

ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM UM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA

Mariana Zopeletto*

Fabiana Meneghetti Dallacosta**

RESUMO

Com esta pesquisa de abordagem quantitativa teve-se como objetivo conhecer a prevalência das doenças sexualmente transmissíveis em um município de Santa Catarina nos anos 2013 e 2014, bem como o perfil populacional acometido. Foram encontradas 102 notificações no período estipulado, e a doença mais prevalente foi sífilis, com 27,45%, seguida por aids e hepatite B, com 21,5% cada. Pode-se observar que o número de notificações é relativamente alto, considerando ainda a hipótese de que não são notificados 100% das doenças diagnosticadas, o que sugere que o número é ainda maior. Os dados são preocupantes e comprovam que estas são doenças encontradas em ambos os sexos, em todas as idades e classe sociais.

Palavras-chave: Doenças sexualmente transmissíveis. Prevalência. HIV. Sífilis. Hepatite B.

1 INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) referem-se a todas as infecções transmitidas por meio de contato sexual. No entanto, alguns desses agravos também podem ser transmitidos de mãe para filho, antes ou durante o parto, ou por transfusão de sangue contaminado (NAVES; MERCHAN-HAMANN; SILVER, 2005).

As DSTs são um problema de saúde pública em todo o mundo. Em ambos os sexos, tornam o organismo mais vulnerável a outras doenças, inclusive a aids (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida), além de terem relação com a mortalidade materna e infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Segundo Naves, Merchan-Hamann e Silver (2005), estima-se a ocorrência de 12 milhões de novos casos de alguma DST curável ao ano, em qualquer sexo, classe socioeconômica ou prática sexual.

* Pós-graduada em Saúde Coletiva: Estratégia Saúde da Família pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; Graduada em Enfermagem pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; mariana_zopeletto@hotmail.com

** Doutora em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; fabiana.dallacosta@unoesc.edu.br

A Portaria n. 1.118, de 22 de setembro de 2010, define as doenças sexualmente transmissíveis como de notificação compulsória no Estado de Santa Catarina, sendo de extrema importância que os serviços de saúde estejam cientes dessa necessidade e executem essa atividade conforme preconiza a legislação. A importância da notificação dos casos deve-se ao fato de se tratar de doenças de difícil controle, bem como é preciso ter conhecimento dos casos para serem tomadas medidas preventivas e de tratamento em um contexto global (SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2010).

Dessa forma, neste estudo buscou-se fazer um levantamento das notificações das DSTs em um município de Santa Catarina, nos anos 2013 e 2014, analisando as variáveis: doença notificada, prevalência, sexo, raça, escolaridade e local de notificação.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado com base nos dados disponíveis na Vigilância Epidemiológica do município, por meio de análise das notificações de doenças sexualmente transmissíveis encaminhadas ao departamento no período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2014.

Os dados foram coletados após autorização da diretora de saúde do município. Utilizou-se como critério de inclusão todas as notificações de doenças sexualmente transmissíveis datadas dentro do período preestabelecido.

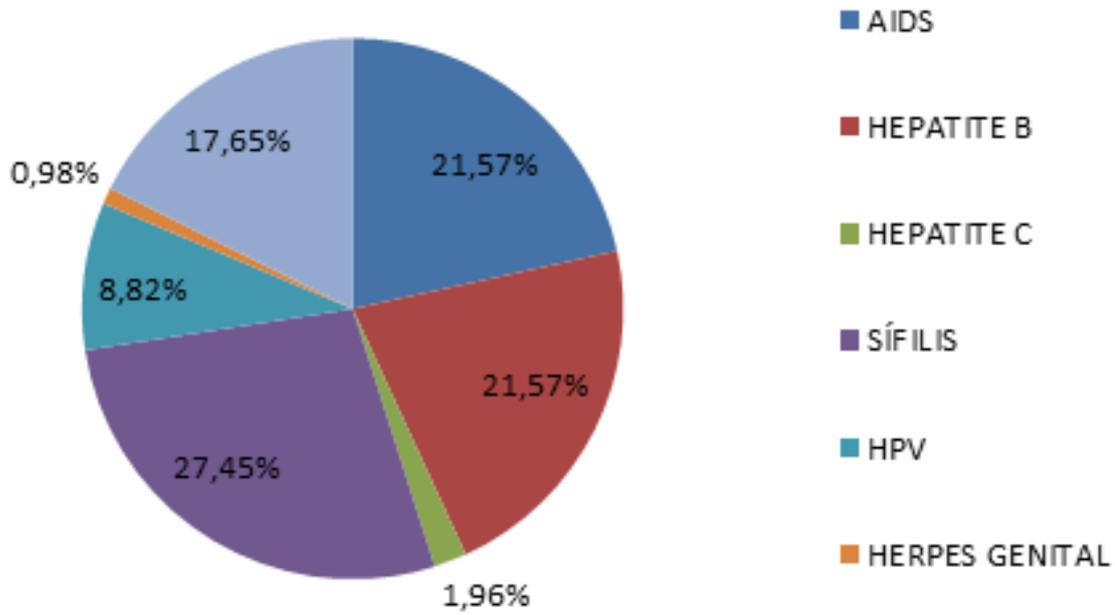
Como critérios de exclusão consideraram-se as notificações que não se referiam a doenças sexualmente transmissíveis e, ainda, as que não eram de residentes do município em questão. A identidade dos pacientes foi preservada, não sendo divulgados nomes e/ou quaisquer outros dados que possibilitassem a sua identificação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As DSTs estão entre as cinco principais causas de procura por serviços de saúde e podem provocar sérias complicações, como infertilidade, abortamento espontâneo, malformações congênitas e, quando não tratadas, até a morte. Além disso, aumentam a chance, em pelo menos dez vezes, de infecção pelo HIV. São doenças de difícil detecção, uma vez que acarretam poucos sintomas visíveis e, muitas vezes, apresentam-se de forma assintomática (CARRET et al; 2004).

Na coleta de dados foram encontradas 102 notificações de doenças sexualmente transmissíveis realizadas entre 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2014 no município deste estudo, as quais estão descritas no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Doenças sexualmente transmissíveis notificadas no período 2013-2014



Fonte: os autores.

Por meio do Gráfico 1 pode-se perceber que a DST de maior prevalência foi a sífilis, correspondendo a 28 casos, seguida por aids e hepatite B, correspondendo a 22 casos cada.

Deve-se considerar que algumas doenças talvez sejam diagnosticadas, mas não notificadas. Para se estudar essa hipótese, seria necessária a realização de outra pesquisa, na qual seria investigada a atuação dos profissionais frente ao diagnóstico e notificação das demais doenças sexualmente transmissíveis.

A aids é uma doença sexualmente transmissível que também possui como meio de transmissão as vias parenteral e vertical (KUPEK; OLIVEIRA, 2012). De acordo com dados do Departamento de DST, aids e hepatites virais (BRASIL, 2015), desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, o Brasil teve 656.701 casos registrados de aids. Em 2011, foram notificados 38.776 casos da doença, e a taxa de incidência de aids no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes. Considerando que o município estudado tem 27.000 habitantes, os 22 casos notificados nos dois últimos anos já ultrapassam a estimativa, visto que seriam esperados 5,45 casos/ano no município, demonstrando, dessa forma, que a taxa de notificação da doença está acima da média nacional (BRASIL, 2015a).

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, transmitida pela via sexual e verticalmente durante a gestação. É caracterizada por períodos de atividade e latência, pelo acometimento sistêmico disseminado e pela evolução para complicações graves em parte dos pacientes que não se submeteram a tratamento para a doença ou este foi inadequado (AVELEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis primária refere-se à lesão específica do cancro duro, primeiro estágio da sífilis, que surge no local da inoculação em média três semanas após a infecção. Na sífilis secundária, que ocorre após

período de latência, entre seis e oito semanas, ocorre o acometimento da pele e dos órgãos internos, correspondendo à distribuição do *T. pallidum* por todo o corpo. Na sífilis terciária os pacientes desenvolvem lesões localizadas envolvendo pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso, podendo acometer, ainda, ossos, músculos e fígado (AVELEIRA; BOTTINO, 2006).

Dos 28 casos de sífilis notificados, sete foram de sífilis primária, e as demais foram notificações de sífilis não especificada, nas quais não foi possível identificar o estágio em que se encontrava a doença. Não houve notificação de casos de sífilis congênita, que se trata da sífilis transmitida da mãe para o filho durante a gestação e que pode causar má-formação no feto, aborto ou morte do bebê (BRASIL, 2015b). Dessa forma, esse dado de inexistência de casos é bastante positivo.

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos que possuem semelhanças do ponto de vista clínico-laboratorial, mas apresentam importantes diferenças epidemiológicas e quanto à sua evolução.

Estima-se que cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo já tiveram contato com o vírus da hepatite B (VHB) e que 325 milhões se tornaram portadores crônicos. Em termos mundiais, as taxas de prevalência da hepatite B variam amplamente, de 0,1% a mais de 30%, como as verificadas em países asiáticos. Considerando que muitos indivíduos infectados são assintomáticos ou oligossintomáticos e que as infecções sintomáticas não são sempre notificadas, a frequência da hepatite B é, certamente, ainda subestimada (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

O Ministério de Saúde estima que, no Brasil, pelo menos 15% da população já esteve em contato com o vírus da hepatite B e que 1% da população apresenta doença crônica relacionada a esse vírus (BRASIL, 2006).

Não se conhece, com precisão, a prevalência do vírus da hepatite C (HCV) no País; há relatos feitos em diversas áreas que sugerem que, em média, ela esteja em 1% a 2% da população em geral (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

As hepatites virais também se constituem em um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A maioria das pessoas infectadas desconhece seu estado de portador e constitui elo importante na cadeia de transmissão do vírus da hepatite B (HBV) ou do vírus da hepatite C (HCV), o que ajuda a perpetuar o ciclo de transmissão dessas infecções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2015), existem mais de 100 tipos diferentes de papiloma vírus humano (HPV), que é um vírus capaz de infectar pele e mucosas; 40 tipos desse vírus podem infectar o trato anogenital. Estima-se que somente cerca de 5% das pessoas infectadas pelo HPV desenvolverão alguma forma de manifestação, podendo ser clínica ou subclínica.

As lesões clínicas apresentam-se como verrugas, são tecnicamente denominadas condilomas acuminados e popularmente chamadas “crista de galo”, “figueira” ou “cavalo de crista”; têm aspecto de

couve-flor e tamanho variável. Nas mulheres podem aparecer no colo do útero, vagina, vulva, região pubiana, perineal, perianal e ânus. Em homens podem surgir no pênis, bolsa escrotal, região pubiana, perianal e ânus. Essas lesões também podem aparecer na boca e na garganta em ambos os sexos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015).

As infecções subclínicas podem ser encontradas nos mesmos locais e não apresentam nenhum sintoma ou sinal. No colo do útero são chamadas de lesões intraepiteliais de baixo grau/neoplasia intraepitelial grau I (NIC I), que refletem apenas a presença do vírus, e de lesões intraepiteliais de alto grau/neoplasia intraepitelial graus II ou III (NIC II ou III), que são as verdadeiras lesões precursoras do câncer do colo do útero. O desenvolvimento de qualquer tipo de lesão clínica ou subclínica em outras regiões do corpo é raro.

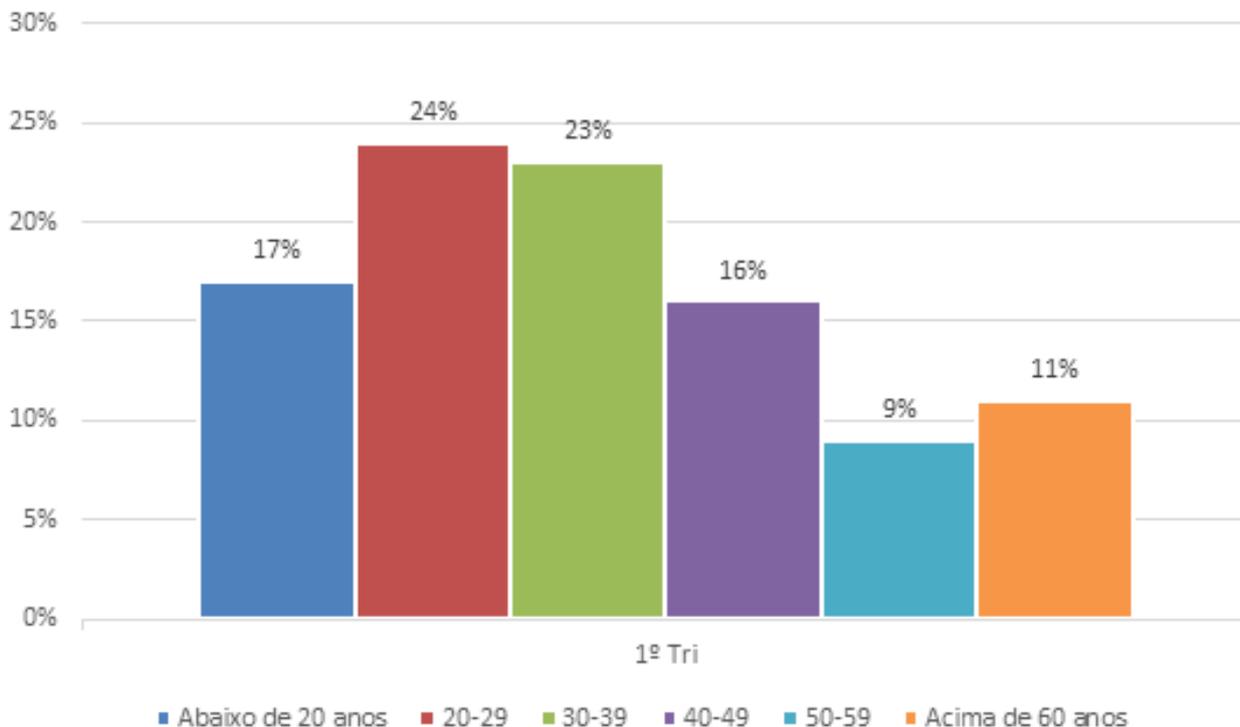
Pesquisas recentes mostram que 97% dos casos de câncer de colo do útero estão relacionados à infecção pelo HPV, o que torna a doença mais preocupante (PASSOS et al., 2008). No município deste estudo, apenas 8,82% das DSTs notificadas referem-se ao HPV, o que corresponde a nove casos.

No caso da herpes genital, por se tratar de uma doença que não tem cura e que apresenta reincidência das lesões, torna-se baixo o número de casos notificados, pois deve-se notificar apenas uma vez cada paciente; considerando-se a alta rotatividade de profissionais e as várias portas de acesso, acredita-se que, muitas vezes, a doença é diagnosticada mas não notificada por se tratar de infecções recorrentes (BRASIL, 2015).

Entre as doenças notificadas, 17,65% foram de síndrome do corrimento uretral em homens, não havendo notificação de síndrome do corrimento cervical. A síndrome da úlcera genital também não foi notificada no período pesquisado.

Quanto à idade dos pacientes notificados com doenças sexualmente transmissíveis, a faixa etária foi agrupada em: abaixo de 20 anos; 21-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos e acima de 60 anos, conforme consta no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Doenças sexualmente transmissíveis notificadas em Joaçaba/SC no período 2013-2014 distribuídas por faixa etária



Fonte: os autores.

Observou-se que a faixa etária mais acometida é a de 20 a 29 anos. Nessa idade, sete casos são de infecção pelo HIV, cinco casos são de sífilis, três casos de hepatite B, sete casos de síndrome do corrimento uretral e três casos são de HPV. Entre as doenças notificadas, o HIV é o mais frequente nessa faixa etária, da mesma forma que a síndrome do corrimento uretral, o que é bastante preocupante em razão das implicações destas doenças na qualidade de vida desta população jovem.

A segunda faixa etária mais acometida é a de 30 a 39 anos, na qual a doença mais prevalente é sífilis, com 10 casos do total de 24 notificações. Na faixa etária de 40 a 49 anos, também o HIV foi mais frequente, com oito casos do total de 16. A faixa etária de 50 a 59 anos, do total de nove notificações, foram quatro casos de sífilis, três de hepatite B, um de hepatite C e um de aids.

Nos pacientes com mais de 60 anos, contabilizaram-se 11 casos, sendo mais prevalente a hepatite B, com sete casos. Vale ressaltar que a idade máxima foi de uma paciente de 80 anos, sexo feminino, cuja notificação refere-se ao HPV. Entre os indivíduos com menos de 20 anos, foram encontradas duas notificações de aids, de 16 e 18 anos, seis casos de síndrome do corrimento uretral, cinco casos de HPV, três casos de sífilis e um caso de hepatite B, no total de 17 notificações. Vale ressaltar que a notificação do paciente mais jovem refere-se a um paciente do sexo masculino, de 14 anos, com síndrome do corrimento uretral.

Segundo o Departamento de DST, aids e hepatites virais (BRASIL, 2015), a **faixa etária** em que a aids é mais incidente, em ambos os sexos, é a de 25 a 49 anos de idade. Neste estudo, do total de 22 casos notificados de aids nos últimos dois anos, 14 casos são nessa faixa etária.

Referente ao sexo dos pacientes notificados com DSTs, 69% são do sexo masculino, atribuídos a 70 casos do total de 102, e 32 são do sexo feminino. Diversos estudos apontam que a incidência é maior entre homens; no caso da aids, por exemplo, atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1989, a razão de sexos era de cerca de seis casos de aids no sexo masculino para cada um caso no sexo feminino, em 2011, chegou-se a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres (BRASIL, 2015).

Segundo Kupek e Oliveira (2012), atualmente observa-se o aumento proporcional de casos de aids de transmissão heterossexual e taxas de incidência crescentes no gênero feminino. Esse fenômeno, chamado “feminização”, é acompanhado por um número cada vez maior de crianças atingidas.

Nesta pesquisa, a taxa de notificações de aids foi de 13 pacientes do sexo masculino e nove pacientes do sexo feminino, o que representa 1,44 casos em homens para cada 1 em mulheres.

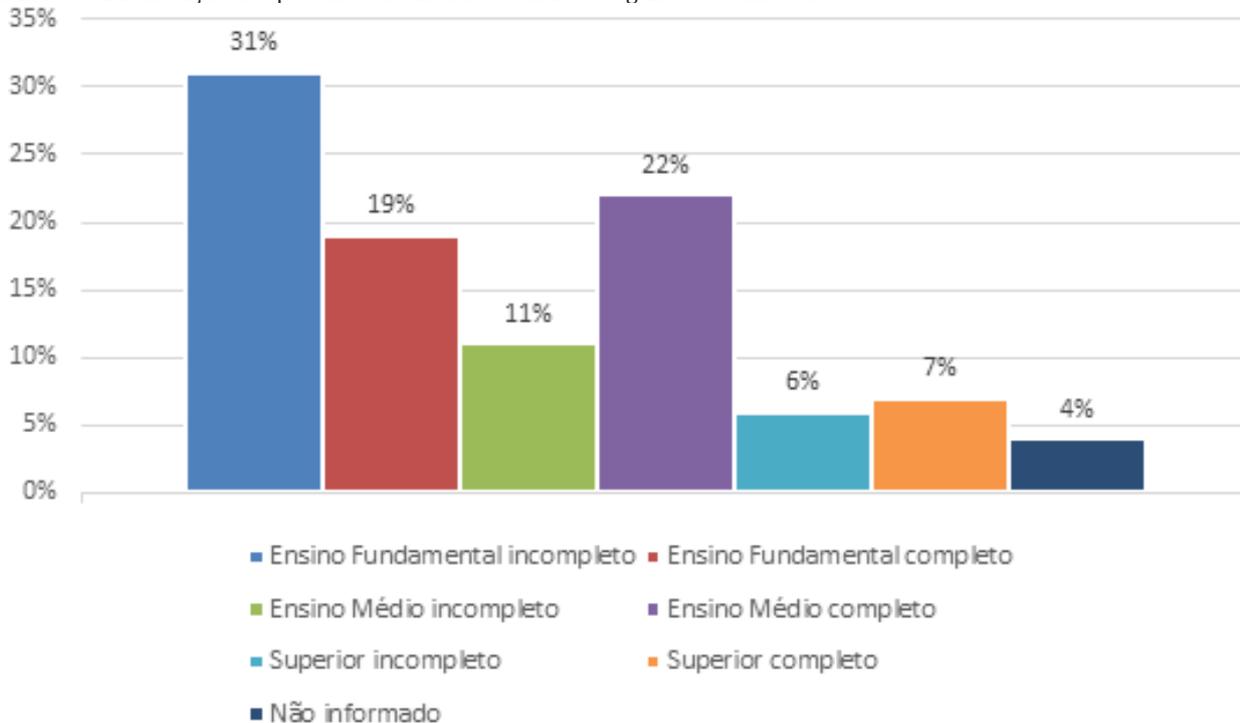
Nas demais DSTs, percebe-se que a doença mais incidente em homens foi a síndrome do corrimento uretral, com 18 casos notificados, seguida pela aids e hepatite B, com 13 casos.

Essa diferença se expressa de forma desfavorável às mulheres, que frequentemente se encontram em uma posição em que se evidencia a dominação masculina. Nas práticas sexuais, essa desigualdade de poder se traduz em situações de exploração sexual de mulheres e meninas, dificuldades de negociação sobre o uso do preservativo e muitas outras situações em que o desejo do homem se sobrepõe ao desejo e à possibilidade de se proteger da mulher. Com isso, elas encontram-se em situação de maior vulnerabilidade ao HIV/aids e outras DSTs. Falar de prevenção, em tempos de HIV/aids, exige que se fale da sexualidade, da dicotomia existente nas relações de gênero e de como as práticas sexuais se expressem nesse universo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Quanto à raça prevalente, 82% das DSTs foram notificadas em pessoas da raça branca, 13% parda e 5% negros. Porém, deve-se considerar que no município estudado, 83% da população são brancos.

A literatura é escassa sobre essa questão, mas, historicamente, pessoas de raça parda e negra têm nível social mais baixo, o que se caracteriza como um fator de risco para a infecção, pois amplia a vulnerabilidade às DSTs (TAQUETTE, 2011).

Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes notificados com DSTs segundo escolaridade



Fonte: os autores.

Quanto à escolaridade, pode-se perceber que as DSTs afetam todos os níveis sociais, pois encontraram-se notificações em pacientes com Ensino Fundamental incompleto até pacientes com Ensino Superior completo; observa-se que a maioria (22%), tem Ensino Médio completo, tratando-se, portanto, de pessoas com um bom nível de discernimento e acesso a informações. Para Carret et al. (2004), a baixa escolaridade é um fator de risco para DST e aids.

Ainda segundo Carret et al. (2004), os fatores que estiveram significativamente associados à maior prevalência de sintomas de DST foram menor idade, cor da pele não branca, sexo feminino, baixa escolaridade, iniciação precoce das atividades sexuais, não uso de preservativo, prática de sexo anal e maior número de parceiros sexuais. A ideia do baixo *status* da mulher como fator de risco para o desfecho é reforçada pelos achados que apontam maior chance de sintomas de DST para aquelas com menor escolaridade. Mulheres com mais estudo provavelmente são mais conscientes de seus direitos e têm mais poder para exigir sexo seguro.

O nível social diz respeito à incidência de fatores sociais e econômicos na exposição ao risco de infecção pelo HIV de determinados segmentos populacionais. As situações de pobreza, o desemprego, a falta de moradia, a baixa escolaridade, a violência, o preconceito e a discriminação expõem alguns grupos a situações de risco muito mais frequentemente do que outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Atenção Básica à Saúde, como o nome preconiza, deve ser o ponto de partida de um atendimento à saúde pública eficiente e eficaz. Cabe a esse nível de atenção o papel de informar a população

quanto às ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, assisti-la de forma contínua e resolutive e encaminhar os doentes, quando necessário, aos serviços de referência, com agilidade e precisão.

Neste estudo, os principais locais de notificação foram o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) (52%), Estratégias de Saúde da Família (ESF) (37%), o Hemocentro regional (6%), o hospital (4%), e 1% ocorreu em outro município.

Considerando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) (Constituição Federal de 1988) de universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular, os serviços de atenção básica devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de DSTs, HIV/aids, hepatites e HTLV às unidades de referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

De acordo com o estudo, referente ao local de notificação das DSTs, a maioria dos casos foi notificada no CTA, o que se atribui ao fato de que até na metade do ano 2014 os exames eram realizados e, conseqüentemente, notificados, nesse Departamento (antes da implantação dos testes rápidos nos ESF). Vale ressaltar que muitos desses exames que apontaram a infecção foram solicitados pela atenção básica do município. Dessa forma, percebe-se que as Estratégias Saúde da Família estão realizando sua função de diagnóstico e notificação de DSTs, pois pode-se perceber que apenas 4% foram notificados em rede hospitalar.

4 CONCLUSÃO

As doenças sexualmente transmissíveis, acometem ambos os sexos e todas as faixas etárias e os níveis sociais. Os dados são preocupantes, pois o grande número de notificações em pacientes jovens com vida sexual ativa e no período fértil aumenta ainda mais o risco de infecção.

É necessário reconhecer a importância da inclusão das ações de prevenção de DSTs na atenção básica à saúde, implementando as atividades na rotina dos serviços na tentativa de minimizar a incidência, transmissão e complicações decorrentes dessas doenças.

Além disso, faz-se necessário estimular a testagem para o diagnóstico precoce da infecção pelas doenças, pois se diagnosticadas precocemente, podem ser tratadas e/ou controladas, impedindo a infecção de novos pacientes.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Aids no Brasil. 2006. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. DST no Brasil. 2015a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis**. 2015b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>>. Acesso em: 05 de jan. 2015.

CARRET, Maria Laura Vidal et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 76-84, 2004.

FERREIRA, Cristina Targa; SILVEIRA, Themis Reverbel da. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 4, p. 473-487, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER- INCA. **HPV e Câncer - Perguntas mais frequentes. 2015. Disponível em:** <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2687>. Acesso em: 07 mar. 2015.

KUPEK, Emil; OLIVEIRA, Juliana Fernandes. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 3, p. 478-487, 2012.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva; MERCHAN-HAMANN, Edgar; SILVER, Lynn Dee. Orientação farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 1005-1014, 2005.

PASSOS, Mauro Romero et al. Papilomavírose Humana em genital, Parte I. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 20, n. 2, p. 108-124, 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Portaria n. 1.118**, de 22 de setembro de 2010. Florianópolis, 2010. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Legislacao/Portaria_de_Notificacao_Estadual_n_1118-2010.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

TAQUETTE, Stella R. Doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes femininas de comunidades pobres do município do Rio de Janeiro: incidência e diferenças de raça/cor na vulnerabilidade às DST/Aids. **Revista Oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente/UERJ**, v. 8, n. 3, 2011.