

VOLUME 9
NÚMERO 2

JB

DST

MAR/ABR
1997

Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis



Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis
Órgão Oficial do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis
MIP/CMB/CCM/Universidade Federal Fluminense

EXPEDIENTE



Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

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

Av. Roberto Silveira, 123 – Niterói-RJ
CEP 24230-150
Tels.: (021) 710-1549 e 711-4766

DIRETORIA

Presidente:

Mauro Romero Leal Passos

1º Vice-Presidente:

Tomaz Barbosa Isolan

2º Vice-Presidente:

Renato de Souza Bravo

1º Secretário:

Tegnus Vinícius Depes de Gouvea

2º Secretário:

João Luiz Schiavini

1º Tesoureiro:

Rubem de Avelar Goulart Filho

2º Tesoureiro:

José Trindade Filho

Diretor Científico:

Gutemberg Leão de Almeida Filho

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho (RJ)

Geraldo Duarte (SP)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Humberto Jonas Abrão (MG)

Nero Araújo Barreto (RJ)

Paulo da Costa Lopes (RJ)

Roberto de Souza Sales (RJ)

Rubem de Avelar Goulart Filho (RJ)

Comissão Editorial:

Anna Ricordi Bazin (RJ)

Antonio Carlos Pereira Júnior (RJ)

Cícero Carlos de Freitas (RJ)

Délcio Nacif Sarruf (RJ)

Eva Mila Miranda Sá (RJ)

Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Gilberto Ottoni de Brito (RJ)

Ivo Castelo Branco Coelho (CE)
Izabel Cristina F. Paixão (RJ)
José Antônio Simões (SP)
José Augusto Pantaleão (RJ)
José Trindade Filho (RJ)
Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)
Marcelo Faulhaber (RJ)
Márcia Ramos e Silva (RJ)
Neide Kalil (RJ)
Ney Francisco Pinto Costa (RJ)
Paulo César Giraldo (SP)
Pedro Chequer (DF)
Raimundo Diogo Machado (RJ)
René Garrido Neves (RJ)
Sílvia Maria Baeta Cavalcanti (RJ)
Solange Artimos de Oliveira (RJ)
Tomaz Barbosa Isolan (RS)
Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)
Vilma Duarte Câmara (RJ)
Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional:

Ahmed Latif (Zimbabwe)
Evelio Perea (Espanha)
Hunter Handsfield (EUA)
Juan Carlos Flichman (Argentina)
Ken Borchart (EUA)
Luiz Olmos (Espanha)
Peter Piot (UNAIDS – Suíça)
Philippe Jutras (Canadá)
Steven Witkin (EUA)

ÓRGÃO OFICIAL DO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

MIP / CMB / CCM

Universidade Federal Fluminense

Rua Hernani Mello, 101 - Anexo

CEP 24210-130 - Niterói - RJ

Tel.: (021) 719-4433 (Fax) 719-2588

Tel.: (021) 620-8080 - Ramal 298

E. mail: MIPMAUR@VM.UFF.BR

<http://www.uff.br/dst/>

Reitor da UFF:

Luiz Pedro Antunes

Vice-Reitor da UFF:

Fabiano de Carvalho

Pró-Reitor de Pesquisas e

Pós-Graduação:

Edmundo Antonio Soares

Pró-Reitor de Planejamento:

Walter Pinho da Silva Filho

Pró-Reitor de Assuntos Acadêmicos:

Maria Helena da Silva Paz Faria

Pró-Reitor de Extensão:

Aidyl de Carvalho P. Reis

Diretor do CCM:

Roberto de Souza Salles

Diretor do Instituto Biomédico:
Alexandre Sampaio De Martino

Chefe do MIP:

Adão Onofre dos Santos

Chefe do Setor de DST:

Mauro Romero Leal Passos

Secretária do JBDST:

Dayse Dacache Felício

Diretor do HUAP:

Carlos Roberto da Cunha Lage

Diretor da Faculdade de Medicina:

José Carlos Carraro

Prefeito do Campus Universitário:

James Hall

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI

Prefeito Municipal de Niterói:

Jorge Roberto da Silveira

Secretário Municipal de Saúde:

Gilson Cantarino O'Dwyer

**Superintendente
de Atenção Ambulatorial e Coletiva:**
Maria Célia Vasconcellos

Chefe da Coordenação

de Vigilância em Saúde:

Rozidaili dos Santos Santana

Assessora Técnica DST/AIDS:

Ana Eppinghaus

Direcionamento e Distribuição:
O **Jornal Brasileiro de DST** é direcionado aos sócios da SBDST, Urologistas, Ginecologistas, Assinantes, Bibliotecas, Centros de Estudo, Centros de Referência, Bancos de Sangue e Entidades afins. Entidades que mantêm convênio.

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

**Pede-se permuta
Exchange requested
On prie l'échange
Se solicita el canje
Man bitet um Austausch
Si prega lo scambio**

SUMÁRIO



Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

EDITORIAL

- A MULHER COMO ALVO DA AIDS** 3
Carlos Alberto Morais de Sá

ARTIGOS

- AVALIAÇÃO CITOPATOLÓGICA DA CAVIDADE BUCAL EM PACIENTES PORTADORES DE INFECÇÃO GENITAL PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)** 4
Miriam Beatriz Jordão Moreira Sarruf, Eliane Pedra Dias
- IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SEXUALIDADE, DST, AIDS E DROGAS COM DIRETORES DE ESCOLAS DE 1º E 2º GRAUS** 19
CONTRIBUIÇÃO DE UMA PESQUISA-AÇÃO NESSA ÁREA
Sônia Maria Villela-Bueno

TRABALHANDO COM A COMUNIDADE

- PREVENÇÃO DA AIDS** 36
UMA EXPERIÊNCIA EM LINGUAGEM TEATRAL
Miguel Abud Marcelino, Marco Otílio Duarte Rodrigues, Elisa Vasconcellos Appolinário, Ivan Leonardo A. França e Silva, Sandra Mara Evangelisti Farab, Mônica Resende Padilha, Mônica do Carmo Assumpção, Jean Carlo de Morais Camilo

CARTAS AO EDITOR

- ANTIBIÓTICOS** 46
MEDIDAS PREVENTIVAS DA RESISTÊNCIA DA *NEISSERIA GONORRHOEAE* ÀS FLUOROQUINOLONAS
Cícero Carlos de Freitas, Alexandre Gil de Freitas



EDITORIAL

A MULHER COMO ALVO DA AIDS

No Brasil, a principal forma de transmissão da infecção HIV/AIDS é por via sexual. A partir de 1985, houve uma tendência crescente de aumento na proporção de infectados por transmissão heterossexual - principalmente mulheres casadas com comportamento monogâmico, cuja infecção pelo HIV era detectada em seus filhos e confirmada no casal.

Enquanto por todo o mundo foi observado que o número de mulheres contaminadas por contato heterossexual ultrapassava o de homens, no Brasil, ocorreu o contrário - o número total de homens infectados por via heterossexual era superior ao de mulheres. Afinal, o que estará acontecendo? A capacidade de transmissão invertida no Brasil ou característica cultural no comportamento sexual do homem brasileiro?

A análise da maioria dos estudos sobre a capacidade de transmissão heterossexual da AIDS assinala que o HIV é mais facilmente transmitido por via sexual do homem para a mulher do que da mulher para o homem. Estudos brasileiros realizados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (Rio de Janeiro) e em São Paulo confirmam também que no Brasil o HIV é mais facilmente transmitido por via sexual do homem para a mulher. Portanto, um número total de homens superior ao de mulheres registrado nas estatísticas oficiais como contaminados heterossexualmente certamente reflete, em vez da capacidade de transmissão invertida, um com-

portamento do machismo latino, que oculta ou nega práticas sexuais entre homens.

A dificuldade do homem em lidar com sua própria sexualidade data de épocas remotas. Na cultura clássica, encontramos exaltadas as façanhas homossexuais de heróis heterossexuais, como Zeus, Hércules e Júlio César. Ícones da heterossexualidade masculina, como Don Juan e Casanova, também tiveram aventuras homossexuais.

É curiosa a tradicional tendência do homem de estabelecer padrões de normalidade pela predominância na maioria de sua população da supremacia do hemisfério cerebral esquerdo que fez a sociedade considerar como direito o padrão de normalidade para os seres humanos. Conseqüentemente, direito passa a significar além de normal, legal, justo, virtuoso, íntegro, etc. E o minoritário esquerdo? Torto, torcido, desajeitado, sinistro, etc.

Povos de cultura judaico-cristã, como o brasileiro, assumem heterossexualismo como única forma de orientação sexual normal e deslocam para a clandestinidade ou ocultação as outras formas de orientações. Dessa forma, a mulher brasileira passa a ser um alvo fácil e preferencial do HIV. Casase, assume a monogamia como busca da felicidade e proteção para sua família, imagina estar segura e é atingida pela infecção do HIV.

Freqüentemente, esse comportamento feminino de dependência afetiva, passividade emocional e

sexual, submissão e baixa autoestima dificulta ou impede a discussão pelo casal de alguns temas, como sexo seguro e sexualidade mútua, além de colocar a mulher em situação de risco. Como não é percebido que o casamento ou a estabilidade de um relacionamento amoroso monogâmico não confere proteção contra a infecção HIV/AIDS, é dispensada a prática de sexo seguro e, assim, as mulheres passam a ser presas fáceis da epidemia.

Portanto, a bissexualidade não assumida, um grande tabu da sexualidade do homem brasileiro, é a principal responsável pela crescente disseminação do HIV para as mulheres e seus filhos. É urgente e imprescindível à busca e o encontro de mecanismos educativos de intervenção que permitam estancar ou reduzir a expansão da epidemia HIV/AIDS para esse importante segmento da população, que, atualmente, se encontra indefeso. Geralmente, as mudanças de padrões culturais através de campanhas educativas levam muitos anos para acontecer, porém é necessário que o seu início seja o mais rápido possível, porque apenas com as modificações de comportamento humano será possível proteger as crianças e mulheres da ameaça da AIDS no Brasil.

CARLOS ALBERTO MORAIS DE SÁ
Professor Titular de Clínica Médica da
Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO) e
Responsável pelo Programa de Pesquisa
em AIDS do Hospital Universitário Gaffrée e
Guinle da UNIRIO.

AVALIAÇÃO CITOPATOLÓGICA DA CAVIDADE BUCAL EM PACIENTES PORTADORES DE INFECÇÃO GENITAL PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

MIRIAM BEATRIZ JORDÃO MOREIRA SARRUF¹, ELIANE PEDRA DIAS²

O papilomavírus humano (HPV) pertence à família *Papovaviridae*, que é constituída por dois gêneros de vírus DNA - os papilomavírus pertencem ao gênero A, enquanto os poliomavírus e o SV-40 (*simian vacuolating virus*)¹, ao gênero B.

INTRODUÇÃO

Esses dois gêneros diferem entre si não apenas em sua biologia molecular, mas também nos seguintes aspectos.

Os papilomavírus não se multiplicam em culturas, são espécie-específicos e, em sua maioria, são epiteliotrópicos, ou seja, infectam o epitélio da pele e das mucosas e causam a proliferação do mesmo, representando o papel de agente etiológico das verrugas. A exceção a este epiteliotropismo é restrita a poucos tipos de papilomavírus, que são capazes de infectar fibroblastos e afetar a derme. Dentre estes, os exemplos mais conhecidos são os papilomavírus bovinos (BPV) tipos 1 e 2². Estudos recentes sugerem que esse epiteliotropismo seja controlado por genes virais³.

Os poliomavírus são cultiváveis, não infectam o homem e são capazes de modificar *in vitro* determinadas linhagens de células e, portanto, representam um modelo laboratorial de oncogênese viral de extrema importância¹.

O HPV é um vírus de replicação intranuclear e, como ele não é capaz de se multiplicar em cultura, isso dificulta bastante o seu estudo. A sua multiplicação, *in vivo*, ocorre em ceratinócitos diferenciados⁴. Até o momento, não foi conseguido nenhum sistema *in vitro* para cultivar o papilomavírus². Em 1986, Kreider *et al.*⁵ tentaram obter partículas de HPV11 por meio da implantação de fragmentos de epitélio humano em cápsulas de rins de camundongos sem o timo. Esse processo não obteve sucesso devido a dificuldade, rendimento baixo e demorado. Em 1994, Amella *et al.*⁶ desenvolveram um modelo para estudo de infecção latente induzida por papilomavírus de coelho *cotton tail* (CRPV), por meio de sua inoculação na pele de coelhos domésticos, e detectaram a presença do vírus, tanto em lesões desenvolvidas em locais inoculados como nos tecidos adjacentes, com o uso da reação da polimerase em cadeia (*polymerase chain reaction*) (PCR).

Os papilomavírus são pequenos, têm cerca de 50nm de diâmetro e possuem um genoma composto por oito mil pares de base com peso molecular de $5,2 \times 10^6$ daltons. O capsídeo viral possui 72 capsômeros de estruturas icosaédricas³.

Todos os papilomavírus têm organização semelhante à de seus genomas, que possuem uma área codificante separada por um segmento que representa a área não codificante. Portanto, a região codificante fica, então, dividida em duas porções denominadas região precoce (*E-early*) e região tardia (*L-late*), onde são distribuídos dez segmentos de leitura (ORFs - *open reading frames*)³.

Oito dos ORFs estão localizados na região precoce, que representa 45% do genoma virótico e contém os genes E1 e E2, responsáveis pela replicação do vírus e

1 - Professora-assistente do Departamento de Odontoclínica da Universidade Federal Fluminense (UFF);

Mestre em Patologia Buco-dental (Diagnóstico Bucal)

2 - Professora-doutora em Anatomia Patológica do Departamento de Patologia da UFF

Até o momento,
não foi conseguido
nenhum sistema in vitro
para cultivar o
papilomavírus.

transformação celular. Dois ORFs estão localizados na região tardia, que representa 40% do genoma do vírus e contém os genes L1 e L2, responsáveis pela codificação das proteínas estruturais do capsídeo virótico. A região não codificante representa 15% do genoma virótico e fica entre os segmentos de leitura das regiões codificantes precoce e tardia, sendo denominada URR (*upstream regulatory region*), área envolvida no controle da expressão dos genes viróticos¹.

Os HPVs constituem um grupo de vírus bem heterogêneo, portanto, devem ser seguidos critérios clínicos e moleculares para que eles sejam agrupados⁷. Nos últimos anos, houve progresso considerável na identificação de tipos e subtipos de HPV⁸. Até o momento, já foram identificados cerca de 70 tipos de HPVs². Até há pouco tempo, um tipo de vírus era considerado novo se a homologia com o DNA de um tipo previamente conhecido fosse inferior a 50%. Dois tipos que apresentassem mais de 50%, porém menos de 100% de homologia entre os seus DNAs, eram registrados como subtipos e designados por letras⁹. Essa classificação sofreu alterações e, atualmente, identifica-se um novo tipo de vírus comparando-se os segmentos de leitura (ORFs) E6, E7, e L1 com os mesmos segmentos de todos os vírus previamente conhecidos. Se a homologia entre essas estruturas for inferior a 90%, todo o genoma representará um novo tipo de vírus; se for superior a 90%, então, teremos um subtipo¹⁰. Com relação às propriedades biológicas, podemos dividir os HPVs em três grupos clinicopatológicos: (1) no primeiro grupo, estariam os vírus cutâneo-trópicos que afetam indivíduos imunologicamente normais; (2) no segundo, os vírus cutâneo-trópicos que afetam os indivíduos imunodeprimidos e; (3) no terceiro grupo, os vírus mucosotrópicos^{1,3}.

Quando a pele e as mucosas estão infectadas pelo papilomavírus, elas podem desenvolver lesões de aspecto clínico e morfológico característicos. Há alguns anos, acreditava-se que essas lesões fossem causadas por um único tipo de vírus e que as características especiais de cada uma estivessem associadas a fatores de natureza genética, imunitária ou local¹.

Devido ao avanço das pesquisas direcionadas à investigação da infecção por HPV e ao desenvolvimento e aprimoramento de técnicas cada vez mais sofisticadas e sensíveis, como a hibridização molecular, que é usada para reconhecer seqüências do genoma virótico, e o PCR, utilizado para amplificar o genoma do vírus, vêm sendo obtidos excelentes resultados, não apenas no sentido de identificar os tipos de HPV existentes, como também de associá-los especificamente a cada tipo de lesão⁸. Nesse campo, ainda é possível destacar as técnicas imuno-histoquímicas, que identificam a presença do antígeno do vírus, e aquelas de microscopia eletrônica como dois métodos amplamente utilizados.

Atualmente, o crescente interesse na pesquisa do HPV está mais direcionado para o reconhecimento de

seu papel carcinogênico, porque os estudos recentes mostram nitidamente

a associação desse vírus a lesões pré-cancerosas, carcinomas e outros tipos de neoplasias¹¹.

Dentre os 70 tipos de HPV até agora detectados², os vírus dos tipos 1, 2, 4, 6, 11, 13, 16, 18, 30, 31, 32 e 57 foram encontrados na cavidade oral^{11,12}. É importante ressaltar que os tipos de HPV identificados na cavidade oral são os mesmos que afetam as demais mucosas e a pele¹¹. Estudos apontavam os HPVs 13 e 32 como exclusivos da mucosa oral¹¹. Entretanto, em 1991, Rolighed *et al.*¹³ demonstraram, por meio da hibridização *in situ*, a presença do HPV 13 em papulose bowenóide perianal de paciente HIV positivo. Considerando a afirmação acima de que os tipos de HPV são comuns a todas as áreas de infecção do vírus, existem boas razões para supor que o comportamento do vírus seja o mesmo, tanto na mucosa bucal e nos demais locais de infecção⁴.

Embora, nos últimos anos, a curiosidade sobre o comportamento do HPV esteja aumentando consideravelmente, na literatura, o que se tem sobre infecção virótica na boca ainda é muito pouco, comparado, por exemplo, com os estudos publicados ultimamente sobre HPV na área genital. Com relação às infecções subclínicas e latentes na mucosa oral, praticamente nada tem sido esclarecido¹⁴. Ainda assim, as pesquisas realizadas pelos estudiosos do vírus na cavidade oral mostram claramente que as lesões associadas ao HPV são mais comuns do que se imagina¹⁵.

Na boca, do ponto de vista clínico e histopatológico, algumas das lesões supostamente envolvidas com o HPV são bastante semelhantes. Nas lesões, como papiloma de células escamosas, verruga vulgar e condiloma acuminado na cavidade oral, algumas vezes, as semelhanças morfológicas dificultam o diagnóstico preciso de cada uma delas¹⁶.

De acordo com os estudos de vários autores, entre as alterações bucais possivelmente associadas ao HPV, é possível destacar as seguintes: papiloma, condiloma acuminado, verruga vulgar, hiperplasia epitelial focal, papilomatose florida, leucoplasia, carcinoma de células escamosas e carcinoma verrucoso^{15,16}.

PAPILOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

Para alguns autores, é uma neoplasia benigna da cavidade oral; para outros, uma reação tecidual a um trauma local¹⁷. Clinicamente, se apresenta como lesão exofítica, de superfície rugosa, coloração rosada ou esbranquiçada e pode ser pediculada ou sésil¹⁷. Histopatologicamente, mostra um epitélio escamoso hiperqueratótico e acantótico, com projeções finas, digitiformes, suportado por um eixo de tecido conjuntivo^{15,17}.

Quanto ao envolvimento da lesão com o HPV, desde 1967, têm sido realizados inúmeros estudos, quando

Atualmente, o crescente interesse na pesquisa do HPV está mais direcionado para o reconhecimento de seu papel carcinogênico.

Firthiof & Wersall por meio da microscopia eletrônica, demonstraram partículas viróticas semelhantes ao HPV em papilomas bucais¹⁶. A partir de então, outros autores, utilizando técnicas diversas para identificação do vírus, obtiveram resultados que variaram desde a negatividade até a positividade em 100% dos casos. As técnicas e os resultados obtidos nessas pesquisas podem ser observados na Tabela 1.

da microscopia eletrônica¹⁵. Em 1982, por meios histoquímicos, Jenson *et al.* detectaram a presença de antígenos de HPV nessas lesões¹⁵. Em 1983, Sjørjanen *et al.* demonstraram a presença de antígenos viróticos em lesões escamosas, inclusive em condilomas. Nesse trabalho, o autor sugere a adoção do nome condiloma para todas as lesões de etiologia virótica comprovada, tanto por meios histoquímicos ou ultra-estruturais²⁰.

Em 1984, Sjørjanen *et al.* realizaram outro estudo para detectar a expressão de antígenos viróticos em condilomas orais. O resultado desse trabalho indica a presença do antígeno de HPV em 15 papilomas entre os 20 analisados¹⁵.

Em 1985, Mincer *et al.*²³ analisaram três condilomas, mas não obtiveram sucesso quanto à detecção de antígenos do HPV nessas lesões. Em 1987, Eversole *et al.*³⁴, ao analisarem 62 condilomas orais, detectaram a expressão de antígenos de HPV em 25% dos casos e demonstraram a presença de HPV6 e HPV11 em 85% dos casos, por meio de hibridização molecular.

Em 1991, Zeuss *et al.*²⁹ submetem 15 condilomas orais à hibridização e conseguiram resultado positivo para HPV 6/11 em 100% das lesões. Em 1992, Panici *et al.*³⁵ realizaram uma pesquisa com 101 pacientes, dentre os quais 49 apresentavam lesões orais com diagnóstico histopatológico compatível com condiloma acuminado. Nos últimos 20 pacientes examinados e que apresentavam aspectos histopatológicos sugestivos de infecção por HPV, foram realizados esfregaços bucais para hibridização *in situ*; em nove deles (45%), o resultado foi positivo.

Tabela 1

Resultados de vários autores quanto à identificação do HPV em papilomas

Ano	Autor	Técnica	Nº P/Nº C	P, %
1979	Wisocki ¹⁸	ME	0/10	-
1982	Jenson ¹⁹	IHQ	3/5	60
1983	Sjørjanen ²⁰	IHQ	5/9	59
1984	Loning ²¹	IHQ	5/6	83
1984	Loning ²²	IHQ	5/5	100
1984	Loning ²²	HM	4/5	80
1985	Mincer ²³	IHQ	0/29	-
1986	Welch ²⁴	IHQ	2/50	4
1986	Milde ²⁵	ISH	4/4	100
1987	Padayachee ²⁶	IHQ	57/140	41
1987	Sjørjanen ⁴	IHQ	45/92	49
1988	Eversole ²⁷	IHQ	1/20	5
1988	Eversole ²⁷	HM	7/20	35
1988	Corbitt ²⁸	IHQ	13/14	92
1991	Zeuss ²⁹	HM	4/30	13
1991	Young ³⁰	HM	13/21	62

Nº = número; P = positivos; C = casos; ME = microscopia eletrônica; IHQ = imuno-histoquímica; ISH = hibridização *in situ*; HM = hibridização molecular.

CONDILOMA ACUMINADO

É uma doença sexualmente transmissível (DST), que afeta a pele e as mucosas do trato anogenital. Devido ao aumento das práticas de sexo oral, o condiloma da cavidade bucal passou a ser mais comumente descrito pelos autores, que também consideram a auto-inoculação como uma possível via de infecção¹⁵.

Na boca, o condiloma acuminado, clinicamente, se apresenta como pequenos nódulos rosados ou esbranquiçados, que se proliferam em projeções papilares e podem ser pediculados ou sésseis³¹. Geralmente, as lesões são assintomáticas e, algumas vezes, regredem espontaneamente e podem ou não apresentar recidivas³². Histopatologicamente, a lesão é caracterizada por um epitélio acantótico e hiperplásico com presença de paraceratose. As células epiteliais possuem vacúolos citoplasmáticos que rodeiam um núcleo ovoides e hiperromático (coilocitose). Nesse tipo de lesão, esse tipo de célula é um achado característico³³.

Estudos realizados por Gysland *et al.* e por Shaffer, em 1976 e 1980, respectivamente, demonstram a presença de partículas viróticas em condilomas bucais, por meio

VERRUGA VULGAR

É uma lesão que ocorre mais freqüentemente na pele, sendo discutida a sua existência na cavidade oral³⁶. Tanto clínica e histopatologicamente, a lesão é semelhante ao condiloma e ao papiloma³⁶. Surge com maior freqüência em crianças portadoras de verrugas nos dedos¹⁷. Clinicamente, são lesões de consistência firme, superfície rugosa e base sésil¹⁵. Histopatologicamente, são caracterizadas pela apresentação de uma superfície papilomatosa com hiperqueratinização. A camada granular do epitélio, em geral, é mais pronunciada entre as elevações papilomatosas formadas ao redor do tecido conjuntivo¹⁷.

Quanto ao envolvimento da lesão com o HPV, em 1982, Lutzner *et al.*³⁷ identificaram HPV2, 6 e 11 em verrugas orais. Em 1984, Naghasafar *et al.*³⁸ detectaram seqüências de HPV6 em quatro casos de sete verrugas orais.

Em 1986, Adler-Storhz *et al.*³⁹ utilizaram técnicas imuno-histoquímicas e de biologia molecular em 11 verrugas orais. Seis lesões expressaram antígenos virais. Dentre essas seis, cinco hibridizaram com sondas de HPV2 e uma, com sonda de HPV4. Em 1987, Eversole *et al.*⁴⁰ estudaram 20 verrugas vulgares; dez localizadas no lábio e dez, na mucosa oral. Todas as lesões foram

A leucoplasia bucal é bastante variada e pode surgir como uma área branca homogênea e translúcida.

hibridizadas e submetidas a técnicas de detecção de antígeno viral. As dez lesões labiais expressaram antígeno viral e mostraram a presença de seqüências genômicas de HPV2. Raramente, as verrugas da mucosa oral expressaram antígenos do vírus e apenas em 20% dos casos foi encontrado HPV2.

Em 1989, De Villiers *et al.*⁴¹ detectaram o HPV57 em uma verruga oral. Em 1991, Zeusset *et al.*²⁹, em um estudo de 105 lesões orais, hibridizaram cinco verrugas vulgares e obtiveram resultado positivo para 100% dos casos.

HIPERPLASIA EPITELIAL FOCAL

Em 1965, Archard *et al.*⁴² empregaram esse termo para descrever as elevações nodulares e múltiplas observadas na mucosa bucal de índios americanos e brasileiros e de esquimós do Alasca. Clinicamente, a lesão surge como nódulos múltiplos, elevados, moles e arredondados, assintomáticos e de coloração variável entre o rosa pálido à cor normal da mucosa. Quando a mucosa é distendida, a lesão desaparece. À observação histopatológica, a lesão mostra um epitélio acantótico com espessamento da camada espinhosa. Algumas vezes, é observada uma paraceratose moderada¹⁵.

A etiologia virótica da hiperplasia epitelial focal tem sido sugerida em vários estudos. Lutzner³⁸ e Syrjanen²⁰ detectaram antígenos de HPV. O HPV13 foi identificado em estudos que utilizam métodos mais sensíveis de detecção do vírus, como o PCR⁴³. Outros estudos e seus resultados podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2

Resultados de vários autores quanto à identificação do HPV em hiperplasias focais epiteliais

Ano	Autor	Técnica	Nº P/Nº C	P, %
1980	Petzoldt ⁴⁴	HM	1/1	100
1984	Syrjanen ⁴⁵	HM	1/1	100
1986	Rozell ⁴⁶	IHQ	4/4	100
1987	Henke ⁴⁷	HM	9/12	75
1987	Syrjanen ⁴	IHQ	7/8	87
1989	Garlick ⁴⁸	HM	4/5	80
1982	Premoli De Percopo ⁴⁹	HM	4/10	40
1993	Cohen ⁵⁰	HM	0/2	-

Nº = número; P = positivos; C = casos; IHQ = imuno-histoquímica; HM = hibridização molecular.

CERATOACANTOMA

É uma lesão que ocorre principalmente em áreas expostas ao sol. Apresenta-se mais comumente no centro da face. Clinicamente, surge como área elevada, crateriforme¹⁵. Na boca, mais freqüentemente ocorre no vermelhão do lábio. Histopatologicamente, a principal

característica consiste da presença de uma cratera preenchida por ceratina e rodeada por um epitélio pseudocarcinomatoso¹⁵.

A etiologia do ceratoacantoma ainda permanece desconhecida, mas fatores genéticos e viróticos têm sido considerados¹⁷.

Em 1961, Zelickson *et al.*⁵¹ demonstraram, por meio da ultramicroscopia, a presença de partículas viróticas em quatro casos. Em 1982, Jenson *et al.*¹⁹, utilizando técnicas imuno-histoquímicas, analisaram alguns ceratoacantomas na cavidade oral e não detectaram antígenos viróticos em nenhum dos casos. Em 1983, em estudos realizados por Syrjanen *et al.*²⁰ foram obtidos os mesmos resultados. Entretanto, em 1985, Scheurlemet *et al.*⁵⁸ identificaram a presença do HPV37 em lesões desse tipo.

LEUCOPLASIA BUCAL

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo leucoplasia deveria ser usado apenas para estabelecer um diagnóstico clínico⁵³. Embora não esteja associada a um diagnóstico histopatológico específico, ela vem sendo considerada uma lesão pré-maligna ou pré-cancerosa que ocorre mais freqüentemente na cavidade bucal⁵⁴. Entre as terminologias histopatológicas utilizadas para designar essa alteração, temos: (1) ceratose; (2) hiperkeratose; (3) leucoceratose; (4) hiperkeratose simples; (5) hiperkeratose complexa; (6) ceratose focal inespecífica; (7) leucoplasia e; (8) carcinoma intra-epitelial¹⁵. Alguns autores acreditam que a displasia epitelial ou diskeratose são dados imprescindíveis para o diagnóstico da leucoplasia. Quando não existe displasia, esses autores empregam termos como ceratose focal e hiperkeratose para designar a lesão branca¹⁷.

Quanto ao seu aspecto clínico, a leucoplasia bucal é bastante variada e pode surgir como uma área branca homogênea e translúcida ou uma lesão espessa fissurada e verrucosa¹⁵. Histopatologicamente, a lesão apresenta alterações do epitélio e do estroma, que variam de uma simples hiperplasia epitelial com hiperkeratose a diferentes graus de displasia desse epitélio, incluindo carcinoma *in situ* e invasivo¹⁵.

A sua etiologia também é variada e os fatores mais freqüentemente relacionados à lesão são fumo, álcool, irritação local, má higiene oral, sífilis, deficiência vitamínica, distúrbios endócrinos, galvanismo e, em leucoplasias labiais, a radiação actínica¹⁷.

Em 1984, Greenspan, descreveu um novo tipo clínico, denominado leucoplasia pilosa e associado à AIDS. Geralmente, esse tipo de lesão surge na borda da língua como uma mancha ou placa esbranquiçada e apresenta projeções papilares⁵⁵.

Em 1983, começou a ser investigado o possível envolvimento do HPV com lesões pré-cancerosas e câncer bucal, quando Syrjanen *et al.*¹⁵ observaram a presença de alterações citopáticas do HPV (coilocitose) em câncer oral semelhantes àquelas encontradas em lesões pré-malignas e câncer da cérvix uterina. A partir

de então, foram realizados vários estudos para identificação do HPV em leucoplasias. As técnicas e os resultados obtidos podem ser observados na Tabela 3.

Da mesma forma que na região genital, a mucosa oral clinicamente normal também pode abrigar o HPV.

malignas da boca às mesmas que ocorriam no câncer de cérvix uterina.

Na Tabela 4, podem ser observados os outros estudos realizados.

Tabela 3

Resultados de vários autores quanto à identificação do HPV em leucoplasia

Ano	Autor	Técnica	Nº P/Nº C	P, %
1984	Loning ²²	IHQ	4/7	57
1984	Loning ²²	HM	4/5	80
1986	Lind ⁵⁶	IHQ	6/20	30
1986	Syrjanen ²⁷	IHQ/HM	3/4	75
1987	Maitland ³⁴	HM	3/3	100
1987	Greer ⁵⁸	IHQ	16/77	21
1988	Loning ¹⁴	HM	3/47	5
1988	Eversole ⁵⁹	IHQ	3/20	15
1988	Eversole ⁵⁹	HM	1/20	5
1989	Greer ⁵²	HM	3/4	75
1989	Syrjanen ⁶⁰	ISH	2/2	100
1991	Shroyer ⁵⁵	ISH/PCR	4/24	17
1991	Zeuss ²⁹	HM	2/20	1
1991	Young ³⁰	HM	0/3	0
1994	Cox ⁶¹	HM	4/4	100

Nº = número; P = positivos; C = casos; IHQ = imuno-histoquímica; HM = hibridização molecular; ISH = hibridização *in situ*; PCR = reação da polimerase em cadeia.

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

Dentre as neoplasias orais malignas, esta é a que ocorre com maior frequência^{15,17}. Clinicamente, a lesão tem aspecto variado, de acordo com o local de aparecimento, mas, em geral, se apresenta ulcerada. Histopatologicamente, a lesão frequentemente se mostra bem diferenciada com a presença de alguma ceratinização. No carcinoma bem diferenciado, são observados ninhos de células originárias do epitélio pavimentoso. Os núcleos das células neoplásicas são grandes e hiper cromáticos e um dos aspectos característicos das lesões bem diferenciadas é a presença de ceratinização individual das células e a formação de pólulas de epitélio ou ceratina de tamanho variado^{15,17}.

No desenvolvimento do câncer oral, os fatores mais comumente associados são fumo, álcool, sífilis, deficiências nutricionais, sol (principalmente em lesões labiais), traumatismo, má higiene e irritação por bordas pontiagudas de dentes ou dentaduras¹⁷. Além desses, os vírus estão sendo amplamente investigados como suspeitos de desenvolverem o papel de agentes carcinogênicos. Em 1983, Syrjanen *et al.*¹⁵ sugeriram o envolvimento do HPV com o câncer bucal, quando associaram as alterações celulares encontradas em lesões malignas e pré-

Tabela 4

Resultados de vários autores quanto à identificação do HPV em carcinomas de células escamosas

Ano	Autor	Técnica	Nº P/Nº C	P, %
1985	Loning ²²	IHQ	3/6	50
1987	Maitland ⁵⁴	HM	7/15	46
1987	Lookingbill ⁶²	HM	1/1	100
1987	Dekmesiam ⁶³	HM	5/5	100
1987	Loning ¹⁴	HM	8/22	36
1988	Syrjanen ⁶⁴	ISH	6/51	12
1988	Grassenmeier ⁶⁵	ISH	16/58	24
1989	Greer ⁵²	HM	2/2	100
1990	Chang ⁶⁶	HM	1/40	3
1990	Chang ⁶⁶	PCR	11/40	28
1991	Bradford ⁶⁷	HM	2/22	9
1991	Bradford ¹²	PCR	2/5	40
1991	Watts ⁶⁸	HM	29/49	60
1991	Watts ⁶⁸	PCR	27/30	90
1991	Shroyer ⁵⁵	ISH/PCR	1/10	10
1991	Zeuss ²⁹	HM	0/15	0
1991	Young ³⁰	HM	0/17	0
1992	Woods ⁶⁹	HM	14/18	78
1993	Holladay ⁷⁰	HM/PCR	7/39	18
1994	Miller ⁷¹	ISH/PCR	20/30	66
1994	Cox ⁶¹	HM	4/8	50

Nº = número; P = positivos; C = casos; IHQ = imuno-histoquímica; HM = hibridização molecular; ISH = hibridização *in situ*; PCR = reação da polimerase em cadeia.

CARCINOMA VERRUCOSO

Em 1948, a lesão foi descrita por Ackerman⁷², em um relato de 31 casos, e é considerada uma variedade do carcinoma de células escamosas na cavidade oral, diferindo dele porque, em geral, apresenta crescimento exofítico, lento e invasivo apenas superficialmente, com baixo índice de metástase, e pode ser tratado por simples excisão¹⁷. Ocorre mais frequentemente na mucosa jugal. É exofítica, de crescimento papilar, com superfície pedregosa, algumas vezes, recoberta por película leucoplásica. Histopatologicamente, observa-se uma proliferação acentuada do epitélio, com seu crescimento em direção ao tecido conjuntivo. O epitélio é bem diferenciado, com pouca atividade mitótica, pleomorfismo ou hiper cromatismo¹⁷.

Em 1986, Adler-Storthz *et al.*⁷³ observaram a associação da lesão ao HPV, quando foram analisados oito carcinomas verrucosos. Em nenhuma das lesões, foram identificados antígenos virais, porém, em duas delas (25%), as seqüências do DNA de HPV2 estavam presentes.

*A citopatologia bucal
não tem sido utilizada
como procedimento
de investigação
rotineira.*

Em 1990, Greer *et al.*⁷⁴ analisaram alguns casos de carcinoma verrucoso por meio da hibridização molecular e detectaram DNA de HPV em 20% das lesões.

Young *et al.*³⁰, em um estudo com vários tipos de lesão da cavidade oral, não conseguiram obter sinais positivos de hibridização em dez casos de carcinoma verrucoso. Em 1993, Holladay & Gerald⁷⁶ analisaram 39 carcinomas orais por meio da PCR, sendo que dois eram do tipo carcinoma verrucoso e não apresentaram reação positiva. Em 1994, Miller *et al.*⁷⁷, utilizando a PCR associada à hibridização *in situ*, identificaram o HPV16 em um carcinoma verrucoso de gengiva.

Na literatura, existem ainda relatos que abordam a associação do HPV com outros tipos de lesão, como hiperplasias fibrosas, fibroma, líquen plano, papulose bowenóide, fibropapiloma, ameloblastoma e cistos congênitos (Quadro).

Quadro

Lesões em que o HPV já foi identificado

Ano	Autor	Técnica	Lesão
1987	Syrjanen ⁴	IHQ	Hiperplasia fibrosa
1989	Kratochivil ⁷⁵	IHQ	Papulose bowenóide
1989	Broich ⁷⁶	ME	Fibropapiloma
1990	Kashima ⁶⁷	IHQ	Líquén plano
1993	Van Heerden ⁷⁷	ISH	Ameloblastoma
1994	Dias ⁷⁸	ISH	Cisto congênito

Da mesma forma que na região genital, a mucosa oral clinicamente normal também pode abrigar o HPV.

Estudos, que utilizaram a hibridização molecular^{27,54} detectaram o DNA do HPV em mucosa oral normal em 46% e 3,8%, respectivamente. A utilização da PCR com o mesmo objetivo obteve positividade em 67% dos casos nos estudos de Woods *et al.*⁷⁵, enquanto a utilização da imuno-histoquímica, obteve resultado negativo⁷⁹.

Conforme descrito anteriormente, o HPV parece ser um importante agente infeccioso da mucosa oral. A sua efetiva participação na etiopatogenia das diversas lesões já descritas necessita de confirmação e estudos precisos, no sentido da valorização da infecção pelo HPV na boca, inclusive como um possível reservatório e importante via de transmissão.

Na prática médico-odontológica, apesar do desenvolvimento de técnicas de alta sensibilidade, a metodologia utilizada mais frequentemente na investigação diagnóstica do HPV é o exame histopatológico.

A citopatologia bucal não tem sido utilizada como procedimento de investigação rotineira, embora já esteja sendo utilizada por alguns autores, principalmente na investigação de lesões pré- e malignas.

A citopatologia pode ser definida como o estudo das células que se esfoliam livremente da superfície dos tecidos ou que foram colhidas dessas áreas por meio de lavagens, escovas, raspagem ou aspirações por agulha⁸⁰.

A sua importância é devida ao fato de que, por meio do exame microscópico das células das superfícies mucosas, como cavidade oral, esôfago, brônquios, estômago, vagina, cérvix, endométrio e bexiga, é possível chegar ao diagnóstico de várias condições benignas ou malignas presentes nessas áreas⁸⁰.

A citopatologia permite também a observação de anormalidades celulares, que, algumas vezes, não estão bem claras ao exame histopatológico dos tecidos⁸¹. O estudo citopatológico teve importância nas pesquisas de lesões associadas ao HPV e na caracterização da alteração mais característica de seu efeito citopático - a coilocitose⁸².

A primeira referência sobre as alterações celulares, que atualmente são reconhecidas e diagnosticadas como infecção por HPV, foi feita por Ayre⁸³, que, em 1951, denominou estas células de *complexo pré-câncer*. Em 1954, Papanicolaou⁸⁴ publicou ilustrações de células naviculares com características disceratóticas, cujo paciente apresentou biópsia subsequente com diagnóstico de carcinoma *in situ*.

Em estudo posterior, Koss *et al.*⁸¹ mostraram alterações celulares muito semelhantes àquelas descritas por Ayre⁸¹, as quais denominaram como atipia coilocítica e definiram como uma alteração do epitélio não obrigatoriamente associada ao câncer.

Em 1960, Ayre⁸⁵, mediante achados citopatológicos, mostrou células com halos perinucleares originários das camadas superficial e intermediária do epitélio. Pela primeira vez, essas alterações foram associadas à etiologia virótica.

Finalmente, em 1976, Meissels⁸², em um estudo citopatológico de lesões condilomatosas de cérvix e vagina, associou essas alterações celulares à infecção causada por HPV, o que foi confirmado por Laverty⁸⁶, em 1978, por meio de microscopia eletrônica.

Concluindo, a citopatologia poderá não definir com precisão as diferentes lesões bucais, mas certamente identificará a presença de alterações celulares displásicas ou neoplásicas - triando pacientes para estudo histopatológico do câncer bucal. Poderá também identificar células coilocitóticas e, dessa forma, detectar a infecção por HPV.

Uma vez que a boca é de fácil acesso e considerando que a citopatologia pode contribuir para o diagnóstico precoce e preventivo do câncer bucal, o objetivo principal desse trabalho é o estudo clínico e morfológico da cavidade bucal de pacientes portadores de condiloma acuminado ou lesões clínicas sugestivas de infecção por HPV na região genital.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo prospectivo, em que foram examinados 54 pacientes do Setor de Doenças Sexualmente

A cavidade bucal foi inspecionada para identificar alguma alteração clínica sugestiva de infecção por HPV.

Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense (UFF). Treze pacientes eram do sexo feminino e 41, do sexo masculino, de idades entre 15 e 55 anos (Tabela 5), portadores de infecção genital associada ao HPV.

Todos os pacientes foram submetidos a exame clínico e à colheita de material cito- e histopatológico da cavidade bucal. Aqueles que apresentavam lesão bucal foram submetidos à sua exérese e avaliação histopatológica.

GRUPO CONTROLE

O grupo controle foi constituído de 23 pacientes, 17 do sexo feminino e seis, do masculino, de idades entre 13 e 70 anos (Tabela 6), examinados

na Faculdade de Odontologia da UFF. Esses pacientes não relataram quaisquer alterações clínicas na região genital.

Todos foram submetidos a exame clínico e à colheita de material citopatológico da cavidade bucal.

Tabela 5

Distribuição dos casos suspeitos por faixa etária		
Faixa etária	Nº	C, %
15-20	9	17
21-30	22	41
31-40	14	26
41-50	7	13
> 50	2	4

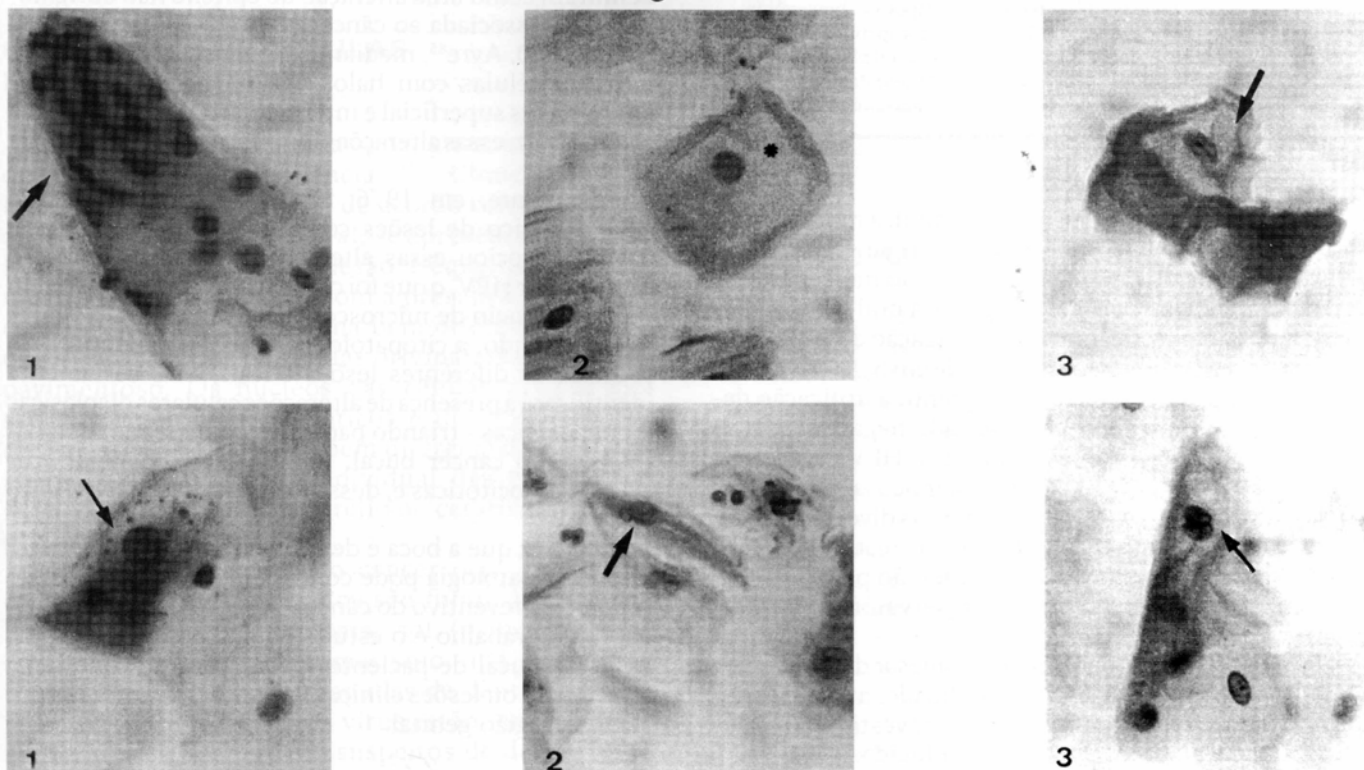
Nº = número de casos; C = casos; % = percentual de casos.

Tabela 6

Distribuição dos casos controle por faixa etária		
Faixa etária	Nº	C, %
13-20	2	9
21-30	1	4
31-40	7	30
41-50	6	26
> 50	7	30

Nº = número de casos; C = casos; % = percentual de casos.

Figura 1



Aspectos citopatológicos investigados em todos os esfregaços bucais. Na parte superior, podem ser observados os aspectos citoplasmáticos, onde: 1 = disceratoze®; 2 = citoplasma claro® e; 3 = sugestivo de coilocitose®; enquanto na inferior, os aspectos nucleares, onde: 1 = aumento de volume e hiper Cromatismo nuclear®; 2 = irregularidade nuclear® e; 3 = binucleação®.

As lesões bucais biopsiadas foram submetidas à técnica de hibridização in situ para identificação do DNA do HPV.

METODOLOGIA

COLHEITA DE MATERIAL CITOPATOLÓGICO DA CAVIDADE BUCAL

A cavidade bucal de todos os pacientes foi inspecionada minuciosamente para identificar alguma alteração clínica sugestiva de infecção por HPV.

A primeira etapa constou da observação cuidadosa, à vista desarmada, de todas as estruturas bucais. Em seguida, foi solicitado ao paciente que realizasse um enxágüe bucal com ácido acético a 2%, durante dois minutos. Após esse procedimento, na tentativa de identificar a presença de áreas acetobranças, as estruturas bucais eram novamente examinadas. A colheita de material para realização do esfregaço era realizada rotineiramente nas áreas acetobranças ou, na ausência dessas, na região de mucosa jugal, bilateralmente, por meio da raspagem do local com espátula de madeira. O material colhido era distendido em lâminas de vidro, identificadas como direita e esquerda, colocadas para fixação em frasco contendo álcool a 96°. Todos os esfregaços foram encaminhados ao Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universi-

tário Antônio Pedro (HUAP), onde foram corados pelo método de Papanicolaou.

Os pacientes que apresentaram lesões bucais clinicamente compatíveis com papiloma foram submetidos à exérese, que foram fixadas em formol tamponado e enviadas ao Serviço de Anatomia Patológica do HUAP, onde foram processadas, sendo utilizadas como corantes a hematoxilina e a eosina.

AVALIAÇÃO CITOPATOLÓGICA

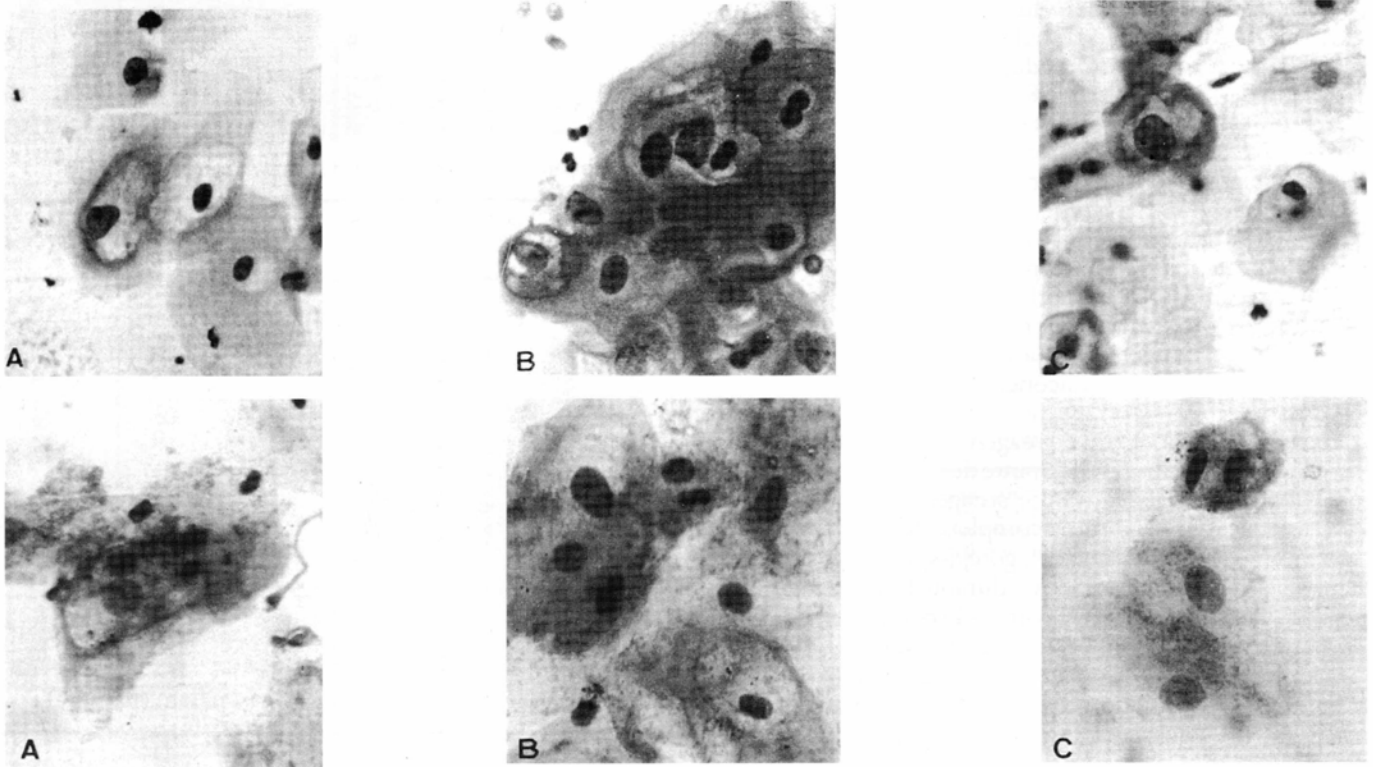
Todas as lâminas foram observadas ao microscópio óptico binocular Leitz. Os critérios avaliados foram:

- **citoplasmáticos** - disceratose, citoplasma claro, sugestivo de coilocitose;

- **nucleares** - aumento de volume e hiperchromatismo nuclear, irregularidade e binucleação (Figura 1).

Como controles positivos, foram utilizados um esfregaço de cérvix uterina de uma paciente de 15 anos com alterações citopatológicas inquestionáveis de infecção por HPV e um esfregaço de condiloma bucal de um paciente adético (Figura 2).

Figura 2



Controles positivos dos aspectos citopatológicos. Na parte superior, pode ser observada a citopatologia cervical de um paciente portador de infecção por HPV; enquanto na inferior, a citopatologia bucal de condiloma acuminado.

AVALIAÇÃO HISTOPATOLÓGICA

Procedeu-se ao levantamento das lâminas de todos os pacientes submetidos à biópsia da lesão genital. Essas e as lâminas das lesões bucais biopsiadas foram revistas pelos critérios de Meisels⁸⁸ para o diagnóstico histopatológico da infecção por HPV.

HIBRIDIZAÇÃO *IN SITU*

As lesões bucais biopsiadas foram submetidas à técnica de hibridização *in situ* para identificação do DNA do HPV, realizada no Laboratório de Imuno-histoquímica e Hibridização *in situ* do Serviço de Anatomia Patológica do HUAP. O kit utilizado foi o da ENZO PathoGene *in situ* Screening Assay for Human Papillomavirus (HPV).

A técnica proposta é constituída das seguintes etapas:

- As lâminas com os cortes parafinados são mantidas durante uma hora em estufa a 60°C, para retirada do excesso de parafina e maior adesão entre os cortes e a lâmina. A desparafinação é completada pela imersão dos cortes em dois banhos de xileno puro. Após desparafinados, os cortes são hidratados, de acordo com a seguinte seqüência: dois banhos de álcool absoluto, um banho de álcool 90%, 70%, 50% e água deionizada, cada um com duração de um minuto. A secagem é sempre feita em estufa a 37°C, durante cinco minutos.
- Após a secagem, cada corte é coberto com proteinase K diluída, incubado a 37°C, durante 15 minutos, lavado com três banhos de solução salina tamponada (PBS) com duração de um minuto cada, coberto com 0,5ml de peróxido de hidrogênio a 3%, incubado a 37°C, durante dez minutos e novamente lavado em PBS. A próxima etapa é a desidratação, feita com banhos, de um minuto cada, de água deionizada, álcool 50%, 70% e absoluto.
- Após secagem, a solução contendo as sondas é gotejada sobre os respectivos cortes, cobertos com lamínula, dispostos sobre placa aquecida a 95°C, durante dez minutos, e incubados a 37°C, durante 30 minutos. A próxima etapa requer manuseio delicado para a remoção das lamínulas, que, uma vez retiradas, são desprezadas. As adjacências dos cortes são secas com papel filtro.
- É, então, aplicado 0,5ml do reagente pós-hibridização e as lâminas incubadas a 37°C, durante dez minutos; essa etapa é seguida de lavagem com PBS, secagem das margens dos cortes e aplicação de 0,5ml do complexo de detecção. Segue-se a mesma rotina de lavagem, goteja-se o cromógeno e as lâminas são incubadas a 37°C, durante 15 minutos e, em seguida, lavadas e secas. Os cortes são contra-corados com eosina e montados com bálsamo do Canadá.

Como controle positivo, foi utilizado um corte de condiloma acuminado genital do próprio kit.

RESULTADOS

Dentre os 54 pacientes que participaram desse estudo, 61% tinham entre 15 e 30 anos de idade, 76% eram

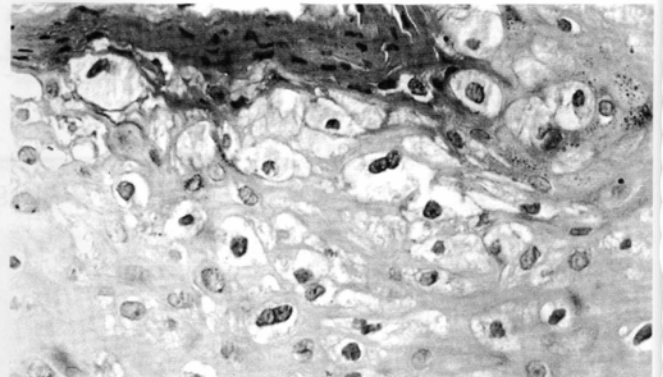
O kit utilizado foi o da ENZO PathoGene *in situ* Screening Assay for Human Papillomavirus (HPV).

do sexo masculino, e foram subdivididos em dois grupos distintos, de acordo com o tipo de lesão genital. O grupo I foi constituído de 32 pacientes com condiloma acuminado (57%) e o grupo II, de 22 pacientes portadores

de lesões sugestivas de infecção por HPV (43%). Para essa classificação, foram obedecidos critérios clínicos e histopatológicos. Foram considerados pacientes portadores de condiloma acuminado (Figura 3):

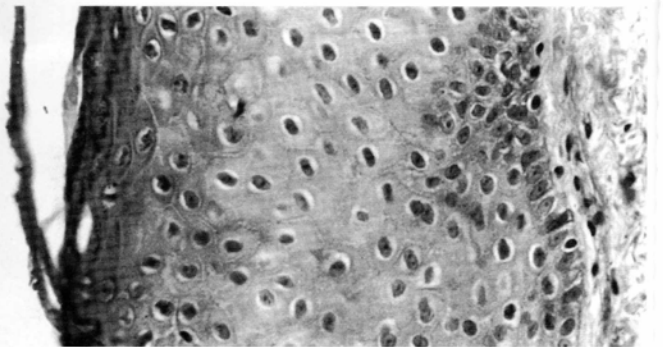
- aqueles que, ao exame histopatológico, apresentaram todos os sinais clássicos da lesão, como acantose, disceratose, paraceratose, hiperqueratose, camada granular proeminente, halos perinucleares, coilocitose presente nas células das camadas média e superficial, binucleação e, na derme, infiltrado inflamatório mononuclear superficial (29 casos);
- aqueles em que, ao exame clínico realizado por profissionais especializados, foi identificada lesão inquestionável de condiloma acuminado (3 casos).

Figura 3



Histopatologia da lesão genital do caso 18 (grupo I) (400 x H&E).

Figura 4



Histopatologia da lesão genital do caso 49 (grupo II) (100 x H&E).

Foram classificados como pacientes portadores de alterações sugestivas de infecção por HPV (Figura 4):

A alteração nuclear mais freqüente foi o aumento de volume nuclear.

- aqueles que a análise histopatológica mostrou halo perinuclear, acantose, hiperkeratose, aumento de volume nuclear e hiperchromatismo (18 casos);
- aqueles cujo exame clínico revelou apenas áreas acetobranças em região genital (4 casos). Destes quatro pacientes, dois tinham parceiros portadores de infecção por HPV diagnosticada histopatologicamente.

Dentre os 32 pacientes do grupo I, dois (6%) apresentaram lesões na cavidade bucal (Figuras 4 e 5) e cinco (16%) relataram a prática de sexo orogenital, dois do sexo feminino e três do sexo masculino. Ao exame clínico, a mucosa bucal de 26 pacientes (81%) estava normal, enquanto, em seis (19%), foram observadas áreas acetobranças. A análise citopatológica revelou a presença de disceratose em 19 (60%), citoplasma claro em 25 (78%) e alteração sugestiva de coilocitose em seis pacientes (19%).

clear, registrada em quatro dos esfregaços (13%). Esses dados podem ser observados na Tabela 7.

Nos 22 pacientes do grupo II não foram detectadas lesões bucais e a prática de sexo orogenital foi relatada por seis pacientes (27%) do sexo masculino. Ao exame clínico, a

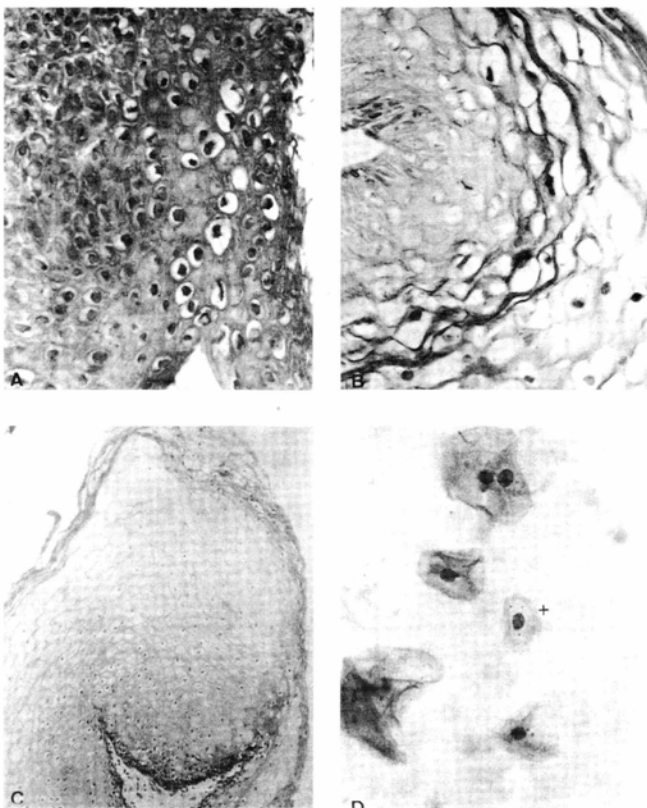
Tabela 7

Aspectos clínicos, oroscópicos e citopatológicos observados em portadores de condiloma acuminado genital (grupo I)

	C	LB	SOG	MBN	AB	D	CC	SC	Av	Hc	Ir	Bi
1		+	+		+			+	+	+		+
2				+			+		+	+		+
3			+	+		+	+		+	+		
4				+			+		+	+	+	+
5				+		+			+			
6				+		+	+		+			+
7				+		+	+		+	+		+
8				+		+	+		+			+
9				+		+	+	+	+	+	+	+
10				+		+	+		+	+	+	+
11				+		+	+		+	+		+
12				+		+	+		+	+		+
13				+		+			+		+	
14				+								
15					+	+			+			+
16					+	+	+		+			+
17				+			+		+			+
18				+			+		+			+
19				+					+			+
20				+		+		+		+		+
21				+		+	+		+			+
22					+		+		+			+
23				+		+	+	+	+	+		+
24	+	+	+	+		+	+	+	+	+		+
25			+	+			+		+	+		+
26			+	+			+		+			+
27				+		+	+		+			+
28				+		+	+		+			+
29				+		+	+	+	+			+
30					+		+		+	+		+
31			+	+			+		+			+
32				+	+	+			+	+		+
Nº	2	5	26	6	19	25	6	29	14	4	21	
P, %	6	16	81	19	60	78	19	91	45	13	65	

C = casos; LB = lesões bucais; SOG = sexo orogenital; MBN = mucosa bucal normal; AB = área acetobrança; D = disceratose; CC = citoplasma claro; SC = sugestivo de coilocitose; Av = aumento de volume nuclear; Hc = hiperchromatismo nuclear; Ir = irregularidade; Bi = binucleação; Nº = número total de casos; P = percentual do total de casos.

Figura 5



Caso 1, onde: A = histopatologia da lesão genital (100 x H-E); B = hibridização *in situ* positividade. Lesão genital (100x); C = histopatologia da lesão bucal (40 x H-E); D = citopatologia bucal: sugestiva de coilocitose (+).

mucosa de 19 pacientes (86%) estava normal, enquanto em três (14%) foram observadas áreas acetobranças.

A citopatologia revelou a presença de disceratose em dez esfregaços (45%), citoplasma claro em 15 casos (65%) e a suspeita de coilocitose foi observada em um (5%). A alteração nuclear mais freqüente foi o aumento de volume, observado em 17 esfregaços (77%). Foram registrados binucleação em 13 casos (57%),

A alteração nuclear mais freqüente foi o aumento de volume nuclear, identificado em 29 pacientes (91%); binucleação, detectada em 21 casos (65%); hiperchromatismo, em 14 (45%) e; irregularidade nu-

hipercromatismo em 12 (52%) e não foi detectada irregularidade nuclear nos esfregaços dos pacientes desse grupo (Tabela 8).

Quando se estuda a infecção por HPV na vulva, observa-se que a maioria se expressa como condiloma acuminado.

grupos que participaram dessa pesquisa (Figura 6).

ASPECTOS CLÍNICOS

• **Lesões bucais** - Apenas dois pacientes, ambos do grupo I, apresentaram lesões na cavidade bucal: uma diagnosticada como condiloma acuminado, com hibridização *in situ* positiva para HPV e a outra, como hiperplasia epitelial com halos perinucleares e alterações nucleares sugestivas de infecção por HPV, porém com hibridização *in situ* negativa para o DNA virótico (Figuras 5 e 7).

Tabela 8

Aspectos clínicos, oroscópicos e citopatológicos identificados em pacientes com lesões genitais sugestivas de infecção por HPV (grupo II)

	C	LB	SOG	MBN	AB	D	CC	SC	Av	Hc	Ir	Bi
33				+			+		+	+		+
34				+			+		+	+		+
35				+		+	+		+	+		+
36		+		+		+			+	+		
37				+			+		+	+		
38		+	+			+	+		+	+		+
39		+	+			+			+	+		+
40					+				+			
41				+		+			+	+		
42				+		+						
43				+								
44				+								
45				+		+	+		+			
46					+	+			+	+		+
47		+	+	+	+	+	+	+	+	+		+
48				+	+	+	+		+	+		+
49		+	+	+								+
50		+	+	+		+						+
51				+		+			+			+
52				+		+	+		+	+		+
53				+		+			+			+
54				+		+	+		+	+		
Nº	0	6	19	3	10	15	1	17	12	0	13	
P, %	0	27	86	14	45	65	5	77	52	0	57	

C = casos; LB = lesões bucais; SOG = sexo orogenital; MBN = mucosa bucal normal; AB = área acetobranca; D = diskeratose; CC = citoplasma claro; SC = sugestivo de coilocitose; Av = aumento de volume nuclear; Hc = hiperchromatismo nuclear; Ir = irregularidade; Bi = binucleação; Nº = número total de casos; P = percentual do total de casos.

No grupo controle, não houve detecção de lesões bucais nos pacientes. Ao exame clínico das mucosas, 20 eram normais (87%) e três apresentaram áreas acetobranças (13%). A citopatologia revelou diskeratose em quatro casos (17%), citoplasma claro em nove (39%), e a suspeita de coilocitose não foi confirmada nesses pacientes. A alteração nuclear mais freqüente foi a binucleação, que foi detectada em sete casos (30%), seguida pelo hiperchromatismo, que foi observado em três (13%), e aumento de volume do núcleo em dois casos (9%). A irregularidade nuclear não foi identificada nos esfregaços desses pacientes (Tabela 9).

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS GRUPOS I, II E CONTROLE

Pelos resultados sumarizados nas Tabelas 7, 8 e 9 foi possível estabelecer a análise comparativa entre os

Tabela 9

Aspectos oroscópicos e citopatológicos identificados no grupo controle

	C	MBN	AB	D	CC	SC	Av	Hc	Ir	Bi
1		+								+
2		+		+						+
3		+						+		+
4		+			+					+
5		+								+
6		+								
7		+			+			+		
8		+								
9		+								
10		+			+					
11		+			+		+	+		
12		+		+						
13		+		+			+			+
14			+							+
15			+		+					
16		+			+					
17		+			+					
18			+		+					
19		+								
20		+								
21		+								
22		+		+	+					
23		+								
Nº	20	3	4	9	0	2	3	0	7	
P, %	87	13	17	39	0	9	13	0	30	

C = casos; MBN = mucosa bucal normal; AB = área acetobranca; D = diskeratose; CC = citoplasma claro; SC = sugestivo de coilocitose; Av = aumento de volume nuclear; Hc = hiperchromatismo nuclear; Ir = irregularidade; Bi = binucleação; Nº = número total de casos; P = percentual do total de casos.

• **Áreas acetobranças** - A análise comparativa não mostra diferença significativa entre os três grupos.

CITOPATOLOGIA

• **Alterações citoplasmáticas** - A diskeratose e o citoplasma claro mostram uma diferença entre os grupos I e II, entretanto, no grupo controle, os percentuais são significativamente inferiores.

A suspeita de coilocitose foi observada em porcentagens significativamente diferentes entre os três grupos, respectivamente, 19%, 5% e 0%.

O condiloma acuminado é uma manifestação do HPV muito freqüente na área genital.

• **Alterações nucleares** - Em todos os grupos, foram detectados aumento de volume nuclear, hiperromatismo e binucleação, sendo observada diferença discreta entre os grupos I e II e outra significativa entre esses e o grupo controle.

A irregularidade nuclear foi observada apenas no grupo I e somente em 10% dos casos. Esse aspecto, a provável coilocitose e a disqueratose foram os indicadores mais precisos da possibilidade de infecção por HPV na cavidade oral dos pacientes examinados.

A oroscopia à vista desarmada evidenciou lesões em dois pacientes apenas (6%). Esse resultado não difere expressivamente dos achados de Panici *et al.*³⁵. Esses autores, ao examinarem a cavidade bucal de 101 portadores de

infecção genital por HPV, evidenciaram lesão à vista desarmada em oito (9%). Enquanto Kellokoski *et al.*¹¹, em um estudo de 334 mulheres portadoras de infecção genital por HPV, encontraram apenas três (0,9 %) com lesão verrucosa bucal.

O condiloma acuminado é uma manifestação do HPV muito freqüente na área genital. Quando se estuda a infecção por HPV na vulva, observa-se que a maioria (aproximadamente 80%) se expressa como condiloma acuminado, entretanto, no colo uterino, a maioria das lesões é subclínica⁸. Na cavidade bucal, o HPV parece apresentar comportamento semelhante à cérvix uterina com predomínio de lesões subclínicas. Dentre os seu 101 casos, Panici *et al.*³⁵ identificaram, ao colposcópico, 38 lesões suspeitas e confirmadas histopatologicamente, sendo que em nove de 20 casos foi identificado o DNA do HPV. Essa pequena expressividade clínica do HPV na boca é confirmada em nosso estudo.

Diante dessas observações, ainda é preciso esclarecer se essa semelhança entre a forma de manifestação clínica das mucosas bucal e cervical é apenas uma coincidência ou se é devida ao fato de ambos os locais serem revestidos pelo mesmo tipo de epitélio. Talvez a hipótese mais provável seja a de que essas mucosas apresentem fatores imunológicos não existentes na pele e, portanto, um determinante na forma de manifestação da infecção. Ainda assim, isso não seria suficiente para explicar a diferença de freqüência das lesões, uma vez que a infecção por HPV é marcadamente mais comum na cérvix uterina, como já foi bem demonstrado por Hilman *et al.*⁸⁷, que identificaram o DNA do HPV em 36% das lesões cervicais entre nove mulheres e em nenhum dos esfregaços bucais, o que talvez possa ser justificado pelas diferenças entre os ambientes bucal e cérvico-vaginal, o qual é mais favorável à replicação virótica.

Após o enxágüe com ácido acético a 2%, a inspeção da cavidade bucal revelou a presença de áreas acetobranças em seis (19%) dos 32 pacientes portadores de condiloma acuminado genital (grupo I) e em três (14%) dos 22 com lesões genitais suspeitas de infecção por HPV (grupo II). Na cérvix uterina, a utilização do ácido acético na identificação de áreas acetobranças é um método rotineiro na pesquisa colposcópica das lesões associadas ao HPV⁸. De acordo com achados da colposcopia, passou-se a acreditar que os mesmos aspectos poderiam ser observados em outras áreas corporais infectadas por HPV³⁵. No estudo de Panici *et al.*³⁵, em 83 casos (82%), foram encontradas áreas brancas na cavidade bucal semelhantes àquelas já identificadas na infecção genital por HPV, após aplicação de ácido acético a 5%. Certamente, essa diferença entre os resultados é devida à utilização do colposcópico como recurso técnico auxiliar na inspeção da superfície epitelial da mucosa bucal. Diante desses dados, acreditamos que o colposcópico é

Figura 6

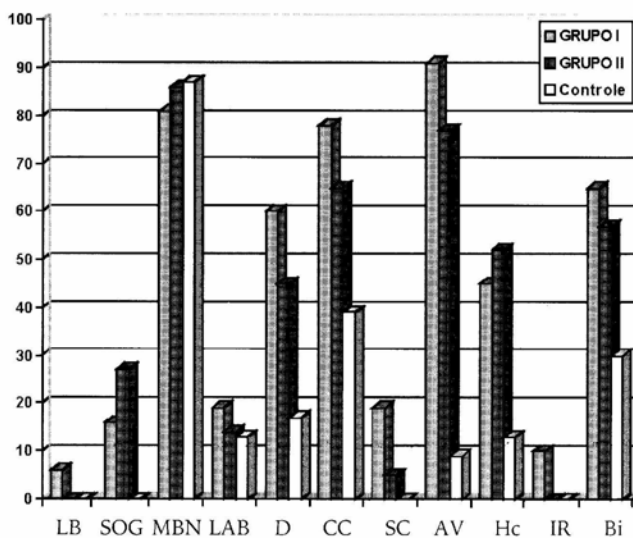


Gráfico comparativo entre os percentuais totais dos diversos aspectos avaliados nos grupos I, II e controle; onde: LB = lesões bucais; SOG = sexo orogenital; MBN = mucosa bucal normal; LAB = lesões aceto-brancas; D = disqueratose; CC = citoplasma claro; SC = sugestivo de coilocitose; Av = aumento de volume; Hc = hiperromatismo; Ir = irregularidade; Bi = binucleação

DISCUSSÃO

O predomínio do sexo masculino pode ser justificado pelo fato de os pacientes examinados serem provenientes de um setor de DSTs, que, na época de realização desse estudo, era mais freqüentemente procurado por homens.

Em nosso estudo, do total de 54 pacientes, apenas 11 (20%) relataram prática de sexo orogenital, o que representa um percentual pequeno, quando comparado ao estudo de Panici *et al.*³⁵, em que, de um total de 101 pacientes, 99 (98%) relataram essa prática. Essa diferença significativa entre os resultados pode expressar uma desigualdade real no comportamento sexual das populações examinadas ou ser atribuída à dificuldade de nossos pacientes no relato de informações sobre o seu comportamento sexual.

*A manifestação clínica
da infecção por (HPV)
na cavidade bucal
tem sido pouco
investigada.*

um valioso instrumento e que deve ser introduzido na rotina da oroscopia. Entretanto, chamamos a atenção para o fato de que, em nosso material, as diferenças entre os grupos suspeitos e controle não foi significativa (teste).

Isso sugere que a identificação de áreas acetobranças não pode ser considerada um critério indicativo de infecção por HPV na cavidade bucal. Essa mesma observação também foi feita por Kellokoski *et al.*⁸⁸.

Em nossa avaliação citopatológica dos 54 esfregaços da mucosa jugal, as alterações citoplasmáticas e nucleares mais significativas foram: (1) halos sugestivos de coilocitose em 13% dos casos, identificados apenas no grupo suspeito e, principalmente, nos pacientes portadores de condiloma genital; (2) disceratose em 54% e; (3) hiperchromatismo e irregularidades nucleares, em 48% e 7% dos casos, respectivamente.

Baseado em estudos da cérvix uterina, sabe-se que a disceratose é um dos critérios citopatológicos mais freqüentemente associado à infecção por HPV⁸². Em nosso estudo, identificamos células disceratóticas no grupo suspeito e no controle. Entretanto, a diferença quantitativa foi significativa, uma vez que essa alteração foi identificada em apenas 17% dos casos do grupo controle.

Kellokoski *et al.*¹¹ analisaram 317 esfregaços da mucosa jugal, que foram colhidos com *swab* de algodão, de mulheres com infecção genital por HPV. Entre outros achados citopatológicos, encontraram coilocitose e disceratose, em 0,9% e 15% dos casos, respectivamente. Possivelmente, essa diferença entre os resultados seja devida à técnica de colheita e aos critérios de interpretação citopatológica. A colheita com *swab* de algodão é reconhecidamente menos eficiente do que com espátula de madeira^{89,90}. Apesar de alguns trabalhos preconizarem o uso da espátula de metal como método mais eficaz de colheita de material para estudo citopatológico, Shklar *et al.*⁹¹ obtiveram melhores resultados com a utilização da espátula de madeira.

Nesse estudo, foi possível analisar cito- e histopatologicamente um caso de condilomatose gengival em um paciente aidético utilizado como controle citopatológico. A multiplicidade de lesões típicas de condiloma acuminado desse paciente é bem representativa da importância da imunocompetência para manifestação clínica bucal da infecção por HPV. Entre as demais alterações, os cortes histopatológicos mostraram abundantes coilocitoses. O esfregaço colhido em área de condiloma (Figura 2) mostrou os seguintes aspectos da infecção por HPV: (1) poucas coilocitoses; (2) células disceratóticas e; (3) algumas células com aumento de volume e cromatismo nuclear. O esfregaço da mucosa jugal sem lesão clinicamente evidenciável mostrou apenas uma célula sugestiva de coilocitose, várias com citoplasma claro e disceratose. Apesar de essa avaliação ter sido realizada em um único exemplar, a dificuldade de identificação da coilocitose em esfregaços, até mesmo naqueles colhidos em lesões ricas em células coilocíticas, fica bem caracterizada.

Em todos os grupos avaliados, foram identificados área citoplasmática clara, aumento de volume e hiperchromatismo nucleares - leves -, como também binucleação. Essas alterações podem ocorrer em graus variados e com significados diversos⁹². Em nossos esfregaços, embora houvesse diferença significativa entre os grupos suspeitos e o controle, não consideramos esses critérios relevantes na investigação da infecção por HPV por sua ocorrência comum em várias situações, principalmente, de origem inflamatória, que, certamente, não podem ser descartadas em nosso estudo.

As lesões bucais identificáveis macroscopicamente e as lesões genitais desse paciente foram submetidas à técnica de hibridização *in situ*, que exibiu positividade nas lesões genitais e em um dos casos da boca (Figura 7). A não detecção do DNA do HPV não afasta a possibilidade da infecção, uma vez que um número pequenos de cópias de DNA virótico poderia não ter sido detectado pelo método utilizado. Nossos achados estão de acordo com a literatura, onde diversos trabalhos apresentam percentual de positividade em papilomas variável entre 13-100% (Tabela 1).

As lesões bucais identificáveis macroscopicamente e as lesões genitais desse paciente foram submetidas à técnica de hibridização *in situ*, que exibiu positividade nas lesões genitais e em um dos casos da boca (Figura 7). A não detecção do DNA do HPV não afasta a possibilidade da infecção, uma vez que um número pequenos de cópias de DNA virótico poderia não ter sido detectado pelo método utilizado. Nossos achados estão de acordo com a literatura, onde diversos trabalhos apresentam percentual de positividade em papilomas variável entre 13-100% (Tabela 1).

CONCLUSÕES

Na população estudada, o relato da prática de sexo orogenital foi inferior ao esperado (20%), possivelmente, devido à dificuldade desses pacientes abordarem o assunto. Uma vez que essa prática, possivelmente, seja mais freqüente do que a relatada, seria esperada uma incidência maior de condilomas bucais.

A oroscopia à vista desarmada não é o método mais eficiente para investigação de lesões suspeitas de infecção por HPV na mucosa bucal, como também a identificação de áreas acetobranças não deve ser considerada um critério indicativo de infecção por HPV, considerando-se a semelhança de percentuais identificados nos grupos suspeitos e controle.

Embora o HPV infecte a cavidade bucal, esse local não parece ser propício à replicação virótica.

A espátula de madeira mostrou ser um eficiente instrumento para colheita de material da mucosa bucal.

A citopatologia pode demonstrar a presença de células suspeitas de infecção por HPV, porém, na ausência de lesões clínicas, é rara a identificação de coilocitose.

A hibridização *in situ* é um bom método para detecção do DNA virótico, particularmente naquelas lesões em que a coilocitose está presente.

RESUMO

A manifestação clínica da infecção por papilomavírus humano (HPV) na cavidade bucal tem sido pouco investigada e não se conhece praticamente nada sobre as infecções latentes e subclínicas. A utilização de técnicas, como microscopia eletrônica, imuno-histoquímica e biologia molecular, tem demonstrado a presença do vírus na mucosa bucal. Sendo a cavidade bucal de fácil acesso para exame e considerando que a citopatologia

pode identificar a presença de células suspeitas de infecção por HPV, o objetivo principal desse estudo é a avaliação citopatológica da cavidade bucal de pacientes portadores de infecção genital por HPV.

Foram examinados 54 pacientes (13 mulheres e 41 homens), entre 15 e 55 anos de idade, que foram subdivididos em dois grupos. O grupo I foi composto de 32 pacientes portadores de condiloma genital e o grupo II, de 22 pacientes portadores de alterações sugestivas de infecção genital por HPV. O grupo controle foi constituído de 23 pacientes (17 mulheres e seis homens), entre 13 e 70 anos de idade, sem alterações clínicas na região genital. Todos os pacientes foram submetidos a exame clínico e colheita de material citopatológico da cavidade bucal.

A avaliação clínica da cavidade bucal, à vista desarmada, revelou lesões em dois pacientes do grupo I, com diagnóstico histopatológico de condiloma acuminado e hiperplasia epitelial com alterações sugestivas de infecção por HPV. Ambos os casos foram submetidos à hibridização *in situ*, quando apenas o condiloma exibiu positividade. Após o enxágüe bucal com ácido acético a 2%, por dois minutos, foram detectadas áreas acetobranças em 19% dos pacientes do grupo I, 14% do grupo II e 13% do grupo controle. Na avaliação citopatológica dos 54 esfregaços da mucosa bucal, as alterações citoplasmáticas e nucleares mais significativas foram: (1) células sugestivas de coilocitose em 13%, identificadas principalmente no grupo I; (2) disqueratose em 54% e; (3) hiperromatismo e irregularidade nuclear em 48% e 7%, respectivamente.

Nossos resultados sugerem que o exame clínico da cavidade bucal, à vista desarmada, não parece ser o método mais eficiente para investigação de lesões suspeitas de manifestação por HPV e que, embora o HPV infecte a cavidade bucal, esse local não parece ser propício à replicação virótica. Podemos também concluir que a identificação da coilocitose por meio de exame citopatológico é rara na ausência de lesões clínicas.

Unitermos: papilomavírus humano, citopatologia, cavidade oral.

SUMMARY

The clinical manifestation of human papillomavirus (HPV) infection in oral cavity has been poorly investigated, and almost nothing is known about latent and subclinical infections. The use of electronic microscopy, immunohistochemical and molecular biology techniques has demonstrated the presence of the virus in oral mucosa. Considering the easy access to oral cavity and the fact that citopathology can identify the presence of suspected cells in HPV infection, the aim of this study is the citopathological analysis of oral cavity of patients with genital infection.

We have examined 54 patients (13 female and 41 male) aged 15-55 years. These patients were divided in two groups: group I consisted of 32 patients with genital condyloma; group II consisted

Forma farmacéutica e Apresentações: Comprimido revestido. Embalagem com 10 comprimidos de 125mg e com 7 e 21 comprimidos de 250mg. USO ADULTO. Composição: Cada comprimido revestido contém: famciclovir 125mg excipiente q.s.p. 1 comp.; famciclovir 250mg excipiente q.s.p. 1 comp. Excipientes: hidroxipropilcelulose, lactose, amido glicolato de sódio, estearato de magnésio, hidroxipropilmetilcelulose, dióxido de titânio, polietilenglicol. **INFORMAÇÃO AO PACIENTE:** Conservar o produto ao abrigo da umidade e calor excessivo (temperatura não superior a 30° C). O prazo de validade do produto é de 36 meses, a contar da data de sua fabricação. **NÃO USE MEDICAMENTOS COM PRAZO DE VALIDADE VENCIDO.** Caso ocorra gravidez durante ou logo após o tratamento com Famvir, suspenda a medicação e comunique imediatamente ao seu médico. O uso de Famvir não é recomendado durante a gravidez ou em mulheres que estejam amamentando. Famvir é contra-indicado a pacientes com conhecida hipersensibilidade a famciclovir. Comunique ao seu médico se estiver fazendo uso de outros medicamentos. O produto deve ser usado de acordo com a orientação dada pelo médico e somente ele poderá recomendar a sua interrupção. Caso surjam reações desagradáveis, tais como dor de cabeça e náusea, procure orientação médica. **TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS. NÃO É RECOMENDADO O USO DE FAMVIR EM CRIANÇAS. NÃO TOMAR MEDICAMENTO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE. INFORMAÇÕES TÉCNICAS:** Famvir contém como princípio ativo o famciclovir, a forma oral de penciclovir. Famciclovir é rapidamente convertido *in vivo* em penciclovir, que tem atividade demonstrada *in vivo* e *in vitro* contra o vírus da Herpes em seres humanos, inclusive o vírus Varicella zoster e os vírus da Herpes simplex tipo 1 e 2. O efeito antivirótico de famciclovir administrado por via oral foi demonstrado em vários estudos com animais; este efeito é devido à conversão *in vivo* em penciclovir. Penciclovir dirige-se às células infectadas pelo vírus onde é rápida e eficientemente convertido em trifostato (mediado via timidina quinase induzida pelo vírus). O trifostato de penciclovir permanece nas células infectadas por mais de 12 horas, onde inibe a reprodução de DNA vírico e tem uma meia vida de 9, 10 e 20 horas em células infectadas com o vírus Varicella zoster, vírus Herpes simplex Tipo 1 e vírus Herpes simplex Tipo 2, respectivamente. Em células não infectadas tratadas com penciclovir, as concentrações de trifostato de penciclovir são apenas escassamente detectáveis. Conseqüentemente, é improvável que células não infectadas sejam afetadas por concentrações terapêuticas de penciclovir. Penciclovir demonstrou ter atividade contra uma cepa do vírus da Herpes simplex recentemente isolada, resistente a aciclovir, que possui uma polimerase de DNA alterada. Após administração oral, famciclovir é rápida e extensivamente absorvido e rapidamente convertido ao componente ativo, penciclovir. A biodisponibilidade de penciclovir após administração oral de Famvir é de 77%. O pico médio da concentração plasmática de penciclovir, após uma dose oral de 125mg e 250mg de famciclovir, foi de 0,8 microgramas/ml, respectivamente, e ocorreu em um tempo médio de 45 minutos pós-dose. As curvas de concentração plasmática x tempo de penciclovir são semelhantes após dose única e doses repetidas. A meia-vida plasmática final de penciclovir após dose única e doses repetidas de famciclovir é de aproximadamente 2 horas. Não há acúmulo de penciclovir com doses repetidas de famciclovir. Penciclovir e seu precursor 6-desoxi têm baixa ligação às proteínas plasmáticas (<20%). Famciclovir é eliminado, principalmente, como penciclovir e seu precursor 6-desoxi, que são excretados sem alterações pela urina. Famvir não foi detectado na urina. A secreção tubular contribui para a eliminação renal do composto. A infecção por Herpes zoster não complicada, não altera significativamente a farmacocinética de penciclovir, após administração oral de Famvir. **INDICAÇÕES:** Famvir é indicado para o tratamento de infecções agudas por Herpes zoster e para o tratamento agudo de infecções por Herpes genital. **CONTRA-INDICAÇÕES:** **FAMVIR É CONTRA-INDICADO NOS CASOS DE HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA A FAMVIR.** **Precauções:** Deve-se dispensar atenção especial a pacientes com função renal comprometida, já que um ajuste da dose é necessário. Não são necessárias precauções especiais para pacientes com insuficiência hepática ou idosos. A Herpes genital é uma doença sexualmente transmissível. O risco de transmissão é aumentado durante episódios agudos. Os pacientes devem evitar relações sexuais quando os sintomas estiverem presentes, mesmo se o tratamento com um antivirótico já tiver sido iniciado. Embora estudos em animais não tenham demonstrado quaisquer efeitos embriotóxicos ou teratogênicos com famciclovir ou penciclovir, a segurança de Famvir na gravidez humana não foi estabelecida. Assim, Famvir não deve ser usado durante a gravidez ou em mulheres que estejam amamentando, a menos que os benefícios potenciais do tratamento compensem qualquer possibilidade de risco. Estudos em ratos demonstram que penciclovir é excretado pelo leite de fêmeas lactantes recebendo famciclovir por via oral. Não há informações sobre a excreção pelo leite humano. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Nenhuma interação farmacocinética clinicamente significativa foi identificada. A probenedica e outras drogas que afetam a fisiologia renal podem afetar os níveis plasmáticos de penciclovir. **REAÇÕES ADVERSAS:** **FAMVIR É CONTRA-INDICADO EM ESTUDOS REALIZADOS NO HOMEM. CEFALÉIA E NÁUSEA FORAM RELATADAS EM ESTUDOS CLÍNICOS. ESTAS REAÇÕES FORAM DE NATUREZA LEVE A MODERADA E OCORRERAM COM INCIDÊNCIA SIMILAR EM PACIENTES RECEBENDO TRATAMENTO COM PLACEBO. POSOLOGIA:** **Infecções por Herpes zoster - Adultos:** 250mg três vezes ao dia por sete dias. O tratamento deve ser iniciado o mais cedo possível no curso da doença, imediatamente após o diagnóstico. **Primeiro episódio de infecções por Herpes genital - Adultos:** 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:** **Adultos:** 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:** **Primeiro episódio de infecções por Herpes genital - Adultos:** 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Clearance de Creatinina (ml/min/1,73m ²)	Dosagem
30-59	250mg duas vezes ao dia
10-29	250mg uma vez ao dia

Para o tratamento de infecções agudas recorrentes de herpes genital:

Clearance de Creatinina (ml/min/1,73m ²)	Dosagem
30-59	nenhum ajuste de dose necessário
10-29	125mg uma vez ao dia

Quando apenas a creatinina sérica estiver disponível, um nomograma ou a seguinte fórmula (Cockcroft e Gault) deve ser usada para estimar o clearance de creatinina.

140-idade em anos x peso (kg) x 88,5 (para homens) ou 75,2 (para mulheres)
72 x creatinina sérica (µmol/L)

Pacientes com insuficiência renal sob hemodiálise: Para pacientes sob hemodiálise, um intervalo de 48 horas entre as doses é recomendado para os períodos entre as diálises. Uma vez que uma hemodiálise de 4 horas resulta em uma redução de aproximadamente 75% nas concentrações plasmáticas de penciclovir, dose total de famciclovir deve ser administrada imediatamente após a diálise. **Insuficiência hepática:** Não é necessária uma modificação na dosagem para pacientes com doença hepática crônica compensada. Não há informações sobre pacientes com doença hepática crônica claramente descompensada; portanto, não é possível fazer recomendações precisas de dosagem para este grupo de pacientes. **Crianças:** Atualmente os dados sobre a segurança e eficácia de Famvir em crianças são insuficientes e, portanto, o seu uso em crianças não é recomendado. **Superdosagem:** Não houve relatos de superdosagem aguda com Famvir. Tratamento sintomático e de suporte deve ser administrado, se apropriado. Penciclovir pode ser eliminado por diálise e as concentrações plasmáticas são reduzidas em aproximadamente 75% após a hemodiálise por 4 horas. **Informações adicionais:** Famciclovir não tem efeitos significativos sobre a espermatogênese ou morfologia e motilidade de espermatozoides no homem. Em doses muito acima daquelas terapêuticamente usadas, observou-se um comprometimento da fertilidade em ratos machos sendo que tais efeitos não foram observados em ratos fêmeas. Em um nível de dose aproximadamente 50 vezes a dose terapêutica normal, houve um aumento na incidência de adenocarcinoma mamário em fêmeas de rato. Tal efeito não foi observado em ratos machos ou em camundongos de ambos os sexos. Além disso, famciclovir não foi considerado genotóxico em uma ampla bateria de testes *in vivo* e *in vitro* desenhados para detectar mutação genética, danos cromossômicos e danos reparáveis no DNA. Penciclovir, da mesma forma que outras drogas desta classe, demonstrou causar dano cromossômico, mas não induziu a mutação genética em sistemas celulares bacterianos ou de mamíferos, nem houve evidências de reparo aumentado do DNA *in vitro*. Estes achados não são considerados como tendo significância clínica.

ATENÇÃO: Este produto é um novo medicamento e, embora as pesquisas realizadas tenham indicado eficácia e segurança quando corretamente indicado, podem ocorrer reações adversas imprevisíveis ainda não descritas ou conhecidas. Em caso de suspeita de reação adversa, o médico responsável deve ser notificado. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

A identificação da coilocitose por meio de exame citopatológico é rara na ausência de lesões clínicas.

of 22 patients with suspected changes of genital HPV infection. Control group consisted of 23 patients (17 female and six male) aged 13-70 years, without clinical changes in genital region.

The clinical examination and the collection of cytologic material from oral cavity were performed in all patients. The clinical inspection of oral cavity by naked-eye revealed the presence of lesions in two patients, both from group I, with histopatologic diagnosis of condyloma acuminatum and epithelial hyperplasia with suggestive changes of HPV infection. In situ hybridization was performed in both cases but only the condyloma showed positivity. After the application of a 2% acetic acid during two minutes, acetowhite areas were detected in 19% of the patients from group I, 14% in group II and 13% in control group. In our cytopathologic analysis of 54 oral smears the more significant cytoplasmatic and nuclear changes were: (a) cells that suggested koilocytosis

in 13%, mainly founded in patients with genital condyloma; (b) dyskeratosis in 54% of the cases; and (c) nuclear hyperchromatism and irregularity in 48% and 7%.

Our results suggest that oral examination by naked-eye is not the more efficient method to investigate suspected lesions of HPV infection. Moreover, although HPV infects the oral cavity, this site does not seem to be appropriated to viral replication. We can also conclude that the detection of koilocytosis by cytopathological examination is infrequent when clinical lesions are not present.

Key words: human papillomavirus, citopathology, oral cavity.

Endereço p/ correspondência:
MIRIAM BEATRIZ JORDÃO MOREIRA SARRUF
Rua Comendador Queirós 43/1002 - Niterói-RJ

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DE PALO, G. - *Colposcopia e patologia do trato genital inferior*. Rio de Janeiro. Medsi, 1993.
2. OLIVEIRA, L.H.S. - *Virologia humana*. Rio de Janeiro. Cultura Médica, 1994. p.311.
3. DIAS, E.P. - Papilomavírus humano: aspectos biológicos, clínicos e morfológicos. *JBM*, 64(6):206-17, 1993.
4. SYRJANEN, S.M., SYRJANEN M.K.J., HARPONEN M.R.P. & LAMBERG, M.A. - In situ hybridization analysis of human papillomavirus (HPV) sequences in benign oral mucosal lesions. *Arch. Dermatol. Res.*, 279:543-49, 1987.
5. KREIDER, J.W. et al. - In vivo transformation of human skin with human papillomavirus type 11 from condylomata acuminata. *J. Virol.*, 59:369-76, 1986.
6. AMELLA, C.A. et al. - Latent infection induced with cottontail rabbit papillomavirus - a model of human papillomavirus latency. *American Journal of Pathology*, 144(6):—, 1944.
7. PADAYACHEE, A. & VAN WYK, C.W. - Human papillomavirus (HPV) in oral squamous cell papillomas. *J. Oral Pathology*, 16:353-55, 1987.
8. JACYNTO, C., ALMEIDA FILHO, G. & MALDONADO, P. - *HPV: infecção genital feminina e masculina*. Rio de Janeiro. Revinter, 1994.
9. CHARDONNET, Y. BEJUI, T.F. & VIAC, J. - Epithelium malpigiens et infections a papillomavirus. *Path. Biol.*, 4(3):247-56, 1991.
10. DE VILLIERS, E.M. - Human pathogenic papillomavirus types: an update. *Microbiology and Immunology*, 186:1-12, 1994.
11. KELLOKOSKI, J.K., SYRJANEN, S.M., SYRJANEN, K.J.Y. & KILOSKI, M. - Oral mucosal changes in women with genital HPV infection. *J. Oral Pathol. Med.*, 19:142-48, 1990.
12. BRADFORD, C.R., et al. - Human papillomavirus DNA sequences in cell lines derived from head and neck squamous cell carcinomas. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 104(3):303-10, 1991.
13. ROLIGHED, J., SORENSEN, J.M., JACOBSEN, N.O. & LINDERBERG, H. - The prevalence of HPV 6/11, 13, 16 and 33 in Bowenoid papulosis in an HIV positive male, demonstrated by DNA in situ hybridization. *APMIS*, 99(7):583-85, 1991.
14. LONING, T. et al. - HPV DNA detection in tumours of the head and neck: a comparative light microscopy and DNA hybridization study. *ORL*, 49:259-69, 1987.
15. SYRJANEN, K., GISSMAN, L. & KOSS, K. - *Papillomaviruses and human disease*. Berlin/Heidelberg/New York. Springer, 1987, pp.104, 137.
16. GROSS, G., JABLONSKA, S., PEISTER, H. & STEGNER, H.E. - *Genital papilloma infections: modern diagnosis and treatment*. Berlin Heidelberg/New York. Springer-Verlag, 1990, pp.209-224.
17. SHAFER, W.G., HINE, M.K. & LEVY, B.M. - *Tratado de patologia bucal*. 2ª ed. Rio de Janeiro. Interamericana, 1985.
18. WISOCKI, G.P. & HARDIE, J. - Ultrastructural studies of intraoral verruca vulgaris. *Oral surgery*, 47:58-62, 1979.
19. JENSON, A.B., LANCASTER, W.D., HARTMAN, D.P. & SHAFFER Jr., E.L. - Frequency and distribution of papillomavirus antigens in verrucae, multiple papillomas, and condylomata of the oral cavity. *Am. J. Pathology*, 107:212-18, 1982.
20. SYRJANEN, K.J., PYRHÖNEN, S., SYRJANEN, S.M. & LAMBERG, M.A. - Immunohistochemical demonstration of human papillomavirus (HPV) in oral squamous cell lesions. *Br. J. Oral Surgery*, 21:147-53, 1983.

N.R.: O restante da Bibliografia encontra-se à disposição na redação da editora.

 **unimed**

unicred
Niterói - RJ



ARTIGO

IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SEXUALIDADE, DST, AIDS E DROGAS COM DIRETORES DE ESCOLAS DE 1º E 2º GRAUS

Contribuição de Uma Pesquisa-ação Nessa Área

SÔNIA MARIA VILLELA BUENO

"A educação é uma função inerente dos profissionais de Saúde e da Educação, embora, aparentemente simples e fácil, é um processo que requer numerosas especificidades do educador para que as metas se tornem factíveis e atinjam os objetivos esperados. Não basta, simplesmente, oferecer informações, pois, estar informado não significa necessariamente, conhecer; estar ciente não significa, necessariamente, tomar medidas, decidir não significa, necessariamente, fazer. Portanto, é esse senso que pode conduzir às mais efetivas e aceitas mudanças de comportamento, e não o senso de obrigação".

Pompidou⁹

A educação é um processo fundamentalmente contínuo de ensino e aprendizagem, que se processa ao longo de nossa vida com início no nascimento e final na morte. Assim, esse processo extremamente dinâmico e ininterrupto tem uma função essencial e relevante na vida de todo o ser humano.

INTRODUÇÃO

Por sua vez, a educação para a saúde também tem um papel importante na vida das pessoas, porque é uma forma positiva de condução, manutenção, proteção e promoção da saúde e visa a valorização da qualidade de vida em sua totalidade, como também o resgate do exercício da cidadania¹.

Contudo, sabemos que parte considerável da população traz atitudes e hábitos arraigados inadequadamente diante de doenças ou, até mesmo, do desconhecimento de si próprio, seu corpo e do outro, que, possivelmente, são resultantes de preconceitos, tabus e estigmas causados pela desinformação ou, então, conseqüências de

valores e credences populares. Isso somado ao medo de contrair essa ou aquela doença acaba agravando a sua condição de vida. Esses aspectos são indesejáveis e, portanto, é preciso que as pessoas tenham consciência da importância da busca de conhecimentos quanto às questões básicas que envolvem a sua saúde e a de sua coletividade, como também a busca de orientações seguras por agentes multidisciplinares, principalmente aqueles da educação e da saúde, para que a desinformação ou os conceitos inadequados não sejam fatores desencadeadores de repúdio das pessoas a indivíduos e doenças, atitudes antiéticas, amorais e até desumanas, rotinas no compromisso do homem com o seu semelhante. Então, é certo que os papéis sociais impostos pela sociedade aos grupos estereotipados têm estreita relação com crenças, atitudes e interpretações da realidade que, por sua vez, derivam de crenças, valores e experiências regionais que variam entre os povos em seu transcurso existencial².

Atualmente, mais do que nunca, quando todos estão cada vez mais expostos aos agentes multicausais que provocam mundialmente a morbidade e a mortalidade humanas, sobretudo em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, é preciso repensar formas alternativas que contemplem o sistema de saúde na elaboração de ações educativas conjuntamente com a população e culminem com o processo de comunicação de agentes da saúde e da educação no desenvolvimento de sua função educativa, planejada e adequadamente, garantindo eficiência e eficácia de sua atuação nesse processo.

Sabe-se ainda que os ganhos de saúde da população dependem principalmente das mudanças no comportamento dos indivíduos, em seu estilo de vida, como também em seu ambiente, por conseguinte ligadas à participação política e de algumas mudanças nos sistemas de prestação de serviços, que devem ser adaptadas às necessidades do povo de uma nação.

Professora-doutora da Universidade de São Paulo (USP), Campus de Ribeirão Preto; Assessora e Consultora da ONU e do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (Brasília-DF) e Presidente do Centro Avançado de Educação para a Saúde e Orientação Sexual/DST/AIDS

A educação para a saúde também tem um papel importante na vida das pessoas.

Nesses programas educativos, a participação ativa da população, a adequação do sistema de saúde às necessidades da comunidade, a criação de um espírito de autoconfiança e de comportamentos que faça os interessados serem os primeiros responsáveis por sua própria saúde, o modo de interagir com o ecossistema e o seu estilo de vida podem ser elementos fundamentais para o dimensionamento da demanda pela assistência médica.

Portanto, é preciso utilizar medidas que sejam capazes de levar os indivíduos a assumirem maiores responsabilidades com sua própria saúde, participarem ativamente da criação de condições mais favoráveis para a saúde da população e de uma mentalidade de saúde, em que o indivíduo represente o primeiro nível dos sistemas, o principal responsável agente interessado na promoção de melhores condições à sua sobrevivência humana. No moderno sistema de saúde, o trabalho educativo envolve a preparação para a participação comunitária em todas as dimensões do processo gerador de saúde, e auxilia os indivíduos na adoção de um estilo de vida mais adequado com a saúde, em que as circunstâncias permitem a sua participação como cidadãos em ações do tipo grupal, assuntos ligados ao ambiente e aos serviços de saúde^{3,4,5}.

Portanto, torna-se evidente para todos a necessidade de conferir um marco conceitual para trabalhar essas ações, como também do estabelecimento para cada programa educativo específico de uma metodologia apropriada, que conduza a mudança no estilo geral da vida daquela população que demanda ações preventivas para determinado fim.

Por conseguinte, formação, informação, orientação e encaminhamento das pessoas são fundamentalmente necessários e vêm ao encontro da doutrina do documento de ALMA-ATA, cuja carta elaborada pelos peritos da saúde de todo o mundo propõe "mais saúde para todos até o ano 2000", e visa a promoção mundial da saúde, sobretudo com o eixo integrador dessa filosofia norteadora.

Ao nos engajarmos nesse processo, como agentes da educação e da saúde, depreendemos que a educação para uma visão holística tem-se preocupado também com os processos que visam o desenvolvimento integral do homem (biopsicossocial e espiritual) para o conhecimento e o progresso das ciências e das técnicas como condição necessária à promoção do bem estar e da plenitude do indivíduo na sociedade, tendo em vista o respeito à sua contextualização.

Não obstante, ao nos fundamentarmos em referenciais teóricos e práticos sobre essas questões, temos verificado que, desde os primórdios da humanidade e ao longo da civilização humana, a história da saúde pública revela a ocorrência de sérios e graves problemas de saúde entre os povos de todas as nações. Epidemias e pandemias surgiram nas comunidades, arriscando e acometendo a saúde das pessoas, tanto individual como coletivamente. Nessas situações, as DSTs, têm muito a revelar. Embora a sífilis e a gonorréia, entre outras, sejam tão antigas quanto a existência do homem e ameacem até hoje sua saúde, há quem revele que a AIDS também data

de longos tempos com mutações e acometimentos, de acordo com os diferentes períodos de sua própria historicidade empírica.

E hoje, mais do que nunca, quando circunstâncias, como miséria, estresse, fome, prostituição e drogas, entre outras, afetam consideravelmente as condições básicas da saúde da população, os agentes de saúde e da educação têm trabalhado em ação conjunta para tentar equacionar as várias situações de perigo que ameaçam o nível de saúde da população. E quando essa preocupação está associada às questões da sexualidade humana das DSTs e, em especial da AIDS, os riscos são maiores, porque essa moléstia resgata a reflexão sobre condutas sexuais para o sexo seguro e com responsabilidade. Em contrapartida, ela acomete de forma assustadora qualquer pessoa indiscriminadamente, sobretudo aquela exposta às múltiplas e freqüentes situações de riscos. Contudo, o mais grave é que a AIDS, embora prevenível, não tem cura até o momento atual, ainda não dispomos nem de vacina ou de qualquer tratamento totalmente eficaz, o que acarreta para seus portadores um diagnóstico complexo que gera medo e pânico entre eles e em toda a população. Nesse impasse, desinformação, preconceito, discriminação, e falta de solidariedade diante da AIDS, provocam conflitos sérios na comunidade, que dificultam o alcance de níveis maiores de saúde, como também os avanços nessa área, o que é lastimável.

Devido a tudo isso, sabemos que a grande arma para combater a ignorância, os preconceitos e tabus diante as doenças em geral, sobretudo as DSTs e em particular, a AIDS, é a informação. A melhor forma de prevenção é feita pelos programas preventivos de educação e saúde na comunidade. No caso das DSTs-AIDS, o processo ensino/aprendizagem pode favorecer consideravelmente a solidariedade humana, a redução da disseminação do HIV, que é contraído principalmente por relações sexuais com pessoas infectadas ou por exposição a sangue e seus derivados contaminados, como também pode trabalhar a discriminação e o preconceito já existentes^{4,5,6,7,8,9}.

Por outro lado, a literatura aponta a escola como o local ideal para abordagem desses temas, tanto para seus professores e demais funcionários, como para seus alunos, com o aval da família e de toda a comunidade.

Contudo, sabemos que o despreparo de grande parte dos educadores é o responsável pela questão da sexualidade ser vivida ou apresentada como um espaço perigoso, em que se transita às escondidas ou do qual se foge. Dessa forma, os educadores, em geral, preferem enxergar defensivamente os seus alunos como seres assexuados e que não necessitam de orientações. Esse posicionamento evita que se enfrente a questão e, aparentemente, gera menos ansiedade, porque dispensa que se repense a própria sexualidade. No entanto essa postura é insustentável uma vez que a sexualidade do jovem explode com problemas, entre outros de gravidez precoce, das DSTs-AIDS e drogas.

Em dois anos de atendimento, o Programa de Atendimento à Saúde do Adolescente da Secretaria do Estado

É preciso utilizar medidas capazes de levar os indivíduos a assumirem maiores responsabilidades com sua saúde.

da Saúde (1991) identificou entre os principais problemas na adolescência, as questões relativas à sexualidade, como distúrbios ginecológicos, gravidez precoce, aborto, DST e AIDS, além de dúvidas sobre a identidade

sexual, travestismo e prostituição, apontando também para o aumento crescente na demanda de orientações relacionadas à sexualidade, concepção e contracepção¹⁰.

Portanto, para que a sexualidade não fique restrita à nomenclatura de alguns órgãos de forma essencialmente biológica e o aluno seja devidamente orientado, é de fundamental importância que se pesquise e capacitem adequadamente os dirigentes de instituições de ensino, professores e funcionários para haver suporte favorável ao contingente escolar. Deve ser enfatizada a formação de vínculos entre os professores e alunos para gerar um clima de confiança, em que o educador, ao desempenhar o papel de facilitador, ofereça espaço para o aluno expressar suas opiniões, idéias e seus valores, como também expor suas dúvidas, inseguranças e angústias, treinando a sua aceitação da diferença do outro. Contudo, para que o trabalho seja coeso e firme nesse sentido, os diretores escolares devem criar uma filosofia norteadora, contínua e sistemática que propicie um ambiente favorável à essa abordagem no currículo escolar.

Nesse processo, o enfermeiro possui conhecimentos e habilidades que permitem que ele apóie ou desenvolva ações educativas em programas de saúde e higiene nas escolas, fundamentalmente aqueles que já possuem licenciatura que lhes conferem o direito de atuação direta no ensino, na assessoria e/ou encaminhamento juntamente as escolas de 1º e 2º graus, tendo em vista o trabalho com escolares e a demanda referente às questões amplas que a sexualidade e os problemas dessa ordem compõem.

Baseado nesses referenciais, propomos o desenvolvimento da presente pesquisa de educação em saúde na comunidade juntamente a diretores escolares. Para tanto, sensibilizados e mobilizados por essas questões, propomos a elaboração do presente estudo, em que traçamos os objetivos que se seguem, considerando o atendimento dos pressupostos da presente investigação.

OBJETIVOS

Desde muito tempo, temos sido procurados pelos integrantes das escolas para pesquisar aqueles contextos e levantar necessidades para também planejar, executar e avaliar as ações educativas sobre diversas questões, que inquietam essa população, para a promoção da saúde integral do escolar, fornecendo informações e orientações e emitindo pareceres sobre os vários aspectos alternativos para trabalhar a melhoria da qualidade e a valorização da vida plena, com também o exercício da cidadania de toda a população estudantil.

Como objetivos, procuramos estabelecer as seguintes proposições na comunidade estudada:

- investigar as necessidades dos diretores de escolas de 1º e 2º graus sobre educação para saúde integral e sexual, DST-AIDS e drogas, como também preparar esse recur-

so humano como agente multiplicador pelo conteúdo solicitado por eles, visando a saúde escolar.

- planejar, executar e avaliar o processo ensino/aprendizagem, por meio de comunicação educativa, visando o le-

vantamento de dificuldades apresentadas referentes a sexualidade, DST-AIDS e drogas.

METODOLOGIA

A presente investigação – pesquisa/ação participativa – é parte de um projeto mais amplo e resultante da inserção da coordenadora do projeto nas comunidades escolares que, com o auxílio das assessorias permanentes ao longo dos anos, conseguiu diagnosticar os problemas relacionados à educação para a saúde, que também emergiram dos sujeitos pesquisados por esse estudo em ação conjunta. As questões foram levantadas nesse momento com diretores de instituições escolares, daí, culminando um planejamento conjunto de pesquisa e desenvolvimento de um programa educativo, que foi elaborado com a investigadora e os sujeitos envolvidos. O foco central das respostas das questões dos diretores pesquisados foi o interesse nas abordagens relacionadas à saúde em geral em com grande ênfase às questões da sexualidade humana e DST, destacando as informações gerais sobre educação para a AIDS e drogas.

LOCAL

Escolas de 1º e 2º graus (municipais, estaduais e particulares) da cidade de Ribeirão Preto – São Paulo – Brasil.

POPULAÇÃO

Cento e vinte e três diretores de ensino de 1º e 2º graus de escolas municipais, estaduais e particulares locais e regionais.

MÉTODO

Nessa pesquisa, utilizamos como técnica a observação e a entrevista e empregamos questionários com questões norteadoras que foram adaptados do modelo de GIORGI¹³ para a classificação, análise e interpretação das unidades de pensamento expressas pelos sujeitos pesquisados.

PROCEDIMENTO

Para a efetivação dessa investigação, desenvolvemos os seguintes passos: (1) solicitação (por escrito), às Delegacias de Ensino para aplicação da pesquisa e elaboração do instrumento com questionários com questões norteadoras, que foram previamente testados e validados e continham: dados de identificação; questões sobre a problemática geral relacionada à educação para a saúde; (2) entrevista oral, face-à-face, sistematizada, aplicando-se o instrumento definitivo (após aplicação

As escolas possuem sua filosofia norteadora e é difícil conseguir mudanças de comportamento.

em um plano piloto); (3) levantamento das matrizes e elaboração das tabelas com tratamento estatístico, análise dos resultados de maior significado (consenso) para elaboração dos programas educativos, considerando as dificuldades apresentadas pelos diretores pesquisados; (4) execução das ações educativas do enfermeiro com apoio de outros profissionais (médico, educador, etc.) no programa e desenvolvimento das ações, no processo de comunicação na educação; (5) aplicação do instrumento de avaliação para checar se as expectativas dos sujeitos pesquisados e os objetivos da pesquisa foram atingidos, identificando sugestões para momentos posteriores para continuidade da investigação e, garantindo o impacto social e; (6) apresentação dos resultados dos sujeitos pesquisados em eventos e divulgações científicas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na presente pesquisa foram investigadas, 123 escolas de 1ª e 2ª graus de Ribeirão Preto (São Paulo), das seguintes redes de ensino: (1) estadual, que englobou as duas delegacias existentes – 1ª e 2ª DE; (2) municipal e particular, que contaram com o apoio das

Secretarias Municipais da Educação e da Saúde como também Divisão Regional de Ensino, Delegacias de Ensino e Sindicato das Escolas Particulares (locais).

A população pesquisada foi constituída de 123 diretores de escolas, dos quais 85 (69,1%) eram provenientes de escolas estaduais, 24 (19,5%), municipais e 14 (11,4%), particulares. A maior parte (76) pertencia ao sexo feminino, era casada e católica (Tabela 1).

Tabela 1

Característica de identificação dos diretores de ensino pesquisados

Idade	Total	Estado civil	Total	Religião	Total
≤ 25	0	Solteiro	35	Católica	66
26 a 30	2	Casado	68	Espírita	41
31 a 35	13	Desquitado/divorciado	13	Protestante	10
36 a 40	37	Em branco	7	Outras	4
41 a 45	32			Em branco	2
46 a 50	49				
≥ 51	12				
Total	123		123		123

*sexo: masculino = 47; feminino = 76.

No tocante às questões voltadas para as instituições escolares, entendemos que a escola é uma das instituições mais requisitadas pela comunidade para auxiliar em diferentes ações e cobrada da apresentação de resultados sempre imediatos. A adequação da escola às exigências da sociedade moderna suscita constante discussão, porque alguns defendem posturas mais rígidas e informativas, enquanto outros são favoráveis à postura voltada para a formação integral de crianças e adolescentes¹¹.

Essas posturas estão expressas no conteúdo das falas dos sujeitos pesquisados e representam em sua totalidade a realidade existencial e a postura assistencial das escolas do país.

Contudo, entendemos que as escolas, mais do que nunca, precisam estudar, analisar e refletir sobre as suas contradições, objetivar a sua visão do mundo e do homem, para, então, conseguir atender tanto o homem particular (garantindo espaço para a manifestação das individualidades), quanto o humano genérico, (possibilitando transformações que resultem no maior desenvolvimento do aluno como um ser integral). O atendimento global só será possível diante a participação efetiva de diretores, professores, funcionários, pais, alunos e toda a comunidade em debates, críticas, posicionamentos individuais, coletivos, cooperações e parceiras. Para o atendimento dessas exigências, as relações inter- e intrapessoais precisam ser revistas e bem trabalhadas. Portanto, é preciso que a direção escolar postule o aluno, não como objeto, mas como o objetivo das ações e o sujeito do processo.

Porém, sabemos que as escolas possuem sua filosofia norteadora e é difícil conseguir mudanças de comportamento em relação às condutas diretivas e posturas firmadas. Contudo, somos encorajados a enfrentar esse desafio, quando evidenciamos a escola como possibilitadora e facilitadora do desenvolvimento do ser humano integral mais uma vez que se preconiza a necessidade da adoção de uma postura voltada para a valorização da vida. O significado amplo e integrador dessa postura, possibilita que diferentes segmentos da comunidade escolar trabalhem não apenas o aspecto cognitivo mas também a totalidade dinâmica do aluno. Portanto, não apenas a informação ou os conhecimentos técnicos e científicos são importantes para o desenvolvimento, como também suas emoções, seus sentimentos e valores necessitam de espaço para manifestação e a escola deve estar atenta para garantir esse intento.

Dessa forma, tanto diretores de escolas como seus professores e funcionários precisam estar atentos para o atendimento integral do aluno. Isso implica ações preventivas amplas que retratem: (1) a alienação por meio de estimulação à crítica, reflexão e participação e; (2) riscos físicos, sociais e psicológicos, por meio de informações e espaços para críticas, pela facilidade na realização de projetos de vida individual e coletiva, enfim, de tantos outros fatores quanto os riscos à integridade da vida física, psíquica e social. Por tudo isso, a Organização da Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) tem apontado a escola como o espaço mais adequado para o desenvolvimento de ações preventivas voltadas para a melhoria da qualidade de vida e resgate à cidadania¹².

Para melhor compreensão e interpretação da visão dos diretores de ensino, que foram pesquisados sobre as questões gerais de educação para a saúde integral do escolar na detecção de problemas em suas unidades escolares, levantamos os dados de identificação desses sujeitos, como também alguns questionamentos que

culminaram com os resultados apresentados nas Tabelas e Quadros seguintes.

A Tabela 2 evidencia que a maioria dos delegados pesquisados (111) conceituam adequadamente as DSTs.

UNESCO tem apontado a escola como o espaço mais adequado para o desenvolvimento de ações preventivas.

prevenção, em menor escala. Portanto, compreendemos a necessidade de orientação nesse sentido para esse pessoal.

Tabela 2

Distribuição numérica das respostas dos diretores de ensino sobre a questão: O que são doenças sexualmente transmissíveis (DST)?

Respostas	Modalidades escolares				Total
	1º DE	2º DE	Muni- cipal	Parti- cular	
Doenças adquiridas através de relações sexuais	61	14	14	13	111
Doenças infecciosas causadas por microrganismos	1	7	10	2	20
Gonorréia, sífilis, etc.	1	-	-	-	1

*Houve mais de uma resposta para alguns. Total de participantes da pesquisa = 123 sujeitos.

Quanto ao conceito de AIDS, 92 (74,7%) dos sujeitos pesquisados a classificaram como uma DST relacionada à morte e promiscuidade. Apenas 4,1% referiram contaminação por sangue e sexo. O restante (25,2%) deixou essa questão em branco (Tabela 3).

Tabela 3

Distribuição numérica das respostas dos diretores de ensino pesquisados sobre a questão: O que é a AIDS?

Respostas	Modalidades escolares				Total
	1º DE	2º DE	Muni- cipal	Parti- cular	
É uma DST que mata relacionada a promiscuidade	53	10	16	13	92
Doenças que se transmitem não somente pelo sangue e sexo	3	-	2	-	5
Em branco	12	10	8	13	1

*Houve mais de uma resposta para alguns. Total de participantes = 123 sujeitos

A Tabela 4 mostra que dos 123 sujeitos pesquisados, embora a maioria referisse a AIDS como prevenível, apenas 50 (40,6%) mencionaram o uso de preservativo, 34 (27,6%) o controle dos bancos de sangue e 25 (20,3%) o uso de seringas descartáveis como meios de

Tabela 4

Distribuição numérica e percentual das respostas dos diretores de ensino pesquisados sobre a questão: A AIDS é prevenível? Como?

Respostas	Modalidades escolares*				Total
	1º DE	2º DE	Muni- cipal	Parti- cular	
Não: 3					
Sim: 80					
Em branco: 40					
Como prevenir a AIDS?					
Usar preservativos	30	11	6	3	50
Controlar bancos de sangue	14	11	7	2	34
Usar seringa descartável	12	6	6	1	25
Evitar promiscuidade sexual	11	-	2	1	14
Não usar drogas injetáveis	6	-	1	2	9
Conhecimento do que é AIDS	5	-	3	-	8
Higiene	4	-	-	-	4
Usar luvas	3	-	-	-	3
Controlar bancos de aleitamento materno	1	-	-	1	2
Conscientização da população	-	-	-	1	1

*Houve mais de uma resposta para alguns sujeitos. Total de participantes da pesquisa = 123 sujeitos

Quanto à questão "Quem poderá adquirir HIV-AIDS?" (Tabela 5), 60 (48,7%) sujeitos pesquisados referiram que qualquer pessoa pode adquirir essa doença, porém, 73 deixaram essa questão em branco. Isso sugere que possivelmente existe desinformação entre aqueles que não responderam. O que chamou a atenção é que 15 (embora um pequeno número) mencionaram que o HIV-AIDS acomete grupo de riscos; essa referência contraria os estudiosos do assunto, porque eles alertam que todos são suscetíveis à contração dessa doença, uma vez que se exponham às situações ou a comportamentos de risco. Nesse caso, os jovens devem ser preparados para enfrentar o problema, devido ao seu nível de vulnerabilidade à exposição de risco, portanto, a informação tem importância fundamental.

Na questão "Há tratamento eficaz para a AIDS?" 67 (54,5%) dos sujeitos pesquisados não referiram qualquer resposta, revelando, assim, o nível de desinformação entre eles.

Quanto ao preconceito a AIDS, doentes e/ou portadores de HIV, 88 (71,5%) da população estudada afirmaram positivamente. Alguns completaram e acrescentaram que as pessoas têm medo de adquiri-la, enquanto outros mencionaram medo de traba-

lhar com crianças contaminadas. É interessante considerar ainda que 35 (28,4%) dos sujeitos pesquisados não responderam essa questão (Tabela 7).

O educador deve assumir a postura de um agente de educação, enquanto vigilante da saúde integral do escolar.

Quanto ao conhecimento da população estudada sobre o significado do preservativo, a maioria emitiu respostas satisfatórias, embora 71 tenham deixado essa questão em branco; os demais emitiram respostas incompletas (Tabela 8).

Tabela 5

Distribuição numérica das respostas dos diretores de ensino pesquisados sobre a questão: Quem poderá adquirir HIV-AIDS?

Respostas	Modalidades escolares*				Total
	Esta-dual		Muni-cipal	Parti-cular	
	1º DE	2º DE			
Qualquer pessoa	30	21	6	3	60
Quem mantém relação sexual com pessoa infectada	14	-	-	1	15
Indivíduos que pertencem a grupos de risco	8	7	-	-	15
Usuários de drogas injetáveis	13	-	-	2	15
Todos os homossexuais	6	5	-	1	12
Hemofílicos	5	6	-	-	11
Quem recebe sangue contaminado	5	3	-	1	9
Aquele que não toma cuidado	7	-	-	-	7
Em branco	25	19	18	11	73

*Houve mais de uma resposta para alguns. Total de participantes da pesquisa = 123 sujeitos

Tabela 6

Distribuição numérica das respostas dos diretores de ensino pesquisados sobre a questão: Há tratamento eficaz para a cura da AIDS?

Respostas	Modalidades escolares*				Total
	Esta-dual		Muni-cipal	Parti-cular	
	1º DE	2º DE			
Sim (AZT): 03					
Não: 23					
Apenas tratamento que ameniza	3	10	8	2	23
Apenas tratamento para doenças oportunistas	-	-	-	1	1
Nada comprovado	2	-	-	-	2
Não sei	53	32	10	2	67
Em branco	10	7	6	10	33

*Houve mais de uma resposta para alguns. Total de participantes da pesquisa = 123 sujeitos

Tabela 7

Distribuição numérica das respostas dos diretores de ensino pesquisados sobre a questão: Há preconceito contra as pessoas com AIDS?

Respostas	Modalidades escolares*				Total
	Esta-dual		Muni-cipal	Parti-cular	
	1º DE	2º DE			
Sim	44	31	9	4	88
As pessoas têm medo de adquiri-la	2	-	-	1	3
Medo de trabalhar com crianças contaminadas	1	-	-	-	1
Em branco	5	5	15	10	35

*Total de participantes da pesquisa = 123 sujeitos

Tabela 8

Distribuição numérica das respostas dos diretores de ensino pesquisados sobre a questão: O que é um preservativo?

Respostas	Modalidades escolares*				Total
	Esta-dual		Muni-cipal	Parti-cular	
	1º DE	2º DE			
Camisinha de Vênus	28	7	15	2	52
Usado para proteger homens e mulheres durante o sexo	11	10	-	1	22
Aquele que não permite contato direto com os órgãos sexuais	5	-	2	-	7
Usado para prevenir gravidez indesejável	5	4	-	1	10
Forma de evitar DST	1	-	-	-	1
Em branco	41	9	9	12	71

*Houve mais de uma resposta para alguns. Total de participantes da pesquisa = 123 sujeitos

Na Tabela 9, ao investigarmos os diretores de ensino sobre o significado que eles dão às práticas sexuais de risco à possível contaminação das DST/AIDS, observamos o seguinte:

- Homossexualismo – a maioria (122) têm idéia real de seu significado.

Os problemas complexos de educação para a saúde nas escolas estão relacionados, sobretudo, às questões de ordem sexual.

- Heterossexualismo – praticamente todos os sujeitos pesquisados, deram a resposta correta, porém dois erraram.
- Bissexualismo – embora 46 tenham deixado em branco e um não soubesse seu significado, 77 deram conotação exata para essa prática sexual.
- Transexualismo e Travesti – significados incompletos e inadequados para essas práticas, que demonstraram desinformação nesse sentido.
- Lesbianismo – 50,4% referiram adequadamente o conceito dessa prática.
- Cunilinguismo – a maioria (82,1%) deixou essa questão em branco e/ou referiu não ter conhecimento.
- Analinguismo – também houve desinformação sobre essa prática, porque apenas 22,7% (15 e 13) deram conotação exata.
- Felação – houve total desinformação sobre o sentido dessa prática, uma vez que apenas 15 (12,2%) deram conotação real para esse termo. Voyeurismo, sodomia e onanismo – houve grande desinformação sobre essas práticas sexuais.
- Pederastia – embora 31 (34,1%) tenham respondido adequadamente, a maioria demonstrou desconhecimento sobre essa prática sexual.
- Erotismo, bráquio-retal e erotismo vaginal – também houve desinformação, embora o primeiro termo apenas 12 acertaram o seu significado, enquanto o segundo, 14 deram conotação adequada à essa prática sexual.

Não sei	1	-	-	-	1
Em branco	22	13	11	-	46

Transexualismo

Biologicamente é um sexo, mas desempenha papel de outro sexo	13	11	8	4	36
Transformistas	12	10	8	1	31
Pessoas que mudam de sexo com cirurgia	6	6	-	-	12
Relação sexual com vários parceiros de uma só vez	-	-	-	-	2
Em branco	15	10	8	9	44

Travesti

Pessoas que mudam de roupa e adquirem modos de pessoas de outro sexo	21	7	12	-	40
Homem que se transveste	9	-	-	4	13
Homem que tem hormônio feminino	1	-	-	-	1
Em branco	32	15	12	10	69

Lesbianismo

Homossexualismo feminino (mulher com mulher)	35	13	11	3	62
Não sei	1	-	-	-	1
Atração por parceiro do mesmo sexo	1	-	-	-	1
Em branco	20	5	13	11	49

Cunilinguismo

Contato sexual através da língua	8	4	-	-	12
Contato bucovaginal, homo- ou heterossexual	-	-	5	2	7
Não sei	5	-	-	-	5
Sexo anal	3	-	-	-	3
Em branco	42	23	19	22	96

Analinguismo

Contato da língua com o ânus	11	4	-	-	15
Contato oroanal, homo- ou heterossexual	-	-	10	3	13
Não sei	4	-	-	-	4
Em branco	46	20	14	11	91

Felação

Contato bucopeniano	1	-	11	3	15
Relação sexual com língua	3	2	-	-	5
Não sei	6	-	-	-	6
Relação sexual onde a mulher masturba o homem	1	-	-	-	1
Relação com animais	1	-	-	-	1
Em branco	46	25	13	11	95

Voyeurismo

Excitação sexual ao observar os órgãos genitais do outro	5	10	10	3	28
Não sei	7	-	-	-	7
Sexo entre várias pessoas	1	-	-	-	1
Exibicionismo	1	-	-	-	1
Em branco	43	18	13	11	85

Sodomia

Prática sexual anômala entre indivíduo do mesmo sexo ou opostos	2	10	9	4	25
---	---	----	---	---	----

Tabela 9

Distribuição numérica das respostas dos diretores de ensino pesquisados sobre a questão: Qual o significado das palavras (práticas sexuais)?

Respostas	Modalidades escolares				Total
	Esta- dual	Muni- cipal	Parti- cular	Total	
Homossexualismo					
Sexo entre pessoas do mesmo sexo	50	34	22	14	122
Manter relação com homem e mulher	2	-	1	-	3
Ridículas essas perguntas	1	1	1	-	3
Recuso-me a responder	1	1	-	-	2
Heterossexualismo					
Sexo entre pessoas do sexo oposto	53	32	23	13	121
Pessoas que têm relação com os dois sexos	1	-	-	-	1
Sexo com homen	1	-	-	-	1
Bissexualismo					
Sexo entre pessoas do mesmo sexo e sexo oposto	37	13	13	14	77

O sexo desprotegido e sem responsabilidade tem sido constante entre pré-adolescentes e jovens.

também a necessidade de material didático e cartilhas que subsidiem as escolas no trabalho dos temas em questão.

Não sei	18	-	-	-	18
Prática de coito anal	11	-	-	-	11
Prática de sexo grupal	7	-	-	-	7
Homossexualismo	5	-	-	-	5
Ato sexual com tortura	4	-	-	-	4
Em branco	50	32	15	-	97

Onanismo

Auto-masturbação manual masculina	5	-	13	4	22
Não sei	6	-	-	-	6
Ato sexual com animais	1	-	-	-	1
Em branco	54	19	11	10	94

Pederastia

Contato sexual entre um homem e um rapaz jovem Homossexualismo (Veado) masculino	15	16	7	4	42
Não sei	2	-	-	-	2
Homem que não consegue ter orgasmo	1	-	-	-	1
Em branco	18	2	17	10	47

Erotismo bráquio-retal

Introdução de mão e antebraço no reto	1	4	4	3	12
Excitação através do ânus	8	-	-	-	8
Não sei	3	-	-	-	3
Em branco	47	22	10	11	84

Erotismo vaginal

Introdução de mão e antebraço na vagina	1	5	5	3	14
Excitação através da vagina	8	-	-	-	8
Não sei	2	-	-	-	2
Em branco	47	22	9	11	89

É importante ressaltar que o educador necessita desses conhecimentos para orientar os jovens com vida sexual ativa, que utilizam práticas sexuais que, possivelmente acarretam danos tanto à sua saúde sexual como a de outros(as). Por outro lado, essas informações devem ser despojadas de preconceitos e tabus, como também de falsos moralismos, e o educador deve assumir a postura de um agente de educação, enquanto vigilante da saúde integral do escolar, tanto individual como coletivamente.

Portanto, os dados pesquisados evidenciam alguns pontos de desinformação sobre os assuntos destacados com os diretores de ensino, que carecem de orientação nesse sentido, considerando a responsabilidade deles em seu âmbito de atuação no atendimento de todo o segmento escolar. O Quadro I comprova isso, uma vez que 100% sugeriram a necessidade de conhecimentos gerais voltados para educação e orientação sexual, sexualidade, DST-AIDS e drogas, entre outros temas apresentados em escala decrescente, com o também a expansão e ampliação do projeto, em um futuro próximo, para professores, pais, alunos e comunidade. Referem

Quadro I

Distribuição numérica, em ordem decrescente, das respostas dos diretores de ensino sobre os temas que gostariam de conhecer, discutir e emitir sugestões no programa educativo.

Respostas	Frequência numérica
Gostaria de conhecer (conhecimentos gerais)	
Educação e orientação sexual	123
Sexualidade	123
DST	123
AIDS	123
Drogas	120
Sexo seguro	120
Práticas sexuais de risco	96
Outros (aborto, prostituição, gravidez, masturbação, etc)	70
Gostaria de discutir	
Como trabalhar esses temas nas escolas	119
Como abordar esses temas	115
Onde buscar apoio e assessoria para trabalhar esses temas	105
Como lidar com o escolar HIV+ se não temos orientação	105
Como envolver os pais e a comunidade nesse processo	96
Tenho dificuldade para trabalhar	99
Tenho medo de trabalhar a AIDS	89
Sugestões	
Fazer um projeto grande para envolver toda a escola, comunidade e os professores e principalmente pais e alunos	119
Fazer cartilhas educativas com guias do professor e dos pais com subsídios para essas ações	115

Os Quadros, que serão apresentados a seguir, revelam as respostas avaliativas do processo ensino-aprendizagem pelas ações desenvolvidas no programa educativo. Portanto, elas são resultantes do seminário avançado oferecido aos sujeitos pesquisados, considerando suas necessidades dificuldades levantadas para atender a formação e capacitação desse recurso humano, como agente multiplicador, quanto a habilidades e conhecimentos específicos sobre esses assuntos.

O Quadro II revela que a maioria dos diretores (111) considera interessante o treinamento recebido e que ele correspondeu as suas expectativas (95,9%), atribuindo conceito A – excelente – e muito bom (83,7%) ao evento.

Educação é um processo fundamentalmente contínuo de ensino e aprendizagem.



A discussão sobre o modo de lidar com os alunos ou pessoas em geral... Os slides para os jovens deveriam ser mais leves (para nós foi ótimo)...

*Houve mais de uma resposta para alguns sujeitos.

As respostas apresentadas no Quadro III evidenciam o grande interesse pelo que foi trabalhado no Seminário Avançado de Treinamento dos Diretores de Ensino, principalmente pelos temas voltados para sexualidade, DST-AIDS e drogas, ressaltando que “foi muito proveitoso”, “ótima oportunidade de aprendizagem” e que os profissionais que apresentaram o conteúdo, as discussões e o material didático possuíam excelente conhecimento, etc.

Quadro II

Distribuição numérica das respostas dos diretores de ensino pesquisados, de acordo com o que acharam e as suas expectativas sobre o Seminário Avançado em sexualidade, DST, AIDS e drogas nas escolas.

O que achou do seminário?	Total
Excelente/ótimo	80
Muito bom	23
Bom	8
Em branco	5
Outros	7
Superou os que já assisti (espero continuidade)	
Foi de grande competência técnica	
Esperamos que o resultado do projeto DST/AIDS nas escolas possa obter bons resultados	
Foi interessante/ilustrativo/maravilhoso	
Atingiu as suas expectativas?	Total
Sim (superou minhas expectativas)	118
Não superou minhas expectativas	5

Os 123 diretores pesquisados responderam o instrumento de avaliação.

Quadro III

Distribuição numérica das respostas dos diretores de ensino pesquisados sobre o que foi mais interessante e proveitoso no Seminário Avançado

O que foi mais interessante?*	Total
Tudo (todo conhecimento que tivemos para levar à nossa escola)	100
Sobre sexualidade humana DST/AIDS/HIV	116
Drogas	107

O que foi mais proveitoso?

Tudo foi mais proveitoso. Foi ótima oportunidade para levarmos aos nossos professores, funcionários, pais e alunos... Os professores, que ministraram as aulas e debates, são altamente qualificados com ricos materiais e perfeitas ilustrações... Meios de transmissão/sintoma/proteção e prevenção das DST/AIDS foram muito bem abordados... Saber que existe um grupo de pessoas esforçadas, que se doa a um mal que atinge níveis alarmantes, propondo informação gratuitamente...

As dúvidas apresentadas no Quadro IV estão mais relacionadas às questões de nível pessoal e não propriamente ao conteúdo programático apresentado no Seminário; contudo, a preocupação dos diretores é pertinente e fundamental e, basicamente, quanto à necessidade de assessoria e subsídios didáticos, como cartilhas educativas para apoiar o educador em suas ações pedagógicas cotidianas no trabalho desses temas com os escolares, considerando o preparo para atender as diferentes faixas etárias, como também o nível de complexidade que as diferentes fases exigem para tratar os problemas relacionados a essas questões.

Quadro IV

Distribuição numérica das respostas dos diretores de ensino pesquisados sobre as dúvidas que permaneceram após o Seminário Avançado

Dúvidas que permaneceram	Total
Não	102
Sim	14
Em branco	7

Quais foram as dúvidas?

Questões gerais da hepatite B
Eu preciso estudar, atualizar e analisar sempre os temas estudados, para não esquecê-los
As dúvidas aparecerão depois. Precisaremos de outros momentos para revermos esses assuntos. Até mesmo para nossa atualização
Se haverá continuidade dos trabalhos
Profilaxia das doenças em geral
Quanto aos meios de orientação para os educandos sobre esse tema (cartilhas educativas e assessoramento)
De que forma passar isso para alunos e funcionários das escolas (sem o material didático em mãos)
Frente a um comportamento moral, como fica a sexualidade humana diante das DST/AIDS, tem que envolver a família e a religião

As sugestões emitidas no final do Seminário dos diretores referiram fundamentalmente a importância da continuidade desse projeto, que deve, ainda, desenvolver atividades da pesquisa à ação destinadas a professores, funcionários de escolas, alunos, pais e demais segmentos sociais, para pesquisar problemas e levantar suas necessidades, como também elaborar, executar e avaliar as ações, por meio de programas educativos, quanto às questões volta-

das para a educação para a saúde e orientação sexual, DST, AIDS e drogas, sobretudo para os escolares (Quadro V).

Os ganhos de saúde da população dependem principalmente das mudanças no comportamento dos indivíduos.

conseqüentemente, a ação educativa para os professores de 1º e 2º graus. Mencionam também, a necessidade de maiores detalhamentos e tempo para os assuntos que possibilitem a teoria articulada com as discussões e a

efetiva análise e reflexão da relação professor – aluno no desenvolvimento dessas ações. Dessa forma, estarão garantidos, além do conhecimento, as habilidades específicas que favorecerão e facilitarão a mudança de comportamento nos assuntos em questão.

Quadro V

Ordem decrescente das respostas dos diretores de ensino pesquisados sobre as sugestões para continuidade do projeto sexualidade, DST, AIDS e drogas nas escolas

Sugestões

Repetir outros seminários ou encontros para atualização e discussão desses assuntos
Se possível, tempo maior para cada tema trabalhado e mais tempo para discussões
Que esse programa tenha continuidade para atingir a população de pais, alunos, professores, dentistas, policial da ronda militar e funcionários da escola
Seguir o cronograma do projeto. Não para aí. Seguir a risco o projeto. Parabéns.
Realizar encontro com os pais, logo após o seminário dos professores, uma vez que neste momento, está sendo feito para os diretores
Treinar professores de ciências/biologia; se possível, também de português e educação física
Que as reuniões sejam realizadas para serem combinadas as estratégias de orientação dos educandos, reunião entre o pessoal da saúde e educação
Achei chocantes os slides sobre DST. Poderiam ser menos agressivos
Utilizar meios de comunicação de massa, TV, rádios, jornais e vídeos para esse projeto
Discutir mais sobre discriminação
Que todo esse material seja enviado às escolas. Fazer anais desse seminário
Continuar a divulgação principalmente na periferia
Alertar todos os segmentos da sociedade
Seja atingido escolas, bairros e entidades religiosas
Que seja passado aos inspetores e serventes, porque estão mais próximos dos alunos
Que a polícia atue isenta da corrupção que a envolve, num efetivo combate às drogas
Que o projeto DST/AIDS seja mais difundido entre a população geral
Apresentar as outras fases do projeto para todos
Apresentar depoimentos de pessoas infectadas para professores, pais, alunos e segmentos sociais
Receber informação sobre como lidar com e dar apoio a aidéticos e seus familiares para enfrentarem os preconceitos
Preparar material direcionado a alunos, pais e professores (cartilhas)
Fazer seminários urgentes para os professores de cada escola
Veiculação de publicações e boletins técnicos
Trabalho de conscientização em nível preventivo
As palestras desses docentes da USP deveriam ser mais freqüentes nas escolas
Fazer palestras também em fábricas, clubes e favelas, etc
Gostaria de ver nas escolas esse pessoal capacitado desempenhando essas funções em parceria com a direção das escolas
Esse projeto deveria desenvolver, em outras etapas, planos de ação junto à comunidade (homossexuais, prostitutas, etc.)

Os Quadros VI e VII revelam as sugestões apresentadas pelos diretores quanto à elaboração de pesquisa e

Quadro VI

Distribuição numérica das respostas dos diretores de ensino pesquisados (diretores de ensino) quanto a sugestões sobre como deve ser o procedimento do Seminário dos professores de todas as redes locais

Sugestões para o procedimento do seminário dos professores

A mesma estratégia utilizada nesse Seminário dos diretores
Fazer em cinema com projeção na tela (filmes e vídeos)
O mesmo procedimento e assuntos de DST/AIDS, sexualidade e drogas
Deve manter a abordagem clara do assunto (menos técnica)
Técnicas apropriadas em oficinas para trabalhar alunos com atividades lúdicas
Palestras do mesmo nível e trabalhos em grupos e debates com oficinas
Dar apostilas e cartilhas, que subsidiem o professor a atingir o aluno
Mais discussão
Maior tempo para detalhar mais o assunto para os professores
Manter grupos menores e discussões mais gerais
Aprofundar os assuntos para capacitar os professores
Mais ilustrações para os alunos
Esquematizar os assuntos, apresentando como recurso didático para o professor
Repetir esse mesmo, porém com jogos, ilustrações e vivências
Há necessidade de Seminários e após cada tópico, um tempo maior para sanar as dúvidas
Esclarecer bem para receberem conhecimento, transmitirem e orientarem
Os assuntos devem ser bem esclarecidos com os diretores envolvidos nos outros seminários
Levar o mais rápido possível para os professores
Preparar material semelhante ao dos diretores, dando um tempo maior para discussão
Que os encontros sejam planejados para pedagogos e orientadores educacionais
A maneira como o professor deverá cobrar tudo isso dos alunos
Considerar a moral, discriminação, relação sexo/pecado/castigo
Por categoria PI, PII, e funcionários da escola em simpósio
Usar dispositivos, questionar estímulos sexuais utilizados pelas TVs, jornais e revistas, que predisõem o jovem à prática sexual indiscriminadamente e de forma precoce
Que a escola atue mais como instrumento e facilitador, e não de combate ao mal
Explicação sobre essas doenças e o modo de orientar os alunos, especialmente para professores de ciências, biologia, educação física e português
Diversificar as formas de abordagem para o professor na orientação
Objetivos que visem as informações práticas
Deveria ser feito por unidade escolar

Total de sugestões = 121

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, constatamos que os diretores de ensino pesquisados possuem uma visão real, crítica e reflexiva sobre os problemas enfrentados pelas escolas de 1^o e 2^o graus quanto à saúde integral do escolar, como também que os problemas complexos de educação para a saúde nas escolas estão

*Sabemos que a grande
arma para combater a
ignorância, os
preconceitos e tabus,
é a informação.*

relacionados, sobretudo, às questões de ordem sexual, DST-AIDS e drogas e que tanto a direção das escolas como educadores e pais estão despreparados para trabalharem essas questões. Eles também emitem pareceres sobre ne-

cessidade de investigação e educação participativas juntamente à escola, família e comunidade, para o estabelecimento conjunto de compromisso e responsabilidade na promoção da saúde individual e coletiva, dessa forma, garantindo um projeto efetivo na socialização do saber, no desenvolvimento de habilidades e na mudança de comportamento, considerando o impacto social. Identificam na escola o espaço crucial para pesquisa e desenvolvimento de ações educativas com debate aberto juntamente à família e aos demais segmentos sociais nesse processo. Para as amplas e atuais questões de sexualidade, sexo, drogas e AIDS, ressaltam o papel relevante das escolas nas ações preventivas com a assessoria de profissionais multidisciplinares, especialmente aqueles da saúde, em que a função educativa do enfermeiro merece consideração.

Portanto, partindo da análise e reflexão dos achados desse estudo, foi possível constatar que os diretores de ensino têm suas preocupações voltadas para crianças em fase escolar, pré-adolescentes e jovens porque eles são mais vulneráveis às situações de riscos, devido à exposição freqüente a sexo e drogas. Esse despreparo dos jovens e a sua falta de limites aos constantes perigos ameaçam gravemente a saúde integral e sexual deles e de seu grupo e ainda geram outros problemas, como gravidez, aborto, prostituição, álcool, fumo, drogas, etc.

Dessa forma, os resultados conclusivos desse estudo culminaram na consolidação das seguintes propostas, que, devido ao alto índice de representatividade dos diretores de ensino pesquisados, foram consideradas essenciais:

- Elaboração de um projeto mais amplo de investigação em educação para a saúde e orientação sexual /drogas, considerando a necessidade de efetivação da pesquisa articulada com a ação em programas educativos juntamente à comunidade escolar (professores, pais, alunos e dentistas de escolas) e também com demais segmentos sociais, como, polícia militar responsável pela ronda escolar e lideranças comunitárias (associações de bairro, instituições religiosas, creches), entre outros, para investigar e propor ações tanto imediatas como a longo prazo diante do que foi levantado sobre as questões de sexualidade, DST-AIDS e drogas, que deverão estar centradas na promoção da saúde integral dos escolares e demais segmentos. Esse projeto deverá ter caráter globalizante e integrativo para criar soluções adequadas às características da população pesquisada e trabalhada, considerando o impacto social.

- Organização e realização de congressos e conclaves similares em Ribeirão Preto (SP) para apresentação e discussão dos resultados da problemática em geral no contexto social, como também fornecimento de cursos de atualização dos temas de saúde integral e sexual do escolar, fundamentalmente direcionados a AIDS, drogas e demais problemas relacionados. Criação de espaço

Quadro VII

Distribuição em ordem decrescente das respostas dos diretores de ensino pesquisados de acordo com outras sugestões ou pareceres

Espaço livre para outras sugestões

Parabéns pela realização desse evento. Foi muito bem planejado, executado e avaliado
Não tivemos dúvidas... tudo foi bem trabalhado
Devem continuar com esse projeto. Foi muito bom
Que o seminário para professores comece urgente
Novos encontros para atualização dos conhecimentos
Palestras debates e discussões com pais e alunos com o apoio dos diretores
Fazer esse Seminário em todas as escolas, pois há ignorância total desses assuntos
Mostrar aos professores as drogas existentes, principalmente a maconha e a cocaína para possibilitar a sua detecção nas escolas, uma vez que eles não as conhecem
Conscientização por todos da importância desse projeto
Preparar cartilhas para os alunos sobre DST/AIDS, sexualidade e drogas
Preparar um kit com apostilas e slides para a escola dar apoio ao professor
Tem que fazer parte dos currículos escolares. A educação sexual é um dever educacional
Fazer uma discussão sobre a prática educacional na política sexual de nosso país. Os diretores precisam "brigar" para que esses temas constem nos currículos
O aluno precisa dos recursos audiovisuais das DST/AIDS, porque eles não têm noção do que sejam essas doenças (é preciso mostrar a realidade crua e nua, de choque)
Trabalhar com professores da comunidade escolar para a convivência com aidéticos (professores, alunos, funcionários). Trabalhar essa abordagem
Que sejam promovidos cursos nas escolas sobre esses temas, como é feito com "Os primeiros socorros"
O projeto foi muito bom e deve continuar e envolver a população nessa luta que é de todos
Discutir o problema que envolve as drogas (o aluno que se sente prejudicado pelo diretor poderá usá-lo como vingança sem que o diretor perceba)
Continuar realizando debates nas escolas
Oferecer seminários sobre os temas aos Rotaries locais, preparar do agentes multiplicadores
Cobrar da Polícia maior autenticidade e honestidade em sua atuação, da Secretaria da Promoção social, um trabalho mais dinâmico: do Governo, um investimento mais eficaz para adotar uma política de saúde que visa a melhoria das condições de vida
Repetir o encontro para a atualização dos conhecimentos
Trabalhar urgentemente esses temas com os líderes comunitários e religiosos, porque eles influenciam muito a família
Treinar a polícia militar e civil, ronda escolar, tiro de guerra, etc.
Treinar os segmentos sociais, porque lá estarão também os pais (Rotaries, Lions, maçonaria, grupos religiosos, etc)

Despreparo de grande parte dos educadores é responsável pela sexualidade ser vivida como um espaço perigoso.

para pesquisa, socialização do saber e desenvolvimento das habilidades dos profissionais de educação (com apoio de profissionais da área da saúde, especialmente de enfermeiros), para que estejam garantidas a efetiva orientação e a mudança de comportamento de seus educandos nesse sentido.

- Os fenômenos de uso indevido de sexo e drogas devem ser entendidos em seus vários aspectos: econômico, social, cultural, psicológico, pedagógico, biológico, entre outros; portanto, merece atenção especial e integralizadora da multidisciplinaridade que é responsável nesse processo. Portanto, há necessidade urgente de (1) organização; (2) articulação; (3) integração dos programas de saúde, tanto em escolas como nos serviços existentes, inclusive daqueles de caráter geral; (4) prevenção direta envolvendo formação integral, socialização do conhecimento e estímulo à persistência e perseverança; (5) prevenção direta por meio de redistribuição de renda, profissionalização, acesso ao lazer e esporte; (6) capacitação profissional adequada dos setores envolvidos para trabalhar os problemas que comprometem a saúde integral de crianças e adolescentes.

- A cultura deve ser fomentada. Esse processo pode ser facilitado para que escolas, diferentes serviços e responsabilidades estejam, portanto, integrados e garantam a efetiva atuação no atendimento da população infanto-juvenil.

- Atualmente, Ribeirão Preto (SP) apresenta condições objetivas e subjetivas para orientação, apoio e assessoria às escolas de 1º e 2º graus, como também, para implantação de novos equipamentos e articulação daqueles existentes. A necessidade de respostas urgentes às questões como drogas e sexualidade humana, nesses tempos de AIDS, não deve mascarar o compromisso do planejamento de uma política duradoura e eficaz nessa área.

- Inserir obrigatoriamente no currículo das escolas de 1º e 2º graus um conteúdo programático sobre sexualidade, DST-AIDS, drogas e assuntos relacionados, não apenas nas disciplinas de ciência e biologia, mas para permeiar as várias disciplinas da grade curricular, considerando, sobretudo, os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais e utilizando referenciais teóricos que valorizem saúde integral, qualidade de vida e resgate da cidadania, conforme preconiza a OMS, procurando integrar escola, família e comunidade numa parceria e cumplicidade de ações que garantam a mudança e a transformação.

- Nesse processo integrado, favorecer debate aberto e democrático, respeitando valores éticos, morais, religiosos e culturais e considerando a contextualização individual e coletiva da população a ser trabalhada.

Portanto, considerando que:

- Crianças e adolescentes, como pessoas em crescimento e desenvolvimento, estão particularmente expostas a vários apelos e estímulos oferecidos pela sociedade, que, algumas vezes, acabam por constituir obstáculos para uma realização plena: a riqueza dos potenciais do jovem permanece como projetos não realizados.

- O abuso e a violência sexual infantil têm aumentado consideravelmente e, em sua maioria, são acompanhados de ameaças, sobretudo de morte: portanto, há necessidade urgente de providências cabíveis.

- O sexo desprotegido e sem responsabilidade tem sido constante entre pré-adolescentes e jovens e acarreta outros danos relacionados à saúde sexual, como gravidez (precoce e não desejada), identidade sexual/gênero, prostituição, aborto e doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, entre outros: a educação é ponto crucial para proporcionar saúde sexual aos jovens e pré-adolescentes.

- A exposição a drogas e/ou seu uso indevido que envolve crianças (alguns ainda em tenra idade) e adolescentes tem, em Ribeirão Preto (SP), proporção alarmante e semelhante àquela dos maiores centros urbanos brasileiros.

- Grupos e serviços locais tentam desenvolver projetos que apontem algumas soluções para esses problemas, mas ainda não conseguiram integração suficiente das práticas. Por outro lado, a inexistência de serviços públicos capacitados e aparelhados, inclusive das redes de ensino de 1º e 2º graus, para abordagem específica dessas questões agrava ainda mais esse quadro. Portanto, é urgente a integração de ações e esforços para minimizar essa situação. Cabe ao indivíduo, estado e demais segmentos sociais o resgate da cidadania, que vislumbre o direito à educação e à saúde integrais, considerando a qualidade e a valorização da vida, tanto individual como coletivamente, o que é um direito de todos os povos de todas as nações, para o alcance do slogan "mais saúde para todos até o ano 2000!"

RESUMO

Pesquisamos as opiniões de diretores de escolas do 1º e 2º graus para identificar suas dificuldades quanto aos problemas gerais da saúde integral e sexual do escolar, desenvolvendo conjuntamente ações educativas e treinamento para atender de forma adequada as demandas existentes em relação a sexualidade e sexo seguro, DST/AIDS e drogas, em seu âmbito profissional. Os sujeitos pesquisados, embora conhecessem os problemas de seu local de trabalho, revelaram despreparo para resolver as questões relacionadas a sexualidade, DST/AIDS e drogas e demonstraram dificuldades, medos e preocupações. Conclui-se sobre a necessidade de efetuar pesquisas nessa área, como também preparar esses profissionais para trabalhar esses temas nas escolas.

Unitermos: DST/AIDS, sexualidade, educação para a saúde, enfermagem escolar.

SUMMARY

The research of the opinions of 1º and 2º grade schools directors were collected by know. The difficulties related the general problems of student's integral sexual health developing in conjunction with the educational actions and training them

attend properly the present claims related with safe, sexuality, STD/AIDS, and drugs in their professional place. In spite of the interviews had the knowledge of the problems in their working local, they are not ready to resolve the questions about sexuality, STD/AIDS, and drugs, demonstrating difficulties, fears, and worries. Therefore, carry-out researchs in this area is urgent and go the instruction of people to work these themes in schools.

Key words: STD/AIDS, sexuality, health education, school nursing.

AGRADECIMENTOS

A autora agradece os recursos financeiros concedidos pelo CNPq e o apoio do PNDST/AIDS-MS.

Endereço para correspondência:
SÔNIA MARIA VILLELA BUENO
Av. Bandeirantes 3900 - CEP 14040-902 - Ribeirão Preto-SP tel.: (016) 633.1190 - Fax: (016) 633.3271 -E-mail: wiabueno@usp.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Divisão Regional de Dermatologia Sanitária (DNDS). Modelo de Curso Básico sobre Hanseníase. *Mimeo*. Serviço de Desenvolvimento de Recursos Humanos, s.d., p. 147.

A escola é uma das instituições mais requisitadas pela comunidade para auxiliar em diferentes ações.

2. GERBERDING, J.R. & SANDE, M.A. – Real and perceived risks of AIDS in health care and work environment information on AIDS for the practicing physician. *American Medical Association*, 3:11-15, 1987.
3. MANN, J.M. – A situação da AIDS no mundo. *A Saúde do Mundo*, 9-7, junho, 1987.
4. MOREIRA, J.R. – Educação: doutrinas, instituições e sistemas educacionais. *Enciclopédia Delta Larousse*, Ed. Delta – US, RJ, pp. 2302-2401, 1962.
5. BUENO, S.M.V. & BUENO, J.V. – *Educação em Saúde e a AIDS*. Resumo do Programa da Reunião Anual do SBPC, julho, Porto Alegre-RS, 1990.
6. CURRAN, J.W. *et al.* – Epidemiology of AIDS: current status and future prospects. *Science*, 229:1352-57, 1985.
7. FRANCIS, D.P. & CHIN, J. – The prevention of acquired immuno-deficiency syndrome in the United States. *JAMA*, 257:1357-66, 1987.
8. KARMAN, G. – AIDS. *Clã – Good Year do Brasil*. pp. 1-5, maio, 1988. Ed. Especial.
9. POMPIDOU, A. – National AIDSS information programme in France. In: WHO – *AIDS: Prevention and Control Pergamon Press*. Estados Unidos, pp. 28-31, 1988.
10. Secretaria de Estado da Saúde. *Problemas da Saúde – Adolescência e Saúde*. São Paulo, Editorial Paris, 1988.
11. Secretaria de Estado de São Paulo. Programa Permanente de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas. Fundo de Solidariedade do Estado de São Paulo/Secretaria do Estado de São Paulo. *Escola é Vida*. Graf. Secretaria do Estado de São Paulo, São Paulo, p. 5, 1994.
12. BUCHER, R. – *Drogas e drogadição no Brasil*. Artes Médicas, Porto Alegre, p. 11, 1982.
13. BUENO, S.M.V. – *A Semântica do Binômio Saúde/Doença: uma análise quali-quantitativa*. Tese de Doutorado. Fac. Educação da USP, São Paulo, p. 180. 1996.

DST IN RIO II Um Congresso Internacional Feito para Nós

Setembro de 1998

Inscrições e Informações: Setor de DST (MIP/CMB/CCM) Universidade Federal Fluminense. Rua Hernani Melo 101, Anexo, Niterói-RJ. Tel.: (021) 717-6301/719-4433 Fax: (021) 719-2588 – E-Mail: MIPMAUR@VM.UFF.BR <http://www.uff.br/dst/>



TRABALHANDO
COM A COMUNIDADE

PREVENÇÃO DA AIDS

Uma Experiência em Linguagem Teatral

COORDENAÇÃO E DIREÇÃO

MIGUEL ABUD MARCELINO¹

AUTORIA

MIGUEL ABUD MARCELINO¹, MARCO OTÍLIO DUARTE RODRIGUES², ELISA VASCONCELOS APPOLINÁRIO², IVAN LEONARDO A. FRANÇA E SILVA², SANDRA MARA EVANGELISTI FARAH², MÔNICA RESENDE PADILHA², MÔNICA DO CARMO ASSUMPTÃO³,

JEAN CARLO DE MORAIS CAMILO⁴

SELEÇÃO MUSICAL

MARCO OTÍLIO DUARTE RODRIGUES²

Introdução: Desde novembro de 1995, no município de Petrópolis (RJ), vem sendo desenvolvida uma ação educativa, em linguagem teatral, escrita e apresentada pela equipe do "Programa Disque -AIDS/UNIMED 43-6920" (programa resultante de convênio entre a Faculdade de Medicina de Petrópolis (RJ), Secretaria Municipal de Saúde [Petrópolis-RJ] e UNIMED Petrópolis. Esse programa constitui uma modalidade de apresentação do tema AIDS, de forma profunda, contundente e, ao mesmo tempo, descontraída, que é dirigida especialmente ao público jovem.

Objetivo: Contribuir para a sensibilização do público jovem na prevenção da AIDS através de um material educativo dinâmico e comunicativo.

Metodologia: A partir de algumas idéias iniciais, foi possível redigir um esboço definindo os personagens centrais, ambientação, roteiro, diálogos e monólogos básicos. Esse material foi submetido à equipe para o desenvolvimento de um trabalho de criação coletiva sobre o texto original,

enriquecendo e inserindo novas falas, redefinindo o perfil de cada personagem, acrescentando todas as informações técnicas, trilha sonora e reambientação da história.

O texto final de criação coletiva retrata uma república de estudantes, onde convivem vários personagens de diversos comportamentos e possibilidades de exposição ao HIV. Pela análise do cotidiano desse grupo, a peça permite colocar em discussão as várias questões que envolvem a AIDS, o seu impacto epidemiológico, as suas formas de transmissão e de prevenção e, sobretudo, a solidariedade e a disseminação de informações corretas, como fatores determinantes para enfrentar essa epidemia.

Resultado: Até o momento, já foram realizadas nove apresentações para um total de 1.150 pessoas, aproximadamente, entre adultos e adolescentes, sobretudo escolares. Até o final desse ano, já estão agendadas novas apresentações no município de Petrópolis-RJ.

Comentários: Simultaneamente às apresentações, o texto final (em formato de trabalho científico), foi devidamente registrado no Escritório de Direitos Autorais da Biblioteca Nacional e se encontra disponível como um documento de domínio público, para montagem por outros grupos interessados, mediante solicitação de cópia (impresa ou em disquete) aos autores em um dos seguintes endereços: Faculdade de Medicina de Petrópolis - R. Machado Fagundes, 326 - Cascatinha - Petrópolis - RJ - CEP 25716-000 - Tel/Fax:

(0242) 426399 ou Secretaria Municipal de Saúde - Programa Municipal de Controle das DST/AIDS - R. Paulino Afonso 455 - CEP 25680-000 - Petrópolis - RJ - Tel: (0242) 424062 R/244 - Fax: (0242) 428343/312165 ou Unimed Petrópolis - R. Irmãos D'Ángelo, 123 - Centro - CEP 25685-230 - Petrópolis - RJ - Tel: (0242) 43-6920 - Fax: (0242) 435210.

"sAIDS baixo que a coisa tá feia"

O presente trabalho foi desenvolvido a partir da iniciativa da equipe de estagiários, voluntários e coordenação do Programa Disque-AIDS/UNIMED 43-6920, para produzir um material didático especialmente dirigido ao público jovem para apresentação na II Mostra de Trabalhos Científicos da Faculdade de Medicina de Petrópolis (RJ), em agosto de 1995.

Trabalho de educação em saúde dirigido aos jovens, em linguagem teatral, desenvolvido pela Equipe do Programa Disque-AIDS/UNIMED 43-6920, em consonância com as atividades preventivas do Programa Municipal de Controle das DST/AIDS e da Comissão Municipal para o Controle da AIDS (CMC-AIDS). Petrópolis-RJ - Fevereiro de 1996.

1 - Coordenador do Programa Disque-AIDS/UNIMED 43-6920, Professor da Faculdade de Medicina de Petrópolis-RJ, Médico da Secretaria Municipal de Saúde (Petrópolis-RJ); Diretor Administrativo da UNIMED (Petrópolis-RJ)
2 - Estagiário do Programa Disque-AIDS/UNIMED 43-6920; Aluno da Faculdade de Medicina de Petrópolis (RJ)
3 - Voluntária; Funcionária da Associação Petropolitana Interdisciplinar de AIDS (API-AIDS)
4 - Voluntário; Aluno da Faculdade de Medicina de Petrópolis (RJ)

Houve consenso no grupo quanto à intenção de se escrever e encenar uma peça de teatro e, a partir de algumas idéias iniciais, foi possível redigir um esboço definindo os personagens centrais, a ambientação, o roteiro, os diálogos e monólogos básicos. Esse material foi submetido à equipe para desenvolvimento de um trabalho de criação coletiva sobre o texto original, enriquecendo e inserindo novas

Estima-se que, até o ano 2000, cerca de 40 milhões de pessoas, a maioria jovens, terão adquirido o vírus da AIDS.

falas, redefinindo o perfil de cada personagem, acrescentando todas as informações técnicas, trilha sonora e reambientação da história. A partir do sucesso alcançado na II Mostra de Trabalhos Científicos, foram feitas mais três apresentações que permitiram

vários ajustes no trabalho final. Uma vez concluído, esse material passa a ser de domínio público, e pode ser utilizado por outros grupo interessados na montagem da peça, solicitando-se apenas que sejam atadas as respectivas referências de autoria e das instituições que contribuíram para sua criação e que a coordenação do programa seja informada para registrar a abrangência do trabalho.

CENÁRIO

A peça se passa na sala de uma república de estudantes e é representada em um único cenário

PERSONAGENS

Empregada = Maria
Estudante = Merijane
Estudante = Gracinha
Estudante = Augusto Cesar (apelido: Cesinha)
Estudante = Rubens Damião (apelido: Veiudo)
Estudante = Genésio Alberto (apelido: GG Pega Todos/Nesinho)
Vendedor = Tufik
Comentarista = (De preferência, um profissional de saúde)

MÚSICA¹ (“Papo Cabeça”)

Ao som da música, os atores entram em cena um a um, acenam para o público e se apresentam, escrevendo em um quadro negro (ou similar) o nome dos personagens que representam, deixando o palco pelo outro lado.

A personagem Gracinha, nesta cena, entra com o “Bob Marley” ao colo (um bicho de pelúcia estilizado, com óculos escuros e cabelos trançados, estilo jamaicano).

CENA 1 (Comentarista)

COMENTARISTA – Nos tempos de hoje, ser jovem significa viver intensamente. Não há tempo a perder, não se sabe o dia de amanhã. E todos querem aproveitar cada minuto como se fosse o último de suas vidas. Para muitos, não há contos a pagar e filhos para criar, somente estudo. Para outros, o emprego é inevitável. Porém, para todos, sem exceção, a juventude é uma festa. Ser jovem é estar no auge da vida. Beber, namorar, “zoar”, “botar pra quebrar”. Esse é o lema: botar pra quebrar!

Mas hoje, temos um grande vilão que pode cortar o barato de qualquer um: a AIDS. Ela está diante dos nossos olhos como um monstro indomável, contra o qual nossas forças ainda são mínimas. Estima-se que, até o ano 2000, cerca de 40 milhões de pessoas, dentre elas, a maioria jovens, terão adquirido o vírus da AIDS e, desses, um percentual considerável terá morrido.

Mas será que é tão difícil assim evitar essa contaminação?

Há muito tempo atrás, alguém teve a brilhante idéia de criar uma capa protetora para o pênis. Na época, era feita de tripa de carneiro. Hoje, esta capa, denominada camisinha, sofreu aperfeiçoamentos e é uma das principais armas contra a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis.

(Dirige-se para a platéia e questiona)

Vocês usam? Vocês se protegem? Vocês transam com camisinha? Vocês fazem sexo seguro?

(GG entra em cena respondendo ao questionamento do comentarista)

CENA 2 (GG, Gracinha, Merijane e Maria)

GG – Eu faço. Mas com a Gracinha... Bem, com a Gracinha é diferente. Quando vou gozar, eu tiro fora. A Gracinha é minha namorada. Três anos de namoro e um ano e meio morando juntos nesta república. Nós e mais três. Um período de muito amor... e sexo; compreensão... e sexo; carinho... e muito sexo. Menina boa, nos dois sentidos. Nasceu lá numa cidadezinha do Mato Grosso. O nome eu não sei, aliás nem sei se tem no mapa. Ela é aquela menina que todo homem queria. Não reclama quando eu chego tarde em casa, não reclama do meu bafo de bebida e de cigarro. Meiga e ingênua. Acredita em tudo o que eu falo. Um dia a gente vai se casar, mas para isso falta grana. Eu sou muito estudioso e muito trabalhador. Profissão? Estudante e empresário. É! Mas isso é aqui pra casa, porque, na verdade, eu trabalho mesmo é como “michê”, garoto de programa, sabe? Mas a Gracinha nem sonha. Eu me chamo Genésio Alberto, mas para “eles” eu sou “GG Pega Todos”. Com eles eu uso camisinha... na maioria das vezes... ,ou melhor, raramente. Mas se alguém perguntar, eu digo que uso.

(Gracinha entra em cena)

GG – Aqui, oh! Gracinha! Olha só aqui! Aquela Maria sarará não passou a minha camisa. Justo hoje que eu tenho aquela Convenção no Maracanãzinho.

GRACINHA – No Maracanãzinho!!! Uau!!! Posso ir com você?

GG – Hoje não Gracinha... Hoje não dá porque só pode entrar com credencial. Além disso, você tem que lavar minhas cuecas e meias que deixei no banheiro, não é *darling*?

GRACINHA – Ah é!!! Vou lavar e deixar bem cheirosinhas pra você amorzinho.

*Se as formas de
transmissão estão bem
definidas, por que será
que as pessoas continuam
se expondo?*

GG – Ah!!! Você é a nora que a mamãe pediu a Deus.

GRACINHA – E você o maridão perfeito. Tão bonito, “fiel”. Nunca ficou com ninguém além de mim, né?

GG – Claro, benzinho. Mas sabe o que eu quero agora?

GRACINHA – O quê Nezinho?

GG – Adivinha... (fala de forma insinuante do outro extremo do palco).

GRACINHA – Ah! Nezinho! De novo? Você é impossível... insaciável! (Merijane entra em cena)

MERIJANE – Oi, Genésio! Oi Gracinha! Atrapalhei alguma coisa? (GG disfarça sua excitação)

GG E GRACINHA – Não...

MERIJANE – Mas vocês estavam assim tão quentes...!? (insinua ter percebido que o GG estava excitado)

GG – (disfarça) É mais já passou...

GRACINHA – Merijane, quem era aquele? (insinua ter percebido que a Merijane acabou de estar com alguém)

MERIJANE – Ora meu bem, era o Ivonaldo!

GRACINHA – Mas, e o Edu?

GG – Eu pensei que fosse o Antonio Carlos!

MERIJANE – Ih gente! Águas passadas...

GRACINHA – Quando você o conheceu?

MERIJANE – Faz exatamente 40 minutos. Mas sabe? Foi aquele negócio de pá, pá, pá e pá, no cantinho da garagem, com pouca conversa e muita ação.

(Maria está fazendo faxina e prestando atenção na conversa. Vai apagando os nomes dos personagens escritos no início da peça)

GG – Mas você desceu ainda há pouco!?

MERIJANE – Pois é! Eu desci, vi e gamei. É o carteiro. Gente, eu nunca tinha percebido esse macho entregador de cartas. Estou realmente a-pai-xo-na-da.

GRACINHA – Nossa Merijane, eu fico impressionada. Você troca de homem como troca de roupa.

MERIJANE – Hum! Artíficos femininos minha querida. Qualquer dia, ainda te ensino Gracinha.

MARIA – (volta-se para a platéia e fala) Essa aí dá mais do que chuchu na serra!

MERIJANE – O que você falou Maria?

MARIA – Eu falei que tem chuchu na panela.

MERIJANE – Olha que você tá é com inveja da gos-to-so-na aqui.

MARIA – Eu, hein? Esconjuro. (Maria passa álcool nas mãos e antebraços. Gracinha percebe o cheiro e pergunta)

GRACINHA – Pra que isso Maria?

MARIA – Vocês ainda não sabem? Sabe aquela biscate do 501? A Creuza do 905 falou pra Jurema do 304, que falou pra mim, que ela pegou a maldita.

GRACINHA – Que maldita?

MARIA – “AIDIAS”, minha filha, “AIDIAS”.

GRACINHA – Que AIDIAS o que? É AIDS sua burrinha. (sai de cena com a Maria, conversando sobre o assunto).

GG E MERIJANE – (assustados, voltam-se para o público e exclamam, num tom de interrogação) AIDS!!!???

MÚSICA² (“The last song”)

(GG e Merijane permanecem em cena durante quase toda a música, saindo, em seguida, preocupados vagarosamente)

CENA 3 (Comentarista)

(Utiliza o quadro negro ou um álbum seriado ou desenvolve um trabalho interativo com a platéia, conforme o local onde estiver sendo feita a apresentação)

COMENTARISTA – Será que GG e a Merijane têm motivos para estarem preocupados? E a paranóia de Maria, ao saber da ocorrência de um caso de AIDS no prédio, será que tem sentido? Será que a população está informada? Está se protegendo?

Afinal de contas, o que é AIDS? AIDS é uma sigla em inglês que significa síndrome de imunodeficiência adquirida. Em medicina, síndrome significa um conjunto de sinais e sintomas, provocados por várias doenças, imunodeficiência significa perda das defesas do corpo e adquirida significa que a pessoa, adquiriu a síndrome, ou seja, não nasceu com ela.

A AIDS é causada por um vírus chamado HIV, ou seja, vírus da imunodeficiência humana. A epidemia de AIDS em todo o mundo vem sendo acarretada pelo HIV1 e pelo HIV2. Esse último tem sido relatado muito mais na África, enquanto o HIV1 está mais disseminado na Europa, Ásia, América e também na África. A grande epidemia de AIDS está sendo provocada pelo HIV1, que se dissemina com muito mais facilidade. E de onde veio o vírus a AIDS? (abordar sucintamente as principais teorias sobre a origem do HIV)

E o que esse vírus provoca no organismo?

(explicar a necessidade da exposição a grandes ou a pequenas quantidades repetidamente para haver a infecção. Abordar, sucintamente e em linguagem simplificada, o mecanismo de infecção do sistema imunológico, fazendo analogia a um exército, onde o HIV representa o “inimigo” e o sistema de defesa está constituído por “soldados” que atuam lutando corpo a corpo (macrófagos), “comandantes” do sistema (linfócitos T auxiliares), “tropa de elite” que atua à distância, em blindados (linfócitos B) e os “projéteis” desses blindados (anticorpos). Essa analogia pode ser feita em um quadro negro ou painel, ou mesmo, de forma mais interativa, dividindo-se a platéia em grupos, com cada grupo assumindo o papel do HIV ou dos componentes do exército acima citado).

O HIV é um vírus pouco resistente no meio ambiente, quando comparado a uma série de outros. Desse modo, não se transmite com facilidade. Vírus bom, em termo de transmissão é o da gripe. Basta uma pessoa gripada dar um espirro para contaminar um punhado de gente. O HIV não. As formas de transmissão estão bem definidas, ou seja: pelo sexo – de um homem contaminado para um outro homem; de um homem contaminado para uma mulher; de uma mulher contaminada para um homem e, rarissimamente, de uma mulher contaminada para outra mulher. Pode ser transmitido também pelo sangue, através do uso de drogas na veia, por transfusão de sangue e derivados do sangue, por transplante de órgãos, quando o doador está contaminado e, muito raramente, de forma acidental. E o HIV pode ser transmitido também da mãe infectada para o seu bebê, dentro do útero ou na hora do nascimento, ou ainda, pelo leite materno, durante a amamentação.

Muito bem. Se as formas de transmissão estão bem definidas, por que será que as pessoas continuam se expondo? Vamos deixar essa pergunta para a reflexão e prosseguir com a nossa história.

CENA 4 (Augusto Cesar)

(interpreta sentado em uma cadeira, de frente para o público)

AUGUSTO CESAR – Eu sou o Augusto Cesar. Eu acho que sou o cara mais ajustado desta república. Digamos que eu seja o mais enquadrado nos parâmetros estabelecidos pela sociedade. Apesar da minha aparência tranqüi-

Qual o risco que corremos, mesmo com a obrigatoriedade de se realizar o teste de anti-HIV em todo o sangue doado?

la e de minha pouca idade, tenho um história bastante complicada. Vivi muitas dificuldades e aprendi muito ao longo dos últimos anos. Aprendi a dar um valor muito grande à vida. Eu tenho 23 anos. Aos 17 anos, comecei a namorar a Carol. Ela era uma garota incrível, com energia de dar inveja a qualquer um. No natal de 1990, ela sofreu um acidente grave, perdeu muito sangue e precisou receber transfusão. Se recuperou em pouco tempo e voltou as suas atividades normais. Tudo ia bem, até que um dia, teve uma crise epilética, foi internada por causa de uma grave doença no cérebro. Os médicos, então, descobriram que aquele sangue, aquele maldito sangue que salvou sua vida, estava contaminado pelo vírus da AIDS. Eu já não tenho mais a Carol. Ela se foi. Como nós nos amávamos intensamente, acabei me contaminando também. No começo foi um terror. Eu não sabia o que fazer, entrei em pânico, quase fiz uma loucura. Felizmente, logo descobri que a vida continua, que não dá pra ficar esperando a morte chegar, só porque se tem esse maldito vírus no corpo. Acho que aprendi a conviver com a minha nova situação, a de portador assintomático. Mas, o mais difícil disso tudo, até mais que o medo da própria AIDS, é a saudade que eu sinto da Carol... (entra a música e ele permanece com a cabeça baixa)

MÚSICA³ ("Philadelphia")

CENA 5 (Comentarista)

Segundo o Augusto Cesar, a Carol se contaminou por uma transfusão de sangue. Qual o risco que corremos, mesmo com a obrigatoriedade de se realizar o teste de anti-HIV em todo o sangue doado?

(abordar como é feito o teste, falar sucintamente sobre as três técnicas mais rotineiras de pesquisa de anticorpos, aproveitando a mesma analogia utilizada para explicar o sistema imunológico. Comentar as possibilidades de haver falso positividade e falso negatividade do exame e a importância de ele ser feito sempre sob a orientação de um profissional de saúde.)

O Augusto Cesar se contaminou fazendo sexo com a Carol. O risco de um homem que só transa com mulheres adquirir o vírus da AIDS existe realmente?

(abordar a facilitação das lesões genitais, das doenças sexualmente transmissíveis e da menstruação para essa transmissão. Comentar sobre o maior risco de um homem adquirir a

infecção de outro homem e o grande risco das mulheres adquirirem o vírus na relação com homens, sem proteção. Abordar também a possibilidade teórica de transmissão no sexo entre mulheres. Comentar sobre o maior risco de sexo com penetração, sobretudo o gênito-anal, apesar do risco também existente no sexo gênito-genital e gênito-oral).

CENA 6 (Augusto Cesar, Veiudo, Maria)

AUGUSTO CESAR – (levanta a cabeça e volta a se dirigir ao público) ... A galera aqui da república não tem a mínima idéia da minha situação. Eu divido o quarto com um cara que se droga pesado. Eu tento alertá-lo sobre os riscos, mas ele nunca me escuta.

(Veiudo entra em cena, "muito doido", com um walkman no ouvido)

AUGUSTO CESAR – E aí Veiudo, como é que foi a aula?

VEIUDO – Hein? Hein? (grita sem tirar o walkman do ouvido)

AUGUSTO CESAR – (pergunta por mais três vezes. Como não tem resposta sai de cena esbravejando)

VEIUDO – (tira o walkman do ouvido e fala com a voz arrastada, dirigindo-se ao bicho de pelúcia – Bob Marley – que está numa mesa do outro lado do palco) Ih aí! O cara. A gente dá a maior atenção pro cara e o cara vai embora assim, sem mais nem menos. Viu só Bob Marley? Dei a maior atenção por cara e ele foi embora assim numa boa. Eu acho que ele tá doidão. O que que há? O que que foi? Tá me recriminando também? Às vezes eu tenho a impressão que tá todo mundo me recriminando. Só porque eu tomo uns "picos" com a galera do mau? Pô, aí, a galera, aí, maior viagem. Você sabe há quanto tempo a galera tá junta? Dez anos aí. No início, a gente era uns dez. Agora tem só oito no pedaço. Teve um que bateu com as botas há uns quatro meses. Dizem que morreu de falta de ar, aí. Mas pra mim, eu acho mesmo que deu "bobeira" na dose. O cara "cheirava" todas, "traçava" um fumo direto e se "picava" legal, aí. Vivía no "bico do corvo". Bobeou, dançou, aí. Nós é que ainda tamos por aí, numa boa.

(Veiudo permanece em cena, sentado, curtindo o seu som)

MARIA – (entra em cena toda paramentada, com botas e luvas de borracha, capa de chuva

transparente e dirige-se ao público) Assim não dá. Assim não dá. Isso aqui tá uma espelunca. Eu não aguento mais. Essa roupa incomoda pra burro, mas seguro morreu de velho, né? Desde que aquela biscate lá de cima pegou "AIDIAS" eu não tenho mais sossego. Estou a-pa-vor-da, tenho medo até de respirar por aqui. Lá fora então, me borro toda. Elevador? Nem morta!! Bota de borracha, roupa isolante, luvas; será que isso tudo protege?

(Maria fazendo faxina, descobre no chão uma seringa usada. Pega a seringa com ar de espanto, examina, cheira e pergunta)

Que que é isso aqui? Alguém tá doente por aqui? Quem tá tomando injeção? Tem alguém com "AIDIAS" aqui? Ai meu Deus do céu!!

VEIUDO – (levanta-se, pega a seringa da mão de Maria e esbraveja) Qual é Maria? Não mexe no meu objeto do desejo. É a última que eu tenho e a galera tá contando com ela, pô.

MARIA – Tu tá se drogando né, o cara? Eu bem que desconfiava. Essa sua cara nunca me enganou.

VEIUDO – Pô, Maria. Qual é? Quem te falou? Foi a Madalena?

MARIA – O quê? Você tá de "terecoteco" com a biscate do 501?

VEIUDO – Pô, aí. Maior gatinha, aí.

MARIA – (Passa a falar sem parar) Ai meu Deus, ele deve tá com "AIDIAS" também. Não lavo mais a roupa e não arrumo mais nada dele, nem que me implore. Sentar na privada, nem morta. Escuta aqui o "Seu" Rubens Damião, eu quero você longe de mim. Se chegar perto, você vai ver do que essa Maria é capaz. Eu invoco os meus santos e rodo a baiana, você vai ver.

(Augusto Cesar entra em cena)

AUGUSTO CESAR – O que está acontecendo aqui?

VEIUDO – Pô aí, eu acho que a Maria tá doidona.

MARIA – Cala a boca seu trapo. Cesinha meu filho, você é o único aqui em quem eu posso confiar. Vem aqui vem. Acontece que esse traste do Veiudo, além de estar se drogando direto, ainda anda subindo no quinto andar pra "furuinfufá" com a biscate do 501, que tá com "AIDIAS". Eu já disse que não toco em mais nada dele e tem mais, por favor, vê se vocês desentulham o banheiro de empregada, porque aqui dentro, no vaso que este traste senta, eu não sento mais.

AUGUSTO CESAR – É verdade, Veiudo?

VEIUDO – Ih, cara! A Maria "viajou na maionese".

*Existe risco de se pegar
o vírus da AIDS
apenas no convívio
com alguém
contaminado?*

MARIA – É verdade. É verdade. Eu juro Cesinha.

AUGUSTO CESAR – Tá bom Maria, eu acredito em você. Quando ele tá doidão, tudo pode acontecer. Mas, você não precisa ficar assim tão desesperada. AIDS não pega assim no convívio com uma pessoa que tem o vírus. Só se transar ou se o sangue da pessoa entrar no corpo da gente. *(carinhosamente o Augusto Cesar abraça a Maria e ambos saem de cena com ele explicando como se dá a transmissão, baixando gradualmente o volume da voz. O Veiudo sai de cena em seguida, curtindo o seu som.)*

CENA 7 (Comentarista)

COMENTARISTA – Afinal de contas, há motivos para a Maria passar a trabalhar com toda aquela vestimenta? Existe risco de se pegar o vírus da AIDS apenas no convívio com alguém contaminado? *(Falar como não se pega AIDS e explicar o risco real de uma contaminação acidental, muito mais freqüente com o vírus da hepatite B do que com o HIV.)*

E a transmissão pelo uso das drogas, realmente está sendo um problema crescente no Brasil e no mundo? Quais as implicações disso?

(Abordar o problema das drogas e a crescente prevalência da infecção pelo HIV entre usuários de drogas e seus parceiros ou parceiras.)
Vamos prosseguir com a história.

CENA 8 (Maria)

MARIA – *(entra lendo um jornal e exclama)* O quê! Não a-cre-di-to!!! *(Liga para a Jurema sua amiga)* Alô! Jurema? E aí, muita faxina? É né... Jurema, eu tô a-pa-vo-ra-da com essa história de “AIDIAS”. Ontem, o Cesinha o único que tem juízo neste antro, conversou comigo sobre aquela coisa como se pega e não se pega “AIDIAS”. Aí é que eu fiquei com pulga atrás da orelha. Você imagina que o Genésio Alberto... ééé, aquele pilantra que namora a Gracinha,... ééé, transa com tudo que é bichinha lá embaixo no Rio? Como eu soube? Tá aqui menina, uma foto dele num jornal de “ho-mi-se-xual”. Sabe “qualé” o nome de guerra dele? “GG pega todos”. Maior enrustido menina. Prá mim tá todo contaminado. E a Gracinha coitadinha, acabou que ficou na aba do chapéu.

Sabe a Merijane? ...Ééé, ela mesma... O quê? Cara de santa? Que é isso!!! Aquela lá transa mais que a Camila Perna Larga do morro. Imagina que ela traçou até o carteiro menina. Essa tam-

bém tá no meu livro negro. Tem um fogo entre as pernas que eu nunca vi. E o Damião, então!?... Ééé, o Veiudo. Sabe com quem ele andou fu-run-fando? Com aquela do 501... Ééé, com aquela mesma, menina. Se não bastasse isso, descobri que além de “cheirá” e “fumá”, ele também anda se picando pesado. É uma loucura menina.

...jááá! Eu já pensei em sumir daqui, mas tenho pena do Cesinha. É lindo ele, né? Por dentro e por fora. Acho que ele é o filho que eu não tive. Eu só continuo aqui por causa dele. Pelos outros, eu caía fora e ainda botava a polícia pra “encaná” todo mundo. Acho que só deixava escapar a Gracinha que é outra santa. Ééé, santa mas cega. Onde é que já se viu namorar aquele cachorro do Genésio Alberto?! Jurema, vou desligar porque tá chegando alguém. Outra hora eu te ligo pra botar as fofocas em dia. Um beijo.

(vai espanando o pó e saindo, enquanto entram a Gracinha e Merijane, que se sentam no sofá, ao centro do palco)

CENA 9 (Gracinha e Merijane)

GRACINHA – Merijane, eu estou tão preocupada. Sabe o que é? A minha menstruação atrasou.

MERIJANE – O quê, você tá falando sério?

GRACINHA – Tá atrasada 15 dias.

MERIJANE – Mas você não transa com camisinha com o Genésio?

GRACINHA – Não.

MERIJANE – Mas como não?

GRACINHA – Ele não gosta. Diz que é igual chupar bala com papel. Aí eu fico meio sem jeito, né? Além do mais, já são três anos de namoro.

MERIJANE – O que é isso Gracinha??!!! Em primeiro lugar, tempo de namoro, hoje em dia, não significa absolutamente nada. Em segundo lugar, quem garante que o Genésio é fiel a você? E depois, esse negócio de que é igual a chupar bala com papel, que não é a mesma coisa é papo furado. Eu, por exemplo, só transo com camisinha. “Qué, qué”?! Não “qué”?! Um abraço.

GRACINHA – Mas eu acho que esse negócio de usar camisinha depende do homem; tem que partir dele, né?

MERIJANE – Negativo. Tem que partir dos dois. Tanto o homem como a

mulher têm que se preocupar em vestir o dito cujo, pra, só aí, botar pra quebrar.

GRACINHA – Pôxa Meri, às vezes, eu te invejo. Você pode ser assim “dada”, ficar com todo mundo, mas você tem a cabeça no lugar.

MERIJANE – É minha querida!!! Eu transo porque eu a-do-ro, não consigo ficar sem, mas, nesses tempos de AIDS, não dá pra vacilar. Ou aceita usar camisinha ou eu parto pra outro.

Por falar em partir pra outro, você já viu aquele gato da livraria? Não? Então vem comigo que eu mostro pra você? *(ambas vão saindo, enquanto entra a Maria fazendo faxina e, logo em seguida, o GG)*

CENA 10 (GG e Maria)

GG – E aí Maria? Muita faxina?

MARIA – OOOiii, Genésio Alberto!! *(com ar de deboche)*. Eu é que pergunto. Como é que foi sua reunião no Maracanzinho? Ou será que o GG Pega Todos atacou outra vez?

GG – *(assustado)* Eu não sei do que você está falando.

MARIA – Não sabe benzinho? Pois, olha aqui a prova do crime, nesse jornal de “ho-mi-sexual”.

GG – Como foi que você arranjou isso? Como? Como? *(GG senta-se no chão e vai lendo a reportagem assustado)*.

MÚSICA⁴ (“Ensaboa”)

(entra a música bem baixinho)

MARIA – Na banca da esquina, meu querido. E tem mais, você tá com sorte de ninguém daqui comprar esse jornal. Não sei como você teve coragem de fazer isso com a Gracinha. E escuta aqui, você é outro que eu quero que fique longe de mim. Seu cachorrão.

(conforme vai ficando irritada, vai elevando a voz e acaba colocando o pé no peito do GG, que estava sentado no chão, obrigando-o a se deitar pra ouvir o seu sabão)

MARIA – E te cuida, hein GG, porque se eu resolver botar a boca no mundo, coitado de você. Imagina esta foto no mural da faculdade.

(no refrão da música, o som elevado ao máximo e o GG fica andando de joelhos atrás da Maria implorando para que ela não conte seu segredo ao pessoal da república. A música cessa repentinamente e GG fala)

GG – Maria, tá chegando alguém. Por favor, não fala nada, outra hora a gente conversa.

CENA 11 (Todos + Vendedor)

(todos os demais entram em cena, como se estivessem chegando da rua. Toca a campai-

*Camisinha protege contra
doenças de transmissão
sexual, contra AIDS e
também evita gravidez
não desejada.*

nha. Maria vai abrir a porta e entra o vendedor Tufik com sotaque árabe, uma mala de mascate e uma mesinha de armar com apoio)

(Tufik se apresenta como vendedor e solicita a atenção de todos da república. Após certa resistência, todos se sentam para ouvi-lo. Ele, então, arma a sua bancada e passa a oferecer os produtos e realizar algumas performances.)

TUFIK – Tufik trouxe bons produtos pra oferecer pra vocês. Primeiro produto é este aqui... Tchan! Tchan! Tchan! Tchan! Ca-mi-si-nhas. Vocês conhecem camisinha? (abre uma)

Camisinha é uma capinha protetora para o pênis, que todo homem deve usar durante a relação. Ela é fininha pra não atrapalhar o prazer e tem uma pontinha pra depositar o material que o homem goza durante a relação. Quem de vocês conhece camisinha?

Tupfik drouxe bons brodutos bra oferecer bra bvocês. Brimeiro broduto é esde aqui... Tchan! Tchan! Tchan! Tchan! Ga-mi-si-nias. Bvocês goniecen gamisinha? (abre uma)

Gamisinha é uma gabinia brotetora bara o bñis, que todo homem deve usar durante a relaçon. Ela é pfininia bra non adrabalhar o brazer e tem um bontinha bra debositar o material que homen goza durante o relaçon. Quem de bvocês goniece gamisinha?

MERIJANE – Eu conheço seu Tufik.

MARIA – E como!!!

MERIJANE – Ai! Maria! Deixa de ser intrometida. Vê se me esquece. Mepoupe.

TUFIK – Muito bem. Então, vou pedir pra você ajudar Tufik na demonstração. Vocês teriam uma bananinha aqui?

Munto ben. Enton bvou bedir bra bvocês ajudar Tupfik no demonstraçon. Bvocês terian uma bananinia aqui?

MARIA – Eu tenho.

MERIJANE – Eu pego, eu pego (traz uma banana enorme e pergunta). Esta aqui serve?

TUFIK – Serve (pede, então, à Merijane que a segure em posição vertical). Segura nesta posição pro Tufik.

Muito bem. Pra colocar a camisinha, o pênis tem que estar duro. Pênis mole não adianta. Camisinha mole, pênis também mole, não dá certo. Pênis tem que estar duro.

Primeiro a gente tem que tirar o ar da ponta da camisinha, senão, quando o homem gozar, camisinha bum! Estoura. Então, primeiro tira todo o ar da ponta da camisinha e depois vai desenrolando a camisinha em torno do pênis, até embaixo.

Pronto. Pênis está pronto pra ter relação e está protegido. Camisinha protege contra doenças de transmissão sexual,

contra AIDS e também evita gravidez não desejada.

Muito bem. E depois que a relação acaba?

Serbve (pede então à Merijane que a segure em posição vertical). Segura neste bosiçon bra Tupfik. Munto ben. Bra gologar a gamisinia o bñis tem que estar duro. Bñis mole non adianta. Gamisinia mole, bñis também mole, non dá certo. Bñis ten que estar duro.

Brimeiro a gente tem que tirar o ar do bonta do gamisinia, senon, quando homen gozar, gamisinia bum! Estoura. Enton, brimeiro tira todo o ar e debois bvai dezenrolando gamisinia em torno do bñis, até embaixo.

Bronto. Bñis está bronto bra ter relaçon e está brotegido. Gamisinia brotege gontra doenças de transmisson sexual, gontra AIDS e também ebvita grabvidez non desejada.

Munto ben. E debois que o relaçon agaba?

MERIJANE – (dá um assobio longo e coloca a banana pra baixo, dando a entender que o pênis amoleceu)

TUFIK – Não! Não! Não! Tá errado. Não pode deixar o pênis ficar mole. Tem que tirar antes, senão escorre tudo lá dentro e não adianta nada ter usado camisinha. O pênis tem que ser tirado ainda duro. Aí sim, depois, com cuidado, retira-se a camisinha, sem deixar escorrer o esperma. Depois é só dar um nó na abertura da camisinha e jogar no lixo.

Uma coisa é muito importante. Cada camisinha só pode ser usada uma vez. Usou, joga fora depois.

E aqui está, Tufik trouxe um montão de camisinhas pra vender pra vocês. Todas elas de muito boa qualidade.

Non! Non! Non! Tá errado. Non bode deixar bñis pfigar mole. Ten que tirar antes, senon esgore tudo lá dentro e non adianta nada ter usado gamisinia. O bñis tem que ser tirado ainda duro. Aí sin, debois, gon guidado, retira-se o gamisinia, sem deixar esgorer o esberma. Debois, é só dar um nó na abertura do gamisinia e jogar no lixo.

Um goisa é munto imbortante. Gada gamisinia só bode ser usada una bez. Usou, joga pfora debois.

E agui está, Tupfik drouxe um monton de gamisinias bra bvender bra bvocês. Todas elas de munto bom qualidade.

GG – Ih! “Seu” Tufik! Esse negócio de camisinha é um saco. É igual a chupar bala com papel.

TUFIK – Que chupar bala com papel o quê? Ela é fininha o suficiente pra não interferir no prazer e muito resistente pra não arrebentar na relação.

Que chubar bala gon papel o quê? Ela é pfininia o supficiente bra non interpferir no brazer e munto resistente bra non arrebentar no relaçon.

GG – É... “Seu” Tufik. Pode ser que seja resistente. Mas ela não cabe no “gegeção” não.

TUFIK – O quê? Não cabe no “gegeção”? Que que é isso? Mania de grandeza, é? Pois, eu duvido que o seu “gegeção” seja maior que a minha mão (enfia toda a mão dentro da camisinha e abre sem rompê-la)

O quê? Non gabe no “gegezon”? Que que é isso? Mania de grandeza é? Bois, eu dubvido que o seu “gegezon” seja maior que o meu mon (enfia toda a mão dentro da camisinha e abre sem rompê-la).

MERIJANE – Olha “Seu” Tufik. Não é por nada não. Não que eu seja assim tão vivida, mas, eu já vi alguns assim... bem avantajados.

TUFIK – O quê? Maior que a minha mão? Então, duvido que tenha visto algum maior que as minhas duas mãos. (enfia a outra mão também dentro da camisinha e ainda bate palma).

O quê? Maior que meu mon? Enton, dubvido que já tenha bvisto algum maior que meus dois mons (enfia a outra mão também dentro da camisinha e ainda bate palma).

VEIUDO – Olha, “Seu” Tufik. Não é pra me gabar não, mas, o “veiudão”, quando tá doído ficam maior que isso aí.

TUFIK – O quê? Im-pos-sí-vel! Maior que isso? Pois, muito bem! Então, eu duvido que o “veiudão” seja maior que a minha cabeça. (veste num só golpe, para surpresa de todos, a camisinha na cabeça, até a altura da boca, inflando-a com o ar expirado pelo nariz. Em seguida, retira a camisinha e volta a explicar).

O quê? Im-bos-sí-bvel! Maior que isso? Bois, munto ben! Enton, eu dubvido que o “bveiudon” seja maior que meugabeça. (veste num só golpe, para surpresa de todos, a camisinha na cabeça, até a altura da boca, inflando-a com o ar expirado pelo nariz. Em seguida, retira a camisinha e volta a explicar)

TUFIK – Vocês sabem o que acontece? Muita gente não usa camisinha, porque diz que ela arrebenta, que o pênis é muito grande e essas bobagens todas. O problema é que muita gente não sabe mesmo é usar direito a camisinha. Se ela for colocada direitinho, se for de boa qualidade, ser for bem conservada, ela é muito resistente e não arrebenta mesmo.

Vaselina aumenta os poros da camisinha. Mesmo se a camisinha não arrebentar, o vírus pode passar pelos poros da camisinha.

Eu vou fazer uma pergunta pra vocês. Você aí, rapaz cabeludo, que falou que camisinha arrebenta na relação. Tufik quer saber se você usa algum lubrificante pra facilitar a penetração.

Bvocês saben o gue agontece? Munta gente usa gamisinia, borgue diz gue ela arebenta, gue o bënis é munto grande e esses bobagens todas. O broblema é gue munta gente non sabe mesmo é usar direito o gamisinia. Se ela pfor gologada direitinho, se pfor de bom gualidade, se pfor bem gonbservada, ela é munto resistente e non arebenta mesmo.

Eu bai pfazer un bergunta bra bvocês. Bvocê ai, rabaz cabeludo, gue pgfalô gue gamisinia arebenta na relaçon, Tupfik guer saber se bvocê usa algun lubripficante bra pfacilitar o penetraçon.

VEIUDO – Ô “Seu” Tufik, eu uso vaselina, né?

TUFIK – O quê? Va-se-li-na? Você tá louco? Pois, Tufik vai mostrar pra vocês uma coisa muito importante, pra não esquecer mais. *(enche bem a camisinha que tirou da cabeça, dá um nó na abertura e pede para que a Gracinha segure)*. Muito bem. Agora Tufik coloca um pouquinho de loção hidratante na mão da moça e vai pedir pra ela ficar esfregando a loção na camisinha.

Agora Tufik vai encher outra camisinha novinha, assim, e vai pedir para essa moça um pouquinho mais assanhada pra segura bem firme.

(Merijane segura a camisinha inflada)

Agora Tufik bota na sua mão um pouquinho de va-se-li-na e vai pedir pra você fazer a mesma coisa que a sua amiga tá fazendo.

(Merijane passa a vaselina em volta da camisinha e, em poucos segundos, ela arrebenta, ao passo que com a da Gracinha nada acontece).

Viu só? Isso é pra vocês aprenderem. Não pode usar vaselina na camisinha, nunca, porque senão camisinha estoura. Vaselina aumenta os poros da camisinha. Mesmo se a camisinha não arrebentar, o vírus da AIDS pode passar pelos poros da camisinha.

Muito bem. Só que Tufik não vende só camisinhas. Tufik tem produtos que acho que tem gente aqui que vai gostar muito. Tchan! Tchan! Tchan! Tchan! *(puxa uma série de seringas e agulhas descartáveis, devidamente embaladas).*

O guê? Bva-se-li-na? Bvocê ta logo? Bois, Tupfik bai mostrar bra bvocês uma goisa munto imbortante, bra non esquecer mais. (enche bem a camisinha que tirou da cabeça, dá um nó na abertura e pede para que a Gracinha segure). Munto ben. Agora Tupfik gologa boguinho de loçon

hidratante no mon do moça e bvai bedir bra ela pfigar espfregando o loçon na gamisinia. Agora Tupfik bvai encher outro gamisinia de bva-se-li-na e bvai bedir bra esse moça mais boguinho assaniada bra segurar bem firme. (Merijane segura a camisinha inflada) Agora Tupfik bota no seu mon um bouguinho de bva-se-li-na e bvai bedir bra bvocê pfazer o mesmo goisa que seu amiga tá pfazendo.

(Merijane passa a vaselina em volta da camisinha e, em poucos segundos, ela arrebenta, ao passo que com a da Gracinha nada acontece)

Bviu só? Esto é bra bvocês abrendê. Num bode usar bvaselina no gamisinia, nunga, borgue senon gamisinia estoura. Bvaselina aumenta boros de gamisinia. Mesmo se gamisinia non arrebenta, bvírus do AIDS bode bassar belos boros do gamisinia.

Munto ben. Só gue Tupfik non bvende só gamisinias. Tupfik tem broduto gue acho gue tem gente agui gue bvai gostar munto. Tchan! Tchan! Tchan! (puxa uma série de seringas e agulhas descartáveis, devidamente embaladas)

VEIUDO – Que que é isso, “Seu” Tufik?! Eu acho que tô ficando doidão só de olhar tanta seringa novinha assim junta. Dá uma? Dá uma?

TUFIK – Fica calmo rapaz. Tufik não tá distribuindo. Tufik vende baratinho e pode até dar descontinho camarada pra você. Mas antes, eu quero saber uma coisa. Esta sua cara não me engana. Eu acho que você toma pico na veia. Então, eu pergunto: Você usa sua própria agulha e seringa?

Pfiga galmo rapaz. Tupfik non tá distribuindo. Tupfik bvende baratinho e bode até dar desgontinho gamarada bra bvocê. Mas antes, eu guero saber um goisa. Este sou gara non me engana. Eu acha gue bvocê toma bigo no bveia. Enton, eu bergunto: Bvocê usa seu bróbrio agulha e seringa?

VEIUDO – Ô “Seu” Tufik, a grana não dá para esse luxos não. A gente usa a que tem, né?

TUFIK – Rapaz, você é mais maluco do que eu pensava. Hoje em dia, não dá pra usar agulha e seringa de outras pessoas. Muita gente tá pegando o vírus da AIDS, porque usa agulha e seringa dos outros. Quem usa droga na veia, deve agora mais do que nunca, procurar tratamento pra deixar o vício. Se não consegue, pelo menos, usa sua própria agulha e seringa. Agora, se não der, tem que

desinfetar a seringa e agulha antes de usar. Você sabe como desinfeta?

Rapaz, bvocê é mais malugo do gue eu bensava. Hoje en dia, non dá bra usar agulha e seringa de outras bessoas. Munta gente tá begando o bvírus do AIDS, borgue usa agulha e seringa de outros. Guen usa droga no bveia deve, agora mais do gue nunga, brogurar tratameto bra deixar o bvício. Se non consegue, belo menos, usa seu bróbrio agulha e seringa. Agora, se non der, tem gue desinpfetar o seringa e agulha antes de usar. Bvocê sabe como desinpfeta?

VEIUDO – Eu não.

TUFIK – Muito bem. Pega dois frascos e coloca água pura em um e água sanitária em outro. Pega a seringa e lava duas vezes com água pura e joga fora. Depois lava duas vezes com água sanitária e deixa a água dentro por 30 segundos e depois joga fora. Agora, lava mais duas vezes com água pura e joga fora. Muito bem. A seringa e a agulha não têm mais o vírus da AIDS e outros vírus perigosos para a saúde.

Munto ben. Bega dois pfrascos e gologa água bura em um e água sanitária em outro. Bega seringa e lava dois vez gon água bura e joga pfora. Debois lava dois vez gon água sanitária e deixa o água dentro bor 30 segundos e debois joga pfora. Agora, lava mais dois vez gom água bura e joga pfora. Munto ben. O seringa e a agulha non têm mais o bvírus do AIDS e outros bvírus berigosos bro saúde.

VEIUDO – Ô “Seu” Tufik, a galera do mal é limpinha. Não precisa desinfetar não.

TUFIK – Claro que precisa, rapaz. Deixa de ser teimoso. Não dá pra correr risco. Pronto. Agora que Tufik já fez todas as demonstrações, vai dar preço baratinho de tudo pra vocês. Tufik vende todas as camisinhas, as seringas descartáveis, os potes pra fazer desinfecção por 30 reais.

Claro que brecisa, rapaz. Deixa de ser teimoso. Non dá bra gorer risco. Bronto. Agora que Tupfik já pfez todos os demonstraçons, eu bvai dar breço baratinho de tudo bra bvocês. Tupfik bvende todos os gamisinias, os seringas desgartáveis, os botes bra pfazer deinpfecçon, bor abenas 30 real.

VEIUDO – Qual é “Seu” Tufik?! Tá pensando que a gente é rico?

TUFIK – Vinte e cinco reais?!

Bvinte e cingo real.

GG – Ô “Seu” Tufik, aqui todo mundo é estudante.

TUFIK – Tá bom! Tá bom! Vinte reais e não se fala mais nisso, pronto!

Tá bom! Tá bom! Bvinte e cingo real e non se pfala mais nisso, bronto.

*Um amigo que não
me cobre nada;
que possa me dar o
ombro pra eu poder
chorar.*

MARIA – Ah, é né? Tá todo mundo aqui com aquela cara de santo, como quem não precisa comprar nada disso. Pois eu vou comprar tudo. Vou pagar com meu dinheiro e depois botar na conta de vocês. Me passa aí todas as camisinhas que o senhor tem, as seringas e esse potes pra desinfetar as seringas usadas. (*distribui as camisinhas*). Toma aqui pra você, pra você, pra você e pra você. Pega umas também Cesinha; camisinha é sempre bom ter.

TUFIK – Muito bem. Tufik está satisfeito com a compra que vocês fizeram. Em nome da firma que Tufik representa, Tufik vai deixar quatro vale-brindes pra você (*dá os vales pra Maria*). Cada vale-brinde dá direito a um teste anti-HIV, que pode ser feito em qualquer laboratório. É só ir a um médico pra fazer o pedido e depois ir ao laboratório com esse papel que a firma de Tufik paga o exame.

Bom. Agora, Tufik vai embora, mas vai voltar, porque Tufik gostou muito de vocês. Tufik vende muitas outras coisas. Vende calcinha, sutiã, cuecas, meias... (*fazem um alvoroço para ele parar de falar logo, o ajudam a desarmar sua "banquinha" e o colocam para fora*).

Munto bem. Tupfik munto satisfeito gompra gue bvocês pfez. Em nome de pfirmag ue Tupfik rebresenta, Tupfik bvai deixar quatro bvale-brindes bra bvocês (dá os vales pra Maria). Gada bvale-brinde dá direito a um teste anti-HIV, gue bode ser pfeito en gualguer laboratório. É só ir a um médigo bra pfazer um bedido e debois ir ao laboratório gons esse babel gue pfirma de Tupfik barga o exame.

Bom. Agora, Tupfik bvai embora, mas bvai bvoltar, borgue Tupfik gostou munto de bvocês. Tupfik bvende muntos outros goisas. Bvende galcinia, sutiã, guegas, meias (fazem um alvoroço para ele parar de falar logo, o ajudam a desarmar sua "banquinha" e o colocam para fora.)

MARIA – Bom pessoal, só tem quatro vale-brindes. Mas também, eu e o Cesinha não precisamos fazer esse teste, né? Afinal de contas, a gente não andou dando sopa pra esse tal de HIV, né Cesinha? Toma um pra você Veiudo, outro pra você Merijane, um pra você "G..." (*quase fala seu nome de guerra, mas corrige em tempo*) Genésio Alberto e outro pra você Gracinha.

GRACINHA – Pra mim? Mas, eu não preciso?

MARIA – É. Faz sim Gracinha, que eu sou sua amiga.

(*saem todos de cena*)

MÚSICA⁵ ("La mama morta")

CENA 12 (GG + Gracinha + Veiudo + Comentarista)

(*entram em cena o GG, a Gracinha e o Veiudo, um a um, com um envelope na mão, aparentando ansiedade e medo de abrir o envelope. Após abrir e se certificar do resultado positivo, cada um demonstra depressão ou desespero e se coloca de costas para o público, de frente para o fundo do palco. Quando os três estão posicionados, entra o comentarista*).

COMENTARISTA – (*vai até o meio do palco, faz as seguintes perguntas ao público e se retira em seguida*)

Como vocês acham que eles estão se sentindo?

Como vocês se sentiram numa situação como essa?

Que reação vocês acham que teriam?

(*GG senta-se numa cadeira no centro do palco, Gracinha se coloca de pé atrás dele e Veiudo se senta ao chão, à sua frente. Os três ficam de cabeça baixa*)

MÚSICA⁶ ("Precedente")

(*fundo musical durante o monólogo do GG*)

GG – (*sentado dirige-se ao público*) Estou contaminado. Meu corpo aos poucos começa a enfrentar as consequências do meu prazer desvaído e da minha total falta de consciência. Por alguns instantes, eu esqueci que eu era... Eu era tesão puro. Eu fui desligado... eu fui desleixado... eu fui irresponsável... eu fui otário. É! Eu fui um otário. Eu não me preveni.

Agora, dentro do meu corpo circula o HIV. O meu corpo exala o HIV. O meu corpo sofre. O meu corpo tenta de todas as maneiras lutar, acabar com o vírus. Tudo em vão. Ele me consome. Conso-me cada célula do meu corpo. E a minha cabeça? Essa, então, pirou logo no momento em que li o resultado: POSITIVO. Não consigo pensar mais na vida. Só consigo pensar na hora da minha morte. Quando? Amanhã; daqui a alguns meses... anos... quem sabe?! Será que alguém pode me ajudar? Não... Agora, ninguém pode. Agora, os amigos se afastam, porque não querem uma pessoa com AIDS no grupinho. A família me rejeita. A escola me expulsa, porque não pega bem uma pessoa com AIDS circulando pelos corredores. O

trabalho me despede, porque não tem condições de manter um inválido. Inválido. Isso é o que pensam que a gente é. Pois, fiquem vocês sabendo que eu não quero seu trabalho, eu não quero seu dinheiro, eu não preciso daqueles que me rejeitam. Eu não preciso escutar que sou isso ou aquilo. Eu não quero que me julguem porque eu fiz isso ou aquilo. Eu não preciso da sua discriminação. Eu não preciso do seu não. Mas eu também não preciso da sua piedade. Eu não sou um bicho. Eu não sou um objeto. Eu só sou um ser humano. Eu só quero um amigo. Um amigo que não me cobre nada; que possa me dar o ombro pra eu poder chorar.

CENA 13 (Todos)

(*desfaz-se a cena. Entra a Maria fazendo faxina e o clima continua pesado, com todos cabisbaixos, pensativos. Entram, então, a Merijane e o Cesinha conversando alegremente*)

MERIJANE – Gente, eu estou tão feliz. Adivinhem o que aconteceu? Meu teste anti-HIV deu negativo. Ouviram o que eu disse? Deu ne-ga-ti-vo. Olha aqui, Veiudo, negativo. Ouviu, Genésio? Negativo. Aqui Gracinha, negativo. Credo gente! O que é que está havendo aqui? Que baixo astral é esse?

GRACINHA – (*quase chorando, mostra o seu teste*) Olha aqui Merijane, o meu teste deu positivo. O que é que eu faço agora?

MERIJANE – Você Gracinha? Meu Deus! Como é que isso foi acontecer com você, justo com você?

GG – Eu sou o culpado. Eu não tinha idéia da loucura que estava fazendo. Se tem alguém que merece este resultado positivo, esse alguém sou eu. Olha Gracinha, eu preciso lhe falar uma coisa. Pensando em nosso futuro, eu fazia uns programas no Rio, pra descolar uma grana.

GRACINHA – O quê? Programa? No Rio? Você me enganou esse tempo todo, seu cretino?

(*ambos começam a discutir*)

VEIUDO – (*grita*) Parem com isso. Agora não adianta mais. Eu também tô aqui desorientado. Meu exame também deu positivo.

AUGUSTO CÉSAR – (*grita, tentando fazer com que todos o ouçam*) Gente, não dá pra entrar numa de desespero. Tem que botar a cabeça no lugar. Agora tem que ter calma.

MARIA – Que calma o quê?! Todo mundo aqui ganhou o que procurou. É

a tal história, quem procura acha. Vocês são todos uns pervertidos. Eu sabia que isso tudo não ia dar em boa coisa. Eu devia era ligar pra polícia e interditar este antro de perdição. Eu bem que avisei Cesinha que essa turma não prestava. Eu se fosse você caía fora daqui enquanto é tempo. E já fiquem sabendo que eu tô indo embora, não vou trabalhar pra um bando de contaminados. (começa a confusão. Todos discutem ao mesmo tempo (mímica apenas), com música ao fundo).

MÚSICA⁷ (“Volte para o seu lar”)

(Augusto Cesar demonstra estar atordoado e agoniado com a situação. Grita alto e a música cessa bruscamente)

AUGUSTO CESAR – Cheeeega!!! (silêncio) Eu também sou soropositivo. Eu também tenho o HIV.

MARIA – (espantada) Você Cesinha? (senta-se atordoada com a revelação)

AUGUSTO CESAR – E por que não, Maria? Nesta vida todos estamos sujeitos a pegar AIDS e eu espero que o que eu vou dizer agora sirva pra todos vocês. Quando descobri que era portador do HIV, minha família só faltou me matar. Passei muitos dias no vazio, só pensando que ia morrer. A discriminação que a Maria tá fazendo agora com vocês eu senti na pele. Só que partiu dos meus pais. Ninguém acreditou que eu poderia ter pego o vírus da AIDS sem ser por sexo com homens ou drogas. Só depois do diagnóstico da Carol e a relação com a transfusão de sangue que ela recebeu, é que eles passaram a me dar apoio. Mas isso demorou um tempo e foi um sofrimento muito grande pra mim. Eu aprendi, e acho que eles também, que AIDS não é coisa só de drogado, homossexual ou prostituta. Eu e a Gracinha estamos contaminados e nunca levamos essa vida. Por isso, Maria, é que eu digo que essa discriminação não leva a lugar algum. Você não vai pegar o vírus só por conviver com a gente. Isso não leva a nada. Só serve pra piorar as coisas e fazer a gente ficar pensando na morte. E quem um dia não vai morrer? A diferença é que as pessoas não ficam pensando na morte o tempo todo. Estão todas expostas à violência das cidades, a outras doenças também graves, mas todo mundo se julga imortal e vive em função da vida e não da morte. Portanto, pessoal, o negócio é levantar a cabeça e continuar vivendo. Não se entreguem assim com essa facilidade. Todos nós temos direito à vida e ninguém pode

Ninguém acreditou que eu poderia ter pego o vírus da AIDS sem ser por sexo com homens ou drogas.

nos tirar isso. Lutem, lutem contra tudo e contra todos, se for necessário. Protejam-se para não se contaminarem ainda mais e para não passarem o vírus para os outros. Vivam daqui por diante com a maior intensidade possível, com amor, com carinho, e entrem na corrente da solidariedade. É a única coisa que eu posso lhes dizer no momento. (entra música imediatamente)

MÚSICA⁸ (“The show must go on”)

(durante a música, os personagens se levantam, um a um, e escrevem no quadro negro ou em um painel, as palavras abaixo, em sentido oblíquo, voltando, em seguida, ao local e à posição em que se encontravam)

(Maria escreve DISCRIMINAÇÃO, Gracinha REVOLTA, Augusto Cesar FORÇA, Merijane ESPERANÇA e, por último, Veiudo escreve SOLIDARIEDADE, em sentido horizontal, com letras maiores, em cor diferente e acima das demais palavras) (cessa a música)

MARIA – (levanta-se e, demonstrando arrependimento, vai falando em direção a cada um) Pessoal, me desculpa. Eu fui muito burra. Não me queiram mal por isso. Eu precisava ouvir essas coisas. Eu não vou deixar vocês, justo agora que vocês mais precisam.

Acho que vocês terão que aguentar essa Maria rabugenta e faladeira ainda por muito tempo. (Num tom mais pra cima, animador) Vamos levantar a cabeça pessoal, sem essa de baixo astral aqui. Vamos lá, pessoal! Só que agora eu vou regular todo mundo, aqui ó, no sapatinho. E aí de vocês, se saírem do trilho. Quem “transá” sem camisinha eu corto o pirú fora. E você, Veiudo, pode “pará” com esse negócio de droga. Se num “dé”, para pelo menos com o pico. Se não “tivé” jeito mesmo, só usando a sua própria seringa ou fazendo a limpeza que aquele vendedor maluco ensinou.

Se eu já gostava tanto do Cesinha que tem o HIV, não me custa nada gostar de vocês todos.

Eu acho que, no fundo no fundo, eu sempre gostei de todo mundo aqui. Eu só achava vocês meio “pancados” das idéias.

MÚSICA⁹ (“O que é o que é”)

(a cena fica paralisada. De acordo com o

compasso da música, todos voltam a se movimentar, se abraçam e novamente paralisam a cena. Alternadamente, formam-se cenas estáticas e dinâmicas, demonstrando solidariedade entre eles. Quando a música entra no refrão, passam a conversar (mímica) e a se movimentar naturalmente, como se estivessem reorganizando o apartamento, demonstrando um astral mais elevado. Aos poucos, cada um vai saindo de cena, até restar somente a Maria, ao final da música.)

MARIA – (dirigindo-se à platéia) Gente, o que é que eu ainda tô fazendo com esta roupa? Vou tirar essa porcaria, porque eu tô me sentido ridícula.

Vou preparar uma comidinha bem gostosa, com uns pratos especiais, com tudo que cada um gosta. (vai arrumando a sala e falando) Arroz doce pro Cesinha, suflê de chuchu pra Merijane, salada de ervas finas pro Veiudo, pamonha pra Gracinha, e pro Genésio Alberto?! Ah! Pro Genésio Alberto, salada de pepinos graúdos. (sai de cena e entra o Comentarista)

CENA 14 (Comentarista)

COMENTARISTA – Bem! Como vimos, a situação de se descobrir como um portador de HIV vem se repetindo com milhões de pessoas em todo o mundo. Isso continuará por muitos anos, independente da descoberta de uma vacina ou tratamento específico.

Não dá pra continuarmos nos expondo a esse risco. Não dá pra continuarmos perdendo tanta gente, principalmente jovens, por simples desinformação ou descrença de que pode acontecer com a gente ou com alguém de quem a gente gosta.

Solidariedade é a palavra chave para vencermos o preconceito e a discriminação.

Prevenção é a atitude mais racional, neste momento, e está ao alcance de todos nós.

Não basta estar informado. É preciso assumir um comportamento preventivo.

Prevenir é saber se proteger. Prevenir é se preocupar com a proteção do outro. Prevenir é esclarecer a população, mais ou menos assim:

(entra a música e sai de cena)

MÚSICA¹⁰ (“Don’t you forget about me”)

(entram todos no palco, um a um e, à medida que vão se encontrando, vão se cumprimentando batendo as palmas das mãos e se colocando em forma para o jogral. Cessa a música.)

*O preconceito
e a discriminação
dóem muito mais
do que a própria
AIDS.*

CENA 13 - JOGRAL (Todos)

MERIJANE – Não se pega AIDS pelo aperto de mão ou carinho de um amigo.

GRACINHA – Não se pega AIDS usando o mesmo vaso sanitário.

VEIUDO – Não se pega AIDS bebendo no mesmo copo.

MARIA – Não se pega AIDS usando os mesmos pratos ou talheres.

GG – Não se pega AIDS convivendo com uma pessoa que tenha o vírus.

AUGUSTO CESAR – Não se pega AIDS no convívio social.

MERIJANE – AIDS se pega através de agulhas e seringas contaminadas.

VEIUDO – AIDS se pega através de sangue não testado.

MARIA – AIDS se pega nascendo de uma mulher contaminada.

GG – Não dê moleza para a AIDS.

AUGUSTO CESAR – Use camiseta sempre.

MERIJANE – Reduza o número de parceiros.

GRACINHA – Faça sexo seguro.

VEIUDO – Evite as drogas.

MARIA – Evite as drogas na veia.

GG – Se não der, use agulhas e seringas descartáveis.

AUGUSTO CESAR – Se não der, desinfete-as com água sanitária.

MERIJANE – O melhor é usar sua própria agulha e seringa.

GRACINHA – A mulher infectada deve evitar engravidar.

VEIUDO – Mas se engravidar, ainda há chances de o bebê não se contaminar.

MARIA – Mais que qualquer outra grávida, ela deve fazer um acompanhamento médico rigoroso.

GG – Receber transfusão de sangue continua sendo um risco.

AUGUSTO CESAR – Exija que o sangue seja sempre testado.

MERIJANE – É errado doar sangue para fazer o teste.

GRACINHA – O teste deve ser feito sob orientação de um profissional de saúde.

VEIUDO – É ilegal as empresas e instituições exigirem o teste, sem que a pessoa queira fazer.

MARIA – Se você se contaminou, seu parceiro ou sua parceira tem o direito de saber.

GG – Proteger o outro é, antes de tudo, um ato de amor.

AUGUSTO CESAR – A AIDS ainda é um jogo sem vencedores.

MERIJANE – Não corra esse risco.

GRACINHA – O perdedor pode ser você.

VEIUDO – A prevenção continua sendo a principal arma contra a AIDS.

MARIA – Evite discriminar um portador do vírus.

GG – A gente nunca sabe o dia de amanhã.

AUGUSTO CESAR – O preconceito e a discriminação dóem muito mais do que a própria AIDS.

MERIJANE – A AIDS ainda não tem cura.

GRACINHA – O preconceito e a discriminação já têm.

VEIUDO – O tratamento se chama Solidariedade.

COMENTARISTA – Se você acha que somente terão AIDS as prostitutas, os drogados, os homossexuais ou quem sofreu transfusão de sangue, você está correndo sério risco de estar entre os 40 milhões de infectados até o ano 2000. Portanto...

(todos gritam juntos) PREVINA-SE

MÚSICA¹¹ (“I wil survive”)

(segue-se a distribuição de folhetos e camisinhas para a platéia)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DE VITA, J.R. et al. - *AIDS – Etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção*. Revinter, 2ª ed. Rio de Janeiro, 1991.
2. FARTHING, C.F. et al. - *Atlas colorido de AIDS e da doença do HIV*. Liv. Ed. Artes Médicas, 2ª ed. s/1, 1989.
3. SCHECHTER, M. & MARANGONI, D.V. - *Doenças infecciosas: Conduta diagnóstica e terapêutica*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1994.
4. MARCELINO, M. A. et al. - *AIDS – Rotina diagnóstica e terapêutica*. Comissão Municipal para o Controle da AIDS (CMCS-AIDS), Secretaria Municipal de Saúde, Faculdade de Medicina de Petrópolis. Petrópolis/RJ, jul/93. (mimeo)

Trilha Sonora

Música¹ – “Papo Cabeça” - Compositor: Lulu Santos – Intérprete: Lulu Santos – CD: Acervo especial “Lulu Santos”. Gravadora: BMG Ariola

Música² – “The Last Song” – Compositor: Elton John – Intérprete: Elton John – CD: The one – Elton John. Gravadora: EMI-Polygram

Música³ – “Philadelphia” - Compositor: Neil Young – Intérprete: Neil Young – CD – Music

from the motion picture “Philadelphia”. Gravadora: EPIC

Música⁴ – “Ensaboá” (Lamento de uma lavadeira) – Compositores: Cartola/Mansueto – Intérprete: Marisa Monte. Gravadora: EMI

Música⁵ – “La mama morta” (from the opera Andrea Cheiner) - Compositor: Umberto Giordano – Intérprete: Maria Callas – CD: Music from the motion picture “Philadelphia”. Gravadora: EPIC

Música⁶ – “Precedent” – Compositor: Howard Shore – Intérprete: (Instrumental) – CD: Music from the motion picture “Philadelphia”. Gravadora: EPIC

Música⁷ – “Volte para o seu lar” – Compositor: Arnaldo Antunes – Intérprete: Marisa Monte – CD: Mais – Marisa Monte. Gravadora: EMI

Música⁸ – “The show must go on” – Compositor: Queen – Intérprete: Queen – CD: Queen – Greatest Hits II. Gravadora: EMI-Parlophone

Música⁹ – “O que é o que é” - Compositor: Gonzaguinha – Intérprete: Zizi Possi – CD: Zizi Possi – Sobre todas as coisas. Gravadora: Estúdio Eldorado

Música¹⁰ – “Don’t you (Forget about me)” – Compositores: K. Forsey; S. Schiff – Intérprete: Simple Minds – Glittering prize. Gravadora: EMI – Virgin

Música¹¹ – “I will survive” – Compositores: Dino Fekaris e Freddie Perren – Intérprete: Glória Gaynor – CD: The adventures of Priscilla: Queen of the desert. Gravadora: Polydor – Polygram

Trabalho disponível para reprodução em disquete na Biblioteca da Faculdade de Medicina de Petrópolis e no Programa Disque-AIDS/UNIMED 43-6920 - R. Irmãos D’Ángelo 123 - CEP 25685-230 - Centro – Petrópolis-RJ - Tel: (0242) 43-6920 ou Fax: (0242) 43-5210 (de segunda a sexta-feira - de 18:30h às 21:30h - Registrado no Escritório de Direitos Autorais da Fundação Nacional – Rio de Janeiro-RJ, em 13/05/96, sob no 111.641, Livro 166, Folha 407.



CARTAS AO EDITOR

ANTIBIÓTICOS

Medidas Preventivas da Resistência da *Neisseria Gonorrhoeae* às Fluoroquinolonas

CÍCERO CARLOS DE FREITAS¹

ALEXANDRE GIL DE FREITAS²

Desde o início da moderna quimioterapia, o tratamento da gonorréia enfrenta crescente grau de dificuldade devido ao aparecimento de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes a muitas drogas usadas em seu combate. Sulfonamidas, penicilinas, tetraciclina e eritromicina são exemplos de agentes antimicrobianos contra os quais as cepas de *N. gonorrhoeae* têm desenvolvido relativa ou absoluta resistência. Em 1988, nos EUA, aproximadamente um terço dos gonococos isolados tinha alguma forma de resistência^{1,2}. Essa constatação fez os *Centers for Disease Control and Prevention*, (CDC) recomendarem uma antibioticoterapia em dose única com uma cefalosporina de largo espectro (cefixima ou ceftriaxona) ou uma fluoroquinolona (ciprofloxacina ou ofloxacina) no tratamento de gonorréias não complicadas (3). Ainda nos EUA, a última década foi caracterizada por uma relativa estabilidade do perfil de sensibilidade de *N. gonorrhoeae* ao tratamento com os antimicrobianos recomendados. Entretanto, a expectativa atual, é de que, em breve, essa situação mudará devido ao crescimento da resistência à antibioticoterapia entre as cepas de *N. gonorrhoeae*.

As fluoroquinolonas representam um importante avanço na terapia antigonocócica - elas têm um mecanismo de ação específico: inibição da DNA-girase, e, portanto, pouca resistência cruzada com ou-

tros antibióticos. As quinolonas ministradas em dose única, por via oral, são eficazes contra gonorréias não complicadas de qualquer sítio anatômico, são bem toleradas, relativamente baratas e, inicialmente, foram ativas contra praticamente todas as gonococcias, incluindo aquelas com tipos de resistência previamente documentados^{2,4}. Entretanto, simultaneamente ao uso dessas drogas no combate às gonococcias, surgiram preocupações quanto ao potencial dos gonococos no desenvolvimento desse tipo de resistência. A resistência de *N. gonorrhoeae* e de outros patógenos logo passou a ser induzida em laboratório, enquanto a resistência clínica de algumas espécies, anteriormente sensíveis, foi imediatamente documentada^{5,6}. No final da década de 1980, as cepas de gonococos com baixa suscetibilidade a uma ou mais fluoroquinolonas foram pela primeira vez isoladas de pacientes. As concentrações mínimas inibitórias (CMIs) para a ciprofloxacina eram de 0,125-0,5 µg/ml^{7,8}, em contraste com aquelas das cepas com alta suscetibilidade com CMIs de 0,001-0,06 µg/ml^{1,2,6}. Subseqüentemente, foram descritas, cepas com baixo nível de resistência no extremo Oriente, na Europa, Austrália, África, América do Norte e no Japão^{9,10}; ainda assim, a antibioticoterapia com fluoroquinolonas continuou eficiente. Mais recentemente, porém, têm sido identificadas cepas de *N. gonorrhoeae* com

1 - Professor Titular e Chefe do Laboratório de Antibióticos do Instituto de Biologia da Universidade Federal Fluminense (UFF)
2 - Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Bolsista do CNPq

As fluoroquinolonas
representaram
um importante
avanço na terapia
antigonocócica.

alto nível de resistência à fluoroquinolona (caracterizadas por CMI's para ciprofloxacina de 1-16µg/ml) em diversas áreas geográficas⁹⁻¹³, em que o tratamento tem fracassado^{12,13}. Embora não tenham sido realizados ensaios terapêuticos controlados, os resultados sobre a terapia e as características farmacocinéticas das quinolonas sugerem que nenhum desses antibióticos ministrados em dose única é suficiente para debelar infecções provocadas por cepas de gonococos com alto nível de resistência.

Um levantamento epidemiológico, realizado pelos CDC em 24 cidades dos EUA, mostrou a seguinte evolução no aumento da perda de suscetibilidade dos gonococos às fluoroquinolonas: de 0,3%, em 1991, para 1,3%, em 1994 ($P < 0,001$)¹¹. Gordon *et al.*¹⁴ descreveram um surto de infecções causadas por *N. gonorrhoeae* com resistência (em baixo nível) às fluoroquinolonas (CMI's de 0,125-0,25µg/ml), em Cleveland (Ohio-EUA), em que o percentual das cepas com esse tipo de resistência cresceu de 2% para 16% em três anos. Esse pesquisador também mostrou que o surto resultou da disseminação de uma única cepa de gonococo ou de cepas estreitamente relacionadas; portanto, confirmando os resultados das análises preliminares desse próprio grupo¹⁵. Alguns poucos casos de infecção foram tratados com fluoroquinolonas, mas não foi registrado nenhum insucesso terapêutico.

A mais importante explicação dessa experiência de Cleveland é que o potencial para evolução e disseminação dos gonococos com alto nível de resistência às fluoroquinolonas é indiscutível e preocupante. Dados experimentais sugerem que mutações subsequentes, que levam à resistência relativa, são aditivas e podem aumentar a CMI da ciprofloxacina para 4µg/ml ou mais¹⁶. Portanto, o risco de desenvolvimento de altos níveis de resistência pode ser proporcional à prevalência de cepas com baixo nível de sensibilidade às fluoroquinolonas. Nos EUA, outro trabalho recente¹¹ publicou os primeiros casos de infecção devido à *N. gonorrhoeae*

com elevado nível de resistência a esses antibióticos. Em Seattle (Washington - EUA), uma cepa contribuiu para a publicação de oito casos (o número verdadeiro foi indiscutivelmente muito maior). Enquanto isso, em Denver, (Colorado - EUA), um paciente portador de um isolado altamente resistente permaneceu infectado, mesmo após ter recebido 400mg de ofloxacina.

A epidemiologia de gonorréia resistente às fluoroquinolonas é remanescente daquela que é produzida por cepas de *N. gonorrhoeae* produtoras de penicilinase (NGPP). Assim que os primeiros casos de infecções com essas cepas foram identificados na África e nas Filipinas, na metade da década de 1970, ocorreram casos esporádicos ou em pequenos números nos EUA¹⁷. Passaram-se alguns anos até que a infecção provocada por NGPP fosse estabelecida. Posteriormente, contudo, a sua disseminação foi rápida. Por volta de 1990, as cepas de NGPP foram responsáveis por 12% dos casos de gonorréia nos EUA¹⁸. Portanto, é provável que gonococos com alto nível de resistência às fluoroquinolonas estejam se tornando, eventualmente prevalentes nos EUA e as fluoroquinolonas percam a sua eficácia no tratamento das gonorréias provocadas.

Então, quais devem ser as mensagens para clínicos e autoridades responsáveis pela saúde pública? Por enquanto, as fluoroquinolonas não devem ser excluídas da antibioticoterapia das gonorréias. Embora, até o momento seja raro encontrar alto nível de resistência às fluoroquinolonas os levantamentos epidemiológicos da resistência entre isolados de *N. gonorrhoeae* devem ser freqüentes para determinar a cinética de aparecimento de novas cepas resistentes àqueles antibióticos. A prudência sugere que 400mg de cefixima (via oral) ou 125mg de ceftriaxona (via IM)³ seriam considerados regimes de escolha entretanto, o custo menor da ciprofloxacina é um dado impor-

tante que deve ser considerado. Alguns podem argumentar que as quinolonas devem ser usadas com reserva para minimizar a seleção de cepas resistentes - o que está correto. Entretanto, isso tem pouco efeito diante do amplo emprego desses antibióticos no combate a outros tipos de infecções, que resulta numa pressão seletiva (muito maior) de cepas de *N. gonorrhoeae* resistentes. As fluoroquinolonas não deveriam ser usadas no tratamento de gonorréias em viajantes provenientes da Ásia ou de países da região oeste do Pacífico para não selecionar cepas de alto nível de resistência, que são encontradas nessa população¹⁰. No tratamento de gonorréias, não devem ser usadas doses de fluoroquinolonas menores do que as recomendadas (500mg de ciprofloxacina ou 400mg de ofloxacina). Alguns autores têm defendido o uso de 250mg de ciprofloxacina, que, na verdade, apresenta uma taxa de cura tão alta quanto aquela obtida com 500mg¹⁹, entretanto, pacientes com gonorréias causadas por cepas de *N. gonorrhoeae* com baixo nível de resistência às fluoroquinolonas foram incluídos nesses estudos, portanto, aumentando o risco de insucesso terapêutico nesses pacientes. Ademais, essas baixas doses podem aumentar a pressão seletiva de cepas resistentes. Por outro lado, a tolerância aos tabletes de 500mg de ciprofloxacina, aparentemente, igual àquela dos 250mg, embora o preço daqueles de 500mg seja apenas ligeiramente mais alto. Portanto, nada justifica o uso de doses baixas (tabletes de 250mg em vez de 500mg).

Os clínicos deveriam seguir rotineiramente o tratamento de gonorréias pelo regime de dose única (cefalosporina ou fluoroquinolona) com azitromicina (1g em dose única) ou doxiciclina (100mg, duas vezes por dia, durante sete dias)³. Isso é aconselhado dessa forma principalmente porque muitos pacientes com gonorréia também estão infectados com *Chlamydia trachomatis*. A administração de um segundo antibiótico com mecanismo de ação diferente do primeiro pode retardar a seleção de cepas

Os médicos devem estar atentos ao perfil de suscetibilidade dos gonococos em sua comunidade.

resistentes de *N. gonorrhoeae*. Embora nem a azitromicina ou a doxiciclina sejam recomendadas como drogas únicas para tratamento (monoterapia), a suscetibilidade antimicrobiana da *N. gonorrhoeae*, descrita por Gordon *et al.*¹⁴ e outros^{2,4}; sugere que qualquer uma delas poderia curar a maioria dos pacientes infectados com gonococos resistentes à droga primária.

Os médicos que freqüentemente tratam pacientes com gonorréia devem estar atentos ao perfil de suscetibilidade dos gonococos em sua comunidade, ao mesmo tempo que hospitais e postos de saúde precisam reunir meios para rápida distribuição de boletins informativos sobre os níveis de resistência das *N. gonorrhoeae* às fluoroquinolonas. Para uma antibioticoterapia mais eficaz no combate às gonorréias, são necessários ensaios clínicos freqüentes que avaliem a eficácia das fluoroqui-

nolonas contra a cepas de *N. gonorrhoeae*. Paralelamente, as pesquisas (básicas e aplicadas) em busca da descoberta de novas drogas mais eficazes contra as cepas resistentes de *N. gonorrhoeae* (e das bactérias em geral) devem ser estimuladas, apesar da reconhecida competência genético-bioquímica desses agentes etiológicos no desenvolvimento de resistência paraticamente contra qualquer novo antibiótico colocado em uso clínico.

Ao cogitar uma antibioticoterapia empírica, o clínico deve fazer uma avaliação precisa e objetiva que envolva os seguintes aspectos²⁰: (1) o presumível sítio da infecção; (2) o espectro de ação das drogas disponíveis; (3) a suscetibilidade da microbiota

local; (4) a posologia do antibiótico escolhido e; (5) os efeitos colaterais esperados versus as consequências do não tratamento. Sempre que possível, o médico deve recorrer a antibioticoterapia respaldada no diagnóstico laboratorial, que deverá permitir a identificação do(s) microrganismo(s) infectante(s) e a sua sensibilidade às drogas disponíveis. Ademais ele deve avaliar, da melhor forma possível, as condições dos mecanismos de defesa de seu paciente e os possíveis efeitos colaterais dos antimicrobianos. Finalmente, o clínico deve lembrar sempre que o uso de antibiótico de largo espectro, a seleção de cepas de bactérias resistentes e as superinfecções estão estreitamente associados.

Endereço para correspondência:
CÍCERO CARLOS DE FREITAS
Laboratório de Antibióticos
Instituto de Biologia-UFF
Outeiro de São João Batista s/nº - CEP24020-140 - Niterói-RJ

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHITTINGTON, W.L. & KNAPP, J.J. - Trends in resistance of *Neisseria gonorrhoeae* to antimicrobial agents in the United States. *Sex. Transm. Dis.*, 15:202-210, 1988.
2. SCHWARCZ, S.K. & *et al* - National surveillance of antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*. The Gonococcal Isolate Surveillance Project. *JAMA*, 264:1413-17, 1990.
3. 1993 Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines - *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Resp.*, 42 (RR-14):57-67, 1993.
4. MORAN, J.S. & LEVINE W.C. - Drogas of choice for treatment of uncomplicated gonococcal infections. *Clin. Infec. Dis.*, 20, (suppl. 1):S47-S65, 1995.
5. NEIL, M.A., & *et al.* - Failure of ciprofloxacin to eradicate coalescent fecal excretion after acute salmonellosis: experience during an outbreak in health care workers. *Ann. Intern. Med.*, 114:195-99, 1991.
6. DORNBUSCH, K. - Resistance to beta-lactam antibiotics and ciprofloxacin in Gram-negative bacilli and staphylococci isolated from blood; a European collaborative study, European Study Group on Antibiotic Resistance. *J. Antimicrob. Chemother.*, 26:269-78, 1990.
7. GRANSDEN, W.R. *et al.* - Decreased susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* to ciproflo-

- xacin [Letter]. *Lancet*, 335: 51, 1990.
8. van der WILLIGEN, A.H. & *et al.* - Comparative double-blind study of 200 and 400 enoxacin given orally in the treatment of acute uncomplicated urethral in males. *Antimicrob. Agents Chemother.*, 31:535-38, 1987.
9. KNAPP, J.S. & *et al.* - Proposed criteria for interpretation of susceptibility of strains of *Neisseria gonorrhoeae* to ciprofloxacin, ofloxacin, enoxacin, lemofoxacin, and norfloxacin. *Antimicrob. Agents Chemother.*, 39:2367-70.
10. TANAKA, M. *et al.* - Emergence of *in vitro* resistance to fluoroquinolones in *Neisseria gonorrhoeae* isolated in Japan. *Antimicrob. Agents Chemother.*, 39:2442-45, 1995.
11. Fluoroquinolone resistance in *Neisseria gonorrhoeae* - Colorado and Washington. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.*, 44:761-64, 1995.
12. TAPSALL, J.W., *et al.* - Failure of 500mg ciprofloxacin therapy in male urethral gonorrhea [Letter]. *Med. J. Aust.*, 156:143, 1992.
13. BIRLEY, H. *et al.* - High level ciprofloxacin resistance in *Neisseria gonorrhoeae* [Letter].
14. GORDON, S.M. & *et al.* - The emergence of *Neisseria gonorrhoeae* with decreased susceptibility to ciprofloxacin in Cleveland, Ohio: epidemiology and risk factors. *Ann. Intern. Med.*, 125:465-70, 1996.
15. KNAPP, J.S. *et al.* - Persistence of *Neisseria gonorrhoeae* strains with de-

- creased susceptibility to ciprofloxacin and ofloxacin in Cleveland, Ohio, from 1992 through 1993. *Antimicrob. Agents Chemother.*, 38:2194-96, 1994.
16. BELLAND, R.J. *et al.* - *Neisseria gonorrhoeae* acquires mutations in analogons regions of gyr. A and par C in fluoroquinolone-resistant isolates. *Mol. Microbiol.*, 14:371-80, 1994.
17. HANDSFIELD, H.H. & *et al.* - Epidemiology of penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* infections: analysis by auxotyping and serogrouping. *N. Engl. J. Med.*, 306:950-54, 1982.
18. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service and Division of STD Prevention: Sexually transmitted disease Surveillance, 1994. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 5-7, 1995.
19. ECHOLS, R.M. *et al.* - Single-dose ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated gonorrhea: a world wide summary. *Sex. Transm. Dis.*, 21:345-57, 1994.
20. CASADEVALL, A. - Crisis in infectious diseases: time for a new paradigm? *Clin. Infec. Dis.*, 23:790-94, 1996.

Adaptado de: Handsfield, H.H. Antibiotic-resistant *Neisseria gonorrhoeae*: The calm before another storm? *Ann. Intern. Med.*, 6:507-509, 1996.