
SUMÁRIO – SUMMARY

EDITORIAL

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: TRANSCENDENDO AS APARÊNCIAS	99
<i>Paulo Cesar Giraldo</i>	

ARTIGOS

CONSEQÜÊNCIAS BIOPSISSOCIAIS DA AIDS NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS SOROPOSITIVAS PARA O HIV	100
<i>Bio-Psychosocial Consequences of Aids on the Quality of Life of HIV Serum-Positive People</i>	
<i>Alessandra R Castanha, Maria da Penha L Coutinho, Ana AW Saldanha, Josevânia SC Oliveira</i>	
FATORES COMPORTAMENTAIS E CARACTERÍSTICAS DA MICROBIOTA VAGINAL ENVOLVIDOS NA GÊNESE DA VAGINOSE BACTERIANA EM PROFISSIONAIS DO SEXO E NÃO-PROFISSIONAIS DO SEXO	108
<i>Behavior Factors and Characteristics of Microbial Vaginal Flora Related to the Establishment of Bacterial Vaginosis in Sex Workers and Non-Sex Workers</i>	
<i>José A Simões, Michelle G Discacciati, Eliane Brolazo, Priscila M Portugal, Rodrigo P S Paupério, Alla Aroutcheva, V Lin Tao</i>	
AVALIAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	113
<i>Congenital Syphilis in the State of Espírito Santo</i>	
<i>Lucia Helena M Lima, Maria Fátima C Gurgel, Sandra F Moreira-Silva</i>	
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA SÍFILIS MATERNA Y CONGÉNITA EN EL SUB SECTOR PÚBLICO A NIVEL NACIONAL, PARAGUAY – 2000-2004	117
<i>Epidemiologic Situation of the Congenital and Maternal Syphilis in the Sub Public Sector, Paraguay – 2000-2004</i>	
<i>Malvina Paez, María Isabel R Riveros</i>	
USO DO PRESERVATIVO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL: MITO OU REALIDADE?	124
<i>The Use of the Condom in the First Sexual Relation: Myth or Reality?</i>	
<i>Maria da Penha L Coutinho, Ana Alayde W Saldanha, Regina LW Azevedo</i>	
PAPILOMAVIRUS HUMANO EM MULHERES SUBMETIDAS À COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA	130
<i>Human Papillomavirus in Women Submitted to Oncotic Colpocytology</i>	
<i>Vânia Noronha, Ermelinda Moutinho da Cruz, Cecília Naum-Pinho, Wyller Mello, Rodolfo Noronha, Ígor Silveira, Sandro Mendes, Luísa Villa</i>	
CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS DAS ADOLESCENTES DA LEGIÃO MIRIM DE MARÍLIA – SÃO PAULO, BRASIL, 2005	137
<i>Reproductive Characteristics of the Adolescents from Legião Mirim in Marília – São Paulo, Brazil, 2005</i>	
<i>Sílvia Helena CC Rojas, Karín D Crestani, Gabriela V Batista, Ana Paula A Melo</i>	
PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA AIDS NA VELHICE	143
<i>Health Professional Perceptions about Aids in Old Age</i>	
<i>Isabel Cristina V Oliveira, Ludgleydson F Araújo, Ana Alayde W Saldanha</i>	
GRAVIDEZ E DST: PRÁTICAS PREVENTIVAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS	148
<i>Pregnancy and STD: Preventive Practices among University Students</i>	
<i>Sâmia TO Rabelo, José Stênio PF Junior, Lydia V Freitas, Emeline M Lopes, Ana Karina B Pinheiro, Priscila de Souza Aquino, Lorena B Ximenes</i>	



**ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE
BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS**

Av. Roberto Silveira, 123- Niterói - RJ - Brasil
CEP 24230-150 - Tels.: (21) 2710-1549

www.dstbrasil.org.br

DIRETORIA SBDST (2004 - 06)

Presidente:
Maria Luiza Bezerra Menezes (PE)

1º Vice-Presidente:
Geraldo Duarte (SP)

2º Vice-Presidente:
Newton Sergio de Carvalho (PR)

1º Secretário:
Adele Schwartz Benzaken (AM)

2º Secretário:
Paulo César Giraldo (SP)

1º Tesoureiro:
Carlos Alberto Sá Marques (PE)

2º Tesoureiro:
Mariângela Silveira (RS)

Diretor Científico:
Mauro Romero Leal Passos (RJ)

REGIONAL ALAGOAS
Presidente: Cledna Bezerra de Melo

REGIONAL AMAZONAS
Presidente: João Catarino Dutra Júnior

REGIONAL BAHIA
Presidente: Roberto Dias Fontes

REGIONAL CEARÁ
Presidente: Ivo Castelo Branco Coelho

REGIONAL ESPÍRITO SANTO
Presidente: Angélica Espinosa Miranda

REGIONAL GOIÁS
Presidente: Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

REGIONAL PARANÁ
Presidente: Newton Sergio de Carvalho

REGIONAL PERNAMBUCO
Presidente: Carlos Alberto Sá Marques

REGIONAL RIO DE JANEIRO
Presidente: Mauro Romero Leal Passos

REGIONAL RIO GRANDE DO NORTE
Presidente: Jair Maciel de Figueiredo

REGIONAL RIO GRANDE DO SUL
Presidente: Mariângela Silveira

REGIONAL RONDÔNIA
Presidente: Alberto Saraiva Tibúrcio

REGIONAL SÃO PAULO
Presidente: Paulo César Giraldo



**ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO
LATINO-AMERICANA E CARIBENHA PARA
O CONTROLE DAS DST**

Presidente: Adele Schwartz Benzaken (Brasil)
1º Vice-Presidente: Enrique G. Garcia (Cuba)
2º Vice-Presidente: Alicia Farinati (Argentina)
3º Vice-Presidente: Anibal H. Pinochet (Chile)
4º Vice-Presidente: Mauro Cunha Ramos (Brasil)
1º Secretário: Mauro Romero Leal Passos (Brasil)
2º Secretário: Freddy T. Guzman (Bolívia)
1º Tesoureiro: José Carlos G. Sardinha (Brasil)
2º Tesoureiro: Miguel Tili (Argentina)
Diretor Científico: Paulo César Giraldo (Brasil)
Diretor Científico Adjunto: Newton Carvalho (Brasil)
Diretor Científico Adjunto: Patrícia J. Garcia (Peru)
Conselho Fiscal: Maria Luiza Bezerra Menezes (Brasil)
Renata de Queiroz Varella (Brasil)
Vândira Maria dos S. Pinheiro (Brasil)



JB DST é o órgão oficial para a
América Latina da União
Internacional Contra as
Infecções de Transmissão Sexual (IUSTI)

Presidente:
James Bingham

Secretário Geral:
Ron Ballard

Filiado a
Associação Brasileira
de Editores Científicos



CONSELHO EDITORIAL
Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:
Maria Luiza Bezerra Menezes (PE)
Vândira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Comissão Editorial:
Adele Schwartz Benzaken (AM)
Geraldo Duarte (SP)
Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)
Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)
Iara Moreno Linhares (SP)
José Antônio Simões (SP)
Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)
Luiz Carlos Moreira (RJ)
Ivo Castelo Branco Coelho (CE)
Mauro Cunha Ramos (RS)
Newton Sérgio de Carvalho (PR)
Paulo Canella (RJ)
Paulo César Giraldo (SP)
René Garrido Neves (RJ)
Tomaz Barbosa Isolan (RS)
Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional:
Alicia Farinati (Argentina)
Enrique Galbán García (Cuba)
Peter Piot (UNAIDS-Suíça)
Rui Bastos (Moçambique)
Steven Witkin (EUA)

**ÓRGÃO OFICIAL DO SETOR
DE DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS**

uff MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CCM/CMB/MIP
SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Outeiro de S. João Batista, s/nº
Campus do Valonguinho - Centro
Niterói - RJ - 24210-150 - Brasil
Tel.: 55 (21) 2629-2495 - 2629-2494
Fax.: 55 (21) 2629-2507
E-mail: dst@vm.uff.br
www.uff.br/dst

Reitor da UFF:
Roberto de Souza Salles

Vice-Reitor:
Antonio José dos Santos Peçanha

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
Humberto Fernandes Machado



Editora da Universidade Federal Fluminense
<http://www.eduff.uff.br>

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Ministro
José Agenor Alvares da Silva

**PROGRAMA NACIONAL
DE DST E AIDS**
Mariângela Batista Galvão Simão

As matérias assinadas e publicadas no
**DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente
Transmissíveis** são de
responsabilidade exclusiva de seus
respectivos autores, não refletindo
necessariamente a opinião dos editores.

Direcionamento e Distribuição:
DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis é direcionado aos sócios da SBDST, assinantes, bibliotecas, centros de referência, ginecologistas, urologistas, infectologistas, dermatologistas, clínicos, programas saúde da família e entidades com convênio. É trimestral com tiragem de 3.000.

**Pede-se permuta - Exchange requested
On prie l'échange - Se solicita ei caxze
Mau bitet nu Austausch - Si prega lo escambo**

**INDEXADA: LILACS - Literatura Latino
Americana em Ciências da Saúde,
Library of the Congress - WC- 140**

É proibida a reprodução total ou parcial do DST - JBDST
sem a expressa autorização do editor.

APOIO



Projeto - Atividade 532/03
Ministério da Saúde/PN DST/Aids

Editorial

Doenças Sexualmente Transmissíveis: Transcendendo as Aparências

Interessante saber que a América Latina e principalmente o Brasil atingiram índices altamente elogiáveis de cobertura no oferecimento do tratamento gratuito de medicações anti-retrovirais (100% para alguns, 80% para outros). O continente africano por sua vez, só agora conseguiu oferecer o mesmo serviço a apenas um quarto dos infectados.

Mais que acertada, esta é uma boa forma de melhorar as condições gerais das pessoas infectadas e diminuir a transmissibilidade do HIV. Não há mais dúvidas, neste momento, de que a terapia anti-retroviral não só melhora e prolonga a vida média das pessoas com a doença instalada, mas também, paralelamente, diminui significativamente a carga viral circulante dos infectados e consequentemente baixa o risco da transmissibilidade do vírus. Evitando, desta forma, que mais pessoas sejam infectadas.

Esta brilhante e acertada estratégia não foi adotada, entretanto, pelos países desenvolvidos.

A universalidade do direito ao tratamento às demais doenças infecto-contagiosas, especialmente as DST bacterianas, também não se aplica no Brasil. Infelizmente não é uma prática habitual encontrar penicilina e outros antibióticos corriqueiros nas unidades de saúde da União, estados e municípios (mesmo estando assegurada pela legislação). Seguramente o acesso aos medicamentos e principalmente ao diagnóstico da infecção clamidiana poderia minimizar o impacto desta doença. A *Chlamydia trachomatis*, bactéria de vida intracelular obrigatória, altamente prevalente em adolescentes e em gestantes brasileiras causa sérios problemas à saúde reprodutiva (doença inflamatória pélvica e trabalho de parto prematuro) e deixa seqüelas irreparáveis (esterilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica).

Infelizmente, existe uma dificuldade muito grande na aceitação por parte dos administradores da saúde em colocar formas mais sensíveis e acessíveis de diagnóstico para a clamídia. Por mais que se saiba da altíssima prevalência desta infecção na população sexualmente ativa, por mais que se disponha de formas diagnósticas sensíveis e confiáveis, por mais que se reconheça a importância clínica desta infecção e por mais que se tenha forma fácil e barata de tratamento, a coletividade médica ainda não se atentou para a importância da busca ativa desta doença a fim de instituir-se um tratamento precoce.

Da mesma forma que acontece com a clamídia, diversas outras doenças são deixadas de lado pelos agentes de saúde do nosso país. Ainda não ficou clara para a maioria dos profissionais da saúde, a importância do rastreamento rotineiro da clamídia em gestantes e adolescentes como se faz com a sífilis, o câncer de colo, a toxoplasmose, a aids etc.

Este tipo de atitude deve-se provavelmente ao fato de sermos eminentemente profissionais “curativos”. Aprendemos desde cedo a sermos ótimos profissionais da saúde a medida em que elaboramos diagnósticos a partir dos sinais e sintomas referidos. Infelizmente, muitas doenças de transmissão sexual, em especial a infecção clamidiana, são em mais de 70% das vezes, completamente assintomáticas. Este fato, por si só, faz com que a mulher deixe de procurar assistência médica e não seja diagnosticada a tempo de evitar a instalação das seqüelas. Haveria a necessidade de que houvesse uma busca ativa desta infecção, da mesma forma que se faz com outras doenças muito menos prevalentes.

O rastreamento do câncer de colo uterino, da infecção pelos vírus da imunodeficiência humana, da hepatite B, da hepatite C e da infecção pelo *Streptococcus* do grupo B, entre tantas outras, já vem sendo feito rotineiramente, contudo outras infecções que apresentam sintomatologia tardia vêm sendo relegadas a um segundo plano. Parece-nos claro que o investimento na infra-estrutura de diagnóstico precoce é, de longe mais vantajoso que o tratamento da doença instalada e/ou das suas seqüelas.

Há que se rever conceitos e estabelecer uma nova ordem de prioridades. Necessita-se, urgentemente, rever os protocolos para saber se as rotinas que vêm sendo empregadas há anos deveriam realmente estar sendo empregadas ou se deveriam ser atualizadas.

Está na hora de perceber que as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) deixaram há muito tempo de ser problema apenas de pessoas de nível socioeconômico baixo, atingindo atualmente, a todas as classes sociais. É necessário reconhecer que para acabar com a pandemia da aids, há de se fazer muito mais do que o simples oferecimento dos medicamentos anti-retrovirais e que as demais DST, são peças fundamentais na quebra da cadeia epidemiológica da infecção pelo HIV.

Necessitamos de políticas de saúde que visem não apenas atender àqueles que reivindicam incansavelmente seus direitos, com toda razão, mas também à população desassistida e desinformada. Aqueles que nem sabem que estão infectados e que só saberão, quando já for tarde para prevenir as seqüelas irreversíveis e desastrosas.

Endereço para correspondência:**PAULO CESAR GIRALDO**

Médico Ginecologista

Professor Associado Livre-Docente do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Presidente da Sociedade Brasileira de DST- Regional São Paulo

CONSEQUÊNCIAS BIOPSISSOCIAIS DA AIDS NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS SOROPOSITIVAS PARA O HIV*

BIO-PSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES OF AIDS ON THE QUALITY OF LIFE OF HIV SERUM-POSITIVE PEOPLE

Alessandra R Castanha,¹ Maria da Penha L Coutinho,²
Ana AW Saldanha,³ Josevânia SC Oliveira⁴

RESUMO

Introdução: o aumento da sobrevivência dos soropositivos para o HIV leva a novas fontes de incertezas provocadas pela renegociação que os mesmos necessitam fazer com relação aos seus sentimentos de esperança e orientação para o futuro, aos seus papéis sociais e identidades, às suas relações interpessoais e à sua qualidade de vida (QV). **Objetivo:** avaliar as consequências biopsicossociais da aids na qualidade de vida de soropositivos para o HIV. **Métodos:** participaram deste estudo 26 sujeitos de ambos os sexos. Foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada. O material foi categorizado pela análise temática de conteúdo de Bardin (2002). **Resultados:** a partir de conteúdos emergentes de entrevistas semi-estruturadas submetidos à análise temática de conteúdo de Bardin, surgiram duas classes temáticas. A primeira – *aids* – possui uma categoria *representações da aids* e quatro subcategorias – doença, morte, sofrimento e naturalização –. A segunda classe temática – *consequências biopsicossociais da Aids na QV* – divide-se em três categorias: a primeira delas foi a *físico-orgânica*, com três subcategorias – perturbações fisiológicas, capacidade física e efeitos colaterais do medicamento; a segunda foi *psicoafetivas*, com quatro subcategorias – preconceito, depressão, auto-estima e autopercepção e a última categoria foi a *comportamental*, com duas subcategorias – isolamento e sexualidade. **Conclusão:** as consequências biopsicossociais encontradas neste artigo deixam a influência da aids na QV de soropositivos para o HIV evidente, especificando seus principais determinantes, mostrando, dessa maneira, a importância da análise das mesmas ao se pensar em QV dentro desse contexto.

Palavras-chave: consequências biopsicossociais, aids, qualidade de vida, soropositivos

ABSTRACT

Introduction: the increase of the survival of HIV serum-positive people lead to new sources of uncertainty caused by the renegotiation that these people need to do regarding their feelings of hope and orientation about the future, as well as their social role and identities, and their interpersonal relationships and quality of life (QL). **Objective:** to evaluate the bio-psycho-social consequences of aids on the quality of life of HIV serum-positive persons. **Methods:** twenty-six people of both genders look part in this study. The technique of semi-structured interview was used. The data was categorized by the content thematic analysis of Bardin (2002). **Results:** two thematic classes arose from the emergent contents of the semi-structured interviews submitted to the content thematic analysis of Bardin. The first – *Aids*, has one category – *representations of aids* and four sub-categories – disease, death, sorrow and naturalization –. The second thematic class – *bio-psycho-social consequences of aids on the QL* was divided in to three categories: the first one was the *physic-organic*, with three sub-categories – physiologic perturbations, physical capacity and side effects of the medication; the second one was *psycho-affective*, with four sub-categories – prejudice, depression, self-esteem and self-perception; and the last category was the *behavioral*, with two sub-categories – isolation and sexuality; **Conclusion:** the bio-psycho-social consequences found in this study demonstrated the influence of aids on the QL of HIV serum-positive people, highlighting their main origins, showing the importance of their analysis when it comes to the context of the QL.

Keywords: bio-psycho-social consequences, aids, quality of life, serum-positive people

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(2): 100-107, 2006

INTRODUÇÃO

A aids é, atualmente, um grave problema de saúde pública, tanto pelas repercussões da doença quanto pelo aumento vertiginoso do número de casos, sendo uma das principais doenças com elevadas taxas de mortalidade. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a situação é mais complexa, não só porque é mais

difícil evitar a propagação da doença, mas também porque as consequências econômicas e sociais são mais graves, por serem países já debilitados economicamente.¹ Nesse sentido, faz-se necessário entender o fenômeno da aids sob o prisma orgânico/fisiológico e apreender os diversos fatores que compõem a doença nos seus aspectos psicossociais, afetivos e ideológicos.

O aumento da sobrevivência dos infectados pelo HIV leva a novas fontes de incertezas provocadas pela renegociação que os doentes necessitam fazer com relação aos seus sentimentos de esperança e orientação para o futuro, aos seus papéis sociais e identidades, às suas relações interpessoais e à sua qualidade de vida (QV).²

* Prêmio de melhor trabalho completo no Congresso DST6, Aids2, Santos, 2006.

¹ Doutoranda em Psicologia pela Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto.

² Doutora em Psicologia. Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba.

Dessa maneira, evidencia-se que o HIV/Aids tem múltiplas implicações e consequências de ordem sanitária, psicológica, social e familiar, que vão desde o isolamento, o abandono e a rejeição social, à doença e à morte, passando pelo medo e pela ansiedade; pela diminuição da auto-estima; pelo sentimento de perda de controle; pelos disfuncionamentos sexuais; pelas perturbações familiares, profissionais e socioeconômicas. A aids destrói os laços e as relações do indivíduo com seu meio, isolando-o de outros indivíduos e da família, fragilizando sua inserção e seu suporte social e os elementos prejudiciais ao bem-estar e à saúde.³

Os soropositivos vivem com um número imprevisível de sintomas, de internações e de problemas psicossociais decorrentes da evolução da doença, tais como a estigmatização, a perda do emprego e conseqüentes dificuldades econômicas, além do abandono pela família e amigos. A aids, além de ser uma doença com graves consequências físicas e psicológicas, é também um fenômeno de natureza social acompanhado de processos de segregação baseados nos estigmas socialmente construídos e intimamente ligados às representações sociais da doença.⁴

Nesse sentido, torna-se necessário integrar as dimensões psicológicas e sociais ao processo saúde-doença. As representações habituais de experiência da aids contêm os elementos simbólicos e morais que vão, intervir fortemente em todas as etapas do reconhecimento da doença, de demanda de cuidados e de restauração da saúde. Essa busca de sentido, inseparável da identidade do sujeito e da de ator social, infiltra todas as atitudes e os comportamentos diante da doença.

OBJETIVO

Este estudo objetiva avaliar as consequências biopsicossociais da Aids na qualidade de vida de soropositivos para o HIV. A pesquisa está ancorada na Teoria das Representações Sociais,⁴ por permitir apreender o conhecimento baseado na experiência social comum por meio da expressão dos atores sociais – soropositivos para o HIV – inseridos em seus grupos de pertença.

MÉTODOS

Campo de investigação

A pesquisa foi desenvolvida em Organizações Não-Governamentais (ONGs) e em um hospital de referência, todos especializados no atendimento da aids e localizados na cidade de João Pessoa – Paraíba.

Participantes

Participaram deste estudo 26 sujeitos soropositivos, selecionados aleatoriamente, de forma não-probabilística, intencional e acidental, de ambos os sexos (57% masculino e 43% feminino), com média de idade de 38 anos.

Instrumento

Adotou-se o modelo de entrevista semi-estruturada, constituída de itens referentes à identificação sociodemográfica e questões norteadoras e estruturadas de acordo com o referencial teórico ado-

tado. Foi estabelecido o critério de saturação para delimitar o número de sujeitos entrevistados e selecionada a técnica de análise de conteúdo temática,⁵ com o objetivo de inferir novos conhecimentos a partir das respostas dos sujeitos às entrevistas.

Aspectos éticos

Considerando-se os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, o presente estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

Procedimentos de coleta dos dados

Realizou-se um estudo piloto com o intuito de verificar a boa adequação do instrumento, e verificou-se a validade semântica do mesmo. Em seguida, efetuou-se o estudo definitivo. Inicialmente, a diretoria das instituições envolvidas foi contactada com a finalidade de se obter a autorização para a coleta dos dados; posteriormente, verificou-se a disposição dos participantes em colaborar de forma voluntária desta pesquisa. Na oportunidade eram explicitados os objetivos e a necessidade do uso do gravador, foram-lhes garantidos o anonimato e a confiabilidade das suas respostas, indicando-lhes que estas seriam analisadas no seu conjunto.

As entrevistas foram realizadas individualmente nas próprias instituições, por um pesquisador previamente treinado e qualificado. O tempo de duração foi de, em média, 20 minutos para cada participante.

Análise dos dados

No que se refere à análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática, cujo objetivo é compreender o sentido das comunicações e suas significações explícitas e/ou ocultas.⁶ Seu procedimento visa ainda obter a sistematização e a descrição do conteúdo das mensagens, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção – variáveis inferidas –. Os dados são analisados quantitativamente por meio da análise das frequências e percentuais. A análise das unidades temáticas por meio desta técnica pressupõe o desenvolvimento das seguintes etapas operacionais: constituição do *corpus*; leitura flutuante; composição das unidades de análise; codificação e recortes; categorização e descrição das categorias. Após a leitura flutuante do *corpus* e a emergência das categorias empíricas, as mesmas foram codificadas e validadas internamente por três pesquisadores-juizes que trabalham com esta técnica.

DISCUSSÃO

As interlocuções resultantes das questões norteadoras das entrevistas dos participantes foram estudadas por meio da análise de conteúdo temática, permitindo a construção de um conhecimento prático correspondente a duas classes temáticas, quatro categorias empíricas e 13 subcategorias, conforme a **Tabela 1**.

Tabela 1 – Classes temáticas, categorias e subcategorias

Classes Temáticas	Categorias	Subcategorias
Aids	1 - Representações da aids	1.1 - Doença
		1.2 - Morte
		1.3 - Sofrimento
		1.4 - Naturalização
Conseqüências biopsicossociais da aids na qualidade de vida	2 - Físico-orgânicas	2.1 - Perturbações fisiológicas
		2.2 - Capacidade física
		2.3 - Efeitos colaterais do medicamento
da aids na qualidade de vida	3 - Psicoafetivas	3.1 - Preconceito
		3.2 - Depressão
		3.3 - Auto-estima
		3.4 - Autopercepção
	4 - Comportamentais	4.1 - Isolamento
		4.2 - Sexualidade

A primeira classe temática, referente à *aids*, apresentou uma categoria: *representações da aids*, e quatro subcategorias: doença, morte, sofrimento e naturalização, conforme **Tabela 1**. Das representações apreendidas pelos soropositivos, 32% foram relativas à doença, 26% à naturalização, 25% ao sofrimento e 17% à morte.

Tabela 2 – Distribuição das freqüências e percentuais da categoria “representações da aids”

SUBCATEGORIAS	PARTICIPANTES	
	f	%
Doença	31	32
Naturalização	25	26
Sofrimento	23	24
Morte	18	18
Total	97	100

Denota-se que essas subcategorias estão dimensionadas em dois eixos, *aids* como fenômeno real e concreto – *doença, morte e sofrimento* –; e *Aids* como “ilusão” – *naturalização*. As representações da *aids*, enquanto fenômeno real e concreto, podem ser observadas nas falas a seguir:

Aids é ... uma doença (10) ... é como uma doença qualquer (5) ... como uma diabetes (4) ... comparada à câncer (4) ... perde peso (3) têm várias doenças que estão nesse mesmo patamar (3) ... é quando começa a aparecer as manchas (2).

Percebe-se nas falas dos atores sociais que a *aids* é vista como uma doença com toda uma gama de sintomas próprios. As formas de conhecimento produzidas sobre a *aids* têm uma conotação de doença, traduzida por angústia, pânico, rejeição, cujas interpretações de cunhagem são ainda de ordem primitivas.⁶⁻⁷⁻⁸

Observa-se, também, que a *aids* está ancorada nas doenças crônicas, como a diabetes e o câncer, fenômeno este decorrente da introdução dos anti-retrovirais que permitiu à *aids* assumir um caráter de cronicidade, tornando-se *normal* com o passar do tempo, semelhante a tantas outras doenças. Nesse sentido,

Saldanha⁹ afirma que na história da *aids* existem dois períodos bem delimitados: antes da década de 1990, quando prevalecia a imagem da *aids* ligada à desesperança e morte; e após essa época, com o uso em larga escala dos medicamentos anti-retrovirais (ARV).

Esse processo de cronicidade permitiu aos soropositivos, com um maior tempo de diagnóstico, a naturalização da *aids*, como pode ser observado abaixo:

Aids é “... uma doença em tese (4) ... até aqui não tive nenhum problema (3) ... tratando não é nenhum bicho de sete cabeças (2) ... não é esse bicho que o pessoal faz (2) ... Aids é uma ilusão (2) ... tomo a medicação porque a médica manda (2) é um estado que você está (1) ... teimo que não tenho essa doença (1)”.

As falas descritas, acima, não deixam dúvidas de que a vivência da soropositividade ao HIV é bastante confusa. O período de latência, em que se é portador de um vírus, mas não da doença, ocasiona desordens e incertezas referentes a um mal que é real e irreal ao mesmo tempo. Esse fator faz do soropositivo uma categoria especial de indivíduo, que nem é saudável, nem doente.⁹

A morte, que antes parecia tão imediata, agora parece ter sido superada, passando a fazer parte da vida cotidiana. O fato de conviver durante anos com o HIV, sem que tenha surgido qualquer sintoma coloca em dúvida a existência da infecção:

... tenho certeza que não tenho isso (2) ... não sinto nada (2) ... nem parece que eu tenho isso (2) ... todos os meus exames só dão indetectável (1) ... vai fazer oito anos que inventaram (1).

Segundo Saldanha,⁹ a definição dada à *aids* enquanto doença é banalizada, naturalizada ou negada entre os soropositivos com maior tempo de conhecimento do diagnóstico.

Apesar da evolução terapêutica e de seu reflexo direto na reinterpretação da *aids*, observa-se, ainda hoje, que a mesma continua sendo associada à morte e a todo o sofrimento que lhe é pertinente, como pode ser observado nas falas abaixo:

... Aids significa morte (9) ... não tem remédio para essa coisa (3) ...doença que não tem cura (2) ... tem que estar sempre com ela (2) ... ela mata (2).

Segundo Tura,¹⁰ a morte causada por essa doença incurável está nitidamente apresentada como elemento do núcleo central das representações sociais da aids e é organizadora de várias cognições. A morte é vista como terrível, premeditada, lenta e mobilizadora do medo que discrimina o outro que não se previne.

Apesar do avanço da terapêutica anti-retroviral, a aids ainda é uma doença potencialmente letal. Conviver com a idéia de morte é sempre um fator gerador de estresse e sintomas psíquicos.¹¹

As falas abaixo retratam a representação da aids ancorada no sofrimento:

Aids é ... a pior coisa que eu já vi na vida (4) ... pior coisa que já me aconteceu na vida (4) ... pior coisa que existe no mundo (4) ... demônio que apareceu na minha vida (3) ... difícil experiência de vida (3)... significa um desespero (3) ... é uma coisa muito triste (2).

O sofrimento causado pela aids pode ser proveniente de diversos fatores, dentre os quais pode-se destacar: o diagnóstico, o processo do adoecer, a iminência de morte, a discriminação, as limitações e as perdas decorrentes da mesma.

A segunda e última classe temática, que se refere às consequências biopsicossociais da aids, subdividiu-se em três categorias. A primeira, denominada de *Físico-orgânica*, com três subcategorias: perturbações fisiológicas, capacidade física e efeitos colaterais do medicamento, conforme **Tabela 3**. Das representações apreendidas pelos soropositivos, 50% foram relativas à capacidade física, 25% às perturbações fisiológicas e 25% aos efeitos colaterais do medicamento.

Tabela 3 – Distribuição das frequências e percentuais da categoria “consequências físico-orgânicas”

SUBCATEGORIAS	PARTICIPANTES	
	f	%
Capacidade física	57	48
Efeitos colaterais do medicamento	37	31
Perturbação fisiológica	25	21
Total	119	100

O comprometimento na capacidade física pode ser observado nas falas abaixo:

... não tenho a mesma capacidade (10) ... era muito mais ativo (9) ... tudo o que faço é cansativo (6) ... mais limitado (6) ... perdi a minha capacidade (6) ... dá uma canseira nas pernas (4) ... não tenho mais aquela disposição (4)... para trabalhar (4)... me sinto muito mais cansado (3)... meu estado físico está precário (3) ... fico esgotado (2).

A soropositividade traz consigo a perda da capacidade para o trabalho por parte dos doentes e, com isso, o fim da estabi-

lidade e da credibilidade adquiridas perante a sociedade enquanto cidadãos produtivos. O trabalho na sociedade capitalista, de acordo com Laurell e Noriega,¹² fez emergir novos papéis e valores sociais: provisão, utilidade, positividade, capacidade, força, eficiência etc. O significado do trabalho está, dessa forma, associado ao ato de viver, uma vez que proporciona as condições materiais e morais de sobrevivência própria e da família.

Ainda segundo os autores,¹² o trabalho encontra-se vinculado a vários atributos e funções morais. É por meio dele que o indivíduo atribui significado e sentido à própria existência. Tendo o trabalho um sentido tão amplo e estruturante na vida das pessoas, qualquer limitação que as impeça de exercer uma atividade produtiva provoca alterações profundas em suas vidas, tornando os indivíduos doentes mais dependentes e sem direitos, afetando diretamente a QV dos mesmos que são, em sua maioria, aposentados devido à soropositividade.

Observa-se também, entre os atores sociais, algumas perturbações fisiológicas:

... tenho muita insônia (8)... gripe (4)... diarreia (3)... dor de cabeça (3)... perco peso (3)... problemas de pulmão (2)... alergia (1)... febre (1).

Entre os sintomas mais comuns da aids estão a diarreia e a insônia. A fadiga e a insônia em pacientes assintomáticos estão, provavelmente, relacionadas a distúrbios psíquicos, possivelmente depressão maior.¹¹

Com relação aos efeitos colaterais do medicamento, a vinculação de estereótipos físicos aos doentes de aids, tais como magreza ou deficiência física, ainda aparece no discurso dos atores sociais:

... o medicamento deteriora o organismo (9)... engorda muito (4) ... meu rosto está mais magro (4)... pernas finas (3) ... braços finos (3) ... estou tendo as seqüelas da medicação (3) ... dá muito sono (3) ... “lipoestrofia” (2) ... muito indisposta (2) ... barriga grande (2) ... tonta (1).

Em estudo sobre os fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde, Tunala¹³ ressalta o quão estigmatizante podem ser os efeitos colaterais do coquetel (lipodistrofia), principalmente pelo fato de essas mulheres acharem que os outros percebem sua soropositividade devido à aparência física ou simplesmente aos efeitos na auto-imagem.

Ainda nesse sentido, Malbergier¹¹ acrescenta que o portador de aids apresenta, ao longo da evolução de sua doença, alterações em seu corpo, promovidas pela doença ou pela medicação, que causam, em muitos casos, impacto em sua auto-estima.

A segunda categoria referente à classe temática: consequências biopsicossociais da aids foi denominada de *Psicoafetivas*, e possui quatro subcategorias: preconceito, depressão, auto-estima e autopercepção, conforme **Tabela 4**. Das representações apreendidas pelos soropositivos, 40% foram relativas ao preconceito, 38% à depressão, 13% à auto-estima e 9% à autopercepção

Tabela 4 – Distribuição das frequências e percentuais da categoria “consequências psicoafetivas”

SUBCATEGORIAS	PARTICIPANTES	
	f	%
Preconceito	97	40
Depressão	93	38
Auto-estima	31	13
Autopercepção	22	9
Total	243	100

Essas subcategorias estão dimensionadas em dois eixos: conseqüências negativas – preconceito, depressão e autopercepção; e conseqüências positivas – auto-estima, conforme as falas mencionadas abaixo. Com relação ao primeiro eixo, destaca-se o preconceito:

... as pessoas discriminam (6) ... o que causa a dor é a exclusão (5) ... perdi todos os amigos (4) ... discriminação é tudo para um portador (4) ... medo das pessoas saberem (3) ... minha família se afastou (3) ... alguns amigos se afastaram (3) ... minha mãe me discriminou (2) ... me abandonaram (2) ... não deixavam eu pegar no meu sobrinho (2) ... me obrigaram até a usar luvas dentro de casa (1).

Como pode ser visto nas falas acima, as pessoas com HIV/ aids são, muitas vezes, discriminadas e isoladas do convívio com outras pessoas, apesar do amplo conhecimento que se tem atualmente acerca das formas de transmissão da doença. Essa discriminação ocorre, muitas vezes, no próprio núcleo familiar, o que é bastante alarmante, uma vez que a família e os amigos são fundamentais para a configuração de uma rede de apoio.

Nesse sentido, Brook¹⁴ afirma que o suporte social familiar está positivamente associado ao bem-estar psicológico, e que o suporte dos amigos é útil para a mudança de hábitos de vida, nomeadamente o abandono de comportamentos sexuais de risco e do consumo de drogas, o que, conseqüentemente, contribui não só para a prevenção, mas também para a adesão ao tratamento.

O modo como as famílias se adaptam à doença é um reflexo de seu relacionamento íntimo, de suas histórias e do contexto sociocultural em que estão inseridas. Quando a estrutura familiar apresenta um bom relacionamento a receptividade e a compreensão se dão mais facilmente, trazendo ao membro que se encontra fragilizado diante da doença um fortalecimento devido às relações de ajuda e afeto.⁹

Segundo Tura,¹⁰ a doença causa repulsa, afastamento e medo da contaminação; isso ocorre, principalmente, com a aids, por deixar sinais tão visíveis e impotências tão declaradas. Nesse sentido, Sousa¹ afirma que além de a aids ser uma doença com graves conseqüências físicas e psicológicas, ela é também um fenômeno de natureza social acompanhado de processos de segregação baseados em estigmas socialmente construídos e intimamente ligados às representações sociais da doença.

O preconceito atinge profundamente os indivíduos, influenciando-os na percepção de sua doença e no comportamento de

outras pessoas com relação a ela. Conseqüentemente, observam-se sentimentos de ansiedade e sofrimento, como pode ser constatado nas falas abaixo:

... causa muita dor (8) ... dá uma tristeza muito grande (6) ... isso me deixa bastante insatisfeito (5) ... dá raiva (4) ... peso social muito grande (4) ... não deveria haver esse peso (4) ... a dor vem da degradação social que a aids causa (3) ... acaba com a sua vida (3) ... preconceito é coisa da sociedade (3) ... peso psicológico (2).

Os atores sociais citaram também a existência de um preconceito velado:

... as pessoas ficam com muito zelo (5) ... esconder o preconceito (4) ... ficam com pena (4) ... preconceito embutido (3) ... tipo de preconceito (2) ... tentam esconder dando muito apoio (2).

O preconceito existente em torno da doença faz com que os portadores se sintam culpados diante do que não podem reverter – culpa que a família, amigos e a sociedade reforçam com cobranças, discriminação, isolamento e omissão.

Com relação às conseqüências psicoafetivas, destacam-se, ainda no primeiro eixo, as falas referentes à depressão:

... sinto muita depressão (10) ... antes eu era muito alegre e agora não (6) ... a gente se deprime mesmo (4) ... não existe felicidade (4) ... não tenho mais gosto pra muita coisa (4) ... fico no meu quarto deprimido (3) ... eu era uma outra pessoa (3) ... a depressão tomou conta da minha vida (2) ... parece que tem uma coisa dentro de mim que quebrou (2).

A aids, em sua evolução enquanto doença, é freqüentemente associada a transtornos psiquiátricos e o mais comum destes é a depressão. Observa-se na aids (doença e infecção) uma porcentagem de 11% a 30% de prevalência de transtornos depressivos.¹⁵ Castanha, Coutinho, Saldanha e Ribeiro¹⁶ observaram, em estudo com soropositivos na cidade de João Pessoa, Paraíba, uma prevalência de 64% da sintomatologia depressiva. Destes, 36% apresentaram um nível considerado leve de depressão; 45% apresentaram um nível moderado e 19% apresentaram um nível grave.

O diagnóstico e o tratamento desses transtornos são fundamentais para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, no entanto, de acordo com Malbergier & Schoffel,¹⁷ entre 50% e 60% dos casos de depressão não são diagnosticados. Observam-se, aqui, dois dados alarmantes. Por um lado, há o alto índice de prevalência da depressão, e, por outro, o baixo número de casos diagnosticados.

No cotidiano, constata-se que a palavra depressão é utilizada de forma genérica, abrangendo um grande número de doenças, principalmente aquelas ditas mentais, tendo, portanto, seu significado real distorcido. No senso comum, depressão designa desde alterações psicológicas e perturbações psiquiátricas graves até flutuações de humor ou de caráter.¹⁸

A depressão, conforme definido por Lafer e Amaral,¹⁹ é uma sensação persistente e constante de que o sujeito não tem valor, de que o mundo não tem sentido e de que não há esperança para o futuro. A depressão maior em pacientes soropositivos está associada a vários fatores: (a) impacto psicológico da desco-

berta da infecção, início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela impostas e as complexas questões psicossociais envolvidas; (b) pode estar diretamente relacionada com a invasão do sistema nervoso central pelo HIV, por infecções oportunistas ou por tumores intracranianos; (c) a infecção, ao atingir populações com maior incidência de quadros depressivos, homossexuais e usuários de drogas intravenosas, por exemplo, pode precipitar o quadro em indivíduos predispostos; (d) pode existir uma associação ao acaso entre a infecção e a depressão.²⁰

No contexto da soropositividade, o fenômeno da depressão possui características e implicações próprias por influenciar diretamente, dentre outros fatores, na adesão ao tratamento. Segundo Melchior,²¹ muitos são os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, dentre os quais podem-se citar as questões relacionadas à saúde mental. O autor afirma que há uma menor aderência de pessoas com quadros depressivos e de ansiedade.

Ainda nesse sentido, Malbergier e Schoffel¹⁷ afirmam que um paciente deprimido tende a não aderir ao tratamento, a não tomar as medicações prescritas e a não acatar as orientações médicas, além de terem o risco de suicídio aumentado. O fato de o soropositivo experimentar sentimentos de raiva, culpa, autopiedade e ansiedade, associado a sua baixa auto-estima e, principalmente, ao abandono por parte dos familiares e amigos podem levar a tentativas de suicídio.

A depressão e o sentimento/pensamento de morte são retratados nas falas abaixo:

... hoje eu praticamente não faço nada (10) ... é aquela coisa sem gosto (8) ... achando que vai morrer, fica doente (8) ... termina morrendo (8) ... não tenho mais vontade de fazer nada (6) ... minha vida acabou (4) ... eu só estou vivendo porque é o jeito (3) ... é como se eu estivesse só esperando a hora chegar (3) ... pensei em fazer loucuras comigo mesmo (3) ... definha (2).

Observa-se, por meio desses dados, que a aids está ancorada nas doenças psicoafetivas, tais como a depressão.

A autopercepção está diretamente relacionada à auto-estima. Uma auto-estima mais elevada fará com que os soropositivos tenham uma visão melhor de si mesmos, ao passo que os que possuem uma auto-estima abalada, tenderão a se perceber muito mais limitados e desanimados, como pode ser visto nas falas abaixo:

... sou muito fraco (6) ... muito debilitado (4) ... a gente não é 100% (2) ... era muito animado (2) ... muito tranquilo (2) ... muito alegre (2) ... muito trabalhador (2) ... ter Aids é ser a pessoa mais horrível do mundo (2).

A limitação física e o desânimo, apesar de sofrerem a influência do medicamento e da própria evolução da doença, estão, muitas vezes, relacionados ao aspecto psicossocial em que esses indivíduos se encontram. A capacidade de ajustamento psicológico às mudanças, segundo Ferreira e Abreu,²² influencia no desencadeamento de sintomas e mecanismos defensivos, como, por exemplo, a ansiedade decorrente das alterações físicas e do tratamento. Sintomas depressivos como tristeza, desamparo e diminuição da auto-estima são praticamente inevitáveis.

Ainda com relação às consequências psicoafetivas, destacam-se, no segundo eixo, as consequências positivas descritas nas falas referentes à *auto-estima*:

... passei a ter mais respeito comigo mesma (5) ... a me dar valor (4) ... me tornei mais cauteloso (4) ... aproveito a vida com mais cuidado (3) ... não faço mais certas coisas que eu fazia (3) ... me previno (3) ... mais responsável comigo mesmo (3) ... aprendi a viver bem comigo mesmo (2) ... penso antes sobre o que eu devo fazer (2) ... aprendi a dar mais valor à vida de uma maneira geral (2).

Os atores sociais relataram que, após a condição da soropositividade, passaram a dar mais valor à vida, cuidando-se e respeitando-se, alcançando assim crescimento pessoal.

Com o passar do tempo, a doença é integrada às esferas da vida como um aspecto a mais, sem que isso implique sua banalização. Trata-se de um tipo de gestão racional da doença, em que as angústias despertadas pelo diagnóstico são canalizadas para as questões do cotidiano.⁹

A terceira e última categoria referente à classe temática: “consequências biopsicossociais da aids” foi denominada “*Comportamentais*” e possui duas subcategorias: sexualidade e isolamento, conforme **Tabela 5**. Das representações apreendidas pelos soropositivos, 65% foram relativas à sexualidade e 35% ao isolamento.

Tabela 5 – Distribuição das frequências e percentuais da categoria “consequências comportamentais”

SUBCATEGORIAS	PARTICIPANTES	
	f	%
Sexualidade	42	68
Isolamento	20	32
Total	62	100

No que diz respeito à sexualidade, observam-se três tipos de comportamentos: os que mantiveram uma vida sexual ativa, os que se consideram promíscuos e os que optaram por abster-se sexualmente, como pode ser observado nas falas abaixo:

... tenho vida sexual ativa (8) ... não procurei mais ninguém (6) ... me considerava até promíscuo (4) ... fiquei meia cabrera pra arrumar um parceiro (4) ... fiquei com medo (4) ... pode prejudicar uma outra pessoa (4) ... vida sexual muito ativa (2) ... sempre havia as fugas (2) ... a gente já tem isso pode ser que arrange outra doença pior (2) ... prefiro ficar sozinha (2) ... me dedico só aos meus filhos (2) ... sexo não é uma prioridade (2).

A revelação da soropositividade representa, muitas vezes, a ruptura do casamento, a suspensão de investidas afetivas e sexuais, além do surgimento de uma identidade considerada socialmente desviante.⁹

Assim, Bessa e Terto Jr.²³ (p.1) afirmam que o medo da rejeição, a dúvida no que tange à revelação ou não da soropositividade ao parceiro e a insegurança quanto à sua reação levam, muitas vezes, a uma fuga de relacionamentos afetivos, como forma de evitar uma possível situação de abandono. Ainda nesse sentido esses autores afirmam que:

[...] se antes a morte era apenas uma questão de (pouco) tempo, os medicamentos, hoje, estão possibilitando, para milhões de pessoas soropositivas no mundo, o resgate de uma promessa de futuro. É uma promessa que está estimulando uma revisão em vários aspectos da vida das pessoas que vivem – não só, mas especialmente – com o HIV/Aids. Entre eles os aspectos afetivo e sexual.

Apesar de a terapêutica atual ter prolongado a vida dos pacientes infectados e melhorado bastante sua qualidade de vida, viver com aids impõe várias limitações, entre as quais, dificuldades profissionais, problemas nas relações afetivas, dificuldades para se manter relacionamentos sexuais e dúvidas no que tange à decisão de ter ou não filhos.¹¹

Dessa maneira, percebe-se que, com o prolongamento do tempo de sobrevivência e com a cronicidade da infecção pelo HIV, impõe-se uma releitura das estruturas e dinâmicas das relações afetivas.

O isolamento é retratado nas falas abaixo:

... não tenho muito lazer (4) ... me afastei das pessoas (3) ... não gosto de muita amizade (3) ... me tranco no meu quarto (2) ... não gosto muito de sair de casa (2) ... peço para não falar com ninguém (2) ... não gosto de muita gente (2) ... gosto de sempre estar no meu canto (2).

O isolamento decorrente do medo advindo do estigma social é comum entre os portadores. Manter-se em sigilo parece ser a saída mais adequada.²⁴ Este auto-isolamento imposto pode resultar na exclusão da vida social e de relacionamentos sexuais e, em circunstâncias extremas, em mortes prematuras devido ao suicídio.²⁵⁻²⁶

As representações sociais da aids ultrapassaram o aspecto biológico e atingiram o preconceito, a segregação, o estigma e a inserção social, aspectos tão próprios da doença. Foi possível observar também como essas representações influenciam e orientam as condutas desses atores sociais em relação à adesão, ao isolamento, à manutenção das relações interpessoais, ao funcionamento sexual e até mesmo ao suicídio.

A aids em todo o seu percurso vêm ancorada em doenças como a hanseníase, a peste, a sífilis e a tuberculose. No entanto, observou-se na presente pesquisa duas outras formas de ancoragem. Na primeira, a aids foi ancorada nas doenças crônicas, como a diabetes e o câncer, possivelmente em função do avanço da terapêutica anti-retroviral que possibilitou colocar a aids no rol das doenças crônicas e também pelo processo de naturalização da doença vivenciado por soropositivos que possuem anos de diagnóstico. Na segunda, a aids foi ancorada nas doenças psicoafetivas, trazendo a depressão como elemento figurativo associado à doença. Esse tipo de ancoragem ocorre, provavelmente, em função do alto índice de depressão que vem sendo observado nos soropositivos e serve de alerta, tanto para o sofrimento psíquico ao qual esses atores

sociais estão submetidos como para a necessidade de maior suporte social e até mesmo de tratamento nos casos mais graves.

Por fim, a aids foi representada enquanto uma doença que pode trazer diversas conseqüências psicossociais, profissionais, familiares e orgânicas, de modo que as respostas verificadas entre os atores sociais desta pesquisa acerca da doença aparecem como um conhecimento não contraposto ao saber científico. Contudo, há nele uma dialética entre o conhecimento consensual (senso comum) e o reificado (científico).²⁷

São diversas as conseqüências biopsicossociais da aids na qualidade de vida, dentre elas podem-se citar conseqüências físico-orgânicas – perturbações fisiológicas, capacidade física e efeitos colaterais do medicamento; conseqüências psicoafetivas; preconceito, depressão, auto-estima e autopercepção – e conseqüências comportamentais; isolamento e sexualidade. Essas conseqüências biopsicossociais deixam evidentes a influência da aids na QV de soropositivos para o HIV mostrando, dessa maneira, a importância da análise das mesmas ao se pensar em QV dentro desse contexto.

Em suma, pretende-se com este estudo contribuir tanto para o conhecimento da vivência da soropositividade para o HIV e suas conseqüências, quanto para a construção de medidas de intervenções direcionadas para a melhoria da QV dos soropositivos, além de mostrar a importância da formulação de estratégias na implementação de políticas públicas de educação e promoção em saúde, com o intuito de minimizar o impacto psicossocial da aids.

CONCLUSÃO

As conseqüências biopsicossociais, aqui encontradas, deixam evidentes a influência da aids na QV de soropositivos para o HIV, especificando seus principais determinantes, mostrando, dessa maneira, a importância da análise das mesmas ao se pensar em QV dentro desse contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sousa MMO. SIDA: E a vida continua. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros; 2001.
2. Brashers DE 'In an important way, I did die': Uncertainty and revival in persons living with HIV or AIDS. AIDS Care 1999; 11: 201-219.
3. Ramos N. Psicologia clínica e da saúde. Lisboa: Universidade Aberta; 2004.
4. Moscovici SA. Representação social na psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1978.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Persona; 2002.
6. Herlizch C, Pierret J. Uma doença no espaço público: A Aids em seis jornais franceses. Physis: Revista de Saúde Coletiva 1992; 2, 7-35.
7. Martin D. Mulheres e AIDS: Uma abordagem antropológica. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo; 1995.
8. Silva A O. Utilização da teoria das representações sociais no campo da saúde. UFPB-João Pessoa: Tendências e perspectivas. Em Coutinho MPL (Org.), Representações sociais: Abordagem interdisciplinar (p. 120-129). João Pessoa: Editora Universitária – UFPB; 2003.
9. Saldanha A A W. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia, Uni-

- versidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2003.
10. Tura L F R. Aids e estudantes: A estrutura das representações sociais. In: Jodelet D. (Org.), Aids e representações sociais: A busca de sentidos (p. 121-154). Natal: EDUFRRN; 1998.
 11. Malbergier A. Aids e psiquiatria. Um guia para os profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
 12. Laurell C, Noriega M. Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário. São Paulo: HUCITEC; 1989.
 13. Tunala L. Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E. (Orgs.). Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p. 83-114
 14. Brook D W. Coping strategies of HIV positive and HIV negative female injection drug users: A longitudinal study. *AIDS Education and Prevention* 1999; 11, 373-388.
 15. Rodin G, Littlefield F. Depression in the medically ill. New York: Brunner/Mazel; 1991.
 16. Castanha A R, Coutinho M P L, Saldanha A A W, Ribeiro C G. Depressão e Soropositividade para o HIV: Dois Fenômenos em Extensão. In: Coutinho MPL, Saldanha A A W. (Orgs.). Representações Sociais e Práticas de Pesquisas. (p. 220-222). João Pessoa: Editora Universitária – UFPB; 2005.
 17. Malbergier A, Schoffel A C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2001; 23: 160-167.
 18. Coutinho MPL. Depressão infantil: Uma abordagem psicossocial. João Pessoa: Editora Universitária; 2001.
 19. Lafer B, Amaral J A. Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
 20. Maj M. Depressive syndromes and symptoms in subjects with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 117-22.
 21. Melchior R. Avaliação da aderência dos usuários do sistema público de assistência ao tratamento de Aids: Uma análise qualitativa. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2000.
 22. Ferreira P E, Abreu P B. Aspectos psicológicos da Aids. *Revista ABP-APAL* 1998; 10: 42-46.
 23. Bessa M S, Terto Jr.V. Contudo (e apesar de tudo) o sexo. *Boletim da ABIA* 2001; 1: 46-48.
 24. Teixeira P R. Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. In: Teixeira P R, Paiva V, Shimma E. (Orgs.), Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p. 115-123.
 25. Gilmore N, Somerville M A. Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases: Overcoming 'them' and 'us'. *Social Science and Medicine* 1994; 39: 1339-1358.
 26. Malcom A, Aggleton P, Bronfman M, Galvão J, Mane P, Verrall J. HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. *Critical Public Health* 1993; 8: 347-370.
 27. Moscovici S. Representações sociais: investigações em Psicologia Social. Petrópolis: Vozes; 2003.

Endereço para correspondência:
ALESSANDRA RAMOS CASTANHA

Rua Bernardo Gabriel, 88 – Aptº 101,
Imbiribeira, Recife, PE. 51170-380.
E-mail: alecas@bol.com.br

Recebido em: 17/08/2006

Aprovado em: 10/10/2006

FATORES COMPORTAMENTAIS E CARACTERÍSTICAS DA MICROBIOTA VAGINAL ENVOLVIDOS NA GÊNESE DA VAGINOSE BACTERIANA EM PROFISSIONAIS DO SEXO E NÃO-PROFISSIONAIS DO SEXO

BEHAVIOR FACTORS AND CHARACTERISTICS OF MICROBIAL VAGINAL FLORA RELATED TO THE ESTABLISHMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS IN SEX WORKERS AND NON-SEX WORKERS

José A Simões,¹ Michelle G Discacciati,² Eliane Brolazo,³ Priscila M Portugal,⁴ Rodrigo PS Paupério,⁵ Alla Aroucheva,⁶ V Lin Tao⁷

RESUMO

Introdução: vaginose bacteriana é a mais freqüente causa de descarga vaginal em mulheres na idade reprodutiva. Entretanto, ainda não são totalmente conhecidas as causas que levam a esta desordem da flora vaginal. **Objetivo:** avaliar a prevalência de vaginose bacteriana em profissionais do sexo e não-profissionais do sexo e avaliar os fatores comportamentais e características da microbiota vaginal envolvidos na instalação da vaginose bacteriana nesta população. **Métodos:** este estudo de corte transversal envolveu 68 mulheres, sendo 20 profissionais do sexo e 48 não-profissionais do sexo (grupo controle). As participantes foram submetidas a um exame ginecológico, no qual foram coletadas amostras cérvico-vaginais para medição do pH, teste do KOH, bacterioscopia corada pelo Gram e culturas para *Gardnerella vaginalis*, lactobacilos e bacteriófagos. As análises estatísticas foram expressas por meio do valor *p* e *Odds ratio* com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** a prevalência de vaginose bacteriana foi 60% entre as profissionais do sexo e 27% no grupo controle e esta diferença foi estatisticamente significativa (OR= 4.04, IC 95% 1.19- 14.11). Variáveis como o hábito de realizar ducha vaginal, uso de preservativo e prática de sexo oral e anal foram significativamente mais freqüentes entre as profissionais do sexo ($p < 0.001$). A freqüência de *Gardnerella vaginalis* foi maior entre as profissionais do sexo. Por outro lado, uma menor recuperação de lactobacilos e bacteriófagos foi encontrada entre as profissionais do sexo quando comparadas ao grupo controle. **Conclusão:** alguns fatores comportamentais e características da microbiota vaginal podem estar associados com a maior prevalência de vaginose bacteriana entre as profissionais do sexo.

Palavras-chave: vaginose bacteriana, comportamento sexual, doenças sexualmente transmissíveis, profissionais do sexo, microbiota vaginal

ABSTRACT

Introduction: bacterial vaginosis is the most frequent cause of vaginal discharge in women in reproductive age. However, the causes that lead to this disorder are not completely known. **Objective:** evaluate the prevalence of bacterial vaginosis in sex workers and non-sex workers and the behavioral factors and characteristics of microbial vaginal flora related to the establishment of bacterial vaginosis. **Methods:** this cross-sectional study enrolled 68 women, 20 sex workers and 48 non-sex workers (control group). The participants were submitted to gynecological examination, during which a cervico-vaginal specimen was collected for vaginal pH, KOH test, Gram's stain and culture for *Gardnerella vaginalis*, lactobacilli and bacteriophages. For the statistical analysis, the *Odds ratio* with confidence interval of 95% and *p* value were performed. **Results:** the prevalence of BV was 60% among sex workers and 27% among control group and this difference was statistically significant (OR= 4.04, CI 95% 1.19- 14.11). Vaginal douching, condom use, practices of anal and oral sex were significantly more frequent among sex workers ($P < 0.001$). The frequency of *Gardnerella vaginalis* was higher among sex workers. On the other hand, a decrease recovery of lactobacilli and bacteriophages was found in sex workers compared in the control group. **Conclusion:** some behavioral factors and characteristics of microbial vaginal flora are associated with the higher prevalence of BV among sex workers.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(2): 108-112, 2006

Keywords: bacterial vaginosis, sexual behavior, sexually transmitted diseases, sex workers, vaginal flora

INTRODUÇÃO

A vaginose bacteriana (VB) é uma das alterações vaginais mais comuns entre mulheres em idade reprodutiva, podendo provocar, além de corrimento e mau cheiro, conseqüências mais graves, como parto prematuro e aumento do risco de aquisição e transmissão do HIV. A doença caracterizada pela substituição da microbiota vaginal normal, na qual predominam os lactobacilos,

¹ Professor Livre Docente Departamento de Tocoginecologia, CAISM/UNICAMP, Campinas.

² Mestre Departamento de Tocoginecologia, CAISM/UNICAMP, Campinas.

³ Mestre Laboratório de Microbiologia do Trato Genital Feminino, CAISM/UNICAMP, Campinas, São Paulo.

⁴ Biomédica, Laboratório de Microbiologia do Trato Genital Feminino, CAISM/UNICAMP, Campinas, São Paulo.

⁵ Professor doutor Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Jundiaí, São Paulo.

⁶ MD, PhD Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center, Chicago, IL.

⁷ PhD, Departamento de Biologia Oral, Faculdade de Odontologia, Universidade de Illinois, Chicago.

por uma proliferação acentuada de *Gardnerella vaginalis* e outros microrganismos anaeróbios associados a ela, como *Mobiluncus* sp, *Prevotella* sp e *Peptostreptococcus* sp.¹

O tratamento com metronidazol via oral ou intravaginal recomendado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças norte-americano (CDC)² e também pelo Ministério da Saúde³ é efetivo na maioria dos casos. A taxa de cura no período entre 7 e 10 dias após o tratamento está ao redor de 80%, mas a reconstituição do equilíbrio entre os microrganismos que colonizam a mucosa vaginal, principalmente os lactobacilos, nem sempre ocorre.⁴ Estudos demonstram que entre 30% e 40% das mulheres tratadas com sucesso com metronidazol via oral apresentam episódios recorrentes de VB três meses após o tratamento.^{1,5}

Não se sabe o porquê da recidiva da VB, entretanto acredita-se que a mesma ocorra devido à inabilidade da mulher em reconstituir sua flora vaginal com predominância de lactobacilos de “boa qualidade”, ou seja, capazes de produzir ácidos, peróxido de hidrogênio e bacteriocinas, que atuam como inibidores do crescimento da *Gardnerella vaginalis* e outros patógenos.⁶⁻⁸

Já foi demonstrado que a redução do crescimento dos lactobacilos resulta na elevação do pH, levando ao aumento das outras bactérias,⁸ contudo, a causa da diminuição do número de lactobacilos, o que permite a instalação da VB, ainda não é conhecida. Várias possíveis causas do decréscimo têm sido propostas, como o uso de duchas vaginais, espermicidas e o uso de antibióticos para tratamento de outras infecções.^{1,4}

Outra possibilidade reportada mais recentemente é o isolamento de bacteriófagos, vírus que são patógenos específicos de lactobacilos, que provocam a lise destes microrganismos. A infectividade destes bacteriófagos contra lactobacilos isolados da mesma mulher ou de outra foi comprovada *in vitro*. É possível que uma das causas da diminuição do número de lactobacilos que desencadeia a instalação da VB seja a presença desses bacteriófagos.^{4,9}

A prevalência da VB é de difícil determinação, uma vez que grande parte das mulheres portadoras são assintomáticas, ou seja, não procuram atendimento médico, por não terem queixa, não sendo, portanto, incluídas nos estudos. Em pesquisas realizadas em diversos países observou-se que o índice de VB é mais elevado em mulheres com múltiplos parceiros sexuais do que em mulheres sem atividade sexual. Muitas observações correlacionam a aquisição da VB à atividade sexual, uma vez que ela é mais freqüente em mulheres sexualmente ativas, nas que tiveram um maior número de parceiros, que iniciaram atividade sexual mais jovens, ou nas que possuem histórico de doenças sexualmente transmissíveis (DST).^{1,10,11}

Por outro lado, existem casos – detectados mais raramente, em mulheres virgens e em crianças, o que indica que a ocorrência deste desequilíbrio da microbiota não é decorrente exclusivamente do contato sexual. Além disso, existem fortes evidências de que o tratamento do parceiro sexual não previne a recorrência da VB, mais um indício de que, apesar de ser uma doença relacionada ao sexo, não pode ser considerada como uma verdadeira DST.¹

OBJETIVO

Avaliar a freqüência da VB entre mulheres profissionais ou não-profissionais do sexo bem como os fatores comportamentais

e caracterizar os lactobacilos isolados nessas duas populações, particularmente quanto à presença de bacteriófagos.

MÉTODOS

Participaram deste estudo transversal 68 mulheres que procuraram atendimento ginecológico de rotina, sendo 20 mulheres profissionais do sexo atendidas no Posto de Saúde do Jardim Itatinga e 48 mulheres atendidas no Ambulatório de Ginecologia Geral do CAISM-UNICAMP – o grupo controle.

As mulheres foram incluídas no estudo entre abril agosto de 1999, assinando, para tanto, um termo de consentimento informado antes de responderem a um questionário sobre características sociodemográficas, hábitos e atividade sexual. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP.

As mulheres foram submetidas a um exame clínico, no qual foi realizada a medição do pH vaginal por meio de uma fita colorimétrica colocada em contato com a parede vaginal por um minuto e posterior leitura perante uma escala colorimétrica. Foi também realizado o teste do odor, adicionando-se algumas gotas de KOH 10% em uma fração do conteúdo vaginal coletado por *swab*. Este teste foi considerado positivo na observação de um odor de peixe característico. Posteriormente, foram coletados dois *swabs* do fundo de saco vaginal para a realização da bacterioscopia a fresco e do preparo do esfregaço para a coloração de Gram. Para o exame a fresco, o *swab* foi submerso em solução salina estéril e imediatamente analisado por microscopia óptica quanto à presença de fungos, *clue cells* e de *Trichomonas vaginalis*. O esfregaço de Gram foi avaliado de acordo com os critérios de Nugent et al.¹² Toda a pontuação ≥ 7 foi considerada positiva para vaginose bacteriana.

Além disso, amostras do conteúdo vaginal de todas as mulheres foram coletadas em frascos com 2 mL de tampão RTF-glicerol e armazenadas a -20°C conforme descrito por KILIC et al.,⁴ para posterior envio ao Department of Oral Biology, University of Illinois, Chicago, USA, onde foi realizado o cultivo de lactobacilos, em ágar MRS e de *Gardnerella vaginalis* em ágar HBT.

O crescimento de colônias de lactobacilos e de *G. vaginalis* foi analisado semi-quantitativamente e o resultado foi atribuído como 0 a 4+, dependendo da quantidade de colônias observadas em cada placa. Quando houve o crescimento de colônia típica em 1/4, 2/4, 3/4 ou em 4/4 da superfície da placa, o crescimento era categorizado como 1+, 2+, 3+ ou 4+, respectivamente. Na ausência de colônias, o crescimento foi caracterizado como zero.

As espécies de lactobacilos foram identificadas inicialmente por técnicas bioquímicas tradicionais e submetidas às técnicas genéticas de identificação baseadas na análise do rDNA 16S, conforme descrito por KILIC et al.⁴ Destas linhagens de lactobacilos isolaram-se e caracterizaram-se os bacteriófagos.

As análises estatísticas foram expressas por meio do cálculo de *Odds ratio* com intervalo de confiança de 95% para avaliar as variáveis de risco e também a partir do cálculo do valor *p* para avaliar as variáveis sociodemográficas e comportamentais.

RESULTADOS

A idade das mulheres participantes deste estudo variou entre

18 e 63 anos, com uma média de idade de 32 ± 10 anos.

A frequência de VB e antecedentes de infecções genitais entre os dois grupos de mulheres estão representados na **Tabela 1**, que mostra uma prevalência maior de VB no grupo das profissionais do sexo. Da mesma forma, antecedente de DST também foi mais prevalente entre as profissionais do sexo, ambos resultados estatisticamente significativos. Já em relação ao antecedente de vulvovaginite, não houve diferença significativa entre os dois grupos.

A **Tabela 2** apresenta a frequência das variáveis socio-demográficas e comportamentais entre os dois grupos estudados. Não houve diferença significativa de cor e tabagismo entre os

dois grupos. Por outro lado, profissionais do sexo apresentaram maior frequência de uso de preservativo, ducha vaginal e antibióticos nos últimos três meses, assim como a frequência maior da prática de sexo anal e oral.

Em relação aos resultados das culturas microbiológicas, a **Tabela 3** mostra uma frequência significativamente maior de isolamento de *Gardnerella vaginalis* nas profissionais do sexo. Por outro lado, o isolamento de lactobacilos foi maior entre as não-profissionais do sexo, embora não estatisticamente significativo. Já em relação ao isolamento de bacteriófagos, não houve diferença significativa entre os dois grupos estudados.

Nenhuma mulher incluída neste estudo relatou ter feito uso de espermicida. Dentre as profissionais do sexo, 40% relataram

Tabela 1 – Diagnóstico microbiológico e antecedente de infecção genital entre profissionais e não-profissionais do sexo

	Profissionais do sexo		OR (IC95%)
	Sim N (%)	Não N (%)	
Vaginose bacteriana			
Positivo	12 (60)	13 (27)	4.04 (1.19-14.11)
Negativo	08 (40)	35 (73)	
Antecedente de DST			
Sim	10 (50)	05 (10)	8.60 (2.07-38.02)
Não	10 (50)	43 (90)	
Antecedente de Vulvovaginite			
Sim	08 (40)	21 (44)	0.86 (0.26-2.80)
Não	12 (60)	27 (56)	
Total	20	48	

Tabela 2 – Características comportamentais e sociodemográficas entre profissionais e não-profissionais do sexo

	Profissionais do sexo		Valor p
	Sim N (%)	Não N (%)	
Cor			
Não branca	07 (35)	19 (40)	0.723
Branca	13 (65)	29 (60)	
Tabagismo			
Sim	07 (35)	13 (27)	0.514
Não	13 (65)	35 (73)	
Uso de preservativo			
Sim	16 (80)	11 (23)	< 0.001
Não	04 (20)	37 (77)	
Sexo anal			
Sim	11 (55)	05 (10)	< 0.001
Não	09 (45)	43 (90)	
Sexo oral			
Sim	15 (75)	07 (15)	< 0.001
Não	05 (25)	41 (85)	
Uso de antibiótico nos últimos 3 meses			
Sim	09 (45)	13 (27)	0.111
Não	11 (55)	35(73)	
Uso de ducha vaginal			
Sim	19 (95)	04 (8)	< 0.001
Não	01 (5)	44 (92)	
Total	20	48	

Tabela 3 – Frequência de isolamento de microorganismos entre profissionais e não-profissionais do sexo

	Profissionais do sexo		Valor p
	Sim N (%)	Não N (%)	
Isolamento de Lactobacilos			
Sim	06 (30)	26 (54)	0.069
Não	14 (70)	22 (46)	
Isolamento de <i>Gardnerella vaginalis</i>			
Sim	19 (95)	24 (50)	< 0.001
Não	01 (5)	24 (50)	
Isolamento de bacteriófagos			
Sim	03 (6)	05 (10)	0.593
Não	17 (94)	43 (90)	
Total	20	48	

fazer sexo enquanto estão menstruadas contra 16% das não-profissionais do sexo (dados não apresentados em tabelas).

DISCUSSÃO

Um resultado expressivo do presente trabalho foi a frequência significativamente maior de VB nas mulheres profissionais do sexo, as quais apresentaram um risco pelo menos quatro vezes maior de VB em relação ao grupo controle. Além disso, também foi observada uma frequência significativamente maior de antecedente de DST entre as profissionais do sexo (quase nove vezes maior).

Corroborando com os presentes achados, outros trabalhos também demonstraram uma alta frequência de DST e VB entre profissionais do sexo e mulheres atendidas em clínicas de DST.^{13,14} Apesar de a VB ser mais freqüente entre as profissionais do sexo, ela não é considerada como uma verdadeira DST, tendo sido, considerada uma Doença Sexualmente Relacionada, embora ainda não se saiba ao certo como é essa associação. Muitos outros fatores comportamentais e inerentes ao hospedeiro estão envolvidos na gênese da VB, como o fumo, o baixo nível socioeconômico, o hábito de realizar ducha vaginal, o antecedente de DST e a higiene vaginal precária.^{10,11,15,16}

Assim, o presente estudo pesquisou alguns desses fatores tais como comportamento sexual e características da microbiota vaginal. O uso de espermicida não foi relatado pelas participantes, não tendo, portanto, interferência em relação à frequência de VB entre os grupos estudados. Da mesma maneira, a cor e o tabagismo não apresentaram diferença significativa entre profissionais e não-profissionais do sexo, não sendo, então, fatores que expliquem a diferença na frequência de VB observada entre as mulheres deste estudo.

Por outro lado, características como o hábito de fazer ducha vaginal, a utilização de antibióticos nos últimos três meses e a prática de sexo anal e/ou oral foram fatores significativamente mais freqüentes entre as profissionais do sexo. Estudos já demonstraram uma maior associação de ducha vaginal, intercursos anal, história de uso de antibióticos com a presença de VB.^{4,15,17} Isso também pode explicar o fato encontrado em nosso estudo, de que mulheres profissionais do sexo apresentem VB com maior frequência do que as não-profissionais.

De acordo com os resultados das culturas microbiológicas, podemos observar que o isolamento de *Gardnerella vaginalis* foi maior entre as profissionais do sexo. Este é um resultado esperado uma vez que nestas profissionais foi encontrada uma frequência maior de VB. Além disso, o isolamento de lactobacilos foi menor no grupo das profissionais do sexo enquanto não foi encontrada diferença no isolamento de bacteriófagos entre os dois grupos. Já foi demonstrado que uma das causas da diminuição do número de lactobacilos que desencadeia a instalação da VB é a presença de bacteriófagos.⁴ Porém, o resultado encontrado em nosso estudo pode ser explicado pelo fato de que tais bacteriófagos são isolados a partir dos lactobacilos, e, uma vez que as profissionais do sexo apresentaram menos lactobacilos, os bacteriófagos não puderam ser isolados. Nesse sentido, podemos hipotetizar que os lactobacilos foram previamente eliminados devido à lise causada pelos bacteriófagos, favorecendo a instalação da VB nessas mulheres.

Sabe-se que o intercuro sexual sem proteção constitui um fator de risco para a aquisição de infecções genitais e DST.¹⁸ Entretanto, uma observação interessante do presente estudo é que as profissionais do sexo apresentaram mais VB, apesar de usarem preservativo com uma frequência significativamente maior do que as não-profissionais. Talvez esta maior prevalência de VB possa ser explicada pelas características comportamentais das profissionais do sexo, como, por exemplo, o hábito de utilizar ducha vaginal, a maior utilização de antibióticos e o hábito de fazer sexo menstruada, fatores que já foram descritos como sendo associados a maior prevalência de VB.^{1,10,15}

Identificar fatores envolvidos na gênese da vaginose bacteriana assim como na manutenção e recidiva desta infecção vem sendo o objetivo de muitos estudos. Os fatores envolvidos na diminuição dos lactobacilos e o desenvolvimento de VB ainda não estão totalmente esclarecidos na literatura.

CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou que alguns hábitos comportamentais mais freqüentes em mulheres profissionais do sexo podem estar relacionados com a maior frequência de VB encontrada nas mesmas. Entretanto, futuros estudos abrangendo

maior casuística e outros possíveis fatores de risco são necessários para melhor esclarecimento das causas que levam ao desenvolvimento e recidiva de VB.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- French J I. & Mcgregor, J A. Bacterial Vaginosis In: Faro S. Soper de. Infections Diseases in Women – Gynecologic Infections. Philadelphia: Saunders; 2001.
- Centers For Disease Control And Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases, treatment guidelines 2002. MMWR 51 (RR-6): 2002; 42-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das DST 4ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde 2006, 140p. Manuais: nº 68.
- Kilic A O, Pavlova S I, Alpay S, Kilic T L. Comparative Study of Vaginal Lactobacillus Phages Isolated from Women in the United States and Turkey: Prevalence, Morphology, Host Range, and DNA Homology. Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology, 8(1): 31-9, 2001.
- Sobel J D, Schmitt C, Meriwether C. Long-term follow-up of patients with bacterial vaginosis treated with oral metronidazole and topical clindamycin. J Infect Dis 1993; 167(3):783-4.
- Dembélé T, Obdržálek V, Votava M. Inhibition of Bacterial Pathogens by Lactobacilli. Zent bl. Bakteriell 1998; 228: 395-401.
- Simões J A, Ocaña V, Aroutchevaa, Camargo R, Nader-Macías, M E, Faro S. Bacteriocinas Produzidas por Lactobacilos e sua importância para o Trato Genital Feminino. Femina 2001; 29 (10): 705-710.
- Aroutcheva A, Gariti D, Simon M, Shott S, Faro J B, Simoes J A, et al. Defense factors of vaginal lactobacilli. Am J Obstet Gynecol 2001; 185(2): 375-9.
- Pavlova S I, TAO L. Induction of vaginal Lactobacillus phages by the cigarette smoke chemical benzo [a] pyrene diol epoxide. Mutat Res 2000; 466(1): 57-62.
- Sharma A K, Ranjan R, Mehta G. Prevalence and determinants of reproductive tract infections among women. J Commun Dis 2004; 36(2): 93-9.
- Bradshaw C S, Morton A N, Hocking J, Garland S M, Morris M B, Moss L M, et al. High recurrence rates of bacterial vaginosis over the course of 12 months after oral metronidazole therapy and factors associated with recurrence. J Infect Dis 2006; 193(11): 1478-86.
- Nugent R P, Krohn M A, Hillier S L. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of Gram stain interpretation. J Clin Microbiology 1991; 29: 297-301.
- Chavez M, Vargas J, Pueyo I, Valverde A, Serrano M C, Claro R, et al. Incidence of genitourinary infection caused by Chlamydia trachomatis in a STD center calculated by direct antigen detection Enferm Infecc Microbiol Clin 2000; 18(8): 392-5.
- Bakare R A, Oni A A, Umar U S, Adewole I F, Shokunbi W A, Fayemiwo S A, et al. Pattern of sexually transmitted diseases among commercial sex workers (CSWs) in Ibadan, Nigeria. Afr J Med Med Sci 2002; 31(3): 243-7.
- Cottrell B H. Vaginal douching practices of women in eight Florida panhandle counties. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35(1): 24-33.
- Ashraf-Ganjoei T. Risk factors for bacterial vaginosis in women attending a hospital in Kerman, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J 2005; 11(3): 410-5.
- Sanchez J Campos P E, Courtois B, Gutierrez L, Carrillo C, Alarcon J, et al. Prevention of Sexually Transmitted Diseases (STDs) in female sex workers: prospective evaluation of condom promotion and strengthened STD services. Sex Transm Dis 2003; 30(4): 273-9.
- Fornasa C V, Gai F, Tarantello M, Gallina P. Knowledge of Sexually Transmitted Diseases and Condom Use Among Female Street Sex Workers in Pandua. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat 2005; 14(3): 107-10.

Endereço para correspondência:

JOSÉ ANTONIO SIMÕES

Caixa Postal: 6181

Cidade Universitária Zeferino Vaz,

13083-970, Campinas, São Paulo, Brasil.

Telefone: (19) 3289 2856, (19) 3788-9306.

E-mail: jsimoes@unicamp.br

Recebido em: 10/06/2006

Aprovado em: 21/09/2006

AVALIAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

CONGENITAL SYPHILIS IN THE STATE OF ESPÍRITO SANTO

Lucia Helena M Lima,¹ Maria Fátima C Gurgel,² Sandra F Moreira-Silva³

RESUMO

Introdução: todo ano, pelo menos meio milhão de crianças nascem com sífilis congênita no mundo e a sífilis materna causa outro meio milhão de natimortos e abortos. Com o desenvolvimento de testes simples e confiáveis a doença poderia ser facilmente detectada e tratada com pouco custo. **Objetivos:** conhecer a incidência da sífilis congênita nos últimos seis anos no estado do Espírito Santo avaliando dados do pré-natal para otimizar medidas de prevenção e de controle da doença. **Métodos:** casos de sífilis congênita notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação do estado do Espírito Santo avaliando o coeficiente de incidência por mil nascidos vivos nos anos de 2000 a 2005 foram incluídos nesse estudo. Dados relacionados ao pré-natal foram analisados entre os casos notificados no ano de 2005. **Resultados:** um total de 1.803 casos de sífilis congênita foram notificados nesse período. O coeficiente de incidência de 2000 a 2005 foi respectivamente de 5,32; 4,94; 5,95; 6,25; 6,13 e 5,08. Na análise dos casos notificados no ano de 2005, crianças com sífilis congênita cuja mãe participou do pré-natal correspondeu a 75,20%; 78,53% detectaram a sífilis durante o pré-natal e somente 5,33% das mulheres grávidas receberam tratamento adequado. Em 60,67% dos casos o parceiro não foi tratado. **Conclusão:** apesar de estável até o ano de 2004, observou-se uma redução do coeficiente de incidência no ano de 2005. Acreditamos que os resultados das campanhas, treinamentos dos profissionais de saúde realizados, melhoria das notificações e medidas implementadas para a redução da sífilis congênita estão começando a mostrar resultados em nosso Estado. Precisamos melhorar a qualidade da assistência pré-natal para que esse agravo prevenível não continue afetando tantas crianças.

Palavras-chave: sífilis congênita, gestantes, incidência, vigilância

ABSTRACT

Introduction: every year, at least half a million infants are born with congenital syphilis, in addition, maternal syphilis causes another half million stillbirths and miscarriages annually. With the development of reliable and simple tests the disease could be easily detected and treated at little cost. **Objectives:** to determine the incidence of congenital syphilis in the last six years in the state of Espírito Santo evaluating antenatal data to optimize preventions and control measures of this disease. **Methods:** cases of congenital syphilis notified in the STI surveillance system in the state of Espírito Santo in the years of 2000 to 2005 were included in this study. The incidence per year per 1.000 lives births and the antenatal care was evaluated. **Results:** a total of 1803 cases were notified in this period. The incidence of congenital syphilis from 2000 to 2005 was, respectively of 5.32; 4.94; 5.95; 6.25; 6.13 e 5.08. In 2005, children with congenital syphilis whose mothers participated in antenatal care corresponded to 75.20%; 78.53% have detected the syphilis during pregnancy and only 5.33% of pregnant women have had the adequate treatment. In 60.67% the partner was not treated. **Conclusion:** in spite of the stability until 2004, we observed a reduction in the incidence rates of congenital syphilis in 2005. We believe that the strategies results, the health professional training and the implementation of programs for the reduction of this disease are beginning to show results in the state. We need to improve the antenatal care quality in order to eliminate this preventable disease from affecting so many children.

Keywords: congenital syphilis, pregnant women, incidence, vigilance

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(2): 113-116, 2006

INTRODUÇÃO

Todo ano, pelo menos meio milhão de crianças nascem com sífilis congênita (SC) no mundo e a sífilis materna causa outro meio milhão de natimortos e abortos. Com o desenvolvimento de testes simples e confiáveis a doença poderia ser facilmente detectada e tratada com pouco custo. A implementação de um programa eficiente para eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública também poderia contribuir para a redução da mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater HIV/ Aids e outras doenças.¹

A verdadeira taxa global da SC é difícil de determinar. Poucos países têm estatísticas do número de casos de crianças infectadas ou a proporção de mulheres grávidas com sífilis. Além do mais, os poucos dados que existem não dão o quadro total porque somente 68% das mulheres em países em desenvolvimento recebem cuidados de pré-natal e destas, cerca de metade não são atendidas antes do primeiro trimestre.² Além disso, a gravidez afetada pode terminar em aborto no primeiro ou segundo trimestre, antes de a mulher ser testada para sífilis.³ Apesar da escassez de dados é possível estimar a dimensão do problema.

Este estudo se propõe a conhecer a incidência da SC no estado do Espírito Santo (ES) avaliando a assistência pré-natal para que medidas de prevenção e controle possam ser otimizadas fornecendo subsídios para a eliminação desse agravo como problema de saúde pública.

¹Médica Ginecologista e Obstetra, Vigilância Epidemiológica DST/AIDS, Secretaria do Estado da Saúde/ES. Mestre em Doenças Infecciosas – NDI/UFES.

²Médica Sanitarista, SESA/IESP

³Médica Infectologista Pediatra, Coordenadora do Programa Estadual de DST/AIDS, SESA / ES. Mestre em Doenças Infecciosas – NDI/UFES

OBJETIVO

Determinar o coeficiente de incidência da sífilis congênita dos casos notificados nos anos de 2000 a 2005 no estado do Espírito Santo, avaliando dados do pré-natal, com a finalidade de conhecer a dimensão do problema e de fornecer subsídios aos serviços de saúde para a otimização de medidas de prevenção e de controle da doença.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo avaliando o coeficiente de incidência por mil nascidos vivos dos casos de sífilis congênita notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do estado do Espírito Santo nos anos de 2000 a 2005. O número de nascidos vivos por ano foi avaliado pelo DATA-SUS. Dados relacionados ao pré-natal foram analisados no banco de dados do SINAN entre os casos notificados no ano de 2005. Foi avaliado

o número de casos de SC entre as gestantes que realizaram pré-natal, entre essas as que detectaram a sífilis durante a gravidez e o tratamento da gestante e do(s) parceiro(s).

RESULTADOS

Um total de 1.805 casos de Sífilis Congênita foi notificado nesse período no estado do Espírito Santo. O coeficiente de incidência nos anos de 2000 a 2005 foi respectivamente de 5,32; 4,94; 5,95; 6,25; 6,13 e 5,08 (**Tabela 1**). Entre os casos notificados em 2005, o número de crianças com sífilis congênita cuja mãe participou do pré-natal correspondeu a 75,20%; 78,53% detectaram a sífilis durante o pré-natal e somente 5,33% das mulheres grávidas receberam tratamento adequado. Em 60,67% dos casos o parceiro não foi tratado **Tabela 2**.

Apesar dos problemas encontrados no pré-natal, houve uma redução de cerca de 50 casos no ano de 2005, ou seja, um caso a cada mil nascidos vivos em relação ao ano de 2004

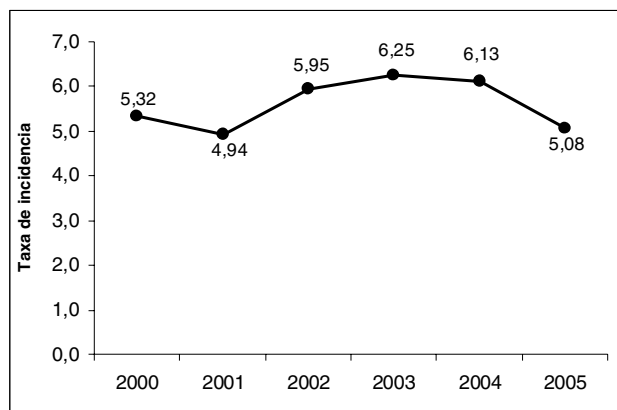
Tabela 1 – Coeficiente de Incidência de Sífilis Congênita por 1.000 nascidos vivos no Espírito Santo, 2000 a 2005

Ano de Nascimento	Nascidos Vivos	Número de Casos de Sífilis Congênita	Coeficiente de Incidência/1000 Nascidos vivos
2000	57.803	308	5,32
2001	56.197	278	4,94
2002	54.375	324	5,95
2003	52.778	330	6,25
2004	50.692	311	6,13
2005	49.967	254	5,08

Tabela 2 – Casos de Sífilis Congênita, segundo realização de pré-natal, detecção de sífilis, tratamento das gestantes e tratamento de parceiros, ES ano de 2005

Variável	Número	Percentual
Sim	191	75,20
Não	49	19,29
Ignorado	14	5,51
Total	254	100,0
Deteção de sífilis na gravidez entre as que fizeram pré-natal		
Sim	150	78,53
Não	29	15,18
Ignorado	12	6,28
Total	191	100,0
Tratamento das gestantes entre as que fizeram pré-natal e tinham sífilis		
Adequado	8	5,33
Inadequado	101	67,33
Ignorado	13	8,67
Não realizado	28	18,67
Total	150	100,0
Tratamento do(s) parceiro(s) das gestantes que fizeram pré-natal e tinham sífilis		
Sim	34	22,67
Não	91	60,67
Ignorado	25	16,67
Total	150	100,0

Figura 1 – Taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos de casos notificados de Sífilis Congênita, no período de 2000 a 2005, no estado do Espírito Santo



Fonte: SESA-ES/CE DST-Aids

DISCUSSÃO

Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) tenha recomendado rotineiramente a testagem de mulheres grávidas para a sífilis desde há muitos anos,⁵ existe dificuldade na implementação de programas devido a várias razões, tais como falta de conscientização por parte dos gestores dos serviços sobre a extensão do problema na comunidade; falta de treinamento e de suporte logístico para os profissionais que realizam os serviços; e o fato de muitos dos profissionais que realizam o pré-natal não se sentirem capacitados para o aconselhamento na redução do risco de DST e no uso de preservativo por não terem recebido treinamento nessa área. Além disso, as causas de abortos não são freqüentemente investigadas, o estigma e a falta de confidencialidade em algumas comunidades têm inibido a demanda para os serviços, muitas mulheres não recebem cuidados de pré-natal durante a gravidez, e, mesmo entre as que recebem, muitas não o fazem senão no segundo ou terceiro trimestre, época em que geralmente é muito tarde para prevenir a transmissão da infecção ao feto.¹

Mesmo sendo de notificação compulsória desde 1986, no período de 1998 a junho de 2005 foram notificados ao Ministério da Saúde apenas 29.396 casos de sífilis congênita, demonstrando assim o grande sub-registro e subnotificação desse agravo. A incidência (surgimento de novos casos) passou de 1,3 casos por mil nascidos vivos em 2000 para 1,6 casos por mil nascidos vivos em 2004. Entre os casos notificados em 2004, 78,8% das mães realizaram pré-natal, destas, 57,7% tiveram o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e apenas 14,1% tiveram os seus parceiros tratados. Ainda sem considerar o percentual de informações ignoradas, tais indicadores refletem a baixa qualidade da assistência pré-natal no país e/ou a pouca importância que os profissionais de saúde, sejam gestores ou aqueles diretamente envolvidos no atendimento, têm dado ao diagnóstico e ao tratamento da sífilis, principalmente na gravidez.⁴

A SC pode ser eliminada como um problema de saúde pública pelo fortalecimento dos programas de pré-natal assegurando-se cuidados precoces para todas as mulheres, testagem universal para a sífilis, tratamento imediato, prevenção da reinfecção por

meio do tratamento de todos os parceiros sexuais, promovendo o uso de preservativo durante a gravidez e aconselhando a todas as mulheres a como prevenir a infecção. Estudos recentes da OMS têm mostrado que o desfecho da gravidez não é dependente do número de consultas de pré-natal, mas sim da sua qualidade.⁶

Numa visão mais ampla, a interação com outros programas que lidam com DST (como o de controle da sífilis na população geral) e HIV (prevenção da transmissão de mãe para filho), pode levar a uma maior eficiência no desempenho dos serviços. Alcançando as mulheres com sífilis pelos cuidados de pré-natal além de beneficiar as mulheres infectadas, temos também a oportunidade de alcançar seus parceiros, por meio de notificações estratégicas as quais irão contribuir para a redução da sífilis na população geral.¹

A subnotificação de casos sempre foi a nossa realidade ao longo dos anos, o que nos impedia de conhecer a magnitude do problema. Depois de várias tentativas de sensibilizar os profissionais de saúde, principalmente os que atuam em maternidades, estamos melhorando o sistema de notificação da sífilis congênita no Estado. Algumas medidas simples mais eficazes começaram a ser implementadas por alguns municípios do Espírito Santo, como a reorganização do atendimento de pré-natal, com solicitação de exames logo que a mulher procura a Unidade Básica; integração entre os programas materno-infantil, PSF-PACs e programas de DST/Aids; implantação de estratégias para humanização do pré-natal e nascimento com rotinas mínimas que incluem a realização de dois exames para sífilis no pré-natal – na primeira consulta e no início do terceiro trimestre – e um terceiro na admissão para o parto.

É possível eliminar a sífilis congênita como um problema de saúde pública. Os países precisam examinar suas políticas atuais relacionadas aos cuidados de pré-natal, e avaliar a sua atual situação de cobertura. Eles precisam analisar por que as mulheres não chegam cedo para o pré-natal na gestação e, a partir dessa análise, tomar medidas para ultrapassar todas as barreiras identificadas.¹

CONCLUSÃO

A incidência da SC permaneceu estável no estado do Espírito Santo até o ano de 2004, apresentando redução no ano de 2005. Acreditamos que os resultados das campanhas de prevenção, as capacitações dos profissionais de saúde, os cursos básicos de Vigilância Epidemiológica realizados melhorando as notificações e as medidas implementadas para a diminuição desse agravo estão começando a mostrar resultados no nosso Estado.

As mulheres precisam ser encorajadas a procurarem os serviços de pré-natal e realizarem os testes no início da gestação. Há, ainda, a necessidade de melhoria na qualidade dos serviços de assistência primária, como a realização do teste de VDRL no primeiro e no terceiro trimestre de gestação, bem como na hora do parto; o tratamento adequado da mãe e do parceiro; e as notificações dos casos poderia ser um incentivo a essa procura. Tal atendimento precoce trará múltiplos benefícios para a mulher e para a criança, evitando que esse agravo prevenível continue afetando tantos bebês.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization, 2005. Eliminating Congenital syphilis. www.who.int/reproductive-health
2. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities. Geneva: World Health Organization: 2003.
3. Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:433-438.
4. Brasil. Ministério da Saúde, 2006. Área técnica. Epidemiologia. Sífilis Congênita. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS286DF0DAPTBRIE.htm>
5. Hira SK. Guidelines for prevention of adverse outcomes of pregnancy due to syphilis. World Health Organization; 1991.
6. Villar J. For the Antenatal Care Trials Research Group. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of antenatal care. The Lancet; 2001; 357:1551-1564.

Endereço para correspondência:

LUCIA HELENA MELLO DE LIMA

Rua Amélia Tartuce Nasser, 1055/201,

Mata da Praia, Vitória, ES. 29065020

E-mail: luciahmlima@terra.com.br

Recebido: 18/06/2006

Aprovado: 02/10/2006

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA SÍFILIS MATERNA Y CONGÉNITA EN EL SUB SECTOR PÚBLICO A NIVEL NACIONAL, PARAGUAY - 2000-2004

Epidemiologic Situation of the Congenital and Maternal Syphilis in the Sub Public Sector, Paraguay – 2000-2004

Malvina Paez¹ & María Isabel R Riveros²

RESUMEN

Introducción: la sífilis puede afectar a la mujer embarazada y transmitirse al feto. Se estima que dos terceras partes de estos embarazos resultan en sífilis congénita o aborto espontáneo, complicaciones prevenibles con tecnologías asequibles de bajo costo. **Objetivo:** describir la situación epidemiológica de la sífilis materna y congénita en el sub sector público en el periodo 2000-2004. **Métodos:** estudio descriptivo – retrospectivo; con datos registrados en el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública. La población enfocada son las mujeres embarazadas y los casos de sífilis congénita, atendidas en los servicios de salud de todas las regiones sanitarias del país. **Resultados:** concurren a la consulta pre-natal un promedio de 122.443 mujeres por año; 75% de ellas después del cuarto mes de embarazo. El servicio diagnóstico de VDRL solo cubrió al 13% de mujeres embarazadas. La tasa de sífilis materna fue de 5,85%, el rango de edad más afectado fue el de 20 a 39 años. Se registraron un total de 1.173 casos de sífilis congénita, con una frecuencia de 2,7 casos x 1000 nacidos vivos; 95% en menores de 1 año. **Conclusión:** casos de sífilis materna y congénita fueron registrados en todas las regiones sanitarias del país, con mayor frecuencia en áreas de frontera. La sífilis materna se mantuvo alta pero estable, mientras que la sífilis congénita fue en franco aumento. Los servicios presentaron una baja cobertura de toma de muestras para VDRL en embarazadas. Nuestros resultados sugieren que es importante la implementación de estrategias que coadyuven a modificar esta situación en nuestro país.

Palabras-clave: sífilis materna, sífilis congénita, frecuencia, situación epidemiológica

ABSTRACT

Introduction: syphilis can affect the pregnant woman and be transmitted to the fetus. Approximately two third of these pregnancies lead to cases of congenital syphilis or spontaneous abortion, which are complications that could be prevented with reasonable technologies of low cost. **Objective:** determine the Epidemiologic Situation of the maternal and congenital syphilis in the Sub Public Sector of Paraguay, during a period of five years (2000-2004). **Methods:** Descriptive and retrospective study. The target population was the pregnant women and the cases of congenital syphilis, registered in the Department of Biostatistics of the Ministry of Public Health within a period of five years (2000-2004). **Results:** an average of 122,442 pregnant women per year enrolled to the prenatal consultation, 75% of these women to the prenatal control after the fourth month of pregnancy. The diagnostic service of VDRL just covered 13% of pregnant woman. The rate of pregnant woman with syphilis was 5,85%, the most affected group had average age ranging from 20 to 39 years old. A total of 1,173 cases of congenital syphilis was registered, with a coefficient of 2.7 x 1000 births; 95% with less than one year. **Conclusion:** maternal and congenital syphilis were registered in all the sanitary regions of the country, with greater prevalence and incidence in the border cities. Maternal syphilis was high but stable (5,8%), where as congenital syphilis was in frank increase. The health services had a low cover age in VDRL diagnosis of pregnant women. Our results suggest that it is important to implement strategies that help modifying this situation.

Keywords: maternal syphilis, congenital syphilis, frequency, epidemiology

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(2): 117-123, 2006

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), constituyen un problema serio de salud a nivel mundial,^{1,2} las consecuencias afectan principalmente a mujeres y a niños; con impactos económicos, sociales y sanitarios de gran repercusión en muchos países,² entre éstas infecciones, la sífilis se presenta en todo el mundo y con mayor frecuencia en grandes zonas urbanas.³

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en 1999 el número de casos nuevos de sífilis en el mundo fue de 12 millones. En América Latina se estimó un total de tres millones de casos nuevos,^{2,4,5} aparentemente la sífilis es la de menor

prevalencia entre las ITS clásicas, es decir, los casos de sífilis marca el límite inferior del espectro de prevalencia de todas las infecciones de transmisión sexual.^{6,7,8}

La prevalencia de la sífilis en grupos vulnerables es alta, principalmente cuando pone en riesgo la salud de la madre y también la del niño, durante el embarazo la infección puede transmitirse de forma vertical de madre a hijo^{2,6} por lo que las intervenciones para eliminar la sífilis congénita deben incluir estrategias eficaces tendientes a promover la prevención, detección y el tratamiento oportuno en estos grupos.⁶

En América Latina, al menos 330.000 embarazadas que poseen una prueba positiva para sífilis, no reciben tratamiento durante el control prenatal, si bien el estadio de la enfermedad es determinante, se estima que nacen 110.000 niños con sífilis congénita, y un número similar resulta en aborto espontáneo^{1,2,9,10} u otras complicaciones como prematuridad, discapacidad permanente o deformaciones (sordera – déficit neurológico – retraso

¹ Departamento de Salud Pública y Epidemiología – Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (Universidad Nacional de Asunción).

² Dirección General de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

del crecimiento – deformidades óseas) y/o muerte perinatal,^{1,8,10} que podrían ser totalmente prevenibles con tecnologías asequibles y de bajo costo; es una de las intervenciones disponibles más costo-efectivas.^{2,5,11,12}

A pesar de los datos existentes, se sospecha un subregistro y una subnotificación de casos de sífilis materna que hace que la magnitud del problema no se perciba con la trascendencia debida, tanto médicos como profesionales de salud pública, formuladores de políticas de salud y usuarios de servicios de salud deben estar convencidos de la dimensión y la severidad de la sífilis, especialmente en mujeres y en niños,⁸ debido a esto y otros, la sífilis congénita sigue teniendo un impacto negativo en la Región, la aparición de casos de sífilis congénita pone de manifiesto deficiencias de orden tanto estructural como técnico en los servicios de salud.⁶

En la Región de América Latina y el Caribe (ALC), la sífilis congénita sigue siendo un problema importante que, sin embargo, recibe poca atención. Entre los factores que influyen en la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública cabe recalcar la falta de percepción de las posibles consecuencias graves de la sífilis materna y congénita entre los formuladores de políticas, gestores de programas y proveedores de atención sanitaria; los obstáculos para el acceso a los servicios de control prenatal; la escasa demanda de la prueba entre los usuarios de los servicios de salud, y el estigma y la discriminación relacionados con las infecciones de transmisión sexual, sobre todo la sífilis.^{2,5,6}

En el año 2003, la prevalencia de sífilis en embarazadas en la región era de 3,1%, con un rango entre 0,4% en Panamá y 6,2% en El Salvador. La incidencia de sífilis congénita presentaba un rango entre 0,0 por 1.000 nacidos vivos en Cuba y 2,5 por 1.000 nacidos vivos en Honduras.^(2,6) A pesar de que hace más de medio siglo que se cuenta con recursos eficaces para la detección y el tratamiento de la sífilis, solo un país latinoamericano (Cuba) ha logrado la meta de eliminación que se había propuesto para el año 2000.⁶

En los países en vías de desarrollo, las complicaciones maternas que se relacionan directamente con las infecciones de transmisión no tratadas representan la primera causa de morbilidad materno infantil. Hoy en día el control de estas enfermedades en el embarazo ha cobrado un auge creciente.^{1,10}

El diagnóstico de la sífilis durante el embarazo es fácil y de bajo costo, todas las mujeres deben ser sometidas a un examen serológico para sífilis al comienzo del embarazo con una prueba no treponémica (p. Ej. VDRL o RPR) y preferentemente otra vez en el momento del parto, en áreas de prevalencia elevada y en pacientes consideradas de alto riesgo para sífilis también deben efectuarse pruebas no treponémicas al comienzo del tercer trimestre (28 semanas). En las mujeres tratadas durante el embarazo se necesita una serología de seguimiento para evaluar la eficacia del tratamiento.³ Esto se justifica considerando la prevalencia todavía alta de la sífilis en las embarazadas, la facilidad del diagnóstico y del tratamiento y el conocimiento de que el diagnóstico precoz asociado al tratamiento adecuado, constituyen premisas indispensables para la reducción de esta prevalencia.^{13,14}

Desafortunadamente en Paraguay la asociación sífilis – embarazo, sigue constituyendo un problema de salud pública y

causa de numerosas defunciones neonatales o intraútero.¹⁵ Los informes revelan datos preocupantes entre los países de América Latina, pues ocupa el segundo lugar tanto en la prevalencia de sífilis materna (6,0 por 100 embarazadas), como en la incidencia de sífilis congénita (1,9 casos por 1.000 nacidos vivos).² En Paraguay, la sífilis tanto materna como congénita son enfermedades de notificación obligatoria, todos los servicios de salud deben notificar los casos de embarazadas con pruebas de VDRL positivas, información crucial para la vigilancia y el estudio de la sífilis congénita.

El aumento de la sífilis materna y congénita en los países en vías de desarrollo, contribuye al incremento de las tasas de mortalidad infantil, situación que de no modificarse se traducirá en el retroceso de los logros alcanzados por los Planes de Salud Reproductiva en el ámbito mundial⁵

Las medidas para prevenir la sífilis son aplicables también a las otras infecciones de transmisión sexual, las intervenciones más importantes son la promoción del sexo sin riesgo, la educación sexual, el control de las infecciones de transmisión sexual en grupos vulnerables y la provisión de servicios de diagnóstico y tratamiento con un componente de asesoramiento (consejo) y notificación de contactos. Además lo que respecta a las embarazadas, durante la consulta prenatal es indispensable poner énfasis en la prevención de la sífilis congénita, por medio de estudios regulares de detección (tamizaje) y del tratamiento de la sífilis materna.⁶

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la eliminación de la sífilis congénita como problema de la salud pública se certificará cuando la tasa de incidencia de esta entidad (incluida los neonatos), sea igual o inferior a 0,5 casos por 1000 nacidos vivos. La justificación de definir la eliminación de esta manera se basa en dos resultados previstos de eliminación: a) Más del 95% de las embarazadas deberían someterse a exámenes de detección y tratamiento durante el embarazo, y b) La prevalencia de sífilis en embarazadas debería reducirse a menos de 1,0%.^{1,2,16}

A través de esta investigación se pretende describir la situación epidemiológica de la sífilis materna y congénita en el sub sector público en el periodo 2000-2004. Se espera que los resultados obtenidos sirvan de base para establecer estrategias de eliminación de la sífilis en el país.

MÉTODOS

El diseño de la investigación fue de tipo observacional, de nivel descriptivo – retrospectivo. Los sujetos de estudio son las mujeres embarazadas y los niños con diagnóstico de sífilis congénita.

La población accesible lo constituyen el total de consultas realizadas por las mujeres embarazadas que concurren a su control prenatal en los servicios de atención prenatal, (612.126), al igual que los niños con diagnóstico de sífilis congénita por morbilidad de consultorio externo de las dieciocho regiones sanitarias del país en el periodo 2000-2004, (1.173).

Los datos fueron proporcionados por el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del registro de notificación realizada por las regiones sanitarias correspondiente. El comité de ética del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, ha aprobado el proyecto

de investigación sin modificaciones en fecha 14 de octubre de 2005.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 2000 al 2004, fueron registradas un total de 612.126 consultas realizadas por las mujeres embarazadas que concurren a su control prenatal en los servicios de atención prenatal de los servicios de salud dependientes de las regiones sanitarias del país, con un promedio de 122.443 consultas de embarazadas por año, lo cual representa un 74% del total esperado por año (165.000 embarazadas se esperan por año a nivel nacional); el 75% de las gestantes concurren al control pre-natal después del cuarto mes de embarazo. El promedio de consultas prenatales por cada mujer embarazada es de 2,4; si bien existen diferencias por cada región sanitaria en las que en algunos casos son de 1,9 para el mínimo y en otras hasta 3,9 como máximo **Tabela 1**. Respecto a los partos institucionales corresponde a un porcentaje del 56% a nivel nacional, la atención a las gestantes es realizada tanto por profesionales médicos como por enfermeras, obstetras y auxiliares de enfermería.

Considerando el análisis de VDRL para el diagnóstico de sífilis materna, de las dieciocho regiones sanitarias el 88,2% de los servicios de salud realizan menos del 25% de toma de muestras para esta prueba a las mujeres embarazadas, resultando una cobertura del 13%, (82.194). La proporción de embarazadas con serología positiva es de 5,85%; Tabela 2, La sífilis materna se presenta en mujeres de 15 a 49 años de edad, siendo las de 20 a 39 años las más afectadas con un 73%.

Para la determinación de la sífilis congénita se han considerado el total de nacidos vivos y la morbilidad de consultorio externo por sífilis congénita notificado y registrado por las regiones sanitarias. En los cinco años de estudio se registró un total de 464.189 nacidos vivos distribuidos a nivel nacional y se reportaron 1.173 casos de sífilis congénita, lo que equivale 2,7 sífilis congénita x 1000 nacidos vivos, afectando a niños menores de 14 años, y entre ellos en el 95% de los casos en menores de 1 año.

Durante los años de estudio, los casos de sífilis materna se mantienen estables y la frecuencia de los casos de sífilis congénita en franco aumento, de 1.13 en el año 2001 a 4.88 en el 2004. La distribución de casos por regiones sanitarias muestran la mayor incidencia en Asunción (5,8 x 1000 nv), seguido de Amambay, Guairá, Boquerón y San Pedro; los de menor incidencia fueron:

Tabela 1 - Promedio e inicio de consulta prenatal por embarazada, según el total de mujeres embarazadas registradas, periodo 2000-2004

Regiones Sanitarias	Total de consultas en consultorio prenatal	Promedio de Consulta Pre natal x embarazada	Primera consulta (%)	
			Antes del 4to. mes	4to. Mes y +
I. Concepción	22711	2.3	17	83
II. San Pedro	38676	2	29.5	70.5
III. Cordillera	33614	3.3	21.8	78.2
IV. Guairá	21299	2.5	25	75
V. Caaguazú	45208	2.7	22.6	77.4
VI. Caazapá	23541	2.4	22	78
VII. Itapúa	42713	2	22.8	77.2
VIII. Misiones	15182	2.2	22	78
IX. Paraguari	28039	2.9	23.8	76.2
X. Alto Paraná	53645	2.1	28.2	71.8
XI. Central	164133	1.9	28.9	71.1
XII. Ñeembucú	7057	3.7	19.3	80.7
XIII. Amambay	10581	2.6	30.8	69.2
XIV. Canindeyú	15718	2.1	26.5	73.5
XV. Presidente Hayes	6340	3.9	22.8	77.2
XVI. Alto Paraguay	1030	1.9	11.7	88.3
XVII. Boquerón	4334	2.2	35.2	64.8
XVIII. Asunción	78305	2.9	27.1	72.9
Totales	612126	2.4	24.3	75.7

Tabela 2 - Total de embarazadas registradas y % de toma de muestras para VDRL. Sífilis Materna (x 100) y Sífilis Congénita (x 1000), por Regiones Sanitarias, Paraguay, 2000 al 2004

Regiones Sanitarias	Total de consultas de embarazadas	% de Toma de muestras p/ VDRL	Serología + (VDRL) en embarazadas x 100	Total de Nacidos Vivos	Sífilis Congénita x 1000 nv
I. Concepción	22711	16	3,39	17760	0,56
II. San Pedro	38676	6	7,27	19825	3,17
III. Cordillera	33614	20	4,63	19622	0,15
IV. Guairá	21299	20	3,11	15636	3,9
V. Caaguazú	45208	13	5,06	29768	0,83
VI. Caazapá	23541	5	3,92	11167	0,71
VII. Itapúa	42713	5	5,01	34381	0,14
VIII. Misiones	15182	32	6,53	10224	1,36
IX. Paraguari	28039	23	3,4	16461	0,54
X. Alto Paraná	53645	20	6,85	44915	0,15
XI. Central	164133	8	5,61	114130	2,33
XII. Ñeembucú	7057	23	5,78	5479	2
XIII. Amambay	10581	2	66,11	7550	4,37
XIV. Canindeyú	15718	9	7,92	7609	1,44
XV. Presidente Hayes	6340	44	8,45	5242	0,76
XVI. Alto Paraguay	1030	Sd	0	694	Sd
XVII. Boquerón	4334	6	9,38	3319	3,61
XVIII. Asunción	78305	19	7,01	100407	5,82
Totales	612126	13%	5,58	464189	2,7

Figura 3 - Frecuencia de Sífilis Materna y Sífilis Congénita en el sub sector público. Paraguay 2000-2004

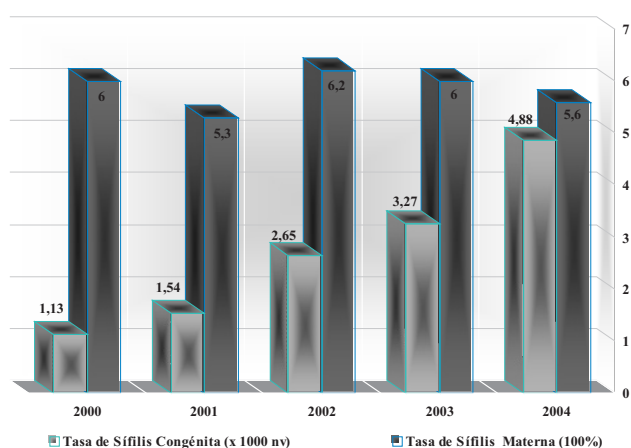


Figura 4 - Porcentaje de Embarazadas atendidas según edad. Paraguay 2000-2004

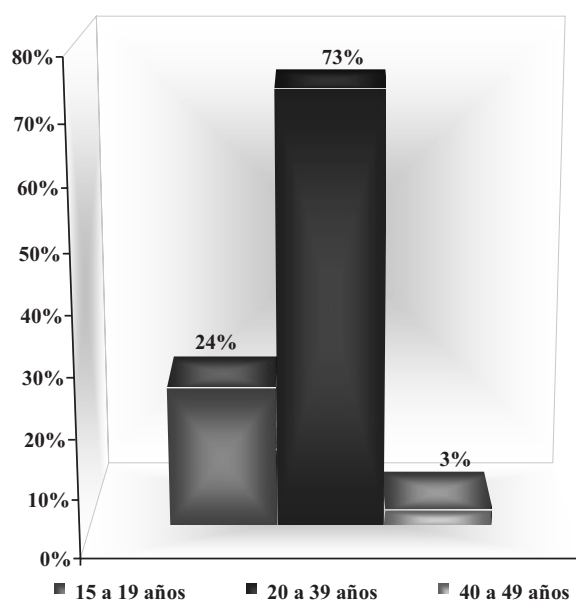
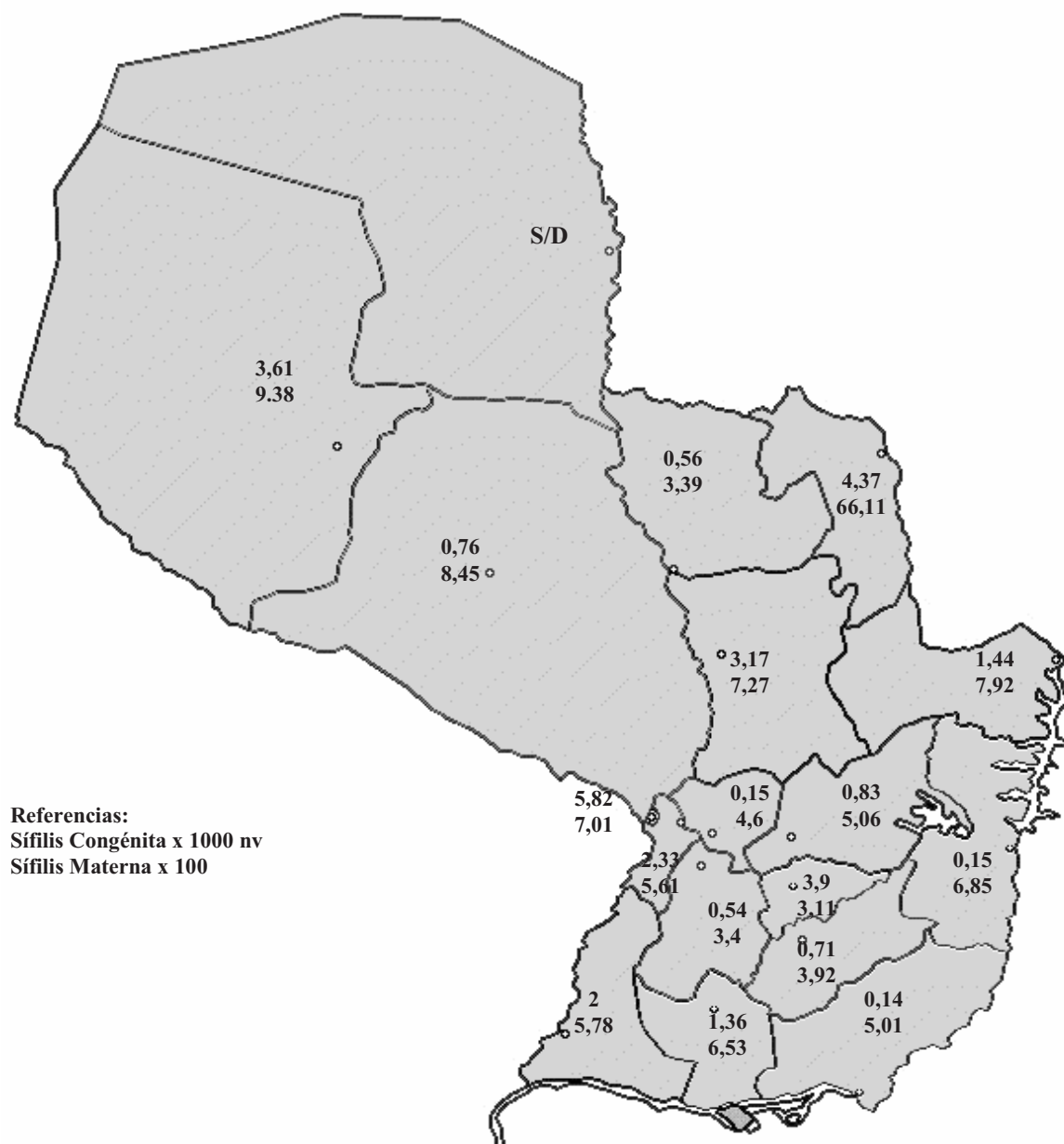


Figura 5: Distribución de Sífilis materna y Sífilis congénita por Regiones Sanitarias. Paraguay 2000-2004

DISCUSIÓN

Siendo la sífilis una enfermedad de fácil diagnóstico y tratamiento accesible, sigue siendo un problema de salud pública en todo el mundo y cuando afecta a grupos vulnerables como a las mujeres embarazadas sus consecuencias son mucho más graves.

El objetivo del programa para la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en América Latina y el Caribe, según define el plan de Acción de 1995 (OPS/OMS), es reducir la incidencia de esta afección a una cifra igual o menor a 0,5 casos por 1000 nacidos, incluidos los mortinatos. La idoneidad de esta cifra se justifica en la búsqueda de dos resultados: a) más de 95% de las embarazadas infectadas deberían someterse a exámenes de detección y tratamiento durante el embarazo, y b) la prevalencia de sífilis durante el embarazo debería

reducirse a menos de 1,0%.⁵

En relación a la sífilis materna, al comparar los datos de otros países de Latinoamérica y el Caribe vemos que Perú registra 0,8%, Brasil 1,7%, Honduras 3,1, Bolivia 3,9%, entre otros; Paraguay presenta un panorama desalentador considerando en 5 años un promedio de 5,8 casos de sífilis materna por 100 embarazadas; teniendo como sífilis al resultado positivo de la prueba no treponémicas (el método del Venereal Disease Research Laboratory, VDRL); de igual forma los casos de sífilis congénita del país son elevados (2,7 x 1.000 nacidos vivos) similar al de algunos de los países mencionados. Respecto a la sífilis materna existe coincidencia con estudios realizados en el país pues los datos oscilan entre 5,6 a 6 para la tasa de sífilis en embarazadas, sin embargo existen variaciones importantes para la sífilis congénita, que de 1,9 en otros informes, (OPS/OMS, 1995), en esta investigación da un promedio de 2,7 por 1000 nacidos vivos.

Los hallazgos del periodo estudiado demuestran que si bien las cifras de la sífilis materna se mantienen altas pero estables, la congénita tiende a ascender; es así que de 1,13 en el 2000, pasó a 4,88 x 1.000 nacidos vivos para el 2004, con una tendencia en aumento. No existe una relación directa entre número de casos de sífilis materna y congénita, si bien en las ciudades fronterizas sobresalen los casos de sífilis materna los resultados de sífilis congénita son relativamente bajos, es en la capital del país, Asunción, donde se presentó mayor concentración de casos de sífilis congénita, lo cual llama la atención teniendo en cuenta la facilidad de acceso a los servicios de salud, mayor cantidad de servicios, profesionales, diagnóstico y tratamiento, además del acceso a la información, situación que no se da en otras regiones del país, más aún las alejadas de la capital.

La sífilis congénita se adquiere a partir de una madre infectada en cualquier momento del embarazo o durante el parto, resulta de vital importancia el control prenatal; al respecto la mayoría de las gestantes concurren a su primer control prenatal recién al cuarto mes o más de su embarazo, esta conducta incide negativamente puesto que la prueba de laboratorio VDRL debe realizarse en la primera consulta y de preferencia al inicio del embarazo a fin de indicar el tratamiento correspondiente para evitar la sífilis congénita. Es común en nuestro medio que las embarazadas asistan a un control prenatal y luego a la hora del parto, con lo cual el promedio de consultas por embarazada no sobrepasa de dos, incluso en la capital donde se supone debería existir mayor control por las características propias de una población urbana, sin embargo, la realidad es tan igual o peor que en otras regiones, además las embarazadas concurren a la parteras empíricas que brindan atención domiciliaria y generalmente no solicitan estudios laboratoriales, por lo tanto se dificulta un diagnóstico y tratamiento oportuno.

En el presente estudio, la cobertura de serología para VDRL en embarazadas es de 13%, lejos está del cumplimiento de la meta propuesta por la OPS/OMS de un 95% de cobertura con VDRL para las embarazadas, sin considerar aún otros tipos de pruebas confirmatorias o de diagnósticos para la sífilis en embarazadas. Teniendo en cuenta dicha cobertura el número de embarazadas con sífilis que no llegan a ser diagnosticadas es muy alta por lo que las consecuencias se reflejan en los altos índices de sífilis congénita que va en aumento. Estos datos reflejan la pérdida de oportunidades por parte de los servicios de salud, de adoptar medidas de prevención y de intervención, pues la ausencia de diagnóstico y tratamiento precoz de la sífilis durante el embarazo puede llevar a un parto prematuro y al nacimiento de niños con sífilis congénita, muchas veces asintomática, con serias repercusiones futuras. Es importante destacar que la situación expuesta ni siquiera refleja todo lo que sucede en el sub sector público, es solo una parte de la problemática que debería investigarse exhaustivamente en todos los servicios de atención primaria, comenzando por un mejor registro de los casos, es decir que se presenta una necesidad de contar con un sistema de registro individual por embarazada y no por consultas como lo es actualmente.

Son diversos los factores que podrían ser los causantes de este fenómeno, entre ellos podemos clasificar lo concerniente a la población y a los servicios de salud: con respecto a la población: desconocimiento del tema, el estigma, promiscuidad, situación

socio económica y cultural de la mujer. Servicios de salud: del personal de salud: escasa sensibilización de los profesionales de la salud hacia la problemática, desconocimiento de las estadísticas respecto a las ITS, sub-registro, temor a la administración del tratamiento con penicilina, falta de normas. Del servicio: problemas en la accesibilidad, oportunidades perdidas, ausencia de programas de capacitación permanente sobre el tema, insuficiente e irregular disponibilidad de reactivos para la serología.

CONCLUSIÓN

- La situación epidemiológica de la sífilis materna y congénita a nivel país es preocupante pues se presentan en todas las regiones sanitarias, con mayor frecuencia en las ciudades fronterizas, la sífilis materna se mantiene alta pero estable (5,8%), mientras que la sífilis congénita va en franco aumento.
- El promedio de consultas prenatales por embarazada no sobrepasan de dos.
- La mayoría de las embarazadas concurren a su primer control prenatal luego del 4to. mes de embarazo.
- Es alto el porcentaje de oportunidades perdidas por parte de los servicios de salud para la realización de la prueba de VDRL a las embarazadas.
- Los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social presentan una baja cobertura de toma de muestras para VDRL en embarazadas.
- Las mujeres embarazadas son atendidas tanto por profesionales médicos, como por enfermeras, obstetras o auxiliares de enfermería.
- Finalmente, los resultados reflejan la necesidad de implementar programas dirigidos a la eliminación de la sífilis materna y por ende a la congénita y eso es posible..., ya lo ha demostrado Cuba, cuando los esfuerzos se encaminan hacia un objetivo y se cuenta con los recursos para hacerlo todo es posible, además debe haber voluntad política.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berdasquera D, Fariñas A, Ramos I. Las Enfermedades de transmisión sexual en embarazadas. Un problema de salud a nivel mundial. *Revista Cubana Medicina General Integral* 2001; 17(2): 185-90.
2. Valderrama J, Zacarías F. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington, D.C.: OPS, 2005.
3. Peter G. Red Book, Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 24ª Edición. Argentina: Editorial Panamericana; 1999. 776.
4. World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: Overview and estimates. Geneva: WHO; 2001 (WHO/CDS/CSR/EDC/ 2001.10) Hallado en <http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub7/en/>. Acceso: 10 de setiembre de 2004.
5. Valderrama J Urquia B MA, Galván O G, Simán S R, Osimani M L, Abreu H. et al. Normas y estándares en epidemiología. Sífilis materna y sífilis congénita: definiciones de caso. *Boletín Epidemiológico. OPS* 2005; Vol. 26, (1). Marzo.
6. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2004; 16 (3) Washington Sept.

- Disponibile en <http://www.scielosp.org/scielo.php/es>.
7. Gerbase A, Toscazo C, Titan S, Cuchi P, González-Salvatierra R, Zacañas F. Sexually transmitted diseases in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública* 1999; 5 (6): 362-70.
 8. Valderrama J Fernández G. Metodología para estudios de subnotificación de sífilis en embarazadas. Washington: OPS; 2005.
 9. Organización Panamericana de la Salud, Unidad VIH/SIDA. Hoja informativa sobre sífilis congénita. Washington febrero de 2004. Hallado en: http://www.paho.org/Spanish/D/FCH/AI/sifilis_cong_hi.pdf. Acceso: 1 de mayo de 2004.
 10. Dallabeta MD, Gina A. El control de las enfermedades de transmisión sexual: un manual para el diseño y la administración de programas. Washington, DC: OPS 1997:3-24, 174-81.
 11. World Bank. World Development Report 1993: investing in health. New York: World Bank, 1993.
 12. Rodríguez C S, Guimaraes M D C. Grupo Nacional de Estudios sobre sífilis congenita. Positividade para sífilis em puerperas: ainda un desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16(3):168-75.
 13. Grimberg G, Ravelli MR, Etcheves PD C, Orfus G, Pizzimenti M C. Sífilis y embarazo – control prenatal, seroprevalencia y falsos biológicos positivos. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60(3):343-7.
 14. Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud. Conocimientos, Aptitudes y Práctica (CAP). Relaciones con el HIV/SIDA en Paraguay. Talleres Repográficos del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción; 1993. 166 p.
 15. Organización Panamericana de la Salud. Resolución: 116ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS; XXXVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington: OPS; 1995. (Documento oficial CD38/15).
 16. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General. Dirección de los Servicios Normativos, Servicio Nacional de Epidemiología y Zoonosis, Departamento de Enfermedades Venéreas. Normas para el Control y Tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.) Asunción – Paraguay; 1987. p 83.

Endereço para correspondência:**MALVINAPAEZ**

E-mail: malvinapaez@yahoo.es

Recebido em: 17/07/2006

Aprovado em: 29/09/2006

USO DO PRESERVATIVO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL: MITO OU REALIDADE?

THE USE OF THE CONDOM IN THE FIRST SEXUAL RELATION: MYTH OR REALITY?

Maria da Penha L Coutinho,¹ Ana Alayde W Saldanha,² Regina LW Azevedo³

RESUMO

Introdução: a baixa idade da iniciação sexual e o não uso de preservativo, são características marcantes no crescente número de adolescentes que contraem DST/Aids. **Objetivo:** conhecer o perfil do início das práticas sexuais dos adolescentes de João Pessoa – PB, considerando o uso ou não do preservativo nesta primeira experiência, dando ênfase ao grau de relacionamento afetivo mantido com o(a) primeiro(a) parceiro(a). **Métodos:** participaram do estudo 395 adolescentes de ambos os sexos, sendo apenas considerados os adolescentes que já haviam iniciado sua vida sexual, ou seja, 165 adolescentes. **Resultados:** por meio do teste t verificou-se que há diferença estatisticamente significativa na idade média da primeira relação sexual dos adolescentes, considerando o gênero [t(159) = -3,81; p=0,000], com média de idade da primeira relação sexual de 13,69 anos e dp=2,00 para os rapazes, e 15,12 anos e dp=2,33, para as moças. Na idade do parceiro na primeira relação sexual destes mesmos adolescentes, verificaram-se médias de idade t(158) = -3,52; p=0,001, mas ambos os sexos tiveram sua primeira experiência com pessoas mais velhas. Os adolescentes do gênero feminino (79,1%) iniciaram sua vida sexual com o namorado (algumas delas sem preservativo) e os homens (54,2%), com amigos (as) ou com “ficantes” (alguns deles também sem preservativo). **Conclusão:** o uso do preservativo precisa ser mais incentivado entre os adolescentes de João Pessoa PB, pois o número de jovens que não tiveram esta prática na sua primeira relação sexual foi bastante significativo, sendo um aspecto preocupante no âmbito da saúde destes adolescentes e futuros adultos.

Palavras-chave: iniciação sexual, adolescência, aids, preservativo

ABSTRACT

Introduction: the low age of the sexual initiation and the lack of use of condoms are the main characteristics of the increasing number of teenagers that DST/AIDS. **Objective:** are know the profile of the beginning of the sexual practice infected of teenager by João Pessoa, considering the use or not of the condom in this first experience, giving emphasis to the degree of affective relationship kept with the first partner. **Methods:** 395 teenagers of both sexes, feminine and masculine had participated of this study, but only teenagers that had already initiated their sexual lives were, that is, 165 teenagers. **Results:** through the test it was verified that it has significant score differences in the average considered standards of the age of teenagers first sexual relation, considering the gender [t(159) = -3,81; p=0,000], with age average of the first sexual relation of 13,69 years old and dp=2,00 to the boys, and 15,12 years old and dp=2,33 to the girls. In the age of the partner of the first sexual relation of these teenagers, the average scores verified were t(158) = -3,52; p=0,001, but both sexes, male and female, had had their first experience with older people. Teenagers of female gender (79,1%) had initiated their sexual lives with the boyfriend (some of them without condom) and the men (54,2%), with friends or affairs (some of them also without condom). **Conclusion:** teenagers of João Pessoa need to be stimulated to use a preservative, therefore the number of youngsters that had not had this practice in their first sexual relation was sufficiently significant, being a preoccupying aspect in the scope of the health of these teenagers and future adults.

Keywords: sexual initiation, teenager, aids, condom

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(2): 124-129, 2006

INTRODUÇÃO

Com o advento da internet, a globalização e a pouca censura nos meios de comunicação em massa, surge um apelo sexual frequente e precoce, levando os jovens a experiências ainda incompreendidas por eles. Os adolescentes desejam ser adultos, falam como adultos e querem se comportar como tais para ter os privilégios da maturidade, contudo, para entender o significado real do envolvimento sexual, falta-lhes a experiência e a responsabilidade, e a aids passa a ser uma das conseqüências desastrosas da situação atual.

Aproximadamente um terço da população mundial encontra-se entre os 10 e os 24 anos de idade, ou seja, são jovens; e é nessa faixa etária que se concentra metade das infecções por HIV em todo o mundo. Esses dados demonstram uma situação crítica e preocupante, fazendo com que a população de jovens seja colocada no topo da pauta de prioridades do debate público e em estudos científicos sobre as políticas em resposta à epidemia pelo HIV/AIDS, no Brasil e no mundo¹.

Segundo o Ministério da Saúde, no mundo todo, um entre 20 adolescentes contrai algum tipo de doença sexualmente transmissível (DST) a cada ano. Diariamente, mais de sete mil jovens são infectados pelo HIV, num total de 2,6 milhões por ano, o que representa a metade de todos os casos registrados. Estima-se que 10 milhões de adolescentes vivem hoje com o HIV ou estão propensos a desenvolver a AIDS no decorrer dos próximos 15 anos. Aproximadamente 80% das transmissões do HIV no mundo decorrem de práticas sexuais sem proteção. Vale ainda ressaltar que, na presença de uma DST, o risco de transmissão do HIV é de três a cinco vezes maior.²

¹ Universidade Federal da Paraíba, professora com pós-doutorado em Psicologia pela Universidade Aberta de Lisboa-Portugal/Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e coordenadora do Núcleo de Pesquisa: Aspectos psicossociais de prevenção e saúde coletiva.

² Universidade Federal da Paraíba, professora com doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP-FFCLRP) e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa: Aspectos psicossociais de prevenção e saúde coletiva.

³ Universidade Federal da Paraíba, psicóloga Clínica, mestranda em Psicologia Social, pesquisadora do Núcleo de Pesquisa: Aspectos psicossociais de prevenção e saúde coletiva.

Tomando também como referência o Boletim Epidemiológico AIDS/DST³ com os dados até 30 de junho de 2005, verifica-se 4.573 casos notificados de soropositividade em adolescentes do gênero masculino e 3.502 casos do gênero feminino nesta mesma fase de desenvolvimento. Observa-se um aumento no índice de contaminação entre as adolescentes do gênero feminino, demonstrando que estas meninas estão sendo alvo de crescente vulnerabilidade.

Este quadro de contaminação nos adolescentes, público alvo deste estudo, justifica o impacto social causado pela aids, impacto este demonstrado por inúmeras pesquisas realizadas na área, como é o caso do estudo de Taquette e colaboradores,⁴ com jovens do Rio de Janeiro, trazendo como resultado aspectos considerados na literatura como resultado de alto grau de vulnerabilidade ao HIV/AIDS como: a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros e o não uso de preservativo nas relações sexuais, sendo também influenciados por um sistema de gênero que se pauta na dominação masculina, mostrando que os rapazes têm maior número de parceiros e iniciam a atividade sexual mais cedo. Este resultado corrobora com uma pesquisa realizada pela UNESCO e apresentada por Castro, Abramovay e Silva,⁵ demonstrando a idade média da primeira relação sexual, em média aos 14,5 entre os meninos e 15,5 anos entre as meninas, considerando também a multiplicidade de parceiros e a ausência do uso de preservativo, como fator preponderante na vulnerabilidade dos adolescentes ao HIV/AIDS.

Neste sentido, pode-se enfatizar que a primeira relação sexual é considerada um marco na vida reprodutiva de qualquer indivíduo, e inúmeros fatores têm contribuído para incrementar as relações sexuais cada vez mais cedo durante a adolescência. Um deles é o maior conhecimento dos aspectos negativos da repressão sexual, proporcionando uma visão distorcida e perigosa da vida sexual. Outro fator considerado é uma negligente permissividade social, permitindo formar uma concepção de sexo e vida social mais desinibida e liberal.

Sendo assim, verifica-se que a adolescência, por ser uma fase de transição e conflitos na qual o comportamento sexual e os padrões reprodutivos estão altamente susceptíveis a influências da sociedade, torna-se um período mais vulnerável para se contrair DST, em especial a aids. A sexualidade, neste sentido, ganha ampla conotação dentro do contexto sociocultural e biológico nos quais o jovem está inserido, sendo demonstrado que esta diminuição da idade de início das práticas sexuais, a multiplicidade de parceiros e a ausência do uso de preservativos, aliados a hábitos socioculturais e crenças, apresentam-se como fatores relevantes pela vulnerabilidade, o que dificulta a quebra da cadeia de transmissão da aids.⁵

Estes pressupostos, segundo Seffner,⁶ evidenciam que a vulnerabilidade da população a um determinado agravo é determinada por uma série de circunstâncias, que podem ser ordenadas em fatores que envolvem não apenas planos individuais, mas também sociais. Nos planos sociais, a vulnerabilidade vem sendo avaliada por intermédio das formas de comunicação e difusão em que a aids está sempre como conteúdo principal.

Apesar da evidente melhoria na abertura do diálogo dos adolescentes com a sua família e amigos, com os quais eles falam com mais liberdade sobre sexualidade, e apesar das informações acessíveis na mídia, muitos jovens não se sentem vulneráveis a esses riscos, principalmente em se tratando dos jovens do sexo

masculino. Fato comprovado na pesquisa realizada por Guerriero, Ayres e Hearst⁷ acerca da masculinidade e vulnerabilidade ao HIV, cujo resultado mostrou a representação que os homens têm de sentirem-se fortes, imunes a doenças, serem impetuosos, correrem riscos, serem incapazes de recusar uma mulher, e considerarem que têm mais necessidade de sexo do que a mulher e que seu desejo sexual é incontrolável.

Considerando também o gênero feminino, a vulnerabilidade neste público está em ascensão, dado encontrado em inúmeras pesquisas, dentre elas uma realizada na cidade de Pelotas – RS acerca da autopercepção de vulnerabilidade as DST/Aids nas mulheres, tendo como resultado que 64% das mulheres achavam impossível ou quase impossível adquirir este tipo de doença.⁸ Os principais comportamentos de risco encontrados na pesquisa foram o não uso de preservativo na última relação sexual; o início das relações com menos de 18 anos de idade; o uso de álcool ou de drogas pelo parceiro ou pela mulher antes da relação sexual; dois a três parceiros nos últimos três meses e sexo anal na última relação sexual.⁸

A crescente participação dessa forma de exposição na epidemia HIV/Aids traz alguns desafios importantes, destacando-se a questão de gênero. Portanto, a decisão pela adoção de medidas preventivas contra o HIV passa pela maneira como os adolescentes estão social e culturalmente estruturados nas suas relações com os jovens adolescentes do sexo oposto, bem como pela forma como a masculinidade ou feminilidade é concebida e afirmada.

Assim, é atribuído à adolescência o seu despreparo inicial para compreender e desfrutar da sua sexualidade; o seu sentimento ilusório de proteção e poder sobre a vida, minimizando os seus riscos e a sua eventual baixa auto-estima, manifestação de conflitos emocionais, relacionamentos instáveis com a família, amigos e namorados, justamente no momento de cobrança e definição do seu papel a ser assumido na vida em sociedade. Ademais, existe uma série de dificuldades a serem enfrentadas para tomar decisões, definir a própria identidade, afirmar-se diante do seu grupo e contemporizar a satisfação do desejo com a sua permissão social. Todos esses fatores influem diretamente na adoção ou não de hábitos saudáveis para a prevenção das DST e do HIV/Aids. É primordial, portanto, promover e fortalecer a participação ativa da juventude no processo de sua educação sexual, desde muito antes do início da sua prática.

OBJETIVO

Este estudo foi realizado com o objetivo de conhecer o perfil do início das práticas sexuais dos adolescentes de João Pessoa – PB, considerando a prevenção de DST, ou seja, o uso ou não do preservativo nesta primeira experiência, dando ênfase ao grau de relacionamento afetivo mantido com o(a) primeiro(a) parceiro(a).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido com uma amostra não-probabilística, intencional e acidental. A Organização Mundial de Saúde (OMS), sob críticas de que definir a adolescência com recorte cronológico encobre diferenças no processo de desenvolvimento, definiu os adolescentes como indivíduos entre 10 e 19 anos de idade, mas esta definição pretende ainda abranger aspectos biológicos, psicológicos e econômicos vivenciados neste período do desenvolvimento. Apesar desta con-

cepção, participaram do estudo 395 adolescentes, sendo 199 (50,4%) do sexo feminino e 196 (49,6%) do sexo masculino. Entretanto, foram considerados aptos à pesquisa apenas os adolescentes na faixa etária dos 12 aos 19 anos, devido a algumas questões do instrumento estarem ligadas às práticas sexuais. Uma vez que a população de 10 e 11 anos da amostra demonstrou constrangimento e ingenuidade ao responder o instrumento, ela não foi considerada para este estudo. Além deste recorte, foram ainda considerados apenas os jovens que já haviam iniciado sua vida sexual, ou seja, 165 adolescentes (42% da amostra), sendo 122 adolescentes do gênero masculino e 43 do gênero feminino.⁵

A média de idade dos participantes da presente pesquisa foi de 15,47 anos (dp=2,29). A maioria dos jovens, 83,8% (331), declararam não trabalhar e o restante, 16,2% (64), declararam que exercem alguma atividade remunerada. Contudo, é de suma importância enfatizar que dos adolescentes que disseram trabalhar, 14 estão cursando o Ensino Fundamental e 50 o Ensino Médio, e daqueles que declararam apenas estudar, 168 estão cursando o Ensino Fundamental e 162 estão no Ensino Médio, totalizando um percentual de 46,1% de adolescentes cursando o Ensino Fundamental e 53,8% cursando o Ensino Médio.

Instrumento

Foi utilizado um questionário contendo questões fechadas e auto-respondidas acerca dos dados sociodemográficos (estado civil, idade, nível de escolaridade, religião, filhos, ocupação) e práticas sexuais (iniciação sexual, parceria, uso de preservativo).

Procedimentos

Para a escolha do campo de investigação, foi realizado um levantamento das várias instituições escolares da cidade de João Pessoa/PB, devido à facilidade de acesso à população desejada. Uma vez feita a escolha das instituições, os diretores das escolas foram contatados para que se pudesse apresentar os objetivos deste estudo e a importância da escola para o desenvolvimento do mesmo. Após a autorização por escrito, a pesquisa foi apresentada aos alunos que, primeiramente, foram informados acerca do estudo e esclarecidos quanto ao caráter voluntário da sua participação, solicitando-se, assim, que assinassem um termo de consentimento para que, em seguida, fosse iniciada a aplicação

do instrumento de maneira coletiva, por dois pesquisadores, previamente treinados e qualificados.

Análise dos Dados

Foi estudada a relação entre as seguintes variáveis dependentes, e a variável independente sexo: média de idade do início da vida sexual; tipo de relacionamento com o(a) primeiro(a) parceiro(a) sexual, considerando as relações de amizade, namoro, “ficar”, relações com um conhecido e outros tipos de relacionamentos e a utilização ou não do preservativo.

A análise dos dados foi subsidiada por estatística descritiva para verificar a relação entre as variáveis de gênero, grau de relacionamento com o(a) parceiro(a) da primeira relação sexual e o uso ou não de preservativo nesta primeira experiência. Foi utilizado o teste t, com o intuito de comparar a média de idade da primeira relação sexual dos adolescentes, com a dos(as) seus/suas primeiros(as) parceiros(as) sexuais, considerando um nível de significância de 95%.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do CCS (Centro de Ciências da Saúde) da UFPB, tendo como base a Resolução nº 196/96. Foi solicitado o consentimento informado tanto da diretoria da escola quanto dos alunos, para a realização da pesquisa. É válido mencionar que não foi verificada nenhuma recusa por parte dos adolescentes em participar da presente pesquisa.

RESULTADOS

Com o teste estatístico de diferença entre as médias (teste t), verificou-se que há diferença estatisticamente significativa na média de idade da primeira relação sexual dos adolescentes, considerando o gênero [$t(159) = -3,81; p=0,000$]. Os adolescentes do gênero masculino apresentaram uma média de idade da primeira relação sexual de 13,7 anos (desvio padrão = 2), em comparação com as adolescentes do gênero feminino, que declararam ter tido sua primeira relação sexual com média de idade de 15,1 anos (desvio padrão = 2,33).

Tabela 1 – Média, Mediana, Desvio padrão, valor máximo e mínimo da idade (em anos) do início da prática sexual dos adolescentes de João Pessoa – PB e de seus primeiros(as) parceiros(as)

Variável (anos)	Sexo		Média Geral
	Masculino	Feminino	
Idade da primeira relação sexual			
Média	13,69	15,12	14,07
Mediana	13,98	15,00	14,23
Desvio-padrão	2,00	2,33	2,18
Valor máximo e mínimo	9-18	9-19	9-19
Idade do(a) primeiro(a) parceiro(a) sexual			
Média	16,38	18,88	17,03
Mediana	16,11	17,94	16,83
Desvio-padrão	3,91	4,14	4,11
Valor máximo e mínimo	9-38	9-30	9-30

No que se refere à idade do parceiro na primeira relação sexual desses adolescentes, observou-se uma diferença estatisticamente significativa na média de idade [$t(158) = -3,52; p=0,001$]. A média de idade do primeiro parceiro dos adolescentes do gênero masculino é de 16,4 anos (desvio-padrão = 3,91), em comparação com a idade do primeiro parceiro sexual dos adolescentes do gênero feminino que tem como média 18,8 anos (desvio-padrão = 4,14). Estes dados podem ser observados na **Tabela 1**.

As adolescentes do sexo feminino relataram, em sua maioria, ter iniciado sua vida sexual com pessoas com quem já tinham um relacionamento afetivo estável, como um namoro (79,1%), entretanto,

houve casos em que a iniciação sexual se deu em relacionamentos nos quais não foram acordados qualquer tipo de compromisso sério, que é o chamado “ficar” (9,3%), e com a mesma frequência em relacionamentos de amizade (9,3%). E ainda, 2,3% relatou ter tido sua primeira relação sexual com uma pessoa que conheceu no mesmo dia.

Em contrapartida, os homens, em sua maioria, iniciaram sua vida sexual em relações de amizade, totalizando 34,7%; com “ficantes” (19,7%); com alguém que conheceu no mesmo dia (18%); com a namorada (13,9%) e com outros tipos de relacionamentos (13,7%) conforme **Tabela 2**.

Tabela 2 – Distribuição por sexo segundo o tipo de relacionamento com o(a) primeiro(a) parceiro(a) sexual e o uso de preservativo.

		Pessoa da primeira relação sexual					
		Amigo(a)	Ficante	Namorado(a)	Conhecido	Outro	
Gênero	Masculino	42	24	17	22	17%	
	Total	34,7%	19,7%	13,9%	18%	13,7%	
	Feminino	4	4	34	1	0%	
	Total	9,3%	9,3%	79,1%	2,3%	0%	
Uso do preservativo	Sim	Masculino	18	19	11	16	7%
		Total	14,7%	15,6%	9%	13,1%	5,7%
	Feminino	Masculino	2	2	21	1	0%
		Total	4,6%	4,6%	48,8%	2,5%	0%
	Não	Masculino	24	5	6	6	10
		Total	19,6%	4,1%	4,9%	4,9%	8,2%
	Feminino	Masculino	2	2	13	0	0
		Total	4,6%	4,6%	30,3%	0%	0%

Em relação ao uso do preservativo no ato da primeira relação sexual e o grau de relacionamento com o seu/sua primeiro(a) parceiro(a), verificou-se que 58,1% dos adolescentes do gênero masculino e 60,5% do gênero feminino declararam utilizar preservativo independentemente do grau de relacionamento socioafetivo com seu parceiro. Em contrapartida, dos 41,7% dos adolescentes do gênero masculino que disseram não utilizar preservativo na primeira relação sexual, 19,6% declararam ter sido com uma amiga, 4,1% com uma “ficante”; 4,9% com a namorada; 4,9% com uma pessoa que conheceu no mesmo dia e 8,2% declararam ter acontecido com pessoas que têm outro tipo de relacionamento, por eles não especificado. Considerando os adolescentes do gênero feminino, 39,5% das meninas declararam não ter utilizado preservativo na sua primeira relação sexual; 4,6% declararam ter tido sua primeira experiência com um amigo; 4,6% com um “ficante” e 30,3% declararam ter tido esta experiência com o seu namorado.

DISCUSSÃO

Por intermédio dos resultados, foi possível observar que a tendência de antecipação da idade da primeira relação sexual das jovens, foi estatisticamente significativa em comparação com a idade da iniciação sexual dos adolescentes do gênero masculino. Na mesma proporção, considerando a média de idade dos(as) parceiros(as) sexuais, os dados demonstraram que os jovens ti-

veram sua primeira experiência sexual com pessoas mais velhas. É preciso observar que os primeiros parceiros sexuais das meninas são em média quase quatro anos mais velhos que elas, o que pode ser um fator de vulnerabilidade ao HIV, já que pode acarretar perdas no poder de negociação e autonomia de decisão em relação de iniciar-se sexualmente, bem como ao uso ou não do preservativo. Outro fator que reforça esta vulnerabilidade é que estes parceiros têm uma maior experiência sexual, e provavelmente estiveram mais expostos aos riscos de contrair DST/AIDS.

Este dado pode ser comparado ao encontrado em pesquisa realizada por Borges & Schor,⁹ acerca do início da vida sexual na adolescência e relações de gênero, cujos os resultados, embora não tenham apresentado diferença estatisticamente significativa entre o início da prática sexual entre os adolescentes do gênero masculino e feminino, revelaram que os(as) primeiros(as) parceiros(as) sexuais foram pessoas mais velhas.

Nesse sentido, pode-se afirmar que, no que diz respeito à idade da primeira relação sexual dos adolescentes, diferente de outros estudos realizados no Sudeste do país nos quais a média de idade da primeira experiência é semelhante entre os gêneros,⁹ os adolescentes do gênero masculino da cidade de João Pessoa/PB iniciam-se sexualmente mais cedo que as adolescentes do gênero feminino, dado igualmente encontrado nas pesquisas de Pirota,¹⁰ Almeida,¹¹ e Aquini.¹² Supõe-se que questões sócio-históricas construídas sejam a causa dessa diferença, uma vez que o comportamento sexual e os padrões reprodutivos são altamente suscetíveis a influências socialmente sanciona-

das. Além disso, é importante ressaltar que a primeira relação sexual destes jovens pode variar nas diferentes regiões devido a fatores tais como o grau de escolaridade que gera impactos diretamente proporcionais à idade em que ocorre a iniciação sexual.¹³

Entretanto, este estudo corrobora com uma pesquisa realizada pela UNESCO,¹ acerca deste mesmo tema, que considerou adolescentes de vários Estados brasileiros, na qual constatou-se que os jovens do gênero masculino iniciaram-se sexualmente na faixa entre 10 a 14 anos e as jovens, em sua maioria, têm sua primeira relação sexual entre os 15 e 19 anos.

Levando em consideração o grau de relacionamento com o(a) parceiro(a) da primeira relação sexual e o uso ou não do preservativo, os dados demonstraram que as adolescentes, em sua maioria, têm sua primeira experiência sexual com seu namorado, ou seja, uma pessoa que tem um vínculo emocional estabelecido, um compromisso. Entretanto, mesmo tendo estabelecido um “pacto” de confiança com seu namorado, estas adolescentes declararam utilizar preservativo na sua primeira relação. Em contraposição, algumas dessas adolescentes (30,2%) ancoradas na confiança no seu namorado, não fizeram uso de preservativo na sua primeira experiência, colocando-se em situação vulnerável às DST.

A confiança no parceiro, principalmente por parte das mulheres, é destacada na literatura como uma das razões mais comuns para que se deixe de lado um comportamento preventivo. Segundo Cruz:¹⁴ “No lugar do preservativo usam a própria fidelidade, a confiança e o conhecimento do parceiro como uma fantasiosa forma de prevenção”. Para a mulher, a primeira relação sexual é ainda mais marcante devido à valorização da virgindade por alguns grupos. Tradicionalmente, a iniciação sexual das mulheres sempre esteve ligada ao casamento, entretanto, a chegada da pílula anticoncepcional separou o sexo da procriação, permitindo o descolamento da primeira experiência sexual do casamento. Com o aumento da incidência de DST, principalmente a AIDS, recoloca-se a necessidade de se fazer sexo seguro.¹⁵

Considerando o gênero masculino, em sua maioria, os jovens declararam que tiveram sua primeira relação sexual com amigas, mas apenas 42,9% disseram ter-se prevenido utilizando o preservativo. Contudo, deve-se atentar para o fato de que esses jovens disseram não utilizar preservativo com pessoas que “ficaram”; que conheceram no mesmo dia da primeira relação e/ou que tinham um outro tipo de relacionamento não especificado. Este resultado permite inferir que este é um grupo de risco, ou seja, está vulnerável a qualquer tipo de doença sexualmente transmissível, entre elas a aids.

Neste contexto de relacionamento amoroso e sexual dos adolescentes, o chamado “ficar” tornou-se uma forma de interação que, a partir da década de 1980, vem sendo cada vez mais comum. Esta forma de relacionamento, por ser relativamente recente, ainda não foi assimilada e compreendida por todos, como é o caso do namoro, noivado e casamento. De acordo com Matos, Fêres-Carneiro e Jablonski,¹⁶ o “ficar” tem como característica principal a busca do prazer, a partir do exercício da sedução e a falta de compromisso entre o casal. No “ficar” o grau de envolvimento pode ser de uma simples troca de beijos e abraços até uma relação sexual.

Assim, quando o primeiro parceiro é um “ficante”, e não se utiliza o preservativo nesta relação, fato constatado neste estudo, torna-se um fator gerador de vulnerabilidade, pois “ficar”, de acordo com Silva,¹⁷ vai-se constituindo num jogo erótico realizado a partir de formas básicas e preliminares de relacionamento afetivo e sexual entre os adolescentes, contudo, sem nenhuma obrigação de fidelidade, proporcionando uma livre flexibilidade de parceiros e, conseqüentemente, possibilitando uma maior experimentação.

Este dado pode ser considerado preocupante, pois, como retrata a literatura, a primeira relação sexual de uma pessoa é um marco em sua vida. Como uma “lente de aumento”, a primeira experiência sexual de um indivíduo ocorrida num determinado ponto da vida atua sobre o conjunto de sua atividade sexual por toda a sua vida.¹⁵ Portanto, o não uso do preservativo por parte dos jovens desde a iniciação sexual pode ser pré-requisito para comportamentos futuros, estando os adolescentes induzidos a negligenciar a prevenção, considerando-se onipotentes.

CONCLUSÃO

O perfil dos adolescentes que participaram da pesquisa, demonstrou que o início das práticas sexuais ocorrem em idades diferentes para homens e mulheres, sendo estas últimas caracterizadas por terem a primeira relação sexual num contexto de namoro, conjugando esta experiência com o amor ou a paixão, sendo comprovado ainda que este sentimento induz a um aumento no grau de confiança, levando estas jovens a negligenciar a prevenção. Os homens, por sua vez, tiveram em sua maioria, suas primeiras experiências sexuais em relacionamentos não-estáveis.

Este dado deixa implícito que a maior parte dos adolescentes masculinos se relaciona pela primeira vez em razão da atração física, ao passo que a motivação das meninas foi de ordem sentimental. Esta afirmação foi igualmente verificada nos estudos de Borges¹⁸ realizados em São Paulo.

Os resultados mostraram que o uso do preservativo precisa ser mais incentivado entre os indivíduos em idade anterior à iniciação sexual, ainda na pré-adolescência, a fim de incorporarem esta prática como natural, fazendo uso de recursos preventivos a partir da primeira relação sexual.

Os resultados apresentados demonstram que diversos aspectos importantes do comportamento sexual diferem entre os adolescentes do sexo masculino e os do sexo feminino, e devem ser levados em consideração na assistência e promoção da saúde reprodutiva para indivíduos nessa faixa etária. As questões de gênero, ao sugerirem condutas diferenciadas para homens e mulheres em relação à primeira relação sexual, ao tipo de vínculo com o primeiro parceiro e às decisões acerca das práticas contraceptivas, geram impacto importante no processo de decisão, no que diz respeito a relacionar-se sexualmente de formas mais ou menos seguras e necessitam ganhar espaço na elaboração das políticas públicas voltadas para o adolescente.⁹

Agradecimentos

Agradecemos a colaboração no desenvolvimento da pesquisa, dos pesquisadores do Núcleo de Pesquisa: Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Paraíba, em especial a mestrande Alexandra Castilos Gomes Amaral, e as alunas bolsistas da graduação em Psicologia, por terem ajudado no processo de coleta de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNESCO. Aids: O que pensam os jovens? Políticas e Práticas Educativas. Brasília: UNESCO, NAIDS, 2002. (Cadernos UNESCO Brasil. Série educação para a saúde; 1).
2. Thiengo MA, Oliveira DC, Rodrigues BMRD. Sexualidade. Dissertação de mestrado. Faculdade de enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; 2000.
3. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano II – nº1 – 01ª - 26ª de 2005 – semana epidemiológicas. Janeiro a Junho de 2005.
4. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2004; 37(3): 210-214.
5. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventude e sexualidade. São Paulo: UNESCO; 2004.
6. Seffner F. Aids e (é) educação. In: Silva L.H. (org.). A escola cidadã no contexto da globalização. Petrópolis: Editora Vozes; 1998. p.36-45.
7. Guerriero I, Ayres JRC, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. Revista Saúde pública 2002; 36(4): 50-60.
8. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. Revista Saúde Pública 2002; 36(6): 670-7.
9. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. Cad Saúde Pública 2005; 21(2): 499-507.
10. Pirota K. Não há guarda chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e e seu universo simbólico entre jovens universitários da USP. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
11. Almeida MCC, Aquini EML, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso da contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. Cad Saúde Pública 2003; 37(5): 566-75.
12. Aquini EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Meneses G. A adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad Saúde Pública 2003; 19(2): 377-88.
13. Contreras JM, Hakkert R. La sexualidad y la formación de uniones. In: Guzmán JM et al. (Orgs.). Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y Caribe. México, D.F.: UNFPA 2001; 57-104.
14. Cruz E, Brito N. Fios da vida: tecendo o feminino em tempos de Aids. Brasília: – Grupo de Incentivo à Vida, Coordenação Nacional de DST e Aids/Ministério da Saúde; 2000.
15. Bozon M. L'entrée dans la sexualité adult: le premier rapport et ses suites Du calendrier aux attitudes. Population 1993; 5: 1317-1352.
16. Matos M, Féres-Carneiro T, Jablonski B. Adolescência e relações amorosas: um estudo sobre jovens das camadas populares cariocas. Interação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro 2005; 9(1): 21-33.
17. Silva SP. Considerações Sobre O Relacionamento Amoroso Entre Adolescentes. Cad Cedes, Campinas 2002; 22(57): 23-43.
18. Borges ALV. Adolescência e vida sexual: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona lesta do município de São Paulo. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo; 2004.

Endereço para correspondência:

REGINA LÍGIA WANDERLEI DE AZEVEDO

Rua Rosa Lima dos Santos, 132, Aptº 201,

Bancários, João Pessoa, PB. 58051-590

E-mail: regina.azevedo@gmail.com

Recebido: 05/06/2006

Aprovado: 21/09/2006

PAPILOMAVIRUS HUMANO EM MULHERES SUBMETIDAS À COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA

HUMAN PAPILLOMAVIRUS IN WOMEN SUBMITTED TO ONCOTIC COLPOCYTOLOGY

Vânia Noronha,¹ Ermelinda Moutinho da Cruz,² Cecília Naum-Pinho,³ Wyller Mello,⁴ Rodolfo Noronha,⁵ Igor Silveira,⁵ Sandro Mendes,⁵ Luísa Villa⁶

RESUMO

Introdução: o papilomavirus humano é considerado o principal fator de risco para o surgimento de lesões malignas em cérvix uterina. **Objetivo:** verificar a prevalência de HPV e de outros co-fatores de risco para câncer e lesões precursoras, em colo uterino. **Métodos:** estudou-se 491 mulheres de 30 a 45 anos que procuraram o exame preventivo de câncer de colo uterino na Unidade Materno Infantil do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará, no período de setembro de 2001 a setembro de 2002. As pacientes foram submetidas à coleta de material de cérvix uterina (com escova *citrobush*) para análise citológica no Laboratório Central de Saúde Pública. O DNA das amostras foi extraído no Instituto Evandro Chagas e realização de PCR e genotipagem por hibridização reversa no Instituto Ludwig de Pesquisas sobre o Câncer, em São Paulo - SP. As pacientes com diagnóstico citológico de ASCUS/AGUS, LSIL e HSIL foram incluídas no Grupo A, e as com citologia dentro dos limites da normalidade, no Grupo B. **Resultados:** a prevalência total de HPV foi de 12,6%. De acordo com a estratificação, 44,1% (26/59) no Grupo A e 8,3% (36/432) no Grupo B. Tipos considerados de alto risco foram detectados em 39% das mulheres do Grupo A (23/59), em 28% (13/46) das com ASCUS, 71% das com LSIL (5/7) e 83% das com HSIL (5/6), e em 4,4% (19/432) das do Grupo B. Dentro do sub-grupo das infectadas dos Grupos A e B, HPV de risco esteve presente em 88,5% (23/26) e 52,8% (19/36), respectivamente. O HPV 16 foi o mais freqüente, tendo sido detectado em 30,8% (8/26) das infectadas do Grupo A e em 8,3% (3/36) do Grupo B. Houve associação estatisticamente significativa entre presença de HPV, presença de HPV de alto risco e de HPV 16 com mulheres do Grupo A. Dentre os co-fatores de risco, coitarca precoce foi significativamente associada com as pacientes com diagnóstico citológico de ASCUS/AGUS, LSIL e HSIL (as representantes do Grupo A). Com as demais variáveis não se encontrou associação significativa. **Conclusão:** os achados são coerentes com inúmeros trabalhos da literatura nacional e mundial, tanto quanto à prevalência de HPV, quanto aos tipos presentes em esfregaços de material colhido de cérvix uterina de mulheres da região norte do Brasil.

Palavras-chave: papilomavirus humano, colpocitologia oncótica, neoplasia intraepitelial cervical

ABSTRACT

Introduction: human papillomavirus is the main risk accepted for development of malignant lesions in the uterine cervix. **Objective:** verify the prevalence of HPV and the purpose of having a better knowledge of the role of HPV and other co-risk factors for development of cancer and precursory lesions in the uterine cervix. **Methods:** 491 women from 30 to 45 years old were studied that looked for screening of cervical cancer in the Maternal Children Outpatient Unit of the University of Pará, from September, 2001 to September, 2002. Patients were submitted to collection of cervical material for cytological analysis at Central Laboratory of Public Health. DNA was extracted from the samples at Evandro Chagas Institute. Polymerase Chain Reaction and genotypes procedures by reverse hybridization were carried out at Ludwig Institute of Cancer Research São Paulo - SP. Patients with cytological diagnosis of ASCUS/AGUS, LSIL and HSIL were included in group A and patients with cytology results in the range of normality in group B. **Results:** total prevalence of HPV was 12,6%. According stratification, 44,1% (26/59) to group A and 8,3% (36/432) to group B. HPV types considered of high risk were detected in 39% of women in the group A (23/59), being 28% (13/46) with ASCUS, 71% with LSIL (5/7) and 83% with HSIL (5/6); and in 4,4% (19/432) in the group B. Among the sub-group infected from the group A and from the group B, HPV of high risk was present respectively in 88,5% (23/26) and 52,8% (19/36). HPV 16 was the most frequent, being detected in 30,8% (8/26) of the infected women of group A and in 8,3% (3/36) of infected women of group B. There were significant associations of prevalence of HPV, HPV of high risk, and HPV type 16 in women from group A. Among co-risk factors, first intercourse at early age was significant associated with patients with cytological diagnosis of ASCUS/AGUS, LSIL and HSIL (representative women from group A). Other variables had no significant association. **Conclusion:** the discovered facts are coherent with several researches of world and national literature, as well as several researches the prevalence of HPV as the present types smear of specimens from the uterine cervix of women from North region of Brazil.

Keywords: human papillomavirus, oncotoc colpocytology, cervical intraepithelial neoplasia

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 18(2): 130-136, 2006

INTRODUÇÃO

Dentre os agentes virais transmitidos por via sexual, a infecção pelo papilomavirus humano (HPV) é a mais freqüente.¹ O *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), em 1996, estimou que a ocorrência anual de novos casos de infecção por HPV² está entre 500mil e 1 milhão. O HPV compreende também, quantitativamente, o grupo de vírus mais associado às neoplasias.³ Estudos realizados em diferentes áreas geográficas demonstram que o HPV é o principal fator implicado na transformação maligna em cérvix uterina.⁴

¹Mestre em Medicina Tropical. Professora assistente de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade do Estado do Pará.

²Doutora em Patologia. Laboratório Central de Saúde Pública (Belém, PA).

³Especialista em Ginecologia e Citopatologia. Laboratório Central de Saúde Pública, pesquisador doutor do Serviço de Virologia Geral do Instituto Evandro Chagas (Belém, PA)

⁴Ex-internos da Universidade Federal do Pará.

⁵Pesquisadora doutora do Instituto Ludwig de Pesquisas sobre o Câncer (São Paulo, SP).

Atualmente são conhecidos mais de 100 tipos de HPV, dos quais cerca de 40 podem infectar o trato genital. Esses são agrupados em tipos com baixo potencial oncogênico (6,11,42,43,44), e com alto risco de indução oncogênica (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68) em colo uterino. Outros tipos, considerados como de risco intermediário, são menos encontrados em carcinomas, porém frequentes em lesões intra-epiteliais de baixo grau.⁵

O câncer de colo uterino contribui com cerca de 465 mil casos novos/ano, no mundo.⁶ Representa a segunda maior causa de óbito por câncer em mulheres no mundo, ocupando o primeiro lugar na faixa etária de 35 a 45 anos, em vários países em desenvolvimento, onde ocorrem cerca de 80% dos casos novos.^{7,8} No Brasil, a estimativa é de que 23 mil casos sejam diagnosticados anualmente, com 14 mil óbitos/ano.⁷

Ainda são escassas, na região do estudo, pesquisas que utilizem técnicas de biologia molecular visando identificar os tipos prevalentes de HPV, em amostras colhidas durante o exame rotineiro de prevenção do câncer de colo uterino (PCCU), buscando o conhecimento do perfil da população estudada.

OBJETIVOS

- Verificar a prevalência de HPV em cérvix uterina, por PCR, em dois grupamentos de mulheres: com colpocitologia oncótica alterada (ASCUS e/ou AGUS ou LSIL ou HSIL) e com colpocitologia oncótica dentro dos limites da normalidade.
- Identificar os tipos prevalentes de HPV, por meio de genotipagem por hibridização reversa, em mulheres com colpocitologia oncótica alterada e em mulheres com colpocitologia dentro dos limites da normalidade.
- Determinar a prevalência de co-fatores (idade da iniciação sexual, número de parceiros, número de gestações, tabagismo, uso de contraceptivo oral) para o desenvolvimento de câncer e lesões precursoras em colo uterino, em mulheres com colpocitologia oncótica alterada e em mulheres com colpocitologia dentro dos limites da normalidade.

MÉTODOS

Estudo transversal e prospectivo realizado na Unidade Materno-Infantil do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (UMI/CCBS) da Universidade do Estado do Pará. Participaram do estudo 491 mulheres que, no período de setembro de 2001 a setembro de 2002, procuraram a UMI/CCBS para realização do exame preventivo do câncer de colo uterino. Após explicação sobre os objetivos do estudo, as que desejaram participar, assinaram termo de consentimento pós-informado, e responderam ao questionário padrão. Como critérios para inclusão no estudo foram exigidos: ter entre 30 e 45 anos, haver procurado espontaneamente pelo exame de PCCU, não estar gestante e possuir presença de colo uterino.

Após anamnese, procedeu-se, por meio de escova apropriada (*citobrush*), à coleta de material da cérvix uterina (junção escamo-colunar), realizando-se esfregaço celular em lâmina de vidro, o qual foi fixado em álcool e encaminhado para o Laboratório de Saúde Pública (LACEN) da Secretaria de Saúde do Estado do Pará, onde se realizou o exame citológico pela técnica de Papanicolaou (1941) modificada.⁹ A escova coletora foi mergulhada em solução de PBS, e o material dela resultante foi conservado a -70°C para pesquisa de HPV. A extração do DNA para pesquisa de HPV ocorreu no Instituto Evandro Chagas (IEC), Belém/PA e a realização da técnica de PCR, baseada na descrição de Manos et al.¹⁰ Posteriormente, o material foi submetido à genotipagem de HPV, por hibridização reversa, conforme descrição de Gravitt et al.,¹¹ para tipificação, conforme protocolo, no Instituto Ludwig de Pesquisas sobre o Câncer (ILPC), em São Paulo - SP.

Para fins de análise estatística as participantes do estudo foram divididas em dois grupos, de acordo com resultado da citologia oncótica, baseando-se na classificação de Bethesda:¹² Grupo A: presença de quaisquer das seguintes alterações (ASCUS e/ou AGUS; LSIL; HSIL) e Grupo B: dentro dos limites da normalidade.

O estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Evandro Chagas.

Na análise dos dados foi utilizado o “software” EPI-INFO 6.0, Center for Diseases Control and Prevention, Atlanta, Geórgia, EUA. Os testes estatísticos utilizaram o Programa BioEstat 2.0 (Ayres et al).¹³ Foram aplicadas Razão de Prevalências e Teste Binomial, e considerados significativos valores de $p < 0,05$.

Os testes estatísticos utilizaram o Programa BioEstat 2.0 (Ayres et al).¹³ Foram aplicadas Razão de Prevalências e Teste Binomial, e considerados significativos valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A distribuição das participantes por faixa etária demonstrou que 37,9% tinham de 30 a 34 anos, 34,4% entre 35 e 39 anos e 27,7% entre 40 e 45 anos. Quanto às características sociodemográficas, 68,9% viviam em união estável (casamento ou concubinato), 56,6% (278/491) afirmaram ter, no mínimo, concluído o 1º grau, e a grande maioria desenvolvia atividades domésticas (60,3%), em empregos remunerados (119/491) ou em seu próprio lar (177/491).

Em relação ao resultado da colpocitologia oncótica, 12% (59/491) apresentavam-se fora dos padrões de normalidade. Dos 46 diagnósticos agrupados como de ASCUS/AGUS, 41 eram ASCUS, três eram ASCUS e AGUS e dois eram apenas AGUS.

A prevalência de HPV foi de 12,6% (62/491), sendo de 44,1% (26/59) nas pacientes do Grupo A e 8,3% (36/432) nas do Grupo B, evidenciando associação, estatisticamente, significativa entre presença de HPV e resultado da colpocitologia oncótica com alterações (Grupo A): RP/RR:5,29 (IC95%: 3,46-8,09), $p < 0,00001$.*

No Grupo A, estratificado por diagnóstico citológico, a frequência de mulheres infectadas por HPV foi de 34% (16/46) para aquelas com ASCUS e/ou AGUS, 71,4% (5/7) para as com LSIL e 83,3% (5/6) para as com HSIL (**Tabela 1**).

Tipos considerados de alto risco foram detectados em 39% (23/59) das mulheres do Grupo A, sendo que HPV de risco estavam presentes em 28% (13/46) das com diagnóstico de ASCUS, 71,4% das com LSIL (5/7) e 83% das com HSIL (5/7). Nas do Grupo B, 4,4% apresentavam infecção por tipos de alto risco (**Tabela 1**). Aplicando-se teste estatístico, verifica-se associação significativa entre HPV de risco e colpocitologia alterada (Grupo A). RP/RR: 10,67 (IC 95%: 6,28-18,15), $p < 0,00001$.

Nas 26 pacientes infectadas alocadas no Grupo A, detectou-se infecção por 14 tipos de HPV, além da presença de um tipo ainda indeterminado. Observou-se também que quatro participantes eram portadoras de dois diferentes tipos de HPV (**Tabela 2**),

daí a detecção de HPV ter sido superior ao número de mulheres infectadas.

Nas participantes do Grupo B, infectadas pelo HPV (36/432), detectou-se presença de 20 tipos conhecidos, além de três catalogados como indeterminados. Duas pacientes estavam infectadas por dois tipos de HPV e uma por três tipos (**Tabela 3**). A mesma explicação do Grupo A se aplica ao Grupo B para justificar número superior de detecção de HPV em relação ao de mulheres infectadas.

No sub-grupo das infectadas dos Grupos A e B, a frequência de, pelo menos, um tipo de HPV de alto risco foi, respectivamente, de 88,5% (23/26) e de 52,8% (19/36). Aplicando-se o Teste Binomial para duas proporções encontrou-se diferença significativa ($p=0,0015$).

O HPV 16 esteve presente em 17,7% (11/62) das pacientes infectadas pelo HPV, sendo que a prevalência foi de 30,8% (8/

26) no Grupo A e 8,33% (3/36) no Grupo B. Aplicando-se o teste Binomial para duas proporções, verifica-se resultado significativo ($p=0,0112$).

No tocante às variáveis de risco implicadas como co-fatores no desenvolvimento de câncer e lesões precursoras em cérvix uterina observa-se na Tabela 4: iniciação sexual precoce, com 15 anos ou menos, se relacionou com maior risco de alterações neoplásicas ou precursoras em cérvix uterina, em comparação com mulheres com história de coitarca após os 15 anos, sendo essa diferença, estatisticamente, significativa ($p=0,0321^*$). Contato sexual com 7 ou mais parceiros sexuais até a data da entrevista se relacionou positivamente com citologia cervical alterada, com resultado estatístico próximo ao considerado significativo ($p=0,0545$). Número de gestações, tabagismo e uso de contraceptivo oral não se relacionaram com resultado anormal na citologia.

Tabela – 1 Distribuição dos resultados colpocitológicos das participantes do estudo “Papilomavírus humano em mulheres submetidas à colpocitologia oncótica”, segundo presença de HPV e de HPV de risco, UMI-CCBS, UEPA, setembro 2001-setembro 2002.

DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO	Nº	HPV		HPV DE RISCO	
		Nº	%	Nº	%
ASCUS / AGUS	46	16	34,0	13	28,0
LSIL	7	5	71,4	5	71,0
HSIL	6	5	83,3	5	83,0
SUBTOTAL	59	26	44,1	23	39,0
Dentro da Normalidade	432	36	8,3	19	4,4
Total	491	62	12,6	42	8,6

Fonte: Protocolo do estudo.

Tabela – 2 Tipos de HPV detectados em cérvix uterina das 26 participantes, infectadas por HPV, incluídas no Grupo A^{1%} do estudo “Papilomavírus humano em mulheres submetidas à colpocitologia oncótica”, UMI-CCBS, UEPA, setembro 2001-setembro 2002.

Tipos de HPV	Nº	%
11	1	3,3
*16 ^{a,b}	8	26,7
*31	1	3,3
*33	1	3,3
*35	1	3,3
*39	1	3,3
*45	1	3,3
*51 ^c	4	13,3
*52	2	6,7
55	1	3,3
*56 ^a	3	10,0
*58	3	10,0
*59 ^b	1	3,3
82 ^c	1	3,3
Indeterminado	1	3,3
Total	30	100,00

^a Tipos presentes em 2 pacientes infectadas com 2 tipos.

^b Tipos presentes em 1 paciente infectada com 2 tipos.

^c Tipos presentes em 1 paciente infectada com 2 tipos.

^{1%} Com resultado colpocitológico de ASCUS/ AGUS ou LSIL ou HSIL.

* Tipos considerados de alto risco.

Fonte: Protocolo do estudo.

Tabela – 3 Tipos de HPV detectados em cérvix uterina das 36 participantes, infectadas por HPV, incluídas do Grupo B^{I%} do estudo “Papilomavírus humano em mulheres submetidas à colpocitologia oncótica”, UMI-CCBS, UEPA, setembro 2001-setembro 2002.

Tipos de HPV	Nº	%
6	1	2,6
*16	3	7,7
*18 ^{a; b}	4	10,3
*31	1	2,6
42	1	2,6
*45	2	5,2
*51	1	2,6
*52 ^b	2	5,1
53	4	10,3
54 ^b	1	2,6
*56	1	2,6
*58	1	2,6
*59	2	5,1
61	3	7,7
62	1	2,6
66	1	2,6
*68	3	7,7
73	1	2,6
83 ^a	2	5,1
84	1	2,6
Indeterminado	3	7,7
Total	39	100,00

^a Tipos presentes em 1 paciente infectada com 2 tipos.

^b Tipos presentes em 1 paciente infectada com 3 tipos.

^{I%} Com resultado colpo-citológico dentro da normalidade.

* Tipos considerados de alto risco.

Fonte: Protocolo do estudo.

Tabela – 4 Comparação da distribuição de co-fatores de risco para o desenvolvimento de câncer cervical, nas participantes dos Grupos A^{I%} e B^{I%I%}, do estudo “Papilomavírus humano em mulheres submetidas à colpocitologia oncótica”, UMI-CCBS, UEPA, setembro 2001-setembro 2002.

Co-fatores	GRUPO A		GRUPO B		RP	Intervalo de Confiança	p
	Nº	%	Nº	%			
Idade de iniciação Sexual							
Menor ou igual a 15	19	32,2	89	20,6	1,68	1,02 – 2,78	0,0321*
Maior que 15	40	67,8	343	79,4			
Nº de parceiros Sexuais							
Menor ou igual a 7	49	83,1	392	90,7	1,83	0,97 – 3,46	0,0545
Maior que 7	10	16,9	40	9,3			
Gestações							
Nenhuma	1	1,7	23	5,3	1,22	1,04-1,43	0,0983
Maior ou igual a 5	16	27,1	77	17,8			
Tabagismo							
Não	42	71,2	323	74,8	1,14	0,74 – 1,76	0,3329
Sim	17	28,8	109	25,2			
Uso de contraceptivo oral							
Não	54	91,5	405	93,8	1,36	0,54 – 3,38	0,3564
Sim	5	8,5	27	6,3			

^{I%} Com resultado colpocitológico de ASCUS/ AGUS ou LSIL ou HSIL.

^{I%I%} Com resultado colpocitológico dentro da normalidade.

Fonte: Protocolo do estudo.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de ASCUS/AGUS representou quase o dobro do percentual esperado nas populações de rastreamento geral, que deve ser de 5% ou menos.¹⁴ Segundo esses mesmos autores, a proporção entre o diagnóstico de ASCUS e SIL esperada é de 2 a 3 para 1, inferior ao verificado neste estudo, que foi de 3,5 casos de ASCUS para 1 de SIL. O resultado de SIL (2,6%), entretanto, encontra-se dentro do previsto, uma vez que pesquisa multinacional de grande porte detectou prevalência de SIL de 2,2%. No mesmo estudo verificou-se 2,9% de ASCUS, com proporção de ASCUS para SIL, de 1,3.¹⁵

A prevalência de HPV na população estudada foi significativamente mais elevada entre as que apresentavam citologia alterada (Grupo A), quando comparadas às com citologia dentro da normalidade (Grupo B), com frequências de HPV de 44,1% e 8,3%, respectivamente (**Tabela 1**). O percentual detectado no Grupo A foi muito próximo do encontrado por Molano et al.,¹⁶ na Colômbia, onde a frequência de HPV nas mulheres com citologia alterada (ASCUS/AGUS, LSIL e HSIL) foi de 41%. Giuliano et al.¹⁷ em trabalho com mulheres mexicanas-americanas, encontraram prevalência de HPV de 23,2%, subindo para 60% no grupo com qualquer das alterações citológicas descritas como ASCUS, LSIL e HSIL.

Estratificando as componentes do grupo A, por diagnóstico citológico (**Tabela 1**), observa-se que HPV foi detectado em 34% das pacientes com ASCUS/AGUS, 71,4% nas com LSIL e 83,3% nas com HSIL. Comparando com estudos realizados em diversas partes do mundo verifica-se que prevalências ainda mais elevadas já foram encontradas. Em trabalho realizado na Argentina, em área considerada de alta incidência de câncer cervical uterino, se identificou HPV em 96,4% das mulheres com citologia de LSIL e em 100% das com HSIL.¹⁸ Outro estudo, desenvolvido na Universidade de Indiana, detectou prevalência de 70% e 94,4% nas pacientes com diagnóstico citológico de ASCUS e SIL, respectivamente.¹⁹ Por outro lado, OH et al.,²⁰ encontraram prevalências de HPV de 10,5%, 25% e 78,8% nas pacientes com ASCUS, LSIL e HSIL, por eles estudadas. Em pesquisa desenvolvida na Colômbia,¹⁶ o HPV foi detectado em 9,1% das pacientes com ASCUS/AGUS, 55,7% das com LSIL e 80% das com HSIL. Os resultados de Giuliano et al.¹⁷ são mais próximos dos aqui verificados, pois encontraram prevalências de 30,4%, 69,6% e 92,9%, conforme se tratasse de ASCUS, LSIL e HSIL, respectivamente. Noronha et al.²¹, em estudo realizado no Instituto Ofir Lioioli, em Belém, Pará, identificaram HPV em 63% das amostras obtidas por biópsia de cérvix uterina, de mulheres com HSIL.

A frequência de HPV em mulheres com citologia dentro dos limites da normalidade (8,3%) (**Tabela 1**), esteve próxima aos percentuais detectados por Liaw et al.²² e Van den Brule et al.²³ e de Giuliano et al.¹⁷ Esses autores também utilizaram técnica de PCR em amostras colhidas por *swab* de cérvix uterina. Molano et al.,¹⁶ encontraram percentuais mais elevados (14,9%). No estudo de Tonon et al.,¹⁸ entretanto, o índice de HPV em mulheres com citologia considerada normal, de 42,7%, foi visivelmente superior àqueles aqui mencionados. Dentre os fatores que podem contribuir para achados tão discrepantes deve ser mencionada a idade das pacientes de cada estudo. Sabe-se que a identificação do vírus em pacientes sem alterações de cérvix não é

ocorrência rara, especialmente em mulheres jovens, com idade entre 20 e 25 anos. A queda na prevalência de HPV que ocorre a partir dessa faixa etária parece estar relacionada à diminuição de exposição a novos parceiros e à imunidade adquirida para certos tipos de HPV.²⁴

A prevalência de HPV de risco na população dos Grupos A e B foi de 39% (23/59) e 4,4% (19/432), respectivamente (**Tabela 1**). Nas pacientes com ASCUS/AGUS, HPV com potencial oncogênico foi detectado em 28% (13/46), enquanto nas com LSIL em 71% (5/7), e nas com HSIL em 83% (5/6). Comparando com resultados de Molano et al.,¹⁶ observa-se que esses autores verificaram que HPV de risco esteve presente em 4,6% das pacientes com ASCUS/AGUS, em 47,1% das com LSIL e em 70% das com HSIL.

Corroborando com os resultados aqui apresentados, o percentual esperado de positividade para DNA de HPV oncogênico está situado entre 25-50% para o diagnóstico de ASCUS e 80-85% para o de LSIL e HSIL. Na população com citologia normal o percentual cai para 5-10%.²⁵

Dentre as pacientes infectadas (62/491), pode-se observar que tipos considerados de risco para evolução maligna estavam presentes em percentual elevado, especialmente nas mulheres que já apresentavam alteração citológica em colo uterino. Das 26 infectadas, 23 (88,4%) portavam tipos de alto risco, sendo que nas pacientes com ASCUS/AGUS em 81,3% das positivas se detectava HPV de risco; nas pacientes com LSIL e HSIL, 100% das infectadas albergavam HPV de risco. Das 36 mulheres com teste positivo para HPV e resultado citológico dentro da normalidade, 19 (52,7%) estavam infectadas com HPV de risco. Houve significativa prevalência de HPV de alto risco nas mulheres infectadas do Grupo A em comparação às do Grupo B. Os resultados de Molano et al. (2002)¹⁶ mostraram que nas mulheres infectadas por HPV, classificadas com diagnóstico citológico alterado (ASCUS/AGUS/LSIL/HSIL), os tipos considerados de risco representavam 80% (50% nas com ASCUS, 82% nas com LSIL e 88% nas com HSIL); taxa muito próxima aos 75% detectados no grupo de mulheres com citologia considerada normal, no qual os tipos de risco detectados infectavam 75% das positivas para HPV. Noronha et al.,²² encontraram tipos de alto risco como responsáveis por infecção em 79% das pacientes com HPV e HSIL.

No tocante à prevalência do HPV 16, verifica-se que esse tipo estava presente em 31% (8/26) das mulheres infectadas por qualquer dos tipos de HPV e com alterações em cérvix uterina à citologia (**Tabela 2**) e somente em 8% (3/36) das com *Papanicolaou* dentro da normalidade (**Tabela 3**), reforçando a associação do tipo 16 com alterações malignas e precursoras, muito embora esse tipo venha se mostrando o mais prevalente, mesmo nas mulheres sem alterações em colo de útero. Liaw et al.,²² em estudo realizado em Taiwan, com mulheres de 30 a 64 anos, detectaram HPV 16 em 48% das mulheres positivas para HPV com LSIL e carcinoma invasor. Molano et al.,¹⁶ comparando prevalência de HPV 16 em mulheres com resultado citológico de LSIL e dentro da normalidade, não observaram diferença significativa. A infecção persistente por determinados tipos de HPV é considerada pré-requisito para o desenvolvimento de neoplasia cervical uterina. Estudo caso controle desenvolvido por Ylitalo et al.²⁶ associou carcinoma cervical com persistência de HPV 16. Esses autores estimam que mulheres com alta carga viral de HPV

16 uma década antes do diagnóstico de câncer de colo uterino, apresentaram risco relativo, pelo menos 30 vezes maior que mulheres HPV 16 negativas.

A exemplo de diversos estudos que associam iniciação sexual precoce com maior risco para desenvolvimento de lesões em cérvix uterina,²⁴ coitarca com idade igual ou inferior a 15 anos, foi significativamente mais prevalente no Grupo A. Estudo caso-controle, no México, realizado por Castañeda et al.²⁷ estimou que o risco de desenvolvimento de câncer cervical seria duas vezes menor nas mulheres com iniciação sexual após os 19 anos, se comparadas com aquelas cujo início se deu antes dos 15 anos.

Observou-se estimativa de risco de 1,83 entre as participantes que referiram contato sexual com 8 ou mais homens, em comparação com as que admitiram haver se relacionado com 7 ou menos parceiros. Diversos autores defendem a relação direta entre câncer cervical e maior número de parceiros.⁴

Muito embora a prevalência de lesões em cérvix uterina tenha sido maior nas mulheres que referiram cinco ou mais gestações, se comparado com aquelas que nunca engravidaram, essa diferença não foi significativa. Diversos investigadores relacionam o elevado número de gestações com maior risco de aparecimento de câncer cervical.^{27,28}

Uso de anticoncepcional oral e tabagismo não se associaram a um maior risco de desenvolvimento de lesões em cérvix uterina.

Contraceptivos orais utilizados por tempo prolongado aparecem como fator de risco para câncer de cérvix uterina em inúmeras pesquisas desenvolvidas por diversos autores,^{27,28} embora alguns não tenham encontrado associação significativa.²⁹ Convém salientar que a maioria das pacientes catalogadas no Grupo A, no trabalho aqui apresentado, receberam diagnóstico de ASCUS/AGUS, ao contrário dos estudos dos autores acima citados, cujo cerne da casuística foi mulheres com carcinoma invasor ou HSIL. Outro ponto importante, que pode justificar a ausência de associação é o fato de não haver sido analisado o tempo de uso de pílula anticoncepcional pelas adeptas desse meio de contracepção.

Com relação à história de tabagismo, para alguns estudiosos o mais importante fator de risco depois da infecção por HPV,³⁰ a maior parte dos estudos que evidenciam a associação dessa variável com câncer de colo do útero, leva em conta o tempo de tabagismo e o número de cigarros consumidos por dia,²⁹ dados não registrados nesta análise.

CONCLUSÃO

Os achados são coerentes com inúmeros trabalhos da literatura nacional e mundial, tanto quanto à prevalência de HPV, quanto aos tipos presentes em esfregaços de material colhido de cérvix uterina de mulheres da região norte do Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jacyntho C. & Almeida Filho G. Introdução-Histórico. In: Jacyntho C. *et al.* HPV. Infecção Genital Feminina e Masculina. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p. 1-4.
- Okada MMK, Gonçalves MAG, Giraldo PC Epidemiologia e patogênese do papilomavirus humano. I Consenso Brasileiro de HPV. On line. Texinfo. 1ª Ed.; Versão para Word 7.0. Disponível em: <http://www.hpv.com.br>, acessado em 02/06/2003.
- Clavel C Rihet, S Masure, M Chypre C, Boulanger JC, Quereux C, Birembaut P. DNA-EIA to detect high and low risk HPV genotypes in cervical lesions with E6/E7 primer mediated multiplex PCR. *Journal Clinical Pathology* 1998; 51: 38-43.
- Scchiffman MH, Brinton LA, Devesa SS, Fraumeni JR. Cervical cancer. In: Schottenfeld DD, Fraumeni Jr., JF. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 2ª Ed. New York: Oxford University Press, 1996.
- Villa LL. Human Papillomaviruses and Cervical Câncer. In: *Advances in Cancer Research*; 1997.
- Trindade ES. Etiopatogenia, diagnóstico e estadiamento do colo uterino. In: Oliveira HC, Lemgruber I. *Tratado de Ginecologia Febrasco*. Rio de Janeiro: Revinter 2001; 1269-1281.
- Harch KD, Fu YS. Câncer cervical e vaginal. In: Berek JS, Adashi ES, Hillard PA. *Tratado de ginecologia*. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1998; 787-816.
- Canella P, Rodrigues LHM. Sexualidade e câncer de colo uterino. *Femina* 2002; 30(5): 311-315.
- Papanicolaou GN, Traut HF. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1941; 42: 193-199.
- Manos MM. The use of polymerase chain reaction amplification for the detection of genital human papillomaviruses. *Cancer cells* 1989; 7: 209-214.
- Gravit PE. Genotyping of 27 human papillomavirus types by using L1 consensus PCR products by a single hybridization, reverse line blot detection method. *Journal Clinical Microbiology* 1998; 36: 3020-3027.
- Dewar MA, Hall K, Perchalski J. Cervical cancer screening. Past success and future challenge. *Primary care* 1992; 19(3): 589-605.
- Ayres M, Ayres MJr, Ayres DL, Santos AS. *Bioestat 2.0: Aplicações Estatísticas na área das Ciências Biológicas e Médicas*. Belém: Sociedade Civil Mamiraua – Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico MCT-CNPq; Brasília: CNPq; 2000.
- Kurman RJ, Henson DE, Herbst AL. *et al. apud* Sherman ME & Kurman RJ. Papel da Citologia Exfoliativa e da Histopatologia no Rastreamento e na Triagem. In: Lörincz AT, Reid R. HPV. Rio de Janeiro: Interlivros; 1997. p.59-73.
- Sherman ME & Kurman RJ. Papel da Citologia Exfoliativa e da Histopatologia no Rastreamento e na Triagem. In: Lörincz AT, Reid R. HPV. Rio de Janeiro: Interlivros; 1997; 59-73.
- Molano M, Van den Brule AJC, Posso H, Weiderpass E, Ronderos M, Franceschi S, Meijer CJLM, Arslan A, Munoz N, and HPV Study Group. Low grade squamous intra-epithelial lesions and human papillomavirus infection in Colombian women. *British Journal of Cancer* 2002; 87: 1417-1421.
- Giuliano AR, Papenfuss M, Schneider A, Nour M, Hatc K. Risk Factors for High-Risk Type Human Papillomavirus Infection among Mexican-American Women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 1999; 8: 615-620.
- Tonom SA, Picconi MA, Zinovich JB, Liota DJ, Bos PD, Galuppo JA, Alonio LV, Ferreras JA, Teyssie AR, Human papillomavirus cervical infection and associated risk factors in a region of Argentina with a high incidence of cervical carcinoma. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* 1999; 7: 237-243.
- Fife KH, Cramer HM, Schoeder JM, Brow DR. Detection of multiple human papillomavirus types in the lower genital tract correlates with cervical dysplasia. *Journal of medical Virology* 2001; 64: 550-559.
- Oh YL, Shin KJ, Han J, Kim DS. Significance of high-risk human papillomavirus detection by polymerase chain reaction in primary cervical cancer screening. *Cytopathology* 2001; 12(2): 75-83.
- Noronha V, Mello W, Villa L, Brito A, Macêdo R, Bisi F, Mota R, Sassamoto K, Monteiro T, Linhares A. Papilomavirus humano associado a lesões de cérvix uterina. *Revista da Sociedade Brasileira de*

- Medicina Tropical 1999; 32: 15-19.
22. Liaw KL., Hsing AW, Chen CJ, Schiffman MH, Zhang TY, Hsieh CY, Greer CE, You SL, Huang TW, Wu TC, O'Leary TJ, Seidman JD, Blot WJ, Meinert CL, Manos MM. Human Papillomavirus and Cervical Neoplasia: a case-control study in Taiwan. *International Journal of Cancer*, New York 1995; 62(5): 565-571.
 23. Van den Brule AJ. Difference in prevalence of human papillomavirus genotypes in cytologically normal cervical smears is associated with a history of cervical intraepithelial neoplasia. *International Journal Cancer* 1991; 48: 404-408.
 24. Ley C, Bauer HM, Reingold A, Schiffman MH, Chambers JC, Tashiro CJ, Manos MM. Determinants of Genital Human Papillomavirus Infection in Young women. *Journal of the National Cancer Institute* 1991; 83(14): 907-1003.
 25. Cox JT. Papel Clínico do Teste HPV. In: Lörincz AT, Reid R. HPV. Rio de Janeiro: Interlivros; 1997; 223-264.
 26. Ylitalo N, Sorensen P, Josefsson AM, Magnusson PKE, Andersen PK, Pontén J, Adami HO, Gyllensten UB, Melbye M. Consistent high viral load of human papillomavirus 16 and risk of cervical carcinoma in situ: a nested case-control study. *The Lancet* 2000, 355: 2194-2198.
 27. Castañeda I, Maura S, Cisneros T, Aguilera R, Delgadillo M. Risk factors for cervical cancer in women from Zacatecas. *Salud Publica de Mexico* 1998; 40: 330-338.
 28. Hsieh CA, You SL, Kao CL, Chen CJ. Reproductive and infectious risk factors for invasive cervical cancer in Taiwan. *Anticancer Research* 1999; 19: 4495-4500.
 29. Hildesheim A, Herrero R, Castle PE, Wacholder S, Bratti MC, Sherman ME, Lorincz AT, Burk RD, Morales J, Rodriguez AC, Greenberg M, Schiffman M. HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica. *British Journal of Cancer* 2001; 84: 1219-1226.
 30. Kjelberg L, Halmans G, Ahren AM. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use are risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. *British Journal of cancer* 2000; 82: 1332-1338.

Endereço para correspondência:

VÂNIA LÚCIA NORONHA CAVALCANTE

Avenida Governador José Malcher, 1434/901,

Nazaré, Belém, PA. 66060-230.

E-mail: vanianoronha@yahoo.com.br

Recebido em: 09/07/2006

Aprovado em: 29/09/2006

CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS DAS ADOLESCENTES DA LEGIÃO MIRIM DE MARÍLIA – SÃO PAULO, BRASIL, 2005

REPRODUCTIVE CHARACTERISTICS OF THE ADOLESCENTS FROM LEGIÃO MIRIM IN MARÍLIA – SÃO PAULO, BRAZIL, 2005

Sílvia Helena CC Rojas,¹ Karin D Crestani,² Gabriela V Batista,² Ana Paula A Melo²

RESUMO

Introdução: o conhecimento das características pessoais, socioeconômicas e reprodutivas das adolescentes da Legião Mirim do município de Marília, São Paulo, nos ofereceu subsídios para o planejamento de ações em saúde reprodutiva direcionado a esta instituição. **Objetivo:** descrever as características pessoais, socioeconômicas e reprodutivas enfatizando o uso de métodos de anticoncepção e a prevenção das DST. **Métodos:** este estudo pertence ao campo da epidemiologia, aplicado ao diagnóstico de saúde das adolescentes de 16 a 18 anos. Os dados foram obtidos por meio de um questionário estruturado. A análise foi realizada por meio do programa de computador Epi Info versão 3.3.2. **Resultados:** das 136 adolescentes entrevistadas, 47,1% referiram apresentar início de atividade sexual com idade média de 15,5 anos. Estas, em sua maioria, declararam cor parda e ser da religião católica. Nenhuma estava casada ou em união estável, embora, 45,3% referiram apresentar relações sexuais de forma regular. Houve um incremento de 18,1% quando comparamos o uso atual do anticoncepcional hormonal com o uso deste na primeira relação sexual. O uso do preservativo masculino apresentou um decréscimo de 50,4%, houve um aumento de 32,3% na associação de ambos. Em relação às DST, 100,0% das adolescentes entrevistadas referiram conhecê-las. A mais citada foi a aids (89,0%). Para a prevenção destas, identificaram a importância do uso do preservativo masculino e de ter parceiro fixo. **Conclusão:** este estudo coloca em evidência que um percentual significativo de adolescentes assume comportamento de risco com a relação sexual sem proteção. Deste modo, a vulnerabilidade da mulher aumenta para a gravidez precoce e DST.

Palavras-chave: adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, contracepção

ABSTRACT

Introduction: the knowledge of the personal, socioeconomic and reproductive characteristics of the adolescents from Legião Mirim in Marília - SP, offered us subsidies for the planning of actions in reproductive health addressed to this institution. **Objective:** To describe the personal, socioeconomic and reproductive characteristics emphasizing the use of contraceptive methods and the prevention of sexually transmitted diseases. **Methods:** this study belongs to the field of the epidemiology, applied to the diagnosis of the adolescents' health from 16 to 18 years old. The data were obtained through a structured questionnaire. The analysis was accomplished through the software Epi Info version 3.3.2. **Results:** 47,1% of the 136 adolescents interviewed, referred to present beginning of sexual activity with an average of 15,5 years old. The majority declared to be brownish and Catholic. None was married or in stable union, although, 45,3% declared having sexual relationships in a regularly way. There was an increase of 18,1% when we compared the current use of the oral contraceptive with its use in the first sexual relationship. The use of the masculine condom presented a decrease of 50,4%, there was an increase of 32,3% in the association of both. When STDs are concerned, 100% of the adolescents interviewed declared knowing them. Aids was the most mentioned (89,0%). To prevent STDs they declared to make use of masculine condoms and having a fixed partner. The prevention of these identified the importance of the use of the masculine condom and of having fixed partner. **Conclusion:** this study highlights that a significant percentage of adolescents assume risk behavior by having sexual relationships without protection, increasing the woman's vulnerability to precocious pregnancy and STD.

Keywords: adolescence, sexually transmitted diseases, contraception

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(2): 137-142, 2006

INTRODUÇÃO

Trabalhar com o tema “adolescência” em nosso país é um grande desafio, principalmente quando se aborda a saúde reprodutiva do adolescente.

A adolescência é uma fase da vida do ser humano – entre 10 e 19 anos – na qual ocorrem profundas transformações físicas, psicológicas e sociais. Conceitualmente, entende-se como adolescência a segunda década de vida, momento em que se estabelecem novas relações dos adolescentes com eles mesmos; nova imagem corporal; novas relações com o meio social; com a famí-

lia e com outros adolescentes. É um período marcado por irregularidades, instabilidades e imprevisibilidades.²

Ao abordarmos este tema não podemos deixar de falar sobre o início da sexualidade nos jovens, pois vivemos numa sociedade que exalta o erotismo, devido a uma aparente permissividade, mas, ao mesmo tempo, impõe inúmeros obstáculos que impedem a abordagem da educação sexual nas famílias, escolas e a utilização dos recursos de contracepção. Não discutir esses temas é permanecer cego diante do fato de que as relações sexuais de jovens e adolescentes são legítimas e constituem um direito.³

Cabe lembrar que a maternidade em mulheres extremamente jovens – abaixo dos 15 anos – pode ser qualitativamente muito diferente da maternidade em outras idades. O início da vida reprodutiva pode implicar em conseqüências patológicas, resultando em maior prevalência de complicações pós-parto, mortalidade materna, doenças sexualmente transmissíveis e efeitos psicológicos negativos.⁴

¹ Orientadora docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina e Enfermagem da Universidade de Marília.

² Graduandas do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina e Enfermagem da Universidade de Marília.

No Brasil, o número de adolescentes grávidas desde 1980, aumentou em 15,0%. A cada ano em nosso país cerca de 700 mil meninas se tornam mães. Em 1999, 27,0% dos partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram em mulheres de 10-19 anos. Desse total, 1,3% foram em meninas de 10-14 anos.⁵

Em todo o estado de São Paulo, a gravidez atinge 17,0% das mulheres entre 10 e 19 anos indicando um estado de alerta aos criadores de políticas de saúde.⁶ No município de Marília, houve uma redução de 27,3% no percentual de nascidos vivos de mães adolescentes no período de 1997 a 2004.⁷

Caracterização do local de estudo

A Legião Mirim de Marília é uma entidade filantrópica e promocional de caráter educacional, que tem por objetivo apoiar, educar e encaminhar para o mercado de trabalho o adolescente, bem como, oferecer-lhe condições para integrar-se socialmente junto à sua família e na comunidade em que vive.

A entidade atende a adolescentes na faixa etária de 16 a 18 anos, em risco social e cultural que se matriculam na entidade após serem aprovados na prova seletiva e apresentarem como requisito estar cursando o ensino formal. Durante sua permanência recebem um salário mínimo e freqüentam as seguintes atividades: os cursos básicos de secretariado, vendas, marketing pessoal, informática, auxiliar de escritório, departamento pessoal e a zona azul de trânsito, todos com periodicidade trimestral cursados em sistema de rodízio. Após essas tarefas serão inseridos nas entidades privadas comerciais, industriais e públicas de Marília, parceiras desta entidade. Deixam a instituição ao completarem 18 anos de idade.

No período de junho a outubro de 2005, a entidade apresentava 188 meninas matriculadas; destas, 136 foram entrevistadas.

OBJETIVO

Descrever as características pessoais, socioeconômicas e reprodutivas das adolescentes da Legião Mirim do município de Marília, enfatizando o uso de métodos de anticoncepção e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

MÉTODOS

Pela natureza do objeto, este estudo pertence ao campo da epidemiologia aplicada ao diagnóstico de saúde de um contingente populacional delimitado pelo gênero e faixa etária. A área de estudo foi a Legião Mirim de Marília, no período de junho-outubro 2005.

Para o cumprimento dos objetivos propostos, consideramos em nosso estudo 72,0% da população de jovens efetivamente matriculados na instituição no período identificado acima; delimitadas na faixa etária entre 16 e 18 anos. As demais – 28,0% – se recusaram a responder os questionários.

Foi aplicado um questionário (anexo I) estruturado com questões predominantemente fechadas e algumas abertas, tendo por base o modelo utilizado pela Sociedade Civil de Bem Estar Familiar (BEMFAM), contextualizado e acrescido de questões em atendimento às necessidades específicas para este estudo (anexo 1). Permitindo, assim, identificar as características pessoais e socioeconômicas, relacionadas ao comportamento reprodutivo dessas adolescentes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos e Animais (CEPHA) – Unimar. As próprias autoras coletaram os dados, esclarecendo as entrevistadas sobre o objetivo do estudo, dando-lhes a garantia de anonimato e a liberdade de participar ou não.

A descrição das características pessoais das adolescentes se fez mediante a:

- Estado civil: casada; união estável; solteira e outro (no caso, se namora ou não);
- Cor da pele (deverá ser transcrita a observação da entrevistada quanto à sua cor de pele): branca; amarela; parda e negra;
- Religião: católica; espírita; evangélica, nenhuma religião e outras.

A descrição das características socioeconômicas se fez mediante a:

- Escolaridade das adolescentes segundo anos de estudo. Os estratos utilizados foram: sem instrução; 1 a 4 anos; 4 a 8 anos; 8 a 12 anos e mais de 12 anos;
- Atividade: só estuda; só trabalha; estuda e trabalha e nenhuma atividade.

Também tivemos a preocupação de formular questões que possibilitem analisar a habilidade destas jovens em expressar sua sexualidade, sem riscos de gestações não desejadas, de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), coerção, violência e discriminação.

Os tipos de métodos contraceptivos investigados foram agrupados neste estudo em:

- Métodos de Barreira: diafragma; esponja vaginal; espermaticidas e camisinha feminina e masculina;
- Métodos Comportamentais: ritmo ou calendário; temperatura basal e muco cervical;
- Anticoncepção Hormonal: anticoncepcionais hormonais orais; anticoncepcionais de emergência e anticoncepcionais injetáveis de longa duração (mensais ou trimestrais);
- Implantes;
- Dispositivo Intra-uterino (DIU): – T de cobre e hormônios progestasert;
- Implante cutâneo;
- Método Definitivo: laqueadura.

O controle de qualidade dos dados foi garantido pelo seguinte mecanismo: todos os questionários foram revisados ao final da entrevista, possibilitando que a entrevistadora se lembre da entrevista e identifique possíveis erros para imediata correção.

Os dados do questionário foram armazenados e analisados pelo *software Epi Info* versão 3.3.2, tabulação para plataforma *Windows*®.

RESULTADOS

Os questionários foram aplicados em 136 adolescentes, com a seguinte distribuição por faixa etária: 44,9% com 16 anos; 52,2% com 17 anos e, em menor proporção, 2,8% com 18 anos. A maioria das entrevistadas, 41,2% referiu ser de cor branca; 39,7%, pardas; 16,2%, negras e 2,9% amarelas. Em relação à religião, dez (7,4%) não declararam nenhuma religião; 96 (70,6%) eram católicas; 30 (22,1%) protestantes. As adolescentes apresentaram 8 a

12 anos de estudo, assim, todas cursavam o Ensino Médio.

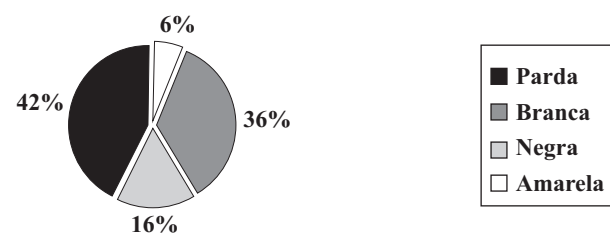
No período estudado observamos que 52,9% das adolescentes, no momento da entrevista, não haviam iniciado sua atividade sexual e 47,1% afirmaram que já haviam tido relações sexuais. A idade média da primeira relação sexual foi igual a 15,5 anos, embora, 11 adolescentes (17,2%) tenham iniciado a atividade sexual com idades mais precoces. Conforme mostra a **Tabela 1**.

Tabela 1 - Número e percentual de adolescentes, segundo a idade da primeira relação sexual. Legião Mirim, município de Marília/SP, junho a outubro de 2005.

Idade	Adolescentes	
	(f)	%
Sem história de vida sexual	72	52,9
12	1	0,7
13	2	1,5
14	8	5,9
15	20	14,7
16	25	18,4
17	8	5,9
18	0	0,0
Total	136	100,0

Entre as adolescentes que iniciaram sua vida sexual, em relação à cor da pele, houve predomínio da cor parda **Figura 1**. Quanto à religião; 76,6% eram católicas; quando se analisa as adolescentes católicas, observamos que 82,0% referiram o uso de algum método contraceptivo, com predomínio do preservativo masculino (69,4%) seguido do uso do anticoncepcional hormonal oral (44,9%).

Figura 1 - Cor da pele das adolescentes que iniciaram sua vida sexual.



Em relação às adolescentes com iniciação sexual com idade inferior à idade média observada, 54,5% declarou-se de cor parda e 72,7% de religião católica (**Tabela 2**). Na primeira relação sexual utilizaram como método contraceptivo o preservativo masculino (81,8%). Atualmente 18,1% fazem uso deste, 36,0% utilizam o anticoncepcional hormonal oral e 27,2% os associam.

As 72 adolescentes, que no momento da entrevista, declararam não haver iniciado sua vida sexual, disseram ter cor branca (45,8%) e a religião católica (65,3%).

Tabela 2 - Características pessoais e reprodutivas das adolescentes com iniciação sexual precoce. Legião Mirim município de Marília/SP, junho a outubro de 2005.

CARACTERÍSTICAS	IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL						Total%
	12 anos		13 anos		14 anos		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
COR DA PELE							
Amarela	0	0	0	0	1	9	9,1
Branca	0	0	0	0	3	27,3	27,3
Negra	0	0	1	9	0	0	9,1
Parda	1	9	1	9	4	36	54,5
RELIGIÃO							
Católica	1	9	1	9	6	54,5	72,7
Protestante	0	0	1	9	2	18,1	27,3
Nenhuma	0	0	0	0	0	0	0
AVALIAÇÃO CLÍNICA GINECOLÓGICA							
	1	9	1	9	8	72,7	90,9
FREQUÊNCIA DA RELAÇÃO SEXUAL							
Regular	1	9	1	9	4	36	54,5
Ocasional	0	0	0	0	0	0	0
Não tem parceiro	0	0	1	9	4	36	45,5
MÉTODO NA PRIMEIRA RELAÇÃO							
Sim	1	9	1	9	7	63,6	81,8
Não	0	0	1	9	1	9	18,2
PRÁTICA CONTRACEPTIVA							
Sim	1	9	1	9	7	63,6	81,8
Não	0	0	1	9	1	9	18,2
USO DE PRESERVATIVO MASCULINO	1	9	0	0	4	36	45,4
USO DE PÍLULA	0	0	1	9	6	54,5	63,6
USO DE PÍLULA DE EMERGÊNCIA	0	0	0	0	4	36,9	36

No momento da primeira relação sexual, 84,4% das adolescentes declararam o uso de métodos contraceptivos, predominando o uso do preservativo masculino (94,4%) como único método e 3,7% combinado com anticoncepcional hormonal oral

(Tabela 3). A maioria, 82,8%, afirmaram que estavam preparadas para este momento; as demais, 17,2%, cederam devido à pressão dos parceiros.

Tabela 3 - Número e percentual de adolescentes, segundo o uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual e atualmente. Legião Mirim, município de Marília/SP, junho a outubro de 2005.

Idade da 1ª relação	Adolescentes - Uso de método na 1ª relação		Tipo de método usado na 1ª relação			Prática contraceptiva hoje		Tipo de método utilizado atualmente		
	Anos	(f)	%	Pílula %	Preservativo %	Pílula e Preservativo %	(f)	%	Pílula %	Preservativo %
12	1	1,9	0,0	1,9	0,0	1	2,0	0,0	2,0	0,0
13	1	1,9	0,0	1,9	0,0	1	2,0	2,0	0,0	0,0
14	7	13,0	0,0	13,0	0,0	7	14,0	6,0	2,0	6,0
15	14	25,9	1,9	22,2	1,9	16	32,0	2,0	10,0	20,0
16	24	44,4	0,0	42,6	1,9	19	38,0	4,0*	26,0	8,0
17	7	13,0	0,0	13,0	0,0	6	12,0	6,0	4,0	2,0
Total	54	100,0	1,9	94,4	3,7	50	100,0	20,0	44,0	36,0

Obs.: * 1 adolescente de 16 anos no momento da entrevista referiu que o método utilizado foi o anticoncepcional hormonal injetável mensal.

No decorrer de sua vida sexual, 78,1% das adolescentes declararam o uso de alguma prática contraceptiva (Tabela 3). Os motivos alegados pelas adolescentes que não faziam uso de nenhum método – 21,9% – por ordem decrescente foram: não ter relação sexual no momento por opção, por medo de efeitos colaterais, por relações pouco frequentes e também por oposição do companheiro.

Esses dados fazem consonância quando analisamos a frequência das relações sexuais entre as adolescentes estudadas: 29 (45,3%) apresentaram relações de forma regular (definida como mais de três vezes por semana); 21 (32,8%) no momento da entrevista não tinham parceiro e 14 (21,9%) tinham de forma ocasional. Nenhuma adolescente declarou-se casada ou em união estável.

Em relação ao tipo de método contraceptivo, observamos que 20,0% dessas adolescentes faziam uso de anticoncepção hormonal (Tabela 3). Houve um incremento de 18,1% quando comparamos o uso desse método na primeira relação sexual. O uso do preservativo masculino apresentou um decréscimo de 50,4%, embora continue sendo o método mais utilizado. Houve um incremento de 32,3% na associação de ambos (Tabela 3). Outros métodos foram apontados como alternativa: pílula do dia seguinte, espermaticida, anticoncepcional injetável mensal, calendário, temperatura basal e coito interrompido.

A maioria das adolescentes com iniciação sexual – 75,0% – declararam haver procurado o serviço de saúde para avaliação clínica-ginecológica. Os locais mais procurados foram: Unidade Básica de Saúde (62,5%); consultório médico (28,1%) e hospitais (6,3%). Os motivos que as levaram a estes serviços foram: exame ginecológico e realização da citologia oncológica (43,8%), informações sobre o uso de anticoncepcional hormonal oral (20,9%), seguida de queixas como: corrimento, menstruação irregular, dismenorréia e outros. Também relataram que as primeiras informações sobre os métodos contraceptivos foram media-

das por grau de importância por intermédio da escola, da família, de uma amiga, de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e dos meios de comunicação.

É importante destacar que 100,0% das adolescentes entrevistadas declararam ter conhecimento sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis. As mais citadas foram: Aids (89,0%), sífilis (42,6%) ou gonorréia (36,0%); e apenas uma entrevistada não soube citar qualquer doença. Em relação à prevenção das DST, identificaram a importância do uso do preservativo masculino e de ter parceiro fixo, porém, 5,3% das adolescentes acreditam que para a prevenção de DST/Aids é necessária a combinação do anticoncepcional hormonal oral ao preservativo masculino.

DISCUSSÃO

Em nosso estudo, observou-se que 52,9% das adolescentes entrevistadas declararam não possuir história de vida sexual, enquanto 47,1% já haviam iniciado atividade sexual, sendo 15,5 anos a idade média para o início da primeira relação sexual. Esta idade é compatível com resultados descritos em alguns estudos^{8,11,12} de âmbito nacional.

A iniciação sexual na adolescência ocorre por vários motivos, destacando-se a curiosidade natural de experimentar coisas novas, bem como a tentativa de expressar amor e confiança para seu companheiro e a necessidade de auto-afirmação.⁹

Observa-se uma relação positiva entre a cor da pele parda e a presença de vida sexual das adolescentes, resultado semelhante ao encontrado em um estudo de base populacional¹⁰ realizado pelo Ministério da Saúde. O aspecto raça/cor tem sido descrito como um importante marcador social, justamente porque esta população tem sido enfatizada como a mais excluída socialmente.¹¹

A religião não influenciou na prática contraceptiva de nossas adolescentes, o que contradiz os dogmas da igreja católica com relação à anticoncepção da mulher.

É importante ressaltar que em 15,6% das adolescentes não houve prevenção de gravidez precoce e/ou doenças sexualmente transmissíveis no início da atividade sexual. Assim, a prática contraceptiva neste grupo se fez presente em 84,4%, superior aos dados observados na literatura,^{12,13,13} e o uso do preservativo masculino também apresentou percentual superior aos observados nos estudos citados. O preservativo deve ser utilizado corretamente, todas as vezes, para ser altamente eficaz.

Apesar de o conhecimento ser um elemento necessário para o uso do anticoncepcional hormonal oral, a literatura mostra que não existe associação entre os níveis de conhecimento e as taxas de utilização.¹⁴ Em nosso estudo, 98,4% das entrevistadas afirmaram conhecê-lo, no entanto, somente 1,9% das adolescentes o usaram isoladamente e 3,7% fizeram sua associação com o preservativo masculino na primeira relação sexual. Atualmente 18,1% das adolescentes declaram utilizar este método.

Levando-se em consideração que a melhor escolha é a associação de um método de barreira com anticoncepção hormonal oral, observamos que 36,0% das adolescentes entrevistadas, com vida sexual ativa, utilizam ambos. Este dado foi superior ao observado na literatura.¹⁵

Os adolescentes devem ser estimulados a utilizar o preservativo masculino e/ou feminino e o anticoncepcional hormonal oral associado, sobretudo se o relacionamento não for estável. Entretanto, a utilização desses dois métodos por adolescentes é dificultada, uma vez que o uso de ambos necessita de motivação e planejamento premeditado, comportamento pouco comum nesta faixa etária.¹⁶

Observa-se diante dos dados que o não uso de métodos contraceptivos é alto e ao deixarem de usá-los em todos os relacionamentos, fixos ou esporádicos, existe a probabilidade da aquisição ou transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, e também a possibilidade de gravidez indesejada.¹⁷

Esta análise é reforçada quando observamos que 32,8% das adolescentes com história de vida sexual declararam fazer uso da pílula de emergência. Esta pílula é considerada “mágica” pelas adolescentes. Quando utilizada resolve todos os problemas eliminando o risco de gravidez. O uso inadequado desse medicamento faz com que sua eficácia diminua, além de não representar um método eficaz na prevenção de DST.

Os dados nos mostram que houve uma tendência de abandono do preservativo masculino na vigência da estabilização do relacionamento, como prova de amor, confiança e fidelidade ao parceiro ou como consequência de uma proteção e imunidade ligadas ao sentimento do amor.¹⁰

Em nossa casuística, a porcentagem de gravidez foi nula entre as entrevistadas, o que pode não condizer com a realidade, uma vez que o estudo foi realizado apenas na Legião Mirim, e não na população geral. Além disso, a maioria das adolescentes grávidas acaba abandonando os estudos e, em nosso caso, ficam impossibilitadas de permanecer na instituição.

No presente estudo, há um percentual significativo de adolescentes que já realizaram pelo menos uma avaliação clínica-ginecológica, seja por motivos preventivos ou orientações de anticoncepção, isto é consistente com outro estudo realizado no Rio de Janeiro.⁸ O local mais procurado pelas entrevistadas foi a Unidade Básica de Saúde (UBS), dado que reflete a acessibilidade destas adolescentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso município.

Os resultados mostraram que a escola foi o principal local de informações sobre a sexualidade, dados compatíveis com os encontrados na literatura;¹⁶ provavelmente, porque os professores promovem as primeiras informações. No entanto, entendemos que as orientações devam ser um elemento freqüente, oferecidas não só por estes, mas, também, por profissionais da área da saúde, pela família e pela comunidade. Apesar de a televisão ser também fonte de informação, nossas redes de TV têm poucos programas educacionais sobre o tema. Vemos muita genitalidade e pouca divulgação sobre outras DST, além da Aids.⁷

Embora o conhecimento sobre a Aids fosse citado, as adolescentes se mostraram pouco familiarizadas com as demais DST, quando comparado com um estudo realizado em Salvador, BA.⁷ Baseado no mesmo estudo observou-se que a sífilis foi a mais conhecida nas escolas públicas, fato este que corrobora os nossos resultados. Pode-se questionar se este resultado foi influenciado pela maior freqüência de sífilis em indivíduos de estratos sociais mais baixos. No entanto, há um grande distanciamento em relação à prática, já que um percentual significativo de adolescentes assume comportamento de risco, mantendo relações sexuais sem proteção. Desse modo, a vulnerabilidade da mulher aumenta, pois lhe falta o poder de negociação e controle sobre as suas relações quanto ao uso do preservativo pelo homem.¹⁸ Aliado a este fato, nenhuma adolescente em nosso estudo referiu o uso de preservativo feminino.

Os dados apresentados no estudo confirmam a necessidade de haver maior investimento em ações programáticas e pesquisas sobre o tema “adolescência/ anticoncepção/ doença sexual transmissível”. Entretanto, é urgente haver maior atenção e desenvolvimento de ações em saúde voltadas para o uso correto de práticas contraceptivas com enfoque na prevenção da gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis.

CONCLUSÃO

Este estudo coloca em evidência que um percentual significativo de adolescentes assume comportamento de risco com a relação sexual sem proteção. Desse modo, a vulnerabilidade da mulher aumenta para a gravidez precoce e DST.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Takiut AD, Adolescência e Saúde, Comissão de Saúde do Adolescente, 3ª Ed. São Paulo: Editora Secretaria do Estado da Saúde; 1999; 1: 11-12.
2. Heliborn ML, O Ultra-Som de Uma “Tragédia Nacional”, O Estado de São Paulo, S. Paulo, 20 fev. 2005, caderno J, p. 5.
3. Löw L, Hoga LAK. Anticoncepção e Aborto Provocado na Gravidez Não Planejada, O Mundo da Saúde, 1999; 23 (2): 86-92.
4. Folha Online, Número de Adolescentes Grávidas aumentam em 15% desde 1980. Folha On-line. São Paulo, 2004. Disponível em <http://www.1.folha.uol.com.br/Folha/cotidiano/ult95u100538.shtml>. Acessado em 9/10/2004.
5. Dimenstein G. Gravidez de adolescentes tem cura. Folha de São Paulo. São Paulo, 13 mar. 2005. Cotidiano, p. 12.

6. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Relatório de Gestão 2003. Atenção materno – infantil: “Programa Nascer Cidadão”, componente pré – natal. Marília, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.famema.br/smhs/smhs2003.pdf>. Acessado em 25/10/2004.
7. Cardozo DM, Freitas IC, Fontoura MS. Comportamento sexual de adolescentes do gênero feminino de estratos sociais distintos em Salvador, Bahia, Brasil. *Revista Paulista Pediátrica*, 2002; 20(03): 122– 28.
8. Carvalho AVV, Passos MR. Perfil dos adolescentes atendidos no Setor de DST da Universidade Federal Fluminense em 1995. *DST - J bras Doenças Sex Trans* 1998; 10(2): 9–19.
9. Brasil Ministério da Saúde - CNDST/AIDS, Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS, Brasil, 1998. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/avalia4/home.htm>. Acessado em 3/03/2006.
10. Borges ALV & Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil 2002. *Caderno Saúde Pública*, 2005; 21(2): 499 – 507.
11. Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani R. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Revista Saúde Pública* 2003; 37(5): 566 – 575.
12. Costa JO, Carvalho MAB, Garrido AQ, Gouvêa CML, Alves DS et al. Sexualidade na adolescência, conhecimentos atitudes e práticas dos estudantes de Barbacena, 2001. *GO atual* 2003; 5: 12-17.
13. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Revista Saúde Pública* agosto 2004; 38(4): 479-487.
14. Reggiani CP, Murillo PC, Beck RT, Schimarelli MKT, Luehring CC, Francisco JF. Estudo comparativo entre adolescentes de escolas de periferia e escolas do centro do município de Curitiba em relação à sexualidade. *Pediatria Atual* 2005; 18(1): 31-34.
15. Costa MC, Costa PM, Neto AFO. Desafios da abordagem ao adolescente: confiabilidade e orientação contraceptiva. *Jornal de Pediatria* 1998; 74(1): 5-10.
16. Galvão MTG, Alencar RA, Ferreira ML, Antunes RC. Sexualidade e conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis e aids entre adultos em um município do interior do nordeste brasileiro. *J bras Doenças Sex Transm* 2003; 15(3): 37-40.
17. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças Sexualmente Transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública* 2004; 20(1): 282-290.

Endereço para correspondência:**KARIN DANIELE CRESTANI**

Rua Clemente Garla, 120, Jardim Portal do Sol,

Marília, SP. 17519-400

E-mail: karindaniele@yahoo.com.br

Recebido: 15/07/2006

Aprovado: 21/09/2006

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA AÍDS NA VELHICE

HEALTH PROFESSIONAL PERCEPTIONS ABOUT AIDS IN OLD AGE

Isabel Cristina V Oliveira,¹ Ludgleydson F Araújo,¹ Ana Alayde W Saldanha¹

RESUMO

Introdução: o aumento progressivo no número de casos de HIV/aids no contexto da velhice traz a necessidade de estudos sobre as especificidades do atendimento a esta faixa etária. **Objetivo:** analisar as percepções dos profissionais de saúde acerca da aids na velhice, visando identificar os aspectos que influenciam no atendimento aos pacientes idosos soropositivos para o HIV. **Método:** a amostra foi constituída por 20 profissionais de saúde de diversas especializações, que atendem pacientes idosos. Para a coleta de dados utilizou-se entrevista semi-estruturada, composta, submetida à análise temática de conteúdo. **Resultados:** emergiram cinco categorias temáticas: concepção da aids; fatores de risco; solicitação do teste; comunicação do diagnóstico e dificuldades no atendimento. Verificou-se a associação das concepções da aids na velhice a temáticas negativas, como decepção e preconceito e, como via de infecção os procedimentos médicos, tais como transfusões de sangue, e práticas sexuais promíscuas. A solicitação do teste anti-HIV para idosos deve ocorrer somente mediante sintomatologia característica da doença, observando-se divergências quanto à forma da devolutiva do diagnóstico em caso positivo: se comunicação ao paciente ou à família. Relataram ainda não distinguir seus pacientes quanto à condição de soropositividade, não havendo, portanto, dificuldades particulares desta população. **Conclusão:** evidenciam-se concepções associadas a estigmas e preconceitos, igualando o conhecimento científico ao senso comum, podendo interferir em suas práticas de atendimento. Todas essas questões remetem às bases do fenômeno aids, colocando a descoberto algumas contradições que determinam as principais dificuldades para o trato psicossocial do paciente, evidenciando que por mais que as equipes profissionais estejam instrumentalizadas técnica, teórica e tecnologicamente, sua compreensão do fenômeno se restringe ao seu corpo especializado e a ação se ressentida na abordagem das necessidades emocionais do paciente.

Palavras-chave: Aids, idosos, profissional de saúde

ABSTRACT

Introduction: the progressive increase in number of HIV/aids cases in old age brings the necessity of studies about the specificities in the assistance of this group of people. **Objective:** analyze health professional perceptions about aids in old age, aiming at identifying the aspects that influence in the assistance of serum-positive old patients to HIV/aids. **Methods:** the sample was constituted by 20 health professionals of different specialties, that assist old patients. To collect the data, a semi-structured interview was used, and was submitted to a thematic content analysis. **Results:** five thematic categories were arose: aids conception; risks factors; test solicitation; communication of the diagnosis and difficulties in assistance. Weverified the association of aids in old age conceptions to negative themes, such as deception and prejudice and, as the way of infection, medical procedures, such as blood transfusion, and promiscuous sexual behavior. The anti-HIV test solicitation must be done only in cases of characteristic symptomatology of sickness, observing divergences on how to give away the positive diagnosis: whether to communicate it to the patients or to their families. They said they don't distinguish patients by their soropositivity condition, and so, there are no particular difficulties to this population. **Conclusion:** conceptions associated to stigmas and prejudices were evidenced, equaling the scientific knowledge to common sense, interfering in their assistance practice. All these questions refer to aids the basis, putting certain contradictions in evidence and determining the main difficulties in the social approach of the patient, showing us that, although the professional teams are instructed in techniques, theory and technology, their comprehension of this phenomenon is restricted to the their specialized knowledge and the action does not take into account in the approach of the patients' emotional necessities.

Keywords: Aids, elderly, health professional

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(2): 143-147, 2006

INTRODUÇÃO

A aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) não se configura apenas como uma doença orgânica. Desde seu surgimento, apresenta-se como um evento psicossocial, cujo tema está geralmente arraigado aos estigmas, ao preconceito e aos sentimentos depreciativos. A velhice, por sua vez, também carrega consigo seus próprios rótulos que são carregados de preconceitos e estereótipos por tratar-se de uma fase do desenvolvimento humano marcado por acontecimentos negativos.¹ A associação dessas duas temáticas pode ser vista como uma tarefa desafiadora, pois con-

traria a freqüente representação de associação de velhice à "assexualidade". Contudo, as estatísticas atuais têm mostrado que as duas temáticas estão cada vez mais correlacionadas, fazendo-se presentes nas estatísticas epidemiológicas.

De acordo com o Ministério da Saúde,² houve uma mudança no curso da epidemia de aids no Brasil, há atualmente três grupos distintos, adultos jovens, usuários de drogas injetáveis e crianças abaixo de cinco anos de idade infectadas pela chamada transmissão vertical, que apresentam uma queda constante na sua incidência. Em contrapartida, verificou-se que está cada vez mais freqüente o número de casos de aids na faixa etária acima dos 50 anos de idade. Segundo os últimos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, existem no Brasil cerca de 31.356 casos de aids em pessoas com 50 anos de idade ou mais, devendo-se des-

¹Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Psicologia.

tacar ainda que, devido à subnotificação existente, pode-se concluir que este número tende a ser bem maior.

Dessa forma, em decorrência do progressivo aumento do número de casos de HIV /aids nesta faixa etária, observa-se a necessidade de se estudar este novo contexto, com o intuito de fornecer subsídios concretos para a avaliação do desempenho profissional no atendimento aos portadores do HIV e pacientes com aids, e para a elaboração de medidas efetivas com a finalidade de promover, por intermédio de uma abordagem biopsicossocial, um melhor acolhimento para as pessoas contaminadas pelo vírus, assim como para seus familiares, parceiros sexuais, profissionais de saúde e indivíduos que direta e indiretamente lidam com a doença.

Partindo desses pressupostos, este projeto visa à ampliação da estrutura de suporte psicológico para portadores do HIV e pacientes com aids, justificada pela complexidade do atendimento, cuja doença exige uma estrutura integrada e ampliada de forma a complementar a abordagem multidisciplinar atualmente dispensada ao paciente.

Para tanto, objetiva especificamente identificar e estudar as representações dos profissionais de saúde acerca da aids na velhice, visando analisar os determinantes socio-afetivos que influenciam no trabalho com pacientes idosos soropositivos para o HIV e identificar as barreiras que estes enfrentam para o atendimento desta população específica.

Abordar o tema “saúde” por uma abordagem psicossocial não é uma tarefa simples, tendo em vista as amplas e controversas discussões que este tema carrega consigo. O avanço tecnológico, ao mesmo tempo em que promoveu benefícios com a descoberta de novos recursos para o diagnóstico e o tratamento de doenças, influenciou diretamente na formação dos profissionais de saúde e na maneira como eles abordam seus pacientes, desvitalizando, dessa forma, a relação afetiva entre as partes envolvidas nesse processo. Em outras palavras, há uma preocupação voltada para a doença, enquanto problema a ser revolido, em detrimento de uma sensibilidade e valorização da necessidade de suporte aos pacientes.

Essa visão mecanicista do ser humano está sendo repassada aos profissionais de saúde desde os ensinamentos mais elementares do seu processo de formação acadêmica, estando ausente, portanto, uma concepção mais abrangente da saúde enquanto eixo integrador, de forma a condicionar os profissionais ao modelo biomédico, que subestima os aspectos psicológicos e sociais no tratamento de indivíduos.³

Todos esses novos recursos diagnósticos e terapêuticos não refletem modificações somente na forma de atendimento a pacientes. As implicações deste cenário moderno podem ser observadas também na perda da autonomia, na remuneração, no estilo de vida, no comportamento ético dos profissionais e, especialmente, na saúde física e mental deles próprios.⁴

Neste âmbito, as conseqüências do panorama atual da saúde no país incitam reflexões sobre a qualidade na forma de atendimento aos pacientes, especialmente àqueles que se apresentam com todos esses problemas maximizados, como é o caso de idosos soropositivos. A esta população específica, as demandas diferenciadas exigem uma abordagem peculiar, que muitas vezes são negligenciadas mediante à objetivação do tratamento, que valoriza o conhecimento técnico e teórico e a competência social.

Associados a toda essa problemática, os estigmas que acompanham as pessoas soropositivas idosas configuram-se, ainda, como um bloqueio para que estas sejam assistidas. A complexidade dessa forma de atendimento acarreta sobre o profissional de saúde um forte desgaste psicológico, além dos medos e dos sentimentos de desconforto criados em decorrência da potencialidade de contaminação pelo HIV.⁵

OBJETIVO

Investigar a percepção dos profissionais de saúde que lidam com esse público, com a finalidade de identificar de que maneira essas concepções influenciam na abordagem a tais pacientes.

MÉTODOS

O presente trabalho constituiu-se como um estudo de campo de cunho qualitativo, realizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, no período de novembro de 2005 a abril de 2006, cuja amostra foi constituída por 20 profissionais de saúde, selecionados de forma não-probabilística e acidental, tendo como único critério para participação do estudo, ter em sua prática de atendimento a assistência de pacientes idosos.

Os profissionais entrevistados apresentaram idade entre 24 e 65 anos, com média correspondente a 37,8 anos. As especialidades dos mesmos foram as mais diversas (traumato-ortopedia, clínica médica, saúde coletiva, periodontia etc.), contudo, para atender aos objetivos propostos neste estudo, eles foram subdivididos somente em especialistas, ou não, em geriatria/gerontologia.

Para coleta de dados utilizou-se uma entrevista semi-estruturada, composta por cinco perguntas subjetivas acerca da aids no contexto da terceira idade. O material transcrito das gravações das entrevistas foi submetido à análise temática de conteúdo, de acordo com a proposta de Figueiredo et al.⁶

Esta pesquisa foi realizada em conformidade com os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996), após ter obtido um parecer favorável fornecido pela Comissão de Ética Médica da Universidade Federal da Paraíba.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos discursos dos entrevistados, emergiram cinco categorias temáticas: (1) concepção da aids, obtida por meio da questão: “Como você vê a questão da aids na velhice?”; (2) fatores de risco, decorrente do item, “Na sua opinião, qual a maior vulnerabilidade do idoso?”; (3) solicitação do teste, evocada a partir da questão: “O que você acha de ser solicitado o teste anti-HIV para pacientes idosos como exame de rotina?”; (4) comunicação do diagnóstico, decorrente da pergunta: “Como você acha que os resultados devem ser repassados aos idosos?”; e (5) dificuldades no atendimento, a partir da questão: “Quais as dificuldades que você encontra/encontraria no atendimento ao idoso soropositivo?”. Todas essas categorias apresentaram subcategorias significativas e distintas.

Categoria 1 – concepção da aids

A primeira subcategoria, definida como “morte”, propõe a visão que os profissionais têm da falta de perspectiva dos idosos,

exacerbada pela infecção pelo HIV, como pode ser observada no discurso abaixo:

“Se os dias deles já estariam contados, imagina tendo AIDS” (odontóloga 1, 24 anos).

Esta visão, de certa forma, já antecipa as temáticas correlatas com a subcategoria seguinte, classificada como “impacto negativo”, que se configurou como a mais significativa na concepção da aids. Sugere que a aids nos idosos apresenta-se como um grande problema de saúde, por trazer muita tristeza e sofrimento, conforme os seguintes discursos:

“Eu vejo como um terror [...] é uma decepção” (médica, geriatra, 55 anos);

“Eu vejo como uma coisa triste que não deveria acontecer” (odontóloga 2, 51 anos);

“Eu vejo muito complicado” (enfermeira 1, 65 anos).

A terceira subcategoria emergente, “preconceito”, revela que os profissionais acreditam que a aids vem a maximizar o preconceito já existente em relação à idade, destacando não só o preconceito da sociedade para com eles, como também o deles com eles mesmos. Seguem os discursos:

“Na terceira idade, soma o preconceito com relação à idade” (fisioterapeuta 1, gerontóloga, 28 anos);

“[...] enfrentam um preconceito muito grande da sociedade” (fisioterapeuta 2, gerontóloga, 27 anos);

“[...] e o preconceito que o velho tem de usar, de utilizar métodos preventivos neles” (fisioterapeuta 3, 28 anos);

“[...] a velhice já traz muito preconceito né. Preconceito na família e a pessoa pensa que vai dar trabalho. E mais pegando a AIDS, aí lascou mesmo. Fica mais difícil ainda pra família aceitar aquele velho dentro de casa dando trabalho, e além do mais com uma doença contagiosa” (odontóloga, 52 anos).

A “carência de informação”, quarta subcategoria, está associada à falta de divulgação de políticas públicas sobre a incidência desta doença na velhice. Portanto, sugere acreditar que o aumento no número de casos é decorrente da falta de campanhas destinadas ao esclarecimento da possibilidade de os idosos também contraírem o vírus da aids.

“Eu vejo atualmente relacionada à falta de informação” (psicóloga, gerontóloga, 34 anos).

“Então pode até ser falta de informação” (enfermeira 2, 42 anos).

Por fim, surgiu como “Recorrente” a percepção dos profissionais, no qual considerava como “normal” um idoso apresentar o HIV/Aids:

“É a coisa mais normal entre aspas que você pode ver, é um senhor de 60, 70 anos ser aidético” (fisioterapeuta 4, 25 anos).

Ainda que não se constituam como subcategorias emergentes significativas, é relevante destacar a visão de dois profissionais que acham improvável a contração do HIV por um idoso:

“[...] a velhice, em si, ela não está muito sujeita a contrair o HIV” (odontóloga 4, 58 anos).

“Normalmente a gente não acha muito normal um idoso apresentar o vírus da aids” (fisioterapeuta 5, 25 anos).

Com estes relatos, pode-se perceber que a concepção dos profissionais de saúde acerca da aids na velhice, associada ao preconceito e estereótipos negativos, corrobora com os achados das pesquisas de Ribeiro et al⁷ e Araújo & Carvalho.¹ De acordo com a primeira pesquisa, o preconceito emergido nos profissionais de saúde está relacionado ao estigma maior que a aids carrega consigo, por meio de tabus com sangue, promiscuidade e traição. Todos esses temas apresentaram-se como discursos frequentes nas entrevistas, constituindo subcategorias representativas. A pesquisa seguinte¹ refere-se à perspectiva preconceituosa e estereotipada da velhice que, em consonância com as temáticas evocadas pela aids, maximizaram os relatos dos profissionais entrevistados.

Um aspecto relevante a ser considerado nestes resultados foi a similitude das respostas dadas pelos profissionais graduados há pouco tempo, em comparação com as dos profissionais com maior tempo de profissão. Essa similitude na percepção dos profissionais sugere uma falta de atualização no processo de formação acadêmica/profissional, podendo comprometer diretamente a qualidade do atendimento à determinada população, por este estar, ainda, estagnado a um conhecimento contaminado por valores estigmatizados e, sobretudo, preconceituosos.

Nesse contexto, apesar dos resultados desta pesquisa corroborarem com a proposta da literatura já existente, torna-se preocupante para os pacientes se submeterem a profissionais que apresentam um preconceito latente em relação aos idosos, exacerbado pela condição de soropositividade.

Categoria 2 – Fatores de Risco

A segunda categoria, fatores de risco, produziu quatro subcategorias fortes, da qual três propõem comportamentos prováveis para a aquisição do vírus, enquanto uma sugere como prática improvável para tais fins.

A subcategoria inicial, denominada “promiscuidade”, propõe que o meio mais efetivo para a infecção pelo o HIV corresponde à via sexual, associada a comportamentos promíscuos, nos quais existem trocas de parceiros e práticas de infidelidade, tal qual propõem estes profissionais:

“[...] promiscuidade, de mudança de parceiro, de infidelidade” (médica, geriatra, 55 anos);

“[...] através de alguma relação ilícita” (odontóloga 4, 58 anos);

“[...] procura na rua o que não tem dentro de casa” (odontóloga 2, 51 anos).

A subcategoria seguinte, classificada como “transfusão sanguínea”, corresponde à forma de transmissão decorrente do exercício de atividades médicas, como a transfusão de sangue, tal qual propõem:

“Eu acho que mais nos procedimentos médicos, né, tipo uma transfusão” (fisioterapeuta 2, gerontóloga, 27 anos);

“A maior probabilidade de o idoso se contaminar com a aids, seria meio de internamentos em hospitais, através de transfusões, porque ele não corre tanto risco como os jovens, que está ex-

posto às drogas, a toda variedade de sexualidade de que ele pratica, só isso mesmo” (odontólogo 5, 57 anos).

“[...] através de transfusões de sangue, através de material contaminado, de enfermeira passando de um canto pra outro, eu acho, sanitários, ele tem fenda, as sondas urinárias, sondas também, que colocam no aparelho urinário, infecção de material hospitalar mesmo, que por mais que seja lavado, sempre fica a contaminação” (odontóloga 3, 52 anos).

A terceira subcategoria, denominada “sexo sem proteção”, evidencia que os profissionais acreditam que a via mais efetiva para a infecção pelo HIV seja a sexual, independente desta estar associada a comportamentos promíscuos ou não:

“Agora ele (o idoso) não usa camisinha, ou por falta de informação, ou pela falta de costume” (fisioterapeuta 6, gerontólogo, 29 anos).

Por fim, a última subcategoria, “uso de drogas”, emergiu não mais como uma via provável de contágio, mas sim, como um meio que não implica riscos para os idosos, por acreditarem que

“[...] drogas é um negócio tão distante deles” (fisioterapeuta 6, gerontólogo, 29 anos).

Os fatores de risco, segundo os profissionais, complementam, de certa forma, a idéia proposta nos tabus e, ainda, uma noção arraigada aos grupos de risco/vulneráveis. A via de transmissão “transfusão sanguínea” implica duas propostas: a primeira corresponde à idéia de “vítima da aids”, que está relacionada aos indivíduos que não estariam presentes nos grupos de risco e contraíram a aids “acidentalmente”; enquanto a segunda proposta remete-se a aspectos extremamente preocupantes no que concerne à credibilidade do saber científico. O relato de uma odontóloga de 52 anos, que acreditava que um meio provável de contaminação pelo HIV seria através dos “sanitários e sondas urinárias”, aponta para uma igualdade entre o conhecimento científico e o senso comum, de forma a interferir nas condições de atendimento e tratamento dos pacientes, e no foco incidente da transmissão do vírus.

Outro ponto que esta categoria evidenciou foi a semelhança nas respostas dos profissionais especialistas em geriatria/gerontologia, com os relatos dados a partir de profissionais que não possuíam esta especialização, sugerindo, ainda, uma falta de direcionamento do curso de especialização para aspectos contemporâneos no contexto da velhice. A partir dos discursos dos profissionais gerontólogos, pode-se observar uma carência de informações a respeito de temas como sexualidade ou vulnerabilidade ao HIV, de forma a igualar o conhecimento destes àqueles que não se submetem a determinada especialização.

Categoria 3 – Solicitação do teste

Esta categoria apresentou respostas contraditórias, tendo em vista que, embora a maioria dos profissionais alegasse achar importante a solicitação do teste para pacientes idosos como exame de rotina, foi observado que esta prática não se configura como medida efetiva nos consultórios e hospitais, conforme pode ser observado no discurso abaixo:

“Eu não solicito porque, não sei. Eu nunca solicitei. A não ser algumas vezes que ela desconfia de alguma coisa do companheiro e me pede para

eu solicitar. Porque eu sou muito assim a favor do que o Ministério da Saúde preconiza né. Então ele nunca me orientou a solicitar na rotina” (médica, geriatra, 55 anos).

Alguns profissionais destacaram a importância de solicitação do teste apenas mediante sintomatologia característica da doença, mediante desconfiança dos comportamentos dos parceiros:

“Se tivesse alguma sintomatologia, algo que viesse a requerer a solicitar esse exame, eu acho sem problema, agora como exame de rotina, eu não vejo... se diante da história do idoso existe algum indício que possa levar a requerer esse exame, certo, mas como rotina, desnecessário” (fisioterapeuta 1, gerontóloga, 28 anos).

Ainda que tal episódio apresente-se como idiosincrasia frente a todas as entrevistas, é relevante destacar a resposta de um profissional quando questionado acerca da solicitação do teste anti-HIV: “o que objetiva esse teste?” (fisioterapeuta 7, 27 anos). Embora este profissional tenha recebido informações acerca deste teste, sua resposta foi desconsiderada na análise de conteúdo, tendo em vista que um indivíduo pode apenas posicionar-se favoravelmente ou não perante um objeto quando o mesmo tem conhecimento do que este objeto significa. Ainda que desconsiderada a sua resposta, este episódio vem consolidar os resultados desta pesquisa, ao propor uma similaridade entre o conhecimento científico e o senso-comum.

Categoria 4 – Comunicação do diagnóstico

Foram observadas quatro subcategorias distintas nesta questão. A primeira delas, classificada como “paciente”, refere-se à comunicação do diagnóstico diretamente para o paciente:

“Eu acho que todo paciente deve ter o direito de saber o que tem” (fisioterapeuta 5, 25 anos).

A subcategoria seguinte, “família”, corresponde a importância destacada pelos profissionais para a comunicação para o familiar somente, ou via o familiar. Seguem os discursos:

“Têm as pessoas mais esclarecidas, uma pessoa que você encontra uma entrada maior, sempre válido, claro, conversar com ela. Mas outras que, que, você acha que o melhor caminho é a família, é filho, é marido” (fisioterapeuta 2, gerontóloga, 27 anos);

“Eu acredito que deve ser comunicado à família, em primeiro lugar” (enfermeira 1, 65 anos).

Foi ressaltada, ainda, a necessidade de comunicação por meio do “profissional de saúde”, terceira subcategoria, uma vez que este está apto a oferecer, por este apresentar-se como um suporte especializado para as possíveis reações dos pacientes:

“[...] eu acho que já tem um pessoal, nas CTA, que já é bem treinado, que já é capacitado pra isso aí” (enfermeira 2, 42 anos).

“[...] eu creio que seja melhor através de profissional da área, né. Especialistas, até o próprio clínico mesmo que esteja envolvido com o diagnóstico dele, ele tem essa possibilidade, desde que ele entenda a questão do idoso. Não só especialista, mas pode ser um médico ou um pro-

fissional. Em geral eu diria isso, até porque todos estão envolvidos, e seria contraditório você deixar na mão apenas de um profissional” (psicóloga, gerontóloga, 34 anos).

Por fim, emergiu a subcategoria “parcimoniosa”, que se refere à comunicação para os pacientes de forma cautelosa:

“[...] acho que da maneira mais cautelosa; eu acho que pelo fato de estar ligado a idosos, a gente tem que estar muito bem trabalhado, muito bem preparado” (fisioterapeuta 8, gerontóloga, 27 anos).

Categoria 5 – Dificuldades no atendimento

Os profissionais relataram não distinguir seus pacientes quanto à condição de soropositividade, não encontrando, portanto, nenhuma dificuldade específica no atendimento, exceto as dificuldades que encontrariam nos demais pacientes, independentes de serem soropositivos ou não.

“Acredito que não existe dificuldades não” (enfermeira 1, 65 anos).

“Mesma dificuldade que eu teria [...] pra atender outro paciente” (odontóloga 1, 24 anos).

Apesar de não se constituir como subcategoria representativa, é importante enfatizar o preconceito que muitos profissionais de saúde enfrentariam pelos próprios colegas de profissão por estarem atendendo pacientes soropositivos, tal qual relata esta profissional:

“A única dificuldade é o preconceito das pessoas por saberem que a gente atende [...], o problema que existe é como eu já conheci pessoas que enfrentaram isso, e, inclusive, pra tratar do primo, do irmão, da própria família, e os próprios colegas vizinhos da sala dela, pediram que ela não atendesse. Porque só em um aidético, só em um aidético não que esse é um termo feio, só em um soropositivo tendo acesso ao prédio dela, a sala dela [...], só em ele ter acesso ao andar dos colegas, já estavam mal vistos, já era uma pessoa que tava de alto risco, que tava... ou seja, é o preconceito. O que mais impede o tratamento é o preconceito” (odontóloga 2, 51 anos).

A solicitação do teste, a comunicação do diagnóstico e as dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde para o atendimento de uma pessoa idosa soropositiva apresentam-se como dados novos dentro da pesquisa científica, não existindo, portanto, informações disponíveis para a comparação com a literatura preexistente.

Os resultados apontados por este estudo sugerem a necessidade de um aprofundamento neste campo, tendo em vista que a aids na velhice apresenta-se como recorrente na atualidade. Sugere-se, também, a realização de investigações futuras que avaliem a capacitação profissional, tanto de estudantes concluintes, quanto de profissionais já graduados, com o intuito de analisar de que forma o conhecimento científico está sendo transmitido, e se ele está sendo influenciado por valores pessoais ou se está, ainda, condicionado ao modelo biomédico tradicional de atendimento.

Como esta pesquisa configura-se como um estudo exploratório no campo das percepções dos profissionais de saúde acerca da aids na velhice, compreendem-se, de certa forma, os relatos pouco fidedignos dos entrevistados com a realidade atual, tendo em vista que carece de um certo tempo para que haja a

atualização com o tema proposto. No entanto, desejamos que este tempo não seja estendido por longos períodos, para que os pacientes não continuem a ser atendidos com pouca qualidade.

Por fim, espera-se que os achados desta investigação possam fornecer subsídios para a prática gerontológica no âmbito da soropositividade, com o debate acerca das práticas existentes frente a este fenômeno, de modo que sejam formuladas estratégias positivas de atendimento e enfrentamento da aids na velhice. Sendo assim, contribuindo para uma melhoria nas práticas dos profissionais gerontólogos das condições objetivas e subjetivas dos idosos soropositivos, seus cuidadores formais/informais e seus familiares.

CONCLUSÃO

Evidenciam-se concepções associadas a estigmas e preconceitos, igualando o conhecimento científico ao senso comum, podendo interferir em suas práticas de atendimento. Todas estas questões remetem às bases do fenômeno aids, colocando a descoberto algumas contradições que determinam as principais dificuldades para o trato psicossocial do paciente, evidenciando que por mais que as equipes profissionais estejam instrumentalizadas técnica, teórica e tecnologicamente, sua compreensão do fenômeno se restringe ao seu corpo especializado e a ação se ressentida na abordagem das necessidades emocionais do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo L F, Carvalho V A M. Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. *Revista de Humanidades* 2005; 6(13): 1-9.
2. Ministério da Saúde. Disponível em: www.aids.gov.br. Boletim Epidemiológico. Acessado em 01 de novembro de 2005.
3. Traverso-Yéper M, Morais N A. Idéias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da Psicologia Social. *Estudos de Psicologia* 2004; 9(2): 325-333.
4. Nogueira-Martins L A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Rev Bras Med Trab* 2003; 1(1): 56-68.
5. Malbergier A. Os médicos diante do paciente com aids: atitudes, preconceitos e dificuldades. In: Malbergier A. *aids e Psiquiatria. Um guia para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 76-107.
6. Figueiredo M A C. Profissionais de Saúde e aids. Um estudo diferencial. *Medicina* 1993; 26 (3): 393-407.
7. Ribeiro C G, Coutinho M P L, Saldanha A A W. O atendimento e o tratamento no contexto da aids: Representações Sociais de Profissionais e Pacientes. In: Coutinho M P L, Saldanha A A W. *Representação Social e Práticas de Pesquisa*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2005. p. 191-209.

Endereço para correspondência para:

ISABEL CRISTINA VASCONCELOS DE OLIVEIRA

Rua José Jardim, nº. 95, Bairro dos Ipês,

João Pessoa, PB, 58028-160.

E-mail: isabel_cris@hotmail.com

Recebido em: 19/06/2006

Aprovado em: 21/10/2006

GRAVIDEZ E DST: PRÁTICAS PREVENTIVAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS

PREGNANCY AND STD: PREVENTIVE PRACTICES AMONG UNIVERSITY STUDENTS

Sâmia TO Rabelo,¹ José Stênio PF Junior,¹ Lydia V Freitas,¹ Emeline M Lopes,¹
Ana Karina B Pinheiro,² Priscila de S Aquino,³ Lorena B Ximenes,²

RESUMO

Introdução: muitos jovens iniciam a vida sexual sem as informações necessárias quanto aos métodos de prevenção aos diversos riscos a que eles estão expostos. **Objetivo:** este estudo teve como finalidade investigar entre os universitários da área da saúde, condutas e práticas voltadas para a contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. **Métodos:** os dados foram obtidos por meio da aplicação de um questionário composto de 21 questões objetivas, abordando dados biográficos e relacionados à práticas preventivas e analisados estatisticamente por meio do programa Epi Info versão 3.3, foi empregado o teste do qui-quadrado (χ^2) para testar associações entre as variáveis, fixando para os testes estatísticos o nível de significância de 95%. **Resultados:** observaram-se diferenças importantes entre o comportamento sexual feminino e masculino, principalmente quanto à idade da primeira relação (18,3 e 15,9 anos); parceira na primeira relação sexual (52,2% dos homens referiram tê-la realizado com parceiro casual), parceria atual (85,5% das mulheres afirmaram terem parceiro fixo contra 63% dos homens), número de parceiros nos últimos três meses e uso de preservativo (apresentando os homens 80% mais chance de usá-lo de forma consistente). O método anticoncepcional mais relatado foi o preservativo, embora no contexto dos relacionamentos referidos como fixos seja preferido pelo uso dos contraceptivos hormonais. Verificou-se ainda a ocorrência significativa de gravidez e de aborto. **Conclusão:** esse estudo revelou que mesmo lidando com pessoas de um maior grau de instrução, ainda se faz necessária a implantação de políticas educacionais no âmbito da sexualidade.

Palavras-chave: sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, anticoncepção

ABSTRACT

Introduction: many young people initiate their sexual life without the necessary information about the methods of prevention of the diverse risks to which they are exposed. **Objective:** this study had the objective of investigating among university students from the health area their behavior concerning the contraception and prevention of sexually transmitted diseases. **Methods:** the data was obtained through the application of a questionnaire of 21 objective questions, approaching biographical data and related to the sexual practices which were analyzed by Epi Info program version 3.3, the test of the qui-square was used (χ^2) to test associations between the variable, fixing for the statistical tests the level of significance of 95%. **Results:** the results show important differences between the feminine and masculine sexual behavior, mainly in relation to the age of the first sexual experience (18,3 and 15,9 years); partner in the first sexual relation (52.2% of the men had related to have had it with an accidental partner), current partnership (85.5% of the women had affirmed to have fixed partner), number of partners in last the three months and use of condoms (found men tend to use it 80% more). The contraceptive method more found was the condom, even so in the context of the relationships cited as staple, they are neglected by the use of hormonal contraceptives. A significant occurrence of pregnancy and abortion were verified. **Conclusion:** this study disclosed that even dealing with people of a higher degree of instruction, the implantation of educational politics in the scope of the sexuality is still necessary.

Keywords: sexuality, sexually transmitted diseases, contraception

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(2): 148-155, 2006

INTRODUÇÃO

Embora a sociedade atual pregue a idéia de liberdade sexual, as inibições pessoais e os preconceitos, oriundos da repressão sexual, ainda exercem grande influência na vivência da sexualidade. Assim, o adolescente percebe-se em um dilema: embora maduro sexualmente e apto para intercurso sexual, esbarra nos valores inibitórios da sociedade atual, e acaba tendo de optar entre seguir as normas e valores aprendidos ou dar vazão aos seus impulsos e vivenciar sentimentos de culpa, tensão e ansiedade, que freqüentemente acompanham o sexo na nossa sociedade. A este conflito somam-se as pressões do grupo de iguais, que o obrigam a assumir determinado tipo de conduta, que não necessariamente é a desejada.¹

A antecipação da puberdade, processo observado desde a década de 1940, tem acarretado uma maturação sexual cada vez mais precoce e a possibilidade de ocorrência de gravidez antes dos 20 anos.²

A adolescência é um estágio da vida em que a pessoa passa por profundas transformações e vivencia novas experiências no que diz respeito à sexualidade, porém, muitas pessoas não estão preparadas para a iniciação sexual, se submetem aos riscos ou até mesmo às frustrações. A idade da primeira relação sexual dos estudantes universitários entrevistados no presente estudo é de aproximadamente 15 anos para os homens e 17 anos para as mulheres; dentre estes, apenas 51,4% fizeram o uso de métodos contraceptivos.³

A consciência de que algumas precauções são necessárias para se realizar certas práticas sexuais pode depender de diversos fatores como o nível socioeconômico, a escolaridade e a idade. A taxa de fecundidade tende a ser maior entre adolescentes e jovens que apresentam menor escolaridade e que não possuem ne-

¹ Bolsistas do Programa de Educação Tutorial-PET e Graduandos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-UFC.

² Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará-UFC.

³ Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.

nhuma atividade remunerada e o uso de contraceptivos tende a ser menor entre adolescentes de pouca idade. Porém, o uso de métodos contraceptivos não está necessariamente associado ao conhecimento. Um menor índice de uso de métodos anticoncepcionais pode não estar relacionado diretamente com a falta de informação.⁴

O fato é que o início das atividades sexuais não acompanha a conscientização da necessidade da incorporação de medidas de proteção, assim, muitos jovens passam a iniciar a prática sexual sem se prevenir contra a gravidez indesejada e a aquisição de DST.

Sendo assim, a população jovem é considerada um grupo de relevância nas práticas de ações preventivas e em pesquisas acerca do tema DST/Aids; isto por conta da alta exposição aos fatores e atividades que predisõem a contaminação.

A desinformação, a confiança excessiva na invulnerabilidade, os tabus sociais e familiares quanto à abordagem do tema sexualidade e a obtenção de informação por intermédio de pessoas não qualificadas são fatores de influência negativa, podendo resultar em práticas sexuais sem proteção, tais como aquelas nas quais não há a utilização de preservativo; a automedicação tanto para métodos anticoncepcionais quanto para o tratamento de DST; relações anal, oral e vaginal sem os cuidados e higiene necessários; promiscuidade e insegurança para solicitar ao parceiro (a) o uso de métodos contraceptivos e preventivos quanto à aquisição de DST.

Em todo o mundo, um em cada adolescente contrai algum tipo de doença sexualmente transmissível (DST) a cada ano. Diariamente, mais de sete mil jovens, cinco por minuto, são infectados pelo HIV, num total de 2,6 milhões por ano, o que representa a metade de todos os casos registrados. No Brasil, observa-se também uma juvenilização da pandemia da Aids, sendo que entre os casos diagnosticados entre 1980 e 1998, 13,4% foram em adolescentes.⁵

Contrariando a tendência geral de diminuição da taxa de fecundidade observada nas últimas décadas no Brasil, e que desde então vem modificando o perfil da população brasileira, no processo denominado transição populacional, entre os adolescentes o índice de gravidez tende a crescer. No Brasil, a gravidez entre os 15 e os 19 anos cresceu 26% entre 1970 e 1991. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 1996, dentre as mulheres nessa faixa etária, 14% tinha pelo menos um filho e a fecundidade era maior quanto menor o nível socioeconômico, de forma que as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes⁵ maior.

Diversos fatores podem ser considerados como causa dessa transformação, porém, a falta de acesso à educação, que concorre para menores chances de obtenção de renda, comprovadamente aumenta a ocorrência de gravidez não planejada, já que entre os jovens com maior escolaridade o índice tende a ser menor. Somase a isso, a inoperância dos serviços de saúde em relação à saúde dos adolescentes e o despreparo de muitos profissionais para lidar com as demandas da população jovem.

Certas práticas sexuais provocam uma maior exposição do jovem às doenças e/ou à gravidez não planejada, deixando-o em risco quanto a sua saúde. O não uso do preservativo bem como a não adoção de métodos contraceptivos estão incluídos entre os fatores de risco. Ao negligenciarem a prática da contracepção e de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, adoles-

centes e jovens podem se expor ao HIV/Aids e às demais DST bem como à gravidez não planejada.⁴

Apesar de no meio acadêmico haver maior acesso às informações acerca da sexualidade humana e aos fatores de exposição às possíveis conseqüências de práticas sexuais desprotegidas, torna-se importante o estudo do perfil sexual da população universitária, por estar a mesma em um período de transição em sua vida, no que diz respeito ao comportamento social e sexual.

A identificação das práticas sexuais, medidas preventivas e o conhecimento dessa população mostram-se relevantes na medida em que permite a identificação de pontos a serem melhor trabalhados dentro dos cursos de graduação a fim de promover uma capacitação mais adequada dos universitários para a adoção de medidas de proteção voltadas para si próprios e para a prestação de uma melhor assistência e orientação aos clientes na sua pretendida área de atuação.

OBJETIVO

Investigar, entre os universitários da área da saúde, condutas e práticas voltadas para a contracepção e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal realizado por meio de um questionário. Pesquisa com desenho exploratório, com o objetivo de descrever e categorizar fenômenos num grupo de pessoas. Utilizou-se uma abordagem quantitativa que se fundamenta no ser humano como um complexo de muitos sistemas que podem ser medidos objetivamente, separadamente ou de forma combinada, na qual a pesquisa mede uma ou mais características humanas, controlando variáveis enfocadas no estudo.⁶

A população foi composta pelos acadêmicos da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE), da Universidade Federal do Ceará, durante os meses de maio e junho de 2005. A amostra foi composta por 303 alunos, sendo 129 alunos do curso de Farmácia, 78 alunos do curso de Odontologia, e 96 alunos do curso de Enfermagem. A seleção da amostragem se deu de forma aleatória.

Foi aplicado aos alunos aleatoriamente selecionados um questionário composto de 21 questões objetivas, abordando dados biográficos, relacionados ao início da vida sexual, práticas sexuais, aquisição de DST, gravidez, educação sexual e conhecimento sobre prevenção de DST e gravidez indesejada.

Os dados foram apresentados por meio de tabelas, analisados estatisticamente por meio do programa Epi Info versão 3.3 e posteriormente discutidos a partir da literatura pertinente. O teste do qui-quadrado (χ^2) foi empregado para testar associações entre as variáveis. Nas situações em que o seu uso foi inviabilizado, devido ao pequeno número de participantes, utilizou-se o teste exato de Fisher, fixando-se para os testes estatísticos o nível de significância de 95%.

Foram seguidas as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-Ministério da Saúde, tendo sido o projeto aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará-COMEPE.

RESULTADOS

As variáveis estudadas foram cruzadas com o sexo, para que se pudessem evidenciar as diferenças de práticas entre homens e mulheres. As tabelas a seguir apresentam a distribuição das frequências e as associações obtidas, iniciando-se com a caracterização da vida sexual e passando-se para as práticas contraceptivas. Em seguida, são mostrados dados relativos à fecundidade e à realização de aborto entre os estudantes.

No que diz respeito à idade e o parceiro de início da vida sexual, obteve-se os dados apresentados na **Tabela 1**.

Verificou-se que a maioria dos universitários, tanto do sexo feminino como do sexo masculino já iniciou vida sexual. A resposta afirmativa foi mais frequente entre os homens (89,3%) do que entre as mulheres (59,5%). As variáveis sexo e início da vida sexual mostram associação estatisticamente significativa ($p=0,000$), sendo que os homens apresentam 5,6 vezes mais probabilidade de ter iniciado a vida sexual.

Dentre os entrevistados que já iniciaram sua vida sexual, é significativamente mais precoce o início da prática sexual entre os homens do que entre as mulheres ($p=0,000$). Constatou-se que a maioria das mulheres o fez dos 18 aos 20 anos (52,1%) enquanto a maioria dos homens o fez dos 15 aos 17 anos (58,7%). Com relação às mulheres, se seguiram as porcentagens de 15 a 17 anos (31,9%), 21 a 23 anos (11,8%), 12 a 14 anos (2,5%) e finalmente as pessoas maiores de 24 anos (1,7%). Com relação aos homens, se seguiram as seguintes frequências: jovens que iniciaram a vida sexual com idade de 12 a 14 anos (21,7%), 18 a 20 anos (17,4%), as categorias de 21 a 23 anos e maiores de 24 anos de idade atingiram, cada uma, 1,1%. Os valores médios, medianos e modais para os homens foram de 15,9 anos, 16 anos e 16 anos. O desvio padrão foi de 2,1 anos. Entre as mulheres, a média de idade no início da vida sexual foi de 18,3 a mediana e a modal de 18,0 anos o desvio padrão foi de 2,2 anos. Assim, considerando os valores de tendência central, os homens iniciaram a vida sexual aproximadamente dois anos antes das mulheres.

É importante destacar que as mulheres acabam por iniciar sua vida sexual no começo da vida universitária, enquanto entre os homens esta iniciação ocorre anteriormente.

Ao se investigar com quem os entrevistados iniciaram a sua vida sexual verificou-se que a maioria das mulheres iniciou com seu namorado (89,9%) e os homens, com parceiros casuais (52,2%). Relacionando-se as respostas das mulheres, algumas responderam com o cônjuge (6,7%) e as outras responderam com parceiro casual (1,7%). Com relação aos homens se seguiram as seguintes frequências: namorada (42,4%), cônjuge (4,3%) e 1,1% dos entrevistados não responderam a este quesito. É estatisticamente significativa ($p < 0,000$) a relação entre sexo e tipo de parceiro no início da vida sexual, sendo que as mulheres 3,3 vezes maior probabilidade de iniciá-la com um parceiro fixo. Três entrevistados não responderam a essa questão.

Das 211 pessoas investigadas que já iniciaram sua vida sexual, 160 (75,8%) relatam manter, no momento da entrevista, relações sexuais somente com parceiros fixos, enquanto 51 (24,2%) não possuíam parceiros fixos. Entre os homens entrevistados, 63% responderam ter parceiros fixos e entre as mulheres, 85,7% afirmaram manter parceria fixa. É também estatisticamente relevante ($p < 0,0002$) a associação entre essas duas variáveis, sendo que

os homens apresentaram 70% menos chances de manterem uma relação com um parceiro fixo no momento da entrevista.

Sobre o número de parceiros sexuais nos últimos três meses, verificou-se que a grande maioria, tanto entre homens quanto entre mulheres, responderam que o número variou entre um e três parceiros (89,1% para homens e 95,0% para mulheres). As mulheres ainda responderam quatro a seis parceiros (0,8%) ou nenhum (1,7%). Nenhuma mulher respondeu que possuiu mais de seis parceiros nos últimos três meses. Com relação aos homens, estes responderam que possuíam de quatro a seis parceiros (5,4%), mais de seis parceiros (3,3%) ou nenhum parceiro (1,1%). Obteve-se relação estatística entre as variáveis, apresentando os homens 91% menos chances de terem de um a três parceiros nos últimos três meses.

De acordo com a **Tabela 2**, observa-se maior ocorrência do uso consistente de preservativo entre os homens do que entre as mulheres (45,7 e 32,8), tendo os homens 80% mais chances de usar preservativo do que as mulheres; entre os jovens que declararam não possuir relacionamento estável (41,6 e 14,3), os jovens do sexo masculino apresentaram quatro vezes mais chances de fazer uso consistente de preservativo; e entre aqueles que não possuem parceiro fixo (54,9 e 33,8 respectivamente), tendo as pessoas que relataram manter parceria fixa 60% menos probabilidade de usar preservativo em todas as relações sexuais.

Em relação à idade e ao uso de preservativo, obteve-se como valores médios, medianos e modais, entre os que faziam uso do preservativo de forma consistente respectivamente 20,6; 21 e 20 anos e, entre os que referiram não usar o preservativo em todas as relações sexuais os valores médio, mediano e modal foram 21,6; 21 e 20 anos, respectivamente. Sendo que os dois grupos apresentaram médias estatisticamente diferentes ($p=0,0011$). Sendo mais jovens, os entrevistados que fazem uso consistente do preservativo.

Como mostrado na **Tabela 3**, dentre os entrevistados que utilizam métodos contraceptivos, a camisinha é o método mais aceito, sendo usado por 148 (74,4%) pessoas, sendo seguido pelos anticoncepcionais hormonais que são usados por 92 (46,2%) pessoas, coito interrompido que é usado por 17 (8,5%) pessoas, tabelinha com 12 (6,0%) usuários e a camisinha feminina, que foi o método contraceptivo menos usado, apenas com 1 (0,5%) usuário. Algumas pessoas relataram utilizar mais de um método contraceptivo. É importante ressaltar que métodos como coito interrompido e tabelinha são considerados de baixa eficácia quando utilizados isoladamente.⁷

Entre as pessoas que não possuem parceiro sexual fixo e que utilizam algum método contraceptivo, o método mais aceito é a camisinha masculina com 93,5% de aceitação. Entre estes universitários também são aceitos os anticoncepcionais hormonais (23,9%) e o coito interrompido (6,5%). Os outros métodos não foram citados pelas pessoas que não possuem parceiro fixo.

Como observado na **Tabela 4**, quando se questionou sobre a ocorrência de Doenças Sexualmente Transmissíveis entre os participantes, a maioria declarou nunca ter contraído uma delas (82,5%), seguidos daquelas pessoas que não sabem se já contraíram uma DST (9,5%) e das pessoas que acreditam já terem sido contaminadas durante o ato sexual (7,6%).

Entre os jovens que já contraíram uma DST, 9 (52,9%) casos de candidíase, 1 (5,9%) de casos de gonorréia, 1 (5,9%) de

casos de Herpes Genital, 6 (35,3%) de outras DST e nenhum caso de Aids, sífilis, cancro mole ou cancro duro. Ressalta-se que um mesmo jovem referiu ter contraído duas diferentes DST. Destaca-se que 20 (9,5%) pessoas responderam não saber se já haviam adquirido uma DST e 1 (0,5%) pessoa não respondeu a esse questionamento.

A relação existente entre o número de parceiros, o uso inconsistente de preservativo, a idade precoce da iniciação da vida sexual e a aquisição de DST, citada na literatura científica, não se confirmou na pesquisa, não sendo significativa a relação entre os dados encontrados.

Outro fator, também passível de prevenção, aqui investigado por sua considerável importância como fator modificador de papéis sociais, especialmente quando se trata de pessoas na faixa etária aqui especificada, foi a frequência de gestações ocorridas nesse grupo de universitários. Por meio desta pesquisa obtiveram-se os dados que seguem na **Tabela 5**.

Nesta pesquisa foram encontradas 18 gestações, sendo que duas mulheres relataram ter tido duas gestações, nove mulheres tiveram somente uma gestação e cinco homens relataram ter engravidado suas parceiras, apenas uma vez. Essas gestações resultaram, na maioria das vezes em crianças nascidas vivas (66,7%), e as outras em aborto provocado (22,2%) e aborto espontâneo (11,1%).

Constatou-se que das 16 pessoas que engravidaram, 3 (18,75%) pessoas eram casadas, 2 (12,5%) eram divorciadas, 8 (50,0%) eram solteiras e 3 (18,75%) viviam em situação de uniões consensuais. Verificou-se que a maioria dos casos de gravidez aconteceu entre universitários solteiros (50,0%). Porém, os entrevistados que mantêm relacionamentos estáveis, apresentaram 7,2 vezes maior probabilidade de terem experienciado a ocorrência de gravidez ($p=0,0011$).

Após a experiência de pelo menos uma gestação, poucos universitários (25,0%) utilizam preservativo, contrastando com um alto índice do uso de anticoncepcionais (97,75%). A utilização do anticoncepcional hormonal gera certa acomodação com relação ao uso do preservativo, fazendo com que 25,0% dos universitários que afirmaram gravidez nesta pesquisa já tenham contraído alguma DST. Apesar de o conhecimento ser importante, o uso de contraceptivos, tanto de barreira como hormonais, não estão sempre associados ao conhecimento,²¹ mesmo entre pessoas com maior nível de instrução.

Entre os entrevistados que informaram terem contraído doenças sexualmente transmissíveis foi 4,5 maior a chance de ocorrência de gravidez ($p=0,0193$).

A maioria das gestações (66,7%) resultou em nascidos vivos, 22,2% dos casos de gravidez foram interrompidos por abortos provocados e 11,1% por abortos espontâneos.

Tabela 1 – Caracterização dos aspectos do início da vida sexual de universitários. Fortaleza, 2005.

Variável	Sexo		Sexo		Valor de p
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
	N	%	N	%	
Iniciou vida sexual					
Sim	92	89,3	119	59,5	0,000
Não	11	10,7	81	40,5	
Total	103	100,0	200	100,0	
OR: 5,6929; IC 95% (2,8666- 11,3056)					
Idade de início da vida sexual					
12 – 14	20	21,7	03	2,5	0,000
15 – 17	54	58,7	38	31,9	
18 – 20	16	17,4	62	52,1	
21 – 23	01	1,1	14	11,8	
Mais de 24	01	1,1	02	1,7	
Total	92	100,0	119	100,0	
Com quem iniciou vida sexual					
Namorado	39	42,4	107	89,9	0,000
Cônjuge	4	4,3	8	6,7	
Parceiro casual	48	52,2	2	1,7	
Não respondeu	1	1,1	2	1,7	
Total	91	100,0	119	100,0	
OR:3,32 ; IC 95% (1,72-6,40)					
Parceiro fixo					
Sim	58	63,0%	102	85,7%	0,0002
Não	34	37,0%	17	14,3%	
Total	92	100	119	100	
OR: 0,30; IC 95% (0,1562-0,5801)					
Número de parceiros nos últimos três meses					
1-3	82	89,1%	113	95,0%	0,0036
4-6	5	5,4%	1	0,8%	
Mais de 6	3	3,3%	0	0%	
Nenhum	1	1,1%	2	1,7%	
Não respondeu	1	1,1%	3	2,5%	
Total	92	100%	119	100%	
OR: 0,09 IC 95% (0,0111-0,7394)					

Tabela 2- Uso de preservativo pelos universitários da FFOE , por sexo, idade e tipo de relacionamento com o parceiro. Fortaleza, 2005

Variável	Uso de preservativo				Valor de p
	Uso consistente		Uso não consistente		
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	43	52,4	49	38,0	0,03
Feminino	39	47,6	80	62,0	
Total	82	100	119	100	
OR: 1,80; IC 95% (1,02-3,15)					
Idade atual					
17-19 anos	23	28,0	16	12,4	0,0011
20-22 anos	46	56,1	73	56,6	
23 -25 anos	13	15,9	31	24	
26-29 anos	0	0,0	9	7,0	
Total	82	100	129	100	
Tipo de parceria					
Parceiro fixo	54	65,9	106	82,2	0,006
Sem parceiro fixo	28	34,1	23	17,8	
Total	82	100	129	100	
OR: 0,4185 ;IC 95%(0,2203-0,7949)					
Tipo de relacionamento					
Relacionamento estável	3	96,3	18	86	0,01
Relacionamento não estável	79	3,7	111	14	
Total	82	100	129	100	
OR: 4,27 IC 95%(1,21-14,99)					

Tabela 3 – Caracterização do uso de método contraceptivo por parceria sexual da FFOE. Fortaleza, 2005.

	Parceiro sexual fixo			
	Sim		Não	
	N	%	N	%
Usa método contraceptivo				
Sim	153	95,6	46	90,1
Não	7	4,4	5	9,9
Total	160	100	51	100
Qual o método contraceptivo utilizado*				
Camisinha	105	49,7	43	20,3
Anticoncepcionais hormonais	81	38,3	11	5,2
Coito interrompido	14	6,6	3	1,4
Tabelinha	12	5,6	0	0
Camisinha feminina	1	0,4	0	0
Outros métodos	2	0,8	0	0

*Cada método contraceptivo poderia ser citado mais de uma vez por cada entrevistado.

Tabela 4 – Classificação por frequência de ocorrência de DST da FFOE. Fortaleza, 2005.

	Total de estudantes	
	N	%
Contraíu DST		
Não	174	82,5%
Não respondeu	1	0,5%
Não sei	20	9,5%
Sim	16	7,6%
Total	211	100,0%
Contraíu qual DST		
Candidíase	9	52,9%
Gonorréia	1	5,9%
Herpes Genital	1	5,9%
Outros	6	35,3%
Total	17	100,0%

Tabela 5 – Caracterização da ocorrência das gestações dos universitários da FFOE por sexo, estado civil, uso de método contraceptivo, aquisição de DST e resultado da gravidez. Fortaleza, 2005.

	Ocorrência de gravidez		
	N	%	Valor de p
Sexo			
Masculino	5	31,2%	0,3000
Feminino	11	68,8%	
Total	16	100,00%	
Estado civil			
Casado	3	18,75%	0,0011
Solteiro	8	50,00%	
Divorciado	2	12,50%	
União consensual	3	18,75%	
Total	16	100,00%	
	OR: 7,2; IC 95% (2,30-22,53)		
Usa método contraceptivo			
Camisinha	4	25,0%	0,4248
Anticoncepcional hormonal	13	81,25%	
Coito interrompido	4	25,0%	
Tabelinha	1	6,25%	
Camisinha feminina	0	0,0%	
Outros	1	6,25%	
Contraíu DST			
Candidíase	3	18,75%	0,0193
Herpes genital	1	6,25%	
Total	4	100,0%	
	OR: 4,5; IC 95% (1,25 – 16,09)		
Desfecho da gravidez			
Aborto provocado	4	22,2%	
Aborto espontâneo	2	11,1%	
Nascido vivo	12	66,7%	
Nascido morto	0	0,0%	
Total	18	100,0%	

DISCUSSÃO

O presente estudo assume o caráter investigativo quanto às práticas adotadas por jovens universitários para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não desejada. Sendo assim realizado por meio de um delineamento transversal de uma comunidade acadêmica.

Tratando-se da idade da iniciação sexual, a amostra de acadêmicos seguiu o padrão observado em estudos brasileiros da área, sendo que, de acordo com as frequências obtidas no presente estudo, os homens apresentaram maior precocidade na primeira relação sexual do que as mulheres. Essas iniciaram predominantemente no intervalo etário de 18 a 20 anos e aqueles no de 15 a 17 anos.

Muitos adolescentes iniciam sua vida sexual próximo ao ingresso na vida universitária. Esses dois eventos representam marcos em direção à autonomia e à independência próprias da vida adulta.⁴ Esses dados concordam com as frequências encontradas nesta pesquisa, em que quase a metade dos jovens iniciaram sua vida sexual entre 17 e 20 anos, idade média do ingresso na universidade.

Outra característica do sexo masculino é o tipo de parceria escolhida para a primeira relação, a qual é, majoritariamente, casual, enquanto, para o sexo feminino, a preferência é por um parceiro estável e que apresente ligação sentimental. Assim posto, quanto a esses aspectos observa-se que os homens se expõem mais aos riscos de aquisição de DST/Aids e/ou de gravidez indesejada do que as mulheres; tal fato se deve à maior prática dos comportamentos de risco.

Dentre outros riscos que expõem os indivíduos às infecções por DST, vale ressaltar o aumento da probabilidade de infecção proporcional à quantidade de parceiros sexuais; às vias de sexo adotadas, dentre as quais o sexo oral e anal expõem o indivíduo a uma carga virótica e bacteriana potencialmente maior e ao não uso do preservativo nas relações sexuais.⁷

Relacionamento com parceiro fixo foi o tipo mais citado pelos universitários, principalmente pelas mulheres, o que significa um menor risco de aquisição de DST, pois quanto menor o número de parceiros, menor o risco de se contrair uma DST.

O método anticoncepcional mais relatado foi a camisinha, independentemente de os jovens terem ou não parceiro fixo.

Destaca-se a diferença de uso de preservativo entre homens e mulheres, apresentando os homens uso mais consistente.

De acordo com a pesquisa (IBOPE 2003) sobre o uso de preservativo na população brasileira, a categorização em uso consistente, que inclui o uso do preservativo em todas as reações sexuais e uso inconsistente, que congrega o não uso do preservativo ou sua utilização em algumas situações, é mais adequado para a análise do padrão de uso do preservativo e sua consequente efetividade protetora – *use effectiveness*. A mesma pesquisa mostrou maior uso de preservativo de forma consistente entre os homens (18,1% contra 11,7% entre as mulheres) e quanto menor a idade do entrevistado maior a probabilidade do uso do preservativo, tendo predominância de uso consistente na faixa de 14 a 25 anos.⁸

Entre as pessoas que têm maior grau de escolaridade, o uso do preservativo mostra-se mais freqüente, porém esse não é o único fator que influencia a adoção da prática sexual com o preservativo. Sabe-se ainda que a idade, tipo de vínculo com o par-

ceiro e o nível de informação quanto aos métodos preventivos e à DST/Aids, são outros fatores que interferem nessa prática.⁸ Os jovens atualmente possuem alto nível de conhecimento em relação a métodos anticoncepcionais, entretanto, ainda ocorrem relações sexuais isentas do uso do preservativo.⁴ Acredita-se, assim, que o não uso do preservativo está fortemente relacionado com a esporadicidade e a falta de planejamento das relações sexuais, dentre outros fatores.

O namoro pode ser a principal maneira de os universitários manterem uma relação afetivo-sexual, favorecendo, juntamente com a esporadicidade e o não planejamento do ato sexual, o fato de a maioria das gestações terem ocorrido fora de uniões reconhecidamente estáveis. O namoro é o principal cenário das relações sexuais e é uma variável importante para a compreensão do comportamento sexual e reprodutivo.⁴

O preservativo, tanto masculino quanto feminino, é o método mais eficaz para a proteção contra a transmissão de DST/Aids, além de oferecer proteção adicional como contraceptivo, se constituindo o único método que oferece essa dupla efetividade.⁹

Destaca-se a camisinha feminina como método contraceptivo menos utilizado, apenas uma mulher declarou usá-la, tal fato assemelha-se com os dados obtidos por uma pesquisa realizada a nível nacional que verificou que 76% das pessoas sexualmente ativas conheciam o preservativo feminino, entretanto, apenas 3,3% já haviam feito uso da mesma em suas relações sexuais, o que corresponderia a 2,5% de toda população sexualmente ativa com idade igual ou superior a 14 anos.¹⁰

Destaca-se também a substituição do preservativo pelos métodos contraceptivos hormonais no contexto dos relacionamentos com parceiros considerados fixos, o que os torna mais vulneráveis à aquisição das DST.

A Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (2004), também mostra a relação inversa entre o uso de preservativos e a parceria fixa, sendo que entre os jovens de 15 a 24 anos, o uso de preservativo com parceiro fixo foi de 31,5% contra 60% de uso com parceiro eventual.¹¹

Um ponto a se destacar é que aqueles que vivenciam uma relação não estável, ou seja, que não moram juntos, estão mais expostos à infecção por DST/Aids do que os casados ou unidos, já que os solteiros possuem uma maior probabilidade de experienciar relações sexuais com outros ou múltiplos parceiros.⁸

Dado o constrangimento gerado quando se aborda o tema “aquisição das DST” e também o desconhecimento sobre sua ocorrência, obteve-se um reduzido número de pessoas que afirmaram ter tido uma DST, o que impossibilitou melhores interpretações. Ainda assim, mais da metade das DST citadas (52,9%) foram casos de candidíase, que nem sempre tem a relação sexual como a principal forma de transmissão visto que esses organismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas.⁹

Verificou-se ainda entre os universitários entrevistados a ocorrência significativa de gravidez e de aborto. Na Pesquisa de Saúde Materno Infantil do Ceará-PESMIC IV foi observada uma taxa de 19 abortos por 1000 mulheres de 10-49 anos sexualmente ativas, sendo que um em cada três desses foi provocado.¹² Dessa forma, observamos uma ocorrência representativa de aborto, 4 abortos provocados entre as 119 mulheres sexualmente ativas,

dado principalmente o menor intervalo de idade desta população. Estima-se que devido ao caráter clandestino do aborto, sua ocorrência seja bem maior.

Os dados mostram que embora os universitários apresentem práticas voltadas para a prevenção de DST/Aids e gravidez não planejada, essas cedem lugar a práticas menos seguras, em algumas situações, principalmente quando as relações sexuais ocorrem no contexto de parceria estável. O gênero e a idade dos entrevistados também são determinantes na exposição ao tipo de risco.

CONCLUSÃO

Esse estudo revelou que mesmo lidando com pessoas de um maior grau de instrução, ainda se faz necessária a implantação de políticas educacionais no âmbito da sexualidade, visando à orientação de jovens quanto às práticas sexuais, a fim de reduzir a incidência de DST/Aids e gravidez não planejada nessa população; tornar os jovens mais responsáveis e mais atentos quanto aos cuidados com a sua saúde sexual bem como a de seus parceiros e, imprescindivelmente, torná-los multiplicadores da saúde, com a difusão de informações confiáveis para, assim, diminuir a exposição dos jovens a riscos que prejudiquem a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS). Coletânea sobre Saúde Reprodutiva do Adolescente Brasileiro. Brasília: OPAS; 1988.
2. Brasil. Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde do Adolescente e do Jovem: Gravidez na adolescência. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/adolescente/dadosadolec.htm> – acessado em 15/06/2006.
3. Aquino E M L, Heilborn M L, Knauth D, Bozon M, Almeida M C, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 [supl 2]: S377-S88.
4. Pirotta K C M, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. *Rev Saúde Publica* 2004; 38(4): 495-502.
5. Brasil. Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde do Adolescente e do Jovem: DST-Aids na adolescência. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/adolescente/dadosadolec.htm> – acessado em 15/06/2006.
6. Wood G L, Habeer. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
7. Brunner L S, Suddarth, D S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
8. Paiva V, Venturi G, França Junior I, Lopes F. Uso de preservativos – Pesquisa Nacional MS /Ibope 2003. [on line]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> – acessado em 27/11/2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde [página na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 2006 junho 2]. Programa Nacional de DST/aids: Conhecimento do preservativo feminino. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Secretaria de Saúde (CE). Fundação Instituto Cearense de Saúde Reprodutiva- FICSARE: Quarta Pesquisa De Saúde Materno-Infantil no Ceará-PESMIC IV. Fortaleza: SESA-CE; 2001.

Endereço para correspondência:

JOSÉ STÊNIO PINTO FALCÃO JUNIOR

Rua André Chaves, 568, Montese, Fortaleza, CE.

CEP: 60416-150.

E-mail: stenio_falcao@yahoo.com.br

Recebido em: 17/07/2006

Aprovado em: 29/09/2006

Assine DST

DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Assinatura Anual - 4 Números

Individual R\$ 60,00 - Institucional R\$ 80,00

Assine DST

**DST - JORNAL BRASILEIRO DE
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

ISSN: 0103-4065

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____

Tel.: () _____ Fax: () _____ E-mail: _____

• Envie cheque nominal e cruzado para Sociedade Brasileira de DST - Av. Roberto Silveira, 123, Icaraí - Niterói - RJ - CEP 24230-150.
E-mail: mipmaur@vm.uff.br www.uff.br/dst

