



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

BRENA CARNEIRO SANTOS

**EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCO E PREVALÊNCIA DE HIV/AIDS E
SÍFILIS ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES E ADULTAS JOVENS
ATENDIDAS EM PROGRAMA DE REFERÊNCIA PARA DST/HIV/AIDS –
BAHIA/BRASIL**

FEIRA DE SANTANA – BA

2010



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

BRENA CARNEIRO SANTOS

**EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCO E PREVALÊNCIA DE HIV/AIDS
E SÍFILIS ENTRE GESTANTES ADOLESCENTES E ADULTAS
JOVENS ATENDIDAS EM PROGRAMA DE REFERÊNCIA PARA
DST/HIV/AIDS – BAHIA/BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, na Área de Concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Conceição O. Costa

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosely Cabral de Carvalho

FEIRA DE SANTANA – BA

2010

Ficha catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado

Santos, Brena Carneiro

S233e Exposição a fatores de risco e prevalência de HIV/ AIDS e sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas em programas de referência para DST/HIV/AIDES – Bahia/Brasil / Brena Carneiro Santos. – Feira de Santana - BA, 2010.
65 f. : il.

Orientadora: Maria Conceição O. Costa
Co-orientadora: Rosely Cabral de Carvalho

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.

1. Doenças sexualmente transmissíveis (DST). 2. AIDS (Doença). 3. Sífilis. 4. Gestantes adolescentes – Bahia. 5. Adultas jovens. I. Costa, Conceição de O. II. Carvalho, Rosely Cabral de. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Departamento de Saúde. V. Título.

CDU: 616.9

BRENA CARNEIRO SANTOS

**EXPOSIÇÃO E PREVALÊNCIA DE HIV/AIDS E SÍFILIS ENTRE
GESTANTES ADOLESCENTES E ADULTAS JOVENS ATENDIDAS
EM PROGRAMA DE REFERÊNCIA PARA DST/HIV/AIDS –
BAHIA/BRASIL**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Rosely Cabral de Carvalho
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima
Faculdade Bahiana de Medicina – FDC

Prof. Dr^a. Graciete Oliveira Vieira
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Feira de Santana, 31 de março de 2010.

Às futuras mães, por justificarem a execução deste trabalho.

Aos profissionais do Programa DST/HIV/AIDS, pela dedicação com que cuidam das nossas gestantes e, conseqüentemente, das nossas crianças.

EQUIPE

Brena Carneiro Santos

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia

Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana

Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Maria Conceição Oliveira Costa

Professora Orientadora

Professora Adjunta de Pediatria da UEFS

Professora e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia

Mestre em Pediatria e Ciências aplicada a Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo

Doutora em Pediatria e Ciências aplicada a Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo

Pós-Doutorado pela Université du Québec á Montréal

Rosely Cabral de Carvalho

Professora Co-Orientadora

Professora Adjunta da UEFS - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Graduação em Enfermagem Obstétrica pela Escola Paulista de Medicina

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

Universidade Estadual de Feira de Santana

Departamento de Saúde

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Núcleo de Estudos sobre Infância e Adolescência – NNEPA/UEFS

Departamento de Saúde

Universidade Estadual de Feira de Santana

Programa Municipal DST/HIV/AIDS – Feira de Santana, Bahia

Centro de Testagem e Aconselhamento

Prefeitura Municipal de Feira de Santana

Secretaria Municipal de Saúde

AGRADECIMENTOS

“Como o não sabes ainda
Agradecer é mistério.”
(Fernando Pessoa,
Quadras ao Gosto Popular)

Considero esta dissertação como resultado de uma caminhada que, certamente, não começou na UEFS, sendo assim, agradecer pode não parecer tarefa fácil, nem tampouco, justa. Para não correr o risco da injustiça, agradeço de antemão a todos que participaram da minha história e que me ajudam dia a dia a construí-la, pois todos os que realizam um trabalho de pesquisa sabem que não o fazem sozinhos. Preciso, no entanto, fazer alguns agradecimentos especiais:

Ao meu Deus, meu Criador, pela sabedoria e caminhos que me foram permitidos;

Como nem sempre esses caminhos são fáceis e livres de obstáculos, necessitamos sempre de alguém que nos guie para torná-los menos perigosos. Devo isto a minha orientadora, Professora Conceição Costa. Obrigada!

À Professora Rosely Cabral, pelo apoio que me permitiu lapidar este trabalho;

A pesquisa alimenta a alma e o conhecimento, mas no nosso mundo capitalista precisamos de outros auxílios. Às Professoras Tânia Araújo e Marluce Assis, agradeço imensamente por terem batalhado e conseguido a bolsa CAPES para execução deste mestrado;

Queria agradecer de forma muito especial ao Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima, por ter me apresentado ao mundo da Epidemiologia e pelas preciosas orientações ao longo da minha trajetória. Muito obrigada pelas oportunidades e aprendizados oferecidos;

Professora Marinalva Ribeiro, suas aulas foram lições em muitos sentidos.

Professora Graciete Vieira, suas sugestões soam com muita gentileza e sabedoria. És um exemplo de grande profissional.

À equipe do Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana, por serem fundamentais neste processo. Em especial, agradeço a Sandra, Betânia e Dona Liu pela paciência que tiveram ao me ter todos os dias “fazendo parte” do serviço.

Este trabalho não teria sido possível sem a ajuda das minhas amigas e companheiras de trabalho do NNEPA (Ló, Ohana, Mari, Camila, Nice, Milena, Van, Thyca, Mona, Karine).

Nice, obrigada pelos puxões de orelha.

Ao quarteto fantástico: Milena, Mona Lisa, Thyana e Vanessa, esse trabalho é nosso, sou eternamente grata a vocês.

À minha família dedico poucas palavras, porém as que me são mais caras. Joelia (minha mãe querida), João (meu paizão e mestre), Diego (meu irmão), tia, tios, primos e agregados agradeço, por sonharem e conquistarem este momento comigo. Amo vocês;

A José Marques que, por vezes, deve ter detestado a mim e a este trabalho, pois sacrificou muitos momentos que poderíamos ter desfrutado juntos. Obrigada pelo incentivo e pela felicidade de compartilhar todas as alegrias e tristezas;

A saudade é grande e o tempo é curto, mas sempre temos a certeza de que podemos contar com pessoas especiais em nossas vidas. Aos meus poucos, mas verdadeiros amigos, por estarem sempre juntos, apesar da distância física;

Muitos foram os aprendizados, os sofrimentos e os sorrisos compartilhados com meus amigos de curso. Obrigada por dividirem comigo as dores e as delícias do mestrado e por fazerem tudo isso ainda mais válido.

*“É necessário ter o caos cá dentro para gerar uma estrela.”
(Friedrich Nietzsche)*

RESUMO

A gravidez na adolescência tem se destacado nas agendas do Sistema de Saúde com discussões em instâncias nacionais e internacionais, considerando as repercussões psicossociais e clínicas para a gestante e para o recém-nascido, sendo vista, atualmente, como um problema de saúde pública. Quando associada à gravidez, a exposição ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e à Sífilis adquire dimensão maior. A infecção pelo HIV e a Sífilis são doenças que apresentam maiores danos para a saúde materno-infantil e, portanto, requerem uma maior atenção, em especial, no período pré-natal. **Objetivo:** estudar prevalência e fatores de exposição ao HIV/AIDS e sífilis, entre gestantes adolescentes e adultas jovens encaminhadas pelo SUS, para triagem sorológica no Programa de DST/HIV/AIDS, 2004-2008. **Método:** estudo descritivo com dados do SIS/CTA de Feira de Santana (3030 gestantes). Estudou-se sorologia, fatores de exposição e riscos, com parceiro fixo e eventual, segundo faixa etária. Avaliou-se associação da exposição, segundo tipo de parceiro e idade das gestantes, através da Razão de Prevalência/RP. **Resultados:** gestantes adolescentes e adultas jovens mostraram maiores proporções da união conjugal. O uso não habitual do preservativo apareceu como principal exposição, com motivos ligados ao companheiro, fatores pessoais e ambientais. O grupo ≤ 16 anos diferiu das adultas jovens, para parceiro eventual ou fixo, pela menor frequência de uso do preservativo, motivado por fatores pessoais ou ambientais e as adultas pelos fatores ligados ao parceiro, com resultados significantes. As prevalências para HIV e Sífilis, concordaram com literatura, nas faixas estudadas. **Conclusões:** adolescentes mais jovens usaram menos preservativo, por fatores pessoais e ambientais, enquanto nas adultas jovens ligados ao companheiro, sugerindo questões comportamentais/pessoais e gênero interferindo na vulnerabilidade, sugerindo importância das ações preventivas.

Palavras – chave: DST/HIV /AIDS e sífilis; gestantes adolescentes e adultas jovens; Programa de DST/HIV /AIDS

ABSTRACT

Adolescent pregnancy has been prominent on the agendas of the Health System in discussions with national and international bodies, considering the psychosocial and clinical implications for pregnant women and newborns, being seen now as a public health problem. When associated with pregnancy, exposure to STD acquires greater dimension. Miscarriages, stillbirths, low birth weight, congenital and perinatal infections are related to untreated STDs in women, in addition to increased risk of infection with human immunodeficiency virus (HIV). HIV and syphilis are diseases that have greater damage to maternal and child health, and therefore require more attention, especially in the prenatal period. **Objective:** study the prevalence and exposure to HIV/SIDA and Syphilis among pregnant adolescents and young women referred by the Public Health System/SUS for serological screening in Feira de Santana's STD/SIDA Program (2004-2008). **Method:** descriptive study with 3030 pregnant. We studied serology, exposure factors and risks, with casual and fixed partners according to age of the pregnant. We evaluated the association of exposure, according to partner type and age of pregnant, through the prevalence ratio/PR. **Results:** pregnant teenagers and young women showed greater proportions of stable partnership. The unusual use of condoms appear as main exposure and the reasons for this behavior have been related to partner, personal or environmental factors. The group ≤ 16 years differed from the young women, with a lower frequency of condom use, motivated by personal factors, while young women are motivated by factors associated to the partner, with significant results. The prevalences of diseases agreed with the literature. **Conclusions:** younger adolescents used condoms less because of personal and environmental factors, while young women attach this to their partners, suggesting behavioral and gender issues interfering in the vulnerability, showing the importance of preventive actions.

Keywords: STD/SIDA and syphilis, pregnant teenagers and young women, Program of STD/HIV/SIDA.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BA	Bahia
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CRM	Centro de Referência Municipal
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FDA	Food and Drugs Administration
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
NNEPA	Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Infância e Adolescência
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não Governamental
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SI - CTA	Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
YRBS	Youth Risk Behavior

ÍNDICE DE TABELAS

ARTIGO

Tabela 1	Características Socio-demográficas das gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – Bahia, período 2004 – 2008.	52
Tabela 2	Fatores de risco para DST/HIV/AIDS e sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – Bahia, período 2004 – 2008.	53
Tabela 3	Fatores de Exposição para DST/HIV/AIDS e sífilis, relacionados ao(s) parceiro(s) eventual (ais) e fixo (s) das gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – Bahia, período 2004 – 2008.	54
Tabela 4	Resultado sorológico para DST/HIV/AIDS e Sífilis das gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – Bahia, período 2004 – 2008.	55
Tabela 5	Prevalência e Razão de Prevalência (RP) dos fatores de exposição para DST/HIV/AIDS e sífilis, relacionados ao(s) parceiro(s) eventual(s) e parceiro fixo (s), segundo faixas etárias das gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – Bahia, período 2004 – 2008.	56

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1.1	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
1.1.1	Comportamento sexual na adolescência e juventude.....	15
1.1.2	Gravidez e DST na adolescência e juventude.....	16
1.1.3	HIV/AIDS.....	19
1.1.4	Sífilis.....	22
1.1.5	Políticas públicas de prevenção e intervenção do HIV/AIDS e Sífilis	23
1.1.6	O Programa Nacional de DST/HIV/AIDS	25
1.1.7	O Programa Municipal de DST/HIV/AIDS em Feira de Santana – BA.....	26
2	PROBLEMA DE PESQUISA.....	30
3	OBJETIVOS.....	31
3.1	OBJETIVO GERAL.....	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4	METODOLOGIA.....	32
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	32
4.2.1	Município do estudo.....	32
4.2.2	Instituição de estudo.....	33
4.2.3	População de estudo.....	33
4.2.4	Critérios de inclusão.....	33
4.2.5	Fonte e instrumento de coleta de dados.....	34
4.2.6	Variáveis de estudo.....	34
4.2.7	Período de coleta dos dados.....	35
4.2.8	Análise de dados.....	35
4.2.9	Aspectos éticos.....	35
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS – ARTIGO I.....	36
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICE	
	ANEXO	

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 REVISÃO DE LITERATURA

O comportamento sexual na adolescência e na juventude tem adquirido grande destaque nas discussões em saúde, sendo a gravidez nesta faixa etária considerada um grave problema de saúde pública (HEILBORN et al, 2006).

No Brasil, é alta a incidência de jovens e adolescentes grávidas. Nas últimas quatro décadas, a taxa de fecundidade entre jovens e adolescentes brasileiras aumentou 26%, sendo que, entre 1993 e 1998, aumentou em 31% a quantidade de partos de meninas com 10 a 14 anos de idade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (PARAGUASSÚ, 2003; BRASIL, 2006a).

A adolescência é uma fase do ciclo evolutivo do ser humano que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), corresponde à faixa etária entre 10 e 19 anos de idade (OMS, 2001). Alguns autores, a fim de viabilizar o estudo da adolescência, subdividem-na em três períodos de evolução do desenvolvimento: a primeira fase corresponde à faixa etária de 10 a 14 anos, na qual o foco principal é o corpo; dos 15 aos 16 anos, na adolescência média, ocorrem as mudanças no corpo e a busca pela identidade e satisfação sexual; e, por fim, a adolescência final, que acontece dos 17 aos 19 anos com a busca pela estabilidade social e financeira (LOPES, 1993; COSTA; SOUZA, 1998). Os adultos jovens iniciam a sua fase de vida aos 20 anos e encerram-na aos 24, quando então começa a fase adulta propriamente dita.

A adolescência é o período no qual acontece, em grande parte, a primeira relação sexual, tanto para os homens quanto para as mulheres. O início da atividade sexual, no Brasil, tem acontecido por volta dos 15 anos de idade, em ambos os sexos, ocasionando impactos importantes na vida reprodutiva juvenil (BORGES; SCHOR, 2005).

A iniciação sexual cada vez mais precoce, juntamente com a desinformação, a imaturidade e as poucas garantias sociais, expõe os jovens e adolescentes a riscos relacionados à gravidez não planejada e à infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST) (COSTA; PINHO; MARTINS, 1995).

1.1.1 Comportamento sexual na adolescência e juventude

Os adolescentes e jovens ainda estão entre os grupos mais susceptíveis aos comportamentos de risco, sendo, portanto, alvos da gravidez não planejada e da infecção por DST (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001). De acordo com os autores, o comportamento de risco consiste na participação em atividades que possam comprometer a saúde física ou mental, ocorrendo, muitas vezes, pelo caráter exploratório dos jovens e pela influência do meio em que se inserem.

Nos Estados Unidos, observa-se uma mudança no comportamento sexual dos adolescentes e jovens. Este país, nos últimos cinco anos, reduziu as taxas de atividade sexual, porém ainda apresenta uma das mais altas taxas de gravidez na adolescência (STRASSBURGER, 2000). De acordo com o Relatório Youth Risk Behavior (YRBS) da última década, nos Estados Unidos, surgem, a cada ano, 3 milhões de casos de DST e 1 milhão de casos de gravidez entre os adolescentes. Observam-se, portanto, índices elevados destes eventos, apesar de terem sido encontrados redução da promiscuidade e aumento da exigência do uso do preservativo em ambos os sexos (STRASSBURGER, 2000; CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 2001).

No Brasil, de acordo com estudos de Silva e colaboradores (2005), o principal fator relacionado à exposição aos riscos da relação sexual desprotegida consiste na dificuldade em negociar o uso do preservativo com o parceiro, levando a uma prevenção inadequada principalmente para as mulheres. Sabe-se ainda que, quanto menor a idade destas mulheres, menor é a frequência de uso do condom e métodos contraceptivos, aumentando a quantidade de filhos e de riscos relacionados às DST (PARAGUASSU, 2003).

Além da passividade feminina, os motivos mais frequentes de não uso do preservativo, principal meio de prevenção das DST, estão relacionados à confiança nos parceiros fixos, tamanho inadequado dos condons para este grupo etário, onipotência juvenil e preconceito em relação ao seu uso (ARAÚJO, 2001). Outros fatores de risco sexual também foram apontados por Taquette, Villena e Paula (2004). Entre eles, encontram-se o uso de drogas lícitas e ilícitas, a baixa escolaridade e a baixa renda.

Entre jovens de 17 a 21 anos de idade, em 2002, o comportamento sexual de risco foi maior entre os jovens do Norte e Nordeste do Brasil e entre aqueles com menor nível

socioeconômico. O uso regular de preservativo foi maior entre aqueles com maior escolaridade ou condição socioeconômica, com menor número de parceiros sexuais, com maior idade de iniciação sexual e entre os que nunca usaram drogas injetáveis (BRASIL, 2005). A testagem anti-HIV, no Nordeste, também é pouco realizada pelos indivíduos com ensino fundamental incompleto e pelos jovens entre 15 e 24 anos, que são os que menos realizaram o teste anti-HIV (BRASIL, 2008a).

No estudo transversal realizado por Aquino (2002), no ano de 2001, na capital e em municípios do interior da Bahia, 80% das adolescentes possuíam vida sexual ativa e apenas 23% delas usavam preservativo nas relações. Fato este que corrobora com os resultados encontrados também por Silva e colaboradores (2005), em Goiânia, os quais apontaram o uso irregular ou não uso da camisinha em 44,1% de 223 adolescentes escolares de baixa renda.

Em Feira de Santana-BA, no ano de 2000, de 46 adolescentes escolares estudados por Araújo (2001), 39% apresentaram comportamento sexual de risco, apesar de a maioria reconhecer os riscos da prática sexual desprotegida. Entre os adolescentes deste município, o estudo de Rios (2001) aponta que nenhum deles sabia o local de distribuição gratuita da camisinha, retratando um problema grave de falta de conhecimento, pela população, dos serviços oferecidos pelos Centros, Postos e Unidades de Saúde, alertando para a necessidade de desenvolvimento de ações de educação em saúde.

Pensa-se, ainda, que o sexo seguro esteja fortemente relacionado à maturidade adquirida com o avançar da idade, levando a uma maior prevalência de DST entre as adolescentes do que entre as adultas jovens, apesar destas realizarem menos o teste anti-HIV do que aquelas (PARAGUASSÚ, 2003).

Além da vulnerabilidade em relação às DST, as adolescentes e jovens também estão sujeitas à gravidez precoce. Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal podem ser conseqüências tanto das gestações precoces quanto das DST não tratadas em gestantes.

1.1.2 Gravidez e DST na adolescência e juventude

No ano de 2006, em uma maternidade de Feira de Santana, as adultas jovens (20 a 24 anos) correspondiam a 33% de todas as gestantes internadas, sendo as adolescentes responsáveis por 24% dos internamentos (SANTOS; CASTRO; RIOS-GRASSI, 2008).

Para o Ministério da Saúde do Brasil (2006a), a adolescência, por ser uma fase em que a mulher está em condição peculiar de desenvolvimento, constitui época em que a superposição da gestação acarreta sobrecarga física e psíquica, principalmente entre 10 e 15 anos de idade, aumentando a vulnerabilidade aos agravos materno-fetais e psicossociais.

Os principais impactos, porém, não são biológicos. Estudo recente afirma que, ao controlar as variáveis confundidoras, a gestação na adolescência não eleva os riscos gestacionais do ponto de vista biológico. Os aspectos sociais e morais, sim, têm um papel fundamental nas conseqüências que o ato sexual pode ocasionar (HEILBORN et al, 2006).

Os ônus relacionados à maternidade e à constituição de família dificultam a escolarização das mães adolescentes e jovens, afetando a sua inserção exitosa no mercado de trabalho, colaborando para o seu ciclo de pobreza e a má qualidade de vida. Em nosso meio, é muito freqüente que adolescentes grávidas interrompam os seus estudos, uma vez que a gravidez funciona como um rito de passagem para a idade adulta e os próprios familiares desencorajam a adolescente a continuar na escola (AMORIM et al, 2009; CARNIEL et al, 2006; SABROZA et al, 2004; GAMA et al, 2002; YAZLLE et al, 2002).

A gravidez precoce pode gerar ainda o abandono do parceiro e da família, a perda de unicidade com o grupo, a interrupção do projeto de vida e riscos materno-fetais (BRASIL, 2006a).

Além da gravidez não planejada, os adolescentes e jovens também estão mais vulneráveis a contaminação pelas DST.

São escassos os estudos sobre a prevalência das DST e, em sua maioria, referem-se a grupos com comportamento considerado de alto risco, como as profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.

Ao tentar preencher esta lacuna, o estudo realizado por Carret e colaboradores (2004) procurou, justamente, estudar a prevalência e os fatores de risco dos sintomas de DST na cidade de Pelotas, entre pessoas a partir de 20 anos, no ano de 2002. Em relação aos fatores de risco, diversos aspectos estiveram estatisticamente associados aos sintomas de DST, dentre eles a menor idade, cor de pele não branca, sexo feminino, o não uso de preservativo, maior número de parceiros sexuais, prática de sexo anal e a sexarca precoce. De acordo com os dados obtidos pelos autores, as mulheres apresentaram três vezes mais chances de desenvolverem sintomas de DST em relação aos homens, demonstrando os problemas decorridos do papel social feminino, principalmente entre aquelas que possuem menor escolaridade (CARRET et al, 2004). As mulheres com mais anos de estudo, por serem mais conscientes dos seus direitos e conseguirem negociar o uso do preservativo com maior

facilidade, são menos vulneráveis às doenças (CARRET et al, 2004; FERNANDES et al, 2000). Assim, mulheres com 1 a 4 anos de escolaridade apresentam 50% mais sintomas de DST do que aquelas com 12 anos ou mais de estudo (CARRET et al, 2004).

Importante ressaltar que não houve diferença de prevalência de sintomas das DST entre as diferentes situações conjugais e socioeconômicas, atentando para a necessidade de redirecionamento das abordagens nos serviços de saúde. Afinal, mulheres que têm companheiro fixo, em geral, não são consideradas de risco para as DST nos serviços e não têm percepção da sua vulnerabilidade, como conseqüência, não se protegem adequadamente (CARRET et al, 2004).

As pessoas que não usaram preservativo nas últimas relações sexuais tiveram 69% mais probabilidade de apresentar sintomas de DST, assim como as pessoas com mais de 3 parceiros no último trimestre apresentaram quase o quádruplo de chance de desenvolvê-las comparado com quem não teve parceiro no período (CARRET et al 2004; FERNANDES et al, 2000).

De acordo com a OMS (2001), nos países em desenvolvimento, o acometimento pelas DST está mais relacionado ao rápido aumento da urbanização, ao baixo status da mulher e ao grande percentual de jovens. Os adolescentes e jovens, de ambos os sexos, na faixa etária de 15 a 24 anos são os mais acometidos pelas doenças relacionadas ao sexo, na maioria dos países referidos pela OMS. As mulheres desta idade possuem um risco ainda maior, devido às questões de gênero e da própria fisiologia (FERNANDES et al, 2000).

As doenças sexualmente transmissíveis, atualmente, constituem uma das principais causas de procura pelos serviços de saúde no Brasil, podendo causar graves conseqüências para a mãe e seu conceito, tais como infertilidade, aborto espontâneo, malformações congênitas e morte materna e neonatal (PENNA; HAJJAR; BRAS, 2000).

Dentre as diversas DST, a AIDS e a Sífilis são as que apresentam maiores danos para a saúde materno-infantil. Estas patologias requerem uma maior atenção no período pré-natal para que sejam diagnosticadas e tratadas precocemente, prevenindo sua transmissão vertical. Por este motivo, através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação, tornou-se obrigatória a notificação compulsória das gestantes com HIV e Sífilis e das crianças acometidas. Contudo, esta notificação ainda acontece de forma irregular no Brasil (BRASIL, 2008b). As informações acerca da prevalência do HIV/AIDS e da Sífilis também são fornecidas periodicamente pelo Estudo – Sentinela Parturiente (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006a).

1.1.3 HIV/AIDS

O conhecimento sobre a infecção pelo HIV e pela AIDS é multifacetado e a base técnico - científica constituída não está dissociada das condições de saúde, assistenciais, socioeconômicas e culturais (SANTOS, 2005).

Estimativas divulgadas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e AIDS, UNAIDS (2006) e OMS (2008) apontam cerca de 35 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS no mundo inteiro, sendo 45% dos casos novos correspondentes aos jovens de 15 a 24 anos no ano de 2007. Ainda de acordo com a UNAIDS (2006), mais de 90% da epidemia está concentrada nos países em desenvolvimento, onde seu impacto econômico e social cresce de forma mais acelerada.

Em Angola, no final de 2004, estimaram-se 400 mil adultos e crianças com HIV/AIDS, sendo 60% na faixa etária de 20 a 39 anos. Neste país, a prevalência da infecção em adultos com idade entre 15 e 49 anos chegou a 2% em 2007 (OMS, 2008). Na Jamaica, outro país em desenvolvimento, o HIV atingiu uma prevalência de 1,5%, com 28 mil pessoas acometidas e 1.500 jamaicanos mortos pela doença.

Estes dados contrastam com os números dos países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, maior potência mundial, em 2007, existiam mais de um milhão de pessoas infectadas pelo HIV, totalizando 20 mil óbitos por ano e uma prevalência de 0,6%, equiparando-se à prevalência brasileira. No Canadá, no mesmo ano, cerca de 80 mil pessoas tiveram resultado positivo para o vírus, não havendo óbito no período. Dentre os países mais desenvolvidos, o Japão apresenta a menor quantidade de casos de infecção pelo vírus, correspondendo a 9 mil, com menos de 90 mortes por HIV, também no ano de 2007 (OMS, 2008).

A prevalência de AIDS no Brasil apresentou um aumento de 0,2% de 1990 a 1997, quando atingiu 0,6%, mantendo-se constante até 2007 (OMS, 2008). Atualmente, estima-se que existam 620 mil brasileiros vivendo com AIDS e, a cada quatro deles, um não sabe da sua soropositividade. Este fato reflete dois graves problemas nos serviços de saúde: a dificuldade no diagnóstico precoce e a subnotificação dos casos, uma vez que, aproximadamente, 23,5% dos soropositivos não foram notificados (SANTA ROSA, SOMBRA, 2008).

O Ministério da Saúde, até junho de 2005, havia notificado 118.520 brasileiras infectadas, sendo a razão entre homens e mulheres de 2:1 no ano de 2004 (CALVET, 2007).

Desde o final da década de 90, os casos de transmissão heterossexual vêm superando, proporcionalmente, os casos de exposição homo/bissexual e usuários de drogas injetáveis,

chegando a representar, em 2003, 41% do total de casos registrados em homens ou 61% dos casos de transmissão sexual (BRASIL, 2005). Esse dado comprova a inexistência de um grupo de risco, estando toda a população vulnerável ao vírus (SANTA ROSA; SOMBRA, 2008).

Através da transmissão heterossexual, iniciou-se a inserção das mulheres no grupo de risco para o HIV, principalmente nas regiões Sul e Sudeste. Até setembro de 2003, contabilizaram-se 13.369 mulheres com HIV notificadas, sendo o primeiro caso brasileiro identificado em 1983 (DEL BIANCO et al., 2005; SANTA ROSA; SOMBRA, 2008).

Em Feira de Santana-BA, no Serviço de Assistência Especializada (SAE) do Centro de Referência Municipal de DST/HIV/AIDS, houve um grande aumento de mulheres acometidas pelo vírus da AIDS, passando de 6 casos em 2003 para 27 em 2004, e 67 em 2005. Entre elas, a faixa etária mais prevalente foi entre 22 e 39 anos, sendo que 15% tinham 21 anos ou menos. Numa análise territorial/geográfica, constatou-se a distribuição dos casos em bairros centrais e periféricos, ocorrendo inclusive na zona rural. A via sexual foi a principal causa de transmissão do HIV/AIDS, ocorrendo em 87% dos casos. A transmissão vertical ocorreu em 8% dos casos (OLIVEIRA et al, 2008).

De acordo com Santa Rosa e Sombra (2008), a proporção de homens e mulheres com o vírus varia de acordo a faixa etária.

“Enquanto os índices gerais apontam para a proporção de 1,5 homem para cada mulher infectada; na faixa etária dos 13 aos 19 anos, os números se invertem: 1,5 menina para cada rapaz” (SANTA ROSA; SOMBRA, 2008, p.4).

A feminização da epidemia do HIV/Aids relaciona-se à vulnerabilidade da mulher por suas características biológicas, sociais e culturais favoráveis à infecção (GARCIA – SANCHEZ, 2004; SELLY; CECHIM, 2006)

Suplicy (1995) afirma que muitos obstáculos culturais e emocionais envolvem a AIDS, sobretudo durante o adolescer. Entre estes aspectos, destacam-se:

- **O mito da fidelidade:** após estabelecer um relacionamento afetivo sério, o (a) adolescente/jovem, envolvido pela paixão, costuma depositar total confiança em seu parceiro (a) que, por geralmente também pertencer a essa fase de experimentação sexual, pode ser infiel. Isto torna o (a) adolescente/jovem vulnerável ao HIV e outros agravos.

- **Passividade feminina:** assemelha-se ao anterior, acrescentando-se a dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro.
- **Onipotência:** Com o intuito de se tornar mais valorizado pelo seu grupo, muitos adolescentes costumam correr riscos e responder a desafios, como prova de sua virilidade. Assim, eles consideram o perigo da AIDS como algo distante e que nunca ocorrerá com eles.
- **Idealização:** os adolescentes idealizam seus companheiros como seres perfeitos e saudáveis, levando ao mito da fidelidade.
- **Negação:** o auge das descobertas sexuais afasta o pensamento em relação à morte e os adolescentes preferem negar a existência dos perigos da AIDS, assumindo comportamentos de risco.
- **Vergonha:** o assunto sexo pode causar constrangimento, inibindo os diálogos sobre o tema, levando a uma desinformação.
- **Rejeição e desconfiança:** os adolescentes consideram que propor o uso de preservativos numa relação sexual pode ser visto pelo parceiro como falta de confiança ou rejeição, portanto, muitos preferem não usar o preservativo a ter que negociá-lo.

De acordo com pesquisa baseada no Estudo-Sentinela de 1997 e 1998, encontraram-se 12.898 gestantes infectadas pelo HIV em todo o Brasil, no ano de 1998, sendo a maioria do Sudeste e Sul, seguidos da região Nordeste com 1.648 casos (SZWARCOWALD; CASTILHO, 2000).

Dados nacionais apontam 9.122 casos de AIDS em crianças, de janeiro de 1983 a junho de 2004, devido à transmissão vertical (BRASIL, 2004). Na Bahia, houve 206 casos de transmissão materno-infantil do HIV (BRASIL, 2006b). Este dado é um reflexo progressivo do acometimento das mulheres gestantes pelo vírus HIV.

Ao considerar o risco de transmissão vertical do HIV, os principais fatores envolvidos são imunológicos, obstétricos, fetais, placentários, virológicos, o aleitamento materno, o uso de antiretroviral e o comportamento e nutrição maternos (GIANVECCHIO; GOLDBERG, 2005).

Segundo Del Bianco e colaboradores (2005), nas gestantes, a transmissão do HIV para o feto está mais relacionada ao final da gravidez ou ao trabalho de parto/parto, o que representa 65% dos casos, enquanto que 35% ocorrem intra-útero, e o aleitamento materno representa risco adicional de 7% a 22%.

1.1.4. Sífilis

A Sífilis é uma doença de alta prevalência e elevada morbimortalidade, apesar de possuir prevenção, diagnóstico e terapêutica de baixo custo e fácil execução (BRASIL, 1999).

Segundo Sá e colaboradores (2001), a determinação da prevalência da Sífilis permite o desenvolvimento de estratégias e ações em todos os níveis de atenção, repercutindo positivamente na morbi-mortalidade infantil. É obrigatória a notificação compulsória preconizada pelo Ministério da Saúde, tanto para as gestantes acometidas quanto para os recém - nascidos vítimas da Sífilis Congênita (Portaria nº 542 de 22/12/1986).

No Brasil, a incidência de Sífilis na gestação é de 1,7%, o que representa 60.000 gestantes infectadas anualmente. Estima-se que ocorram 18.000 novos casos de transmissão vertical da Sífilis, porém apenas 4.000 (75%) casos são notificados (BRASIL, 2005).

Estudo desenvolvido por Sá e colaboradores (2001) identificou que de 5.519 gestantes testadas, 119 (2,2%) tiveram o VDRL positivo em algum momento da gestação, prevalência esta menor do que a estimada pela Secretaria Municipal de Saúde em 1999, devido a diferença entre a cobertura da testagem para VDRL, que no serviço corresponde a 100% e no município a 10%, e aos melhores indicadores de saúde da região onde se localiza o serviço.

Segundo dados nacionais, para o ano de 2004, estimaram-se cerca de 50.000 casos de Sífilis em puérperas e de 12.500 crianças nascidas com a Sífilis Congênita (considerando uma taxa de transmissão vertical de 25%). De 1998 a 2004, foram notificados 24.448 casos deste agravo, representando uma taxa média de 1,2 casos por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2005).

Em Feira de Santana, houve um crescimento no número de casos notificados de Sífilis Congênita, passando de 5 a 32 entre os anos de 2000 e 2005, correspondendo a cerca de 3 casos por mil nascidos vivos. Até outubro de 2006, os índices de transmissão vertical da Sífilis notificados chegaram a 20 casos, indicando uma falha no controle desta doença no município. Dos óbitos neonatais, 5 foram correlacionados ao VDRL positivo e os demais (112) foram em filhos de mulheres com VDRL negativo (BRASÍLIA, 2009).

Assim como em relação a todas as DST, a soropositividade do VDRL apresentou-se tanto mais freqüente quanto menor o grau de instrução da gestante, porém, neste caso, não apresentou influência da idade. O número de consultas pré-natais também influencia na condição sorológica da gestante, de forma que aquelas que tiveram três ou menos consultas apresentaram freqüência muito maior de VDRL positivo (SÁ et al, 2001).

O acometimento do feto, em caso de gestação, dependerá do estágio de doença na gestante, podendo ser causa de abortamento, natimortos, hidropsia fetal, retardo mental, deformidades físicas e parto prematuro (BRASIL, 2005; GUINSBURG, 1998). O prognóstico e a incidência da Sífilis Congênita estão intimamente relacionados à qualidade da assistência pré-natal (GUST et al, 2002; LIMA, 2004)

A Sífilis representa um grave problema de saúde pública, principalmente quando envolve a sua transmissão vertical. Porém, tanto a sua forma Adquirida quanto a Congênita podem ser facilmente diagnosticadas, tratadas e prevenidas.

1.1.5 Políticas públicas de prevenção e intervenção do HIV/AIDS e Sífilis

As Políticas Públicas de prevenção das DSTs voltam-se, especialmente, para as medidas para a distribuição de preservativos e a educação em saúde, objetivando o aumento do uso do preservativo nas relações sexuais e conseqüente redução da transmissão desta patologia. Esta ação obtém grande relevância diante da grande quantidade de adolescentes e jovens que não aderem ao uso da camisinha durante o ato sexual.

Nas escolas, o governo exige que sejam incluídos nos planos de curso os temas sexualidade na adolescência, uso indevido de drogas e infecção pelo HIV e DST. Apesar da adoção desta medida, no Palácio do Menor de Feira de Santana, 63% dos alunos referem que estes assuntos não foram aprendidos em sala de aula, e o restante deles denunciaram a falta de interação com o professor no processo de aprendizagem dos temas (RIOS, 2001).

Para o diagnóstico da contaminação pelo HIV, o governo oferece gratuitamente testes anti-HIV. Em especial, estes testes devem ser ofertados durante a assistência pré-natal, preferencialmente, até a 14^a semana e, em caso de confirmação da infecção, iniciar o tratamento com AZT a partir do final do primeiro trimestre gestacional. O exame deve ser repetido, sempre que possível, após três meses, principalmente para gestantes que se enquadram em algum dos critérios de risco. Assim, previne-se a possibilidade de infecção pelo vírus durante a gestação ou de janela imunológica do HIV (BRASIL, 2006a).

De acordo com Santos, Castro e Rios-Grassi (2008), em uma maternidade de Feira de Santana, entre 285 gestantes que tiveram assistência pré-natal, 261 (91,6%) não realizaram sorologia para HIV durante a gravidez.

A realização deste exame deve ser opcional, havendo sempre um aconselhamento pré e pós-teste. Segundo o Ministério da Saúde, o aconselhamento consiste em um diálogo que proporciona uma relação de confiança, objetivando a avaliação do cliente em relação aos seus próprios riscos, decisões e o encontro de maneiras realistas de enfrentar as conseqüências relacionadas às DST/HIV/AIDS (BRASIL, 2000b; BRASIL, 2006c).

Atualmente, o teste anti-HIV pode ser realizado por qualquer indivíduo através da rede pública de saúde, sendo respeitados os princípios de universalidade e equidade preconizados pelo SUS (BRASIL, 2008c).

Em casos de gestantes acometidas pelo vírus, deve-se proporcionar a prevenção da transmissão do HIV para a criança. As intervenções preconizadas pelo Ministério da Saúde para a redução do risco de transmissão vertical, através do Protocolo ACTG 076, atualmente são: o uso de anti-retrovirais a partir da 14ª semana de gestação; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo eletivo em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição da lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade (BRASIL, 2006b).

É consensual que, ao serem tomadas medidas preventivas quanto à transmissão vertical, pode-se reduzir a exposição do recém-nascido à AIDS (FERNANDES et al, 2005). Este estudo demonstrou que nos Estados Unidos, na ausência de qualquer intervenção, a transmissão vertical do HIV se situa em torno de 30%. Essa taxa poderia ser reduzida em 66% com o uso de AZT a partir da 14ª semana de gestação. A taxa de transmissão seria de 6,1% com o uso da medicação a partir do período pré-natal, 10% com o uso a partir do parto, de 9,3% com o uso pelo neonato nas primeiras 48 horas de vida, aumentando para 18,4% se usado somente a partir do terceiro dia de vida do recém-nascido.

Brito e outros (2001) demonstraram que, dos casos de confirmação do HIV, apenas 19,5% das gestantes receberam zidovudina injetável no momento do parto, o que representa para eles um pequeno percentual, visto a disponibilidade do rastreamento do HIV e do tratamento com o medicamento injetável fornecidos nos serviços públicos de saúde. Torna-se, então, de fundamental importância a realização do teste anti-HIV precocemente nas gestantes, para que, em caso positivo, as ações relacionadas à prevenção da transmissão vertical sejam adequadamente efetivadas.

Visando a diminuição dos casos de Sífilis, o Ministério da Saúde, além de tornar obrigatória a sua notificação, desenvolveu protocolos específicos para o seu tratamento e a prevenção da Sífilis Congênita.

Para as gestantes, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento por testes não treponêmicos no início da assistência pré-natal e entre 28 e 30 semanas, início do terceiro trimestre, para que se possa tratar a doença no mínimo trinta dias antes do parto, condição necessária para que o feto seja considerado tratado intra-útero (BRASIL, 2006a). Uma vez confirmado o diagnóstico, deve-se tratar a Sífilis com a administração de penicilina benzatina. Os parceiros devem ser sempre testados e tratados (BRASIL, 2006a). Em uma maternidade de Feira de Santana, das gestantes que fizeram pré-natal, apenas 8% realizaram sorologia para Sífilis e duas tiveram o resultado reagente, sendo os seus recém-nascidos acometidos pela Sífilis Congênita (SANTOS, CASTRO, RIOS-GRASSI, 2008).

Conclui-se que as medidas de prevenção e tratamento das DST preconizadas pelo Ministério da Saúde são de grande valia para a redução do acometimento de pessoas por estas patologias. Garante-se, com isto, aos adolescentes e jovens, grupos vulneráveis à gravidez precoce e às DST, a própria proteção e a precaução em relação à possibilidade de transmissão vertical em casos de gestação. Contudo, ressalta-se que uma Política de Saúde mais inclusiva, integral e de fácil acesso deva ser somada aos protocolos já existentes, de forma que a assistência à saúde reprodutiva e sexual de adolescentes e jovens seja universal e equitativa, respeitando as peculiaridades desta fase da vida.

1.1.6 O Programa Nacional de DST/HIV/AIDS

Devido à elevação do número de pessoas acometidas pelo HIV, criou-se em 1988, no Rio Grande do Sul, o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), sendo posteriormente implantado em todas as regiões do país, sempre em locais acessíveis, com estrutura própria e composto por equipes multiprofissionais. Nesta década, o público – alvo era composto por homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, e o programa tinha como objetivo interromper a cadeia de transmissão da doença através da prevenção e do diagnóstico precoce. Desta forma, cabia ao Ministério da Saúde a responsabilidade sobre investimentos em infra-estrutura e recursos humanos e, aos estados e municípios, a manutenção das unidades, das equipes e do material necessário (BRASIL, 2008c).

A partir de 1997, o COAS passava a ser chamado de Centro de Testagem e Aconselhamento, disponibilizando drogas para o tratamento da AIDS e prevenção da

transmissão vertical do vírus. Contribuía ainda para a redução da prevalência de Hepatite B e a consolidação do SUS, o que permitiu a descentralização do controle e prevenção da DST/AIDS, aumento do número de laboratórios e ambulatórios da rede pública (BRASIL, 2008c).

Nestes Centros, são garantidos o direito ao anonimato do sujeito, a capacitação de recursos humanos para ampliação da oferta dos testes, as atividades de prevenção intra e extramuros e as ações de profilaxia da transmissão vertical.

Segundo o Boletim Epidemiológico da AIDS e DST, as diretrizes do CTA são revisadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS, sendo elas: desenvolver atividades de adesão de pessoas vivendo com HIV ao tratamento anti-retroviral; estimular o diagnóstico das parcerias sexuais (BRASIL, 2008c).

Atualmente, os CTA existem em 383 localidades, a maior parte na Região Sudeste, com 139 unidades implantadas, representando 2,33 CTA para cada 1 milhão de brasileiros. As regiões Sul e Nordeste apresentam os piores índices de cobertura pelo CTA, chegando a 34% e 61,3% de população não coberta, respectivamente. Em sua maior parte, os CTA possuem gestão municipal (87,2%) e estão inseridos no SUS (81,9%) através dos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS, unidades básicas de saúde e serviços de atenção secundária. A taxa de prevenção do HIV nos CTA do Nordeste corresponde a 1%, onde a epidemia é mais recente (BRASIL, 2008c).

As gestantes constituem um dos mais importantes grupos populacionais atendidos pelos CTA, principalmente no Norte e Nordeste, devido ao encaminhamento pelos serviços de pré-natal.

1.1.7 O Programa Municipal de DST/HIV/AIDS em Feira de Santana – BA

Em Feira de Santana, o Programa DST/HIV/AIDS foi implantado em 1999, através de um convênio com o Ministério da Saúde e tem como objetivo desenvolver atividades de prevenção, promoção e proteção à saúde sexual, no município. Este serviço engloba o Centro de Referência Municipal (CRM) DST/HIV/AIDS, criado em 2001, que possui, atualmente, atendimento multidisciplinar concentrado no Centro de Saúde Especializado - Dr. Leoni Coelho Leda (CSE), local de fácil acesso para a população. O Centro é subdividido nos seguintes setores:

- **Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis**

Nesta unidade, são realizados o tratamento e acompanhamento dos usuários portadores de DST. Realizam-se, também, pequenas cirurgias e biópsias, preventivo para as mulheres cadastradas no serviço e distribuição periódica de preservativo masculino. Possui os seguintes profissionais: ginecologistas, urologista, enfermeira, técnicas de enfermagem e assistente administrativo.

- **Serviço de Assistência Especializado (SAE)**

No SAE, é realizado o acompanhamento dos usuários soropositivos e/ou com AIDS, bem como dos casos de violência sexual e acidente ocupacional. Realiza-se também o pré-natal de gestantes portadoras do vírus HIV, sendo fornecido a todos os usuários o preservativo masculino. Atualmente é composto por infectologistas, clínico geral, pediatra, enfermeira, técnicas de enfermagem e assistentes administrativos.

- **Serviço de Assistência Farmacêutica**

Sua função é ofertar medicamentos para DST, infecções oportunistas e os anti-retrovirais, controlar e distribuir preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante, teste rápido e fórmula láctea, para crianças cadastradas expostas ao HIV e para as maternidades inclusas no Projeto Nascer. Atualmente, o serviço é composto por farmacêutico.

- **Unidade Laboratorial**

Oferece os testes para HIV 1 e 2 (ELISA e Western Blot) e Sífilis (VDRL) e sorologia para Hepatites B e C. Atualmente é composto por bioquímico, biomédico e técnicas de laboratório.

- **Serviço de Psicologia**

Neste setor, acontece o atendimento individual de psicoterapia para os usuários cadastrados, em especial os portadores do HIV e as vítimas de violência sexual. O acompanhamento é feito pela psicóloga através de dinâmicas de grupo e aconselhamento, no Grupo de Adesão (usuários soropositivos) e no Grupo de Prevenção para Mulheres. Tem desenvolvido capacitações para os profissionais de saúde e ajuda ao Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas.

- **Serviço de Assistência Social**

Atende aos portadores do HIV que são cadastrados no SAE e no CTA, auxiliando na marcação de exames médicos, laboratoriais e direcionamento para a aquisição de benefícios

sociais e direitos das pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA). É composto por assistente social.

- **Serviço de Fisioterapia**

Atende aos pacientes do SAE que apresentam alguma alteração cinético-funcional, atuando, preventivamente com o intuito de potencializar funções, estimular a auto-imagem, resgatar a relação harmônica entre o corpo e o instrumental para Atividades de Vida Diária (AVD's). Desta forma, assegura uma atenção terapêutica plena, ética e digna para os usuários. Atualmente é formada por graduandos de fisioterapia e fisioterapeutas voluntárias.

- **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)**

No CTA, são entregues os resultados dos exames realizados no laboratório do CRM que são entregues no prazo máximo de quinze dias úteis. Neste setor os usuários devem, ainda, participar do aconselhamento coletivo (palestras), do aconselhamento individual (pré-teste e pós teste), além de receber periodicamente o preservativo masculino.

O trabalho coletivo é realizado eminentemente através de palestras direcionadas tanto aos portadores de HIV quanto aos não portadores.

No CTA - Feira de Santana ocorrem, em média, 35 palestras ao mês, assistidas por cerca de 200 pessoas (ARAÚJO, 2001). Já o aconselhamento individual é efetivado através de consultas. No primeiro momento de consulta, ocorrem a entrevista e o encaminhamento para a realização do teste ELISA. Caso o resultado para HIV seja positivo, o paciente é encaminhado ao SAE, onde será acompanhado. Se o teste ELISA for negativo, há uma repetição do teste com o intuito de evitar os resultados falso-negativos.

Neste CTA, todos os atendimentos são realizados por enfermeiras, médico, assistente social e assistentes administrativos, oferecendo grande suporte às Políticas Públicas de Saúde no combate às DST/AIDS, inclusive entre as adolescentes e jovens grávidas.

De acordo com dados do SI-CTA de Feira de Santana, nos anos de 2004 a 2008, foram atendidos 16720 usuários no município. A maioria das pessoas atendidas era negra, casada e não usou preservativo no último ano por confiarem em seus parceiros. Destes atendimentos, 74,6% foram em mulheres, cuja maioria procurou o serviço para a realização de exames pré-natais. No período, foram registrados 96 casos (48,7%) de HIV e 84 casos (55,6%) de Sífilis em mulheres.

Diante da indiscutível relevância deste serviço para o desenvolvimento da saúde em Feira de Santana, este trabalho busca estudar a sorologia e vulnerabilidade de adolescentes e

adultas jovens atendidas no CTA da localidade, cujos resultados poderão contribuir para a implementação de ações voltadas para as gestantes, em especial, adolescentes e jovens.

2 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual é a prevalência e a exposição para HIV/Aids e Sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Programa DST/HIV/Aids em Feira de Santana/BA, no período de 2004 a 2010?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência e a exposição para HIV/Aids e Sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Programa DST/HIV/Aids em Feira de Santana/BA, no período de 2004 a 2010.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever características sócio-demográficas, exposição e positividade para HIV/AIDS e Sífilis entre as gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Centro de Testagem e Aconselhamento do Programa DST/AIDS do Centro de Referência Municipal para DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – BA, no período de 2004 a 2008.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo sobre a prevalência para HIV e Sífilis das gestantes atendidas no CTA, em Feira de Santana, no período de 2004 a 2008.

A descrição da distribuição das doenças e agravos de saúde possibilita o planejamento e a execução de ações voltadas para a prevenção, tratamento e reabilitação, tanto em nível coletivo como individual (MEDRONHO et al, 2008).

Para esta pesquisa, escolheu-se o estudo descritivo por ser de fácil execução, baixo custo e curta duração, e permitir o estudo da população de gestantes atendidas em Feira de Santana, nos anos de 2004 a 2008.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

4.2.1 Município do estudo

Feira de Santana, a Princesa do Sertão, localiza-se na região centro-norte da Bahia, na fronteira do recôncavo com o sertão, sendo a segunda maior cidade do Estado. Situada a 110 km da capital Salvador, possui extensão territorial de 1338,1 Km², possui um distrito sede e mais sete distritos: Bonfim de Feira, Governador João Durval, Humildes, Jaguará, Jaíba, Maria Quitéria e Tiquaruçu (SANTANA, 2003). Sua população estimada corresponde a 571.997 habitantes, totalizando 66.085 adolescentes. Localiza-se na planície do recôncavo baiano, com clima semi-árido, sendo destacada pelo grande fluxo migratório de regiões, facilitada pela localização geográfica, cortada por três Rodovias Federais (BR 324, BR 116 e BR 101) e cinco Rodovias Estaduais (BA 052, BA 068, BA 501, BA 502 e BA 503), sendo considerada o maior entroncamento rodoviário do Norte e Nordeste do Brasil.

Este município é sede da 2ª Diretoria Regional de Saúde e pólo da microrregião de saúde que contempla 25 municípios do Estado da Bahia, dispondo de diversos serviços voltados para a saúde reprodutiva. Dentre eles, encontra-se o Centro de Referência

DST/HIV/AIDS, lócus deste estudo, que atende inclusive gestantes, de todas as faixas etárias, sendo a assistência pré-natal a principal fonte de encaminhamento das mesmas para este serviço.

4.2.2 Instituição de estudo

A coleta dos dados foi realizada no CTA do CRM DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – BA.

4.2.3 População de estudo

A população referencial para o estudo são todas as gestantes adolescentes ou adultas jovens atendidas no CTA do CRM DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – BA, no período de 2004 a 2008.

Foram consideradas 2.984 gestantes, sendo que 146 apresentaram mais de uma gravidez no período, totalizando 3030 casos de gestação estudados.

Foram consideradas adolescentes as meninas pertencentes à faixa etária de 10 a 19 anos, e adultas jovens aquelas de 20 a 24 anos, obedecendo aos critérios da OMS. Para possibilitar a comparação entre as faixas etárias, as adolescentes e jovens foram agrupados em:

10 a 16 anos – adolescência inicial e média, agrupadas por possuírem características semelhantes;

17 a 19 anos – adolescência final;

20 a 24 anos – juventude.

4.2.4 Critérios de inclusão

Estar cadastrada no CTA do CRM de Feira de Santana - BA.

Ser gestante adolescente ou adulta jovem, no período de 1º de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2008.

4.2.5 Fonte e instrumento de coleta de dados

Foram utilizados dados secundários oriundos dos formulários de atendimento e dos relatórios estatísticos do Sistema de Informação do CTA do Centro de Referência Municipal de DST/HIV/AIDS de Feira de Santana. Para a coleta, foi elaborado um formulário cujos dados foram coletados no CRM DST/HIV/AIDS pela autora (APÊNDICE 1).

4.2.6 Variáveis de estudo

As variáveis estudadas foram: sociodemográficas: idade, cor da pele, ocupação, estado civil, escolaridade, município de residência; exposição para HIV e Sífilis no último ano: presença e tratamento de DST, compartilhamento de seringas ou agulhas, número e sexo dos parceiros; uso de preservativo com parceiro fixo e eventual, tipo de exposição do parceiro, motivo para não uso do preservativo com parceiro fixo e eventual; positividade para HIV e Sífilis: idade gestacional dos exames anti-HIV e VDRL e resultado das sorologias. Para o estudo do motivo de não uso do preservativo, foram desenvolvidas categorias, de acordo com as respostas encontradas no SI - CTA: fatores pessoais: considera que não vai contrair DST; deseja ter filhos, não gosta de usar; fatores relacionados ao parceiro: confia no parceiro; negociou não usar ou parceiro não aceita; fatores externos: relação não planejada, não dispunha do preservativo para a relação sexual.

Foram consideradas usuárias de drogas as mulheres que as utilizaram em qualquer frequência, quantidade ou tipo.

Foram consideradas casadas àquelas com união estável ou casamento legal, parâmetro este utilizado também para a definição de parceiro fixo.

4.2.7 Período de coleta dos dados

Os dados foram coletados no período Março a Agosto de 2009.

4.2.8 Análise de dados

Utilizou-se a Razão de Prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e erro $< 0,05$, para testar possíveis associações entre exposição, com parceiros fixos e eventuais, de acordo com as faixas etárias das gestantes.

Os dados coletados foram armazenados no SPSSWIN (Programa *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS, versão 9.0 for Windows, 1999) onde também foram processados e analisados.

4.2.9 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, sob protocolo nº 129/2008 (CAAE 0127.0.059.000-08), obedecendo às normas da Declaração de Helsinque e da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde que normatiza pesquisa em seres humanos (APÊNDICE 2).

Os dados resultantes do estudo ficarão armazenados durante 05 (cinco) anos no Núcleo de Estudos e Pesquisa na Infância e Adolescência – NNEPA, localizado no módulo VI da UEFS, sob a responsabilidade da professora Dra. Maria Conceição Oliveira Costa, coordenadora do referido núcleo. Os resultados da pesquisa serão enviados à Coordenação do Programa Municipal de DST\HIV\AIDS, em Feira de Santana, mediante relatórios técnicos.

ARTIGO**Exposição a fatores de risco e prevalência de HIV/AIDS e Sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas em Programa de Referência para DST/HIV/AIDS – Bahia/Brasil.**

Brena Carneiro Santos¹

Maria Conceição Oliveira Costa²

Karine Emanuelle Peixoto de Souza³

Rosely Cabral de Carvalho⁴

Nilma Lázara de Almeida Cruz⁵

Milena Cajaseira Santana⁶

Vanessa de Farias C. da Hora⁶

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS / Departamento de Saúde/DSAU / Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva/ PPGSC / Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA/UEFS. Avenida Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte, CEP: 44036-900. Tel.: (75) 3224-8000. Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Módulo VI. DSAU/UEFS.

¹ Mestranda PPGSC/UEFS. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/PPGSC do Departamento de Saúde/DSAU. Email: brenacarneiro@hotmail.com.

² Prof.^a Titular DSAU/PPGSC/UEFS, Pós Doutorado/Université du Québec à Montréal/UQAM, Coordenadora Núcleo de estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NNEPA/PPGSC/UEFS, Pesquisadora do CNPq. Email: costamco@hotmail.com.

³ Prof.^a Assistente – DSAU//UEFS, Mestre em Saúde Coletiva/PPGSC, Pesquisadora NNEPA/UEFS. Email: kepsouza@hotmail.com

⁴ Prof.^a Adjunto – DSAU//UEFS, Doutora USP, Pesquisadora NNEPA/UEFS. Email: elcaros@uol.com.br

⁵ Prof.^a Assistente – DSAU/PPGSC/UEFS, Mestre em Saúde Coletiva/PPGSC, Pesquisadora NNEPA/UEFS. Email: nilmalac@terra.com.br

⁶ Alunas de Iniciação Científica UEFS/PPGSC/NNEPA

Resumo

Objetivo: estudar prevalência e fatores de exposição ao HIV/AIDS e sífilis, entre gestantes adolescentes e adultas jovens encaminhadas pelo SUS, para triagem sorológica no Programa de DST/HIV/AIDS, 2004-2008. **Método:** estudo descritivo com dados do SIS/CTA de Feira de Santana (3030 gestantes). Estudou-se sorologia, fatores de exposição e riscos, com parceiro fixo e eventual, segundo faixa etária. Avaliou-se associação da exposição, segundo tipo de parceiro e idade das gestantes, através da Razão de Prevalência/RP. **Resultados:** gestantes adolescentes e adultas jovens mostraram maiores proporções da união conjugal. O uso não habitual do preservativo apareceu como principal exposição, com motivos ligados ao companheiro, fatores pessoais e ambientais. O grupo ≤ 16 anos diferiu das adultas jovens, para parceiro eventual ou fixo, pela menor frequência de uso do preservativo, motivado por fatores pessoais ou ambientais e as adultas pelos fatores ligados ao parceiro, com resultados significantes. As prevalências para HIV e Sífilis, concordaram com literatura, nas faixas estudadas. **Conclusões:** adolescentes mais jovens usaram menos preservativo, por fatores pessoais e ambientais, enquanto nas adultas jovens ligados ao companheiro, sugerindo questões comportamentais/pessoais e gênero interferindo na vulnerabilidade, sugerindo importância das ações preventivas.

Descritores: DST/HIV /AIDS e sífilis; gestantes adolescentes e adultas jovens; Programa de DST/HIV /AIDS

Exposure to risk factors and prevalence of HIV/SIDA and syphilis among pregnant adolescent and young women attended in a Referral Program of STD/HIV/SIDA – Bahia/Brazil.

Abstract

Objective: study the prevalence and exposure to HIV/SIDA and Syphilis among pregnant adolescents and young women referred by the Public Health System/SUS for serological screening in Feira de Santana's STD/SIDA Program (2004-2008). **Method:** descriptive study with 3030 pregnant. We studied serology, exposure factors and risks, with casual and fixed partners according to age of the pregnant. We evaluated the association of exposure, according to partner type and age of pregnant, through the prevalence ratio/PR. **Results:** pregnant teenagers and young women showed greater proportions of stable partnership. The unusual use of condoms appear as main exposure and the reasons for this behavior have been related to partner, personal or environmental factors. The group ≤ 16 years differed from the young women, with a lower frequency of condom use, motivated by personal factors, while young women are motivated by factors associated to the partner, with significant results. The prevalences of diseases agreed with the literature. **Conclusions:** younger adolescents used condoms less because of personal and environmental factors, while young women attach this to their partners, suggesting behavioral and gender issues interfering in the vulnerability, showing the importance of preventive actions.

Keywords: STD/SIDA and syphilis, pregnant teenagers and young women, Program of STD/HIV/SIDA.

Ao Conselho Editorial da Revista Adolescência e Saúde

Na condição de principal autor do artigo "Exposição a fatores de risco e prevalência para HIV/AIDS e Sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas em um programa de referência para DST⁶", autorizo a publicação de nossa autoria, junto com os co-autores abaixo listados

Brena Carneiro Santos¹ Brena Santos

Maria Conceição Oliveira Costa² M. C. O. Costa

Karine Emanuelle Peixoto de Souza³ Karine Emanuelle Peixoto de Souza

Rosely Cabral de Carvalho⁴ Rosely C. Carvalho

Nilma Lazara de Almeida Cruz⁵ Nilma Lazara de Almeida Cruz

Milena Cajaseira Santana⁶ Milena Cajaseira Santana

Vanessa de Farias C. da Hora⁷ Vanessa de Farias Carmilô da Hora

Introdução

São múltiplos os fatores ligados ao comportamento sexual que apontam a adolescência e juventude como grupos de risco para DST/HIV/AIDS. Entre os possíveis determinantes, destacam-se uso irregular de preservativos, consumo de bebidas alcoólicas, parceiros sexuais, sentimentos de onipotência e pouca responsabilidade com aspectos preventivos, entre outros fatores de vulnerabilidade¹⁵.

De modo geral, o sexo seguro está fortemente relacionado à maturidade, com o avançar da idade, podendo ser uma possível explicação para a alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) na adolescência e juventude. O comportamento sexual e a vulnerabilidade desse grupo configuram um desafio para a Saúde Pública, em decorrência das repercussões psicossociais e econômicas para jovens, famílias e todo o seu contexto social. Essa realidade sugere a necessidade de reavaliação das estratégias de sensibilização desse grupo, quanto ao estilo de vida, planejamento da família e prevenção de doenças graves, como Hepatite B, Sífilis e HIV/AIDS, entre outras.

Quando associada à gravidez, a exposição às doenças infecto-contagiosas constitui um problema de maior proporção. Dentre as diversas DST, a AIDS, a Sífilis e a Hepatite B estão entre as que apresentam gravidade para a saúde materno-infantil, requerendo atenção especial no período pré-natal, com a finalidade de prevenir a transmissão vertical⁵.

Com o intuito de propiciar o diagnóstico precoce das DST em gestantes e reduzir o risco da transmissão vertical dessas doenças, o Ministério da Saúde preconiza a realização de exames sorológicos para HIV/AIDS, Sífilis e Hepatite B, durante o pré-natal, priorizando o acesso aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) dos Programas Municipais de DST/HIV/AIDS, via referência e contra referência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em Feira de Santana, o CTA presta atendimento às gestantes referenciadas pelo Sistema de Saúde, assim como por demanda espontânea. Este artigo tem como objetivo calcular a prevalência e estudar fatores de exposição ao HIV/AIDS e sífilis, entre gestantes adolescentes e adultas jovens encaminhadas pelo Sistema de Saúde, para triagem sorológica no Programa de DST/HIV/AIDS do município, com propósito de subsidiar ações de prevenção e controle dessas doenças.

Metodologia

Estudo descritivo com dados secundários extraídos do Sistema de Informação/SI do CTA - Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana/Bahia O banco de dados do CTA

corresponde a um questionário padronizado pelo Ministério da Saúde, cujos dados são coletados por profissionais do serviço, durante o aconselhamento. A população de estudo compreende 3030 gestantes adolescentes e adultas jovens que realizaram testagem sorológica para HIV e Sífilis de 01/01/ 2004 a 31/12/ 2008, no CTA de Feira de Santana – BA.

As variáveis estudadas foram: sociodemográficas: idade, cor da pele, ocupação, estado civil, escolaridade, município de residência; exposição para HIV e Sífilis no último ano: presença e tratamento de DST, compartilhamento de seringas ou agulhas, número e sexo dos parceiros; uso de preservativo com parceiro fixo e eventual, tipo de exposição do parceiro, motivo para não uso do preservativo com parceiro fixo e eventual; positividade para HIV e Sífilis: idade gestacional dos exames anti-HIV e VDRL e resultado das sorologias. Para o estudo do motivo de não uso do preservativo, foram desenvolvidas categorias, de acordo com as respostas encontradas no SI - CTA: fatores pessoais: considera que não vai contrair DST; deseja ter filhos, não gosta de usar; fatores relacionados ao parceiro: confia no parceiro; negociou não usar ou parceiro não aceita; fatores externos: relação não planejada, não dispunha do preservativo para a relação sexual. Foi agregada a situação conjugal de casadas e união estável.

A análise dos dados foi realizada no pacote estatístico SPSS versão 9.0. Em primeira instância, foi realizado filtro dos dados, considerando que, no CTA, a unidade de análise é o atendimento, procurando evitar duplicidade de registros, no caso de gestantes que fizeram exames em gestações distintas. As variáveis foram descritas segundo faixas etárias das gestantes: sócio-demográficas, fatores de risco e exposição, trimestre de realização de exames, assim como a prevalência da positividade sorológica para DST/HIV/AIDS e Sífilis. Utilizou-se a Razão de Prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e erro $< 0,05$, para testar possíveis associações entre os fatores de exposição, no caso de parceiros fixos e eventuais, de acordo com as faixas etárias. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UEFS, sob o protocolo nº 129/2008 (CAAE 0127.0.059.000-08).

Resultados

No período de 2004 a 2008, o CTA de Feira de Santana realizou 16720 atendimentos, sendo 12472 (74,6%) no sexo feminino. Com o objetivo de realização dos exames pré-natais, foram atendidas 6720 gestantes, o que corresponde 54,1% da soma de mulheres. Desse total, 3030 eram gestantes adolescentes (41,2%) e adultas jovens (58,8%). Houve predominância de residentes na zona urbana (85%) de Feira de Santana (99,5%), com escolaridade maior ou igual a oito anos (54,5%), sendo as adolescentes com menor grau de escolaridade; 73,5%

relataram união conjugal (casadas e união estável), sendo que, na faixa etária menor que 16 anos, a proporção entre as de união estável e solteiras variou em apenas 10,8%, enquanto que, as de maior idade, a diferença de proporções alcançou 60,6%. As adultas jovens, na maioria (47,6%), trabalhavam no lar ou estavam desempregadas, 24,7% estavam empregadas e apenas 27,7% eram estudantes. A maioria das adolescentes era estudante (62,3%) e apenas 9,4% estavam empregadas (Tabela 1).

Segundo resultados da Tabela 2, que trata dos fatores de risco para DST/HIV/AIDS, na variável “apresentou DST no último ano”, o percentual de respostas afirmativas variou entre 4,8% na faixa ≤ 16 anos e 5,7% para as de 17 a 19 anos. Entre as que referiram DST (5,3%), a grande maioria (84,8%) realizou tratamento em serviço de saúde. Foi observada alta proporção de mulheres que tiveram de um a dois parceiros, no período de um ano (91%), comportando-se de forma homogênea entre os grupos etários.

Considerando os fatores de exposição “uso de preservativo e motivos para não usar”, no caso do parceiro fixo, foi verificado que, os motivos mais relatados para o não uso foram confiança no parceiro ou a não aceitação do uso pelo mesmo, relato constatado em todas as faixas etárias, sendo em torno de 50% entre as mais jovens e 66% entre as adultas. Do total de gestantes, 51% relataram não usar preservativo com parceiro fixo, sendo o uso do *condom* nas relações sexuais de apenas 3,6%, comparando-se com as proporções de uso na parceria eventual (32,2%).

No caso de parceiro eventual, o uso constante de preservativo foi relatado por 32,2%, entretanto predominou o uso ocasional (45%). Quanto ao “motivo de não uso do preservativo com o parceiro eventual”, os fatores relacionados ao parceiro (33,4%) e os fatores pessoais (35,1%) (considera que não vai contrair doença, desejo de ter filhos ou não gosta do uso, 25,2%) possuíram maior destaque, no entanto, para o grupo ≤ 16 anos, os fatores externos (relação não programada e indisponibilidade do preservativo no momento (40%) foram os mais relatados presentes. Ao estudar separadamente as faixas etárias, observou-se que as grávidas menores de 16 anos são mais expostas pelos fatores externos, aquelas de 17 a 19 anos devido aos fatores pessoais e as adultas jovens por fatores relacionados aos seus parceiros (Tabela 3).

Com relação à realização dos exames sorológicos para HIV e VDRL (dados não apresentados em tabelas), 2683 (88,5%) das gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas fizeram apenas um exame durante a gestação, com maior concentração (53,1%) durante o segundo trimestre gestacional. Das 347 (11,5%) que repetiram os exames, a maioria tinha 20

a 24 anos (64,3%) e a minoria 16 anos ou menos (8,1%). O segundo teste sorológico foi realizado antes do terceiro trimestre para 18,2% das gestantes.

As sorologias para HIV/AIDS e Sífilis do CTA (Tabela 4), realizadas no período 2004 a 2008, apontaram 197 casos de HIV/AIDS (prevalência de 1,2%) no total de atendimentos, com 96 casos em gestantes. Das gestantes soropositivas, seis (6) eram adolescentes e três (3) eram adultas jovens, prevalência de 0,3%. Com relação à Sífilis, foram encontrados 507 resultados reagentes (0,3%) na população em geral, 324 (2,6%) mulheres, 14 gestantes adolescentes e 36 adultas jovens. A prevalência de Sífilis para gestantes estudadas foi 1,6%.

A análise Razão de Prevalência (RP) dos fatores de exposição, para parceiro eventual ou fixo (Tabela 5), de acordo com faixa etária da gestante, apontou que a prevalência do uso habitual do *condom* foi significativamente maior para parceiro eventual (5,69 vezes maior entre gestantes ≤ 16 anos; 9,46 vezes, na faixa 17 a 19 anos e 9,77, entre adultas -20-24 anos. Entretanto, cabe ressaltar ainda que nesses casos (parceiro eventual), a prevalência da utilização ocasional (algumas vezes) foi superior a 50% no grupo ≤ 16 anos e em torno de 40% nas outras faixas; a não utilização foi citada por 27,3% das mais jovens (≤ 16 anos) e cerca de 20% das outras faixas. Para os parceiros fixos, cerca de 50% das mulheres dos três grupos etários relataram não uso do *condom*, com diferenças estatisticamente significantes, comparadas àquelas com parceiro eventual, cerca de 50% menos em todas as faixas etárias.

Em relação aos motivos da não utilização do preservativo (Tabela 5), comparando-se parceiro eventual e fixo, verificou-se que fatores externos interferiram de forma significativa, no caso de parceiro eventual, nas faixas ≤ 16 anos e 20 a 24 anos, respectivamente 1,91 e 2,79 vezes mais. Cabe salientar no caso de parceiro eventual a interferência dos fatores pessoais, para utilização do *condom*, nos três grupos de gestantes, respectivamente, 1,52, 1,99 e 1,42 vezes mais, entretanto essa associação foi significativa apenas na faixa de 17 a 19 anos. No que se refere à interferência do companheiro para não utilização do preservativo, as análises apontaram altas prevalências de fatores relacionados aos parceiros fixos, além da associação negativa e significativa entre parceiro eventual e não utilização do *condom*, considerando que os três grupos de gestantes utilizaram significativamente mais preservativo, no caso do parceiro eventual, o que representa um fator de proteção (proporções de 61% para o grupo ≤ 16 anos, 44%, para 17 a 19 anos e 40%, para 20-24 anos).

Discussão

Ao iniciar a discussão de resultados, cabe destacar que o CTA representa o Centro de Referência do Sistema Único de Saúde/SUS do município, para realização de triagem

sorológica durante o pré-natal, conforme norma do Ministério da Saúde. Dessa forma, os resultados da pesquisa expressam a população de gestantes do município que realizaram pré-natal no SUS. No entanto, cabe destacar que a utilização de registros secundários podem apresentar viés, relacionado ao preenchimento incompleto de alguma informação, interferindo na qualidade do dado coletado pela equipe, durante o processo de entrevista dos usuários.

No que diz respeito às limitações supracitadas, alguns indicadores contribuem positivamente para a adequada qualidade dos dados dos CTA(s), em geral: os Sistemas de Informação dos Municípios integram um Sistema Regional, os quais são periodicamente supervisionados pelo Sistema Nacional de informação de DST/HIV/AIDS; o SI-CTA dos municípios, o SI-CTA Regional e o Nacional têm a responsabilidade de elaborar indicadores locais, os quais são socializados, através de relatórios ao Ministério da Saúde e Coordenação Regional, assim como, a edição de boletins epidemiológicos; outro aspecto positivo é o alto nível de formação e supervisão do processo de trabalho das equipes desses Centros de Referência, quanto ao atendimento da clientela, nos aspectos clínicos e psicossociais ².

No caso das gestantes, a procura ao CTA se justifica pelo encaminhamento dos serviços de pré-natal, considerando que o Programa DST/HIV /AIDS é referência para realização de sorologia, via Sistema de Referência e Contra Referência do SUS. No período 2004-2008, as gestantes representaram 40,4% (6750) da clientela que procurou atendimento, sendo que, 44,9% (3030) encontravam-se na faixa de 10 a 24 anos, das quais 11,2% (339) menores que 16 anos, 30% (910) de 17 a 19 anos e 58,8% (1781) de 20 a 24 anos. A grande proporção de gestantes adolescentes e adultas jovens da zona urbana pode ser explicada pela maior facilidade de acesso, em detrimento daquelas que residem na zona rural, as quais têm maiores dificuldades, em decorrência de problemas com transporte, informação e condição financeira. Contudo, ressalta-se a importância desse registro, no atendimento à população residente na zona rural e de outras cidades, demonstrando a abrangência das atividades exercidas pelo Programa. Esse resultado aponta a necessidade de descentralização dessas ações para outros municípios, como forma de viabilizar a abrangência desse atendimento.

A maioria das gestantes do estudo estava desempregada, trabalhava no próprio domicílio (prendas do lar) ou ainda estava estudando, o que pode ser preditor de baixo poder socioeconômico. Por outro lado, o Ministério da Saúde aponta que o comportamento sexual associado à alta vulnerabilidade da população de adolescentes e jovens pode estar contribuindo para a disseminação das DST em áreas mais empobrecidas, principalmente nas mais carentes das regiões mais pobres, como o Norte e Nordeste do Brasil ⁵. Segundo a teoria das redes sociais, os indivíduos tendem a manter parcerias sexuais dentro de seus grupos

populacionais. Estudos que utilizam a notificação do SINAN demonstram que a expansão da epidemia do HIV tem afetado de forma progressiva as classes menos favorecidas^{13,7}.

O grau de instrução é bastante utilizado como indicador do nível socioeconômico e da qualidade de vida. Quando adequado, permite que a gestante compreenda melhor as modificações em seu corpo, auxiliando o profissional de saúde na identificação e tratamento precoce dos efeitos deletérios que podem interferir na gestação¹¹. Nesta pesquisa, em Feira de Santana, adolescentes mais jovens apresentaram menor grau de instrução, fato constatado por outros pesquisadores, em decorrência da pouca idade. Estudiosos argumentam que grande parte das gestações em adolescentes ocorre após ter abandonado a escola. Assim, a trajetória escolar não é determinante da pobreza, sendo, no entanto, por ela condicionada.

Segundo a literatura, as proporções de oportunidades perdidas para a realização da triagem sorológica para DST/HIV/AIDS entre gestantes atingem valores alarmantes entre mulheres com pouca instrução. Estudos apontam que a prevalência de HIV e Sífilis aumenta com a menor escolaridade, sugerindo de relação dessas doenças com pauperização populacional^{13, 11}. Pesquisa realizada em maternidade no Rio de Janeiro constatou frequência de VDRL positivo de 3,5% entre mulheres analfabetas, 2,5% com educação primária, enquanto que, no maior nível educacional, esta taxa foi de 1,5%¹¹. A baixa escolaridade, a multiplicidade de parceiros sexuais e pouca frequência no uso do preservativo são os fatores mais apontados para manutenção da transmissibilidade dessas doenças¹⁵.

De modo geral, pesquisas sugerem que adolescentes e jovens com baixo nível de escolaridade são mais susceptíveis às DST/HIV/AIDS, provavelmente devido ao comportamento sexual. Na adolescência e juventude, o processo de experimentação e vivência da sexualidade cursa com rompimento de valores sociais e familiares vigentes, sentimentos de onipotência, contribuindo para aumento da vulnerabilidade desse grupo.

Quanto ao estado civil, as proporções de gestantes casadas e em união estável superaram as de mães solteiras, o que também foi observado no CTA de Goytacazes (RJ), no período 2001 e 2002, onde 76,7% das gestantes matriculadas nesse Centro eram casadas e possuíam menor prevalência de HIV, comparada às solteiras, apesar de usarem menos o preservativo¹³. Os resultados da presente pesquisa, os quais mostraram altas proporções de casadas e união estável entre adolescentes e adultas jovens, concordam com relatos de estudiosos que sugerem a possibilidade da gravidez precoce ser uma das formas de consolidação do relacionamento com o parceiro⁴. Estudo multicêntrico, em 2002, com adolescentes e jovens de Salvador, Porto Alegre e Rio de Janeiro, demonstrou que a gravidez não modifica a situação conjugal. Nestas capitais, 74,2% das gestantes adolescentes

permaneciam residindo sem o parceiro e, para os rapazes, 86,6% dos adolescentes que engravidaram suas parceiras ainda moravam com a família de origem⁸.

Diversos autores relatam que o uso de preservativo é mais freqüente com parceiros ocasionais⁹, sendo múltiplos os fatores que influenciam o uso do *condom*, com base no parceiro fixo ou ocasional. A confiança no parceiro fixo e a crença de que o parceiro eventual representa maior risco destacam-se entre estes fatores⁹. Em geral, mulheres casadas acreditam que estão protegidas para DST, não conseguindo negociar o uso de preservativo, em outras, negociando uso para as relações extraconjugais dos companheiros⁴. Nos EUA, estudo demonstrou que o preservativo não era utilizado constantemente entre adolescentes e jovens, independente dos parceiros fixos ou eventuais, apontando que a freqüência de uso do preservativo pode ser uma variável de impacto na exposição a doenças⁹.

Na presente pesquisa, grande parte das gestantes adolescentes e adultas jovens referiu não utilizar o preservativo nas relações sexuais habituais, tanto para o parceiro fixo, quanto para o eventual. No entanto, quando se trata de parceiro eventual, a prevenção das DST foi mais freqüente e quando se comparam as faixas etárias, verifica-se que aquelas menores de 16 anos tendem a se proteger menos durante as relações ocasionais, comparadas às outras faixas. De acordo com os resultados, os motivos mais relatados para o não uso do preservativo com parceiro fixo foram confiança no companheiro e dificuldade de negociação do uso. Estudos apontam que mulheres não casadas, quando engravidam, em geral possuem parceiros fixos, o que pode interferir com a prevenção de DST e a freqüência de uso do preservativo¹.

Nesse contexto, cabe enfatizar alguns aspectos inerentes à gestação entre jovens. Durante a gravidez de jovens, as preocupações com outros fatores diminuem o foco de prevenção das DST. Nesse grupo populacional é verificada a alta freqüência de problemas psicossociais e pessoais, os quais podem precipitar tristeza, depressão e baixa auto-estima, levando à negligência do estado de saúde, entre outras vulnerabilidades, como uso de bebidas, cigarros e outras drogas¹⁶. A presença do parceiro ou mesmo a aceitação da gravidez, tem mostrado efeito positivo na saúde da gestante jovem, sendo importante preditor da evolução gestacional, diminuição do estresse e depressão, bem como melhoria da auto-estima¹⁶.

Quanto aos fatores de exposição com parceiros eventuais, a não aceitação desses em usar o preservativo também foi o principal motivo do não uso, principalmente entre as adultas jovens, seguido da indisponibilidade do *condom* no momento da relação (fatores pessoais), mais expressivo entre as adolescentes. Esses resultados sugerem que a falta de preservativo no momento da relação, além de indicar a pouca preocupação com as questões preventivas, pode estar refletindo a falta de conhecimento sobre a disponibilidade de preservativos nas Unidades

de Planejamento Familiar do SUS, assim como nos Programas DST/HIV/AIDS, alertando, portanto, para a necessidade de intensificar as ações de educação em saúde.

Ainda sobre os fatores de exposição, cabe refletir sobre as questões de gênero e o papel do homem, diante da necessidade de prevenir doenças. Estudiosos relatam que a prevenção das DST não constitui uma prática habitual, principalmente entre mulheres jovens, mesmo quando informadas dos riscos e formas de prevenção. Este comportamento pode estar relacionado às características próprias desse grupo, assim como à subordinação feminina em relação aos seus companheiros¹². Muito embora as mulheres tenham conquistado muitos espaços na sociedade, a partir de iniciativas do movimento feminista internacional, como exemplo, a conquista dos direitos reprodutivos (década de 70), a nível pessoal as mulheres ainda sofrem discriminação e preconceitos. Normas sociais estabelecidas em favor do sexo masculino, ainda vigentes, colocam os homens na condição de conquistadores e responsáveis pela administração dos riscos sexuais, cabendo às mulheres corresponder às investidas e desejos masculinos³. A virgindade moral, ainda presente na nossa sociedade, exige que as mulheres apresentem-se de forma ingênua em relação à sexualidade, limitando o diálogo sobre a prevenção de HIV/AIDS, Sífilis e outras doenças³. Esta realidade dificulta a preparação para uma relação sexual protegida, sobretudo quando se trata da iniciação sexual, considerando que isto implica em uma postura ativa, levantando dúvidas sobre a sua moralidade³. Segundo estudiosos, a dificuldade de negociação do uso de preservativos entre parceiros durante as relações sexuais ocorre, principalmente, nas camadas mais pobres da sociedade¹⁵.

O presente estudo mostrou baixa freqüência de DST no último ano, assim como do uso de drogas. No caso das doenças, quando presentes, foram tratadas em serviço de saúde do SUS. A maioria absoluta das gestantes adolescentes e jovens referiram 1 ou 2 parceiros sexuais, no período de um ano. Estudo realizado na UERJ, no período de 2001 a 2002, verificou que 21,7% das adolescentes que não possuíam DST e 35,9% das infectadas por DST referiram mais de dois parceiros sexuais, podendo-se concluir que outros fatores podem interferir para essas infecções neste grupo, sobretudo o não uso de preservativo nas relações sexuais¹⁴.

Segundo dados do CTA de Feira de Santana, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2008, a prevalência de HIV no total de atendimentos foi de 1,2% para HIV/AIDS e 3% para sífilis. Neste mesmo período, foram diagnosticados 9 casos de HIV/AIDS e 50 casos de Sífilis entre adolescentes e adultas jovens atendidas, representando uma prevalência de 0,3% e 1,6%, respectivamente. Em Mato Grosso do Sul, o Programa de

Proteção à Gestante mostraram prevalência de 0,3% para o HIV em todas as faixas etárias e de 0,4% para gestantes adolescentes⁶. Estes resultados são corroborados pelos achados da presente pesquisa, com prevalências semelhantes para Sífilis e HIV, nas faixas estudadas.

Para sífilis, estudos apontam que, apesar das políticas públicas existentes no Brasil, a existência de altas taxas dessa doença, reflete o descompasso de respostas às ações de vigilância e prevenção das DSTs, onde as ações para a transmissão vertical do HIV são mais estruturadas, comparadas àquelas voltadas à Sífilis¹⁰. Estudo sentinela realizado no ano de 2004, em serviços de pré-natal, indica taxas de incidência de 1,9% no Nordeste, 1,8% no Norte, 1,6% no Sudeste, 1,4% no Sul e 1,3% no Centro-Oeste. Observa-se com estes dados que as regiões mais pobres assemelham-se às regiões mais ricas do Brasil no que diz respeito à infecção por Sífilis, mascarando o cenário de desigualdades regionais no país, possivelmente devido à subnotificação dos dados, sobretudo nas Regiões Norte e Nordeste.

A determinação da prevalência das doenças sexualmente transmissíveis em gestantes e o estudo dos seus fatores causais são passos fundamentais para o fortalecimento das estratégias nos vários níveis de prevenção. Estas medidas tendem a minimizar as taxas de infecção vertical, reduzindo também a morbimortalidade infantil. A baixa prevalência de soropositividade pode ser decorrente das características da população de gestantes atendidas no CTA para triagem sorológica da rotina pré-natal, sem quaisquer sinais ou sintomas sugestivos de infecção, doença ou exposição.

Conclusões e considerações finais

1. As gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no CTA de Feira de Santana/Bahia (2004 a 2008) apresentaram características sócio-demográficas semelhantes entre os grupos, sendo a maioria com união conjugal, negada multiplicidade de parceiros, acometimento por DST, no último ano, apontando a possível interferência da maternidade na situação conjugal das adolescentes mais jovens e no perfil epidemiológico estudado.

2. No caso do parceiro fixo, cerca de 90% das gestantes dos três grupos etários relataram uso ocasional ou ausente do preservativo, sugerindo interferência das questões de gênero e ratificando a importância da abordagem dessas questões nos serviços de atendimento e prevenção de DST/AIDS, principalmente entre jovens. Os motivos relatados para uso ocasional e ausente do *condom*, entre gestantes com parceiro fixo, associou-se positivamente e significativamente com fatores ligados ao companheiro (confiança no parceiro e dificuldade de aceitação de uso pelo mesmo), nos três grupos etários, revelando que esse grupo de

gestantes encontravam-se mais expostas, comparadas àquelas com parceiro eventual, considerando a exposição às DST/HIV/AIDS e sífilis

3. No caso do parceiro eventual, embora as análises tenham apontado maior uso do *condom*, comparado ao parceiro fixo, com associação significativa em todos os grupos etários, as proporções da utilização não habitual (algumas vezes) foi acima de 50% no grupo ≤ 16 anos e em torno de 40% nas outras faixas, apontando vulnerabilidade e pouca sensibilização com a prevenção, comportamento inerente a indivíduos jovens. Os motivos relatados para não utilização do preservativo com parceiro eventual estiveram ligados a fatores pessoais e externos/ambientais, com associações significantes entre gestantes adolescentes e adultas jovens (indisponibilidade do *condom*, acreditar que não contrai DST/AIDS, desejo de ter filho, não gostar do uso).

4. As prevalências de sorologias positivas para sífilis e HIV/AIDS do estudo concordam com literatura, nas faixas estudadas, com perfil semelhante às gestantes em geral.

5. Os resultados apontaram a interferência de múltiplos fatores comportamentais, ambientais e sociais na epidemiologia das doenças, além das questões de gênero, no comportamento sexual do casal, sugerindo necessidade de intensificação das ações preventivo-educativas, nos programas de planejamento familiar e de pré-natal, voltadas, especialmente, à adolescência e juventude, considerando a evolução dos indicadores das doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres jovens.

Referências

1. Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção para adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev. Saúde Pub*, 2003, 37: 566 –75.
2. Araújo LC, Fernandes RCSC, Coelho MCP, Acosta EM. Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no CTA da cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2005, 14(2): 85 – 90.
3. Bozon M, Heilborn ML, Aquino EK, Knauth D. Pour une approche socio-anthropologique des comportements sexuels et reproductifs pendant la jeunesse au Brésil. La construction de l'enquête Gravada. In: Condon, S; Andro, A; Question de genre en démographie. INED, Dossiers et Recherches, 2003, 117.
4. Brady, M. Preventing sexually transmitted infections and unintended pregnancy, and safeguarding fertility: triple protection needs of young women. *Reproductive Health Matters*, 2003, 11(22): 134 – 141.
5. Brasil. Plano Estratégico: Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2005.
6. Fabbro MMFJD, Moraes SPZR, Cunha RV, et al. Cobertura da testagem sorológica e prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes do Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999 a 2003. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2005; 14(2): 105 – 110.
7. Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Rev Saúde Pub*, 2002; 36(6): 678 – 85.
8. Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.
9. Lescano CM, Vazquez EA, Brown LK, et al. Condom use with “casual” and “main” partners: What is in a name? *Journal of adolescent health*. 39, 2006.
10. Ramos AN, Matida LH, Saraceni V, et al. Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis. *Cad. Saúde Pública*. [online], 2007, vol.23, suppl.3, pp. S370-S378.
11. Sá RAM, Borna RBG, Cunha AA, et al. Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade de escola – UFRJ. *J. Bras. Doenças Sex. Transm*, 13(4): 6 – 8, 2001.
12. Suplicy, M. Sexo se aprende na escola. São Paulo: Olho d'Água, 1995.
13. Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, et al. A disseminação da epidemia de AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública*, 2000, 16(Supl 1): 7 – 19.

14. Taquette SR, Andrade RB, [Vilhena MM](#), [Paula MC](#). A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. Revista da Associação Médica Brasileira, 2005, 51(3): 148 – 152.
15. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., 37(3), Uberaba, mai. 2004.
16. Unger DG, Wandersman LP. The relation of family and partner support to the adjustment of adolescent motheres. Child Dev, 1998, 59: 1056 – 60.

Agradecimento Especial Programa Municipal de DST/HIV/AIDS, Coordenador Dr. Valterney Moraes, que pelas contribuições com o Projeto de Dissertação e permissão do acesso ao SIS-CTA de Feira de Santana.

Agradecimento especial à Profa. Dra. Graciete Vieira pela participação na banca de defesa e excelentes contribuições na dissertação e artigo.

Tabela 1 – Características Socio-demográficas das gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – Bahia, período 2004 – 2008.

Características Sociodemográficas	Faixa Etária (anos)							
	≤ 16		17 a 19		20 a 24		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado Civil								
Não casada	148	44.6	295	33.2	348	19.7	791	26.5
Casada	184	55.4	594	66.8	1416	80.3	2194	73.5
TOTAL ¹	332	100.0	889	100.0	1764	100.0	2985	100.0
Escolaridade (Anos)								
< 8 anos	242	73.8	424	48.5	674	38.7	1340	45.5
≥ 8 anos	86	26.2	450	51.5	1067	61.3	1603	54.5
TOTAL	328	100.0	874	100.0	1741	100.0	2943 ²	100.0
Ocupação								
Estudante	239	75.3	474	57.3	444	27.7	1157	42.1
Do lar	43	13.6	171	20.7	520	32.4	734	26.7
Desempregada	24	7.6	86	10.4	244	15.2	354	12.9
Empregada	11	3.5	96	11.6	396	24.7	503	18.3
TOTAL ⁴	317	100.0	827	100.0	1604	100.0	2748 ³	100.0
Município de Residência								
Feira de Santana	336	99.7	900	99.3	1734	99.5	2970	99.5
Outros	1	0.3	6	0.7	8	0.5	15	0.5
TOTAL	337	100.0	906	100.0	1732	100.0	2985	100.0
Zona de Residência								
Urbana	290	86.0	764	84.3	1482	85.1	2536	85.0
Rural	47	14.0	142	15.7	260	14.9	449	15.0
TOTAL	337	100.0	906	100.0	1742	100.0	2985	100.0

Dados perdidos: ¹(1259); ²(42); ³(237);

Fonte: SI – CTA / Feira de Santana

Tabela 2 – Fatores de risco para DST/HIV/AIDS e sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – Bahia, período 2004 – 2008.

Fatores de Risco para DST/HIV/AIDS e sífilis (Último Ano)	Faixa Etária (anos)							
	≤ 16		17 a 19		20 a 24		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%	n	%
DST								
Sim	16	4.8	52	5.7	93	5.2	161	5.3
Não	321	95.2	854	94.3	1694	94.8	2869	94.7
TOTAL	337	100	906	100	1787	100	3030	100
Tratamento DST								
Serviço de saúde	11	91.7	27	81.8	40	85.1	78	84.8
Não tratou/automedicação	1	8.3	6	18.9	7	14.9	14	15.2
TOTAL ¹	12	100	33	100	47	100	92 ¹	100
Nº de Parceiros								
Nenhum	8	2.4	20	2.2	38	2.1	66	2.2
1 a 2	300	89.5	809	89.8	1629	92	2738	91.0
3 ou mais	27	8	72	8	105	5.9	204	6.8
TOTAL ²	335	100	901	100	1772	100	3008 ²	100
Sexo do Parceiro								
Masculino	327	100	875	99.3	1733	99.8	2935	99.7
Feminino	-	-	6	0.7	2	0.2	8	0.3
TOTAL ³	327	100	881	100	1735	100	2943 ³	100
Uso de Drogas								
Sim	14	4.2	54	6	115	6.4	183	6.0
Não	323	95.8	852	94	1672	93.6	2847	94.0
TOTAL	337	100	906	100	1787	100	3030	100

Dados perdidos: ¹(2); ²(32); ³(21)

Fonte: SI – CTA / Feira de Santana

Tabela 3 – Fatores de Exposição para DST/HIV/AIDS e sífilis, relacionados ao(s) parceiro(s) eventual (ais) e fixo (s) das gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – Bahia, período 2004 – 2008.

Fatores de Exposição (último ano)	Parceiro fixo								Parceiro eventual							
	Faixa Etária								Faixa Etária							
	≤ 16		17 a 19		20 a 24		TOTAL		≤ 16		17 a 19		20 a 24		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Uso de preservativo																
Sempre	10	3.2	29	3.4	65	3.8	104	3.6	6	18.2	23	31.9	36	37.1	65	32.2
Nunca	170	54.3	451	52.5	851	49.7	1472	51.1	9	27.3	17	23.6	20	20.6	46	22.8
Às vezes	133	42.5	379	44.1	795	46.5	1307	45.3	18	54.5	32	44.5	41	42.3	91	45.0
TOTAL	313	100.0	859	100.0	1711	100.0	2883	100.0	33	100.0	72	100.0	97	100.0	202	100.0
Motivo para não uso																
Fatores pessoais	67	23.0	166	21.1	319	20.5	552	20.9	7	35.0	18	41.9	14	29.1	39	35.1
Fatores relacionados ao parceiro	153	52.6	492	62.4	1033	66.4	1678	63.7	3	15.0	15	34.9	19	39.6	37	33.4
Fatores externos	61	21.0	103	13.1	151	9.7	315	12.0	8	40.0	7	16.2	13	27.1	28	25.2
Outros	10	3.4	27	3.4	52	3.4	89	3.4	2	10.0	3	7.0	2	4.2	7	6.3
TOTAL	291	100.0	788	100.0	1555	100.0	2634 ¹	100.0	20	100.0	43	100.0	48	100.0	111 ²	100.0

¹ Dados perdidos: 396 (mulheres que referem não ter parceiro fixo + não informado)

² Dados perdidos: 353; 2566 mulheres sem parceiro eventual (2501) ou que usaram preservativo (65)

Tabela 4 – Resultado sorológico para DST/HIV/AIDS e Sífilis das gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – Bahia, período 2004 – 2008.

Resultado da Sorologia	Faixa Etária (anos)							
	≤ 16		17 a 19		20 a 24		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%	n	%
HIV								
Positivo	1	0.3	5	0.5	3	0.2	9	0.3
Negativo	357	99.2	965	98.0	1927	99.1	3249	98.8
Ignorado/indeterminado	2	0.5	15	1.5	14	0.7	31	0.9
TOTAL ¹	360	100.0	985	100.0	1944	100.0	3289	100.0
VDRL								
Reagente	3	0.8	11	1.1	36	1.9	50	1.5
Não Reagente	356	98.9	960	97.5	1893	97.3	3209	97.6
Ignorado/indeterminado	1	0.3	14	1.4	15	0.8	30	0.9
TOTAL ¹	360	100.0	985	100.0	1944	100.0	3289	100.0

¹ Resultados de gestantes que realizaram mais de um exame.

Fonte: SI – CTA / Feira de Santana

Tabela 5 – Prevalência e Razão de Prevalência (RP) dos fatores de exposição para DST/HIV/AIDS e sífilis, relacionados ao(s) parceiro(s) eventual(s) e parceiro fixo (s), segundo faixas etárias das gestantes adolescentes e adultas jovens atendidas no Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – Bahia, período 2004 – 2008.

Fatores de exposição (último ano)	Parceiro eventual		Parceiro fixo		RP	IC
	n	%	n	%		
≤16 anos						
Uso de preservativo						
Habitual	6	18,2	10	3,2	5,69	2,21 – 14,66*
Não Usa	9	27,3	170	54,3	0,50	0,29 – 0,88*
Ocasional	18	54,5	133	42,5	1,28	0,92 – 1,80
	33	100,0	313	100,0		
Motivo para não uso						
Fatores pessoais	7	35,0	67	23,0	1,52	0,81 – 2,86
Fatores relacionados ao parceiro	3	15,0	153	52,6	0,29	0,10 – 0,81*
Fatores externos	8	40,0	61	21,0	1,91	1,07 – 3,41*
Outros	2	10,0	10	3,4	2,91	0,68 – 12,39
17 – 19 anos						
Uso de preservativo						
Habitual	23	31,9	29	3,4	9,46	5,79 – 15,47*
Não Usa	17	23,6	451	52,5	0,45	0,30 – 0,68*
Ocasional	32	44,5	379	44,1	1,01	0,77 – 1,32
Motivo para não uso						
Fatores pessoais	18	41,9	166	21,1	1,99	1,36 – 2,90*
Fatores relacionados ao parceiro	15	34,9	492	62,4	0,56	0,37 – 0,84*
Fatores externos	7	16,2	103	13,1	1,25	0,62 – 2,51
Outros	3	7,0	27	3,4	2,04	0,64 – 6,45
20 – 24 anos						
Uso de preservativo						
Habitual	36	37,1	65	3,8	9,77	6,86 – 13,89*
Não Usa	20	20,6	851	49,7	0,41	0,28 – 0,61*
Ocasional	41	42,3	795	46,5	1,42	1,18 – 1,71*
Motivo para não uso						
Fatores pessoais	14	29,1	319	20,5	1,42	0,91 – 2,23
Fatores relacionados ao parceiro	19	39,6	1033	66,4	0,60	0,42 – 0,85*
Fatores externos	13	27,1	151	9,7	2,79	1,71 – 4,54*
Outros	2	4,2	52	3,4	1,25	0,31 – 4,97

*Estatisticamente significante

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R et al . Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controlado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, 2009.

AQUINO, E. **Repensando a mortalidade materna nos marcos dos direitos reprodutivos de jovens e adolescentes**: perspectivas em saúde e direitos reprodutivos. São Paulo, ano 3, n.5, p.14-18, 2002.

ARAÚJO, D. A. G. **Sexo e AIDS**: o pensar e o agir dos adolescentes de uma escola pública estadual do município de Feira de Santana – BA. 112f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – BA, 2001.

BORGES, A. L. V; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal, São Paulo, Brasil, 2002. **Cad. Saud. Pub.**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, abr. 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311x2005000200016&script=sci_arttext&tlng=ptpt>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis**. 3 ed. Brasília, 1999.

_____. **Falhas no pré-natal atrasam controle da aids e da sífilis em recém-nascidos**. Brasília, 2004. Disponível em:
<www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=56650> . Acesso em: 02 out. 2007.

_____. **Plano Estratégico**: Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2005.

_____. Manual Técnico. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Caderno nº 5. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de situação**: Bahia. 2006b. 2.ed. 8p. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_snvs_ba_2ed.pdf>. Acesso em: 20 de Dezembro 2009.

_____. **Aconselhamento em DST/HIV e aids** – diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil**. Programa Nacional de DSTe AIDS. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil. Desafios para a equidade e o acesso**. Secretaria de Vigilância da Saúde. Programa Nacional de DSTe AIDS. Brasília, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS DST** – ano II – nº 1. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/>> Acessado em 10/06/2008. 2008c.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **SINAN** (Sistema Nacional de Agravos de Notificação). Brasil. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_svns_ba_2ed.pdf>. Acesso em: 01 ago 2009.

BRITO, A. M et al. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil**: uma epidemia multifacetada. Rev. Soc. Brás. Med. Tropical, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207 – 217, mar./abr. 2001.

CALVET, G. A. et al. Tendências temporais observadas em uma coorte de gestantes infectadas pelo HIV acompanhadas no Rio de Janeiro de 1996 a 2004. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 10, n. 3, São Paulo, set. 2007.

CARNIEL, E. F, ZANOLLI, M. L.; ALMEIDA, C. A. A.; MORCILLO, A. M. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**; v. 6, n. 4: 419-26, 2006.

CARRET, M. L. V et al. Sintomas de Doenças Sexualmente Transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.1, fev. 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. **Youth risk behavior surveillance (YRBS) United States**. MMWR. v. 44(SS-1): 1-56, 2001.

COSTA, M. C. O.; PINHO, F. J.; MARTINS, S. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém do Pará. **Jornal de pediatria**. v.71, n.3, p.151-157, 1995.

COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 290p.

DEL BIANCO, R. *et al.* Prevenção da transmissão vertical do HIV em cinco maternidades do município de São Paulo. **J. Bras. Aids**, São Paulo, v. 6, n. 5: 189-236, 2005.

FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de Pediatria**. v. 77, n. 2: 125-134, 2001.

FERNANDES *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede pública com relação às doenças de transmissão vertical. **Cad. Saúde Pública**, v.16 supl 1: 103-12, 2000.

FERNANDES, R. C. S. C *et al.* Prevenção da transmissão vertical do HIV em Campos de Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saud. Pub.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1153 – 1159. 2005.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad Saúde Pública**. v. 18, n. 1: 153-61, 2002.

GARCIA-SANCHEZ, I. Diferencias de gênero em El VIH/sida. **Gac Saint**. v.18, n. 2: 47-54, 2004.

GIANVECCHIO, R. P.; GOLDBERG, T. B. L. Fatores protetores e de risco envolvidos na transmissão vertical do HIV-1. **Cad. Saud. Pub.**, Rio de Janeiro, v.21, n. 2, p.581-588, 2005.

GRIEP, R. H.; ARAÚJO, C. L. F.; BATISTA, S. M. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em DST/aids no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**; v. 14, n. 2: 119 – 126, 2005.

GUINSBURG, R. Sífilis Congênita. **Infectologia pediátrica**. 2.ed. São Paulo: Atheneu. p.323 – 34, 1998.

GUST, D. A. *et al.* Mortality associated with congenital syphilis in the United States, 1992 – 1998. **Pediatrics**, 2002.

HEILBORN, M. L *et al.* **O aprendizado da sexualidade**: Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

LIMA, BC. Abordagem da sífilis como indicador de qualidade da assistência pré-natal em Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 28, n. 1: 9-18, 2004.

LOPES, G. **Sexualidade Humana**. 2ed. Rio de Janeiro: Medsi e Científica, p.364, 1993.

MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo. Editora Atheneu. 2 ed. 2008.

MORAIS, V. O *et al.* Situação epidemiológica das infecções transmissíveis (IST), segundo registros das unidades do CRM DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – BA, em 2007. **Boletim Epidemiológico**, ano 7, nº 1, 2007.

OLIVEIRA, L. A. B. *et al.* **Análise da feminização da epidemia de HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada (SAE) no município de Feira de Santana – BA no período de 2003 – 2005**. Disponível em: <www.cbccenf.com.br/anaiscofen/pdf9/0049.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Sexually transmitted infections**. Genebra, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. United States of America. **Epidemiological Country Profile on HIV and AIDS**. Geneva, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/short/EFSCountryProfiles2008-US.pdf>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

PARAGUASSÚ, A. L. C. B. **Maternidade na adolescência: aspectos sócio-demográficos e de saúde reprodutiva pré e pós gestacional**. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana - BA, 2003.

PENNA, G. O; HAJJAR, L. A; BRAS, T. M. Gonorréia. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 33: 451-64, 2000.

RIOS, M. C. S. S. **Informação/desinformação sobre DST/AIDS entre adolescentes internos da Instituição Palácio do Menor em Feira de Santana**. Monografia (Especialização em Saúde Pública), Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2001.

SÁ, R. A. M. *et al.* Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade de escola – UFRJ. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.** v. 13, n. 4: 6-8, 2001.

SABROZA, A. R *et al.* Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes no município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999 a 2001. **Caderno de Saúde Pública**, S112-S120, 2004.

SANTA ROSA, F.; SOMBRA, E. Aids infecta 600 a cada ano na Bahia. **Jornal A Tarde**. Salvador e Região Metropolitana. p. 4. Salvador, domingo, 14 set. 2008.

SANTANA, J. N. **O acesso da gestante ao Programa de Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana-BA**. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – BA, 2003.

SANTOS, C. L. R. **Mortalidade materna no município de Feira de Santana (BA), no período de 2000 a 2003**. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – BA, 2005.

SANTOS, N. P.; CASTRO, B. G.; RIOS-GRASSI, M. F. **Aplicação do protocolo do “Projeto Nascer Maternidades” em uma maternidade de referência em Feira de Santana, Bahia, Brasil**. 2008.

SELLY, L.; CECHIM, P. L. Mulheres HIV/Aids: silenciamento, dor moral e saúde coletiva. **Rev Bioética**, v. 14, n. 1: 17 – 26, 2006.

SILVA, P. D. B *et al.* Comportamentos de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.7, n.2, p.185-189, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 29 ago. 2008.

SOUSA, A *et al.* Situação epidemiológica de sífilis em gestantes no Estado da Bahia. **Boletim Epidemiológico**, ano 1, nº 1B, 1º de dezembro de 2008.

SPSS INCORPORATION. *SPSS for Windows. Statistical Package for the Social Sciences. Release 9.0.* Chicago: SPSS Inc., 1999.

STRASSBURGER, V. C. Getting teenagers to say no to sex, drugs, and violence in the new millenium. **Medicina Clínica Norte Americana**, v. 84: 787-810. 2000.

SUPLICY, M. **Sexo se aprende na escola.** São Paulo: Olho d'Água, 1995.

SZWARCWALD, C. L; CASTILHO, E. A. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. **Cad. Saud. Pub.** n.16, v. 1, p. 135-141. Rio de Janeiro, 2000.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 37, n.3, 2004.

UNAIDS & WHO. **AIDS Epidemic update:** special report on HIV/AIDS/Dec. 2006. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Worl Health Organization. Geneva, 2006.

YAZLLE, M *et al.* A adolescente grávida: alguns indicadores sociais. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.24, n. 9:609-14, 2002.

APÊNDICE – Instrumento de coleta dos dados

Universidade Estadual de Feira de Santana
Núcleo de estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência – NNEPA\UEFS

**FATORES DE RISCO, EXPOSIÇÃO E ASPECTOS SOROLÓGICOS PARA
HIV/AIDS E SÍFILIS ENTRE GESTANTES ATENDIDAS EM UM PROGRAMA
DE REFERÊNCIA, NO PERÍODO 2004-2008**

1_Nº: _____

2_Responsável: _____

Características de Identificação:

3_Nº do prontuário: _____

4_Realizou exame anterior: 1()sim 2()não

5_Data do exame anterior: ____/____/____

6_Resultado do exame anterior: _____

Características sociodemográficas:

7_Data de Nascimento: ____/____/____

8_Cor da pele: 1()branca 2()preta 3()parda 4()outra _____

5()não informado

9_Estado civil: 1()solteira 2()casada/união estável 3()separada 4()viúva

5()não informado

10_Município de residência: _____

11_Zona: 1()urbana 2()rural

12_Ocupação: _____

13_ **Escolaridade (anos de estudo concluído):** 1()nenhum 2()1a3 3()4a7
4()8a11 5()12 ou mais 6()ignorado

Exposição:

14_ **Nº de parceiros nos últimos 12 meses:** _____

15_ **Apresentou alguma DST nos últimos 12 meses?** 1()sim 2()não

16_ **Onde tratou?** 1()serviço de saúde 2()automedicação 3()não tratou
4()farmácia 5()não lembra 6()não se aplica 7()não informado

17_ **Usou drogas nos últimos 12 meses?** 1()sim 2()não

3()não informado

18_ **Qual droga usou?** _____

19_ **Compartilhou seringas/agulhas?** 1()sim 2()não 3()não lembra

4()não se aplica 5()não informado

20_ **Qual o sexo do seu(s) parceiro(s):** 1()masculino 2()feminino 3()não se
aplica 4()não informado

21_ **Usa preservativo com parceiro fixo:** 1()sempre 2()algumas vezes

3()nunca usou 4()não se aplica 5() não informado

22_ **Se não usa preservativo com parceiro fixo, qual o**

motivo? _____

23_ **Qual desses grupos o parceiro fixo pertence?** 1()Mantém relações

bissexuais 2()UDI 3()Hemofílico/Transfundido 4()HIV+ 5()Portador de
DST 6()Não se aplica 7()Não informado 8()Nenhum dos anteriores

9()Outro: _____

24_ **Usa preservativo com parceiro eventual:** 1()sempre 2()algumas vezes

3()nunca usou 4()não se aplica 5() não informado

25_ **Se nunca usou preservativo com parceiro eventual, qual o motivo?** _____

Resultado Sorológico:

26_ **O laboratório emitiu resultado?** 1()sim 2()não

27_ **Resultado entregue?** 1()sim 2()não 3()não se aplica

28_ **Entrega do HIV:** ____/____/____

29_ **Resultado do HIV:** 1()Positivo 2()Negativo 3()Indeterminado

4()Ignorado

V37_ **Entrega do VDRL:** ____/____/____

V38_ **Resultado VDRL:** 1()Reagente 2()Não reagente 3()Indeterminado

4()Ignorado

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP/UEFS