

1 INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são um problema de saúde pública, logo, sabe-se que estas doenças causam um grande impacto na saúde das pessoas. Assim, Butler (1997) afirma que as notificações que são realizadas pelas unidades notificadoras não condizem com a realidade dos municípios, ocasionando assim, inconsistência nos dados sobre IST obtidos.

Estas infecções são de difícil controle, visto que engloba uma série de fatores como a diversidade cultural de cada região. Apesar do avanço nas pesquisas e tecnologias avançadas, estas infecções tornam-se mais frequentes e acometem as diversas classes sociais comprometendo assim a saúde dos indivíduos e deixando-os mais susceptíveis a outras doenças como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (GERBASE, 1998).

Percebe-se que ao longo dos anos, o estigma e o preconceito sempre se fizeram presentes no cotidiano de quem contrai uma IST. Estas expressões constituem uma interferência negativa nas questões do seu enfrentamento, contribuindo para o aumento dos índices destas doenças. Nesse sentido, o profissional de saúde pode intervir nesta problemática visando minimizar estes índices, uma vez que a falta de informações é atributo importante para a elevação dos altos índices das IST.

Nesse contexto, sabe-se que os profissionais da saúde através da educação em saúde devem orientar a população sobre a prevenção e os riscos das IST, bem como estimular a procura pelos Serviços de Saúde ao perceberem, durante as consultas de rotina ou programas, sintomas sugestivos de uma IST como corrimento, verrugas e feridas nos órgãos genitais. Barros (1993) salienta que 12 milhões de novos casos de IST ocorrem por ano no país, sendo que destes, apenas uma pequena parcela (30%) procuram os Serviços de Saúde e os demais optam pela automedicação e ajuda de amigos ou procuram por atendimento em farmácias .

As IST sempre tiveram significado importante para a saúde pública, mas eram consideradas de maneira tímida e até subestimadas pelas autoridades. Porém, com o surgimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), ficou evidente a sua relevância enquanto fator de risco para aquisição das demais IST e, desta

forma, passaram a ser reconhecidas e valorizadas pela comunidade científica e população em geral (BRASIL, 1999).

Segundo Barroso (1998) a AIDS é a IST que tem crescido bastante nos últimos anos, além disso, é a única de notificação compulsória. Salaria ainda que esta doença foi identificada no início da década de 80 e pode trazer sérias complicações ao indivíduo.

O autor salienta ainda que os portadores do vírus HIV e outras IST enfrentam além das implicações biológicas, pressão social e psicoemocionais por trazer consigo um caráter estigmatizante de uma infecção que envolve a dimensão comportamental do indivíduo. A epidemia afeta todos os grupos sociais e sua predominância está entre a faixa etária de 20 a 39 anos. Além disso, as buscas por tratamentos e vacinas encontram-se intensificadas visando melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas (BARROSO, 1998).

A motivação em trabalhar com esta temática começou após ter cursado algumas disciplinas como Patologia, Genética, Saúde do adulto, Saúde da mulher, despertando assim, um grande interesse pelas IST. E também devido ao fato de essas doenças serem altamente onerosas para o orçamento público, e ainda, comprometer a saúde e bem-estar das pessoas a ponto de levar ao óbito.

De acordo com esse contexto e reconhecendo que a IST é um problema de grandiosa gravidade, além de afetar um grande número de pessoas é que foi levantada a seguinte questão: qual a ocorrência de IST, entre os anos de 2008 a 2010, no município de Santo Antônio de Jesus-BA?

Nessa perspectiva, o estudo teve como objetivo geral investigar a ocorrência de IST no município de Santo Antônio de Jesus-Ba entre os anos de 2008 a 2010. Em consonância têm-se os objetivos específicos: fazer um levantamento das IST no município de Santo Antônio de Jesus-Ba; identificar os casos de HIV na referida população; identificar os casos de Hepatite na população e verificar em que faixa etária predomina as IST e em qual área do município a sua incidência é maior.

A partir do estudo o poder público e gestores poderão direcionar suas ações de forma mais efetiva, buscando traçar estratégias eficazes, de acordo com as especificidades de cada localidade, possibilitando identificação da faixa etária mais acometida e identificando quais as infecções que mais acometem o município, visando assim, maximizar as intervenções e ações que combatam as IST.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

As IST são doenças infecciosas e contagiosas causadas por microorganismos que encontram-se nas estruturas genitais humanas e sua infecção ocorre precisamente através das relações sexuais. Nos países em desenvolvimento estas doenças constituem uma das cinco causas mais freqüentes de busca por atendimentos em instituições de saúde (BRASIL, 2008).

O autor salienta ainda que estas infecções acometem um número elevado de pessoas desde a adolescência até os 30 anos, pois durante este período as pessoas estão no pico de sua atividade sexual e também a troca de parceiros é muito mais freqüente.

Brasil (2000, p. 07) afirma que “nos últimos anos, principalmente após o início da epidemia de AIDS, as DST readquiriram importância como problemas de saúde pública”.

Estas infecções propiciam a contaminação pelo vírus do HIV uma vez que algumas destas doenças causam lesões na genitália, facilitando a transmissão deste vírus ao parceiro sexual (COSTA; ARAÚJO, 2006).

Apesar do desenvolvimento de vacinas, medicamentos potentes e maior intensificação de métodos de controle, a disseminação das IST ainda continua acontecendo de forma acelerada e exacerbadamente, entre elas a infecção pelo vírus do HIV em pacientes com história de infecção prévia por outra IST (GERBASE, 1998).

Sabe-se que a notificação destes casos é muito importante para avaliarmos a incidência de infecção por estas doenças. Logo, Brasil (2000, p. 07) traz que “são escassos os dados epidemiológicos relativos às DST. Entretanto, raros são os serviços onde a notificação é realizada de forma sistemática”.

Em todos os países da América Latina este aumento foi evidenciado, principalmente no Brasil, onde têm acometido muitos jovens e adolescentes em todas as regiões. Esta incidência está relacionada ao fato de os jovens serem de

difícil negociação, onde o profissional de saúde ou até mesmo os pais não conseguem incentivar o uso de preservativos nas relações sexuais dos mesmos (BOGASKI, 2000).

Sabe-se que a anatomia da genitália feminina não favorece o exame clínico quando se refere à IST. Logo, Aral (1984, p. 03) afirma que “as mulheres com infecções por *Chlamydia* ou gonorréia frequentemente não são diagnosticadas até que surjam complicações, tais como a doença inflamatória pélvica (DIP)”.

Neste sentido, percebe-se que é preciso maior controle destas infecções e maior observação dos profissionais de saúde (médicos e enfermagem) através do rastreamento nas unidades básicas de saúde, uma vez que apenas estes profissionais estão aptos a perceber as alterações que tais infecções podem causar.

Além disso, Brasil (2000, p. 07) traz que,

Os portadores de DST continuam sendo discriminados nos vários níveis do sistema de saúde. O atendimento é muitas vezes inadequado, resultando em segregação e exposição a situações de constrangimento. Tal fato se dá, por exemplo, quando os pacientes têm que expor seus problemas em locais sem privacidade ou a funcionários despreparados que, muitas vezes, demonstram seus próprios preconceitos ao emitirem juízos de valor. Essas situações ferem a confidencialidade, discriminam as pessoas com DST e contribuem para afastá-las dos serviços de saúde;

O autor salienta ainda que o grupo de risco destas infecções abrangem as pessoas que possuem múltiplos parceiros sexuais, as que possuem menor poder econômico ou experimentam de uma situação de extrema pobreza associado a não utilização de preservativos.

Sabe-se que todas as pessoas estão susceptíveis às IST e que, hoje em dia, algumas idéias estão sendo desmistificadas, principalmente as afirmações que traziam que apenas homossexuais e pessoas promiscuas adquirem estas infecções, todas as classes sociais, raça ou etnia estão susceptíveis a estas doenças.

Neste sentido, o que irá definir se uma pessoa corre ou não o risco de contrair uma IST é o nível de informação que é passada a essas pessoas e a proteção que as pessoas utilizam durante a atividade sexual. Cabe aos profissionais de saúde proporcionar uma carga de informação maior aos indivíduos acerca desta temática para que haja uma diminuição dos casos de IST.

2.2 PRINCIPAIS IST QUANTO A OCORRÊNCIA

2.2.1 Sífilis

A sífilis é uma doença que está presente desde a antiguidade entre a população, há relatos de surgimento da doença há mais de 500 anos atrás na Europa após o descobrimento da América (SINGH, 1999).

Aveleira e Bottino (2006) afirmam que a sífilis é doença infecciosa crônica, que está entre a população há séculos e acomete todas as faixas etárias, tornando-se um desafio para a humanidade. Acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, logo, as unidades de saúde ofertam tratamento gratuito, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), este tratamento é de baixo custo, porém ainda é visto como desafiador para os gestores.

“Tornou-se conhecida na Europa no final do século XV, e sua rápida disseminação por todo o continente transformou-a em uma das principais pragas mundiais” (AVELLEIRA, BOTTINO, 2006, p. 03)

“O agente etiológico da sífilis foi descoberto por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman em 1905 e foi denominado *Spirochaeta pallida*” (SARACENI *et al.* 2005, p. 02).

Os autores acima salientam ainda que através dos anos, o MS tem buscado realizar campanhas contra esta doença e citam que as descobertas propiciaram uma melhoria na qualidade de vida da população afetada (SARACENI *et al.*, 2005).

A prevalência da sífilis foi diminuindo a partir da década de quarenta, com a descoberta da penicilina que é um antibiótico potente que combate a doença (LORENZI, 2001).

O agente etiológico da sífilis foi descoberto por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman em 1905. Estes cientistas denominaram o agente da sífilis como *Spirochaeta pallida*, posteriormente, realizou o teste sorológico e disponibilizando a medicação apenas em 1906 (USDHEW, 2004).

Atualmente a sífilis é também conhecida como cancro duro ou Lues e tem o ser humano como único vetor e hospedeiro, compreendendo seu período de incubação de 21 a 30 dias (BRASIL, 1999).

A transmissão do agente se dá durante o contato com mucosas e principalmente durante as relações sexuais. Isto não quer dizer que a contaminação não possa acontecer de outras maneiras, ela se dá também através da transfusão sanguínea a partir de doador infectado ou por contato direto com lesões cutâneo-mucosas infectantes e ainda por via transplacentária (da mãe para o feto) (GARNETT,1997).

A sífilis que é passada da mãe para o filho é chamada de sífilis congênita, logo, esta doença é de notificação compulsória e é o resultado da disseminação do *Treponema pallidum* por via transplacentária, porém, apresenta dois estágios: sífilis congênita precoce que é diagnosticada até dois anos de vida e sífilis congênita tardia, diagnosticada após esse período (BRASIL, 2001).

Sua notificação é realizada igualmente às outras doenças, através do preenchimento da ficha de notificação para investigação de caso de sífilis congênita e deve ser preenchida por profissionais de saúde assim que constatado os primeiros sintomas da doença (SARACENI, 2005).

A sífilis recente, ou seja, o cancro duro é a fase primária da doença, logo a fase exantemática período que surgem as pápulas é a fase secundária da doença ou fase infectante, isto porque é nessa fase que há presença de treponemas nas lesões de forma exacerbada (HOLMES, 1999).

2.2.2 Papilomavírus Humano (HPV)

O Papilomavírus Humano (HPV) com o passar dos anos vem mudando sua história, logo, esta mudança vem acompanhada de mudanças econômicas e sociais que ocorrem nas comunidades. Constatou-se relatos de lesões ocasionadas pelo HPV desde a antiguidade, onde já era evidenciada como uma IST (CAMPOS, 2003)

Porém, Alvarenga *et al.* (2000) afirmam que sua disseminação aconteceu após os conceitos de liberação sexual, onde os indivíduos deturpavam o conceito de liberação e realizavam sexo desprotegido.

Reforçando, Passos (2008) salienta que a liberação sexual aconteceu a partir da década de sessenta e, foi a época onde ocorreu grandes epidemias no Brasil e no mundo gerando muitas preocupações aos governos.

O autor salienta também que a evolução científica foi um marco sobre esta doença, pois possibilitou descoberta de tratamentos e medicações, além de intensificação de medidas preventivas para controle desta doença.

As primeiras descobertas do HPV, foi realizada pela primeira vez em 1907 por Ciuffo que identificou o agente causador das verrugas. Porém, somente em 1933, o vírus foi isolado por Richard Shope (CAMPOS, 2003). Afirma ainda que esta doença era associada a homossexuais e, somente em 1949 sua etiologia foi descoberta por Strauss, Shaw e Bunting pelo método da microscopia.

Segundo Campos (2003), em 1954 surgiram lesões nas mulheres dos oficiais que estavam na guerra e haviam voltado para casa confirmando a teoria de transmissão por contato sexual e logo após este período constatou-se que esta infecção por HPV pode estar associada a lesões pré-cancerosas.

As infecções no trato genital causadas por HPV são cada vez mais constantes tanto no homem quanto nas mulheres. Logo, na mulher seu rastreamento se dá através da citologia cérvico-vaginal e nos homens, a maneira mais eficiente para o diagnóstico é a peniscopia associados aos dados da histopatologia (LEVINE, 1984).

A forma de manifestação do HPV dá-se através de lesões denominadas condiloma acuminado, verruga genital ou como é conhecido popularmente crista de galo (BRASIL, 2000).

O vírus do HPV apresenta alta prevalência entre as mulheres com vida sexual ativa chegando a 20% dessas mulheres, gerando preocupação aos gestores sobre a saúde da mulher, pelo fato de esta infecção estar associada ao desenvolvimento do câncer cervical (BRASIL, 2002).

O HPV tem significativa prevalência na população masculina sendo que nos homens os sintomas quase não são visíveis e quando apresentam lesões o pênis é o órgão mais afetado, estimando que a maioria dos homens que tem companheiras com este vírus também são portadores de HPV (NICOLAU, 2001).

Corroborando, Smeltzer (2002), afirma que a maior parte das mulheres que apresentam câncer de colo de útero forma infectadas pelo vírus do HPV e que os níveis de morbi-mortalidade por câncer de colo de útero vêm alcançando estatísticas

exacerbadas. Em concordância, Brasil (2008) complementa dizendo que esse é o segundo tipo de câncer mais comum entre o sexo feminino levando a aproximadamente 230 mil mortes por ano.

Silva (2006) afirma que devido a complexidade dos agravos, os cuidados de enfermagem devem ser amplos e os profissionais de saúde devem ter uma visão biológica e antropológica da situação, observando aspectos culturais dos pacientes e contemplar aspectos subjetivos e intra subjetivos dos mesmos.

2.2.3 Hepatite B

A hepatite B também é considerada como um grande problema de saúde pública por trazer conseqüências devastadoras aos indivíduos acometidos, dentre estas complicações estão a cirrose.

A Hepatite leva ao aparecimento de doenças como a cirrose hepática e carcinoma primário do fígado, pelo fato de estas pessoas serem acometidas repetidas vezes a infecções. Logo, Brasil (2000) complementa que a infecção por hepatite B é universalmente prevalente, e sua distribuição geográfica é heterogênea.

Martelli *et al.* (1991) trazem que esta doença deve ser notificada pois, são essas notificações através do sistema da vigilância epidemiológica (VE), que norteiam as estimativas da prevalência da infecção por hepatite B na população. Esta investigação é feita pelo rastreamento sorológico nos bancos de sangue e também em inquéritos regionais com finalidade de pesquisa.

Ferreira e Silveira (2004) dizem que a Organização Mundial de saúde (OMS) estima que aproximadamente dois milhões de indivíduos no mundo já estiveram em contato com o agente causador da hepatite B. Logo, Stites *et al.* (2000) afirmam que o principal reservatório deste agente etiológico são os portadores crônicos que podem permanecer infectados pelo resto de suas vidas.

Brasil (2005) determinam que os casos de hepatites devem ser de notificação compulsória para permitir, através da Vigilância Epidemiológica (VE), acompanhar as tendências dessa patologia, gerando medidas que possibilitem a prevenção e rastreamento de focos de infecção, assegurando a identificação de novos casos

entre comunicantes. Refere também que as hepatites podem ser confundidas com outras doenças por apresentarem a mesma sintomatologia clínica de outras doenças.

Saltoglu *et al.* (2003) afirmam que mesmo existindo medidas de prevenção para o vírus da hepatite B, este ainda continua sendo um grande problema de saúde mundial por causa de sua morbi-mortalidade e os custos gerados pelo seu tratamento e prevenção. Além disso, salienta que a educação em saúde é a maneira mais eficaz de combater as doenças deste tipo e devem ser realizadas em qualquer unidade de saúde sem que isto gere sobrecarga de trabalho aos profissionais de saúde.

2.2.4 Herpes genital

O herpes genital ou herpes febril é uma doença infectocontagiosa que tem como agentes etiológicos duas cepas diferentes do vírus herpes simples (HSV), o tipo 1 (HSV-1) e o tipo 2 (HSV-2), ambas relacionadas com a causa da doença, mas a maioria dos casos apresentados tem como etiologia o HSV-2 (CAMPOS, 2003).

O HSV é um DNA-vírus, termolábil, sensível a éter, fenol e formol, sendo parcialmente inativado pela radiação ultravioleta, porém resiste bem ao resfriamento. Possui dimensões entre 150 e 250 nm e apresenta quatro componentes básicos: a membrana lipídica mais externa chamada de envelope, o capsídeo icosaédrico que envolve a estrutura helicoidal de DNA em dupla hélice, que por sua vez é circundada por uma substância amorfa, o tegumento (DONALÍSIO, 2002).

A transmissão ocorre na maioria dos casos pelo contato sexual, inclusive orogenital, podendo também ser transmitido por via transplacentária (durante o parto). Em muitos casos, a fonte de contaminação não é definida. O contato com úlceras ou vesículas é a via mais comum de transmissão, logo, também pode ocorrer através do paciente assintomático (BRASIL, 2000).

O DNA dos herpes vírus é composto principalmente por bases pirimidínicas, fato que aumenta a estabilidade do genoma viral. Neste envelope, que é derivado das membranas celulares das células previamente infectadas, expressam-se,

integralmente, as glicoproteínas de superfície próprias dos herpes vírus. Além disto, a replicação do genoma viral e do capsídeo ocorre dentro do núcleo da célula infectada. A própria carioteca participa da formação do envelope viral (SOUZA, 2007).

O autor afirma ainda que todos os herpes vírus apresentam um padrão de arquitetura quase iguais e ambos produzem um grande número de enzimas por ser capazes de agir no metabolismo dos ácidos nucléicos e no processamento protéico celular.

A reinfecção em pacientes assintomáticos é comum nos três primeiros meses após a doença por HSV-2. Além disso, o herpes genital está associado a um risco duas a três vezes maiores de aquisição do HIV, podendo ser responsável pela maioria das infecções pelo HIV em uma população com alta prevalência pelo HSV-2 (ARAL, 1984). Este fator está associado às lesões que esta doença traz ao paciente, deixando-os susceptíveis a outras infecções.

“O estudo epidemiológico de doenças como o herpes genital, com padrão assintomático ou com sintomas inespecíficos, subestima o número total de indivíduos acometidos” (BRASIL, 2006, p. 03). Logo, o estudo torna-se possível apenas através da detecção do microrganismo ou de antígenos específicos para estes (CAMPOS, 2003). Neste aspecto, vê-se que os estudos ainda são escassos, relativamente pequenos e limitados a grupos específicos.

Esta infecção é muito comum e está presente tanto em países industrializados e em desenvolvimento, sendo a maioria dos casos causados pelo HSV-2, embora a prevalência do HSV-1 encontre-se em ascensão nestas regiões, principalmente na população jovem e devido à prática de sexo oral, além disso, a superinfecção pelo tipo 1 e 2 também tem sido relatada frequentemente (PASSOS, 2008).

A maioria das pessoas com sorologia positiva para herpes genital não sabe que possui o vírus e espalha-o para os seus parceiros, só reconhecendo os sintomas e características após educação em saúde ou informação sobre a patologia. (NICOLAU, 2001).

2.2.5 Chlamydia

As infecções e doenças associadas a bactérias do gênero *Chlamydia* têm sido também reconhecidas como problemas graves de saúde coletiva.

O gênero clamídia (*trachomatis*, *pneumoniae* e *psittaci*) estão relacionadas a infecções oculares, genitais e cardiorrespiratórias. Logo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) calcula que haja cerca de 89 milhões de novos casos de infecção por este patógeno no ano de 1995 (BRASIL, 2000).

Segundo Campos (2003) a *Chlamydia pneumoniae* tem sido com frequência relacionada a quadros clínicos de aterosclerose, asma e patógeno respiratório comum.

Poucas informações têm sido geradas acerca das infecções pelas bactérias do gênero *Chlamydia* no Brasil e sinais de tracoma ativo ou inativo foram encontrados em muitos habitantes das regiões amazônicas e florestas fechadas (FREITAS, 1976).

Assim, a *Chlamydia trachomatis* foi identificada na maioria dos homens com uretrite não-gonocócica no Recife, Pernambuco, Belém, Pará demonstrando que a infecção por este agente é comum em diferentes grupos populacionais (ISHAK, 2000; 1988; 1993; MAGALHÃES *et al.*, 1982).

A Clamídia está entre as IST que afetam significativamente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, logo, é também causadora de elevadas taxas de infecções do trato genital superior feminino, principalmente das mulheres jovens e adolescentes (VARELLA, 2000).

O autor traz ainda que esta infecção é um importante agente causador de endocervicite em mulheres sexualmente ativas, podendo ser assintomática ou ainda apresentar sintomas inespecíficos, além disso, a ausência de diagnóstico e tratamento representa um grave problema para o MS pois esta doença pode evoluir para uma endometrite, DIP, esterilidade, infecções neonatais, pulmonares e oculares.

Há uma prevalência significativa em adultos jovens e sexualmente ativos, porém, seu diagnóstico é dificultado pela inadequação laboratorial e pela falta de sintomas específicos, particularmente em mulheres que podem ser assintomáticas na maioria dos casos (PASSOS, 2008).

2.2.6 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV)

A epidemia de HIV é um problema que há muitos anos vem acometendo várias pessoas em todo o mundo. Esta doença vem afetando significativamente todas as regiões do mundo e crescendo cada vez mais o número de casos, principalmente entre as mulheres e crianças através de transmissão vertical (BRASIL, 2004).

Castro *et al.* (2001) diz que nos últimos anos os casos de HIV apresentou mudanças significativas no seu perfil epidemiológico, onde até meados da década de oitenta, a maioria (71%) das notificações por HIV no Brasil eram de homossexuais ou bissexuais masculinos, porém no final da década de noventa pôde-se observar que esse grupo representou apenas 22% do total de casos notificados.

Brito (2000) reforça afirmando que no Brasil, a disseminação da infecção pelo vírus do HIV sofreu importantes transformações no seu perfil epidemiológico ao longo do tempo. Logo, a epidemia que inicialmente concentrava-se nas grandes metrópoles nacionais e era quase exclusivamente masculina, atingindo indivíduos homossexual e hemofílicos, encontra-se hoje em processo de heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização.

Sabe-se que a forma mais eficaz de combater esta doença é a prevenção, e esta só é efetiva se as relações sexuais ocorrerem de forma segura e consciente, neste sentido, as USF devem atuar sobre a prevenção desta doença e também sobre a detecção e tratamento das pessoas que já encontram-se infectadas.

Souza (2004) afirma que é necessário realizar capacitação e treinamentos para os profissionais de saúde a fim de que os mesmos efetuem aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV visando inserir esta atividade na rotina dos serviços.

O autor salienta ainda que as USF precisam de apoio dos gestores e governo para conseguir recursos materiais, humanos e tecnológicos que garantam efetivamente a realização dos testes, buscando diminuir ou minimizar os altos índices de infecção, principalmente entre as gestantes.

Brasil (2000) enfatiza que a epidemia no Brasil, ocorrem abundantemente entre mulheres que têm parceiros fixos e que alguns casais encontram-se em

situação de risco uma vez que os mesmos praticam relações sexuais sem proteção extra conjugal e se infectados pela doença, podem transmiti-la a seu parceiro.

Após infectados pela doença é possível apenas oferecer uma melhor qualidade de vida a estas pessoas, hoje em dia, está disponível medicamentos que atuam sobre a carga viral da doença minimizando os riscos que a baixa imunidade pode trazer aos pacientes. Logo, estes medicamentos estão disponíveis nas USF de acordo com o que é preconizado pelo MS (SOUZA, 2004).

Complementando, Bonolo (2007) diz que com a implementação de novos regimes terapêuticos é possível reduzir ou mesmo tornar imperceptível a carga viral do HIV, assim também diminuir a morbi-mortalidade associadas à AIDS.

É preciso traçar estratégias que visem a prevenção da infecção por IST como a AIDS e também medidas que implementem os cuidados a estes pacientes de forma ética e humana.

2.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM IST

A participação e assistência do profissional de enfermagem são elementos essenciais na melhoria da qualidade de vida dos portadores de IST.

Assim, Brasil (2000, p. 14) salienta que “a participação de enfermeiros e outros profissionais de saúde deve ser estimulada em todas as etapas do atendimento”.

Este autor salienta ainda que é preciso que os profissionais de enfermagem aconselhem as pessoas através da educação em saúde e também identifiquem e previnam os possíveis riscos que os tornam susceptíveis a estas doenças.

A implantação de atividades de prevenção das IST na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde (MS) para que haja um controle e diminuição dos casos de IST (BRASIL, 2005).

Brasil (2000, p. 15) afirma que “o aconselhamento, a detecção de situações de risco e a educação para saúde das pessoas com DST e seus parceiros são atividades nas quais esses profissionais deverão atuar”.

Neste sentido, o MS através da unidade básica de saúde recomenda que sejam ofertados, gratuitamente, através do SUS, nos programas de saúde da Família, o teste anti-HIV, visando detecção precoce destas enfermidades (BRASIL, 2006).

Acrescentando, Brasil (2000, p. 14) afirma que,

Os portadores de DST devem receber atendimento e tratamento imediato. A espera em longas filas e a possibilidade de agendamento para outro dia, associadas à falta de medicamentos, são talvez os principais fatores que induzem à busca de atenção diretamente com o balconista da farmácia. Em si, o atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa, mas também, e principalmente, uma ação preventiva da transmissão do HIV e do surgimento de outras complicações.

Sabe-se que quando não há atendimento eficaz, ou o paciente tem que aguardar por muito tempo este atendimento, há uma enorme chance de o mesmo desistir de procurar assistência e tentar solucionar seu problema de uma maneira mais fácil, como no caso de pacientes que realizam a automedicação.

Vale ressaltar que a enfermagem presta cuidados a estes pacientes que envolvem o contato direto com o doente (ALMEIDA, 1986). Logo, este cuidado deve ser humano e sutil, uma vez que os mesmos estão psicologicamente abalados e também esta doença envolve fatores sociais importantes, além dos mitos e tabus que ainda existe em nosso meio.

Desta forma, percebe-se o quanto é importante o profissional de saúde estar preparado para realizar atendimento de qualidade aos pacientes para que este processo transcorra da forma mais natural possível, evitando possíveis traumas futuros a estes indivíduos.

Barbosa e Monteiro (2002, p.01) trazem que

Emerge a necessidade de investirmos na capacitação dos profissionais de saúde, e em especial do enfermeiro que constitui elemento articulador da equipe de saúde e coordenador da equipe de enfermagem, com vistas a uma assistência que privilegie a prevenção, acompanhe e controle dos estágios da doença e da terapêutica medicamentosa desmistificando tabus e preconceitos alicerçados na limitação e até ausência de conhecimentos apropriados sobre a doença.

As autoras salientam ainda que a enfermagem atua sobre o processo saúde-doença de forma a prestar atendimento a população visando melhorar ou diminuir as alterações que são decorrentes deste processo.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza exploratória com abordagem quantitativa que possibilitaram a verificação da ocorrência IST no município de Santo Antonio de Jesus-Ba.

É exploratória, porque envolve levantamento bibliográfico, coleta de dados em banco de dados e também possibilita, ao pesquisador, um maior conhecimento acerca do assunto, permitindo ao mesmo familiarizar-se com o objeto de estudo (GIL, 2002).

A abordagem quantitativa justifica-se devido ao caráter do estudo em apropriar-se da análise estatística para a contemplação dos dados obtidos durante a análise e tratamento dos dados. Assim, Proetti (2006) reforça afirmando que esta abordagem visa quantificar os dados obtidos e para tal utiliza-se de métodos estatísticos para sua realização buscando precisão nos resultados.

Complementando, Michel (2005) salienta que os resultados são alcançados e confirmados pelo número de vezes em que o fenômeno investigado acontece.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local da pesquisa foram as unidades notificadoras da cidade de Santo Antonio da Jesus-BA. O município fica localizado no recôncavo baiano às margens da BR 101, a 187 km de Salvador. Sua área é de 261 quilômetros quadrados e sua população é aproximadamente 90.985 habitantes, segundo o censo demográfico de 2010. O município pertence a 4ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES). O município conta com Unidades de Saúde da Família (USF), um Hospital Regional que atende ao município e cidades circunvizinhas, 01 clínica de nefrologia, 01 Hospital

Maternidade (Luís Argolo) e várias outras unidades de atendimento a saúde pública e privadas.

Reconhecendo a importância de delimitar a área de estudo, por entender que toda pesquisa acontece em local e tempo determinado, a pesquisa foi realizada na vigilância epidemiológica do município, onde foi realizado um levantamento de dados através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que fica localizado na Avenida Barros e Almeida s/nº próximo ao SEREST. A coleta de dados foi referente aos anos de 2008 a 2010.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo contemplou todas as pessoas do município de Santo Antônio de Jesus que foram notificadas na base de dados do SINAN em relação às ISTs durante o período de 2008 a 2010.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico pra melhor entendimento do problema abordado, que serviu de suporte durante todo o desenvolvimento do estudo.

Anteriormente, foi apresentado ao coordenador da Vigilância Epidemiológica do município um ofício (Anexo A) feito pela coordenação do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Maria Milza, apresentando o graduando, os objetivos da pesquisa e solicitação para sua realização.

Após aprovação, partiu-se para a coleta dos dados onde foram utilizados os arquivos do banco dados de notificação do SINAN catalogadas entre os anos de 2008 a 2010, que estavam relacionadas a ocorrências de IST.

Nas fichas, foram observados os seguintes aspectos: variáveis sócio demográficas (sexo, idade) e clínicas (tipos de IST, tipo de tratamento, tempo do diagnóstico). Vale ressaltar, que não foram realizadas entrevistas nem questionários complementares.

3.5 CRITÉRIOS ÉTICOS

O estudo cumpriu todas as normas éticas, enfocando todos os aspectos referentes ao sigilo das informações colhidas. Esta pesquisa aconteceu de acordo com as normas estabelecidas na Resolução 196/96 do conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. (BRASIL, 1996).

Assim, o projeto foi enviado ao Comitê da Ética da faculdade Maria Milza (CEP- FAMAM) para apreciação e consentimento da sua execução. Também foi enviado um ofício da Coordenação do Curso de enfermagem da FAMAM para a Instituição foco do estudo, solicitando o desenvolvimento da pesquisa na área.

Após aprovação do mesmo pela instituição pesquisada e pelo CEP/FAMAM, através do parecer n. 127/2011 seguiu-se para a entrada no campo da pesquisa.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Todas as informações coletadas em campo foram organizadas em planilhas do programa Microsoft Excel versão 2007. Em seguida foi realizada uma análise dos percentuais distribuídos por faixa etária e sexo. Posteriormente, houve a construção de tabelas e gráficos. Após essa etapa processou-se a análise, interpretação e discussão de todas as informações expressas nos resultados alcançados.

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os dados obtidos no decorrer da pesquisa, considerando os objetivos propostos na sua metodologia. Este estudo mostra a ocorrência de casos de IST no município de Santo Antônio de Jesus nos anos de 2008 a 2010

4.1 DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE IST POR ANO NO MUNICÍPIO INVESTIGADO NOS ANOS DE 2008 A 2010.

No município investigado, foi constatado que houve um aumento progressivo nos números de casos de IST entre a população. Em 2008 foram notificados 945 casos das doenças. No ano seguinte (2009) foram relatados 1576 casos e em 2010 este número aumentou ainda mais evidenciando 2035 casos (TABELA 01).

TABELA 01: DISTRIBUIÇÃO TOTAL DE CASOS DE IST POR ANO NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS NOS ANOS DE 2008 A 2010.

ANO	N
2008	945
2009	1576
2010	2035
MÉDIA	1518,66
TOTAL	4556

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SAJ

Neste sentido, evidenciou-se um aumento de 631 casos de 2008 para 2009. Logo, do período de 2008 a 2010 evidenciou-se um aumento de 1090 casos. Pode-se constatar também que a média dos números de casos por ano foi de 1518,66.

Gir (1991) estima que 12 milhões de novos casos de IST ocorram por ano no país. Corroborando Petri (1988) afirma que a incidência dessas patologias tendem a aumentar sua incidência nos anos de 2005 a 2010.

Codes, *et al.* (2006) afirmam que no Brasil, a incidência de IST tem aumentado entre os vários níveis da população, logo, é entre os adolescentes que este número tem mais aumentado. Saliencia que isto pode estar associado ao fato de os adolescentes não pôr em prática as medidas recomendadas para a prevenção dessas doenças e também que a participação do nível sócio-econômico dos indivíduos é um fator de risco para as IST.

Estes achados levam-nos a pensar que a ocorrência de IST é maior entre as pessoas com menor nível econômico e social, multiplicidade de parceiros por apresentarem-se em período sexual ativo. Além disso, estas pessoas não estão fazendo uso de preservativos como preconiza o Ministério da Saúde. Assim, neste estudo observa-se que com o passar dos anos o número de casos aumentou exponencialmente, gerando assim preocupação no âmbito da saúde pública do município estudado. Este aumento pode ser observado com mais clareza na figura 01 a seguir:

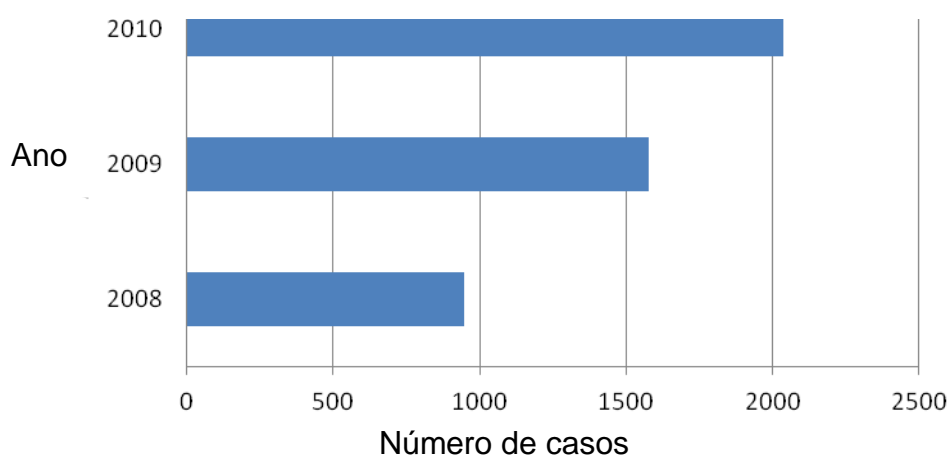


FIGURA 01: TOTAL DE CASOS POR ANO NA CIDADE DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA NOS ANOS DE 2008 A 2010.

Corroborando Brasil (2006) afirma que outras várias IST não curáveis, incluindo o herpes genital (HSV-2), infecções pelo papilomavirus humano (HPV), hepatite B (HBV) e infecção pelo HIV ocorrem anualmente. Passos (2005) complementa estimando que no Brasil, ocorram, a cada ano, um total de cerca de 6.000.000 novos casos de IST.

O crescimento nos índices das ocorrências de Infecções sexualmente transmissíveis não ocorre apenas pela variedade de patologias, mas também pela mudança da faixa etária em que os jovens estão começando sua vida sexual, assim como os idosos estão permanecendo mais tempo sexualmente ativos.

4.2 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE IST POR FAIXA ETÁRIA ENTRE 2008 A 2010.

As IST são, a cada dia, um problema de saúde pública, logo, vale ressaltar que acomete as pessoas nas mais variadas faixas de idade.

Quanto à faixa etária, o presente estudo, evidenciou em 2008 que os adultos com idades entre 20 e 35 totalizaram 505 casos, ficando em segundo lugar as pessoas de 36 a 49 anos com 251 casos. Em 2009 foram totalizados 883 casos na faixa etária de 20 a 35 anos e 433 casos nas pessoas de 36 a 49 anos. Já em 2010 a maior incidência também foi entre a faixa etária de 20 a 35 anos com um total de 1121 casos de IST notificadas, demonstrando que a faixa etária com maior incidência é entre 20 e 35 anos.

TABELA 02: Distribuição dos casos de IST por faixa etária entre 2008 a 2010.

FAIXA ETÁRIA	2008	2009	2010
<10	0	3	6
10 a 14	4	8	20
15 a 19	93	121	166
20 a 35	505	883	1121
36 a 49	251	433	537
50 a 64	74	112	148
65 a 79	17	15	32
>80	1	1	5

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SAJ

Beria (1998) cita em seu estudo que os jovens de ambos os sexos estão suscetíveis às IST, isto porque os mesmos desejam realizar novas experiências, principalmente sexuais, logo, estas experiências ocorrem sem nenhuma proteção, ficando os mesmos suscetíveis a doenças. Além disso, a adolescência é um período em que os jovens não aceitam os conselhos que lhe são dados, ficando assim, difícil de enfatizar a necessidade do uso de preservativos.

Observa-se na figura 02 que a faixa etária menos acometida por IST ficou entre os menores de 14 anos e maiores de 65 anos. Dessa forma, sabe-se que as estatísticas mais recentes trazem que os casos de HIV vêm aumentando entre os jovens.

Taquetti *et al.* (2004, p.04) corroboram com o enunciado acima e afirmam que “Os adolescentes em geral sabem que o preservativo evita doenças e gravidez, mas mesmo assim não o usam”.

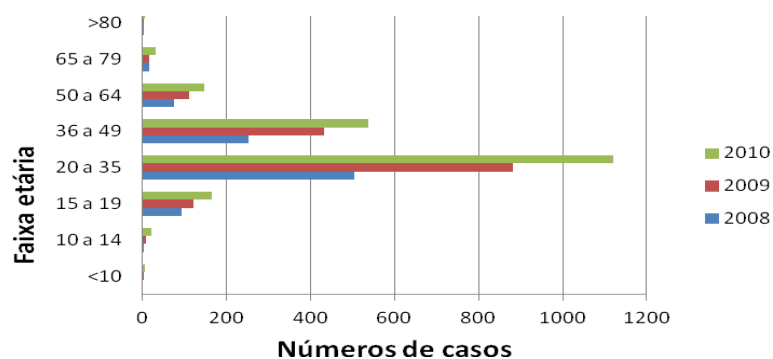


FIGURA 02: Frequência de IST's por faixa etária nos anos de 2008 a 2010 em Santo Antônio de Jesus-BA.

Brasil (2006) estima que ocorra 340 milhões de casos novos por ano de IST curáveis em todo o mundo, entre 15 e 49 anos. De acordo Eleutério Junior *et al.* (2001) a faixa etária mais acometida esta entre 20 e 45 anos, época em que a atividade sexual e a troca de parceiros são mais freqüentes.

4.3 DISTRIBUIÇÃO GERAL DOS CASOS POR UNIDADE NOTIFICANTE NOS ANOS DE 2008 A 2010.

As USF funcionam como uma ferramenta principal para o tratamento e prevenção das doenças, inclusive as IST. Além disso, possui profissionais capacitados para detecção, tratamento e prevenção destas. É preciso estimular e educar as pessoas a procurar estes postos para melhores esclarecimentos sobre as doenças e formas seguras de praticar o sexo.

Corroborando, Taquetti *et al.* (2004, p.04) afirmam que “o uso infreqüente do preservativo pode ser combatido pelas equipes de saúde e assim tornar possível uma diminuição dos índices de DST na adolescência”.

Diante do exposto, Brasil (2008) afirma que para a prevenção das DST/AIDS é necessário a integração de ações e políticas públicas e compreender os múltiplos aspectos que modulam as crenças e os hábitos dos indivíduos. Complementando

Silva (2010), diz que o enfermeiro é o membro da equipe básica multidisciplinar que tem a visibilidade e vive as tensões entre a teoria e a prática, podendo observar diversos fatores, no monitoramento das condições de saúde dos indivíduos.

Neste estudo foram encontradas 23 unidades notificantes, onde se soma 4471 casos notificados de IST entre os anos de 2008 a 2010.

A USF São Francisco foi a que mais notificou casos de IST com um total de 681 casos registrados em três anos. Porém, a Policlínica municipal não notificou nenhum caso de IST.

Observa-se uma grande incidência dos casos de IST em regiões periféricas do município como a USF Alto do Santo Antonio, Calabar, Sales e outras. Este fato corrobora com os estudos de Passos (2005) quando afirma que questões econômicas influenciam diretamente na infecção por estas doenças.

É de se imaginar que a policlínica não atenda pacientes vítimas de IST, reservando-se apenas a realização de exames por tal motivo não apresenta nenhum caso registrado (DATASUS).

É possível também que nas unidades com baixo índice de notificações pode estar ocorrendo subnotificação de casos, o que é preocupante, pois estes dados servem para quantificar e avaliar a situação de risco de uma comunidade.

Moreira e Juarez (2003) ressaltam que o sub-registro, ou seja, subnotificação de doenças sexualmente transmissíveis não permitem avaliar o impacto de tais esforços sobre o contingenciamento das mesmas, mas reconhece-se que é muito elevado o número de casos no Brasil e que entre 10 e 12 milhões de casos novos ocorrem anualmente.

O quadro 01 traz um demonstrativo das unidades notificantes de IST e seus respectivos números de casos notificados entre os anos de 2008 a 2010.

Quadro 01: Distribuição geral dos casos por unidade notificante nos anos de 2008 a 2010.

UNIDADE NOTIFICANTE	Nº DE CASOS EM 2008	Nº DE CASOS EM 2009	Nº DE CASOS EM 2010	TOTAL
ALTO SANTO ANTONIO	50	71	142	263
AMPARO	55	63	66	184
ANDAIÁ I	45	54	35	134
ANDAIÁ II	45	31	44	120
AURELINO PEREIRA DOS REIS	39	43	52	134
BOA VISTA	4	100	92	196
CALABAR	39	78	128	245
CENTROSAJ	67	61	174	302
COÇÃO	20	43	45	108
ESPERANÇA	47	22	65	134
FERNANDO QUEIROZ I	34	68	70	172
FERNANDO QUEIROZ II	38	60	61	159
IRMÃ DULCE	59	113	116	288
MANOEL ALMEIDA NASCIMENTO	18	93	83	194
MARITA AMANCIO	19	14	24	57
POLICLÍNICA	0	0	0	0
SALES	48	72	144	264
SANTA MADALENA	19	9	37	65
SÃO FRANCISCO	83	337	261	681
SÃO PAULO	77	49	86	212
URBIS II	47	40	57	144
URBIS III	41	85	100	226
VIRIATO LOBO	36	47	106	189
ALTO DO MORRO	15	8	12	35
HEMOSAJ	0	15	0	15
CTA/SAE	0	0	35	35

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/SAJ

4.4 OCORRÊNCIA DE HEPATITE NO MUNICÍPIO INVESTIGADO NOS ANOS DE 2008, 2009 E 2010.

Esta etapa do estudo traz uma visão dos casos de hepatite no município de Santo Antônio de Jesus-BA nos anos de 2008 a 2010.

A hepatite é uma doença que afeta o fígado, logo, Brasil (2005) afirma que pode ser provocada por vírus ou bactérias. Logo, tem-se seis tipos diferentes de vírus da hepatite (A, B, C, D, E e G) e também pelo consumo de produtos tóxicos como o álcool, medicamentos e algumas plantas.

Smeltzer (2002) trazem que uma hepatite pode tornar-se crônica e pode evoluir para uma lesão mais grave no fígado (cirrose) ou para o carcinoma hepático e em função destas doenças provocar a morte. Existem ainda as hepatites auto-imunes que são uma espécie de uma perturbação do sistema imunitário, que se desenvolve auto-anticorpos que atacam as células do fígado, em vez de as protegerem.

Bonetto *et al.* (1998) traz que a Hepatite é mais contagiosa do que a AIDS e pode levar ao óbito imediato e é responsável por 80% dos casos de câncer hepático e só perde, em patogenicidade para o fumo.

No presente estudo, em 2008 ocorreram sete casos sendo dois casos de hepatite B, três casos de hepatite C e dois casos tidos como ignorado (FIGURA 03)

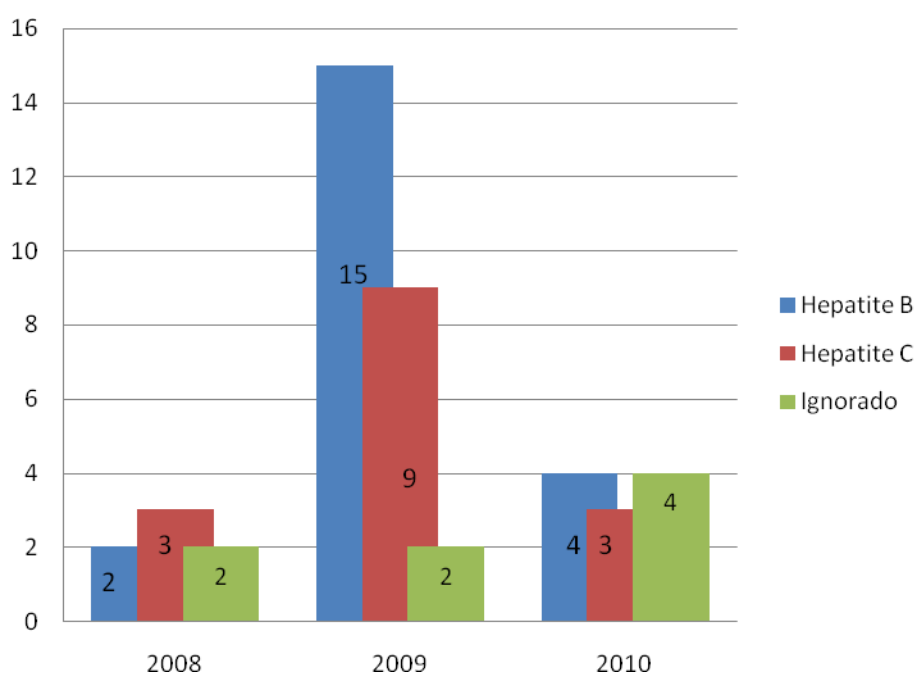


FIGURA 03 OCORRÊNCIA DE HEPATITE NO MUNICÍPIO INVESTIGADO NOS ANOS DE 2008, 2009 E 2010.

Pode-se notar também, neste estudo, uma diminuição de casos de hepatite de 2009 para 2010, sendo que, em 2009 foram 26 casos, 15 de hepatite B, nove de hepatite C e dois casos ignorados. Em 2010 foram notificados 11 casos onde, quatro foram do tipo B, três do tipo C e quatro casos ignorados.

Esta diminuição pode ser reflexo das buscas por melhorias no diagnóstico e tratamento das hepatites. Em concordância, Ferreira (2006) salienta que surgiram melhorias das condições de higiene e de saneamento das populações, além da vacinação contra a Hepatite A e B e as novas técnicas moleculares de diagnóstico do vírus da Hepatite C, que podem contribuir para a diminuição dos casos de hepatite.

Corroborando, Donalísio (2002) afirma que a progressiva integração entre as instâncias gestoras dos programas de vigilância e controle das doenças com grupos de pesquisa e desses com os serviços e a disponibilização de bancos de dados nacionais mais confiáveis apontam para novos e melhores caminhos.

A figura 04 abaixo mostra a ocorrência de hepatite por sexo, os dados mostram uma incidência muito maior no sexo feminino com 29 casos que corresponde a 66% e o sexo masculino teve 15 casos (34%) notificados.

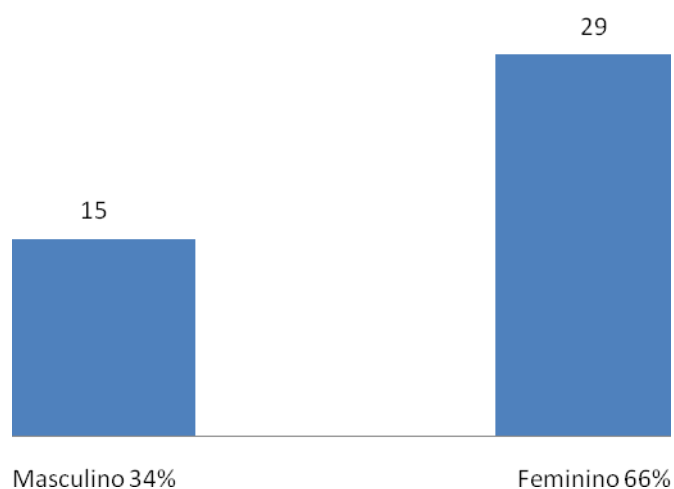


FIGURA 04 PERCENTUAL DE CASOS DE HEPATITE POR SEXO EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA NOS ANOS DE 2008 A 2010.

Um dos motivos para o aumento dos casos em mulheres pode ser a não utilização de preservativos. Codes *et al.*(2002) trazem que, das mulheres infectadas, 5% afirmaram sempre fazer uso de preservativo, 8% usavam algumas vezes e 25% nunca o faziam, corroborando com os achados deste estudo.

Discordando dos achados no presente estudo, Zachoval e Deinhardt (1998) dizem não haver diferença na prevalência de hepatite entre homens e mulheres ou entre pessoas de raças diferentes, numa mesma comunidade desde que comparemos indivíduos do mesmo nível sócio-econômico.

De acordo com a figura 05 abaixo, que traz o percentual de casos de hepatite em Santo Antônio de Jesus-BA nos anos de 2008 a 2010, no presente estudo a maioria dos investigados (44%) estão entre a faixa de idade de 36 a 45 anos.

Logo, 11 casos de hepatites (26%) estão entre a faixa de 26 a 35 anos, seguido de 9% para a faixa etária de 11 a 25 e 46 a 55%.

Os menores índices ficaram para as idades de menores de 10 anos (2%) e de 56 a 65 anos (2%) e 66 a 75 anos correspondiam a 5%.

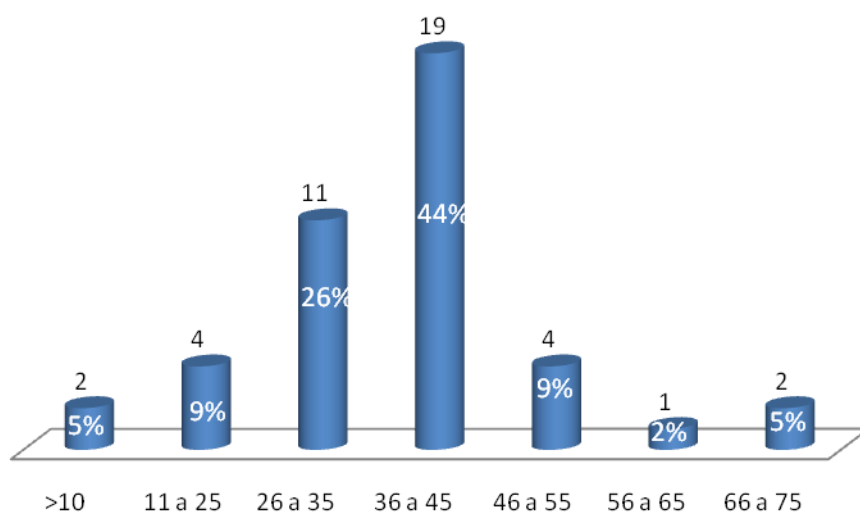


FIGURA 05 Percentual de casos de hepatite em Santo Antônio de Jesus-BA nos anos de 2008 a 2010.

Anastácio (2008) verificou em seus estudos, que a parte da população com sorologia positiva para HbsAg, existe uma prevalência de 44,24% do HVB em pessoas na faixa etária compreendida entre 21 e 40 anos.

O estudo constatou que a prevalência dos casos de hepatites notificados em Santo Antônio de Jesus-Ba, esta de acordo com estudos realizados anteriormente em outros locais do país, contemplando a faixa etária de maior incidência a compreendida entre 26 e 45 anos totalizando 70% dos casos notificados.

Corroborando Costa (1999) constatou em seus estudos que a maior parte dos casos de hepatite B encontra-se na faixa etária dos 15 e 45 anos, enquanto a maioria dos casos de hepatite C concentra-se na faixa etária dos 15 aos 34 anos.

4.5 OCORRÊNCIA HIV NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DE JESUS, BAHIA.

O HIV é popularmente conhecido como AIDS e estes vírus encontram-se espalhados no sangue, no esperma, na secreção vaginal e no leite materno das pessoas infectadas. O vírus tem um tempo de incubação de até 10 anos, por isso a pessoa contaminada pode ter o vírus e não ter AIDS que é a doença causada por esse vírus. Quando a AIDS se manifesta ela destrói as células de defesa do organismo, deixando a pessoa suscetível a infecções por outras patologias. As pessoas mesmo sem manifestar a AIDS são capazes de transmitir o vírus e disseminar a doença (SMELTZER *et al.*, 2002).

Os resultados encontrados na pesquisa mostram que houve um aumento de 160% dos casos de HIV no período analisado de 2008 para 2010. No ano de 2008 foram notificados 29 casos (20%), em 2009 ocorreram 46 casos (30%) e em 2010 totalizou-se 75 casos (50%). Como pode-se observar na figura 06 abaixo:

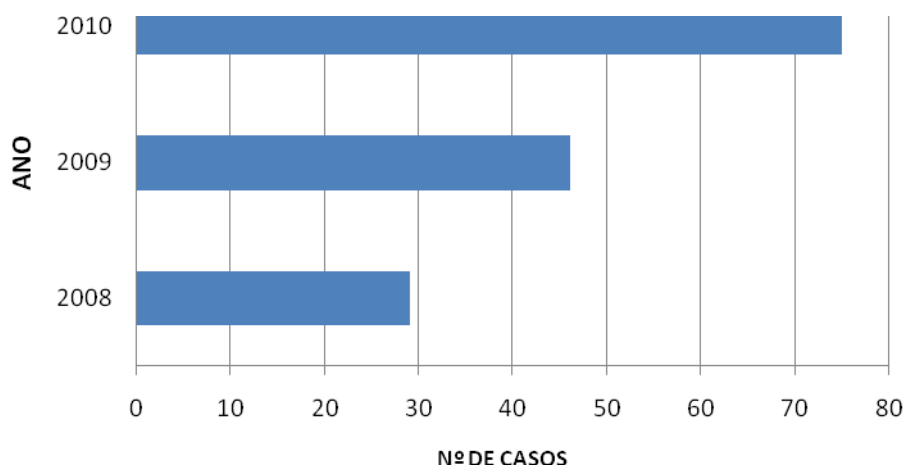


FIGURA 06 CASOS DE HIV NOTIFICADOS EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA NOS ANOS DE 2008 A 2010.

O HIV tornou-se um dos principais objetivos dos centros de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, tendo em vista que a principal fonte de infecção pelo HIV é o contato sexual, podendo ser controlado apenas com o uso de preservativos.

Corroborando Souza (2007) afirma que no Brasil tornou-se um desafio para as políticas oficiais do Ministério da Saúde (MS) criar uma maior consciência e autonomia na população para a tomada de decisão frente à infecção pelo HIV, assim como às demais DST's.

Complementando Brasil (1998) se, por um lado, as informações sobre transmissão e prevenção do HIV têm sido maciçamente divulgadas, por outro, a epidemia vem apresentando um aumento progressivo no número de casos. Ainda de acordo com Brasil (2002), a estratégia principal para o controle da transmissão das DST/AIDS está na prevenção, e esta deve priorizar informações constantes para a população em geral por meio de atividades educativas que envolvam tanto mudanças no comportamento das práticas sexuais quanto na adoção de medidas que enfatizem a utilização adequada de preservativo.

“Não devemos, abandonar outras medidas de redução do risco de contaminação por DST como: orientações sobre o início da vida sexual, fidelidade

mútua, redução do número de parceiros e abandono de práticas sexuais de risco” (TAQUETTI *et al.*, 2004, p.04).

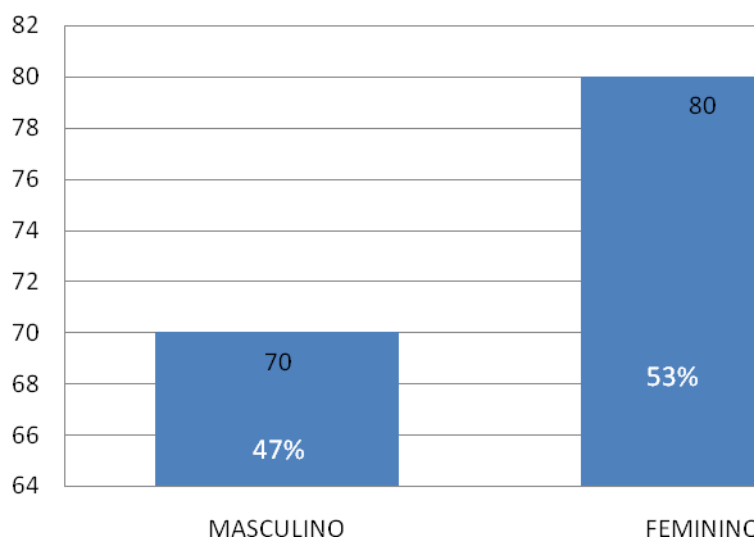


FIGURA 07 PERCENTUAL DE CASOS DE HIV POR SEXO EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA NOS ANOS DE 2008 A 2010,

Na figura 07 encontram-se dados referentes ao percentual de HIV por sexo, onde o sexo masculino apresenta 70 casos notificados que corresponde a 47% dos casos, e o sexo feminino 80 casos correspondente a 53% dos casos. Mostrando uma incidência maior no sexo feminino.

Brasil (2010) afirma que no Brasil, a propagação da infecção pelo HIV vem sofrendo transformações significativas no seu perfil epidemiológico, com tendência de pauperização da população infectada e aumento de casos em heterossexuais – principalmente mulheres, crianças e jovens.

Corroborando Castilho e Rodrigues (2004) diz que a tendência de crescimento do número de mulheres na epidemia, sobretudo na subcategoria heterossexual, desde 1992, traduz-se na maior vulnerabilidade feminina e menor acesso aos serviços de saúde reprodutiva, além da dificuldade em negociar o uso de preservativo com o parceiro na maioria dos casos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As infecções sexualmente transmissíveis apresentam-se no cenário nacional como um problema de saúde pública tendo em vista o número de casos e os custos para seu tratamento. O SUS oferece através de sua rede, em especial as USF, tratamento e medidas preventivas para as IST. Observa-se que após, a descentralização do SUS, os municípios passaram a administrar o orçamento e as despesas das USF em relação às práticas de saúde desenvolvidas, percebe-se então que com a demanda de casos de IST aumentando progressivamente, foi necessário conhecer de modo mais profundo o quadro das ocorrências de IST no município.

Esta pesquisa objetivou verificar a ocorrência de infecções no município de Santo Antônio de Jesus-Ba. Logo, pôde-se observar que no município, os casos de IST vêm sofrendo um aumento em seu número no período pesquisado que foi de 2008 a 2010, que avançou de 945 casos em 2008 para 2035 casos em 2010.

Na especificidade de seus objetivos esta pesquisa avaliou também a incidência de casos de HIV e Hepatites, onde os casos de HIV tiveram um aumento considerável de 29 casos em 2008 para 75 casos em 2010, reforçando o que a literatura traz sobre incidência desta doença no país.

Os casos de Hepatite apresentaram um grande crescimento em 2009, entretanto em 2010 notou-se uma redução significativa, em 2008 foram 07 casos notificados, em 2009 aumentou para 26 casos e em 2010 houve uma redução para 11 casos notificados, este fator pode estar associado ao trabalho preventivo que é realizado pelo Ministério da Saúde e que é citada por muitos autores como forma de prevenção das IST.

Observou-se que algumas USF continuaram no decorrer dos anos apresentando níveis de notificações elevados, entre essas unidades destacam-se a USF São Francisco com maior incidência de casos notificados apresentando 618 casos de IST durante os três anos pesquisados, seguida pelas unidades do CENTROSAJ com 302 casos, a USF Irmã Dulce com 288 casos, a USF Alto Santo Antônio com 263 casos entre outras que apresentaram valores de casos de IST muito altos.

Vale salientar que foi observado nessa pesquisa que a faixa etária com maior incidência em IST no período da pesquisa que foi de 20 a 35 anos com 2509 nº de casos, seguida da faixa 36 a 49 anos com 1221 casos.

Considerando os dados encontrados é possível vislumbrar a magnitude e a proporção com que as IST estão se alastrando na população de Santo Antônio de Jesus-Ba.

Neste sentido, torna-se necessário a criação de mecanismo para identificação e tratamento precoces dos casos, a fim de evitar a contaminação de novos indivíduos, pois a principal forma de contaminação são as relações sexuais desprotegidas e multiplicidade de parceiros. Assim, é importante a criação medidas de educação em saúde para promover o conhecimento de como se adquire e se previnem as IST.

Desta forma, haverá também manutenção da saúde dos indivíduos conforme preconiza o Ministério da Saúde através do SUS, suas leis e portarias, garantindo aos cidadãos garantias de equidade, integralidade e universalidade nos atendimentos. Logo, esta prevenção e conseqüente diminuição destes casos de IST poderão levar a diminuição dos custos alterados aos cofres públicos, e conseguido uma melhoria na qualidade de vida dos moradores da cidade de Santo Antônio de Jesus-Ba.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. A formação do enfermeiro frente à reforma sanitária. **Cad. Saúde Pública** 1986; 2(4):505-10.

ANASTÁCIO, J.; JOHANN, A. A.; SILVA, A. L.; COLLI, S. J. R. C.; PANAGIO, L. A.. prevalência do vírus da hepatite b em indivíduos da região centro-ocidental do paraná, brasil. **SaBios: Rev. Saúde e Biol.**, v.3, n.2, p.10-15

ARAL S. O.; GUINAN M. E. **Mulheres e doenças sexualmente transmissíveis**. In: Holmes KK, Mårdh PA, Sparling PF, PJ Weisner, editores. Doenças sexualmente transmissíveis. New York: McGraw-Hill, 1984. p. 85-9.

AVELLEIRA, J. C. R. ; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. Anais Brasileira de Dermatologia, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>. Acesso em: 25 de novembro de 2011.

BARROS S. M. O, LEVANTEZI M. Comportamentos de risco para infecção pelo HIV relatados por gestantes atendidas no serviço de pré-natal do Amparo Maternal. **Rev Paul Enferm** 1993; 12(3):122-5.

BARROS SMO, Marin H, MYAZAWA N, Cozzupoli CA. **Cuidados domiciliares ao paciente com síndrome da imunodeficiência adquirida**. Acta Paul Enferm 1989; 2(1): 30-2.

BARROSO MGT, Miranda CCL, PINHEIRO PN C. **A aids sob o olhar da companheira contaminada**. Rev Bras Enferm 1998;51(3):393-402.

BARBOSA, E. M. S. B.; MONTEIRO, E. M. L. M. **Capacitação na prevenção e assistência em dst/hiv/aids**: relato de experiência. fensg – faculdade de enferm. nossa senhora das graças – univ. de pernambuco .2002.Disponível em: http://www.prac.ufpb.br/anais/lcbeu_anais/anais/saude/hiv.pdf. Acesso em: 25 de novembro de 2011.

BERIA J. U. **Ficar transar: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS**. Porto Alegre: Tomo Editorial; 1998.

BONETTO, D.; CRUZ, F. M. M.; CARNEIRO R. M. **Doenças sexualmente transmissíveis (DST), AIDS e Hepatite-B**: antigas preocupações, novos desafios.

Adolescência Latinoamericana, 1414-71-137-138,0/01/1998. Disponível em:< j7h-0l8h-l7h7u6t'k7g> Acesso em: 04 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Doenças sexualmente transmissíveis**: manual de bolso. 1.ed. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2000.07p.

BRASIL. **Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/AIDS – 2005**. u. saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_estrategico. pdf (acessado em 24 de outubro de 2010).

_____. **HIV/AIDS, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Cadernos de Atenção Básica 18).

_____, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **AIDS: Boletim Epidemiológico** [periódico on-line] 2001; 15(1). Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 24 de outubro de 2010.

_____.Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST. Programa Nacional de DST/Aids 4ª Edição**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9D30FACFPTBRIE.htm>. Acessado em 19/03/2011.

_____. Divisão Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis-SIDA/AIDS. **Normas técnicas para prevenção da transmissão do HIV nos serviços de saúde**. Brasília: Centro de Documentação; 1989.

_____.Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS/ **Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)**. 3ª ed. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde, 1998. **Boletim Epidemiológico de Aids, Ano XI, Número 1:9-11. Coordenação Nacional de DST e Aids**.

_____.Ministério da Saúde (BR). **Programa Nacional de DST/AIDS. Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST. Manual de Bolso**. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S003471672007000400014&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 23 de março de 2011.

_____. Resolução nº 196/96. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Disponível em:// www.datasus.gov.br/conselho/resol96/Res19696.htm>. Acesso em 12 julho de 2011.

BONOLO, P. de F.; GOMES, R. R. de F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(4):261-278, out-dez, 2007**

BOGASKI N. T.; SCHIRMER J.; BARBIERI M. A prevenção das DST/AIDS entre adolescentes. **Acta Paul Enfermagem, 2000; 13:18-26.**

BRITO, A. M. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. n. 34, v.2: 207-217, mar-abr, 2000.**

BUTLER W, editores. **A epidemia oculta: enfrentando doenças sexualmente transmissíveis**. Washington DC: Institute of Medicine / National Academies Press, 1997.

_____. Nacional de Programas Especiais de Saúde. Ministério da Saúde. 2000 **Divisão Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis - SIDA/AIDS.**

_____. Nacional de Programas Especiais de Saúde. 2008. **Divisão Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis - SIDA/AIDS.**

_____. **Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/AIDS-2004.** <http://bvsms.Saúde.gov.br/bvs/publicacoes/plano-estrategico.Pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2011.

Costa MCF. Hepatite B e hepatite C: estudo de incidência 1995–1997. **Rev Port Saude Publica 1999;17(2):47–54.**

CASTILHO EA, RODRIGUES-JUNIOR AL. **A epidemia da AIDS no Brasil, 1991-2000.** *Rev Bras Soc Med Trop* 2004; 37(4): 312-7.

CASTRO, T. P. T. de; LORENZI, D. R. S. de; TONIN, C.; ZAPPAROLI, M. HIV e Gestação. **Rev. Cient. AMECS** 2001, n.10, v.1, p. 39 – 46.

CAMPOS, S. **Ginecologia / Mulher HPV - papilomavírus**, 2003. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/7471>>. Acesso em 02 de Maio de 2011.

CODES J. S., COHEN D. A., MELO N. A.; SANTOS A. B.; CODES J. J. , SILVA-JÚNIOR J. C., et al. **Deteção de doenças sexualmente transmissíveis em clínica de planejamento familiar da rede pública no Brasil**. Rev Bras Ginecol Obstet 2002; 24:101-6.

BAHIA, DATASUS. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Estabelecimentos de saúde**. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2907306411703. Acesso em 24 de abril de 2011.

DINIZ SG, VILLELA WV. **Interfaces entre os programas de AIDS e saúde reprodutiva: o caso brasileiro**. In: Parker R, Galvão J, Bessa MS, organizadores. Saúde, desenvolvimento e política. Respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Editora 34/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 1999. p. 177-224.

DONALÍSIO M. R. **Epidemias e endemias brasileiras – perspectivas da investigação científica**. Ver. Brás. Epidemiologia 2002; 5(3): 226-8.

ELEUTÉRIO JÚNIOR, J.; BARBOSA, R. C. C.; COSTA, N. N.; CÉSAR, A. B. F.; SAMPAIO, S. B. **Esfregaços endocervicais por escova: avaliação citológica e correlações clínico-colposcópicas**. RBAC 33(4): 175-8, 2001.

FAIRWEATHER D. V; ORIEL, G. L. R. **Chlamydia trachomatis em uma população clínica de ginecologia: identificação de grupos de alto risco e do valor dos contactos**. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1989; 31:67-74.

FERREIRA, C. T.; SILVEIRA, T. R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v.7, n.4, p.473 – 487, 2004.

GARNETT G. P., ARAL SO, D. V. H.; CATES JUNIOR W., RM Anderson. **A história natural da sífilis. Implicações para a transmissão dinâmica e controle de infecção**. Envio Dis Sexo 1997, 24: 185-200

GERBASE A. C.; ROWLEY, J. T., MERTENS T. E. **Global epidemiologia das doenças sexualmente transmissíveis**. Lancet.1998; 351 (Supl 3) :2-4.

GERSHON R. R., VLAHOV D., FELKNOR S. A., VESLEY D, JOHNSON P. C., DELCLOS GL et al. **Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospitals.** Am J Infect Control 1995; 23(4):225-36.

GIR E., MORIYA T. M., COSTA J. C., DUARTE G., OLIVEIRA M. H. P., BUENO S. M. V., TAVARES M. S. G. **Estudo das condutas adotadas por balconistas de farmácias frente a casos relatados de gonorréia.** Rev Med 1991; 24 (1):15-25.

GROSSKURTH H, P M., MOSHA F., TODD K. J. ;SENKORO, N. J.; et al. **Assintomática gonorréia e infecção por clamídia em homens rurais da Tanzânia.** BMJ 1996; 312:277-80.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4º ed. São Paulo, ATLAS, 2002.

IBGE. **Censo Demográfico.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/BA2010.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2010.

LEVINE E. F.; CRUM C. P. E.; HERMAN, S. D; FERENCZY A. R. M. R. **Neoplasia cervical intra-epitelial e infecção por papilomavírus: um estudo de parceiros sexuais.** Obstet Gynecol 1984; 64:16-20.

MARTELLI, C. M. T., ANDRADE A. L. S. S., CARDOSO D. D. P., SILVA S. A., ZICKER F. Considerações metodológicas na interpretação do rastreamento sorológico da hepatite B em doadores de sangue. **Rev Saude Publica** 1991; 25(1): 11-16.

MOREIRA, M. M.; JUAREZ, F. **Promovendo o uso de condom entre adolescentes masculinos de uma comunidade de baixa renda no Nordeste do Brasil.** Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 2003 (II Forum em HIV/AIDS/DST da América Latina e do Caribe, Havana - 7 a 12 de abril de 2003 - <http://www.foro2003.sld.cu>)

MOSURE, S. B. D.J.; BELAS D. S.; DELISLE, C. Jr. W.; BORING J. R. **infecções genitais por clamídia em mulheres adolescentes sexualmente ativas: será que realmente precisamos para a tela todos?** J Adolesc Health 1997; 20:6-13.

NICOLAU SM, CGC Camargo, STÁVALE JN, Gallo C, GB DORES, LORINCZ, A.; et al. **Captura híbrida na detecção de HPVDNA em parceiros sexuais de mulheres com infecção genital.** Internacional 19 Papillomavirus Conference, HPV 2001, Florianópolis, 2001

PASSOS, M. R. L. **Deesetologia - DST-5**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.

PIQUERAS, A. R., PINAZO, MURIA M, MARTINEZ, RUIZ M. J , GONZÁLEZ, M. C., JUAN, G. S.; PÉREZ, M. M. **Exposicion accidental a sangre y fluidos corporales: riesgo asociado a maniobras de enfermeria**. Rev Rol Enferm 1996; 19(209):21-8.

PETRI, V. **Doenças de Transmissão Sexual**. In: Comissão de Saúde do Adolescente, Adolescência e Saúde, Secretaria Estadual, São Paulo, Paris Editorial, p. 183-190, 1988.

PROETTI, S. **Metodologia do trabalho científico: abordagens para a construção de trabalhos acadêmicos**. 5 ed. São Paulo: Edicon, 2006.

RAMOS FILHO, C.; MAY S. B. **Aspectos históricos das doenças sexualmente transmissíveis**. Saúde em Foco 1998; 17: 5-11.

SALTOGLU N, I. A.S; TASOVA Y.; KANDEMIR O. **Comparação da aceleração e clássico esquemas de vacinação contra a Hepatite B: três semanas de vacinação contra hepatite B cronograma fornece imunidade imediata e potective**. Ann Clin Microbiol Antimicrob 2003; 2 (10).

SINGH, A. E., ROMANOWSKI B. **Sífilis: revisão com ênfase sobre fatores epidemiológicos, clínicos, e algumas características biológicas**. Clin Microbiol Rev 1999; 12: 187-209.

SOUZA, V. C. **Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV**. Interface (Botucatu), Sept./Dec. 2007, vol.11, no.23, p.531-548. ISSN 1414-3283. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S141432832007000300010. Acessado em: 15/03/2011.

SMELTZER, S. C; **Brunner Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. 11 ed, 2 vol. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SARACENI, V. ; LEAL, M. C.; HARTZ, Z. M. A. **Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a02v5n3.pdf>. Acesso em: 25 de novembro de 2011.

STITES, D. P.; TERR, A. I.; PARSLow, T. G. **Imunologia Médica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

TAQUETTE, STELLA R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 37(3):210-214, mai-jun, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v37n3/20296.pdf>> Acesso em: 04/12/2011.

USDHEW (US. Departamento de Educação, Saúde e Previdência Social). **Sífilis: uma sinopse**. Atlanta, 2004.

ZACHOVAL R, DEINHARDT F. Hepatitis a virus: natural history and experimental models. IN: ZUCKERMAN A. J.; THOMAS H. **Viral hepatitis: Scientific basis and clinical management**. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 1998. p.43-58.

ANEXOS

**ANEXO 01 PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA E
PESQUISA DA FAMAM**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE MARIA MILZA
Autorização nº 185 754/2008 –de 31/10/08

**PARECER CONSUBSTANCIADO
PROTOCOLO Nº 127/2011**

1 – Identificação

Titulo: Infecções sexualmente transmissíveis em um município do Recôncavo baiano.

Pesquisador Responsável: Victor Jose Uchoa de Carvalho

Instituição: Faculdade Maria Milza

Data de apresentação ao CEP: 15 de junho de 2011

2 – Sumário do projeto

O estudo refere-se a uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa será realizada no município de Santo Antônio de Jesus-BA, na Vigilância Epidemiológica, onde será realizado um levantamento de dados através de fichas do Sistema de Informação de agravos de Notificação (SINAN). Para a coleta de dados será utilizado as fichas de notificação do SINAN catalogadas entre os anos de 2005 a 2010, que estejam relacionadas com a ocorrência de IST. Nas fichas serão observados os seguintes aspectos: variáveis sociodemográficas (sexo, idade, local de moradia, nível de escolaridade) e clínicas (tipos de IST's, tipo de tratamento, tempo do diagnostico). O estudo cumprirá todas as normas éticas. Será garantido a todos os sujeitos do estudo o sigilo de sua identidade. Todas as informações coletadas serão organizadas em uma planilha do programa Microsoft Excel.

Os caminhos teóricos e metodológicos estão adequados e consistentes, subdivididos de forma organizada, clara e embasada em referenciais pertinentes aos objetivos almejados.

3 – Objetivos

Geral

Investigar a frequência de IST's no município de Santo Antônio de Jesus-Ba, entre os anos de 2005 a 2010.

Específicos

Fazer um levantamento das IST's no município;

Verificar em que faixa etária predomina as IST's que tem acometido a população;

Verificar em que faixa etária predomina as IST's e em qual área do município a sua incidência é maior.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE MARIA MILZA
Autorização nº 185 754/2008 –de 31/10/08

4 – Considerações quanto ao atendimento aos requisitos das Resoluções do CNS

A estrutura do protocolo de pesquisa está adequada, e segue as observações do capítulo VI da Res. 196/96, contendo informações pertinentes em relação ao retorno dos benefícios para a comunidade e indiretamente para os sujeitos da pesquisa. As informações em relação ao financiamento orçamentário e cronograma são viáveis.

Os dados a serem coletados não agridem a integridade e os direitos das (os) cidadãs (aos) e permitem a execução da pesquisa de forma ética e segura.

Na avaliação do binômio risco e benefício, a pesquisa apresenta benefícios diretos e indiretos para os sujeitos da pesquisa, na medida em que, amplia a reflexão da temática e permitira ao poder público direcionar suas ações de forma mais efetiva para as principais regiões, faixas etárias e infecções que ocorre no município, com isso maximizando os resultados no combate as IST's.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está de acordo com os elementos éticos recomendados pela Resolução 196/96 no capítulo IV, sendo claro e permitindo a anuência dos sujeitos da pesquisa de forma objetiva, contemplando os riscos e garantindo o sigilo e guarda das informações obtidas pelo CEP.

5 – Conclusão

Aprovado.

6 – Recomendações

Não há.

Cruz das Almas, 25 de julho de 2011.

Robson Ruy Cotrim Duete
Coordenação Comitê de Ética
Faculdade Maria Milza

ANEXO 02 OFÍCIO ENVIADO A INSTITUIÇÃO PESQUISADA




Of CENF nº 035/2011

Cruz das Almas, 12 de agosto de 2011.

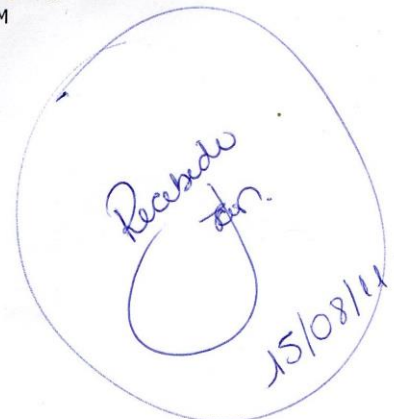
Senhora Coordenadora:

Solicitamos a colaboração dessa conceituada Instituição no sentido de permitir o acesso do estudante **Edinaldo de Souza da Silva Junior** - do Curso de Bacharelado em Enfermagem - para coleta na Coordenação da Vigilância Epidemiológica desse Município, referente à pesquisa intitulada, "*Infecções sexualmente transmissíveis em um município do Recôncavo Baiano*", para que a mesma possa cumprir Requisitos da Disciplina TCC – Trabalho de Conclusão de Curso, sob a orientação do professor Victor José Uchoa de Carvalho.

Atenciosamente,


Janelara Bastos de Almeida Silva
COORD GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

Tatiane Santos Couto de Almeida
Coordenadora da Integração Ensino-Serviço
Secretaria Municipal de Saúde
Santo Antonio de Jesus-Ba



ANEXO 03 CARTA DE APRESENTAÇÃO



Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Santo Antônio de Jesus, 23 de agosto de 2011

Encaminho o estudante de enfermagem da FAMAM, **Edinaldo de Souza da Silva Júnior**, para realizar uma coleta de dados na Coordenação municipal de DST/aids [Vigilância Epidemiológica], por meio do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), para a realização da pesquisa intitulada "**Infecções Sexualmente Transmissíveis em um município do Recôncavo Baiano**", sob orientação da Profª. Victor José Uchoa de Carvalho.

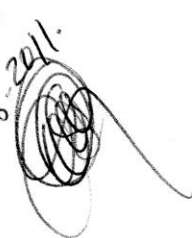
Esta pesquisa tem como objetivo geral: investigar a frequência de IST no município de Santo Antônio de Jesus-Ba, entre os anos de 2005-2010.

O pesquisador deverá contactar, previamente, com a coordenadora do Programa referido para agendar um horário que não interfira no planejamento de trabalho do setor.

Atenciosamente,

Tatiane
TATIANE SANTOS COUTO DE ALMEIDA
 Diretora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Ilmº. Srº.:

Edinaldo
30-08-2011


 Oade Souza
 Coord. DST/aids
