



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

**Milena de Oliveira Pérsico Monteiro**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE SÍFILIS  
EM ADOLESCENTES DE FEIRA DE SANTANA/BAHIA, 2003-2012.**

**FEIRA DE SANTANA**

**2014**

**MILENA DE OLIVEIRA PÉRSICO MONTEIRO**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE SÍFILIS  
EM ADOLESCENTES DE FEIRA DE SANTANA/BAHIA, 2003-2012.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Graciete Oliveira Vieira  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Conceição Oliveira Costa

**FEIRA DE SANTANA**

**2014**

## **Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado**

Monteiro, Milena de Oliveira Pérsico

M774p Prevalência e fatores associados à ocorrência de Sífilis em  
Adolescentes de Feira de Santana - Bahia / Milena de Oliveira Pérsico  
Monteiro. – Feira de Santana, 2014.

54 f.: il.

Orientadora: Graciete Oliveira Vieira

Coorientadora: Maria Conceição O. Costa

**MILENA DE OLIVEIRA PÉRSICO MONTEIRO**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE SÍFILIS EM  
ADOLESCENTES DE FEIRA DE SANTANA/BAHIA, 2003-2012.**

Apresentação em: 24/03/14

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Graciete Oliveira Vieira  
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Marlene Silva  
Universidade Federal da Bahia – UFBA

---

Prof. Dr. Carlos Alberto Lima da Silva  
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

**Dedico esse trabalho para minhas amadas filhas – Marina e Clarice – que no auge da infância me ensinam, todos os dias, a ser uma pessoa melhor.**

**AGRADECIMENTOS**

À Deus, pela conquista diária e pela vida.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Graciete, pelo acolhimento, ricas contribuições e incentivo constante.

À minha coorientadora, Prof<sup>ª</sup> Maria Conceição, por ter confiado na minha capacidade e pelas valiosas contribuições.

Ao Prof. Carlos Alberto, pelos ensinamentos, paciência e contribuições à minha pesquisa.

A Prof<sup>ª</sup> Marlene Silva, por aceitar contribuir para o enriquecimento desse trabalho,

Ao Programa Municipal DST/HIV/AIDS, por ser mais do que um trabalho, mas uma extensão da minha casa.

A todos os pacientes que atendi nesses 10 anos de profissão e que me confiaram seus segredos e angústias.

Aos colegas/amigos do PM DST/HIV/AIDS, em especial: Vanessa Sampaio, Joice Azevedo, Guacyra Leal, Gorete Lessa, por me apoiarem sempre nesse percurso de diversas formas.

Ao amigo Valterney Moraes por sempre me incentivar a crescer profissionalmente e por ser um amigo muito amado.

À amiga Caroline Oliveira, pela escuta nas horas importantes, pela troca e crescimento mútuo e pelo incentivo.

Aos meus colegas do mestrado, por formarmos uma família de diversidades e pelo apoio constante. Sempre nos alegamos com as conquistas do outro,

Aos professores do PPGSC pelos ensinamentos e aos queridos Gorete e Jorge, por todo suporte.

Aos meus pais (Marcos e Ângela) por acreditarem que o engrandecimento do sujeito se dá pelos estudos e serem exemplos disso para mim.

Às minhas queridas irmãs, Jamille e Tathiana, minhas tias e tios, meu sogro Marcos, minha sogra Francis, meus cunhados.

À Tereza e Tâmilis, por cuidarem da casa e das minhas filhas nos momentos de minha ausência – sem vocês seria mais difícil.

Ao meu esposo Flávio, não apenas por todo suporte dado nesse percurso, mas pelos 19 anos de convivência, amadurecimento e amor.

Às minhas lindas filhas: Marina e Clarice, por mudarem completamente minha vida – para melhor – com vocês, me sinto mais forte!

*“ (...) E há tempos são os jovens que adoecem. E há tempos o encanto está ausente. E há ferrugem nos sorrisos. E só o acaso estende os braços a quem procura abrigo e proteção”*(Renato Russo).

**RESUMO**

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível e que ainda se configura como um grave problema de saúde pública. No Brasil, estima-se uma prevalência de sífilis de 1,10%, para diversas faixas etárias, sendo que as mulheres infectadas apresentam idades mais precoces do que os homens e em parturientes, a prevalência varia entre 1,40% a 2,40%. A implementação de políticas específicas, contra os principais fatores de vulnerabilidades associados à ocorrência desse agravo é uma prioridade. **Objetivo:** investigar os fatores associados à sífilis na faixa de 11 a 18 anos, de ambos os sexos e gestantes, registrados no Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA do Centro de Referência Municipal/CRM de Feira de Santana, Bahia/Brasil. **Metodologia:** estudo de corte transversal, com dados do Sistema de Informação do CTA, no período de 2003 a 2012. Foram avaliados 3.482 prontuários e realizadas análises descritivas das características sociodemográficas e clínico-comportamentais, calculando-se o  $p < 0,05$ . **Resultados:** No período estudado a prevalência de sífilis foi de 1,95% (13) para o sexo masculino, 1,18% (14) para o feminino e 0,18% entre as gestantes adolescentes. Entre os homens e mulheres gestantes adolescentes não foram encontrados fatores preditivos para sífilis. No grupo das mulheres não gestantes, observou-se coinfeção HIV-sífilis, além de associação entre o uso de drogas e álcool com o desfecho. Independente do status sorológico, para os grupos estudados, a relação sexual e baixa prevalência do uso do preservativo se mostraram como principais formas de exposição. **Conclusões:** em mulheres não gestantes foi verificada associação entre sífilis, o uso de drogas/álcool e coinfeção HIV. Esses achados sinalizam para a necessidade de medidas de prevenção da infecção da sífilis, sobretudo nas situações de vulnerabilidade, como uso de drogas e HIV.

**PALAVRAS CHAVE:** Sífilis. Adolescência. Gestantes. Fatores Associados.

## ABSTRACT

Syphilis is a sexually transmitted disease that still represents a serious public health problem. In Brazil, it is estimated a prevalence of syphilis of 1.10%, for different age groups, and the infected women have an earlier age than men and in pregnant women, the prevalence ranges from 1.40% to 2.40 %. The sexual behavior of adolescents is presented as a priority for the implementation of specific policies, on multiple factors and vulnerabilities associated with the occurrence of this condition. **Objective:** To investigate the factors associated with syphilis in the range 11-18 years, of both sexes and pregnant women registered in the Testing and Counseling Center/CTA Municipal Reference Center / CRM Feira de Santana, Bahia / Brazil. **Methodology:** A cross-sectional study, with the CTA Information System data, from 2003 to 2012. We evaluated 3,482 medical records and conducted descriptive analyzes of sociodemographic, clinical and behavioral characteristics, calculating  $p < 0.05$ . **Results:** 1.95% (13) for males, 1.18% (14) for females and 0.18% among pregnant adolescents. The reasons for seeking the service and the factors associated with syphilis were different for men, women and pregnant teenagers. In the group of non-pregnant women, coinfection was observed HIV-syphilis, and association between use of drugs and alcohol with the outcome. Regardless of HIV status, for both groups, the low and sex prevalence of condom use were shown as the main sources of exposure. **Conclusions:** in non-pregnant women was an association between syphilis, drug / alcohol and HIV coinfection. These findings point to the need for measures to prevent syphilis infection, especially in vulnerable situations, such as drug use and HIV.

**KEYWORDS:** Syphilis. Adolescence. Pregnant women. Associated factors

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DST	Doença Sexualmente Transmissível
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
OMS	Organização Mundial de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
CRM	Centro de Referência Municipal
PM	Programa Municipal
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SI-CTA	Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento
VDRL	Veneral Disease Research Laboratories
TPAH	Treponema Pallidum Hemagglutination Assay
VO	Via Oral
PSF	Programa de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
DIRES	Diretorias Regionais de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
NUPES	Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 REFERENCIAL TEÓRICO	11
1.1. Breve histórico da sífilis	11
1.2 Epidemiologia da sífilis	12
1.3 Fatores predisponentes á sífilis	14
1.4 Etiopatogenia e quadro clínico	15
1.5 Transmissão	17
1.6 Diagnóstico	17
1.7 Tratamento	18
1.8 Políticas públicas de prevenção e intervenção às DST	19
1.9 Vulnerabilidades de adolescentes no contexto das DST	21
1.9.1 Vulnerabilidade individual à transmissão das DST em adolescentes	22
1.9.2 Vulnerabilidade social à transmissão das DST em adolescentes	23
1.9.3 Vulnerabilidade programática ou institucional à transmissão das DST em Adolescentes	25
2 OBJETIVOS.	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
3 RESULTADOS	27
3.1 ARTIGO: Fatores Associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo Masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência do SUS	27
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48
ANEXO	54

## APRESENTAÇÃO

O presente estudo foi realizado em Feira de Santana-BA, município de grande porte, com aproximadamente 556.746 habitantes (CENSO/IBGE, 2010). Por sua localização geográfica e por ter três rodovias federais e cinco estaduais, Feira de Santana se destaca pelo intenso fluxo migratório, caracterizada como o maior entroncamento rodoviário do Norte e Nordeste. Este município é sede da 2ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) e polo da microrregião de saúde, composta por 25 municípios do Estado da Bahia, dispondo de diversos serviços voltados para a saúde reprodutiva.

O Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS (CRM DST/HIV/AIDS) foi implantado em 1999, a partir do convênio estabelecido com o Ministério da Saúde que desenvolve atividades de promoção, prevenção e proteção à saúde sexual e possui atendimento interdisciplinar e multiprofissional. Este serviço integra o Centro de Saúde Especializado Dr. Leoni Coelho Leda (CSE), cuja localização é central, portanto acessível à população, e conta com Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviço de Assistência Especializada (SAE) e Laboratório.

A presente dissertação é composta de um artigo denominado “Fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência do SUS”, cujo objetivo foi verificar associações entre os fatores sociodemográficos e clínico-comportamentais com a infecção por sífilis entre adolescentes de ambos os sexos e gestantes, cadastrados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, em Feira de Santana, no decênio de 2003 a 2012. A coleta dos dados secundários foi baseada nas informações registradas nos prontuários de atendimento do Sistema de Informação do CTA (ANEXO A).

O atual estudo integra o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde – NUPES, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com a CAAE 14500213.6.0000.0053.

Com esta pesquisa espera-se dar visibilidade à prevalência de sífilis e seus fatores determinantes no município, além de nortear medidas de intervenção e mudanças de práticas em saúde para prevenção e controle dos principais fatores de exposição.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

Entende-se por doenças sexualmente transmissíveis (DST) – atualmente designadas como infecções sexualmente transmissíveis (IST), as doenças infecciosas e contagiosas causadas por microorganismos (vírus, bactérias e protozoários) presentes nas estruturas genitais humanas e que são adquiridas principalmente pelas relações sexuais com parceiro(s), podendo ser transmitidas também verticalmente para o feto (KAWAMOTO,1995). Dentre essas destaca-se a sífilis.

### 1.1 Breve histórico da sífilis

A sífilis foi documentada por Hipócrates, na Grécia Antiga, e conhecida na cidade grega de Metaponto, aproximadamente 600 AC. Em Pompéia foram encontradas evidências arqueológicas nos sulcos dos dentes de crianças de mães com sífilis. Outros historiadores acreditam que o *Treponema pallidum* causou doenças cutâneas como a pinta e a framboesia, em medievais na Europa, afecções que eram classificadas erroneamente como lepra.

A doença é conhecida, popularmente como cancro duro e foi descrita em proporções epidêmicas no final do séc. XV, na Europa. Seu agente etiológico foi identificado em 1905, após observação de microorganismos em microscópio. No histórico da sífilis estão registradas outras explicações para sua origem: uma originária da Colômbia – a sífilis era endêmica no Novo Mundo e teria sido trazida para a Europa pelos marinheiros espanhóis que haviam participado da descoberta da América. A outra explicação versava que a doença seria proveniente de mutações e adaptações do agente etiológico da sífilis, o treponema endêmico do continente africano (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O termo *lues venérea* ou simplesmente *lues*, cujo significado em latim é algo como peste ou epidemia, surgiu no séc. XVI, em 1579, idealizado por Jean Fernel. Também denominado como *mal gálico*, *mal venéreo*, *bubas e pudendragas*, o nome sífilis surge em 1530, em um poema escrito por Girolamo Fracastoro, de Verona, intitulado *Syphilis sever morbus gallicus*, contudo, apenas no séc. XVIII que a definição de sífilis começou a ser utilizada como um quadro patológico.

Os primeiros relatos médicos da doença surgiram em 1495, na Batalha de Fornovo. Marcellus Cumano e Alexandri Benedetto, médicos venezianos que serviam no front, relataram aspectos clínicos da doença em soldados que apresentavam lesões semelhantes a grãos de milho na glande e prepúcio, pústulas por todo o corpo, seguidas de dores terríveis em braços e pernas que deixavam os soldados desesperados. O sofrimento causado pela moléstia

era mais repugnante que a lepra ou elefantíase, segundo consta em anotações de Benedetto (SARACENI et al., 2005).

Apresenta-se como uma patologia sistêmica, de evolução crônica, sujeita a períodos de agudização e latência, quando não tratada. É causada por uma bactéria espiroqueta de transmissão sexual, vertical ou sanguínea, que produz a forma adquirida ou congênita da doença (BRASIL, 2007).

O primeiro exame para detecção da doença surgiu em 1906 (teste de Wassermann) e embora tivesse alguns resultados falso-positivos, foi um grande avanço para o tratamento e prevenção da sífilis, pois possibilitou o diagnóstico antes do aparecimento dos sintomas da doença, permitindo a prevenção da transmissão.

A princípio, não havia nenhum tratamento efetivo para sífilis. O comum era tratar com guáiaço e mercúrio. Somente no século XX – época da II Guerra Mundial – com a descoberta da penicilina, foi que surgiu o tratamento efetivo, provendo uma cura para os infectados.

## 1.2 Epidemiologia da sífilis

Os dados referentes à distribuição geográfica da sífilis encontram-se dispostos nas tabelas 1 e 2. Vale ressaltar que apenas as apresentações da sífilis em gestante e a forma congênita são de notificação compulsória desde 2005, através da Portaria MS/SVS nº. 33, sendo a ficha de investigação disponibilizada para digitação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), em 2007. As lacunas de notificações e subnotificações relacionadas às outras manifestações da sífilis geram prejuízos para o sistema público, quanto à elaboração de estratégias de enfrentamento, prevenção e promoção da saúde. Com relação à sífilis em gestantes, o SINAN apresentou 14.321 casos no Brasil, distribuídos por regiões, no período de 2011 (Tabela 2).

**Tabela 1-** Incidência e prevalência de sífilis, segundo registros de instituições de saúde nos âmbitos mundial, nacional e municipal, no período de 1998 a 2012.

<b>Instituições</b>	<b>Ano</b>	<b>incidência/prevalência</b>
OMS/âmbito mundial	2010	4,90% de casos novos de DST curáveis (sífilis, gonorréia, clamídia, tricomoníase)
Ministério da Saúde/ Estados Unidos	2003 a 2004	Os casos de sífilis primária passaram de 7.177 de 2003 para 7.980 em 2004, perfazendo um aumento de 11,2%.
Ministério da Saúde/ Brasil	1998 a 2004	24.448 casos de sífilis (1,0%) nas diversas faixas etárias. No entanto, a doença não é de notificação compulsória e existem muitas subnotificações
Boletim Epidemiológico do Programa Municipal DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – Bahia	2003 a 2012	30 casos de sífilis (0,86%) entre faixa etária de 11 a 18 anos, sendo, 46,7% para o sexo feminino, 43,3% para o masculino e 10% para as gestantes

FONTE: WHO 2008. Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2012. Boletim Epidemiológico da AIDS E DST. Ano IX Número 01.

FEIRA DE SANTANA, Secretaria de Vigilância à Saúde. Programa Municipal de DST/HIV/AIDS, 2012. Boletim Epidemiológico de DST/HIV/AIDS. Ano IX Número 01.

**Tabela 2**–Casos de sífilis em gestantes distribuídos entre as regiões do Brasil, no período de 2011. N= 14.321

<b>Regiões Brasileiras</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Região Sudeste	6.488	45,3%

Região Nordeste	3.359	23,5%
Região Norte	1.687	11,8%
Região Sul	1.458	10,2%
Região Centro-Oeste	1.329	9,3%

FONTE: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2012. Boletim Epidemiológico da AIDS E DST. Ano IX Número 01.

No período de 1998 a 2012 foram notificados pelo SINAN, 80.041 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e observou-se que 52,7% dos casos de sífilis congênita ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade. Dentre as gestantes que fizeram o pré-natal, nesses mesmos anos, 86,6% foram diagnosticadas com sífilis na gravidez e 11,5% dos parceiros foram tratados.

### 1.3 Fatores predisponentes à sífilis

As relações sexuais na adolescência têm iniciado mais cedo e com maior número de parceiros, favorecendo o aumento da ocorrência de DST. Essa população apresenta baixa adesão ao preservativo e a atividade sexual geralmente não é programada. Estudos brasileiros revelam que apenas um terço deles, ou menos, usam preservativo em todas as relações sexuais, e de acordo com o Ministério da Saúde, os mais baixos índices de uso se encontram entre as faixas etárias de 15 a 19 anos (TAQUETTE et al., 2004).

Fatores biológicos, como a constituição do colo uterino, predisõem as adolescentes às infecções sexualmente transmissíveis, visto que essa região encontra-se mais exposta às bactérias, fungos, protozoários e vírus (GRANT, 1988).

O pensamento abstrato dos adolescentes pode favorecê-los às práticas de risco, uma vez que estes não se sentem vulneráveis. Verifica-se, também, que as influências grupais e familiares para esses jovens se constituem como fatores de risco ou de proteção para as DST (MAGNUSSON, 2001).

Os baixos níveis de escolaridade e as condições socioeconômicas estão associados às DST, assim como o modelo hegemônico de comportamento de gênero – responsáveis por atividades que colocam em risco à saúde dos adolescentes e o uso de álcool e outras drogas (TAQUETTE, 2004).

### 1.4 Etiopatogenia e quadro clínico

O *Treponema pallidum* pertence à família *Spirochaetapallida*, constituída por bacilos gram-negativos longos e espiralados, que contém fibrilas axiais semelhantes a flagelos, as quais facilitam a motilidade destes microorganismos (PARSLOW et al., 2004).

Todos os seres humanos são susceptíveis ao *Treponema pallidum*, porém, cerca de 30% das exposições terminam em doença. A infecção leva ao desenvolvimento gradual de imunidade contra esse agente. Os casos tratados na fase aguda (sífilis primária ou secundária) não definem imunidade, sendo os hospedeiros susceptíveis à reinfeção.

A transmissão do agente ocorre de pessoa para pessoa, durante o contato sexual, na maior parte dos casos. A bactéria penetra no corpo pela via sexual, decorrente de pequenas abrasões causadas na relação. A resposta do sistema imune, ao nível local, resulta em erosão e exulceração no ponto de inoculação, e ao nível sistêmico, resultam em complexos imunes circulantes, sendo que estes se depositam em qualquer órgão (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Verifica-se que, no quadro clínico da sífilis, a história natural da doença mostra uma evolução de alternância entre períodos de atividade com características imunológicas, clínicas e histopatológicas diferentes (sífilis primária, sífilis secundária, sífilis terciária) e períodos de latência – sífilis latente (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Segundo Saraceni et al. (2005), qualquer órgão do corpo humano pode ser afetado, inclusive o sistema nervoso central.

A sífilis primária se manifesta entre uma a doze semanas após o contato sexual infectante, tendo como principal característica o aparecimento de lesão (ferida) erosa ou ulcerada, denominada de cancro duro, indolor, de bordas endurecidas, geralmente únicas, com fundo liso, apresentando secreção serosa escassa, acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel e indolor. Tais sinais e sintomas desaparecem sem tratamento, ocorrendo cicatrização espontânea da ferida, levando a uma falsa aparência de cura, seja a entender pelo próprio organismo em processo de remissão ou pelo efeito de algum medicamento utilizado por conta própria ou pela indicação de outrem. No homem, esta lesão aparece com uma maior frequência na glande e sulco bálano-prepucial, enquanto que na mulher dificilmente é detectada nesta fase, porém quando observada, é mais comumente localizada nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino, o que dificulta sua visualização, podendo passar despercebida. Faz-se necessário destacar que nem sempre o sítio de manifestação da fase primária da sífilis é a genitália. São raras, mas pode ocorrer a manifestação de lesões em outras áreas do corpo que não a genital. Nesta fase, a lesão é altamente infectante, visto ser rica em treponemas (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Os autores supracitados explicam que a sífilis secundária manifesta-se entre dois a seis meses após o aparecimento da primeira lesão (fase primária) e se caracteriza pelo desaparecimento do cancro e acometimento de lesões cutâneo-mucosas, apresentando-se mais comumente na forma de máculas (roséolas sífilíticas). No entanto, as lesões cutâneas podem assumir diversos aspectos, o que gera a dificuldade do diagnóstico, as lesões palmo-plantares direcionam para o diagnóstico, mas não são patognômicas, não havendo uma demarcação de tempo específica entre as lesões primárias e os sintomas mucocutâneos.

Os quadros das fases primária e secundária sofrem regressão espontânea, mesmo se não tratados. A sífilis latente, aquela sem demonstrações clínicas de doença, se divide em precoce e tardia. A fase latente precoce se estende do desaparecimento dos sintomas do primeiro até o final do segundo ano da doença. Já a fase latente tardia constitui-se na doença assintomática com mais de um ano de duração e que ao longo dos anos, se não diagnosticada e tratada, levará ao acometimento de vários sítios, notadamente, do sistema nervoso central, das grandes artérias e da pele, na chamada sífilis terciária, em cerca de 40% dos indivíduos infectados (SARACENI et al., 2005)

A sífilis terciária compreende como uma fase tardia da doença e se caracteriza pelo aparecimento de sinais e sintomas após três a doze anos de infecção, de grande gravidade. Essa fase é caracterizada por lesões em forma de gomas (granulomas destrutivos), sendo estas localizadas, envolvendo pele e mucosas e ausência quase total de granulomas, acometendo ainda, ossos, músculos e fígado. No tegumento, as lesões são nódulos, tubérculos, placas nódulo-ulceradas ou tuberculocircinadas e gomas (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

Considera-se como uma das principais doenças sexuais transmitidas verticalmente, por via transplacentária. O quadro clínico, o diagnóstico e a terapêutica na gestação não diferem do período não gestacional. Em caso de gestantes, o acometimento do feto dependerá do estágio da sífilis na gestante. A infecção pelo *Treponema pallidum* durante a gestação pode resultar em abortamento, morte intrauterina, morte neonatal, parto prematuro e sífilis congênita com sequelas irreversíveis para o concepto (SANTOS, 2009).

A sífilis congênita é uma doença infecciosa multissistêmica transmitida pela mãe para o feto através da placenta. O risco de infecção transplacentária do feto varia entre 60 a 80% e relaciona-se ao estágio de infecção da mãe e ao estágio da gravidez quando a mesma já estava infectada. Geralmente, uma criança infectada nasce sem parecer doente. Os sinais da doença vão surgir de 3 a 8 semanas após o parto e sequelas como: cegueira, problemas ósseos, retardo mental, pneumonia, feridas no corpo e dentes deformados, dentre outros. Alguns casos, aparecem apenas na infância ou na adolescência.

O tratamento da gestante infectada reduz a incidência da sífilis congênita. Para isso, é preciso realizar testes sorológicos de rotina no pré-natal para sífilis em todas as mulheres grávidas, no primeiro trimestre da gestação, além do reteste no último trimestre, a convocação dos parceiros sexuais para testagem e orientações para a adesão de práticas sexuais protegidas.

### 1.5 Transmissão

As principais vias de transmissão de acordo com o Ministério da Saúde (2009) são:

- Sanguínea: por meio do sangue e dos seus hemocomponentes e durante a transfusão que não sofreram processos de triagem adequada.
- Sexual: por meio do contato com lesões de pele e mucosa, entre eles o pênis, vagina e ânus.
- Vertical: ocorre através da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* para o feto, na gestação ou durante o parto, pelo contato direto do feto com as secreções vaginais da mãe infectada.

Existem também formas excepcionais de transmissão, como os acidentes com materiais biológicos infectados pelo agente etiológico.

### 1.6 Diagnóstico

Deve considerar a fase evolutiva da doença na fase primária e, em algumas lesões da fase secundária o diagnóstico poderá ser feito pela demonstração do treponema (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006). O diagnóstico de certeza é realizado através da microscopia direta em campo escuro. Este método permite a identificação do *Treponema pallidum*, sem precisar de coloração específica, embora precise de um microscópio ótico com condensador especial de campo escuro. Outro método utilizado é imunofluorescência direta, porém este requer microscópio especial e coloração específica para sua realização (BRASIL, 2006).

De acordo o Ministério da Saúde (2006) os testes sorológicos podem ser divididos:

- Testes não Treponêmicos (oucardiolipínicos): *VenerealDiseaseResearchLaboratories* (VDRL) e *Rapid Plasma Reagin*(RPR). Caracterizados como testes qualitativos (resultados reagentes ou não reagentes) e testes quantitativos (expressos em títulos: 1:2, 1:4, etc), utilizados para triagem e monitoramento da infecção. Os testes não

treponêmicos têm baixo custo e sensibilidade entre 78%- 86%, na fase inicial da infecção. Apresentam como inconveniente, os resultados falsos positivos (RFP) podendo também apresentar resultados falsos negativos (RFN), na presença de excesso de anticorpos na amostra analisada (fenômeno de pró-zona). Por esse motivo, quando se utilizam testes não treponêmicos, o exame deve ser realizado em amostras puras e diluídas 1/10. Uma característica importante dos testes cardiolipínicos é que permitem acompanhar a terapêutica pela rápida resposta representada pela queda de títulos e mesmo pela negatificação. Modificações mais lentas e mesmo inexistentes se observam para os testes treponêmicos.

- Teste Treponêmicos: detectam a presença de anticorpos anti-*T. pallidum*. Há métodos de imunofluorescência indireta (*fluorescente treponemal antibody absorption test* - FTA abs), hemaglutinação indireta (*Treponema pallidum Hemagglutination Assay*- TPHA), enzima imunoensaio (Elisa), western blotting (WB) e testes rápidos (partículas de látex ou imunocromatográficos).

Outra técnica de diagnóstico utilizada é a pesquisa direta que só é aplicada em lesões da fase primária e secundária, devido à presença de treponemas *in situ*. O procedimento exige coleta de linfa da lesão em lâmina, com adição de algumas gotas de soro fisiológico e observação do movimento dos treponemas, através da microscopia de campo escuro (BRASIL, 2007).

## 1.7 Tratamento

Após diagnóstico, recomenda-se o tratamento imediato com esquema terapêutico padronizado, conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde, através da administração de penicilina benzatina, droga de primeira escolha, exceto em pacientes alérgicos (BRASIL, 2006).

Apesar da raridade de estudos controlados e randomizados, as cinco décadas de experiência com a penicilina confirmam a sua absoluta superioridade no tratamento tanto da sífilis adquirida, em suas várias fases, como da congênita. A penicilina tem ação bactericida, determinando a morte do treponema, desde que utilizada em doses e em intervalos adequados.

O tratamento da sífilis é realizado em conformidade com a fase da doença:

- Sífilis primária (com cranco duro): penicilina benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1.200.000 UI, em cada glúteo);

- Sífilis secundária (com lesões não ulcerosas) ou latente precoce (com menos de 1 ano de evolução): penicilina benzatina 4.800.000 UI, via intramuscular, aplicar duas doses no intervalo de 7 dias (1.200.000 UI, em cada glúteo);
- Sífilis terciária ou latente tardia (com mais de 1 ano de evolução ou com duração desconhecida): penicilina benzatina 7.200.000 UI, via intramuscular, em três séries com intervalos de 7 dias, sendo 2.400.000 UI, por dose (1.200.000 UI, em cada glúteo).

Os pacientes que não podem ser submetidos à terapêutica com penicilina, devem receber tratamento alternativo com eritromicina, na forma de estearato ou estolato, ou ainda tetraciclina, ambas de 500mg, VO, de 6/6 horas, por quinze dias para sífilis recente, por trinta dias para sífilis tardia. Também pode ser administrada doxiciclina, 100

mg VO, de 12/12 horas por quinze dias em sífilis recente e trinta dias em sífilis tardia. Não é recomendado uso de azitromicina em substituição à penicilina visto que o *Treponema pallidum* possui resistência a tal antimicrobiano (BRASIL, 2006).

Ao final do esquema de tratamento recomenda-se o acompanhamento sorológico para monitoramento da real regressão da doença através de testes treponêmicos quantitativos, de três em três meses, durante o primeiro ano e, havendo reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de seis em seis meses, até a estabilização. Se títulos do VDRL em quatro ou mais vezes (exemplo: de 1:2 para 1:8) em relação ao último exame realizado, justifica um novo tratamento, mesmo na ausência dos sintomas, devendo-se verificar se o parceiro também realizou o tratamento.

Instituído o tratamento correto, a titulação tende a negativar em seis a doze meses podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos repetitivos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida. A isto, denomina-se: memória ou cicatriz sorológica.

## 1.8 Políticas públicas de prevenção e intervenção às DST

A prevenção das DST – a exemplo da sífilis – se concentra, em todo mundo, em ações como a distribuição de preservativos e a informação em saúde (educação e aconselhamento). O uso de preservativo é a única forma de prevenção das DST, no entanto, apesar do aumento da sua utilização entre os jovens, ainda não é suficiente, especialmente nas relações sexuais eventuais ou não programadas (FERRAZ; NERNES, 2009).

Segundo Souza et al. (2007), as DST e a gravidez não planejada são graves problemas de saúde pública. O contexto da desinformação e da falta do uso do preservativo pode ser revertido pela educação e informações adaptadas e adequadas para as diversas faixas etárias.

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

O atendimento aos pacientes com sífilis, ou qualquer outra DST é realizado através da abordagem sindrômica, baseado em fluxogramas de conduta. No atendimento motivado por DST o profissional de saúde deve estabelecer um vínculo com o paciente, para garantir qualidade no processo de aconselhamento e adesão ao tratamento e serviço, além destes fatores, também deve ter o conhecimento do trato genital masculino e feminino, visto que se recomenda um exame clínico minucioso (BRASIL, 2005).

Sabemos que as DST implicam em práticas de foro íntimo e são decorrentes do exercício da sexualidade. Sendo assim, os profissionais têm a oportunidade ímpar de conversar sobre aspectos da intimidade da vida da pessoa em atendimento e, portanto, precisam ter clareza a respeito dos valores sexuais do paciente, assim como de seus próprios valores. Dessa forma, atitudes de preconceito, juízos de valor e imposição de condutas poderão ser evitadas e, apesar das eventuais diferenças, o diálogo será garantido (BRASIL, 2006, p. 20)

Embora as DST sejam causadas por inúmeros microorganismos, existe um número limitado 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):

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.

Segundo Morais et al. (2001), a abordagem sindrômica é realizada levando em consideração quatro síndromes que englobam as DST (úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e desconforto/dor pélvica) e possibilidades etiológicas – propondo intervenção imediata. Na primeira consulta devem-se dispensar resultados de exames laboratoriais complexos e demorados de modo a possibilitar a atuação através dos recursos existentes.

Para o Ministério da Saúde (2011) o atendimento imediato de uma DST não requer apenas uma ação curativa; mas uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações. O trabalho de prevenção das DST inclui também, a orientação dos sujeitos à adesão ao uso do preservativo em todas as relações sexuais.

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 (BRETAS et al., 2009).

O acolhimento de adolescentes no serviço de saúde requer um espaço adequado, como também, uma postura diferenciada do profissional para que esses sujeitos – espontaneamente – esclareçam dúvidas e inquietações sobre suas práticas sexuais e possíveis sintomas (TAQUETTE, 2007).

### 1.9 Vulnerabilidades de adolescentes no contexto das DST

A sífilis, por ser uma DST, caracteriza-se pelas mesmas vulnerabilidades desse grupo de doenças e se manifestam, sobretudo, na faixa etária dos adolescentes.

A adolescência é uma fase do ciclo evolutivo do ser humano que, de acordo com a OMS, corresponde à faixa etária entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade, sendo que para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), essa faixa se encontra entre os 12 e 18 anos, 11 meses e 29 dias de idade (PARAGUASSU, 2003). Compreende como uma fase da vida caracterizada por 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 e ao vírus da AIDS (VILLELA; DORETO, 2006).

Verifica-se também que a transição da infância para a vida adulta requer do adolescente o desenvolvimento de suas capacidades e a experimentação de novos tipos comportamentais. O adolescente geralmente apresenta uma fantasia de indestrutibilidade, de

onipotência que podem levar a determinadas expressões comportamentais como: dificuldade em aceitar conselhos, rebeldia, necessidade de vinculação ao grupo, desejo de experimentar o novo, comportamento sexual exploratório, dentre outros. Tais características tendem a se atenuarem na juventude.

Percebe-se que o grupo de adolescentes é prioritário nas ações de prevenção das DST/AIDS, visto que as modificações biopsicossociais, como alterações hormonais, desenvolvimento das gônadas sexuais/reprodutivas, construção da identidade social e definição da orientação sexual, dentre outros, podem interferir no processo natural de desenvolvimento. Como consequência disso, o grupo tende a experimentar comportamentos que os deixam mais vulneráveis, inclusive no exercício da sexualidade (SOUZA et al., 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 adentrasse nas discussões sobre vulnerabilidade (GIRONDI et al., 2010).

Para Ayres (1996), a vulnerabilidade compreende em um conjunto de fatores de natureza biológica, social/cultural e institucional cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma determinada enfermidade, condição ou dano. Este conceito, portanto, considera que todo e qualquer indivíduo está exposto às DST e tem chance de se contaminar. Ao pensar sobre a fase da adolescência frente às DST faz-se mister elencar fatores que tornam esse grupo mais vulnerável, a saber: pouca comunicação sobre a temática, apesar de muitas campanhas e informações nos diversos meios; entraves culturais e materiais que reduzem o acesso aos meios de prevenção; escassez de alternativas principalmente para jovens menos favorecidos financeiramente. Esses fatores impõem ao adolescente e jovem uma escolha entre atender suas necessidades – psicológicas e sentimentais – ou se abster sexualmente (RUA; ABRAMOYAY, 2001). As estratégias de enfrentamento para essa problemática devem considerar toda essa complexidade de modo que as DST sejam combatidas, ou que seus riscos e danos sejam minimizados.

### 1.9.1 Vulnerabilidade individual à transmissão das DST em adolescentes

Segundo Ayres et al. (2003), o conceito de vulnerabilidade é expresso por um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação, ou seja, a mesma corresponde ao grau e qualidade da informação que o jovem detém, bem como o interesse deste em utilizar

essa informação para proteção. É importante considerar que a vulnerabilidade dos adolescentes às DST relaciona-se para além das questões de gênero, mas também as intensas mudanças biopsicossociais vivenciadas nessa fase de transição entre a infância e a idade adulta. Essas devem ser consideradas no momento da definição de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos direcionados a esse público.

Kaestleet al. (2005) aponta que o início das relações sexuais geralmente ocorre na adolescência, sendo que o início precoce das relações sexuais tem sido associado ao surgimento de DST e de gravidez nessa fase. Contudo, Moura et al. (2009) aponta que quando os jovens começam a ter relações sexuais de maneira precoce, se estes não forem amparados por informação que resulte na prática de sexo seguro, culminará em um maior vulnerabilidade à gravidez não planejada, às DST/ HIV.

Entende-se por vulnerabilidade individual os aspectos psíquicos e comportamentais que criam para o adolescente e jovem a oportunidade de infectar-se e/adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão das DST – relações sexuais desprotegidas, uso de drogas injetáveis e transmissão vertical. Depende, portanto, do grau e da qualidade da informação que esses sujeitos dispõem sobre o problema, da capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las no repertório cotidiano e das possibilidades efetivas de transformação das suas práticas. Faz-se necessário considerar também, o grau de consciência, obtido dos possíveis danos, decorrentes de comportamentos mais vulneráveis. No entanto, a mudança cognitivo/comportamental não é compreendida como decorrência imediata da vontade dos indivíduos. Conhecimentos e comportamentos têm significados e repercussões diversificados na vida das pessoas, dependendo de uma combinação singular, de características individuais, contextos de vida e de relações interpessoais. Desta forma, não se pode afirmar que um indivíduo é vulnerável, mas sim que o mesmo está vulnerável a um determinado problema, em um momento específico de sua vida (AYRES et al., 2003).

#### 1.9.2 Vulnerabilidade social à transmissão das DST em adolescentes

No plano social, a vulnerabilidade está relacionada aos aspectos sócio-políticos e culturais, bem como o acesso às informações, grau de escolaridade e disponibilidade de recursos materiais, dentre outros. A vulnerabilidade social se refere, também, à possibilidade dos sujeitos obterem informações sobre DST/HIV/AIDS e fazerem uso delas, bem como constitui-se em um espelho das condições de bem-estar social, que envolve moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e de expressão (AYRES et al., 2003).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), milhões de brasileiros vivem em condições precárias de sobrevivência e a pobreza ainda se configura como o indicador social que atinge com maior intensidade crianças e adolescentes (SILVA et al., 2011). Os indivíduos que vivem nessas condições 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 (SILVA et al., 2011).

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

Ayres et al. (2003), orienta que para avaliar o grau de vulnerabilidade social é necessário conhecer a situação de vida das coletividades através de alguns aspectos, como: acesso a informação; quantidade de recursos destinados a saúde por parte das autoridades e legislação local; acesso e qualidade dos serviços de saúde; nível geral de saúde da população mediante indicadores de saúde; aspectos sociais, políticos e econômicos de segmentos populacionais específicos (exposição a violência, restrição do exercício de cidadania); grau de pensamento e liberdade de expressão (maior vulnerabilidade dos que não conseguem fazerem ouvir suas necessidades); grau de prioridade política e econômica dada a saúde; condição de bem-estar social (moradia, educação, acesso a bens de consumo).

Araújo e Calazans (2005) enfatizam que a construção de uma resposta social para as necessidades dos adolescentes e jovens, e mais especialmente uma resposta social a prevenção das DST/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.

### 1.9.3 Vulnerabilidade programática ou institucional à transmissão das DST em adolescentes

Referem-se às políticas públicas de enfrentamento das DST/HIV/AIDS, metas e ações propostas nos programas de DST/AIDS e organização e distribuição dos recursos para prevenção e controle (TAKAHASHI et al., 1998).

Encontra-se entrelaçada às vulnerabilidades individual e social, pois a vulnerabilidade de cada sujeito 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. Relaciona-se, também às ações institucionais voltadas para o problema da AIDS, apreendidas nos seguintes aspectos: grau e tipo de compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema; ações efetivamente propostas por estas autoridades; coalizão interinstitucional e inter setorial para atuação específica; planejamento das ações; gerenciamento das ações; capacidade de respostas das instituições envolvidas; financiamento adequado e estável dos programas propostos; sustentabilidade das ações; avaliação e retroalimentação do programa (AYRES, 2003).

Verifica-se que quanto maior o compromisso, a integração e o monitoramento de programas de prevenção e cuidado, maiores serão as chances de canalizar os recursos, de otimizar seu uso e de fortalecer os indivíduos e a sociedade frente à epidemia.

Araújo e Calazans (2005) consideram como uma barreira institucional ou programática aqueles serviços de saúde organizados nas comunidades que não atendem os adolescentes desacompanhados pelo responsável, que não distribuem preservativos para menores de idade ou tornam a distribuição muito burocrática. Esses fatores impedem que o adolescente possa cuidar de si e se empoderar da sua situação de saúde. Contudo, os serviços que funcionam de maneira articulada com outros setores da comunidade de forma a promover o acesso dos adolescentes aos serviços constroem uma resposta programática adequada ao enfrentamento das vulnerabilidades dessa população às DST.

Por fim, a vulnerabilidade programática também está relacionada com o modo como o governo federal, estadual e municipal estabelece diretrizes e prioridades, destinando ou não, recursos para ações ou até mesmo investindo na educação continuada dos profissionais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Estimar a prevalência e descrever os fatores associados à sífilis em adolescentes cadastrados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, em Feira de Santana, no decênio de 2003 a 2012.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estimar a prevalência de sífilis em adolescentes no decênio de 2003 a 2012
- Descrever as características sociodemográficas e clínico-comportamentais de adolescentes de ambos os sexos e gestantes, atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento do município de Feira de Santana, no decênio de 2003 a 2012.

### 3 RESULTADOS

Como principal resultado da atual dissertação será apresentado o artigo “Fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência do SUS”.

#### 3.1 ARTIGO

**Fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência do SUS.**

**Factors associated with the occurrence of syphilis in adolescent male, female and pregnant women in a Reference Center of SUS.**

#### RESUMO

O conhecimento dos fatores associados à sífilis é uma prioridade para a saúde pública, sobretudo na adolescência. **Objetivo:** investigar fatores associados à sífilis entre adolescentes na faixa de idade 11 a 18 anos, de ambos os sexos e gestantes, registrados no Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA do Centro de Referência Municipal/CRM de Feira de Santana, Bahia/Brasil. **Metodologia:** estudo de corte transversal de 33.665 registros de atendimento no Sistema de Informação do CTA, do período de 2003 a 2012. Foram avaliados 3.482 prontuários de pacientes com resultado de VDRL reagente e realizadas análises descritivas das características sociodemográficas e clínico-comportamentais, calculando-se o  $p < 0,05$ . **Resultados:** Entre 2003 e 2012, a prevalência de sífilis foi de 0,86%, sendo de 1,95% (13) para o sexo masculino, 1,18% (14) para o feminino e 0,18% entre as gestantes adolescentes. Entre os homens e mulheres gestantes adolescentes não foram encontrados fatores preditivos para sífilis. No grupo das mulheres não gestantes, observou-se coinfeção HIV-sífilis, além de associação entre o uso de drogas e álcool com o desfecho. **Conclusões:** em mulheres não gestantes foi verificada associação entre sífilis, o uso de drogas/álcool e coinfeção HIV. Esses achados sinalizam para a necessidade de medidas de prevenção da infecção da sífilis, sobretudo nas situações de vulnerabilidade, como o uso de drogas e HIV.

**PALAVRAS CHAVE:** Sífilis. Adolescência. Gestantes. Fatores Associados.

## ABSTRACT

Knowledge of the factors associated with syphilis is a priority for public health, especially in adolescence. Objective: To investigate factors associated with syphilis among teenagers in the age group 11-18 years, of both sexes and pregnant women registered in the Testing and Counseling Center / CTA Municipal Reference Center / CRM Feira de Santana, Bahia / Brazil. Methodology: A cross-sectional study of 33,665 attendance records on CTA Information System, the period from 2003 to 2012. We evaluated 3,482 records of patients with result of positive VDRL and Descriptive analyzes of sociodemographic, clinical and behavioral characteristics, calculation of  $p < 0.05$ . Results: Between 2003 and 2012, the prevalence of syphilis was 0.86% and 1.95% (13) for males, 1.18% (14) for females and 0.18% among pregnant women teens. The reasons for seeking the service and the factors associated with syphilis had different proportions of men, women and pregnant adolescents. In the group of non-pregnant women, coinfection was observed HIV-syphilis, and association between use of drugs and alcohol with the outcome. Regardless of HIV status, for both groups, the low and sex prevalence of condom use were shown as the main sources of exposure. Conclusions: in non-pregnant women was an association between syphilis, drug / alcohol and HIV coinfection. These findings point to the need for measures to prevent syphilis infection, especially in vulnerable situations, such as drug use and HIV.

**KEYWORDS:** Syphilis. Adolescence. Pregnant women. Associated factors.

## INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível e que ainda se configura como um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Nos Estados Unidos, a incidência de sífilis na população geral foi de 2,1 casos por 100.000 habitantes, em 2000 (RISSER et al. 2005). Outro estudo realizado na América Latina, em 2001, com 22.298 doadores de sangue, de diversas faixas de idade, estimou prevalência de sífilis de 1,10%, com maior proporção para sexo masculino (93%), moradores da zona urbana (60%) e com média de idade de 33 anos (PÉREZ et al., 2003).

No Brasil, cerca de 1,0% da população brasileira (937 mil), foi infectada pela sífilis, conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Em um estudo realizado na cidade de Vitória – ES, com mulheres entre 18 e 29 anos, em 2012, demonstrou prevalência de sífilis de 1,20% (IC 95% 0,5-1,9), com mediana de idade de 23 anos (MIRANDA, A.E. et al., 2012). No entanto, observou-se uma escassez de estudos de prevalência de sífilis na adolescência, pois a maioria das pesquisas engloba a faixa etária adulta ou traz dados da prevalência de sífilis congênita (WHO 2008).

Com relação à prevalência de sífilis gestacional, verificou-se, no âmbito mundial, a proporção de 0,64% em 2010 e 0,39% em 2011, conforme os percentuais médios de 29 países. No Brasil, essas taxas foram 1,60% em ambos os anos (PAHO, 2012). Em 2013, foram registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 21.382 casos de sífilis em gestantes, com taxas de transmissão vertical de 4,7 por 1.000 nascidos vivos e incidência de 5,30% na região Nordeste (BRASIL, 2014). Dessa forma, percebeu-se que a sífilis, quando associada à gravidez na adolescência, constituiu-se em um grave problema de saúde pública por envolver a saúde materno-infantil, necessitando de cuidados especiais no pré-natal, a fim de prevenir a transmissão vertical (ZENKER; BERMAN, 1991; RODRIGUES; GUIMARÃES, 2004).

Apesar de existirem muitos estudos que investigaram os fatores associados às DST, poucos foram realizados na faixa etária da adolescência, período que possui características comportamentais, afetivas e sexuais peculiares às quais se relacionam com o desenvolvimento da autonomia, vivência da sexualidade plena, experimentação e troca de parceiros, além da crença no mito da invulnerabilidade. Desta forma, esses indivíduos arriscam-se sem previsão de danos ou consequências (TAQUETTE, 2003, 2004). Ademais, utilizam substâncias psicoativas (SPAs) com o intuito de relaxamento, diversão, quebra da timidez e fuga da realidade. Tal comportamento expõe esses indivíduos a diversos riscos, como às

relações sexuais eventuais e desprotegidas (SANTOS e PAIVA, 2007; CAMARGO; FERRARI, 2009; WIESE; SALDANHA, 2011).

Na perspectiva social, a adolescência representa um período de crise, pela tentativa de integração às exigências sociais. Os homens sofrem maior pressão para iniciar precocemente a relação sexual, como prova da masculinidade. Por outro lado, as mulheres são mais responsabilizadas pela definição do comportamento sexual, entretanto, confiam no parceiro e apresentam desvantagens na negociação, quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais, com aumento de risco de gravidez e de doença sexualmente transmissível (DST), a exemplo da sífilis (TORRES et al., 2007; WIESE; SALDANHA, 2011).

Segundo pesquisas, a incidência da sífilis continua crescente, apesar das estratégias de promoção e prevenção à saúde (WHO, 2008; GARCIA, 2009), portanto, faz-se necessário levantamento de indicadores, nessa temática e conhecimento dos seus determinantes, em populações específicas, de modo adirecionar medidas de intervenção. O objetivo do atual estudo foi avaliar os fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes de ambos os sexos e gestantes cadastrados no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS (CRM DST/HIV/AIDS) de Feira de Santana/Bahia, no período de 2003 a 2012.

## **METODOLOGIA**

Estudo de corte transversal, com dados secundários extraídos do Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) do Centro de Referência Municipal de Feira de Santana/Bahia. Os sujeitos da pesquisa foram adolescentes entre 11 e 18 anos, de ambos os sexos e gestantes, da mesma faixa de idade, que realizaram testagem para sífilis, no período de 2003 a 2012. Vale ressaltar que a faixa etária escolhida obedeceu à preconização do Ministério da Saúde (MS) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para a adolescência. A sífilis foi definida conforme os resultados do *VenerealDiseaseResearchLaboratories* (VDRL), sendo considerados como positivos apenas os de doença ativa, com exclusão da análise as cicatrizes sorológicas. As demais variáveis foram classificadas em: 1- *sociodemográficas*: estado civil (casado/união estável ou solteiro), escolaridade (<8 anos de estudo ou ≥ 8 anos de estudo), cor da pele (pardo ou não pardo), ocupação (estudante ou outros) e zona de residência (rural ou urbana) 2- *clínicas*: presença de outras DST nos 12 meses que antecederam a realização do exame e soropositividade para HIV; 3- *comportamentais*: motivo da procura do serviço (prevenção e exposição a riscos ou suspeita de DST/AIDS); uso de drogas (maconha, cocaína aspirada, cocaína injetável, *crack*,

heroína, anfetamina), uso de álcool; tipo de exposição à sífilis (relação sexual ou outros, como transfusão de sangue, compartilhamento de seringas; transmissão vertical, transmissão ocupacional e sem relato de risco biológico); multiplicidade de parceiros; uso de preservativo nos últimos 12 meses e na última relação sexual que antecedeu à realização do exame, com parceiro fixo e/ou eventual e motivos para não usar preservativo (fatores pessoais, fatores relacionados ao parceiro e fatores externos). Como fatores pessoais, consideraram-se algumas opções para o não uso do preservativo: não acredita na eficácia do condom; não sabe usar; não dispunha no momento; confia no parceiro; estava sob efeito de drogas/álcool; não acreditava na possibilidade de contaminação; não acreditava na hipótese de soropositividade; não tinha informação; não tem condições financeiras para aquisição do condom; relação sexual não programada; desejo de ter filho; disfunção sexual ou alergia ao produto. Foram classificados como fatores relacionados ao parceiro, para não uso do preservativo: parceiro não aceita; não consegue negociar ou negociou não usar. O tamanho do preservativo e a violência sexual foram considerados como fatores externos.

Os dados foram analisados com a ajuda do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*(SPSS), versão 9.0 for Windows, 1999. Inicialmente, foram descritas e comparadas às características dos adolescentes do sexo masculino e feminino, bem como do grupo de mulheres gestantes com as não gestantes. A seguir, foi realizada análise bivariada das características associadas ao VDRL, segundo o sexo e gravidez. As diferenças de proporções foram testadas quanto à significância estatística, por meio do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson. Adicionalmente, nas caselas com valores esperados inferiores a 5 realizou-se o ajuste com o Teste Exacto de Fisher. Para ambos os testes foi adotado o nível de significância  $<0,05$ .

A análise multivariada não foi realizada, pois não foi possível converter a maioria das variáveis ao modelo logístico, devido à baixa prevalência de sífilis encontrada nesse estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o protocolo de número 343.684/2013 e CAAE 14500213.6.0000.0053.

## **RESULTADOS**

No período de 2003 a 2012, o CTA de Feira de Santana realizou 33.665 atendimentos, sendo 14.407 (42,80%) do sexo feminino, 10.010 (29,70%) do sexo masculino e 9.248 (27,50%) gestantes, em diferentes faixas etárias. No mesmo período, foram registrados

3.482(10,40%) atendimentos de adolescentes de ambos os sexos e gestantes, sendo 34% (1.183) do sexo feminino, 19% (664) do sexo masculino e 47% (1.635) gestantes.

A prevalência de sífilis, na adolescência, foi de 0,86% (30), com proporções de 1,95% (13) para o sexo masculino, 1,18% (14) para o feminino e 0,18% (3) para gestantes. A relação homem/mulher foi de 2:1.

Ao comparar as características sociodemográficas e clínico-comportamentais, em ambos os sexos (Tabela 1), observou-se diferenças estatisticamente significantes entre os grupos, em relação à maior parte das variáveis: estado civil, ocupação, presença de outras DST, uso de drogas, uso de álcool, relação sexual como principal fator de exposição à sífilis, multiplicidade de parceiros sexuais, não uso do preservativo nos últimos 12 meses antes da realização do VDRL e na última relação sexual, com os parceiros fixo e/ou eventuais e fatores pessoais, como principal motivo para não usar preservativo com os parceiros fixo e/ou eventual. Do mesmo modo, quando foram avaliadas as características sociodemográficas e clínico-comportamentais de adolescentes gestantes, em comparação às não gestantes, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significantes para as mesmas variáveis supracitadas, assim como as variáveis: escolaridade, zona de residência e motivos da procura pelo serviço (Tabela 2).

**Tabela 1-** Características sociodemográficas e clínico-comportamentais, de adolescentes de ambos os sexos, exceto gestantes. Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA, Feira de Santana (Bahia), 2003 a 2012.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO (não gestantes)		Valor p*
	n	%	n	%	
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>					
<b>Estado civil</b>					
Casado/união estável	67	10,3	213	18,8	0,000**
Solteiro	584	89,7	918	81,2	
<b>Escolaridade</b>					
<8 anos	311	48,2	549	48	0,48
≥ 8 anos	334	51,8	595	52	
<b>Cor da pele<sup>1</sup></b>					
Pardo (a)	110	21,2	215	22,6	0,27
Não pardo (a)	410	78,8	735	77,4	
<b>Ocupação</b>					
Estudante	431	75,3	892	82,1	0,001**
Outros <sup>2</sup>	141	24,7	195	17,9	
<b>Zona de residência</b>					
Rural	25	3,8	54	4,6	0,24
Urbana	639	96,2	1129	95,4	
<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>					
<b>Presença de outras DST</b>					
Sim	147	22,1	316	26,7	0,017**
Não	517	77,9	867	73,3	
<b>Soropositivo para HIV</b>					
Sim	7	1,1	12	1,1	0,56
Não	639	98,9	1122	98,9	
<b>CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS</b>					
<b>Motivos da procura pelo serviço</b>					
Conhecimento sorologia <sup>3</sup>	195	29,9	367	31,8	0,39
Exposição a riscos/suspeita DST/AIDS	458	70,1	788	68,2	
<b>Uso de drogas<sup>4</sup></b>					
Sim	259	39	315	26,6	0,000**
Não	405	61	868	73,4	
<b>Uso de álcool</b>					
Sim	216	83,4	290	92,4	0,001**
Não	43	16,6	24	7,6	
<b>Tipo de exposição à sífilis</b>					
Relação sexual	592	94,4	1066	96,8	0,011**
Outros <sup>5</sup>	35	5,6	35	3,2	
<b>Multiplicidade de parceiros</b>					
Sim	382	70	380	37,8	0,000**
Não	164	30	626	62,2	
<b>Uso do preservativo últimos 12 meses com parceiro fixo</b>					
Sim	112	35,2	197	23,1	0,000**
Não	206	64,8	655	76,9	
<b>Uso do preservativo na última relação com parceiro fixo</b>					
Sim	60	25,4	121	16,5	0,002**
Não	176	74,6	611	83,5	
<b>Motivos de não usar preservativo com</b>					

<b>parceiro fixo</b>					
Fatores pessoais	168	71,5	420	58,8	0,001**
Fatores relacionados ao parceiro	61	26	281	39,4	
Fatores externos	6	2,6	13	1,8	
<b>Uso do preservativo últimos 12 meses com parceiro eventual</b>					
Sim	221	54,3	145	43	0,001**
Não	186	45,7	192	57	
<b>Uso do preservativo na última relação com parceiro eventual</b>					
Sim	61	22,3	37	17,7	0,12
Não	212	77,7	172	82,3	
<b>Motivos de não usar preservativo com parceiro eventual</b>					
Fatores pessoais	226	84,6	121	58,7	0,000**
Fatores relacionados ao parceiro	29	10,9	41	19,9	
Fatores externos	12	4,5	44	21,4	

**FONTE:** SI- CTA Feira de Santana.

\*Teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson para as categorias das variáveis do estudo e *status* sorológicos; \*\*p<0,05 (estatisticamente significante).

<sup>1</sup>variável autoreferida. opção *não pardo* refere-se a: amarelo, indígena, branco e ignorado.

<sup>2</sup>sem ocupação bem definida.

<sup>3</sup>corresponde a: prevenção e encaminhamentos do pré-natal.

<sup>4</sup>maconha, cocaína aspirada, cocaína injetável, crack, heroína, anfetamina e outras drogas.

<sup>5</sup>transfusão de sangue, compartilhando seringas/agulhas, transmissão vertical, ocupacional, hemofilia, não relata risco biológico, outros, não informado.

**Tabela 2-** Características sociodemográficas e clínico-comportamentais de adolescentes, gestantes e não gestantes. Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA, Feira de Santana (Bahia), 2003 a 2012. (N=2818)

VARIÁVEIS	GESTANTES		NÃO GESTANTES		Valor p*
	n	%	n	%	
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>					
<b>Estado civil</b>					
Casado/união estável	983	62,2	213	18,8	0,000**
Solteiro	597	37,8	918	81,2	
<b>Escolaridade</b>					
<8 anos	888	56,5	549	48	0,000**
≥ 8 anos	684	43,5	595	52	
<b>Cor da pele<sup>4</sup></b>					
Pardo (a)	233	20,8	215	22,6	0,31
Não pardo (a)	888	79,4	735	77,4	
<b>Ocupação</b>					
Estudante	1014	71,2	892	82,1	0,000**
Outros <sup>2</sup>	411	28,8	195	17,9	
<b>Zona de residência</b>					
Rural	202	12,4	54	4,6	0,000**
Urbana	1433	87,6	1129	95,4	
<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>					
<b>Presença de outras DST</b>					
Sim	88	5,4	316	26,7	0,000**
Não	1547	94,6	867	73,3	
<b>Soropositivo para HIV</b>					
Sim	5	0,3	12	1,1	0,015**
Não	1583	99,7	1122	98,9	
<b>CARACTERÍSTICAS</b>					

**COMPORTAMENTAIS**

<b>Motivos da procura pelo serviço</b>					
Prevenção <sup>3</sup>	1587	97,3	367	31,8	0,000**
Exposição a riscos/suspeita DST/AIDS	44	2,7	788	68,2	
<b>Uso de drogas<sup>4</sup></b>					
Sim	146	8,9	315	26,6	0,000**
Não	1489	91,1	868	73,4	
<b>Uso de álcool</b>					
Sim	126	86,9	290	92,4	0,04**
Não	19	13,1	24	7,6	
<b>Tipo de exposição à sífilis</b>					
Relação sexual	1622	99,7	1066	96,8	0,000**
Outros <sup>5</sup>	5	0,3	35	3,2	
<b>Multiplicidade de parceiros</b>					
Sim	229	14,4	380	37,8	0,000**
Não	1360	85,6	626	62,2	
<b>Uso do preservativo últimos 12 meses com parceiro fixo</b>					
Sim	174	11,2	197	23,1	0,000**
Não	1375	88,8	655	76,9	
<b>Uso do preservativo na última relação com parceiro fixo</b>					
Sim	86	5,8	121	16,5	0,000**
Não	1399	94,2	611	83,5	
<b>Motivos de não usar preservativo com parceiro fixo</b>					
Fatores pessoais	883	60,6	420	58,8	0,01**
Fatores relacionados ao parceiro	517	35,5	281	39,4	
Fatores externos	58	4	13	1,8	
<b>Uso do preservativo últimos 12 meses com parceiro eventual</b>					
Sim	70	45,8	145	43	0,57**
Não	83	54,2	192	57	
<b>Uso do preservativo na última relação com parceiro eventual</b>					
Sim	26	28	37	17,7	0,04**
Não	67	72	172	82,3	
<b>Motivos de não usar preservativo com parceiro eventual</b>					
Fatores pessoais	65	68,4	121	58,7	0,01**
Fatores relacionados ao parceiro	23	24,2	41	19,9	
Fatores externos	7	7,4	44	21,4	

**FONTE:** SI- CTA Feira de Santana.

\*Teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson para as categorias das variáveis do estudo e *status* sorológicos; \*\*p<0,05 (estatisticamente significativa).

<sup>1</sup>variável autoreferida. opção *não pardo* refere-se a: amarelo, indígena, branco e ignorado.

<sup>2</sup>sem ocupação bem definida.

<sup>3</sup>corresponde a: prevenção e encaminhamentos do pré-natal.

<sup>4</sup>maconha, cocaína aspirada, cocaína injetável, crack, heroína, anfetamina e outras drogas.

<sup>5</sup>transfusão de sangue, compartilhando seringas/agulhas, transmissão vertical, ocupacional, hemofilia, não relata risco biológico, outros, não informado.

Na análise bivariada, não foram encontradas associações entre a sífilis e as características sociodemográficas de adolescentes de ambos os sexos e gestantes (Tabela 3). Entretanto, quando avaliadas as características clínicas comportamentais (Tabela 4), das mulheres não gestantes notou-se associações entre a sífilis e a

procura do serviço, devido à exposição ou suspeita de DST/AIDS (p 0,03), uso de drogas (p 0,003) e uso de álcool (p 0,02). Vale ressaltar que a coinfeção HIV-sífilis foi constatada em 100% dos homens (13) e em 78,6% (11) das mulheres não gestantes (p 0,000).

Verificou-se que, independente do status sorológico, a relação sexual e a baixa prevalência do uso do preservativo se mostraram como principais formas de exposição à sífilis em ambos os sexos e gestantes adolescentes.

**Tabela 3-** Análise bivariada das características sociodemográficas de adolescentes de ambos os sexos e gestantes, associadas ao diagnóstico de sífilis. Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA, Feira de Santana (Bahia), 2003 a 2012.

	MASCULINO					FEMININO (não gestantes)					GESTANTES				
	VDRL -		VDRL +		Valor p*	VDRL -		VDRL +		Valor p*	VDRL -		VDRL +		Valor p*
	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>TOTAL DE ADOLESCENTES N=3482</b>	651	18,70	13	0,37		1169	33,57	14	0,40		1632	46,86	3	0,08	
<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>															
<b>Estado civil</b>															
Casado/união estável	65	10,2	2	16,7	0,35	211	18,9	2	14,3	0,5	981	62,2	2	66,7	0,68
Solteiro	574	89,8	10	83,3		906	81,1	12	85,7		596	37,8	1	33,3	
<b>Escolaridade</b>															
<8 anos	303	47,9	8	66,7	0,16	539	47,7	10	71,4	0,06	887	56,5	1	33,3	0,40
>= 8 anos	330	52,1	4	33,3		591	52,3	4	28,6		682	43,5	2	66,7	
<b>Cor da pele<sup>1</sup></b>															
Pardo (a)	108	21,3	2	16,7	0,51	214	22,9	1	7,1	0,13	232	20,8	1	33,3	0,50
Não pardo (a)	400	78,7	10	83,3		722	77,1	13	92,3		886	79,2	2	66,7	
<b>Ocupação</b>															
Estudante	422	75,4	9	75	0,60	880	81,9	12	92,3	0,3	1013	71,2	1	33,3	0,20
Outros <sup>2</sup>	138	24,6	3	24		194	18,1	1	7,1		409	28,8	2	66,7	
<b>Zona de residência</b>															
Rural	25	3,8	-	-	0,60	54	4,6	-	-	0,5	202	12,4	0	0	0,67
Urbana	626	98,2	13	100		1115	95,4	14	100		1430	87,6	3	100	

FONTE: SI CTA de Feira de Santana

<sup>1</sup>Teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson para as categorias das variáveis do estudo e *status* sorológicos; \*\*p<0,05 (estatisticamente significante).

<sup>1</sup>variável autoreferida. opção *não pardo* refere-se a: amarelo, indígena, branco e ignorado.

<sup>2</sup> sem ocupação bem definida.

**Tabela 4-** Análise bivariada das características clínico-comportamentais de adolescentes de ambos os sexos e gestantes, associadas ao diagnóstico de sífilis. Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA, Feira de Santana (Bahia), 2003 a 2012.

	MASCULINO					FEMININO (não gestantes)					GESTANTES				
	VDRL -		VDRL +		Valor p *	VDRL -		VDRL +		Valor p *	VDRL -		VDRL +		Valor p *
	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>TOTAL DE ADOLESCENTES N=3482</b>	651	18,7	13	0,37		1169	33,5	14	0,40		1632	46,8	3	0,08	
<b>TOTAL DE ADOLESCENTES N=3482</b>	651	35,8	13	48,1		1169	64,2	14	51,9		1632	58,3	3	17,6	
<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>															
<b>Presença de outras DST</b>															
Sim	145	22,3	2	15,4	0,42	310	26,5	6	42,9	0,17	87	5,3	1	33,3	0,15
Não	506	77,7	11	84,6		859	73,5	8	57,1		1545	94	2	66,7	
<b>Soropositivo para HIV</b>															
Sim	7	1,1	-	-	0,86	9	0,8	3	21,4	0,000**	5	0,3	-	-	0,99
Não	626	98,9	13	100		1111	99,2	11	78,6		1580	99,7	3	100	
<b>CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS</b>															
<b>Motivos da procura pelo serviço</b>															
Conhecimento sorologia <sup>1</sup>	194	30,3	1	7,7	0,06	366	32,1	1	7,1	0,03**	1584	97,3	3	100	0,77
Exposição a riscos/suspeita dst/aids	446	69,7	12	92,3		775	67,9	13	92,9		44	2,7	-	-	
<b>Uso de drogas<sup>2</sup></b>															
Sim	255	39,2	4	30,8	0,38	306	26,2	9	64,3	0,003**	146	8,9	-	-	
Não	396	60,8	9	69,2		863	73,8	5	35,7		1486	91,1	3	100	
<b>Uso de álcool</b>															
Sim	213	83,5	3	75	0,52	284	93,1	6	66,7	0,02**	126	86,9	-	-	-
Não	42	16,5	1	25		21	6,9	3	33,3		19	13,1	-	-	
<b>Tipo de exposição à sífilis</b>															
Relação sexual	582	94,3	10	100	0,56	1052	96,8	14	100	0,63	1619	99,7	3	100	0,99
Outros <sup>3</sup>	35	5,7	-	-		35	3,2	-	-		5	0,3	-	-	
<b>Multiplicidade de parceiros</b>															

Sim	374	69,8	8	80	0,38	373	37,6	7	50	0,24	229	14,4	-	-	0,63
Não	162	30,2	2	20		691	62,4	7	50		1357	85,6	3	100	
<b>Uso do preservativo últimos 12 meses com parceiro fixo</b>															
Sim	112	35,6	-	-	0,27	196	23,3	1	11,1	0,34	174	11,3	-	-	0,69
Não	203	64,4	3	100		647	76,7	8	88,9		1372	88,7	3	100	
<b>Uso do preservativo na última relação com parceiro fixo</b>															
Sim	60	25,6	-	-	0,55	119	16,5	2	22,2	0,45	85	5,7	1	33,3	0,16
Não	174	74,4	2	100		604	83,5	7	77,8		1397	94,3	2	66,7	
<b>Motivos de não usar preservativo com parceiro fixo</b>															
Fatores pessoais	165	71,1	3	100	0,54	415	58,9	5	55,6	0,88	882	60,6	1	33,3	0,52
Fatores relacionados ao parceiro	61	26,3	-	-		277	39,3	4	44,4		515	35,4	2	66,7	
Fatores externos	6	2,6	-	-		13	1,8	-	-		58	4	-	-	
<b>Uso do preservativo últimos 12 meses com parceiro eventual</b>															
Sim	218	54,8	3	33,3	0,17	144	43,5	1	16,7	0,18	70	45,8	-	-	-
Não	180	45,2	6	66,7		187	56,5	5	83,3		83	54,2	-	-	
<b>Uso do preservativo na última relação com parceiro eventual</b>															
Sim	60	22,6	1	14,3	0,51	37	18	-	-	0,45	26	28	-	-	-
Não	206	77,4	6	85,7		168	82	4	100		67	72	-	-	
<b>Motivos de não usar preservativo com parceiro eventual</b>															
Fatores pessoais	220	84,6	6	85,7	0,81	117	57,9	4	100	0,24	65	68,4	-	-	-
Fatores relacionados ao parceiro	28	10,8	1	14,3		41	20,3	-	-		23	24,2	-	-	
Fatores externos	12	4,6	-	-		44	21,8	-	-		7	7,4	-	-	

**FONTE:** SI- CTA Feira de Santana

\*Teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson para as categorias das variáveis do estudo e *status* sorológicos; \*\*p<0,05 (estatisticamente significante).

<sup>1</sup>corresponde a: prevenção ou encaminhamentos do pré – natal.

<sup>2</sup>maconha, cocaína aspirada, cocaína injetável, crack, heroína, anfetamina e outras drogas.

<sup>3</sup> transfusão de sangue, compartilhando seringas/agulhas, transmissão vertical, ocupacional, não relata risco biológico, outros, não informado.

## DISCUSSÃO

A atual pesquisa que avaliou adolescentes de ambos os sexos e gestantes, cadastrados em um Serviço de Referência para triagem e sorologia das DST/HIV/AIDS do SUS, demonstrou prevalência de sífilis na faixa adolescente semelhante às estimativas da população brasileira, ou seja, em torno de 1,10%, conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). No entanto, essa prevalência foi elevada, se comparada a estudos realizados entre adolescentes e jovens adultas, sexualmente ativas, no interior de Goiás (2007 a 2009), que mostraram proporções de sífilis de 0,14% (IC 95% 0,00-0,79) (GARCIA, 2009); assim como no Ceará, com adolescentes e adultos na faixa etária de 12 a 49 anos (2007), onde foi observada prevalência de sífilis de 0,20% (IC 0,0-1,1), (OLIVEIRA et al., 2007). Esses estudos sugerem que os adolescentes iniciam a vida sexual precocemente e, consequentemente estão expostos aos fatores de risco das DST e AIDS.

É preciso lembrar que a interpretação e comparação entre estudos de prevalência em sífilis apresentam dificuldades e limitações, considerando que os Sistemas de Vigilância das DST diferem quanto à captação e adequação das informações, em diferentes regiões, além do que o quadro clínico da doença pode ser assintomático ou apresentar sintomas inespecíficos que limitam o acesso ao diagnóstico.

Ademais, no Brasil, a sífilis adquirida – diagnosticada fora do período gestacional – não é uma doença de notificação compulsória. Assim, as estimativas são realizadas com base nos estudos que utilizam amostras de conveniência com gestantes e puérperas, candidatos a doação de sangue ou grupos populacionais de maior vulnerabilidade, como usuários de drogas, encarcerados ou pacientes atendidos em serviços de DST (ANDRADE et al., 1989; OLIVEIRA et al., 2008; COSTA, 2011). Por sua vez, no presente estudo, os dados sobre a sífilis representam estimativas do número de casos atendidos em um serviço de Referência para DST/HIV/AIDS.

Os dados da presente pesquisa demonstraram maior frequência de sífilis entre adolescentes do sexo masculino, sugerindo variabilidade de comportamentos entre os gêneros, entretanto, observou-se que, tanto mulheres não gestantes, como homens se expuseram aos fatores de riscos, com menor frequência do uso de preservativo entre as mulheres – importante medida de prevenção contra as DST. As principais diferenças entre as características sociodemográficas e clínico-comportamentais entre adolescentes de ambos os sexos (exceto gestantes) que podem explicar a maior prevalência de sífilis no sexo masculino,

foi a maior exposição ao uso de drogas, a multiplicidade de parceiros sexuais e a ausência de ocupação profissional definida.

No atual estudo, as características clínicas-comportamentais das mulheres não gestantes associados com o VDRL positivo, foram: busca pelo serviço devido à exposição ou suspeita de DST/AIDS (p 0,03), uso de drogas (p 0,003), uso de álcool (p 0,02) e coinfeção (p 0,000) com o HIV.

No que concerne à exposição e/ou suspeita de DST/AIDS, estudos demonstram que a adolescência apresenta maior vulnerabilidade quanto ao comportamento sexual e ao uso irregular do preservativo, especialmente entre as mulheres dessa faixa de idade (COOPER et al., 1998; AYRES et al., 2003; COLLINS et al., 2004). Por sua vez, estas são mais vulneráveis às DST/HIV/AIDS, não apenas pela constituição biológica do trato genital feminino, como também pela frequência com que são vítimas de submissão e violência em função das questões de gênero, resultando no baixo controle sobre sua atividade sexual e uso do preservativo.

Outro dado que corrobora com a discussão acima, foram os percentuais do atual estudo quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais, com parceiros eventuais, nos últimos 12 meses, que se apresentaram abaixo dos percentuais nacionais, evidenciados em pesquisa da Organização Panamericana de Saúde, em 2013 (PAHO, 2014). Esses resultados podem ser entendidos através da interpretação dos motivos referidos pelos adolescentes quanto a não utilização do preservativo nas relações sexuais: parceiro não ter aceitado ou ter negociado não usá-lo ou pela confiança no mesmo – motivos apresentados pelas mulheres. Quanto ao sexo masculino, os motivos para não usar preservativo foram: a falta deste no momento do ato sexual ou por não estar convencido dos seus benefícios. Esses dados sugerem a submissão do gênero feminino e a falta do empoderamento da mulher para negociação do uso do preservativo, e conseqüentemente, maior exposição às situações de risco de infecção.

Quanto ao uso de drogas e álcool, segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) o uso de Substâncias Psicoativas (SPAs) se inicia na adolescência, entre 12 a 14 anos, com maior prevalência para o sexo masculino, sejam as drogas lícitas ou ilícitas (CEBRID, 2010). Entretanto, estudos enfatizam o aumento do consumo de drogas pelas mulheres (JINEZ et al., 2009; SCHENKER; MINAYO, 2005; SENGIK; SCORTEGAGNA, 2008), com maior exposição às relações sexuais casuais e desprotegidas (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004; NOTO, 1999).

No que tange a comorbidade HIV-sífilis, foi verificada pela presente pesquisa, a presença de coinfeção em 100% dos homens (n 13) e em 78,6% (n 11) entre mulheres não

gestantes; entretanto, apenas no último grupo, foi verificada associação significativa com o VDRL positivo ( $p < 0,000$ ). Estudos sobre coinfeção demonstraram ser a sífilis a principal DST associada ao HIV, sendo que o tratamento pode ser complexo, diante do alto comprometimento do sistema imunológico. Ademais, a infecção pelo HIV pode levar ao estágio terciário da sífilis, com graves sequelas, como também abrevia o tempo entre o aparecimento da forma primária e secundária. Em alguns casos, pode-se encontrar indivíduos com superposição desses quadros (PASSOS et al., 2001; SIGNORINI et al., 2007).

Apesar desta pesquisa não ter observado significância estatística entre o grupo de gestantes adolescentes e o desfecho, faz-se necessário, neste momento, discutir alguns aspectos sobre a sífilis na gestação e a sífilis congênita, visto a magnitude dessa problemática para a saúde pública. No atual estudo, o grupo de gestantes adolescentes mostrou prevalência de 0,18%. Pesquisa semelhante, realizada em Belo Horizonte, no período de 1999 a 2000, demonstrou baixa prevalência da infecção (0,17% IC 1,2-2,2) em gestantes entre 15 e 19 anos (RODRIGUES et al., 2004). Todavia, estudos indicam que com o avançar da idade registra-se maior proporção da doença, como pode ser verificada através da prevalência de 1,50%, encontrada em pesquisa realizada com gestantes adolescentes e jovens adultas, no período de 2004 a 2008, em Feira de Santana (COSTA, 2011). Esse resultado corrobora com as estimativas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), bem como com a Organização Panamericana de Saúde, em 2012 (PAHO, 2012) que apontam prevalência de sífilis de 1,60% em parturientes, de diversas faixas etárias.

Segundo estudos da Organização Panamericana de Saúde, em 2014, houve um aumento nas testagens para sífilis em gestantes entre os anos de 2011 a 2013 e conseqüentemente, redução da prevalência da sífilis gestacional daquelas que receberam cuidados pré-natais (PAHO, 2014). No entanto, pesquisa realizada em 2012, que estimou a incidência de sífilis congênita e identificou sua relação com a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, sugeriu que, apesar do aumento das coberturas de pré-natal, ainda se observa uma baixa efetividade dessas ações para a prevenção da sífilis congênita (ARAÚJO, C. L., et al., 2012). Esse dado se torna mais preocupante quando se refere à prevenção de sífilis congênita em gestantes adolescentes.

Estudos verificaram que a ocorrência de sífilis na gestação é maior em primigestas menores de 14 anos de idade, com baixa escolaridade e que não utilizam preservativo nas relações sexuais durante a gravidez. Pesquisa realizada no Rio de Janeiro, no período de 1999 e 2000, mostrou que as abordagens realizadas durante o pré-natal obtiveram baixo

impacto quanto à redução da infecção em gestantes, o que permite a perpetuação do ciclo materno-fetal da sífilis (BOTELHO et al., 2008; ARAÚJO, C. L., et al., 2012).

Apesar das mulheres adolescentes representarem a principal clientela do CTA, em comparação aos homens adolescentes, observou-se que, tanto os homens, como as mulheres não gestantes, procuraram o Sistema de Saúde por motivos de exposição a situações de risco ou por apresentarem sintomas relacionados às DST/AIDS. No caso das gestantes, a procura pelo setor deve-se aos encaminhamentos de rotina do pré-natal, como medida de prevenção às infecções, considerando que o Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana constitui a referência do SUS para a realização de triagem sorológica para HIV e sífilis.

Conclui-se que os fatores associados à infecção por sífilis se comportaram de modo diverso, quando se avaliou adolescentes de ambos os sexos e gestantes adolescentes. No grupo de adolescentes não gestantes foi verificada a presença de coinfeção HIV-sífilis, além de associação entre o uso de drogas e álcool com o VDRL positivo. Já entre os homens e as mulheres gestantes adolescentes não foram encontrados fatores preditivos para sífilis. É necessário destacar que as medidas de prevenção e intervenção devem ser compatíveis com as especificidades de cada grupo, pois a variabilidade de comportamento está associada a diferentes riscos de adoecer.

É importante enfatizar sobre a escassez de estudos na adolescência, sendo que a maioria das pesquisas incluem a faixa de adultos e jovens ou a população geral. Mesmo considerando a relevância de estudos que avaliam a frequência de um evento, em grupos populacionais específicos, para a definição de uma linha de base de medidas de prevenção, intervenção e controle dos agravos, é preciso considerar as limitações desta pesquisa, que por se tratar de estudo transversal, não permite estabelecer nexos causais entre as características estudadas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que as situações de vulnerabilidade são diferentes, mesmo se tratando de um subgrupo da mesma faixa etária, pois os fatores associados à sífilis, relacionadas às características clínicas-comportamentais, se apresentaram de modo diferente no grupo de mulheres não gestantes.

A baixa adesão ao uso do preservativo nas relações sexuais, especialmente entre as mulheres, pode estar relacionada às desigualdades de gênero para a negociação do uso do preservativo com parceiro fixo ou eventual. Diante do risco de ocorrência de sífilis, torna-se

fundamental a sensibilização dos adolescentes para mudança de atitude, com incentivo à autoproteção.

Na operacionalização de políticas públicas multisetoriais direcionadas aos adolescentes é preciso considerar as singularidades e especificidades desse grupo, que apresenta comportamento diferenciado, no que diz respeito aos aspectos psicossociais, sexuais e reprodutivos. Ao considerar os níveis de complexidade que envolvem essa faixa de idade, faz-se necessário avançar na organização dos serviços, de modo a possibilitar a participação dos adolescentes nas instituições de saúde, ampliando sua acessibilidade às ações preventivas, além de garantir uma assistência de qualidade nas dimensões preconizadas pelo SUS.

Neste sentido, é preciso implementar ações de educação em saúde nas escolas e comunidades, em parceria com as instâncias educacionais, judiciais e organizações não governamentais (ONG), podendo os serviços de saúde funcionar como um canal de interlocução dos adolescentes.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE A. L.S.S. et al. **Soroprevalência e fatores de risco para sífilis em população carcerária de Goiás.** Rev. Int. Med. Trop. 31(3): 177-182, 1989.

AYRES, J.R.C. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 117-138.

\_\_\_\_\_. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.** In: Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drummond Junior, Yara Maria de Carvalho. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec/ Editora FIOCRUZ, 2006, 375-417.

BOTELHO C.A.O., et al. 2008. **Prevalência dos agravos triados no programa de proteção a gestante do estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007.** Rev. Int. Med. Trop 37(4): 341-353.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevalências e freqüências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005.**

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de DST e Aids. Transmissão Vertical: **Plano para reduzir infecção por HIV e sífilis em recém-nascido**. Brasília, 2007. Disponível em <[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em 20 set. 2013.

\_\_\_\_\_. 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](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em: 12 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2012. **Boletim Epidemiológico da sífilis**. Ano I Número 01. Disponível em <[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em: 05 ago. 2013.

CAMARGO, E.A.I.; FERRARI, R.A.P. **Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção**. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol, 14, n. 3, p. 937-946, 2009.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas. **Levantamento sobre o consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de ensino fundamental (8º e 9º ano) e médio (1º a 3º ano) da rede particular do município de São Paulo**, n. 66, 2010.

COLLINS, R. L. et al. **Watching Sex on Television Predicts Adolescent Initiation of Sexual Behavior**. *Pediatrics*, 2004;114(3):280-289.

COOPER, M.L et al. **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.

COSTA. M.C.O. 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**. *Rev. Baiana de Saúde Pública*, 35, suppl. 1, p. 179-185, 2011.

GARCIA, F.L.B. **Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás**. 2009. 78.f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, 2009.

HERNÁNDEZ – GIRÓN C. et al. **Prevalência Y factores de riesgo asociados a sífilis em mujeres**. *Rev. Saúde Pública*, 1998. V. 32, n 6, p.579-586.

HOCHGRAF P.B., BRASILIANO S. **Mulheres farmacodependentes: Uma experiência brasileira. álcool e drogas sem distorção**. Programa Álcool e Drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein [Online] março 2004. Disponível em: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>. Acesso em: 15 out. 2013.

JIMÉNEZ, A.L. et al. **Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis socioeconômicas e demográficas**. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 56-62, jan/fev. 2001.

JINEZ, M.L.J. et al. **Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol.17, n. 2, março-abril 2009.

MIRANDA, A. E. **Fatores de risco para sífilis em mulheres jovens, atendidas pelo programa de saúde da família em Vitória (ES), Brasil.** An Bras Dermatol. 2012, vol 87, n1, p. 76-83.

NOTO, A.R. **O uso de drogas psicotrópicas no Brasil: última década e tendências.** O mundo em Saúde, 1999; 1:5-9.

OLIVEIRA V.M.; VERDASCA I.C.; MONTEIRO M.C. **Deteção de sífilis por ensaios de Elisa e VDRL em doadores de sangue do Hemonúcleo de Guarapuava, Estado do Paraná.** Rev Int. Med. Trop. 41(4), p. 428-430, 2007.

PAHO, Pan American Health Organization. 2012 **Progress Report. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in the Americas.** Washington, D.C. 2013.

PASSOS M.R.L et al. **Tratamento de sífilis adquirida com azitromicina.** Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis 13: 27-32, 2001.

PÉREZ, D, MATTAR, S. **Prevalência de marcadores infecciosos en el banco de sangre del Hospital San Jerónimo de Montería: 1996 – 2001.** Asoc Colomb de Inf. 2003; 7: 15-20.

RODRIGUES, C.S.; GUIMARÃES M.D.C. **Grupo Nacional de estudo sobre sífilis congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil.** Ver. Panam. Salud. Publica. 16(3), 2004. p. 168-175.

SANTOS, A.O.; PAIVA, V. **Vulnerabilidade ao HIV: turismo e uso de álcool e outras drogas.** Rev Saúde Pública, vol. 41, Supl. 2, 2007. p. 80-6.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. **Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, n. 3, 2005. p. 707-17.

SENGIK, A.S.; SCORTEGAGNA, S.A. **Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares.** Revista de Psicologia. Vetor Editora, vol. 9, n 1, 2008. p. 73-80.

SIGNORINI, D.J.H. et al. **Prevalência da co-infecção HIV-Sífilis em um hospital do Rio de Janeiro no ano de 2005.** Rev. Int. Med. Trop., 2007, 40, suppl3:282-285.

TAQUETTE, S.R. et al. **Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, out. 2003.

**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.

TORRES C.A., BESERRA E.P., BARROSO M.G.T. **Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes.** Esc Anna Nery Rev Enferm.;11(2), p.296-302, 2007.

WIESE, I.R.B.; SALDANHA, A.A.W. **Vulnerabilidade dos adolescentes às dst/aids: ainda uma questão de gênero?.** Psic., Saúde & Doenças, Lisboa,v.12, n.1, 2011.

WHO, 2008. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação,** 2008.

ZENKER, P.N.; BERMAN, S.M., **Congenital Syphilis: trends and recommendations for evaluation and management.** Pediatr. Infect. Dis.; 10, p.516-522,1991.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Centro de DST/HIV/AIDS é a referência nessa área para Feira de Santana e municípios circunvizinhos. Além do tratamento e acompanhamento aos pacientes, desenvolve ações estratégicas de promoção e prevenção às DST/HIV/AIDS para grupos vulneráveis, como também realiza atividades e intervenções de educação em saúde nas escolas, comunidades e empresas. O CRM funciona como mais um canal aberto para a escuta dos adolescentes, pois fortalece os vínculos entre os pares e contribui com a construção da autonomia e ampliação da percepção sobre as vulnerabilidades dessa população específica.

A análise dos fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes cadastrados no Centro de Referência em DST/HIV/AIDS, possibilitou o conhecimento do perfil epidemiológico desse grupo no município de Feira de Santana-Ba.

A análise bivariada dos fatores predisponentes à sífilis mostrou associação significativa entre o uso de drogas e álcool com o desfecho, nas mulheres não gestantes. Faz-se necessário enfatizar a associação entre as infecções HIV e sífilis, principalmente no grupo das adolescentes não gestantes. Além disso, verificou-se que o comportamento sexual dos adolescentes esteve vinculado a múltiplos fatores como: exposição a situações de risco, uso irregular do preservativo e irresponsabilidade nos aspectos preventivos. Independente do status sorológico, para todos os grupos, a relação sexual e a baixa prevalência do uso do preservativo se mostrou como principal forma de exposição à sífilis.

Por sua vez, os resultados do atual estudo sinalizam que as medidas de intervenção realizadas pelo Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, em mulheres não gestantes devem ser priorizadas por se constituir em um grupo de maior vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, A.C.G., SALDANHA, A.A.W. **A Vulnerabilidade à Aids Associada ao Uso de Álcool por Adolescentes**. VII Congresso Virtual HIV/AIDS: O VIH/SIDA nos Países de Língua Portuguesa. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article>. Acesso em: 23 mar. 2012.

ANDRADE A. L.S.S. et al. **Soroprevalência e fatores de risco para sífilis em população carcerária de Goiás**. Rev. Int. Med. Trop. 31(3): 177-182, 1989.

ARAÚJO, T.W. et al. **Factors associated with condom use among youth aged 15–24 years in Brazil in 2003**. In: AIDS 2005, 19 (suppl 4): S42–S50;

\_\_\_\_\_. **Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares**. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, fev. 2003.

ASINELLI-LUZ, A; FERNANDES JUNIOR, N. **Gênero, adolescências e prevenção ao HIV**. Pro-Posições, Campinas, 2008; 19(2): 81-97.

AYRES, J.R.C. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 117-138.

\_\_\_\_\_. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drummond Junior, Yara Maria de Carvalho. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec/ Editora FIOCRUZ, 2006, 375-417.

BERTAKIS, K.D. et al. **A. Gender Differences in the Utilization of Health Care Services**. *J. Fam Pract.* Feb;49(2), p. 147-52, 2000.

BOTELHO C.A.O., et al. 2008. **Prevalência dos agravos triados no programa de proteção a gestante do estado de Mato Grosso do Sul de 2004 a 2007**. Rev. Int. Med. Trop 37(4): 341-353.

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.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Prevalências e freqüências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras**, 2005.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de DST e Aids. Transmissão Vertical: **Plano para reduzir infecção por HIV e sífilis em recém-nascido**. Brasília, 2007. Disponível em<[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em 20 set. 2013.

\_\_\_\_\_. 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](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em: 05 nov.2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância à Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2012. **Boletim Epidemiológico da sífilis**. Ano I Número 01. Disponível em<[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)>. Acesso em: 05 ago. 2013.

BRÊTAS, J.R.S. et al. **Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 22, n. 6, Dec. 2009.

CAMARGO, E.A.I.; FERRARI, R.A.P. **Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção**.Ciência & Saúde Coletiva, vol, 14, n. 3, p. 937-946, 2009.

CARDOSO A.J.C. et al. **HIV infection among pregnant women attended in testing and counseling centers for AIDS**. Rev Saúde Pública 41(Supl. 2): 1-7.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas. **Levantamento sobre o consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de ensino fundamental (8º e 9º ano) e médio (1º a 3º ano) da rede particular do município de São Paulo**, n. 66, 2010.

CHESSON H. W. et al. 2008. **Decreasing Age Disparities in Syphilis and Gonorrhea Incidence Rates in the United States, 1981-2005**. Sexually Transmitted Diseases 35(4): 393-397.

CODES, J.S. et al. **Deteção 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.

COLLINS, R. L. et al. **Watching Sex on Television Predicts Adolescent Initiation of Sexual Behavior**. Pediatrics, 2004;114(3):280-289.

COOPER, M.L et al. **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.

COSTA. M.C.O. 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.** *Rev. Baiana de Saúde Pública*, 35, suppl. 1, p. 179-185, 2011.

CÔRREA S. **Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações.** In: Giffin K.; Costa H. (orgs.) *Questões da saúde reprodutiva.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1999.

GARCIA, F.L.B. **Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás.** 2009. 78.f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, 2009.

GRANT, LM. **Adolescent sexuality.** *Pediatric Clinics of North America*35:1271-1289, 1988.

GUBERT, D.; MADUREIRA, V.S.F. **Iniciação sexual de homens adolescentes.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, supl.2 2008.

HOCHGRAF P.B., BRASILIANO S. **Mulheres farmacodependentes: Uma experiência brasileira. Álcool e Drogas sem Distorção:Programa Álcool e Drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein** [On line] março 2004. Disponível em: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>). Acesso em 23 de abril de 2013.

HOCHGRAF P.B., BRASILIANO S. **Mulheres farmacodependentes: Uma experiência brasileira. álcool e drogas sem distorção.** Programa Álcool e Drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein [Online] março 2004. Disponível em: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>). Acesso em: 15 out. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). XII Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/sobre-censo>. Acesso em: 12 dez.2012.

JIMÉNEZ, A.L. et al. **Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis socioeconômicas e demográficas.** *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 56-62, jan/fev. 2001.

JINEZ, M.L.J. et al. **Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, vol.17, n. 2, março-abril 2009.

KAESTLHE C.E., et al. **Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults.** *Am J Epidemiol.* 2005;161(8):774-80.

KAWAMOTO, E.E. et al. **Enfermagem Comunitária.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1995. 133-147p.

MAGNUSSON C. **Adolescent girls' sexual attitudes and opposite-sex relations in 1970 and in 1996.** *Journal of Adolescent Health* 28: 242-252, 2001

MORAIS, V.O. et al. **Doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e uso/abuso de substâncias psicoativas na adolescência.** *Jornal de Pediatria*, v.77 supl.2, 2001.

NOTO, A.R. **O uso de drogas psicotrópicas no Brasil: última década e tendências.** *O mundo em Saúde*, 1999; 1:5-9.

OLIVEIRA V.M.;VERDASCA I.C.;MONTEIRO M.C. **Detecção de sífilis por ensaios de Elisa e VDRL em doadores de sangue do Hemonúcleo de Guarapuava, Estado do Paraná.** *Rev. Int. Med. Trop.* 41(4), p. 428-430, 2007.

PAHO, Pan American Health Organization. 2012 **Progress Report. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in the Americas.** Washington, D.C. 2013.

PARSLOW, T.G. et al. **Imunologia Médica.** In: Bockenstedt L.K, MD. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A., 2004. 600-603p.

PASSOS M.R.L et al. **Tratamento de sífilis adquirida com azitromicina.** *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 13: 27-32, 2001.

PARAGUASSU,A.L.C.B. **Maternidade na Adolescência: aspectos sócio-demográficos e de saúde reprodutiva pré e pós gestacional.** 94f. Dissertação (mestrado em saúde coletiva) Universidade estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-BA,2003.

PÉREZ, D, MATTAR, S. **Prevalência de marcadores infecciosos en el banco de sangre del Hospital San Jerónimo de Montería: 1996 – 2001.** *Asoc Colom de Inf.* 2003; 7: 15-20.

RODRIGUES,C.S.;GUIMARÃES M.D.C. **Grupo Nacional de estudo sobre sífilis congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil.** *Rev. Panam. Salud. Publica.* 16(3), p.168-175, 2004.

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

RISSER W. L., et al. **The Epidemiology of Sexually Transmitted Infections in Adolescents.** *Semin Pediatr Infect Dis.* 2005, 16: 160-167.

RUA, M.G.; 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.

SANTOS, A.O.; PAIVA, V. **Vulnerabilidade ao HIV: turismo e uso de álcool e outras drogas.** *Rev Saúde Pública*, vol. 41, Supl. 2, p. 80-6, 2007.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. **Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência.** *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 10, n. 3, p. 707-17, 2005.

SENGIK, A.S.; SCORTEGAGNA, S.A. **Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares.** *Revista de Psicologia. Vetor Editora*, vol. 9, n 1, p. 73-80, 2008.

SIGNORINI, D.J.H. et al. **Prevalência da co-infecção HIV-Sífilis em um hospital do Rio de Janeiro no ano de 2005.** *Rev. Int. Med. Trop.*, 2007,40, suppl 3:282-285.

SILVA, P.D.B. et al. **Comportamentos de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.7, n.2, p.185-189,2011. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 14 out. 2012.

SOUZA, M.M. et al. **A abordagem de adolescentes em grupos: o contexto da educação em saúde e prevenção de DST.** *DST j. bras. doenças sex. transm*, v. 16, n.2, 2004.

SOUZA, F.G; De BONA, J.C; GALATO, D. **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.

TAKAHASHI, R.F.; SHIMA, H.; SOUZA, M. et al. **Mulher e AIDS: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais.** *Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 6, n. 5, p. 59-65, 1998.

TAQUETTE, S.R. et al. **Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS.** *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 19, n. 5, out. 2003.

\_\_\_\_\_. **Fatores associados a iniciação sexual: estudo transversal em adolescentes no Rio de Janeiro.** *Adolesc. Saúde*, v.01, n.03, 2004.

\_\_\_\_\_. **Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco.** *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 37, n. 3, 2004 .

\_\_\_\_\_. **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.

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

\_\_\_\_\_. **Violência e Atividade Sexual Desprotegida em Adolescentes Menores de 15 anos.** *Rev Assoc Med Bras*, v.56, n.4, 2010.

\_\_\_\_\_. **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.

TORRES C.A., BESERRA E.P., BARROSO M.G.T. **Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes.** Esc Anna Nery Rev Enferm.;11(2), p.296-302, 2007.

VILLELA, W.V; DORETO, D.T. **Sobre a experiência sexual dos jovens.**Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, Nov. 2006.

WIESE, I.R.B.; SALDANHA, A.A.W. **Vulnerabilidade dos adolescentes às dst/aids: ainda uma questão de gênero?.** *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa,v.12, n.1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scileo.php>. Acesso em 09 jan.2014.

WHO 2008. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**, 2008.

ZENKER, P.N.; BERMAN, S.M., **Congenital Syphilis: trends and recommendations for evaluation and management.** *Pediatr. Infect. Dis.*; 10, p.516-522, 1991.

**ANEXO**

**ANEXO A – Formulário de Atendimento do SI-CTA/ Ministério da Saúde/PN DST-AIDS**