido para identificação e diagnóstico dessas doenças? () Sim () Não

Prevenção

13. Você frequenta o serviço de saúde? () Sim () Não
14. Quando foi a sua última consulta ao médico ou outro profissional de saúde? _____
15. Já foi orientado sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis DST/HIV/AIDS? () Sim () Não Se sim, por quem? _____
16. Já foi orientado sobre a prevenção das hepatites virais? () Sim () Não
Se sim, por quem? _____
17. Você já fez o teste :
- De HIV alguma vez na vida? Sim () Não () Se sim, fez nos últimos 12 meses? Sim () Não ()
- De alguma das hepatites (B, C ou D)? Sim () Não () Se sim, qual delas: B () C () D ()
18. Marque as alternativas corretas:
- () Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectado com HIV
- () Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectado com hepatites virais
- () Pode haver transmissão do HIV e das Hepatites virais através de compartilhamento de seringas, agulhas e materiais não esterilizados
19. Tem parceiro fixo? () Sim () Não
- 19.1 Se não, quantos parceiros sexuais você teve no último ano? _____
20. Você usa preservativo (camisinha) em todas as suas relações sexuais? () Sim () Não
Faz sexo oral com o uso do preservativo? () Sim () Não () Não pratica
21. Faz sexo anal com o uso do preservativo? () Sim () Não () Não pratica

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, em que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável.

Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Unemat pelo telefone: (65) 3221-0000 ou pelo e-mail: cep@unemat.br.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: **Conhecimento, prevenção e vulnerabilidade masculina à HIV/AIDS e Hepatites virais no município de Cáceres-MT, um município do Pantanal Matogrossense.**

Pesquisadores e Instituições envolvidas:

Raquel Borges Silva Orientadora - Enfermeira Mestre - Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). Rua João Albuquerque, 231 - Cavallhada I – Cáceres. Fone: 065- 9918-5574

Ingrid Castrillon de Melo – Acadêmica do 8º semestre de enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). Rua Jauru, 494, Cavallhada – Cáceres. Fone: 065-9999-9844

Objetivo principal: Avaliar o conhecimento e vulnerabilidade masculina em relação ao HIV/AIDS e as Hepatites Virais, no município de Cáceres-MT, um município do Pantanal Matogrossense.

Procedimentos - Trata-se de pesquisa descritiva, envolvendo aplicação de questionários com perguntas abertas e fechadas, para identificar o conhecimento acerca do HIV/AIDS e Hepatites virais. O termo de consentimento livre e esclarecido será assinado após esclarecimento por cada um dos indivíduos que concordarem em participar do projeto.

Possíveis riscos e desconfortos - não há risco. Desconforto mínimo.

Benefícios previstos - Os resultados poderão indicar se a população masculina necessita de informações sobre HIV/AIDS e Hepatites Virais.

Eu, _____ RG nº _____ (SSP _____), fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima. Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda que a minha participação é voluntária e que se preferir não participar ou deixar de participar a qualquer momento deste estudo, isso NÃO acarretará qualquer tipo de penalidade. Compreendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento e concordo em participar do mesmo.

Em caso de necessidade contate Enfª Ms. Raquel Borges Silva e Ingrid Castrillon de Melo, através dos e-mails – raquelborges84@hotmail.com, ingridinh@hotmail.com ou pelos fones: (65) 9918-5574 ou (65) 9998-9844.

Cáceres, Março de 2014.

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____

Raquel Borges Silva: _____