



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

BIANCA DE SOUZA PEREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR
HIV/AIDS EM ADOLESCENTE E ADULTOS JOVENS**

FEIRA DE SANTANA - BA
2013

BIANCA DE SOUZA PEREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR
HIV/AIDS EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana – BA, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Professora Pós-Doutora Maria
Conceição Oliveira Costa

FEIRA DE SANTANA - BA
2013

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

P489p Pereira, Bianca de Souza
Perfil epidemiológico e fatores associados à infecção por HIV/AIDS em adolescente a adultos jovens / Bianca de Souza Pereira. – Feira de Santana, 2013.
83 f.

Orientadora: Maria Conceição Oliveira Costa.

Mestrado (dissertação) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

1. HIV (vírus) – Epidemiologia. 2. Aids (doença) – Adolescentes e adultos jovens. 3. Doenças sexualmente transmissíveis (DST) – Feira de Santana, BA. I. Costa, Maria Conceição Oliveira, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.9

BIANCA DE SOUZA PEREIRA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR
HIV/AIDS EM CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Epidemiologia
Feira de Santana, 22 de março de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Conceição Oliveira Costa
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Prof^ª Dr^ª Keila Rejane Oliveira Gomes
Universidade Federal do Piauí

Prof^º Dr^º Carlos Alberto Lima da Silva
Universidade Estadual de Feira de Santana

DEDICATÓRIA

A DEUS pela fonte de amor inesgotável, por ter me guiado, por estar comigo moldando as minhas fraquezas e limitações, transformando-as em força e ação, por ter guiado meus passos e possibilitado a conclusão deste curso.

A minha mãe, Maria Aparecida de Souza Pereira, pelo exemplo de vida, responsabilidade, honestidade, incansável incentivo, amor e apoio que sempre demonstrou em todos os momentos da minha vida.

Aos meus irmãos Rafael Pereira Souto, Leonardo Pereira Souto e Laís Pereira Souto, pelo estímulo e confiança que manifestam por mim, e que juntamente com a minha mãe estavam sempre apoiando e torcendo por mim, durante toda essa trajetória.

Ao meu namorado e companheiro Wallas Oliveira Soares, pela compreensão, apoio, paciência, dedicação e amor durante toda esta jornada.

Aos colegas do mestrado que compartilharam comigo esta jornada e este sonho.

Aos amigos que estiveram comigo em todos os momentos, rindo ou chorando, pelo apoio e carinho, em especial a Katherine, Fernanda,, Thales, Mayra, Jacqueline, Bruna, Daniel e Beatriz.

Ao meu primo-tio Marcos David que me amparou durante toda esta jornada em Feira de Santana, me dando segurança e força para concluir minhas obrigações.

A equipe do Centro de Referência em DST/HIV/AIDS pela oportunidade concedida no desenvolvimento deste trabalho.

Uma dedicação especial a todos os professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, em especial a minha orientadora Maria Conceição Oliveira Costa e colaboradoras de pesquisa professora Hervânia Costa e Magali Teresópolis, que compartilharam comigo momentos inesquecíveis de aprendizado durante todo meu percurso, que Jesus deixe recair sobre todos vocês muita luz, sabedoria, força e fé para que possam superar os obstáculos durante a caminhada da vida.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela coragem, paciência, fé, confiança, hombridade e humildade, concedidas no enfrentamento desta jornada.

A minha mãe Maria Aparecida de Souza Pereira pelo apoio, amor, incentivo, companheirismo, e por nunca deixar de acreditar nos meus sonhos.

Aos meus irmãos Rafael, Leonardo e Laís, avós, Dário e Matildes, tios, Lula, Mário e Binho, primas e primos (em especial Marcos David) por acreditarem em meus sonhos e me apoiarem sempre.

Ao meu namorado Wallas, pela paciência, confiança e amor, e por nunca duvidar que eu conquistaria meu sonho.

A minha orientadora, Maria Conceição Oliveira Costa, pela disponibilidade, incentivo, paciência, tolerância, conhecimento, força e apoio que me deste.

Pessoas, profissionais e professores, especialmente Hervânia Costa e Magali Teresópolis, que fizeram com que eu acreditasse que tudo é possível com determinação, dedicação, respeito, humildade e perseverança. Aos professores, Carlos Lima e Graciete Oliveira pelas contribuições dadas no processo de qualificação do meu projeto de mestrado.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFES, em especial a Jorge Barros e Goreth Pinto, Siomara, Val, pelo apoio, disponibilidade e ajuda durante o período do mestrado.

Aos meus colegas de curso, em especial Katherine, Fernanda, Jacqueline, Daniel Sales, Márlon, Carol, Aliana, Anderson, Elisabete, Denise, Luciana e Jeanderson e aos amigos que fiz em Feira de Santana Thales, Bruna, Milena Pérsico, Magali, Gerisnaldo vocês me ensinaram que apesar está longe de casa podemos construir uma nova família.

A equipe do Centro de Referência em DST/HIV/AIDS do município de Feira de Santana- BA, por conceder a oportunidade de desenvolver meu estudo com fornecimento dos dados, além do apoio técnico e profissional.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência (NNEPA), pois o apoio, e carinho deste grupo, incluindo professores, mestrandos, alunos de iniciação científica, me deu forças, dia a dia, para conquistar meus objetivos.

E a minha família e amigos que torcem pela minha realização e sucesso profissional, em especial a meu primo Marcos David e amigos Katherine Lordelo, Beatriz Lordelo, Anna Victória, Fernanda Monteiro, Mayra Marques, Leandro Dias e Dona Margarida que durante esta jornada que estive longe da minha terra, me proporcionou segurança, amor, carinho e proteção.

“Acredita-se que a AIDS é a doença mais avassaladora da humanidade. Para mim é o preconceito, ele exclui, discrimina e mata, e ninguém está livre dele”.

Afonso Allan

RESUMO

Introdução: Em nível mundial existem cerca de 34 milhões de pessoas infectadas pelo HIV cujas estimativas apontam 10 milhões na faixa-etária de 15-24 anos. A presença de HIV/AIDS em adolescentes e adultos jovens tem se caracterizado como um grave problema de saúde pública e tem se destacado nas agendas das políticas de controle e prevenção, em nível nacional e internacional, tendo em vista a elevada susceptibilidade deste grupo à infecção.

Objetivo: investigar o perfil epidemiológico e os fatores associados à ocorrência de HIV/AIDS em adolescentes e adultos jovens cadastrados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, em Feira de Santana, no período de 2007 a 2011. **Método:** estudo analítico com delineamento transversal com dados do SIS/CTA de Feira de Santana, totalizando 1.032 adolescentes 2.736 adultos jovens. As variáveis estudadas foram sociodemográficas: sexo, idade, município e zona de residência, escolaridade, ocupação, idade, situação conjugal, cor da pele, relacionadas a exposição com parceiro: uso do preservativo, motivação para não uso do preservativo, tipo de parceiro e relacionadas ao hábitos de vida: uso de álcool e outras drogas, compartilhamento de seringas, presença e tratamento de DST, orientação sexual, multiplicidade de parceiros, tipo de exposição ao HIV. Foram calculadas frequências simples e absolutas e realizadas análises estratificadas das variáveis agrupadas, assim como calculadas as prevalências (P) e razão de prevalência (RP), para avaliar possíveis associações entre *status* sorológico e fatores de exposição em ambos os sexos. Adotou-se nível de confiança de 95% e significância $\leq 0,05\%$.

Resultados: adolescentes e adultos jovens mostraram equivalência, quanto aos fatores sociodemográficos (cor da pele, escolaridade, município e zona de residência, situação conjugal e ocupação), entretanto as mulheres soropositivas de 20-24 anos diferiram quanto à situação conjugal, onde a maioria era casada. A ocorrência de DST no sexo masculino se deu em maior proporção em homens soropositivos, enquanto que com as mulheres foi exatamente o contrário, onde maioria tratou das DST, nos serviços de saúde, ressaltando que as proporções daqueles que não trataram ou se automedicaram, foi consideravelmente superior no grupo de soropositivos. Em relação ao uso do preservativo com parceiro estável ou eventual, mais 80% relataram não fazer uso, cujas motivações para ausência dessa prática estavam ligadas aos fatores pessoais e relacionados ao parceiro. Quanto aos fatores associados a infecção pelo HIV, no sexo feminino, observou-se associação significativa para o uso de drogas, sendo álcool e outras drogas, união estável/casamento, além da não utilização do preservativo relacionado a fatores pessoais e externos. No sexo masculino, os resultados significantes estavam ligados ao uso de outras drogas e à orientação sexual; em ambos os sexos, associado ao parceiro estável ser portador de HIV ou DST.

Conclusões: características sociodemográficas e comportamentais podem ter impacto no processo de transmissão e infecção da doença, constituindo-se como aspectos de extrema relevância na promoção de ações em serviço. Frente à vulnerabilidade do adolescente a adulto jovem, considera-se fundamental o desenvolvimento da consciência e mudança de atitude, frente à epidemia de AIDS, adotando comportamento de autoproteção.

Palavras – chave: vulnerabilidade; HIV/AIDS; adolescente; adulto jovem.

ABSTRACT

Introduction: There are approximately 34 million people have contracted HIV globally, it is estimated that 10 millions have between 15 and 24 years of age. The high incidence of HIV/AIDS in adolescents and young adults has been characterized a serious public health problem and has excelled in the International policies agendas for prevention and control.

Objective: investigate the epidemiological profile and factors associated with HIV/AIDS in adolescents and young adults registered in the Reference Center STD/HIV/AIDS in Feira de Santana - BA, in the period from 2007 to 2011.

Method: analytical study with lineation cross-sectional using data from SIS/CTA of Feira de Santana – BA, totaling 1.032 adolescents and 2.736 young adults. The variables studied were: Socio-demographics (gender, age, city and area of residence, scholarity, occupation, marital status and skin color), concerning exposure with partner (condom use, reasons for non-use of condoms and partner type) and related to lifestyle (use of alcohol and other drugs, sharing syringes, presence and treatment of STDs, sexual orientation, multiple sexual partners and type of exposure to HIV). Were calculated simple and absolute frequencies and performed Stratified analysis of variables grouped, as well as calculated the prevalences (P) and the prevalence ratios (RP), to evaluate possible associations between the serological status and exposure factors in both sexes. Was adopted a confidence level of 95% and significance $\leq 0.05\%$.

Results: adolescents and young adults showed equivalence regarding sociodemographic factors, however the seropositive women aged 20 to 24 years differed as for marital status, being that the majority were married. The occurrence of STDs in males was in greater proportion in the seropositives, with regard to females was observed the opposite, the majority had treated the STDs with help the health services, emphasizing that the proportions of those who were not treated or treated by themselves, was considerably higher in the seropositive group. Regarding condom use with steady or casual partner, over 80% reported do not make use, due to motivations linked to personal factors and related to the partner. As for the factors associated with HIV infection, in females, observed a significant association with the use of alcohol and other drugs, stable Union or marriage, beyond of the not utilization of condoms related to personal and external factors. In males, the significant results were linked to use of other drugs and to sexual orientation; in both sexes, associated with to stable partner be a carrier of HIV or STD.

Conclusions: socio-demographic and behavioral characteristics can impact in the process of transmission and infection of disease, they become aspects of extremely relevance at the promotion of actions in service. In reaction to vulnerability of adolescent and young adult, it is considered fundamental the development of awareness and attitude change, in order to tackle the AIDS epidemic, seeking a type of comportment of self-preservation.

Keywords: vulnerability; HIV/AIDS; adolescent, young adult.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Ag-Hbs	Antígeno Ag-Hbs
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutico
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVD's	Atividades de Vida Diária
BA	Bahia
BIREME	Biblioteca Virtual em Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CRM	Centro de Referência Municipal
CSE	Centro de Saúde Especializado Dr. Leoni Coelho Leda
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
HC	Hospital Convencional
HD	Hospital Dia
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto da Pesquisa Econômica Aplicada
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SI-CTA	Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento
SPAS	Substâncias Psicoativas
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
TV	Transmissão Vertical
VDRL	Veneral disease Research Laboratory

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Características sociodemográficas, segundo sexo e faixa etária, de adolescentes e adultos jovens soropositivos e negativos matriculados no Centro de Testagem / CTA do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS, Feira de Santana - Bahia (2007-2011). **58**
- Tabela 2** Fatores clínicos e comportamentais à infecção por HIV em adolescentes e adultos jovens soropositivos e negativos matriculados no Centro de Testagem / CTA do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS, Feira de Santana - Bahia (2007-2011). **59**
- Tabela 3** Fatores associados à Infecção por HIV e sexo de adolescentes e adultos jovens matriculados no Centro de Testagem / CTA do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS. Feira de Santana - Bahia (2007-2011). **61**
- Tabela 4** Fatores de exposição à infecção por HIV relacionados ao parceiro, segundo sexo de adolescentes e adultos jovens matriculados no Centro de Testagem / CTA do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS. Feira de Santana - Bahia (2007-2011) **63**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	<i>Vulnerabilidades de Crianças Adolescentes e Adultos Jovens no contexto do HIV/AIDS</i>	14
2.1.1	<i>Vulnerabilidade Individual à Transmissão do HIV/AIDS em Crianças Adolescentes e Adultos Jovens</i>	16
2.1.2	<i>Vulnerabilidade Social à Transmissão das DST/HIV/AIDS em Crianças Adolescentes e Adultos jovens</i>	19
2.1.3	<i>Vulnerabilidade Programática à Transmissão das DST/HIV/AIDS em Crianças Adolescentes e Adultos jovens</i>	20
2.2	<i>Políticas Públicas de Prevenção e Intervenção à Infecção por HIV/AIDS</i>	22
2.2.1	<i>Política Nacional de Prevenção das HIV/AIDS</i>	24
2.3	<i>Aspectos Clínicos e Epidemiológicos do HIV/AIDS</i>	26
2.4	<i>Contextualização Epidemiológica do HIV/AIDS</i>	27
3	PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	34
4	OBJETIVOS	35
4.2.1	<i>Objetivo Geral</i>	35
4.2.2	<i>Objetivos Específicos</i>	35
5	METODOLOGIA	36
5.1	<i>Desenho do Estudo</i>	36
5.2	<i>Área do Estudo</i>	36
5.3	<i>Grupo de Estudo</i>	39
5.3.1	<i>Critérios de Inclusão</i>	39
5.4	<i>Fonte e Instrumento de Coleta de Dados</i>	39
5.5	<i>Variáveis do Estudo</i>	40
5.6	<i>Coleta de Dados</i>	41
5.7	<i>Análise dos Dados</i>	41
5.8	<i>Aspectos Éticos</i>	42
6	ARTIGO	44
	RESUMO/ABSTRACT	44
	INTRODUÇÃO	45
	METODOLOGIA	47
	RESULTADOS	48
	DISCUSSÃO	49
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	54
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE I- Formulário Utilizado para a Coleta de Dados	70
	ANEXO I- Autorização do Centro de Referência em DST/HIV/AIDS para Realização da Pesquisa	72
	ANEXO II- Sistema de Informação para Agravos de Notificação da Aids em Menores de 13 anos Formulário	73
	ANEXO III- Sistema de Informação para Agravos de Notificação da Aids em pacientes com 13 anos ou mais	75
	ANEXO IV- Aprovação do CEP/UEFS para Realização da Pesquisa	77

1 INTRODUÇÃO

O quadro epidemiológico da AIDS continua se destacando no cenário mundial. De acordo com dados da UNAIDS, em nível mundial, 33 milhões de pessoas vivem com HIV. No Brasil, estima-se 630.000 indivíduos portadores do HIV em todo país, porém a prevalência do vírus HIV é menor que 1% na população geral e, cerca de 5% em subgrupos populacionais de risco (UNAIDS, 2010).

A epidemia da AIDS é considerada um fenômeno social que atinge as classes menos favorecidas, visto que seu perfil epidemiológico é intensificado pelos de processos de feminização, heterossexualização, interioração, pauperização e juvenização da epidemia. Esta realidade vai acarretar em um aumento do número de casos em mulheres heterossexuais, principalmente em cidades de médio e pequeno porte no interior do país, com baixo nível de escolaridade e renda, e em idade reprodutiva (SCHAURICH; MEDEIROS, MOTTA, 2007).

O processo de feminização da epidemia da AIDS traz inúmeras consequências, dentre as quais, podemos citar o aumento do número de casos em crianças infectadas pelo HIV, se destacando como umas das principais vias de infecção a transmissão vertical (SILVA et al., 2010). A terapia antiretroviral tem contribuído na redução de casos esperados de AIDS, em crianças. A população pediátrica, embora nascidas de mães HIV positivas, não se contamina com o vírus e são denominadas sororevertidas (RAMOS; MORAIS, 2011). Essa terapia tem contribuído ainda para que muitas crianças soropositivas que vinham a óbito, em decorrência da AIDS, venceram a infância e adentraram em uma nova fase de desenvolvimento, a adolescência. Este grupo é conhecido como primeira geração que nasceu infectada pelo vírus e está adolescendo, despertando inquietudes sobre seu cuidado e educação, principalmente no que se refere à sexualidade, perspectivas de vida e anseios (CRUZ, 2007); (PAULA et al., 2012).

São múltiplas as condições que contribuem com que adolescentes e adultos jovens não portadores do HIV adotem comportamento de risco, ficando vulnerável a infecção, destacando-se a não utilização ou uso descontinuado do preservativo, aliado ao abuso de álcool e outras drogas, entre outros aspectos (ARAÚJO et al., 2012). A susceptibilidade dos adolescentes e adultos jovens ao HIV sofre influência de questões relacionadas à liberação sexual e iniciação sexual precoce, seja pela influência da mídia ou dificuldade relacionada à informação familiar, na escola, somadas ao comportamento peculiar nessa fase, cujas

experimentações fazem parte do ritual de passagem, frente à vivência da sexualidade, que faz parte do desenvolvimento biopsicossocial (BRÊTAS *et al.*, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, até 2012, foram registrados 2.478 casos de AIDS, na faixa de 10 a 14 anos, 12.246, entre 15 a 19 anos, e 94.519, de 20 a 24 anos, totalizando 109.243 casos, 16,6% do total (656.701) de registros notificados no país. Com base nas notificações, verifica-se tendência de juvenalização do fenômeno, marcado pelo aumento progressivo de casos entre 10 a 24 anos. (BRASIL, 2012; PAULA *et al.*, 2012).

Na avaliação das vulnerabilidades deve-se se ponderar a dimensão individual, social e institucional, portanto as variáveis que incidem sobre a saúde, não devem recair apenas sobre aspectos biológicos, mas incluir aos aspectos sociais e culturais que permeiam as construções individuais que envolvem o grupo deste estudo crianças (10 a 12 anos), adolescentes (13 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 24 anos) (ANJOS *et al.*, 2012). A sexualidade juvenil ganhou visibilidade em detrimento dos altos índices de gravidez não planejada e inoportuna, além da infecção pelo HIV entre adolescentes, influenciados por fatores comportamentais, que inclui a variabilidade de parceiros, uso descontinuado ou ausente do preservativo, associado ao consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas (CUSTÓDIO *et al.*, 2009).

O pensamento formal (abstrato), o sentimento de onipotência, o desejo de desafiar a regra social, assim como o poder e autoridade dos pais, faz com que adolescentes e jovens exponham-se a riscos, sem prever as consequências, apesar das informações sobre DST/HIV e outras doenças, eles não adotam comportamento de autoproteção (TAQUETE, VILHENA, PAULA, 2004).

Considerando que a iniciação sexual vem ocorrendo precocemente, faz-se necessária a participação das famílias, escolas e toda sociedade, em campanhas voltadas à prevenção dessas doenças e orientação desse grupo (HUGO *et al.*, 2011). É fundamental a implementação de ações referentes à sexualidade entre adolescentes na perspectiva intersetorial dos serviços, visto que, essas questões são trabalhadas de maneira diferenciada para meninos e meninas, influenciadas por normas socioculturais em torno da educação sexual. Enquanto os meninos são estimulados a iniciar a vida sexual precocemente para provar sua virilidade e masculinidade, as meninas ainda são educadas a atrasar ao máximo o início da atividade sexual, tornando-se necessário abordar as questões relacionadas ao gênero em estudos que tratam da sexualidade (GUBERT, MADUREIRA, 2008).

Analisar as questões de gênero baseado em um enfoque relacional e transversal que inclua a interação entre classe social, etnia/raça, diferença de geração, cultura, escolaridade, é fundamental para compreensão das questões de poder e exigências que se estabelece para

homens e mulheres no exercício da sua sexualidade, principalmente entre adolescentes e adultos jovens (CAMARGO; FERRARI, 2009). Esta questão depende do desenvolvimento de políticas públicas de saúde e ações intersetoriais que entendam a transcendência e magnitude desta questão. Nesta perspectiva, conhecer os fatores relacionados à infecção por DST e HIV/AIDS, decorrentes dos hábitos e comportamentos peculiares de adolescentes e adultos jovens é de fundamental importância para o planejamento das ações, atendendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a contemplar as necessidades de saúde desta população.

O interesse pelo desenvolvimento da pesquisa sucedeu-se pelo envolvimento com o NNEPA que através da parceria com o programa DST/HIV/AIDS, vem propiciando o desenvolvimento de pesquisas nesta área, em que dissertações já foram defendidas e seus respectivos produtos publicados. No meu caso, vislumbro aprofundar o conhecimento e aperfeiçoar formação enquanto enfermeira especialista em saúde pública, na atenção de adolescentes e adultos jovens em situação de vulnerabilidade no contexto das DST/HIV/AIDS, buscando subsídios para as práticas cotidianas, além da perspectiva de poder desenvolver e participar de estudos nessa área.

O objetivo deste foi investigar o perfil epidemiológico e os fatores associados à ocorrência de HIV/AIDS em adolescentes e adultos jovens cadastrados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, em Feira de Santana, no período de 2007 a 2011.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na fundamentação teórica tratarei das principais questões relacionadas à infecção por DST/HIV/AIDS em crianças, adolescentes e adultos jovens, investigando aspectos relevantes destes problemas de saúde pública, dando ênfase a questões relacionadas aos aspectos epidemiológicos e de vulnerabilidade, abrangendo todas as variáveis propostas neste estudo.

2.1 Vulnerabilidades de crianças, adolescentes e adultos jovens no contexto do HIV/AIDS

A infância é uma fase única e singular e que apresenta potencialidades para seu crescimento e desenvolvimento, pois a infância é um momento especial na vida do ser humano, visto que é quando ele se percebe no mundo, passa a interagir com outros indivíduos, vivencia algumas vulnerabilidades e dificuldades e culmina na sua formação como ser (FREITAS et al., 2010).

Considera-se a criança como ser vulnerável tanto a vivenciar a saúde quanto a doença, no que tange a AIDS pediátrica esta ocupa seu lugar nos serviços de saúde, visto que antes esta demanda não era percebida ou não foi totalmente considerada em sua repercussão (SCHAURICH; MEDEIROS; MOTTA; 2007).

Em virtude da terapia anti-retroviral e transformação da infecção do HIV em uma doença crônica, muitas crianças que antes morriam em decorrência deste agravo, chegaram a adolescência e a idade adulta, trazendo desafios aos que estão envolvidos com seu cuidado e proteção no que se refere ao exercício da sexualidade, adesão aos medicamentos e perspectiva de vida (CRUZ, 2007).

Adolescentes e Jovens são categorias constituídas por meninas e meninos que trazem experiências, práticas sociais e estilos de vida distintos, em função do gênero, classe/etnia, relações sociais e características singulares de cada um, que imprimem subjetividade ao sujeito. Esse grupo apresenta grande vulnerabilidade às DST ao vírus da AIDS (VILLELA; DORETO, 2006).

A OMS delimita a adolescência a segunda década de vida 10 a 19 anos e a juventude como o período que vai de 15 a 24 anos. O Ministério da Saúde toma por base essa classificação definindo o grupo de adolescentes e adultos jovens o contingente da população na faixa etária de 10 a 24 anos (BRASIL, 2006^a). Por sua vez, no tocante a classificação da AIDS no Brasil é considerada crianças indivíduos como menos de 13 anos no Brasil, e

adolescentes indivíduos a partir de 13 anos, classificação esta utilizada neste estudo, em que o grupo do estudo foi dividido em três categorias (BRASIL, 2000) (BRASIL, 2009):

- Crianças: 10-12 anos;
- Adolescentes: 13-19 anos;
- Adultos jovens: 20-24 anos.

O grupo de adolescentes e adultos jovens é prioritário nas ações de prevenção das DST e aids, visto que as modificações biopsicossociais podem interferir no processo natural de desenvolvimento. Em consequência a esses fatores, muitas vezes, este grupo experimenta comportamento que os deixam mais vulneráveis, inclusive no exercício da sexualidade (SOUZA; DE BONA; GALATO, 2007).

O conceito de vulnerabilidade surgiu em detrimento da tentativa da superação das práticas preventivas baseado no conceito de risco. A epidemia da AIDS fez com que pesquisadores e profissionais da área de saúde repensassem o conceito de risco e adentrassem nas discussões sobre vulnerabilidade (GIRONDI *et al.*, 2010).

O sentido de risco foi utilizado amplamente como sinônimo de perigo, e passa a ter uma conotação moral. Nesse sentido o indivíduo pode optar por uma forma de vida ou outra, o conceito de risco dessa maneira ultrapassa todo o contexto biomédico-epidemiológico e da saúde ocupacional, alcançado praticamente todas as dimensões de vida do indivíduo (GIRONDI *et al.*, 2010). Por isso ao se tratar da epidemia do HIV/AIDS este estudo tomará com base as vulnerabilidades em que estão inseridos crianças (10-12 anos) adolescentes (13-19 anos) e adultos jovens (20-24 anos).

A vulnerabilidade pode ser compreendida não apenas como resultados de aspectos individuais, mas de fatores coletivos e contextuais. Esses fatores vão acarretar nos indivíduos maior susceptibilidade ou menor ou maior disponibilidade de recursos para sua proteção, segundo particularidades como o conjunto formado por aspectos programáticos, sociais e individuais que os coloca em frente ao problema e aos recursos para enfrentá-los (AYRES *et al.*, 2007).

São três fatores que colaboram para que os jovens se tornem mais vulneráveis ao vírus da aids: 1. Embora haja informação a comunicação sobre a temática é pouco frequente; 2. Existem barreiras culturais e materiais que diminuem seu acesso aos meios de prevenção; 3. A escassez de alternativas principalmente para jovens menos favorecidos faz com que os jovens tenham que escolher entre atender suas necessidades (psicológicas, sentimentais) ou se abster sexualmente (RUA, ABRAMOYAY, 2001).

Diante desses fatores, a vulnerabilidade pode ser compreendida através de um conjunto amplo de fatores agrupados em três esferas, a individual, programática e social, esferas estas que serão discutidas adiante (ARAÚJO; CALAZANS, 2005):

2.1.1 Vulnerabilidade individual à transmissão das DST/HIV/AIDS em adolescentes e adultos jovens

A adolescência é uma fase que um jovem passa por diversas transformações físicas e psicológicas, período que passa por inúmeros desafios, como a formação da identidade adulta, mudança na relação de dependência com a família, a contestação de valores, o desempenho de novos papéis social, a tendência grupal, o desenvolvimento da auto-estima e da autoconfiança, questões relacionadas a sexualidade está sempre presente variando sua manifestação (BRASIL, 2006^b).

“Um fato marcante na adolescência, na sociedade, é o início prematuro da vida sexual, contribuindo para o aumento da suscetibilidade de infecção pelas DST, como também a uma gravidez precoce” (BESERRA *et al*, p.32, 2008).

O início das relações sexuais geralmente se dão comumente na adolescência, e o início precoce das relações sexuais tem sido associado ao surgimento de DST e de gravidez na adolescência (KAESTLE *et al*. 2005). Quando os jovens começam a ter relações sexuais precocemente, se estes não forem amparados por informação que resulte na prática de sexo seguro, culminará em um maior risco de gravidez não planejada, e de DST e HIV (MOURA, SOUZA, ALMEIDA, 2009).

Em relação à análise da vulnerabilidade ao vírus HIV o componente individual corresponde ao grau e qualidade da informação que o jovem detém, bem como o interesse de o jovem utilizar essa informação para proteção (AYRES *et al.*, 2003).

Os aspectos cognitivos relacionados à vulnerabilidade individual são a capacidade do jovem processar informações sobre o HIV/AIDS, serviços, sexualidade e os aspectos comportamentais, dizem respeito a capacidade de transformar as informações processadas em comportamentos. Só se pode levar em conta os aspectos comportamentais se estas perpassarem por características pessoais e habilidade individuais que estão expostas (ARAÚJO; CALAZANS, 2005):

1. **Características pessoais:** construídas ao longo da história do indivíduo que acontece em determinado contexto social, familiar e cultural que dá significado e

constitui as características pessoais, resultando em diferentes atitudes pessoais e situações diferenciadas de susceptibilidade as ao HIV/AIDS;

- 2. Habilidades individuais:** práticas sexuais que envolvem mais que uma pessoa exige diversas formas de negociação entre os parceiros, como a frequência das relações sexuais, os tipos de prática (vaginal, oral, anal), as posições, ritmos e locais onde vão acontecer. Dentre os aspectos a serem negociados está o método contraceptivo (que pode ser utilizado ou não) e o método preventivo. Isto que dizer que o indivíduo com maior habilidade para negociar o uso do preservativo está menos vulnerável as DST e o HIV/AIDS em relação aqueles sem esta habilidade, e estas habilidades de negociação estão intimamente relacionadas com o contexto que se desenvolve a história de vida destes indivíduos.

A noção de vulnerabilidade no aspecto individual relacionada ao comportamento, na condição de infectar-se ou adoecer nas diversas situações já conhecidas de transmissão do vírus da AIDS (uso de drogas injetáveis, relação sexual, transfusão sanguínea e transmissão vertical) decorrem do grau de consciência que estes indivíduos têm de possíveis danos em relação ao seu comportamento e da transformação efetiva de comportamento a partir dessa consciência (AYRES *et al.*, 2003).

O exercício desta sexualidade realizada de forma desprotegida produz efeitos nos projetos de vida e crianças, adolescentes e adultos jovens, acarretando conflitos e resultando muitas vezes em gravidez indesejada, aborto, doenças sexualmente transmissíveis e infecção pelo HIV/AIDS, abandono escolar e delinquência interferindo na saúde integral deste grupo populacional (SOARES *et al.*, 2008).

Pode-se destacar muitas características comportamentais que torna esse grupo susceptível a infecção pelo HIV como atividade sexual precoce, o não uso ou uso descontínuo do preservativo nas relações sexuais, e o não uso do preservativo está muitas vezes relacionado com o uso e abuso de álcool e outras drogas (ARAÚJO, *et al.*, 2012). Em geral, a atividade sexual na adolescência não é planejada e, frequentemente, é escondida, o que dificulta o uso de medidas de prevenção às DST (TAQUETE, 2007).

Jovens e adolescentes estão se infectando pelo vírus HIV, mais do que qualquer outro grupo populacional, e as características sócio-demográficas e culturais destes adolescentes e jovens devem ser estudadas, trazendo a necessidade de implementar ações que atendam as necessidades de saúde deste grupo, com intervenção clínica e preventiva de qualidade de forma mais integral, participativa e efetiva (BRASIL, 2006^a).

As DST podem trazer uma série de consequências para a vida de adolescentes e jovens como infertilidade, infecções generalizadas, abortos espontâneos e até mesmo a morte, além de facilitar a infecção pelo HIV (SOUZA; BONA; GALATO, 2007). Na presença de DST, o risco de transmissão por HIV é 4 a 5 vezes maior, fato este, que mostra a relevância desta variável no estudo (GUERRA; SEIDL, 2010).

Determinantes que sugerem a manutenção da transmissão das DST e sua alta vulnerabilidade entre adolescentes e jovens destacam-se: o não uso do preservativo; baixa escolaridade; variabilidade de parceiros; sentimento de onipotência; não adesão a métodos preventivos (COSTA *et al.*, 2011).

Apesar da aparente vulnerabilidade, a adolescência constitui uma fase de grandes potencialidades, as quais tornam os jovens sensíveis a ações positivas de saúde. Rapazes e moças ainda não têm uma identidade cristalizada, sendo passíveis de mudança de comportamento. Trata-se, portanto, de um momento propício para se criarem hábitos de vida saudáveis, o que inclui o uso de preservativo em todas as relações sexuais (TAQUETE, p.07, 2007).

O conceito de vulnerabilidade ao HIV/Aids pode ser compreendido como um esforço na produção e propagação de conhecimento, na promoção de debates em relação as diferentes suscetibilidades dos indivíduos e coletividades à infecção, de acordo com singularidades composta por aspectos sociais, programáticos e individuais que os colocam em relação com os problemas e com os recursos para seu enfrentamento (AYRES *et al.*, 2003).

No Brasil novas infecções pelo HIV acontecem principalmente entre os jovens, cerca de 70% dos casos de AIDS concentram-se na faixa etária entre 20 e 39 anos, sendo os jovens um grupo vulnerável em todas as sociedades de um mundo globalizado (PAIVA, PEREZ, BLESSA, 2002).

Na atualidade percebemos uma grande incidência de infecção pelo HIV, seja pela baixa prevalência do uso do preservativo, seja pelo o uso de diversas drogas injetáveis, ou pela falta de conhecimento acerca de questões relativas às práticas sexuais, esse índice é preocupante em virtude à precocidade e consequências que estas questões possam causar no indivíduo conforme (ASINELLI-LUZ; RODRIGUES JÚNIOR, 2008).

Referente a questões de gênero é comprovado em estudos maior vulnerabilidade das mulheres as DST e ao HIV frente à dominação masculina hegemônica que identifica o masculino como razão, regulação, liberdade do exercício sexual, enquanto a mulher é marcada pelo conformismo, inexperiência sexual, silêncio e ocultamento gerando situações de violência e risco de DST e dificuldade na negociação do uso do preservativo (TAQUETE, VILHENA, PAULA, 2004).

2.1.2 Vulnerabilidade social à transmissão do HIV/AIDS em adolescentes e adultos jovens

Milhões de brasileiros vivem em condições precárias de sobrevivência, dados estatísticos levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), Instituto da Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2008) e Programa de Desenvolvimento para Nações Unidas revelam que o Brasil é economicamente desigual, com uma das piores distribuições de renda existentes no mundo. E segundo dados do IBGE na síntese dos indicadores sociais, a pobreza atinge com maior intensidade crianças e adolescentes (SILVA; SILVA, 2011).

Crianças, adolescentes e adultos jovens que vivem em condição de pobreza são desafiados a buscar mecanismos de sobreviver para o enfrentamento diário das diversas ameaças existentes em seu cotidiano, muitas dessas dificuldades relacionam-se à convivência com a violência doméstica e suas consequências, como a falta de harmonia e desentendimento nas relações afetivas (RUZANY *et al.*, 2003).

Aliado ao fator da má distribuição de renda no Brasil, a violência é outro fator que agrava esse contexto de precariedade em que vivem as pessoas, principalmente aquelas excluídas de direitos básicos. Constatamos diferentes formas e graus que a violência assume em nossa sociedade, dentre elas a violência doméstica, a violência intrafamiliar, a violência contra a criança e o adolescente, a mulher e o idoso, entre outras, situações geradoras de intensa angústia, medo e ansiedade. (SILVA; SILVA, 2011)

As diversas formas de violência (estrutural, familiar, sexual) ampliam a vulnerabilidade dos adolescentes às DST/AIDS/AIDS e gravidez indesejada, em virtude de uma iniciação sexual precoce e desprotegida. O sinergismo entre a baixa escolaridade, pobreza e baixa autoestima diminuem a capacidade de adolescentes de construir mecanismos de autoproteção e como consequência se expõe a revitimização fora do ambiente familiar (TAQUETE; TEIXEIRA, 2010)

A esfera social trata-se do componente mais complexo e heterogêneo na análise das vulnerabilidades, visto que o pressuposto básico é que fatores coletivos e sociais influenciam na vulnerabilidade individual e programática, incluem-se na dimensão de análise (ARAÚJO; CALAZANS, 2005):

- a) **Aspectos econômicos** - permeados pelas desigualdades, na existência de indivíduos sem recursos mínimos para a sobrevivência;

- b) **Violência** - em contextos violentos, em que o índice de mortes por causas externas é muito elevado, as atitudes de autocuidado perdem o sentido, em virtude do risco de se morrer repentinamente;
- c) **Acesso à educação** – Em contexto de evasão escolar muito grande, não se cria espaço para o exercício da cidadania;
- d) **Desigualdade de gênero, raça e outras** – criam relações desiguais de poder;
- e) **Ausência de participação coletiva nas decisões políticas** – relacionados com o exercício da cidadania em busca de direitos e deveres.

A vulnerabilidade social se refere à possibilidade de os indivíduos obterem informações sobre o HIV/AIDS e fazerem uso delas, e estas vêm sendo avaliada nos seguintes aspectos (AYRES *et al.*, 2003):

1. Acesso à informação;
2. Quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação local;
3. Acesso e qualidade dos serviços de saúde;
4. Nível geral de saúde da população mediante indicadores de saúde;
5. Aspectos sociais, políticos e econômicos de segmentos populacionais específicos (exposição à violência, restrição do exercício de cidadania);
6. Grau de pensamento e liberdade de expressão (maior vulnerabilidade dos que não conseguem fazerem ouvir suas necessidades);
7. Grau de prioridade política e econômica dada a saúde;
8. Condição de bem-estar social (moradia, educação, acesso a bens de consumo).

A construção de uma resposta social para as necessidades das crianças, adolescentes e adultos jovens, e mais especialmente uma resposta social a prevenção do HIV/AIDS depende da ampliação do acesso aos indivíduos à informação e recursos para sua proteção, construção de respostas de instituições que acolham adolescentes e jovens frente a esta questão, transformações sociais mais profundas e redução das desigualdades na maneira de se distribuir o poder em nossa sociedade (ARAÚJO; CALAZANS, 2005).

2.1.3 Vulnerabilidade programática à transmissão do HIV/AIDS em adolescentes e adultos jovens

A epidemia do HIV e seus índices entre a adolescência e juventude representam um importante campo de intervenção da saúde sexual e reprodutiva, em todos os planos,

assistência, prevenção e promoção da saúde, visto que adolescentes e jovens soropositivos, homens e mulheres, possuem necessidades específicas em relação a sua vida sexual e produtiva, estas necessidades precisam ser respeitadas e atendidas nos serviços de saúde de forma a evitar estereótipos ou estigmas (BRASIL, 2006^a).

Serviços de Saúde devem oferecer aos profissionais da rede pública subsídios e orientações que ajudem promover o acesso a crianças, adolescentes e adultos jovens aos serviços de saúde e incorporar ações de prevenção na rotina do trabalho com o propósito de diminuir a vulnerabilidade do HIV/AIDS neste grupo populacional (ARAÚJO; CALAZANS, 2005).

Intervenções bem sucedidas que produzam de fato recursos para a proteção dos adolescentes devem ser pensadas e avaliadas de forma a considerar que os problemas de saúde possuem componentes amplos e inter-relacionados, que não podem ser avaliados e tratados de forma isolada. Pensar em estratégias de intervenções que não somente definam comportamentos corretos para os demais, mas que criem oportunidades de reflexão e interação dialógica entre sujeitos sociais, torna-se um convite desafiador (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011, p.371).

Conectado a vulnerabilidade individual e social está à programática, pois a vulnerabilidade de cada indivíduo está relacionada com a forma que os serviços de saúde, e demais serviços sociais (com destaque para educação) se organizam e orientam recursos para proteção das pessoas e adoecimento por DST e HIV. A vulnerabilidade programática está relacionada a ações institucionais voltadas para o problema da AIDS, apreendida nos aspectos seguintes (AYRES et al., 2003):

1. Grau e tipo de compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema;
2. Ações efetivamente propostas por estas autoridades;
3. Coalizão inter-institucional e inter-setorial para atuação específica;
4. Planejamento das ações;
5. Gerenciamento das ações;
6. Capacidade de respostas das instituições envolvidas;
7. Financiamento adequado e estável dos programas propostos;
8. Sustentabilidade das ações;
9. Avaliação e retroalimentação do programa.

A lógica da vulnerabilidade, ao buscar produzir essas sínteses particularizadoras da diversidade e complexidade das situações de suscetibilidade coletiva, ao basear-se, para isso, em enfoques necessariamente interdisciplinares e intersetoriais e ao articular em suas construções conceituais elementos estritamente técnicos a outros radicalmente sociais e políticos, tende a colaborar para que os elementos sociais,

econômicos, culturais, políticos e éticos da prevenção passem do pano de fundo a que os relega os enfoques comportamentalistas para o plano das ações concretas, sendo eles próprios objetos de intervenção (AYRES *et al.*, 2003, p.126).

A esfera da vulnerabilidade programática está relacionada à forma como os serviços de saúde estão organizados na comunidade, pois se determinando serviço de saúde não atendem os adolescentes que chegam aos serviços sem os pais, ou não distribuem preservativos para menores de idade ou torna a distribuição muito burocrática, este serviço está criando uma barreira programática impedindo que os adolescentes possam cuidar de si. Por outro lado, quando os serviços funcionam de maneira articulada com outros setores da comunidade de forma a promover o acesso dos adolescentes aos serviços é possível afirmar que está sendo construída uma resposta programática adequada de enfrentamento das vulnerabilidades dos adolescentes as DST/aids (ARAÚJO;CALAZANS, 2005).

O mesmo raciocínio vale para todos os níveis de gestão. Isto é, a vulnerabilidade programática também está relacionada com o modo como os governos federal, estadual e municipal estabelecem diretrizes e prioridades, destinam ou não destinam recursos para determinadas ações e investem ou deixam de investir na formação continuada dos profissionais (ARAÚJO; CALAZANS, 2005, p.13-14).

Dessa forma é necessário pensar no HIV/AIDS com um agravo cada vez mais presente nas instituições de saúde, sendo indispensável à equipe de saúde, dispor de conhecimentos e habilidades pedagógicas, tendo em vista a educação, o controle e a prevenção do HIV/AIDS (ARAÚJO et al., 2012).

2.2 Políticas públicas de prevenção e intervenção da Infecção por HIV/AIDS

Existem no mundo várias ações no sentido da prevenção das DST e aids segundo como ações prioritárias da saúde sexual e reprodutiva com ênfase nas atividades de prevenção, detecção e tratamento das DST's como a distribuição de preservativos e informação em saúde (educação e aconselhamento).

O uso de preservativo é a única forma de prevenção das DST/HIV/AIDS, porém apesar do aumento da frequência de seu uso entre jovens, esta ainda não é a ideal e seu uso ainda é pouco frequente, principalmente em relações eventuais, não programadas (FERRAZ;NEMES 2009).

Tanto as DST's quanto a gravidez na adolescência se configuram como um problema de saúde pública, em que a educação e informação podem combater a desinformação e tentar reverter o contexto do não uso do preservativo (SOUZA; DE BONA; GALATO, 2007).

As diretrizes para o diagnóstico e tratamento precoces incluindo a avaliação de parcerias sexuais são pouco conhecidas e implantadas pelo sistema de serviço, sendo pouco valorizada a prevenção especificamente direcionada a DST, com ênfase no diagnóstico etiológico, pouco se conhece sobre o manejo sintomático e existem poucos profissionais qualificados (BRASIL, 2006^c).

“O atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa; é também uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações” conforme (BRASIL, 2006, p.17). Visto que a DST se constitui como facilitador para infecção por HIV, aumento o risco de infecção de 4 a 5 vezes (GUERRA; SEIDL 2010).

Assim, trabalhar pela prevenção das DST/HIV/aids é trabalhar para que as pessoas possam se proteger durante as relações sexuais, utilizando o preservativo. É trabalhar para que usem seringas descartáveis e tenham os cuidados necessários na hora da gravidez, do parto e da amamentação (BRASIL, 2008, p11).

Na adolescência as DST's e a gravidez na adolescência reforçam a hipótese de que a repressão, o silêncio, o medo e outros sentimentos de cunho negativo, parecem trazer limites a escolhas dos jovens em relação à vida sexual e reprodutiva criando dificuldade para pais e profissionais que eles lidam. O atendimento integral e humano de acordo com as demandas dos jovens é de fundamental importância para que o sistema de saúde consiga contemplar os direitos de cidadania deste grupo cheio de especificidades e particularidades (MONTEIRO; MONTEIRO, 2005).

É importante enfatizar a necessidade de aproveitar o momento do atendimento a um (a) paciente adolescente para promover sua saúde, esclarecer suas dúvidas e inquietações, bem como oferecer um espaço de escuta em que haja possibilidade de reflexões e mudanças de comportamento (TAQUETE, 2007, p.12).

A assistência às DST/HIV/AIDS deve ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programa de Saúde da Família (PSF) e serviços de referência regionalizada de forma integrada, o PSF pelas suas características, pode facilitar o acesso e a busca pelos parceiros sexuais e as UBS e os serviços de referência regionalizada devem exercer papel fundamental no seguimento clínico e tratamento adequado (BRASIL, 2006^c).

O atendimento realizado aos portadores de DST é realizado através da abordagem sintomática, baseado em fluxogramas de conduta, sendo bastante eficientes para úlceras genitais e corrimentos uretrais, não demonstrando a mesma eficiência para corrimento vaginal e cervical. No atendimento motivado por DST o trabalhador de saúde deve estabelecer um vínculo com o usuário, para garantir qualidade no processo de aconselhamento e adesão ao tratamento e serviço, além destes fatores o profissional de saúde dever ter o conhecimento do

trato genital masculino e feminino, visto que um exame clínico minucioso é recomendado (BRASIL, 2005).

Embora a DST sejam causadas por inúmeros microorganismos, existe um número limitados de síndromes que caracterizam os sinais e sintomas referidos pelos pacientes que podem ser observados durante um exame. O principal propósito da abordagem sindrômica é facilitar a identificação de uma ou mais dessas síndromes para então manejá-las de forma adequada e esta tem as seguintes características (BRASIL, 2006^c):

1. Classificar os principais agentes etiológicos, segundo as síndromes clínicas por eles provocadas;
2. Utilizar fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome;
3. Indicar o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes na síndrome;
4. Incluir a atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos;
5. Incluir a oferta da sorologia para sífilis, hepatites e para o HIV.

O indivíduo com testagem positiva para o vírus HIV, não está sumariamente condenado à morte, fato este, que foi modificado pela Lei N.º 9.313/96 assegurando acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais às pessoas soropositivas para o *vírus da imunodeficiência humana* com indicação terapêutica, transformando a AIDS de uma doença avassaladora que levava a morte a uma doença crônica (GUERRA, SEIDL, 2010).

No que concerne a AIDS a prevenção entre adolescentes e adultos jovens é continuamente alvo das políticas públicas de saúde, principalmente em decorrência da atividade sexual cada vez mais precoce, as práticas de prevenção são baseadas em metodologia criativa e inteligente, dando oportunidade de o indivíduo se expressar, apresentando suas necessidades e anseios, vencendo as barreiras da prevenção e mudando o perfil epidemiológico da doença (ARAÚJO *et al.*, 2010).

2.2.1 Política Nacional de Prevenção das DST/AIDS

A política de combate ao HIV/AIDS vem sendo realizada desde a década de 80, com advento da epidemia da AIDS no Brasil e tem como principais desafios a redução da incidência da AIDS nos diferentes grupos populacionais em situação de risco e

vulnerabilidades, garantir os direitos de cidadania e qualidade de vida aos portadores de HIV/AIDS e priorização de ações voltadas as DST no país, por isso é necessário o envolvimento de diversos setores governamentais (instituições de ensino, pesquisa, setor judiciário, forças armadas), e também instituições não governamentais (religiosos, organismos internacionais, movimentos sociais) conforme (BRASIL, 1999).

Os programas de DST/AIDS devem está entrelaçados a outras ações do setor público, a começar pelo próprio setor saúde, em virtude das inúmeras dificuldades como a insuficiência de investimentos em equipamentos, até a escassez de recursos para custeio, e a falta de qualificação dos recursos humanos, esses fatores dificultam um maior avanço na política de promoção a saúde e descentralização nas ações de DST/AIDS (BRASIL, 1999).

O Programa Nacional de DST/AIDS tem se engajado em processos bilaterais e multilaterais com o propósito de cooperação horizontal com outros países, visto que AIDS não tem fronteiras, e atinge principalmente países em desenvolvimento onde é grande a sua disseminação, sendo assim, o Brasil mantém acordos de cooperação no âmbito do Mercosul, América Latina e Caribe; com os países africanos de língua portuguesa e inglesa; e com a América do Norte, Japão e Europa, com três objetivos comuns, reduzir a incidência de HIV/AIDS e outras DST; ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento, melhorando a qualidade da assistência no que se refere ao HIV/AIDS; fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e AIDS (RUA, ABRAMOYAY, 2000).

As diretrizes dessa política se baseiam em três componentes:

1. **Promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/AIDS e prevenção da transmissão das DST, do HIV/AIDS e do uso indevido de drogas:** baseados no conceito de vulnerabilidade e risco; redução de danos (drogas), participação e controle social, direitos humanos e comunicação social.
2. **Diagnóstico e Assistência:** com o objetivo de implementar diretrizes, estratégias e linhas de ação que garantam acesso ao procedimento de diagnóstico e tratamento de qualidade na rede pública de saúde;
3. **Desenvolvimento institucional e gestão:** com o objetivo de ajudar no fortalecimento das instituições para colaborar na redução da incidência do HIV/AIDS, ampliar o acesso e a qualidade do diagnóstico, do tratamento e da assistência em DST/HIV/AIDS.

2.3 Aspectos clínicos e epidemiológicos da Infecção por HIV/AIDS

Entre os problemas relacionados ao controle das DST e prevenção do HIV/AIDS em nosso país está a escassez de dados epidemiológicos sobre as DST, visto que somente a AIDS, a sífilis congênita e a sífilis na gestação são de notificação compulsória; a discriminação institucional que os portadores de DST sofrem nos vários níveis do sistema; populações prioritárias como profissionais do sexo, travestis, adolescentes, bissexuais entre outros tem pouco acesso ao serviço; atendimento muitas vezes inadequado resultando em situações de constrangimento e segregação; irregularidade na disponibilização de medicamentos específicos para o controle das DST; poucas unidades oferecem o teste conclusivo no momento da consulta. Esta situação faz com que muitos indivíduos procurem resolver seus problemas de saúde nas farmácias, em que não existe exposição e nem enfrentamento de longas filas. Revelando uma fragilidade do sistema e uma maior susceptibilidade da população em geral ao vírus HIV (BRASIL, 2006c).

É necessário um esforço coletivo para divulgar a situação das DST e capacitar os serviços para atender os clientes. O sistema de saúde precisa estar preparado para implementar estratégias de prevenção e pronto-atendimento com intervenção terapêutica imediata, disponibilização de insumos, mantendo confidencialidade e ausência de discriminação (BRASIL, 2006^c, p.12).

As práticas sexuais promíscuas aumentam a incidência das DST e HIV/AIDS, e existem fatores associados a estes fatores como a baixa situação socioeconômica, mudança frequente de parceiros, má situação dos serviços de saúde, educação sexual inadequada e não utilização dos preservativos (SANTOS; RODRIGUES; CARNEIRO, 2009).

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) no Brasil ocorrem cerca 12 milhões de doenças sexualmente transmissíveis a cada ano, sendo que um terço destas em indivíduos com menos de 25 anos, e estas têm sido causa de uretrites, salpigintes, vulvovaginie, podendo provocar gravidez ectópica, câncer uterino e infertilidade, sendo os jovens o segmento populacional mais vulneráveis ao comportamento de risco relacionados às DST e ao HIV/AIDS (SILVA et al., 2005).

A incidência das doenças sexualmente transmissíveis vem aumentando entre adolescentes e existem fatores relacionados à infecção como: o não uso do preservativo; iniciação sexual precoce e a aumento do número de parceiros; com destaque para a AIDS que apresenta tendência para a juvenalização (TAQUETE *et al.*, 2003). Neste quadro, este grupo

populacional vem adquirindo maior susceptibilidade ao vírus da AIDS, e aumentando a incidência dos casos entre adolescentes.

A AIDS se constitui ainda como desafio, pois conforme Boletim Epidemiológico do AIDS/DST 2011 de 1980 a 2011 foram notificados 608.230 casos de AIDS no Brasil com taxa de incidência no país de 17,9/100.000 habitantes e razão de sexo de 1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres, destacando que a prevalência da epidemia entre os jovens apresenta tendência de aumento, considerando o grupo na faixa etária de 15-24 anos, verificou-se a taxa de incidência em 9,5 para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Neste sentido em todo o mundo vêm se produzindo esforços para prevenção da transmissão do HIV em decorrência do impacto da epidemia da AIDS na sociedade e em grupos específicos (BORGES, NICHATA, SCHOR, 2010). Na América Latina a incidência na mortalidade por HIV/AIDS em adolescentes de ambos os sexos é de (2,9/100.000) embora inferior a mortalidade de adultos entre 25 e 44 anos (16,9/100000) não deixa de ser um dado preocupante (BRÊTAS *et al.*, 2009).

O HIV/AIDS ganhou uma conotação de doença crônica, no entanto, os indivíduos precisam de cuidados que ajudem a impedir, postergar ou reduzir as manifestações clínicas, principalmente a fim de proporcionar nas crianças, o desenvolvimento e crescimento dentro dos padrões de normalidade e prevenção das consequências psicossociais. (PASSOS, 2005).

Pelo fato de muitas DST's não apresentarem sintomas, serem muitas vezes, assintomáticas e silenciosas, muitos indivíduos só procuram os serviços de saúde quando estas se tornam sintomáticas, e desta forma aquele que estão infectados podem disseminar a doença por não saberem da sua condição, por isso o rastreamento em indivíduos com comportamento de risco é de suma importância para o controle destas doenças e prevenção de infecção por HIV/AIDS (CODES *et al.*, 2006).

O uso do preservativo é a única maneira de se prevenir a infecção por DST's e HIV/AIDS e apesar da sua ampla divulgação, muitos jovens não adotam essa prática apontando uma dissociação entre o acesso à informação e a transformação desses processos da prática cotidiana destes jovens (OLIVEIRA, *et al.*, 2009)

2.4 Contextualização Epidemiológica do HIV/AIDS

Este estudo abrange uma revisão bibliográfica de publicações entre os anos (1999-2012) por meio dos bancos de dados no Scientific Electronic Library Online – Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde -Bireme, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências

da Saúde- Lilacs pesquisando estudos relacionados com a temática da minha pesquisa. O material consultado na coleta dos dados para esta pesquisa foi obtido por meio de pesquisas em livros, manuais, documentos e artigos científicos da WEB.

Em estudo realizado com 340 estudantes do sexo masculino de escolas públicas e particulares em Santa Catarina, observou-se um número considerável de adolescentes que iniciaram a atividade sexual precocemente, 69,7% tiveram a primeira relação sexual na faixa etária de 14 a 16 anos, a maioria destas relações ocorreu com parceiras eventuais (45,1%), 27,4% com amigas e 19,8% com as namoradas. Estes dados revelaram a importância da primeira relação sexual como um rito de passagem dos adolescentes para a afirmação da masculinidade e da heterossexualidade, o que indica que não existe necessariamente um vínculo entre o início da atividade sexual e relação de afetividade com a parceira, o que demonstra os mandatos da masculinidade hegemônica (GUBERT; MADUREIRA, 2008).

Do ponto de vista social, a influência grupal, o nível econômico, a pouca escolaridade e a violência em seus vários contextos estão relacionados à baixa idade nas primeiras relações sexuais, ao número de parceiros e às atitudes de proteção às DST (TAQUETE et al., 2004, p.18).

Essa situação traduz aspectos ligados ao gênero muito presentes na constituição da masculinidade e que estimulam o homem ao início precoce da vida sexual como forma de provar-se homem para si próprio e para os demais. Outro aspecto está relacionado à crença amplamente disseminada de que um homem não tem controle sobre seus impulsos sexuais e que pode ser considerado menos másculo ao recusar-se a manter um relacionamento sexual. Essa situação contribui para colocar os homens de maneira geral e o homem adolescente em particular em situações de vulnerabilidade sexual (GUBERT; MADUREIRA, 2008, p. 2255)

Estudo realizado em Santa Catarina aponta para o uso considerável de preservativos, porém esta não é uma realidade, é perceptível em outros estudos que a adesão ao uso de preservativos em adolescentes é pouco frequente e as relações sexuais entre os adolescentes e adultos jovens geralmente não são programadas (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Estudo multicêntrico com amostra representativa da população urbana desenvolvido no ano de 1998 e no ano de 2005 com um inquérito domiciliar relativo à iniciação sexual e ao uso de preservativos de adolescentes entre 16-19 anos, observou-se que a proporção de jovens que tinha tido pelo menos uma relação sexual manteve-se estável de 1998 (61%) para 2005 (61,6%). Ocorreu mudança significativa para a religião e grau de escolaridade, em 2005 (55,9%) com ensino médio/superior já tinham tido relações sexuais comparados a adolescentes de 1998 (70,2%) e jovens pentecostais aumentaram a proporção daquelas que se iniciaram sexualmente entre 1998 (33,3%) para 2005 (49,4%). Em relação ao uso de preservativo na primeira relação sexual ocorreu um aumento significativo ($p < 0,000$) entre 1998 (47,8%) para 2005 (65,6%) e a mudança é tanto para os que tiveram a experiência no

primeiro relacionamento, quanto aos relacionados a iniciação em um relacionamento eventual. Porém com uma análise mais detalhada observa-se a queda do uso do preservativo em adolescentes com menos de 14 anos, principalmente em relações eventuais contexto de maior vulnerabilidade ao vírus do HIV, sendo estatisticamente significativa em todas as faixas de escolaridade (PAIVA *et al.*, 2008).

Uma pesquisa realizada em adolescentes atendidas no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no período de agosto de 2001 a julho de 2002 teve como objetivo conhecer o perfil sexual dos adolescentes atendidos no NESA e identificar fatores de risco às DST na adolescência. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória e foram entrevistados 356 adolescentes por vinte e cinco minutos, sendo 29,5% homens e 70,5% mulheres, destes 109 eram ativos sexualmente e portadores de DST, 115 ativos sexualmente sem DST e 132 ainda não tinha iniciado a atividade sexual. Achados importantes deste estudo foi um maior percentual de violência intrafamiliar entre os portadores de DST, e a idade média da primeira relação entre os adolescentes foi de 14,7 anos. Os diagnósticos de DST mais comuns foram as vulvovaginites em mulheres e uretrites entre os homens, porém também ocorreram casos de sífilis, escabiose, HPV, HIV, Hepatite B e uretrites gonocócicas e não gonocócicas. Neste estudo a baixa idade da iniciação sexual, a variabilidade de parceiros, citados pela literatura científica como fatores de risco para DST não se confirmaram na amostra estudada, pois nenhum destes fatores apresentou uma relação estatisticamente significativa com ter uma DST, porém os principais fatores associados a presença de DST neste estudo foi o uso infreqüente do preservativo, o uso de drogas lícitas e ilícitas e o atraso escolar, evidenciado a necessidade de investimentos estruturais para a sociedade no acesso universal a educação e a saúde (TAQUETE; VILHENA; PAULA, 2004).

Um estudo com o objetivo de descrever a experiência sexual de acordo com o contexto informativo e sociocultural para transmissão do vírus HIV/AIDS em adolescentes, utilizando-se uma amostragem por conglomerado a partir de dados fornecidos pela Secretária Estadual de Educação de Santa Catarina, tratando-se de uma pesquisa descritiva e correlacional com 1836 estudantes do ensino médio do município de Florianópolis, Itajaí e Balneário Camboriú, sendo que destes estudantes 80% estavam matriculados na rede pública, foi utilizado um questionário autoaplicado em sala de aula e de forma anônima. A atitude dos participantes foi medida por uma escala Likert com 4 pontos compostas de 16 itens, utilizando o método de tendência linear ao ponto para estimativas das médias, foi realizado tabelas de contingência (teste qui-quadrado) e comparação entre as média (teste de Student e análise de variância

simples) para estabelecer as relações entre as variáveis. A média de idade entre os alunos noturnos foi de 17 anos e 10 meses e no diurno em instituições particulares 16 anos e 8 meses e em instituições públicas 17 anos e 4 meses. A maior parte dos adolescentes (63,2%) declararam já terem tido experiência sexual, A relação sexual com penetração teve contexto predominante o namoro, e foi pouco freqüente 34,7% responderam que tiveram uma ou alguma vezes, enquanto que 16,9% tiveram muitas vezes. As duas principais fonte de informação para os jovens sobre a aids é a escola e a televisão e dentre os problemas que atinge os adolescentes são a aids (96,6%) a comunicação com os adultos (93,1%), o desemprego (89%) o álcool (86,4%) e o uso de maconha (82,1%). Quase metades dos alunos admitiram ter faltado aula nos últimos 12 meses, cerca de um em cada três declarou ter ficado bêbado e 1 de cada cinco declarou ter tido relações sexuais sem o uso do preservativo, sendo estatisticamente significativa a freqüência de experiência sexual dos que praticavam o sexo seguro comparado aos que se arriscavam, considerando os 12 últimos meses ($\chi^2=30,83$; $gl=3$; $p<0,001$). Quase a totalidade dos adolescentes teve a intenção de usar o preservativo sistematicamente nas relações sexuais e este tipo de atitude foram mais presentes nas adolescentes mulheres do que nos homens ($\chi^2=16,22$; $gl=2$; $p<0,01$). Os resultados do presente estudo evidenciaram a necessidade de ações de prevenção específicas para adolescentes destacando os meios de comunicação preferidos por eles e os interlocutores desejados, a estratégia dos multiplicadores (professores e pares) (CAMARGO; BOTELHO, 2007).

Estudo observacional do tipo transversal realizado em 2004 cujo público alvo foi adolescentes atendidos em agosto de 2001 até julho 2002, no NESA, que é uma instituição pública que atende adolescentes entre 12-19 anos no Rio de Janeiro, sendo a maioria pobre. A amostra obtida foi por conveniência e a forma de escolha dos participantes aleatória, na análise estatística foi realizado o teste qui-quadrado com nível de significância de 95%. Foram entrevistados 356 adolescentes (100%), sendo 29,5% rapazes e 70,5% moças destes 132 ainda não tinha iniciado a sua atividade sexual, 224 eram sexualmente ativos. A presença de DST foi detectada em 109 adolescentes dos ativos sexualmente. Houve relação estatisticamente significativa entre o atraso escolar e a perda da virgindade. O uso de tabaco e outras drogas foram usados no percentual maior entre aqueles que já tinham iniciado as relações sexuais comparados com os que não tinham iniciado a atividade sexual. Houve relação estatisticamente significativa entre família biparental e boa relação com os filhos e estes não serem sexualmente ativos (TAQUETE, VILHENA PAULA, 2004).

Estudo realizado em uma escola pública do Rio de Janeiro com alunas que possuíam idade de 14-16 anos observou-se que a precariedade de conhecimento em relação a forma de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis pode está relacionada diretamente ou indiretamente a qualidade do ensino de escolas e outras entidades formadoras de opinião em prol de uma conscientização sobre o exercício da sexualidade de forma consciente e segura (CAMARGO, FERRARI, 2009).

Em estudo realizado por Taquete (2011?) sobre as condições de vida, saúde e sexualidade de adolescentes femininas de comunidades pobres do município do Rio de Janeiro, utilizando um estudo de corte-transversal realizada em 816 adolescentes de favelas do Rio de Janeiro, foi demonstrado 96,6% destas adolescentes eram menores de 20 anos, 18,6% consumiam bebidas alcoólicas nos finais de semana, 9,8% eram fumantes e 2,3% do total de moças consumiam drogas ilícitas. Sobre violência 35,9% das adolescentes já sofreram algum tipo de violência: 15,1% tinham sido agredidas por membros de sua família e 6,5% por seus companheiros, 15,4% relataram violência na escola e 1,2% nos serviços de saúde. Das adolescentes 39% relataram terem tido relações sexuais e destas 53,2% iniciaram sua atividade antes dos 15 anos e 24,4% das quais se submeteram ao exame ginecológico (N=90) eram portadoras de DST, sendo a mais freqüente a Doença Inflamatória Pélvica DIP (11,1%), não havendo casos de HIV e Hepatite B e C. Encontrou-se uma associação significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis, raça, cor, atividade sexual e histórico de DST (TAQUETE, 2011).

Em estudo descritivo, documental e retrospectivo realizado no Rio Grande do Sul com o objetivo de caracterizar a morbimortalidade dos adolescentes com HIV/AIDS que foram atendidos no HUSM/RS/Brasil, com adolescentes na faixa etária de 13-19 anos num total de 45 adolescentes, observou-se predomínio do sexo feminino (60%), e raça branca (48,9%), destacando-se a exposição pelo HIV a TV (66,7%) e maioria realizou exame de diagnóstico a infecção pelo HIV na infância entre 0 e 5 anos de idade, 84,4 % faziam uso de TARV, doenças oportunistas contavam para a maioria dos adolescentes (60%), sendo a mais frequente a pneumonia (71,4%), referente a mortalidade foram identificados 2 óbitos, tendo como causa choque séptico e insuficiência respiratória aguda. Com os investimentos crescentes referente ao combate do vírus HIV e na garantia da sobrevivência, observa-se que um grupo de crianças infectadas por TV não morreu, venceu a infância e adentra em uma nova fase de desenvolvimento a adolescência, que nasceu infectada pelo vírus e está adolescendo, este grupo é conhecido como primeira geração que nasceu infectada pelo vírus e está adolescendo, coerente com a categoria de exposição ao HIV, que destacou-se a TV e o diagnóstico laboratorial ainda na infância (PAULA et al., 2012).

Um estudo transversal de caráter descritivo com amostra composta de 1068 alunos de 13-18 anos estudantes da 7^o série do ensino fundamental (8^o ano terminologia atual) ao 2^o ano do ensino médio de escolas públicas e privadas da cidade de João Pessoa, PB teve como objetivo descrever perfis de vulnerabilidade às DST e AIDS de adolescentes estudantes das redes pública e privada de ensino da cidade de João Pessoa, PB. Dos resultados, 357 estudantes relataram já terem tido relação sexual, o que corresponde a 33% do total de estudantes do estudo, em relação ao sexo, 76% do sexo masculino e 24% feminino, com média de idade de 15 anos (DP = 1,39), 68% de estudantes de escola pública, sendo 58% do ensino médio e 42% do ensino fundamental. Apenas 35% da amostra referem exercer alguma atividade laboral, dos quais 13% sem remuneração. Em relação à religiosidade, 70% declararam-se religiosos, sendo 50% católicos e 18% evangélicos. Os adolescentes com prática sexual são predominantemente do sexo masculino, e a iniciação sexual para ambos os sexos se deu comumente aos 13,9 anos, variando entre 9 e 19 anos (DP=1,69), geralmente com parceiros mais velhos e o uso do preservativo na primeira relação foi relatado por 68% dos adolescentes e na última relação por 71%. A iniciação sexual de seu para os homens ocorreu em média aos 13,7 anos com parceiras com média de idades de 16,1 anos e para mulheres aos 14,4 anos com parceiros com média de idade de 19,8 anos. Em relação a vulnerabilidade a AIDS, 37% percebem as chances de se contaminarem pelo vírus HIV e 43% acham possível que um amigo possa se infectar. A maioria 69% relatam receber informações sobre a AIDS na escola e 50% dos homens e 68% das mulheres relataram conhecerem os métodos contraceptivos, e a AIDS foi apontada como destino e impossível de se prevenir por 48% dos alunos de escolas privadas e 31% dos alunos de escolas públicas, e diante das vulnerabilidades especificadas observou-se a ocorrência de 18 gravidez e 13 abortos, observou-se também que os alunos da escola pública mantêm a atividade sexual mais regular do que alunos de escola privada. Neste sentido foi verificado que comportamentos atrelados ao exercício da sexualidade, atividade sexual precoce em geral com parceiros mais velhos, o não uso do preservativo na primeira relação, a multiplicidade de parceiros, não estão limitados ao indivíduo, estando inseridos em um contexto maior, construídos sócio-historicamente e influencia por um sistema de gênero desigual que demarca as relações de poder entre homens e mulheres (SALDANHA, et al., 2008).

Estudo quantitativo descritivo com adolescentes residentes na área norte de Teresina-PI com o objetivo de analisar fatores de risco para HIV em adolescentes residentes em Teresina, com amostra probabilística de 196 estudantes dos quais 57,1% já iniciaram a atividade sexual, desses 54,5% tiveram a primeira relação sexual na faixa etária de 14 a 16

anos, e foi observado que um número significativo daqueles com atividade sexual não tem parceiro estável (45,5%), e a maioria 75,9% referiram o uso do preservativo na relação sexual. Dentre os 24,1% que não utilizavam o preservativo a justificativa de 29,6% foi não dispor do preservativo no momento, de 29,6% de não dar tempo de usar e a maioria destes 96,4% já haviam sido orientados sobre a importância do preservativo. Com relação as formas de conhecimento sobre a transmissão do vírus HIV 55,9% são do sexo feminino, 46,8% pertencem a famílias que ganham um salário mínimo, 57% estão entre a faixa etária de 14 a 16 anos, 86% são procedentes da capital e 82,8% cursam o ensino médio e o conhecimento foi considerado satisfatório. Este estudo reforça a afirmação de que adolescentes são um grupo vulnerável às DST's devido a diversos fatores como a iniciação sexual precoce, o não uso do preservativo, entre outras, reforçando a necessidade de maior investimento público na prevenção de DST em adolescentes (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Em um descritivo exploratório de caráter quantitativo com objetivo de analisar comparativamente a vulnerabilidade ao HIV/AIDS de homens e mulheres adolescentes, baseada em seus conhecimentos, valores e práticas. Os participantes da pesquisa foram constituídos da amostra de estudantes matriculados em duas escolas estaduais públicas em Peruíbe, SP, Brasil, totalizando 207 adolescentes, sendo 43,5% do sexo masculino e 56,5% do feminino. As maiores partes dos adolescentes relatam já terem tido relação sexual até o momento do estudo. Observaram-se déficits de conhecimento sobre transmissão do HIV e práticas sexuais seguras 44,3% das meninas e 40,2% dos meninos declararam conhecer pouco ou nada sobre assunto, e a maioria acredita que a AIDS pode ser uma doença perigos 95,1% e 89,3% discorda que o único de evitar a AIDS é ter fé em Deus e um maior percentual de meninas 99,1% dos que de meninos 88,9% acredita-se que pode pegar AIDS sem o uso do preservativo e sobre seu uso correto do preservativo meninos 73,3% declaram saber usar comparados a 56,4% sendo esta diferença estaticamente significativa (p valor=0,012). Embora haja conhecimento declarado das técnicas de uso do preservativo, isso não reflete em seu uso constante. Observaram-se questões ligadas às representações de gênero (relações de poder e exercício da sexualidade), mas percebe-se um avanço quanto à autonomia e poder de negociação das meninas sobre o uso do preservativo (ANJOS *et al.*, 2012).

3 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Qual o perfil epidemiológico de crianças, adolescentes e adultos jovens e quais os fatores associados à ocorrência de DST e/ou HIV/AIDS em crianças, adolescentes e adultos jovens cadastrados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, em Feira de Santana, no período de 2007 a 2011?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Investigar o perfil epidemiológico e os fatores associados à ocorrência de HIV/AIDS em crianças, adolescentes e adultos jovens cadastrados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, em Feira de Santana, no período de 2007 a 2011.

4.2 Objetivos Específicos

Descrever características sociodemográficas e os fatores associados à ocorrência de HIV/AIDS das crianças, adolescentes e adultos jovens cadastrados no Centro de Referência Municipal (CRM);

Estimar a frequência das crianças, adolescentes e adultos jovens com sorologia positiva para HIV/AIDS, na população de adolescentes e adultos jovens cadastrados no CRM, no período de 2007-2011.

Identificar os fatores sócio-demográficos e de exposição na ocorrência de HIV/AIDS em crianças, adolescentes e adultos jovens.

5 METODOLOGIA

5.1 *Desenho do Estudo*

Estudo epidemiológico analítico do tipo corte-transversal cuja característica é estudar a relação exposição-doença, em uma dada população, em um particular momento, fornecendo o retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento (PEREIRA, 1995).

Este tipo de estudo produz um “instantâneo” da situação de saúde de uma população ou comunidade e são de grande utilidade para produzir diagnósticos da situação local de saúde. Na tipologia, caracteriza-se como um estudo individuado-observacional-seccional. Tem como vantagens o baixo custo, alto potencial descritivo e simplicidade analítica, e como desvantagens seu baixo poder analítico e vulnerabilidade a biases, visto que não estabelece uma relação de causalidade, não podendo estimar o risco dos indivíduos de adoecer ou morrer. (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2002)

5.2 *Área do Estudo*

Este estudo foi realizado no Centro de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS localizado no município de Feira de Santana (Princesa do Sertão), localizado na região centro-norte da Bahia, na fronteira entre o Recôncavo e o Sertão com uma extensão de 1.350 Km², possui clima semi-árido, sendo o segundo município mais populoso da Bahia, com população de 556.746 habitantes segundo CENSO 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). O município se destaca pelo grande fluxo migratório marcado pela sua localização geográfica, visto que é cortado por três Rodovias Federais e cinco Rodovias Estaduais, sendo considerado o maior entroncamento rodoviário do Norte e Nordeste do Brasil.

A sede da 2ª Diretoria Regional de Saúde e pólo da microrregião de saúde localiza-se no município de Feira de Santana e é composta por mais 25 municípios do Estado da Bahia, dispondo de diversos serviços voltados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das DST's e HIV/AIDS, destacando-se o Centro de Referência em DST/HIV/AIDS, que atende além de gestantes, casos de transmissão vertical, demanda espontânea, indivíduos referenciados para estes serviços, adolescentes e adultos jovens em situação de vulnerabilidade às DST's e ao HIV/AIDS.

O Programa Municipal de DST/HIV/AIDS foi instalado no município de Feira de Santana em 1999 através de convênio estabelecido com o Ministério da Saúde e tem como objetivo desenvolver atividades de promoção, prevenção, proteção a saúde sexual no município. Esse serviço engloba o Centro de Referência Municipal criado em 2001, que possui atendimento multidisciplinar concentrado no Centro de Saúde Especializado Dr. Leoni Coelho Leda (CSE), cuja localização é acessível à 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, além de pequenas cirurgias e biópsias, exame preventivo para as mulheres cadastradas no serviço e distribuição periódica de preservativo masculino. A equipe de saúde é composta por: ginecologistas, urologista, enfermeira, técnicas de enfermagem e assistente administrativo.

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

No SAE, é realizado o acompanhamento e tratamento dos usuários soropositivos e/ou com AIDS, bem como dos casos de exposição a violência sexual e acidente ocupacional. O pré-natal de gestantes portadoras do vírus HIV é realizado nesta unidade, com distribuição de preservativo a todos os usuários. A equipe de saúde é composta por: infectologistas, clínico geral, pediatra, enfermeira, técnicas de enfermagem e assistentes administrativos.

- **Serviço de Assistência Farmacêutica**

Sua finalidade 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. A equipe de saúde é composta por bioquímico, biomédico e técnicas de laboratório.

- **Serviço de Psicologia**

Espaço para atendimento individual de psicoterapia para os usuários cadastrados, em especial os portadores do HIV e as vítimas de violência sexual. O acompanhamento é realizado pela psicóloga por meio 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. É composto por assistente social.

- **Serviço de Fisioterapia**

Atende aos pacientes do SAE que apresentam alguma alteração cinético-funcional, baseado em atuação preventiva com o propósito de potencializar funções, estimular a auto-imagem, resgatar a relação harmônica entre o corpo e o instrumental para o desenvolvimento das Atividades de Vida Diária (AVD's). Assegurando 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)**

Nesta unidade os resultados dos exames realizados no laboratório do CRM 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. Nas consultas é realizado o aconselhamento individual, 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. A equipe de saúde é composta 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.

A coleta de dados secundários será realizada no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e no Serviço de Atenção Especializada (SAE) do Centro de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS (CRM) do município de Feira de Santana. No SAE são acompanhados os casos confirmados de HIV e/ou AIDS, bem como a quimioprofilaxia de casos de exposição por transmissão vertical, acidente ocupacional e violência sexual. No CTA são realizados aconselhamentos (individual e coletivo) para a testagem do HIV I/II, VDRLe Ag-Hbs, e também a entrega dos resultados, além de serem oferecidos atendimentos

psicossociais para usuário em tratamento de DST's ou infecção pelo HIV, que apresente alguma demanda psíquica

5.3 Grupo de Estudo

A população referencial para o estudo será adolescentes e adultos jovens (indivíduos na faixa etária de 13 a 24 anos) matriculados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, que realizaram testagem para DST e/ou HIV/AIDS, obedecendo ao critério de registro do Ministério da Saúde, em Feira de Santana-BA, no período de 01/01/2007 a 31/12/2011.

Serão consideradas crianças os indivíduos pertencentes à faixa etária 13-19 anos (classificação conforme AIDS Pediátrica) e adultos jovens os indivíduos pertencentes à faixa etária de 20 a 24 anos.

- Adolescentes 13-19 anos
- Adultos Jovens: 20-24 anos

5.3.1 Critérios de Inclusão

A) Critérios de Inclusão: sujeitos na faixa etários de 10 a 24 anos cadastrados no CRM do município de Feira de Santana no período de 2007 a 2011.

5.4 Fontes e Instrumentos de coleta de Dados

Foram utilizados dados secundários de informações coletadas através das Fichas do Centro de Testagem e Aconselhamento- CTA do Programa Municipal em DST/HIV/AIDS do município de Feira de Santana- Bahia (ANEXOS I) cujos dados são digitados no Sistema de Informação do CTA, SI-CTA. A partir deste banco as variáveis do presentes estudo foram coletadas e preenchidas em um formulário (APÊNDICE A).

5.5 Variáveis do Estudo

PARTE I - VARIÁVEIS PRINCIPAIS			
VARIÁVEL		DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
DEPENDENTE	DESFECHO	Infecção por HIV	Indivíduos <u>com</u> soropositividade para HIV
INDEPENDENTE/COVARIÁVEIS	COVARIÁVEIS PRINCIPAIS	Uso do preservativo; Multiplicidade de parceiros; Uso de álcool e outras drogas; Orientação sexual; Grupo que pertence o parceiro fixo; Presença de DST; Faixa etária; Situação conjugal.	Fatores de risco/susceptibilidade para adquirir o HIV/AIDS.
PARTE II – CLASSIFICAÇÃO DAS COVARIÁVEIS			
SÓCIO-DEMOGRÁFICAS			
CO-VARIÁVEL		CATEGORIZAÇÃO	
Situação conjugal		Solteiro; Casado; União Estável União livre; Separado/divorciado; Viúvo	
Situação de trabalho ou ocupação		Empregado Desempregado; Estudante; Não soube informar	
Sexo		Masculino; Feminino	
Idade		10-24 anos	
Cor da pele		Branca; Parda; Preta; Outra;	
Orientação Sexual		Heterossexual; Homossexual; Bissexual	
Nível de escolaridade (anos de estudos concluídos)		Nenhuma; 1 a 3 anos; 4 a 7 anos; 8 a 11 anos; De 12 a mais anos:	
Local de residência		Urbana; Rural	
ESTILO DE VIDA E FATORES DE EXPOSIÇÃO AS DST/HIV/AIDS			
Número de parceiros		Quantidade de parceiros que se relacionaram no último ano	
Uso de álcool		Sim; Não	

Uso de drogas ilícitas	Sim; Não
Risco do Grupo do parceiro ou parceira	A que grupo o parceiro (a) pertence: mantém relações bissexuais; UDI; Hemofílico/transfundido; HIV positivo; portador de DST;
Uso do preservativo com parceiro fixo ou eventual	Sim; Não; Eventualmente.
Motivos para não uso do preservativo com parceiro fixo ou eventual	Justificativa para o não uso do preservativo conforme fatores pessoais, fatores relacionados aos parceiros ou fatores externos.
Presença e Tratamento de DST	Presença de infecção por alguma doença sexualmente transmissível e tratamento.
VARIÁVEIS REFERENTES A INFECCÃO POR DST/HIV/AIDS	
Resultado do exame para HIV I ou II	Qual o resultado em relação ao exame anti-HIV, positivo, negativo ou indeterminado.

5.6 Coleta dos Dados

Para a coleta de dados referente ao perfil epidemiológico de jovens soropositivos e não soropositivos para HIV/AIDS e fatores associados à infecção por HIV/AIDS foi utilizado: Formulário de Atendimento do Sistema de Informação do CTA referentes à exposição ao HIV, bem como de casos confirmados de HIV entre adolescentes e jovens de 10 a 24 anos.

Como fonte de registro de dados secundários foi elaborado um formulário sobre as características socioeconômicos, culturais e demográficas de adolescentes e adultos jovens, bem como fatores ligados a exposição ao HIV/AIDS, os dados foram coletados, processados e digitados de segunda a sexta da data 11/09/2012 até 11/12/2012.

5.7 Análise dos dados

1º Fase

Análise Descritiva

- Obter as frequências simples e absolutas de todas as variáveis do estudo de acordo faixas etárias;
- Elaboração de tabelas e/ou gráficos para fazer a “leitura” dos resultados.

2º Fase

Análise Bivariada/ Cruzar os fatores de risco com a doença

- Prevalência (P) em cada categoria do fator de risco;

- Teste de associação qui-quadrado de Pearson;
- Cálculo das razões de prevalência (RP) e p valor com respectivo intervalo de confiança;
- Elaboração de tabelas e/ou gráficos para fazer a “leitura” dos resultados.

3º Fase

Operacionalização: Os dados serão digitados, processados e classificados utilizando-se o programa estatístico SPSSWIN (Programa *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS, versão 9.0 for Windows, 1999).

5.8 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu todas as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza pesquisa em seres humanos e foi realizada após submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana com número do parecer n°. 93.252 e a apreciação e aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, respeitando os princípios bioéticos da autonomia; beneficência; não-maleficência e justiça.

Como os dados serão coletados a partir de fontes secundárias, o pesquisador responsável pelo desenvolvimento desta pesquisa se comprometeu em:

1. O acesso de dados registrados em prontuários e documentos de pacientes para fins de pesquisa científica será realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana;
2. Para a utilização dos dados da pesquisa, será utilizado um Termo de Compromisso de Utilização dos Dados a ser preenchido pela pesquisadora envolvida na manipulação dos dados;
3. A pesquisadora terá compromisso com a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos usuários do serviço;
4. Os dados obtidos serão utilizados somente para o projeto ao qual está vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa, tendo este que ser submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Os dados gerados a partir deste estudo ficarão armazenados no Banco de Dados do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência – NNEPA, localizado no módulo VI da UEFS, sob a responsabilidade da coordenadora do Núcleo e orientadora deste projeto Dr^a. Maria Conceição Oliveira Costa. Os resultados do estudo serão enviados a Coordenação do Programa Municipal DST/HIV/AIDS e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Feira de Santana através de relatórios técnicos.

6 ARTIGO

Fatores de exposição e soropositividade ao HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens de um Centro de Referência do Sistema de Saúde

Exposure seropositivity factors to HIV / SIDA among teens and young adults registered in a Reference Health Center

Bianca de Souza Pereira ¹

Maria Conceição Oliveira Costa ²

Magali Teresópolis Reis Amaral ³

Hervânia Santana da Costa ⁴

¹ Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

² Pós-Doutora pela Université Du Québec à Montréal professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana, coordenadora NNEPA.

³ Doutora em Saúde Coletiva pelo ISC-UFBA e professora assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana.

⁴ Mestra em Biometria e Estatística Aplicada pela Universidade Federal Rural de Pernambuco e professora da Universidade Estadual de Feira de Santana, membro/pesquisadora NNEPA.

RESUMO

A prevenção da AIDS na adolescência e juventude constitui prioridade, considerando a vulnerabilidade desse grupo e o alto custo da infecção nos aspectos econômicos, de saúde e integração social, em nível individual e coletivo. Objetivo: investigar fatores associados à infecção pelo HIV, entre adolescentes e adultos jovens, de ambos os sexos, matriculados no Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA do Centro de Referência Municipal/CRM de Feira de Santana, Bahia/Brasil. Metodologia: estudo analítico com delineamento transversal de dados do Sistema do CTA do município, no período 2007-2011. Foram estudados 3768 indivíduos, 2736 adultos jovens e 1032 adolescentes, sendo calculadas frequências simples e absolutas, realizadas análises estratificadas das variáveis agrupadas e calculadas as prevalências (P) e razão de prevalência (RP), entre *status* sorológico e fatores associados, em ambos os sexos. Resultados: do total de adolescentes e adultos jovens, 73 estavam infectados com HIV, prevalência geral de 1,94. Entre os fatores associados à soropositividade, verificou-se resultados estatisticamente significantes, no sexo feminino, com uso de drogas (IC=1,15-3,8), álcool (IC=1,16-3,91) e outras drogas (3,67-12,28), união estável/casamento (IC=1,09-3,75) e não utilização do preservativo por motivos pessoais (1,09-4,71) e externos (IC=1,38-26,65); no sexo masculino, com uso de outras drogas (IC=3,26-21,78) e orientação homossexual ou bissexual (IC=2,57-10,57); em ambos os sexos, com parceiro estável e portador de DST e/ou HIV e usuário de drogas. Conclusões: os achados apontaram alta vulnerabilidade ligada aos hábitos pessoais e do companheiro (drogas, álcool); parceiro estável e orientação sexual, mostrando a importância de medidas eficazes no controle e prevenção da infecção pelo HIV, na adolescência e juventude.

PALAVRAS-CHAVE: AIDS, adolescente, adulto jovem, exposição; vulnerabilidade.

ABSTRACT

Considering the vulnerability and the high costs, whether economic, related with health or social life, the AIDS prevention in adolescents and young adults have to be characterized prioritary. Objective: investigate the factors associated with HIV in adolescents and young adults registered in the Testing and Counselling Centre / CTA of Reference Center Municipal of Feira de Santana – Bahia/Brasil. Method: analytical study with lineation cross-sectional using data from SIS/CTA of Feira de Santana – BA, studing 1.032 adolescents and 2.736 young adults. Were calculated simple and absolute frequencias, performed stratified analysis of variables grouped and calculated the prevalence (P) and the prevalence ratios (RP), to evaluate possible associations between the serological status and exposure factors in both sexes. Results: Of the total adolescents and young adults, 73 were infected with HIV, general prevalence of 1,94. Among the factors associated with seropositivity, it has been found results statistically significant, in females, with the use of drugs (IC=1,15-3,8), alcohol (IC=1,16-3,91), other drugs (3,67-12,28), stable Union/marriage (IC=1,09-3,75) and not utilization of condoms related to personal factors (1,09-4,71) and external (IC=1,38-26,65); in males, with the use of other drugs (IC=3,26-21,78) and homosexual or bisexual orientation (IC=2,57-10,57); in both sex, with steady partner, carrier of HIV/STD and drugs user. Conclusion: The findings indicated high vulnerability linked to personal habits and partner's one (drugs, alcohol); stable partner and sexual orientation, showing the importance of effective control and prevention of infection in adolescence and youth.

Keywords: AIDS; adolescent, young adult, exposition, vulnerability.

INTRODUÇÃO

Segundo dados oficiais, em nível mundial, existem cerca de 34 milhões de pessoas infectadas pelo vírus HIV, cuja pandemia encontra-se em franca expansão, configurando-se um desafio aos diversos setores sociais, no que se refere às medidas de controle das susceptibilidades ligadas aos aspectos individuais e contextuais de exposição ao vírus^{1,2,3}. Estimativas apontam que, entre os infectados, mais de 10 milhões são jovens na faixa etária de 15-24 anos e a taxa de prevalência na população jovem apresenta tendência de aumento^{4,5}.

No Brasil, face ao desafio de prevenir e controlar essa epidemia, autoridades governamentais e sociedade civil organizada mobilizam-se na busca de ampliar o conhecimento e utilização de tecnologias que possam melhorar a qualidade de vida, investindo nas medidas de prevenção e de atenção, em especial à população soropositiva⁶. O Ministério da Saúde representa referência mundial no tratamento e atenção à AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis/DST, como as Hepatites virais, com objetivo de reduzir a transmissão e melhorar a qualidade de vida dos portadores e doentes⁷.

Nos aspectos relacionados à adolescência e juventude, indicadores dos diversos contextos e países apontam esses grupos como prioritários aos empreendimentos e estratégias de proteção, face à alta susceptibilidade às DST's e infecção pelo HIV, ^{8,9,10}. Segundo dados epidemiológicos do Ministério da Saúde, até 2012, do total das notificações de AIDS, 2.478 casos concentravam-se na faixa de 10 a 14 anos, 12.246 no grupo de 15 a 19 anos e 94.519 nos indivíduos de 20-24 anos, totalizando 109.243 casos na faixa etária de 10 a 24 anos, 16,6% da população geral de acometidos pelo vírus ¹¹.

A faixa adolescente, mesmo com baixa prevalência de soropositividade ao HIV, representa o grupo mais jovem acometido pelo vírus, por via sexual ou utilização de drogas. Por outro lado, os adultos jovens, faixa etária com alta prevalência, possivelmente, adquiriu a infecção na adolescência, indicando prioridade absoluta desses grupos, visto que a precocidade das medidas de atenção interfere com a evolução da infecção e doença. Os problemas vivenciados pelos portadores interferem de forma incisiva no processo de integração social, em nível profissional, social, familiar e relações amorosas ^{12,13,14}.

Nos grupos populacionais com alto índice de vulnerabilidade, o planejamento estratégico de ações voltadas à atenção demanda o reconhecimento dos fatores relacionados aos hábitos, comportamentos e estilo de vida, os quais estão ligados aos aspectos culturais, sociais e econômicos, nos diferentes contextos, regiões e países. Múltiplas mudanças integram o processo de socialização do indivíduo jovem, incluindo o exercício da sexualidade e convivência com diversos grupos, onde os hábitos e comportamentos podem estar associados às diversas situações de exposição para as DST e AIDS, como a atividade sexual precoce; mudanças sucessivas de parceiros e pouca utilização do *condom*, nas práticas sexuais; o uso abusivo de álcool e outras SPAS, entre outros aspectos, que contribuem para o aumento dos índices de contaminação pelo HIV ^{15,16}.

Frente à epidemia da AIDS, entre os fatores de exposição, destaca-se a importância da não utilização ou uso descontinuado do preservativo, seja com parceiro estável ou eventual ¹⁷. Acrescenta-se, no sexo feminino, a atividade sexual desprotegida causa inúmeros impactos sobre a vida reprodutiva de jovens que, além de lidar com a problemática da gravidez precoce e inoportuna, enfrenta um conjunto de susceptibilidades relacionadas à contaminação, infecção ou doença, assim como problemas advindos da transmissão vertical ¹⁸.

O objetivo desse estudo foi investigar fatores associados à infecção pelo HIV, em adolescentes e adultos jovens, de ambos os sexos, matriculados no CTA do CRM de Feira de Santana, Bahia/Brasil.

METODOLOGIA

Estudo analítico, com delineamento transversal, realizado com adolescentes e adultos jovens, de 13 a 24 anos, que realizaram testagem sorológica para HIV, no período de 2007 a 2011, no Centro de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS do município de Feira de Santana. Este tipo de estudo permite estudar a relação exposição-doença, numa dada população, fornecendo o diagnóstico da situação local de saúde em determinado período¹⁹.

Os adolescentes (13- 19 anos) e adultos jovens (20-24 anos) foram divididos em grupos, de acordo com o *status* sorológico (soropositivo e soronegativo) e subdivididos por sexo (feminino e masculino). Os dados foram coletados no Sistema de registro do Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA do CRM municipal, utilizando um formulário específico, para registro das variáveis pertinentes ao estudo, em acordo aos objetivos propostos.

As variáveis foram organizadas em grupos: 1. *variáveis sociodemográficas*- sexo, idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal, cor da pele, município e zona de residência; 2. *Resultado da Sorologia para HIV*- positiva e negativa; 3. *Variáveis relacionadas à exposição (comportamentais e clínicas)*, presença de DST, tratamento da doença sexualmente transmissível (DST), multiplicidade de parceiros, compartilhamento de seringas, uso de drogas, álcool, exposição sexual, grupo a que pertence o parceiro sexual, orientação sexual; 4. *Variáveis relacionadas à exposição uso de preservativos, segundo parceiro estável ou eventual por motivos pessoais, ambientais e relacionado ao parceiro.*

Os dados coletados foram processados no programa Epidata versão 3.1 e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 16.0 e no epiinfo versão 7. Foram calculadas frequências simples e absolutas e realizadas análises estratificadas das variáveis agrupadas, segundo *status* sorológico (soropositivos e soronegativos), os quais foram subdivididos por sexo e faixa etária. Foram calculadas as prevalências (P) e razão de prevalência (RP), para avaliar possíveis associações entre *status* sorológico e fatores de exposição em ambos os sexos. Adotou-se nível de confiança de 95% e valor do teste de associação qui-quadrado de Pearson $< 0,05$. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o protocolo de número 93252/2012 e CAAE 05949612.2.0000.0053.

RESULTADOS

No período de 2007 a 2011, o Centro de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS do município de Feira de Santana obteve um total de 20.332 atendimentos, dos quais 558 apresentaram soropositividade para o HIV, sendo 321 do sexo masculino e 237 do sexo feminino. . No presente estudo, foram estudados 3.768 registros de adolescentes e adultos jovens de 13-24 anos, correspondendo a 18,5% do total de usuários, considerando o atendimento mais recente, evitando-se duplicidade de dados. Do total de registros (3.768), 2736 eram adultos jovens (71,4% feminino e 28,6 % masculino) e 1.032 eram adolescentes (73,1 % do sexo feminino e 26,9% masculino). A soropositividade foi verificada em 60 adultos jovens e 13 adolescentes, com prevalência respectivamente 1,25 e 2,67.

As características sociodemográficas (Tabela 1) dos grupos soropositivo e negativos foram semelhantes, no sexo masculino, quanto à cor de pele (parda), naturalidade (Feira de Santana), escolaridade (oito ou mais anos) e diversificadas ocupações; entretanto, no sexo feminino, foram verificadas proporções distintas, onde a maioria do grupo soropositivo (mais de 70%) era casada e 50% com escolaridade menor que oito anos de estudo. Verificou-se presença de associação para situação conjugal entre o grupo de soropositivo no sexo feminino, e no grupo de soronegativos para situação conjugal, escolaridade e ocupação em ambos os sexos ($p < 0,05$).

Os achados relacionados aos fatores de exposição (Tabela 2) mostraram que, para ambos os sexos e faixas etárias, entre 69% a 93% dos soronegativos e soropositivos negaram a presença de DST. Entretanto, vale salientar que, no sexo masculino, a proporção de DST foi 31%, entre os soropositivos, comparado com 21% dos soronegativos, contrário ao sexo feminino, onde a proporção de DST no grupo soropositivo foi duas vezes menor (6,5%), em relação ao grupo soronegativo (12,1%). A maioria dos adolescentes e adultos jovens, soropositivos e negativos, de ambos sexos e faixas etárias, relatou tratamento em serviço de saúde, porém, salienta-se que as proporções da ausência de tratamento ou auto medicação foram consideravelmente superiores no grupo soropositivo: no sexo masculino esta atitude foi referida por 37,5%, comparado a 19,7% entre os soronegativos; no sexo feminino foi observada esta mesma tendência.

Foram verificadas características comuns, entre soropositivos e negativos, de ambos os sexos e faixas etárias (Tabela 2), quanto à exposição por via sexual; relações heterossexuais e não compartilhamento de seringas, no entanto, algumas proporções diferiram entre os sexos, onde mais de 60% do masculino referiu multiplicidade de parceiros e uso de drogas,

comportamento negado por 75% do sexo feminino. Vale enfatizar que, entre os rapazes, as proporções do uso de álcool foram semelhantes nos dois grupos (soropositivo e negativo), enquanto que, entre as moças soropositivas, a frequência desse hábito foi superior (38,7%), em relação às soronegativas (23,5%). Em ambos os sexos, o grupo soropositivo mostrou altas frequências do uso de outras drogas (86,2%, no sexo masculino e 61,3%, no sexo feminino), sendo que neste último as proporções também foram altas também no grupo soronegativo. Verificou-se presença de associação para multiplicidade de parceiros entre o sexo feminino e uso de outras drogas entre o sexo masculino no grupo de soropositivos. No grupo de soronegativos observou-se associação entre multiplicidade de parceiros, uso de outras drogas no sexo feminino, orientação sexual, uso de drogas e álcool no sexo masculino, e tipo de exposição ao HIV em ambos os sexos, todos os resultados considerando valor de $p < 0,05$.

As análises de razão de prevalência (RP) (Tabela 3) da associação entre *status* sorológico e fatores de exposição, segundo o sexo, mostraram que, no sexo masculino, o grupo soropositivo apresentou resultado significativo para o uso de outras drogas (exceto o álcool) (RP=8,43 IC=3,26-21-78); e orientação sexual (homo ou bissexual) (RP=5,21 IC=2,57-10,57); enquanto que, no sexo feminino, as associações significantes foram com uso de drogas (RP= 2,1 e IC=1,15 -3,82), uso de álcool (RP=2,13 e IC=1,16-3,91) e situação conjugal(casadas e união estável) (RP2,02 e IC=1,09-3,75).

Em relação ao uso de preservativo com parceiro estável ou eventual (Tabela 4), foram verificadas baixas prevalências dessa prática, nos grupos soropositivo e negativo, de ambos os sexos, valendo enfatizar altas frequências da não utilização, com parceiro estável (82% a 92%) e eventual (59% e 87%), sendo estes motivados por fatores externos e fatores relacionados ao parceiro. No sexo masculino, o grupo soropositivo com parceiro estável apresentou associação significativa para as categorias de parceiro usuário de drogas, portador de DST ou HIV (RP=5,01 e IC=1,37-18,23). No sexo feminino, o grupo soropositivo com parceiro estável apresentou resultados significantes para não utilização do preservativo ligados a fatores externos (RP=6,07 e IC=1,38-26,65) e fatores pessoais (RP=2,27 e IC=2,46-13,74); assim como, para parceiro usuário de droga ou portador de DST/HIV (RP=5,81 e IC=2,46-3,74).

DISCUSSÃO

Em nível mundial, os estudos têm mostrado a magnitude e transcendência do fenômeno da AIDS, cuja tendência tem apresentado aumento das taxas de infecção na

população de adolescentes e adultos jovens, independente do contexto socioeconômico ^{5,20}. Vale assinalar que, adolescentes (13-19 anos) representa a faixa etária mais precoce da infecção por via sexual direta, por outro lado, adultos jovens (20-24 anos), compreendem uma das faixas mais prevalentes para infecção ao HIV, possivelmente, adquirida na fase da adolescência, apontando a importância dessa população, frente às estratégias de prevenção e controle. A etapa de transição para a idade adulta compreende a emancipação do jovem - homem ou mulher- do seio familiar para o grupo social, tornando-se reconhecido como membro ativo e participante ²¹.

Demonstrou-se maior frequência de soropositividade pelo HIV no sexo feminino, comparado ao masculino, possivelmente em decorrência do maior número de atendimentos no sexo feminino, que representou do total de registros. Estudos realizados em diversos contextos ^{22,23} mostram que o sexo feminino procura com maior frequência os serviços de Saúde e Centros de Referência seja para buscar ajuda pessoal, para problema de saúde em geral, realização do pré-natal ou para resolver problemas relacionados à gestação e respectivos filhos. Por outro lado, esses achados ratificam dados de outras pesquisas que mostram alta proporção de atendimentos de mulheres, nos centros de referência de DST/AIDS ^{22,24}, com concomitante aumento da incidência de infecção ao HIV, no sexo feminino, verificada nos últimos anos, fenômeno conhecido como feminização da AIDS ^{20,23,24, 25,26}.

No período de estudo, a maioria dos indivíduos eram solteiros, cabendo ressaltar a associação significativa entre adolescentes e jovens do sexo feminino soropositivas com situação conjugal estável, na faixa de 13-24 anos. Esse importante achado ratifica estudos anteriores que citam os fenômenos de feminização e heterossexualização da AIDS, visto que mulheres em união estável ou casadas designam confiança no parceiro, não utilizam o preservativo ou fazem de forma descontinuada. Segundo estudos, este comportamento feminino, parece estar ligado às questões de gênero e poder, do masculino sobre o feminino, pela condição de submissão, assim como questões morais, preconceitos e tabus, relacionados à sexualidade feminina, as quais são expressões da submissão e falta de autonomia feminina ^{24,27}.

Pesquisas relacionadas às questões de gênero mostram a susceptibilidade da mulher, frente à dominação do homem, identificando o masculino como razão, regulação, liberdade do exercício sexual, enquanto a mulher marcada pelo conformismo, dificuldade de negociação ao uso do preservativo, situações que geram violências e susceptibilidades ²⁸. A abordagem das questões de gênero requer o enfoque relacional e transversal, que inclui a interação entre classe social, etnia/raça, diferença de geração, cultura, escolaridade, para a compreensão das

questões de poder e exigências que se estabelece entre homens e mulheres, no exercício das respectivas sexualidades, principalmente entre adolescentes e adultos jovens ²⁹. A compreensão da magnitude e transcendência desses aspectos é de fundamental importância para a implementação de políticas e ações intersetoriais de educação, saúde, integração social ³⁰.

No quesito acessibilidade ao serviço, verificou-se que a maior parte dos indivíduos deste estudo residia no município e na zona urbana, o que pode ter facilitado o acesso à atenção e informação, contrário às populações que residem na zona rural e outros municípios, sugerindo a necessidade de descentralização destas ações de prevenção, controle e tratamento do HIV/AIDS para municípios menores, carentes e zona rural, como forma de viabilizar a inclusão e acesso ao serviço de saúde, em atendimento, aos princípios e diretrizes universais do Sistema Único de Saúde/SUS. A resposta social direcionada à prevenção ao HIV/AIDS depende diretamente do acesso dos indivíduos à informação, assim como aos recursos disponíveis para sua proteção, promovidos pelos Setores Sociais, representados pelas Instituições de referência, face ao controle dos importantes problemas de saúde, na busca da redução das desigualdades e distribuição equitativa do poder, nos diferentes contextos sociais ^{31,32}.

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/HIV/AIDS de Feira de Santana possui estrutura material e de recursos humanos para oferecer atenção integral aos usuários, referenciados do SUS ou de demanda espontânea, segundo critérios do Ministério da Saúde do Brasil. Nos casos de sorologia positiva, o usuário é encaminhado para o Serviço de Assistência Especializada/SAE, Hospital Dia/HD e Convencional/HC e Assistência Domiciliar Terapêutica/ADT, que funcionam com o Sistema de Saúde Regional, integrando o Centro de Referência Municipal/CRM. Cabe ao município, a responsabilidade de consolidar indicadores direcionados ao Sistema Nacional de Informação

Verificou-se que a maior proporção dos adolescentes e adultos jovens soropositivos e soronegativos tinha escolaridade menor que oito anos de estudo e a maioria dos adultos jovens exercia outras ocupações que não as de estudante, entretanto, as mulheres adultas jovens soropositivas, tinham a menor escolaridade. Estes achados concordam com estudos, em nível nacional e internacional, que mostram modificações no padrão de transmissão do HIV, em decorrência do baixo nível de formação escolar, sugerindo a possível relação entre infecção ou doença com pauperização populacional. A disseminação do HIV junto às camadas mais pobres e com menos nível de conhecimento aponta maior susceptibilidade à disseminação, pela falta de informações e difícil acesso aos meios de prevenção ^{12, 33}.

A relação sexual foi a principal forma de transmissão do HIV valendo enfatizar a alta frequência da não utilização ou uso eventual do preservativo, na prática sexual, dos grupos soropositivos e negativos. O grupo soropositivo de ambos os sexos apresentou menor prevalência da utilização do preservativo, concordando com dados de outros estudos¹⁵. Além disso, foram verificadas associações significantes entre soropositividade e não utilização de preservativo, ligado aos fatores externos e pessoais. Estes resultados são semelhantes a pesquisas realizadas nas diversas regiões do país e mostrou que, entre os indivíduos que não utilizavam o preservativo, cerca de 30% justificaram não dispor do preservativo no momento da relação e em torno de 30% não priorizar essa prática. Nesses estudos foram observados que apesar de haver conhecimento declarado nas técnicas do uso do preservativo, isso não reflete em seu uso constante^{17,34}.

Apesar da maior exposição heterossexual, no presente estudo, verificou-se alta prevalência de soropositividade entre homossexuais e bissexuais do sexo masculino e associação significativa para a infecção pelo HIV, resultado que concorda com pesquisas que observaram resultados semelhantes³⁵. O aumento dos índices de infecção pelo HIV nesse grupo tem sido apontado por vários estudos, o que sugere alta susceptibilidade, especialmente entre indivíduos jovens⁵. Entretanto, vale enfatizar que, independente da orientação sexual, a prática sexual desprotegida e a multiplicidade de parceiros, somadas ao uso de álcool e drogas são fatores de impacto para o aumento da incidência e prevalência da infecção pelo HIV, demonstrando a importância das ações de prevenção³⁶. Essa realidade reforça a necessidade das estratégias diferenciadas direcionada aos grupos susceptíveis através de redução de danos e mudança de atitudes, frente à exposição^{25,36}.

Esta pesquisa evidenciou maior prevalência de DST entre os adolescentes e adultos jovens soropositivos para HIV. A presença de DST é apontada como importante fator de risco para HIV/AIDS. Nos Estados Unidos estima-se cerca de 19 milhões de pessoas portadoras de alguma DST com cerca de 50% concentrando-se na faixa-etária entre 15 a 24 anos³⁷. Entre os determinantes para manutenção da transmissão das DST e sua alta vulnerabilidade entre adolescentes e jovens destacam-se o não uso ou utilização descontinuada do preservativo; a baixa escolaridade; a variabilidade ou multiplicidade de parceiros; imaturidade psicossocial (sentimentos de onipotência); a não adesão aos métodos preventivos¹².

Foi verificado no presente estudo que, apesar da maior parte dos adolescentes e jovens ter tratado as DST em serviço de saúde, parte significativa não tratou ou se automedicou, o que pode contribuir para o aumento da resistência antimicrobiana, quadros sub-clínicos que mantêm a cadeia de transmissão. Algumas DST's são assintomáticas, assim, os indivíduos

procuram os serviços de saúde, apenas na presença de sintomas, perpetuando a cadeia de disseminação da doença reforçando a importância do rastreamento para o controle destas doenças e prevenção de infecção por HIV³⁸. Segundo estudiosos, na presença de DST, o risco de transmissão por HIV é 4 a 5 vezes maior, mostrando a relevância deste fator de risco na cadeia de eventos^{14,28,38}.

A literatura aponta a utilização de drogas lícitas e ilícitas, como um dos importantes fatores de susceptibilidade ao HIV. No atual estudo foi evidenciada associação significativa entre soropositividade, uso de drogas e parceiros do grupo de drogaditos e portadores de DST. Em ambos os sexos essa associação foi significativa para as outras drogas, corroborando com outras pesquisas que também demonstram achados semelhantes¹⁸. Em Feira de Santana, uma parcela pequena dos participantes do estudo compartilhou seringas, resultado que pode ser influenciado pelo menor acesso à informação, dificuldade de acesso à seringa descartável e ou mesmo por razões ritualísticas. Estudos adicionais nesse item específico podem contribuir com a elucidação desse indicador específico, importante para fortalecer implementação de medidas de prevenção e atendimento aos usuários de drogas.

As medidas de prevenção da AIDS, face aos usuários de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, fazem parte das ações de redução de danos direcionadas aos consumidores dessas substâncias e sua rede social. Os usuários de drogas injetáveis representam um grupo particularmente fundamental nas ações de prevenção e controle do HIV/AIDS, em virtude da alta prevalência nesta população, os quais representam risco potencial de transmissão para parceiros sexuais e aqueles que compartilham agulhas e seringas³⁹. No presente estudo, o grupo de soropositivos com parceiro estável mostrou associação estatística com parceiro usuário de droga, ou portador (a) de DST e HIV, em ambos os sexos.

Na atualidade, a alta incidência de infecção pelo HIV parece estar relacionada à baixa prevalência do uso do preservativo ou uso de diversas drogas injetáveis, além da falta de conhecimento acerca de questões relativas às práticas sexuais. Nas faixas da adolescência e juventude, a maior preocupação consiste nas consequências da infecção precoce para a saúde e qualidade de vida dos portadores e doentes⁴⁰. Vale salientar que a atividade sexual na adolescência não é planejada, o que dificulta o uso de medidas de prevenção às DST e HIV²⁸. Cabe aqui assinalar a importância de estudos nos aspectos da vulnerabilidade individual, social e programática, dos indivíduos frente ao HIV/AIDS, especialmente quando se trata de um grupo de alta susceptibilidade, como adolescentes e adultos jovens.

Para finalizar, torna-se indispensável considerar as limitações da pesquisa que por se tratar de um estudo de corte transversal não permite estabelecer nexo causal. O estudo se

limitou a analisar adolescentes e jovens matriculados no Centro de Referência DST-HIV-AIDS, para triagem sorológica ou tratamento, referenciados de outros serviços ou por demanda espontânea, não podendo atribuir os resultados da pesquisa a esse grupo populacional de Feira de Santana e municípios circunvizinhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa ficou enfatizado que características sociodemográficas e comportamentais de adolescentes e adultos jovens podem ter impacto na transmissão da infecção e doença, constituindo aspectos de extrema relevância para promoção de ações de prevenção e controle em serviço. No aspecto individual a noção de vulnerabilidade, está relacionada ao comportamento e hábitos de vida, diante da possibilidade de infectar-se ou adoecer. Assim, considera-se fundamental a sensibilização e promoção da mudança de atitude de adolescentes e adultos jovens, frente à epidemia da AIDS, incentivando o comportamento de auto-proteção, cujo impacto contribui para a situação de saúde e mudança do perfil da infecção e doença nesse grupo populacional.

Ressalta-se a importância do levantamento e consolidação de indicadores para subsidiar políticas e práticas eficazes de prevenção e controle dos principais fatores de exposição, contribuindo assim para mudanças no quadro epidemiológico da AIDS, entre adolescentes e adultos jovens.

REFERÊNCIAS

1. Unaid. **Report on the global AIDS epidemic**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012.
2. Catacora-lópez, F; villaneuva-roque, J. Conocimientos sobre vih/sida y prácticas sexuales de escolares de tacna, Perú 2004. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**. 2007; 24 (03):240-247.
3. Mccutchan, F E. Global Epidemiology of HIV. *Journal of Medical Virology*.2006, 78:7–12.
4. Brasil. Ministério de Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids** . Brasília, 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. 1 ed, Brasília, 2013.

6. Unaid- Brasil. **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. documento conjunto dos agencias as Nações Unidas no Brasil, que foi elaborado pelo escritório do UNAIDS em cooperação com o Escritório dor Coordenador Residente, ACNUR, UNODC, UNICEF, UNIFEM, UNFPA, UNESCO,OPAS/OMS, OIT e PNUD, 2 ed, 2010
7. Brasil. Ministério de Saúde. Departamento de DST e Aids e Hepatites Virais. **Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Disponível em www.aids.gov.br. Acesso em 07 de fevereiro, 2013.
8. Organização Mundial da Saúde. **Riesgos para la salud de los jóvenes**. Nota descritiva n°345, 2011.
9. Cooper, M. L; Shapiro, C M; Powers, A M. Motivations for Sex and Risky Sexual Behavior Among Adolescents and Young Adults: A Functional Perspective. **J Pers Soc Psychol**. 1998 Dec; 75(6):1528-58.
10. Collins, R L; Elliot, M; Berry, S H; Kanouse, D E; Kunkel, D; Hunter, S B et al. Watching Sex on Television Predicts Adolescent Initiation of Sexual Behavior. **PEDIATRICS**, 2004; 114(3):280-289.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Brasília, ano IX, n.01 (versão preliminar), 2012.
12. Costa. M C O; Santos, B C; Souza, K E P; Cruz, N L A; Santana, M C; Nascimento, O C. HIV/AIDS e Sífilis em Gestantes Adolescentes e Adultos Jovens: Fatores de Exposição e Risco dos Atendimentos de um Programa em DST/HIV/AIDS na Rede Pública de Saúde/SUS, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2011, 35, suppl. 1: 179-185.
13. Camargo, B V; Giacomozzi, A I; Wachelke, J F R; Aguiar, A. Relações Amorosas, Comportamento Sexual e Vulnerabilidade de Adolescentes Afrodescendentes e Brancos em Relação ao HIV/aids. *Saude soc.* [online]. 2010;19 (suppl.2): 36-50.
14. Griep RH, Araújo CLF. 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. **Epidemiol Serv Saúde**. 2005; 14:119-26.
15. Custódio, G; Massuti, A M; Trevisol, F S; Trevisol, D J. Comportamento Sexual e de Risco para DST e gravidez na adolescência. **DST - J bras Doenças Sex Transm**. 2009; 21(02):60-64.
16. Bustos, F A; Elías, F D; Bertolini, PR. Conducta sexual en adolescentes varones: hacia un nuevo horizonte. **Rev Anacem**, 2011; 5(2): 123-127.
17. Araújo, T M; Monteiro, C F S; Mesquita, G V; Alves E L M; Carvalho, K M, Monteiro, R M. Fatores de risco para infecção por HIV em Adolescentes. **Rev. enferm. UERJ**. 2012;20(2): 242-247.

18. Tavares, C M; Schor N; França J I;Diniz S G. Factors associated with sexual initiation and condom use among adolescents on Santiago Island, Cape Verde, West Africa. **Cad. Saúde Pública** [serial on the Internet]. 2009, 25(9): 1969-1980.
- 19 Pereira, Maurício Gomes. Epidemiologia: Teoria e Prática. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
20. Centers for Disease Control and Prevention. **HIV among Youth**. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, CDC, 2011.
- 21 Meira. M B V.Sobre estruturas etárias e ritos de passagem. **ponto-e-vírgula**, 2009; 5; 185-201.
- 22 Bertakis, K D; Azari, R; Helms, L J; Callahan, E J; Robbins, J A.Gender Differences in the Utilization of Health Care Services. **J Fam Pract**. 2000 Feb;49(2):147-52.
- 23 Vilela, M P; Brito, T R B; Goyatá, S L T; Arantes, C I S.Perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Alfenas, Minas Gerais.**Rev. Eletr. Enf.** 2010; 12(2): 327-330.
- 24 Schneider, I J C; Ribeiro, C; Breda, Daiane; Skalinski, L C; D'órsi, E. Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. **Cad. Saúde Pública**. 2008; 24(7): 326-330.
25. Taquete Stella R. Feminização da Aids e adolescência. **Adolesc. Saúde**. 2009; 6(1):33-40.
26. Lazarini, F M; Melchior, R; Gonzalez, A D; Matsuo, T. Tendência da epidemia de casos de aids no Sul do Brasil no período de 1986 a 2008. **Rev. Saúde Pública** [online].2012:0-0 .
- 27 Gupta, G R; Ogden, J; Warner, A. Moving forward on women's gender-related HIV vulnerability: The good news, the bad news and what to do about it, *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, v.6:sup3, 2011, 370-382
- 28 Taquette, S R.; Vilhena, M M; Paula, M C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. 2004; 37(3):. 210-214.
29. Camargo, E A I; Ferrari, R A P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(3): 937-946.
30. Higgins, J A; Hoffman, S; Dworkin, S L. Rethinking G. Heterosexual Men, and Women's Vulnerability to HIV/AIDS. **Am J Public Health**. 2010; 100 (03): 435-445.
31. Ayres J R C M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface**.. 2002 Aug [cited 2013 Fev 02]; 6(11): 11-24.
32. Paiva, V; Pupo, L R; Barboza, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2006. Suppl 40: 109-119.

33. Brito, A M; Castilho, E A; Szwarcwald, C L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 2001; 34(2): 207-217.
34. Anjos, R D; Silva J A S; Val L F , Rincon L A; Nichiata, L Y I. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Rev. esc. enferm. USP.** 2012; 46(4): 829-837.
35. Tudiver, F ;Myers, T; Kurtz, R G; ORR, K; Rowe C; Jackson, E; Bullock, S L..The Talking Sex Project: Results of a Randomized Controlled Trial of Small-Group AIDS Education for 612 Gay and Bisexual Men. **Eval Health Prof. SAGE**, 1992:26-42.
36. Folch, C; Casabona, J; Munõz, R; Gonzales, V;Zaragoza K. Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña. **Gac Sanit.** 2010; 24(1): 40-46.
37. Centers for Disease Control and Prevention. **STD Trends in the United States:2011 National Data for Chlamydia, Gonorrhea, and Syphilis.** National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, CDC, 2012.
38. Codes, J S; Cohen, D A; Melo, N A; Teixeira, G G,; Leal, A S; Silva, T J et al . Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [serial on the Internet]. 2006; 22(2): 325-334.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, Hepatites e outras DST.** Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos da Atenção Básica n.18, Brasília, 2006.
40. Asinelli-luz, A; Fernandes Junior, N. Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/aids. **Pro-Posições** [online]. 2008; 19 (2): 81-97.

Tabela 1: Características sociodemográficas, segundo sexo e faixa etária, de adolescentes e adultos jovens soropositivos e negativos matriculados no Centro de Testagem / CTA do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS, Feira de Santana - Bahia (2007-2011)

Grupo I – SOROPOSITIVOS										
Características Sociodemográficas	Sexo Masculino					Sexo Feminino				
	Faixa etária				Valor de p	Faixa etária				Valor de p
	13 a 19		20 a 24			13 a 19		20 a 24		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Total geral de soropositivos	1	3,3	29	96,7		12	27,9	31	72,1	
Estado Civil										
Casado (a) \ União estável	1	100,0	6	22,2	0,59	4	33,3	22	73,3	0,01*
Não casado	-	-	21	77,8		8	66,7	8	26,7	
Escolaridade										
< 8 anos	-	-	5	18,5	0,63	6	50,0	14	50,0	1,00
≥ 8 anos	1	100,0	22	81,5		6	50,0	14	50,0	
Cor da pele										
Pardo (a)	1	100,0	19	67,9	0,49	9	75,0	27	93,1	0,10
Outros	-	-	9	32,1		3	25,0	2	6,9	
Ocupação										
Estudante	1	100,0	9	31,0	0,15	7	70,0	12	42,9	0,14
Outros	-	-	20	69,0		3	30,0	16	57,1	
Município de residência										
Feira de Santana	1	100,0	25	86,2	0,69	9	75,0	27	87,1	0,33
Outros municípios da região	-	-	4	13,8		3	25,0	4	12,9	
Zona de Residência										
Rural	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urbana	1	100,0	29	100,0		12	100,0	31	100,0	
Grupo II SORONEGATIVOS										
Características Sociodemográficas	Sexo Masculino					Sexo Feminino				
	Faixa etária				Valor de p	Faixa etária				Valor de p
	13 a 19		20 a 24			13 a 19		20 a 24		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Total geral de soronegativos	231	23,5	754	76,5		788	29,1	1922	70,9	
Estado Civil										
Casado(a) \ União estável	22	9,8	122	16,6	0,01*	258	34,4	895	48,2	0,00*
Não casado	202	90,2	613	83,4		491	65,6	960	51,8	
Escolaridade										
< 8 anos	116	51,8	183	25,2	0,00*	415	55,6	598	32,6	0,00*
≥ 8 anos	110	48,2	542	74,8		331	44,4	1235	67,4	
Cor da pele										
Pardo (a)	177	77,3	538	73,2	0,21	598	78,0	1445	78,1	0,93
Outros	52	22,7	197	26,8		169	22,0	405	21,9	
Ocupação										
Estudante	161	74,2	260	35,7	0,00*	616	80,2	959	52,6	0,00*
Outros	56	25,8	468	64,3		152	19,8	863	47,4	
Município de residência										
Feira de Santana	215	93,1	722	95,8	0,09	761	96,6	1865	97,0	0,53
Outros municípios da região	16	6,9	32	4,2		27	3,4	57	3,0	
Zona de Residência										
Rural	4	1,7	17	2,3	0,63	30	3,8	107	5,6	0,06
Urbana	227	98,3	737	97,7		758	96,2	1815	94,4	

Fonte: SI- CTA Feira de Santana

* estaticamente significante

Tabela 2: Fatores clínicos e comportamentais à infecção por HIV em adolescentes e adultos jovens soropositivos e negativos matriculados no Centro de Testagem / CTA do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS, Feira de Santana - Bahia (2007-2011)

Características Clínicas e Comportamentais	Grupo I SOROPOSITIVOS									
	Sexo Masculino					Sexo Feminino				
	Faixa etária					Faixa etária				
	13 a 19		20 a 24		Valor de p	13 a 19		20 a 24		Valor de p
N	%	N	%	N		%	N	%		
Total da população	1	3,3	29	96,7		12	27,9	31	72,1	
Características Clínicas										
Presença de DST										
Não	1	100,0	20	69,0	0,50	11	91,7	29	93,5	0,83
Sim	-	-	9	31,0		1	8,3	2	6,5	
Tratamento da DST										
Serviço de Saúde	-	-	5	62,5	-	1	100,0	1	50,0	0,38
Não tratou/automedicação	-	-	3	37,5		-	-	1	50,0	
Características comportamentais										
Multiplicidade de parceiros										
Não	-	-	6	40,0	0,42	5	41,7	26	83,9	0,00*
Sim	1	100,0	9	60,0		7	58,3	5	16,1	
Orientação sexual										
Heterossexuais	-	-	15	53,6	0,29	12	100,0	31	100,0	-
Outros ¹	1	100,0	13	46,4		-	-	-	-	
Uso de drogas										
Não	-	-	10	34,5	0,47	7	58,3	19	61,3	0,99
Sim	1	100,0	19	65,5		5	41,7	12	38,7	
Álcool										
Não	-	-	12	41,4	0,40	7	41,7	19	61,3	0,85
Sim	1	100,0	17	58,6		5	58,3	12	38,7	
Outras drogas²										
Não	1	100,0	4	13,8	0,02*	8	66,7	19	38,7	0,74
Sim	-	-	25	86,2		4	33,3	12	61,3	
Compartilhamento de seringas										
Não	-	-	1	100	-	-	-	4	100,0	-
Sim	-	-	-	-		-	-	-	-	
Exposição ao HIV										
Relação sexual	1	100,0	28	96,6	0,85	12	100,0	31	100,0	-
Outras formas de exposição ³	-	-	1	3,4		-	-	-	-	
Grupo II SORONEGATIVOS										
Características Clínicas e Comportamentais	Sexo Masculino					Sexo Feminino				
	Faixa etária					Faixa etária				
	13 a 19		20 a 24		Valor de p	13 a 19		20 a 24		Valor de p
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Total da população	231	23,5	754	76,5		788	29,1	1922	70,9	
Características clínicas										
Presença de DST										
Não	180	77,9	595	78,9	0,74	678	86,0	1690	87,9	0,17
Sim	51	22,1	159	21,1		110	14,0	232	12,1	
Tratamento da DST										
Serviço de Saúde	40	80,0	122	80,3	0,96	94	86,2	201	87,8	0,69
Não tratou/automedicação	10	20,0	30	19,7		15	13,8	28	12,2	
Características comportamentais										

Multiplicidade de parceiros										
Não	17	35,4	47	34,6	0,91	520	74,7	1437	78,4	0,05*
Sim	31	64,6	89	65,4		176	25,3	397	21,6	
Orientação sexual										
Heterossexuais	151	81,2	628	87,1	0,03*	706	99,2	1845	98,6	0,22
Outros ⁴	35	18,8	93	12,9		6	0,8	27	1,4	
Uso de drogas										
Não	119	51,5	287	38,1	0,00*	585	74,5	1435	74,8	0,87
Sim	112	48,5	466	61,9		200	25,5	483	25,2	
Álcool										
Não	128	55,4	336	44,6	0,00*	611	77,5	1471	76,5	0,57
Sim	103	44,6	418	55,4		177	22,5	451	23,5	
Outras drogas⁵										
Não	175	75,8	557	73,9	0,56	705	89,5	1798	93,5	0,00*
Sim	56	24,2	197	26,1		83	10,5	124	6,5	
Compartilhamento de seringas										
Não	11	100,0	77	100	-	69	100	318	97,8	0,21
Sim	-	-	-	-		-	-	7	2,2	
Exposição ao HIV										
Relação sexual	202	91,0	740	99,5	0,00*	732	94,3	1884	99,1	0,00*
Outras formas de exposição ⁶	20	9,0	4	0,5		44	5,7	17	0,9	

Fonte: SI- CTA Feira de Santana

^{1,4} homossexuais e bissexuais ¹ (n=14) ² n= (161)

^{2,5} maconha, cocaína aspirada, cocaína injetável, crack, heroína, anfetamina e outras drogas ² (n=73) ⁵ (n=3695)

^{3,6} transfusão de sangue, compartilhamento de seringas, hemofilia, ocupacional, transmissão vertical, anfetaminas, não relata risco biológico, outros. ³ (n=1) ⁶ (n=85)

* estaticamente significativa

Tabela 3: Fatores Associados a Infecção por HIV e sexo de adolescentes e adultos jovens matriculados no Centro de Testagem / CTA do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS. Feira de Santana - Bahia (2007-2011)

FATORES DE EXPOSIÇÃO	Masculino							Feminino						
	Soropositivos		Soronegativos		Prevalência	RP	IC	Soropositivos		Soronegativos		Prevalência	RP	IC
N	%	N	%	N				%	N	%	N			
Presença de DST														
Sim	9	70,0	210	21,3	4,1	1,55	0,32-3,35	3	7,0	342	12,6	0,9	0,52	016-1,68
Não	21	30,0	775	78,7	2,6			40	93,0	2368	87,4	1,7		
Multiplicidade de parceiros														
Sim	10	62,5	120	65,2	7,7	0,89	0,34-2,33	12	72,1	573	22,6	2,1	1,31	0,67-2,54
Não	6	37,5	64	34,8	8,6			31	27,9	1957	77,4	1,6		
Uso de drogas														
Sim	20	66,7	578	58,7	3,3	1,39	0,65-2,24	18	41,9	683	25,3	2,6	2,1	1,15-3,82*
Não	10	33,3	406	41,3	2,4			25	58,1	2020	74,7	1,2		
Uso de álcool														
Sim	18	60,0	521	52,9	3,3	1,32	0,64-2,72	17	39,5	628	23,2	2,6	2,13	1,16-3,91*
Não	12	40,0	464	47,1	2,5			26	60,5	2082	76,8	1,2		
Uso de outras drogas														
Sim	25	83,3	253	74,3	9,0	13,25	5,12-34,28*	16	62,8	207	7,6	6,7	6,72	3,67-12,28*
Não	5	16,7	732	25,7	0,7			27	35,3	2503	92,4	1,0		
Exposição ao HIV														
Relação sexual	29	96,7	942	97,5	3,0	0,74	0,10-5,26	43	100,0	2616	97,7	1,6	-	-
Outras ¹	1	3,3	24	2,5	4,0			-	-	61	2,3	-		
Escolaridade														
< 8	5	17,9	299	31,5	1,6	0,48	0,18-1,25	20	50,0	1013	39,3	1,9	1,53	0,83-2,83
≥ 8	23	82,1	650	68,5	3,4			20	50,0	1566	60,7	1,3		
Estado civil														
Casado (a)/ união estável	6	21,4	144	15	4,0	1,52	0,62-3,69	26	61,9	1153	44,3	2,2	2,02	1,09-3,75*
Solteira	22	78,6	815	85	2,6			16	38,1	1451	55,7	1,1		

O. sexual

Homossexual/bissexual	14	48,3	128	14,1	9,9	5,21	2,57-10-57*	-	-	33	1,3	-	-	-
Heterossexual	15	51,7	779	85,9	1,9			43	100,0	2551	98,7	1,7		

Fonte: SI- CTA/ Feira de Santana

* estatisticamente significativa

1 transfusão de sangue, compartilhamento de seringas e agulhas, ocupacional, transmissão vertical, anfetaminas, violência e/ou abuso sexual, outros ¹ (masculino n=25), (feminino n=61)

Tabela 4: Fatores de exposição à infecção por HIV relacionados ao parceiro, segundo sexo de adolescentes e adultos jovens matriculados no Centro de Testagem / CTA do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS. Feira de Santana - Bahia (2007-2011)

FATORES DE EXPOSIÇÃO	Masculino								Feminino						
	Soropositivos		Soronegativos		Prevalência	RP	IC	Soropositivos		Soronegativos		Prevalência	RP	IC	
	N	%	N	%				N	%	N	%				
PARCEIRO ESTÁVEL															
Uso do preservativo															
Sim	2	11,1	104	17,2	1,9				4	9,8	172	7,2	2,3		
Não	16	88,9	501	82,8	3,1	1,64	0,38-7,02		37	90,2	2224	92,8	1,6	0,72	0,25-1,99
Motivo para não uso do preservativo															
Fatores relacionados ao parceiro	6	40,0	167	35,5	3,5				10	27,0	993	47,3	1,0		
Fatores externos	-	-	4	0,9	-	-	-		2	5,4	31	1,5	6,1	6,07	1,38-26,65*
Fatores pessoais	9	60,0	299	63,6	2,9	0,84	0,30-2,32		25	67,6	1076	51,2	2,3	2,27	1,09-4,71*
Grupo do parceiro fixo															
Usuário de drogas e/ou portador de DST e/ou HIV	3	30,0	23	7,2	11,5	5,01	1,37-18,23*		7	30,4	77	6,5	8,3	5,81	2,46-13,74*
Outros	7	70,0	297	92,8	2,3				16	69,6	1101	93,5	1,4		
PARCEIRO EVENTUAL															
Uso do preservativo															
Sim	2	12,5	206	33,3	1,0				3	37,5	165	40,2	1,8		
Não	14	87,5	412	66,7	3,3	3,41	0,78-14,89		5	62,5	245	59,8	2,0	1,12	0,27-4,60
Motivo para não uso do preservativo															
Fatores relacionados ao parceiro	1	8,3	74	19,3	1,3				1	20,0	57	26,5	1,7		
Fatores externos	-	-	2	0,5	-	-	-		-	-	24	11,2	-	-	-
Fatores pessoais	11	91,7	307	80,2	3,5	2,59	0,34-19,78		4	80,0	134	62,3	2,9	1,68	0,19-14,72

Fonte: SI- CTA/ Feira de Santana

* estatisticamente significante

¹ transfusão de sangue, hemofílico e outros ¹ (masculino n=304), (feminino, n=1117)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou susceptibilidade de adolescentes e adultos jovens frente à infecção ao HIV, associada a características comportamentais que colocam este grupo como prioridade nas ações e serviços de saúde. Quanto às vulnerabilidades individuais destacaram-se com resultados significantes: no sexo feminino, a união estável/casamento; uso de álcool e drogas; não uso do preservativo relacionado a fatores pessoais e externos e o parceiro estável ser usuário de droga e portador de DST e/ou HIV/AIDS; no sexo masculino, a orientação sexual; uso de outras drogas e parceira estável usuária de droga e portadora de DST e/ou HIV/AIDS. .

Esses achados apontam a importância das políticas de saúde direcionadas à adolescência e juventude, quanto à infecção pelo vírus HIV, no que se concerne às características comportamentais, com ênfase nas ações prevenção e controle deste agravo, reforçando a necessidade de parcerias intersetorial e interdisciplinar, com objetivo de diminuir susceptibilidades, entre os expostos e proporcionar qualidade de vida aos infectados e doentes.

Diante dos achados da pesquisa é válido ressaltar que os estudos transversais são indispensáveis no diagnóstico local da situação de saúde, subsidiando políticas e estratégias de promoção, proteção, controle e tratamento de doenças, possibilitando levantamento e consolidação de indicadores para subsidiar prevenção e controle dos principais fatores de exposição aos diferentes agravos.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, Renata Holanda Dutra dos Anjos. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.04, 2012.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, 2003.
- AYRES, José Ricardo C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 01, 2007.
- ARAÚJO, Teo Weingrill; CALAZANS, Gabriela. **Brochura 1: Adolescentes, Sexualidade, Vulnerabilidade.** Secretária Estadual de Saúde de São Paulo. Coordenação Estadual de DST/aids, 2005.
- ARAÚJO, Thiago Moura de et al.,. Abordagem Grupal na Prevenção da Aids: Análise do Conhecimento de Jovens de Fortaleza. **Rev Rene**, v.11, n.03, 2010.
- ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de, et al. Fatores de risco para infecção por HIV em Adolescentes. **Rev- Enferm**, Rio de Janeiro, v.20, n.02, 2012.
- ASINELLI-LUZ, Araci; FERNANDES JUNIOR, Nelson. Gênero, adolescências e prevenção ao HIV/aids. **Pro-Posições**, Campinas, v. 19, n. 2, 2008.
- BESERRA, Eveline P et al. Adolescência e Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis: Uma pesquisa documental. **DST – J bras Doenças Sex Transm** v. 20, n.01, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids, 1 ed. Brasília (DF), 1999. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes** / Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Definição Nacional de Caso de AIDS, em indivíduos menores de 13 anos, para fins de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF), 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde . Secretária de Vigilância a Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Série Manuais n.68, 4 ed, Brasília (DF), 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens.** Série B: Textos Básicos de Saúde, Brasília (DF), 2006^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids**. Programa Nacional de DST e Aids. Série A: Normas e Manuais Técnico n.69 – Brasília (DF), 2006^b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, Hepatites e outras DST**. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos da Atenção Básica n.18, Brasília (DF), 2006^c.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Prevenção das DST Aids em Comunidades Populares**. Séries Manuais, n. 83, Brasília (DF), 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia antiretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV**: manual de bolso. Série Manuais, n. 85, 1 ed, Brasília (DF), 2009^a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2010. **Boletim Epidemiológico da AIDS E DST**. Ano VII Número 01. Disponível em< www.aids.gov.br>. Acesso em 04 de setembro, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2010. **Boletim Epidemiológico da AIDS E DST**. Ano VII Número 01. Disponível em< www.aids.gov.br>. Acesso em 04 de setembro, 2012.

BRÊTAS, José Roberto da Silva *et al* . Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 6, 2009 .

CAMARGO, Elisana Ágatha Iakmiu; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009.

CAMARGO, Brígido V; BOTELHO, Lúcio J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev Saúde Pública** São Paulo, v. 41, n.01, 2007.

CRUZ, Elisabete Franco. Infância, Adolescências e Aids. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, v.15, n.2, 2007.

CODES, José Santiago de *et al* . Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, **Brasil. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, fev. 2006.

COSTA. Maria Conceição Oliveira *et al*. HIV/AIDS e Sífilis em Gestantes Adolescentes e Adultos Jovens: Fatores de Exposição e Risco dos Atendimentos de um Programa em DST/HIV/AIDS na Rede Pública de Saúde/SUS, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, supl. 1, 2011.

CUSTÓDIO, Geisiane *et al*. Comportamento Sexual e de Risco para DST e gravidez na adolescência. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 21, n.02, 2009.

FERRAZ, Dulce Aurélia de Souza; NERNES, Maria Ines Battistella. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009.

FREITAS, Hilda Maria Barbosa de et al . Significados que os profissionais de enfermagem atribuem ao cuidado de crianças institucionalizadas com aids. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, Sept. 2010.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis et al. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. **Rev. Eletr. Enf.** , v.12, n.01, 2010.

GUBERT, Daniela; MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello. Iniciação sexual de homens adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2 2008.

GUERRA, Camila Peixoto Pessôa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Adesão em hiv/aids: estudo com adolescentes e seus cuidadores primários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, 2010.

HUGO, Tainara Dias de Oliveira *et al.* Fatores associados a idade da primeira relação sexual em jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.11, 2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.

MONTEIRO, Roberto Leite Maia; MONTEIRO, Denise Leite Maia. A mídia na informação sobre saúde. **Adolesc. Saúde**, v.02, n.01, 2005.

MOURA, Rejane Ferreira; SOUZA, Carolina Barbosa Jovino de; ALMEIDA, Paulo César de .Adesão de adolescentes de um serviço de saúde de Fortaleza ao uso de condom e fatores associados. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.08, n.01,2009.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al . Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, dez. 2009.

PAIVA, Vera; PERES, Camila; BLESSA, Cely. Jovens e adolescentes em tempos de Aids reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002.

PAIVA, Vera *et al* . Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. São Paulo, **Rev. Saúde Pública**, v.42, suppl.1, 2008 .

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

PAULA, Cristiane C de et al. Morbimortalidade de Adolescentes com HIV/AIDS em Serviço de Referência do Sul do Brasil. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, n.24, n.01, 2012.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

RAMOS, Aline Duprat; MORAIS, Rosane Luzia de Souza. Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um programa DST/AIDS. **Fisioter Pesq.**, São Paulo, v. 18, n. 4, dez. 2011.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Introdução a Epidemiologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.

RUA, Maria das Graças. AMBRAMOYAY. **Avaliação das Ações de Prevenção e Uso Indevido de Drogas nas Escolas de Ensino Fundamental e Médio em Capitais Brasileiras**. Brasília: Unesco/Telecom, Fundação Kellogg, Banco Internacional de Desenvolvimento, 2001.

RUZANY, Maria Helena *et al* . A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS?. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 79, n. 4, 2003.

SALDANHA, Ana Alayde W S. Comportamento sexual e vulnerabilidade à aids: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v.20, n.01, 2008.

SANTOS, Sônia Maria J ; RODRIGUES, Jailson Alberto ; CARNEIRO, Wendell S .Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento de alunos do ensino médio. **DST j. bras. doenças sex. transm**, v. 21, n.02, 2009.

SCHAURICH, Diego; MEDEIROS, Hilda Maria Freitas; MOTTA, Maria da Graça Corso da. Vulnerabilidades no viver de crianças com AIDS. **Rev. enferm. UERJ**, v.15, n.02, 2007.

SOUZA, Fernanda G; De BONA, Janaina C; GALATO, Dayani. Comportamento de jovens de uma universidade do sul do Brasil frente a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Gravidez. **DST j. bras. doenças sex. transm**, v. 19, n.1, 2007.

SILVA, Margareth Jamil Maluf e et al . Perfil clínico-laboratorial de crianças vivendo com HIV/AIDS por transmissão vertical em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 1, 2010.

SILVA, Josicleide Maciel da; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. HIV/AIDS e Violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa. São Paulo. **Saúde Soc.**, v.20, n.3, 2011.

SOARES, Sônia Maria *et al* . Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, set. 2008.

UNAIDS- BRASIL. **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. documento conjunto dos agencias as Nações Unidas no Brasil, que foi elaborado pelo escritório do UNAIDS em cooperação com o Escritório dor Coordenador Residente, ACNUR, UNODC, UNICEF, UNIFEM, UNFPA, UNESCO,OPAS/OMS, OIT e PNUD 2 ed, 2010.

VILLELA, Wilza Vieira; DORETO, Daniella Tech. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, Nov. 2006.

TAQUETTE, Stella R.; VILHENA, Marília Mello de; PAULA, Mariana Campos de. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004.

TAQUETTE, Stella R; VILHENA, Maria Melo de; PAULA, Mariana Campos de. Fatores associados à iniciação sexual: estudo transversal em adolescentes no Rio de Janeiro. **Adolesc. Saúde**, v.01, n.03, 2004.

TAQUETTE, Stella R.; VILHENA, Marília Mello de; PAULA, Mariana Campos de. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 37, n. 3, 2004.

TAQUETTE, Stella R. Quando suspeitar, como diagnosticar e como tratar de doenças sexualmente transmissíveis- **Parte 1. Adolesc. Saúde**, v.4, n.2, 2007.

TAQUETTE, Stella R. Quando suspeitar, como diagnosticar e como tratar de doenças sexualmente transmissíveis- **Parte 2. Adolesc. Saúde**, v.4, n.4, 2007.

TAQUETE, Stella Regina; TEIXEIRA, Sérgio Araújo Martins. Violência e Atividade Sexual Desprotegida em Adolescentes Menores de 15 anos. **Rev Assoc Med Bras**, v.56, n.4, 2010.

TAQUETE, Stella Regina. Doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes femininas de comunidades pobres do município do Rio de Janeiro: incidência e diferenças de raça/cor na vulnerabilidade às DST/Aids. **Adolesc. Saúde**, v.8, n.3, 2011.

TOLEDO, Melina Mafra; TAKAHASHI, Renata Ferreira; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, Mónica Cecilia. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, 2011 .

KAESTLHE CE et al. Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. **Am J Epidemiol**. v.161, n.08, 2005.

APÊNDICE I- Formulário Utilizado Para a Coleta de Dados**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NNEPA\UEFS**

Formulário Organizado com Base nas Fichas de Atendimento dos Serviços do Centro de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS do Município de Feira de Santana no período 2007-2011

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR HIV/AIDS EM CRIANÇAS, ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS

1_ N° do Formulário: _____ ANO _____

2_ Pesquisador Responsável: _____

4_ Número da Requisição: _____

3_ N° do Prontuário: _____

Situação Sorológica

5_ Exame para HIV: 00 () não 01 () sim Data do último exame realizado: ____/____/____

6_ Resultado da sorologia: 00() não reagente 01() reagente 02() indeterminado 03() ignorado 04() discordante 05() não realizado

7_ Apresentou DST na faixa etária deste estudo nos últimos 12 meses: 00 () não 01 () sim

Características sociodemográficas:

8_ Data de Nascimento: ____/____/____

9_ Cor da pele: 00() branca 01() preta 02() amarela 03() parda 04() indígena 99() ignorado

10_ Sexo: 00() masculino 01() feminino 11_ Gestante: 00 () não 01 () sim

12_ Estado civil: 00() casada/união estável 01() solteira 02() separada 03() viúva 99() não informado

13_ Município de residência: _____ 14_ Zona: 00 () rural 01 () urbana

15_ Ocupação: _____

16_ Escolaridade (anos estudos concluídos): 00() nenhuma 01() De 1 a 3 02() De 4 a 7 03() De 8 a 11 04() De 12 a mais 99() ignorado

Fatores de Exposição:

17_ Tipo de parceiros sexuais nos últimos 12 meses: 00() mulheres 01() homens 02() travestis/transsexuais 98() não se aplica 99() não informado

18_ Como se define sexualmente: 00() heterossexual 01() homossexual 02() bissexual
98() não se aplica

19_ N° de parceiros sexuais nos últimos 12 meses: _____

21_ Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou? 00() serviço de saúde
01() farmácia 02() automedicação 03() não lembra 04() não tratou 98() não se aplica 99() não informado

22_ Usou drogas nos últimos 12 meses? 00() não 01() sim 02() não informado

23_ Se usou drogas nos últimos 12 meses, qual droga usou: 00() álcool
01() maconha 02() cocaína aspirada 03() cocaína injetável 04() crack 05() heroína 06() anfetaminas 07() outras 98() não se aplica

24_ Compartilhou seringas/agulhas? 00() sim 01() não 03() não lembra 98() não se aplica
99() não informado

25_ Tipo de exposição (pode marcar até 2 opções) : 00() transfusão de sangue
01() relação sexual 02() compartilhamento de seringas/agulhas 03() hemofilia 04() ocupacional
05() transmissão vertical 06() anfetaminas 07() não relata risco biológico 97() outros
99() não informado Resposta _____

26_ Usa preservativo com parceiro fixo nos últimos 12 meses: 00() usou todas as vezes
01() não usou 02() usou menos da metade das vezes 03() usou mais da metade das vezes 98() não se aplica 99() não informado

28_ Uso do Preservativo na última relação com parceiro fixo: 00() sim 01() não 02() não lembra
03() sim, mas rompeu 98() não se aplica 99() não informado

27_ Motivo do não uso do preservativo com parceiro fixo: 00() Não gosta 01() Não acredita na eficácia
02() Não sabe usar 03() Parceiro não aceita 04() Não dispunha no momento 05() Confia no parceiro
06() Sobre efeito de drogas/álcool 07() Não consegue negociar 08() Achou que o outro não tinha HIV
09() Acha que não vai pegar 10() Negociou não usar 11() Não tinha informação 12() Não tinha condições de comprar
13() Não deu tempo/tesão 14() Desejo de ter filho 15() Tamanho do preservativo pq/gd 16() Disfunção Sexual
17() Violência sexual 18() Alergia ao produto 19() Outros 98() não se aplica 99() Não informado

28_ Qual desses grupos o parceiro fixo pertence? 00() Mantém relações bissexuais 01() Transfusão de sangue/hemofílico
02() Usuário de drogas injetáveis 03() Uso de outras drogas 04() Soropositivo para HIV
05() Tem ou teve DST 06() Outros 98() não se aplica 99() não informado

29_ Uso preservativo com parceiro (s) eventual (is) nos últimos 12 meses: 00() usou todas as vezes
01() não usou 02() usou menos da metade das vezes 03() usou mais da metade das vezes 98() não se aplica
99() não informado

30_ Uso do Preservativo na última relação com parceiro eventual: 00() sim 01() não 02() não lembra
03() sim, mas rompeu 98() não se aplica 99() não informado

31_ Motivo do não uso do preservativo com parceiro eventual: 00() Não gosta 01() Não acredita na eficácia
02() Não sabe usar 03() Parceiro não aceita 04() Não dispunha no momento 05() Confia no parceiro
06() Sobre efeito de drogas/álcool 07() Não consegue negociar 08() Achou que o outro não tinha HIV
09() Acha que não vai pegar 10() Negociou não usar 11() Não tinha informação 12() Não tinha condições de comprar
13() Não deu tempo/tesão 14() Desejo de ter filho 15() Tamanho do preservativo pq/gd 16() Disfunção Sexual
17() Violência sexual 18() Alergia ao produto 19() Outros 98() não se aplica 99() Não informado

ANEXO I – Autorização do Centro de Referência em DST/HIV/AIDS para Realização da Pesquisa



Feira de Santana-BA, 29 de maio de 2012

DECLARAÇÃO

Declaro que a aluna **BIANCA DE SOUZA PEREIRA**, estudante do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, está autorizada a realizar o trabalho de pesquisa neste serviço, intitulado: **“Fatores Associados a infecção por DST e HIV/AIDS em adolescentes e adultos jovens”**, sob orientação da Professora Doutora Maria Conceição Oliveira Costa.

Ressalto que a coleta de dados só será realizada na Unidade do SAE deste Centro, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), bem como os resultados da pesquisa deverão ser apresentados posteriormente à equipe técnica do Centro de Referência DST/HIV/AIDS.


Dr.^a Vanessa Silva Sampaio
Coordenadora do PM DST/HIV/AIDS
CREM 4982P

Dr.^a Vanessa Silva Sampaio
Coordenadora do Programa Municipal DST/HIV/AIDS

ANEXO II- Sistema de Informação para Agravos de Notificação da Aids em Menores de 13 anos

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO **AIDS** (pacientes menores que 13 anos)

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	AIDS (pacientes menores que 13 anos)		B 24
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
Dados de Residência	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12 Gestante
	14 Escolaridade	13 Raça/Cor	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
Dados Complementares do Caso	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Idade da mãe	32 Escolaridade da mãe	33 Raça/cor da mãe
	34 Ocupação da mãe	35 Tipo de investigação	
Antec. Epid. da Mãe	2 - Aids em menores de 13 anos		
INVESTIGAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS			
Ant. epid. de casos de aids em menores de 13 anos	Provável modo de transmissão		
	36 Transmissão vertical	37 Transmissão sexual	38 Transmissão sanguínea
	39 Data da transfusão/acidente	40 UF	41 Município onde ocorreu a transfusão/acidente
Ant. epid. (cont.)	42 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente	43 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?	
	Código	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica	

Aids em menores que 13 anos

Sinan NET

SVS 14/06/2006

Dados do Laboratório

44 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado
5 - Indeterminado 6 - Detectável 7 - Indetectável 9 - Ignorado

Antes dos 18 meses de vida:

1º teste de detecção de ácido nucléico Data da coleta

2º teste de detecção de ácido nucléico Data da coleta

3º teste de detecção de ácido nucléico Data da coleta

Após os 18 meses de vida:

Teste de triagem anti-HIV Data da coleta

Teste confirmatório anti-HIV Data da coleta

Teste rápido 1 Teste rápido 2

Teste rápido 3

Dados de definição de caso

45 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Doenças, sinais ou sintomas de caráter leve

Aumento crônico de parótida Hepatomegalia

Dermite persistente Infecções persistentes ou recorrentes de VAS (Otite ou Sinusite)

Esplenomegalia Linfadenopatia >= 0.5 cm em mais de 2 sítios

Doenças, sinais ou sintomas de caráter moderado/grave

Anemia por mais de 30 dias Linfopenia por mais de 30 dias

Candidose de esôfago Linfoma não Hodgkin e outros linfomas

Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões Linfoma primário de cérebro

Candidose oral resistente ao tratamento Miocardiopatia

Citomegalovirose (qualquer outro local que não fígado, baço ou linfonodo > 1 mês de idade) Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose e hanseníase)

Criptococose extrapulmonar Meningite bacteriana, penumonia ou sepse (único episódio)

Criptosporidiose com diarreia > 1 mês Nefropatia

Diarreia recorrente ou crônica Nocardiose

Encefalopatia pelo HIV Pneumonia linfóide intersticial

Febre persistente > 1 mês Pneumonia por *Pneumocystis carinii*

Gengivo-estomatite herpética recorrente (mais de 2 episódios em 1 ano) Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide)

Hepatite por HIV Sarcoma de Kaposi

Herpes simples em brônquios, pulmões ou trato gastrointestinal Síndrome da emaciação (*Aids Wasting Syndrome*)

Herpes simples mucocutâneo > 1 mês em crianças > 1 mês idade Toxoplasmose cerebral em crianças com mais de 1 mês de idade

Herpes zoster (ao menos 2 episódios distintos ou em mais de um dermatomo) Toxoplasmose iniciada antes de 1 mês de idade

Histoplasmose disseminada Trombocitopenia por mais de 30 dias

Infecções bacterianas de repetição/múltiplas (sepse, pneumonia, meningite, osteoartrites, abscessos em órgãos internos) Tuberculose pulmonar

Infecção por citomegalovírus < 1 mês de idade Tuberculose disseminada ou extrapulmonar

Isosporidiose intestinal crônica, por um período superior a 1 mês Varicela disseminada

Leiomiossarcoma

Leucoencefalopatia multifocal progressiva

Achados laboratoriais (contagem de linfócitos T CD4+ definidora de imunodeficiência de acordo com a idade)

< 1.500 células por mm³ (<25%) < 500 células por mm³ (<25%)

< 1.000 células por mm³ (<25%)

46 Critério óbito

Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Trat.

47 UF **48** Município onde se realiza o tratamento Código (IBGE) **49** Unidade de saúde onde se realiza o tratamento Código

Evolução

50 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 4 - Transferência para outro município 9 - Ignorado **51** Data do óbito

Investigador

Nome Função

Assinatura

ANEXO III- Sistema de Informação de Agravos de Notificação Pacientes com 13 anos ou mais

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **AIDS** (Pacientes com 13 anos ou mais)

Nº

Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença AIDS		Código (CID10) B 24	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência			27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso						
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação						
	Provável modo de transmissão						
	32 Transmissão vertical 1 - Sim 2 - Não foi transmissão vertical 9 - Ignorado				33 Sexual 1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 - Ignorado		
	34 Sanguínea 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Uso de drogas injetáveis Tratamento/hemotransfusão para hemofilia		Transfusão sanguínea Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses		
	35 Data da transfusão/acidente		36 UF		37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente Código (IBGE)		
38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente					Código		
39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica							
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV 1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado						
	Teste de triagem Data da coleta		Teste rápido 1		Teste rápido 2		Teste rápido 3 Data da coleta

Critérios de definição de casos de aids	41 Critério Rio de Janeiro/Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária (10) <input type="checkbox"/> Candidose oral ou leucoplasia pilosa (5) <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada (5) <input type="checkbox"/> Herpes zoster em indivíduo menor ou igual a 60 anos (5) <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema nervoso central (5) <input type="checkbox"/> Diarréia igual ou maior a 1 mês (2) <input type="checkbox"/> Febre maior ou igual a 38°C por tempo maior ou igual a 1 mês (2)*	<input type="checkbox"/> Caquexia ou perda de peso maior que 10% (2)* <input type="checkbox"/> Astenia maior ou igual a 1 mês (2)* <input type="checkbox"/> Dermatite persistente (2) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Tosse persistente ou qualquer pneumonia (2)* <input type="checkbox"/> Linfadenopatia maior ou igual a 1cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais e por tempo maior ou igual a 1 mês (2) *Excluída a tuberculose como causa
	42 Critério CDC adaptado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
<input type="checkbox"/> Câncer cervical invasivo <input type="checkbox"/> Candidose de esôfago <input type="checkbox"/> Candidose de traquéia, brônquios ou pulmão <input type="checkbox"/> Citomegalovirose (exceto fígado, baço ou linfonodos) <input type="checkbox"/> Criptococose extrapulmonar <input type="checkbox"/> Criptosporidiose intestinal crônica > 1 mês <input type="checkbox"/> Herpes simples mucocutâneo > 1 mês <input type="checkbox"/> Histoplasmose disseminada <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinal crônica > 1 mês	<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia multifocal progressiva <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin e outros linfomas <input type="checkbox"/> Linfoma primário do cérebro <input type="checkbox"/> Micobacteriose disseminada exceto tuberculose e hanseníase <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i> <input type="checkbox"/> Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite) <input type="checkbox"/> Salmonelose (sepse recorrente não-tifóide) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cerebral <input type="checkbox"/> Contagem de linfócitos T CD4+ menor que 350 cel/mm ³	
43 Critério óbito -		
Declaração de óbito com menção de aids, ou HIV e causa de morte associada à imunodeficiência, sem classificação por outro critério após investigação 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
Trat.	44 UF <input type="text"/> 45 Município onde se realiza o tratamento <input type="text"/> Código (IBGE) <input type="text"/> 46 Unidade de saúde onde se realiza o tratamento <input type="text"/> Código <input type="text"/>	
Evolução	47 Evolução do caso 1 - Vivo 2 - Óbito por Aids 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 48 Data do Óbito <input type="text"/>	
Investigador	Nome <input type="text"/> Função <input type="text"/> Assinatura <input type="text"/>	

ANEXO IV- Aprovação do CEP/UEFS para Realização da Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



PROJETO DE PESQUISA

Título: FATORES ASSOCIADOS A INFECÇÃO POR DST E HIV/AIDS EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05949612.2.0000.0053

Pesquisador: BIANCA DE SOUZA PEREIRA

Instituição: Universidade Estadual de Feira de Santana

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 93.252

Data da Relatoria: 31/08/2012

Apresentação do Projeto:

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST_s) atinge milhões de pessoas em nível mundial e se constitui importante facilitador para a infecção pelo HIV, principalmente entre adolescentes e adultos jovens, configurando-se num grave problema de saúde pública (SOUZA et al., 2004). Dados, inquéritos, indicadores apontam que jovens são identificados como grupos vulneráveis às DST_s e este segmento populacional é definido como prioridade pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nas campanhas de prevenção das DST_s (KAESTLE et al., 2005). As DST_s são marcadas pela magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade de controle, portanto, devem ser priorizadas enquanto agravos em saúde pública (BRASIL, 2006) Um entre vinte adolescentes apresentam algum tipo de Doença Sexualmente Transmissível a cada ano, em nível mundial, e diariamente há uma estimativa de que sete mil jovens contraíam o HIV, totalizando 2,6 milhões por ano; estima-se, que esse número representa a metade dos casos notificados (THIENGO, OLIVEIRA, RODRIGUES, 2005).

A susceptibilidade ao vírus HIV e às DST_s desse grupo sofre influência de questões relacionadas à liberação sexual, à influência da mídia, à facilidade de iniciação sexual precoce, à falta de informação e à discussão relacionada ao uso de anticoncepção e à sexualidade. Com isso, o exercício da sexualidade entre adolescentes e adultos jovens tem sido muito discutido no meio científico em decorrência das vulnerabilidades características desse seguimento populacional (BRÉTAS et al., 2009).

A sexualidade juvenil ganhou visibilidade em detrimento dos altos índices de gravidez indesejada e infecção pelo HIV em adolescentes, influenciados pelo uso de álcool e outras drogas, fazendo com que esse grupo adote um comportamento de risco, explicado pela promiscuidade e variabilidade de parceiros sexuais, aumentando a incidência de DST, HIV e gravidez não planejada em adolescentes e adultos jovens (CUSTÓDIO et al., 2009).

O pensamento abstrato, ainda incipiente, faz com que os adolescentes e adultos jovens não se preservem nas relações, expondo-se a riscos sem prever as suas conseqüências; apesar das muitas informações sobre às DST_s, eles não adotam comportamento de autoproteção (TAQUETE, VILHENA, PAULA, 2004). Considerando que a iniciação sexual ocorre cada vez mais precocemente, fazem-se necessária a participação das famílias, escolas, campanhas voltadas à prevenção dessas doenças na orientação desse grupo de indivíduos (HUGO et al., 2011).

Muitas são as dificuldades na detecção das DST_s pela inconsistência de obterem notificações equivalentes à realidade. Isso causa um impacto na saúde da população mundial, principalmente de adolescentes e adultos jovens, sendo necessário o rastreamento dos serviços de saúde; procurando identificar os indivíduos em situação de risco como estratégia de prevenção destas doenças (CODES et al., 2006).

Neste sentido conhecer as características desse grupo de indivíduos, bem como fatores relacionados

Endereço: Km 03 - BR 116- Campus Universitário

Bairro: Módulo I

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3224-8124

Fax: (75)3224-8124

E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



à infecção por DST e HIV/AIDS é de fundamental importância para o planejamento das ações em saúde, atendendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a contemplar as necessidades de saúde deste grupo específico da população.

O interesse pelo desenvolvimento da pesquisa sucedeu-se pelo envolvimento com o NNEPA que através da parceria com o programa DST/HIV/AIDS, vem propiciando o desenvolvimento de pesquisas nesta área, em que dissertações já foram defendidas e seus respectivos produtos publicados. No meu caso, vislumbro aprofundar o conhecimento e aperfeiçoar formação enquanto enfermeira especialista em saúde pública, na atenção de adolescentes e adultos jovens em situação de vulnerabilidade no contexto das DST/HIV/AIDS, buscando subsídios para as práticas cotidianas, além da perspectiva de poder desenvolver e participar de estudos nessa área.

Para Tanto, a autora elaborou as seguintes PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO:

Qual o perfil epidemiológico de adolescentes e adultos jovens cadastrados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, em Feira de Santana, no período de 2007 a 2011?

Qual o perfil epidemiológico de adolescentes e adultos jovens portadores de DST e/ou HIV/AIDS cadastrados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, em Feira de Santana, no período de 2007 a 2011?

Quais os fatores associados à ocorrência de DST e/ou HIV/AIDS em adolescentes e adultos jovens cadastrados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, em Feira de Santana, no período de 2007 a 2011?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

-Investigar o perfil epidemiológico e os fatores associados à ocorrência de DST e HIV/AIDS em adolescentes e adultos jovens cadastrados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, em Feira de Santana, no período de 2007 a 2011.

Objetivos específicos

- Descrever características sócio-demográficas, clínico-laboratoriais e os fatores associados à ocorrência de DST e HIV/AIDS dos adolescentes e adultos jovens cadastrados no Centro de Referência Municipal (CRM);
- Estimar a frequência dos adolescentes e adultos jovens com sorologia positiva para DST e/ou HIV/AIDS, na população de adolescentes e adultos jovens cadastrados no CRM, no período de 2007-2011.
- Identificar os fatores sócio-demográficos e clínico-laboratoriais na ocorrência de DST e HIV/AIDS em adolescentes e adultos jovens.
- Analisar as possíveis associações entre as variáveis do estudo com os casos de infecção por DST e pelo HIV para a identificação de prováveis fatores de risco e de proteção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não existem riscos para os indivíduos pesquisados, visto que a pesquisa irá se basear em dados secundários, obedecendo todos os critérios éticos e recomendações da Resolução 196/96.

Benefícios:

Contribuir no planejamento das ações e serviços de saúde e detectar a vulnerabilidade em que os jovens estão inseridos na exposição/infecção pelas DST/HIV/AIDS.

Endereço: Km 03 - BR 116- Campus Universitário

Bairro: Módulo I

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3224-8124

Fax: (75)3224-8124

E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS**



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo epidemiológico descritivo do tipo corte-transversal cuja característica é estudar a relação exposição-doença, em uma dada população, em um particular momento, fornecendo o retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento (PEREIRA, 1995).

Este tipo de estudo produz um ζ instantâneo ζ da situação de saúde de uma população ou comunidade e são de grande utilidade para produzir diagnósticos da situação local de saúde. Na tipologia, caracteriza-se como um estudo individuado-observacional-seccional. Tem como vantagens o baixo custo, alto potencial descritivo e simplicidade analítica, e como desvantagens seu baixo poder analítico e vulnerabilidade a biases, visto que não estabelece uma relação de causalidade, não podendo estimar o risco dos indivíduos de adoecer ou morrer. (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2002)

Este estudo será realizado no Centro de Referência Municipal em DST/HIV/AIDS localizado no município de Feira de Santana (Princesa do Sertão), localizado na região centro-norte da Bahia, na fronteira entre o Recôncavo e o Sertão com uma extensão de 1.350 Km², possui clima semi-árido, sendo o segundo município mais populoso da Bahia, com população de 556.746 habitantes segundo CENSO 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). O município se destaca pelo grande fluxo migratório marcado pela sua localização geográfica, visto que é cortado por três Rodovias Federais e cinco Rodovias Estaduais, sendo considerado o maior entroncamento rodoviário do Norte e Nordeste do Brasil.

A sede da 2ª Diretoria Regional de Saúde e pólo da microrregião de saúde localiza-se no município de Feira de Santana e é composta por mais 25 municípios do Estado da Bahia, dispondo de diversos serviços voltados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das DST ζ s e HIV/AIDS, destacando-se o Centro de Referência em DST/HIV/AIDS, que atende além de gestantes, casos de transmissão vertical, demanda espontânea, indivíduos referenciados para estes serviços, adolescentes e adultos jovens em situação de vulnerabilidade às DST ζ s e ao HIV/AIDS.

O Programa Municipal de DST/HIV/AIDS foi instalado no município de Feira de Santana em 1999 através de convênio estabelecido com o Ministério da Saúde e tem como objetivo desenvolver atividades de promoção, prevenção, proteção a saúde sexual no município. Esse serviço engloba o Centro de Referência Municipal criado em 2001, que possui atendimento multidisciplinar concentrado no Centro de Saúde Especializado Dr. Leoni Coelho Leda (CSE), cuja localização é acessível à população. O Centro é subdividido nos seguintes setores:

Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis; ζ Serviço de Assistência Especializado (SAE); ζ Serviço de Assistência Farmacêutica; ζ Unidade Laboratorial; ζ Serviço de Psicologia; Serviço de Assistência Social; ζ Serviço de Fisioterapia; ζ Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).
Grupo de Estudo

A população referencial para o estudo será todos os adolescentes e adultos jovens (indivíduos na faixa etária de 10 a 24 anos) matriculados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, que realizaram testagem para DST e/ou HIV/AIDS, obedecendo ao critério de registro do Ministério da Saúde, em Feira de Santana-BA, no período de 01/01/2007 a 31/12/2011.

Serão considerados adolescentes os indivíduos pertencentes à faixa etária de 10 a 19 anos e adultos jovens os indivíduos pertencentes à faixa etária de 20 a 24 anos.

ζ Adolescentes: 10-19 anos

ζ Adultos Jovens: 20-24 anos

Critérios de Inclusão e Exclusão

A) Critérios de Inclusão: sujeitos na faixa etária de 10 a 24 anos cadastrados no CRM do município de Feira de Santana no período de 2007 a 2011, com diagnóstico sintomático de DST e/ou com testagem para DST e/ou HIV.

B) Critérios de Exclusão: indivíduos com idade inferior a 10 anos ou superior a 24 anos. Não ter realizado testagem para DST e para HIV/AIDS no período de 2007 a 2011. Apresentar resultado de teste para DST e para HIV com diagnóstico inconclusivo.

Coleta dos Dados

Endereço: Km 03 - BR 116- Campus Universitário

Bairro: Módulo I

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3224-8124

Fax: (75)3224-8124

E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Para a coleta de dados referente ao perfil epidemiológico de jovens soropositivos e não soropositivos para DST e HIV/Aids serão utilizados: Formulário de Atendimento do Sistema de Informação do CTA e prontuários de atendimento da SAE; Fichas de notificação do Ministério da Saúde referentes à exposição ao HIV, bem como de casos confirmados de HIV entre adolescentes e jovens de 10 a 24 anos.

Como fonte de registro de dados secundários será elaborado um formulário sobre as características socioeconômicas, culturais e demográficas de adolescentes e adultos jovens, bem como fatores ligados a exposição as DST e ao HIV/aids.

Plano de Análise dos dados

1º Fase

Análise Descritiva

- ∫ Obter as frequências simples e absolutas de todas as variáveis do estudo de acordo faixas etárias;
- ∫ Calcular as médias e desvio-padrão das variáveis do estudo;
- ∫ Elaboração de tabelas e/ou gráficos para fazer a ∫leitura∫ dos resultados.

2º Fase

Análise Bivariada/ Cruzar os fatores de risco com a doença

- ∫ Prevalência (P) em cada categoria do fator de risco;
- ∫ Teste de associação (qui-quadrado x²);
- ∫ Cálculo das razões de prevalência (RP) e p valor.
- ∫ Elaboração de tabelas e/ou gráficos para fazer a ∫leitura∫ dos resultados.

3º Fase

Análise Multivariada/ Regressão logística/ Para saber a associação entre a variável preditora (uso do preservativo) e o desfecho (DST e/ou HIV) é necessário controlar o efeito de outras variáveis de confundimento, sendo o desfecho um evento dicotômico, com probabilidade variando entre 0 e 1, o 1 quando a doença ocorre e 0 quando a doença não ocorre.

Neste modelo usaremos uma série de variáveis independentes para prever a ocorrência da doença (variável dependente), assim todas as variáveis do modelo estarão controladas entre si, sendo a medida de associação obtida o odds ratio.

Os termos λ e β são desconhecidos e serão obtidos com base nos dados amostrais obtidos pelo método da verossimilhança. Assim conhecendo os valores das variáveis independentes, poderemos aplicar a fórmula descrita acima a fim de calcular a probabilidade de que um indivíduo desenvolva a doença $\lambda P(x)$.

4º Fase

Operacionalização: Os dados serão digitados, processados e classificados utilizando-se o programa estatístico SPSSWIN (Programa Statistical Package for the Social Sciences SPSS, versão 9.0 for Windows, 1999).

Aspectos Éticos

A pesquisa irá atender as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza pesquisa em seres humanos e deve ser realizada após submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, a apreciação e aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, respeitando os princípios bioéticos da autonomia; beneficência; não-maleficência e justiça.

Endereço: Km 03 - BR 116- Campus Universitário
Bairro: Módulo I **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3224-8124 **Fax:** (75)3224-8124 **E-mail:** cep.uefs@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS



Como os dados serão coletados a partir de fontes secundárias, o pesquisador responsável pelo desenvolvimento desta pesquisa se compromete em:

1. O acesso de dados registrados em prontuários e documentos de pacientes para fins de pesquisa científica será realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana;
2. Para a utilização dos dados da pesquisa, será utilizado um Termo de Compromisso de Utilização dos Dados a ser preenchido pela pesquisadora envolvida na manipulação dos dados;
3. A pesquisadora terá compromisso com a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos usuários do serviço;
4. Os dados obtidos serão utilizados somente para o projeto ao qual está vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa, tendo este que ser submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Os dados gerados a partir deste estudo ficarão armazenados no Banco de Dados do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência - NNEPA, localizado no módulo VI da UEFS, sob a responsabilidade da coordenadora do Núcleo e orientadora deste projeto Dra. Maria Conceição Oliveira Costa. Os resultados do estudo serão enviados a Coordenação do Programa Municipal DST/HIV/AIDS e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Feira de Santana através de relatórios técnicos.

RESULTADOS ESPERADOS

O conhecimento das condições sociais, econômicas, culturais, sobre a infecção por DST/HIV/AIDS, possibilitará uma maior organização dos profissionais de saúde, nas consultas médicas e de enfermagem, entendendo-os como ser singular e individual, assim como no direcionamento das políticas e práticas de saúde no município. Traçar o perfil destes adolescentes e jovens possibilitará identificar os que estavam com maior risco de adquirir as DST/HIV/AIDS, e definir ações concretas para prevenção destas durante a adolescência, e expectativa de uma boa profilaxia de adolescentes e jovens já infectadas com o vírus HIV, além de promover uma assistência de forma humana e acolhedora com o propósito de evitar estigmatização e exclusão social deste grupo populacional que possui muitas singularidades.

Este estudo gerará uma dissertação de mestrado, assim como a publicação de trabalhos científicos, que serão apresentados em eventos científicos, tendo em vista se tratar de um tema atual e relevante para a sociedade, em decorrência do impacto social que esta doença causa da vida individual e familiar e na demanda de atenção por parte das ações serviços de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta cronograma e orçamento completos; declaração da coordenadora do programa municipal DST/HIV/AIDS autorizando a pesquisa após autorização do CEP/UEFS, ressaltando que o resultado do estudo deverão ser apresentados posteriormente a equipe técnica do Centro de Referência DST/HIV/AIDS. Apresenta instrumento de coleta de dados embasado no documento Institucional-Histórico do paciente do Centro de Referência DST/HIV/AIDS de Feira de Santana e do formulário de atendimento do SI-CTA do Ministério da Saúde.

Recomendações:

Levando-se em consideração que a pesquisadora utilizar-se-á de dados secundários deverá atentar para os cuidados com os documentos pesquisados no que diz respeito a privacidade, anonimato, perda e conservação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Endereço: Km 03 - BR 116- Campus Universitário

Bairro: Módulo I

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3224-8124

Fax: (75)3224-8124

E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado com base na versão completa do Projeto apresentado pelo pesquisador responsável ao CEP/UEFS.

FEIRA DE SANTANA, 10 de Setembro de 2012

Assinado por:
Maria Angela Alves do Nascimento

Endereço: Km 03 - BR 116- Campus Universitário
Bairro: Módulo I **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3224-8124 **Fax:** (75)3224-8124 **E-mail:** cep.uefs@yahoo.com.br