

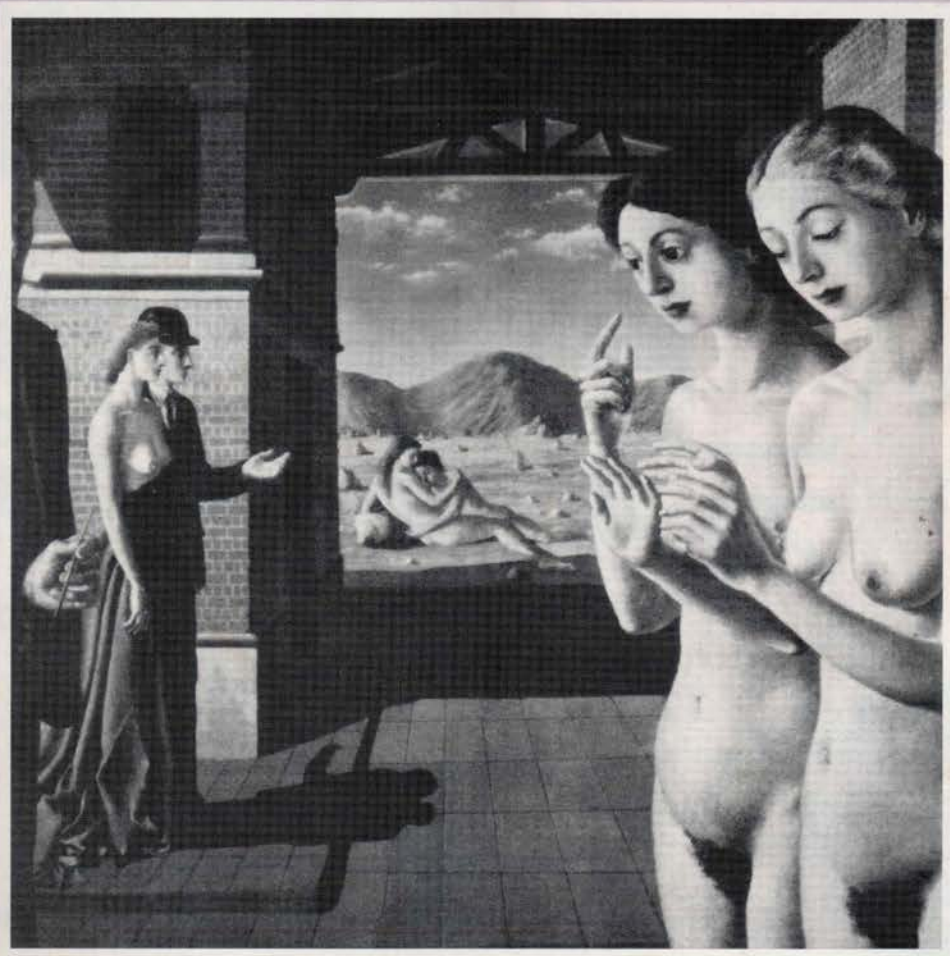
VOLUME 9
NÚMERO 3

JB

DST

MAI/JUN
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 (Zimbábue)
Evelio Perea (Espanha)
Hunter Handsfield (EUA)
Juan Carlos Flichman (Argentina)
Ken Borchart (EUA)
Luiz Olmos (Espanha)
Peter Piot (UNAIDS - Suíça)
Philippe Jutras (Canadá)
Steve 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 Eduardo

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**

Editoração Eletrônica:
Alexandre Rodrigues/Márcia Maia

SUMÁRIO



Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

EDITORIAL

DST IN RIO 2 UM CONGRESSO INTERNACIONAL FEITO PARA NÓS <i>Mauro Romero Leal Passos</i>	3
---	----------

ARTIGOS

COMPORTAMENTO DAS PROFISSIONAIS DO SEXO RELACIONADO A DSTs E AIDS <i>Sônia Maria Villela Bueno, Marli Villela Mamede</i>	4
CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS RELACIONADAS À DST/AIDS AVALIAÇÃO DE ADOLESCENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA <i>Chicrala M.A., Barros C.R.P., Cromack L.M.F., Meirelles Z.V., Silva M.R.N., Baker G.</i>	10
PESQUISA-AÇÃO COM DELEGADOS DE ENSINO SOBRE SEXUALIDADE, DST, AIDS E DROGAS UM PROJETO PIONEIRO DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO <i>Sônia Maria Villela Bueno</i>	16
USO DE PRESERVATIVO PARA PREVENÇÃO DA AIDS OPINIÃO E CONDUTA DE ESTUDANTES DO 2º GRAU - SÃO PAULO-SP <i>Rogério Guimarães Frota Cordeiro, Edméa Rita Temporini</i>	29

ARTIGO ESPECIAL

EVOLUTIONARY PSYCHOLOGY, HUMAN MATING STRATEGIES AND THE SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES <i>Gilberto N. Ottoni de Brito</i>	35
---	-----------

RELATO DE CASO

INFECÇÃO PERIANAL POR HPV NA INFÂNCIA <i>Listeux Eyer de Jesus, Isabel de Palmer Paixão Frugulbetti, Paola Barbosa Chagas, Bianca Barbier Rolim, Ledy Horto dos Santos Oliveira</i>	40
---	-----------

INFORMES TÉCNICOS

MELHORES TRABALHOS APRESENTADOS NO DST IN RIO	42
--	-----------

CARTAS AO EDITOR

ETS (DST) PERSPECTIVAS DE UN NUEVO CAMINO EN LATINOAMERICA CON "DST IN RIO 1996"	46
SISTEMA COOPERATIVO UNIMEDIANO	48



EDITORIAL

DST IN RIO 2

Um Congresso Internacional Feito para Nós
22 a 25 de setembro de 1998

Com 1381 profissionais e estudantes inscritos, com toda a segurança, o DST IN RIO foi um grande sucesso. Não apenas pelo número de participantes, mas pela qualidade e diversidade das exposições, dos trabalhos apresentados, da aura de amizade e calor humano que estava presente em cada cantinho do congresso.

Foi possível provar que um evento científico pode ser simples e barato sem deixar a qualidade e a emoção em planos secundários.

A integração foi ponto marcante, sendo um dos objetivos desde a instalação do evento. Quem viu jamais vai esquecer da dinâmica de abertura do DST IN RIO. Há aqueles que afirmam que o encerramento foi a prova

que faltava para coroar o congresso de sucesso total.

Dado que mereceu e que vem recebendo muito destaque, foi a realização do Concurso de Título de Qualificação em DST para médicos. Inédito no mundo, o concurso será repetido em 1998, uma vez que representa um grande marco na capacitação em DST.

Na política de dividir os frutos, conseguimos com um patrocinador sortear uma grande TV em cores no encerramento. Quem sabe se em 98 conseguiremos patrocínio para sortear um carro 0 Km? Vamos trabalhar duro para isto. E já começamos. Já estamos traçando as metas e formulando convites para os conferencistas.

Contudo, no DST IN RIO 2 daremos grande ênfase aos tra-

balhos, produzidos por equipes brasileiras. Existem no Brasil centenas de grupos produzindo pesquisas de excelente qualidade que são obrigados a apresentá-lo apenas como posters e em congressos no exterior. Já decidimos que pelo menos um terço do congresso será destinado a apresentações orais e/ou posters, para que possamos dar oportunidade aos grandes valores brasileiros. Nossa experiência tem mostrado que é fundamental conhecermos mais e melhor os verdadeiros pesquisadores. Com isso será possível organizar melhor os esforços na luta contra as DST/AIDS.

MAURO ROMERO LEAL PASSOS

Editor-chefe do Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis (JBDST)

COMPORTAMENTO DAS PROFISSIONAIS DO SEXO

Relacionado a DSTs e AIDS

SÔNIA MARIA VILLELA BUENO¹, MARLI VILLELA MAMEDE²

Ao longo dos tempos, a história da educação da mulher tem sido marcada de forma estereotipada, devido a preconceitos e tabus sexuais da sociedade decorrentes da influência de vários condicionantes históricos, sociais, políticos, culturais e religiosos na construção dos gêneros masculino e feminino, enquanto muitos deles ainda persistem na atualidade.

INTRODUÇÃO

A interferência destes fatores no cotidiano da mulher causa verdadeiros problemas de saúde com sérias consequências, sobretudo, em suas atitudes e formas de pensar a realidade.

Diante desse impasse, as questões voltadas para a sexualidade e para o sexo acabam revertendo-se a um nível de complexidade ímpar e merecem atenção especial.

Transportando essas reflexões para o subgrupo específico das mulheres profissionais do sexo, o peso ainda é maior, devido à vulnerabilidade e suscetibilidade a que elas estão sujeitas pela freqüente exposição a vários riscos, entre os quais, a sua saúde.

Como advertem Misner *et al.*⁴, é notório que as profissionais do sexo estão expostas a riscos, no entanto, o sujeito da prostituição não tem sido o foco de preocupação dos profissionais de saúde, principalmente porque, na realidade, a prostituição afeta mais as mulheres do que os homens, embora esta atividade não envolva apenas as mulheres. E, sob várias perspectivas, a prostituição pode ser considerada como uma forma de violência que merece especial atenção, onde os tabus aí relacionados devem ser encarados como tópicos de interesse para a saúde da mulher.

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

2 - Professora Doutora da Universidade de São Paulo, Campus de Ribeirão Preto, Coordenadora do REMA e Transcultural - Saúde da Mulher

Quando a natureza do relacionamento sexual é visto como um propósito de ganho econômico - uma troca de serviços sexuais por dinheiro ou outros bens, ele pode ser considerado como uma forma de exploração de pessoas, pois, ao venderem a sua mercadoria, elas se subordinam ao uso de quem as compra⁴.

Conseqüentemente, surgem vários problemas para as prostitutas, como gravidez indesejada, abortamento, violência, delinquência e adição de drogas, entre tantos outros. Ademais, no exercício de sua prática, há favorecimento da contaminação de doenças em geral, mas, principalmente, de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e AIDS.

Portanto, como resposta à diversidade social e cultural da disseminação de DSTs e da AIDS em nossa região, estabelecemos as profissionais do sexo como os sujeitos deste estudo, porque acreditamos que esta é uma forma de ajuda na identificação de comportamentos de risco para um público relativamente amplo de homens e mulheres.

Dessa forma, o objetivo do presente trabalho - fruto de um esforço educativo para prevenção da contaminação do HIV entre grupos específicos - é verificar entre mulheres profissionais do sexo:

- as DST-AIDS conhecidas;
- como as identificam e a conduta adotada quando as adquirem;
- o uso de estratégias de prevenção;
- as práticas sexuais utilizadas por elas;
- os métodos contraceptivos usados e;
- os comportamentos emitidos para promoção da saúde.

METODOLOGIA

Foram investigadas 65 mulheres profissionais do sexo, que desempenham práticas sexuais em casas de prostituição, assim chamadas de "chacrinhas", localizadas em uma determinada região de uma cidade do interior do estado de São Paulo.

Essas mulheres, em sua maioria, encontram-se em fase de adolescência e de adulto jovem. O comportamento dessas mulheres sofre influência das "donas de

O sujeito da prostituição não tem sido o foco de preocupação dos profissionais de saúde.

casa”, as responsáveis pelas normas e pelo gerenciamento do local de prostituição, onde cada profissional do sexo paga aluguel pelo seu quarto (em geral, um cubículo de cerca de 2 x 2m), que possui uma cama de solteiro, uma televisão e um criado-mudo.

Geralmente, cada casa ou “chácara” de prostituição tem a forma de “U”, com um conjunto de mini-quartos. Em todas as casas, há uma área central coletiva, coberta ou não, que varia de opções e atividades alternativas, dependendo do nível sócio-econômico do local e da clientela, como, piscina, barzinho, etc. Algumas destas casas também tem homens profissionais do sexo.

Para esta investigação, utilizamos alguns procedimentos metodológicos.

OBSERVAÇÃO

Para melhor conhecimento do ambiente, estabelecimento de uma relação mais próxima entre pesquisador e pesquisando e conquistar a confiança dos sujeitos estudados, foram realizadas visitas periódicas autorizadas pelas proprietárias das casas.

ENTREVISTA

Foram realizadas entrevistas com as mulheres profissionais do sexo em seu próprio ambiente de trabalho e horários pré-determinados para detecção de suas necessidades. A entrevista semi-estruturada foi norteada por meio de um roteiro com o objetivo de apreender a realidade vivenciada numa época de AIDS, cujo roteiro ressaltava conteúdos que possibilitavam a identificação de elementos básicos relacionados à prática sexual desse grupo de profissionais, como conhecimento sobre DSTs/AIDS, medidas de prevenção das DSTs/AIDS e práticas sexuais utilizadas, entre outras.

Durante a entrevista, também procuramos subsídios para identificar as características destes sujeitos, como também, em ação conjunta, traçar o planejamento de um programa educativo, que, conforme solicitado, foi executado posteriormente.

As respostas foram anotadas no próprio roteiro durante a entrevista.

Deste estudo, participaram apenas as profissionais que aceitaram colaborar nesta pesquisa, como também foi resguardado o seu anonimato.

RESULTADOS

As respostas das 65 mulheres profissionais do sexo apresentadas neste trabalho foram analisadas de acordo com as convergências identificadas, especialmente quando os dados tinham um caráter qualitativo.

Como era esperado, ao serem questionadas sobre o que é AIDS, todas responderam que era uma doença séria e fatal. Ademais, também foi possível apreender que o conceito delas sobre a AIDS estava ligado, em ordem decrescente, ao sobrenatural, ao modo de

transmissão, à possibilidade de prevenção, à geradora de sentimentos negativos e outras concepções, como a crença de que a AIDS não existe (Tabela 1).

Tabela 1

Conceito sobre AIDS entre as profissionais do sexo (Ribeirão Preto-SP)

Categoria	Depoimentos	N = 65	
		Freqüência	%
Séria /fatal	É uma doença que não tem cura É fatal, leva à morte É perigosa, grave É irreversível É maligna	65	100
Ligada ao sobrenatural	É praga É castigo de Deus	33	50,76
Ligada ao modo de transmissão	Pegar em banco Pegar pela droga na veia Pegar pela relação sexual Pegar por vírus	22	33,84
Prevenível	Tem que evitar/prevenir Todos têm que prevenir	18	27,69
Geradora de sentimentos negativos	É triste, horrível Desanimadora Dá medo	13	20
Outras	Isso não existe É antiga Muita gente tem	11	16,92

É interessante observar que, possivelmente, a idéia de que a AIDS é “uma praga ou castigo de Deus (50,76%)” esteja relacionada ao sentimento de culpa pelo trabalho que desempenham não aceito pela sociedade e que as coloca na marginalidade.

O modo de transmissão (33,84%) foi um outro indicador de conceito sobre a doença, como “pegar pelo banco”, “pegar pela droga na veia”, “pegar pela relação sexual” e “pegar por vírus”.

Portanto, é fácil verificar que, ao relacionarem o conceito da doença com o modo de transmissão, alguns elementos dessa população de mulheres têm uma concepção inadequada, porque referem que a doença é transmitida por assentos de bancos ou cadeiras ou mesmo pela droga injetada na veia.

Uma vez que a intenção era saber se esse grupo de profissionais “conheciam os tipos de DSTs”, “se em algum momento as adquiriram”, “como as identificaram” e “qual foi a conduta tomada”, foram abordadas essas questões, cujos resultados são apresentados nas Tabelas 2 a 5.

Na Tabela 2, são apresentadas as DSTs mais conhecidas: sífilis (76,92%), gonorréia (64,61%), pediculose genital (“chato”), (53,84%), cancro mole (50,76%) e AIDS (47,69%). É interessante observar que sífilis e

gonorréia foram referidas como mais conhecidas do que propriamente a AIDS. Na Tabela 3, por outro lado, quando questionadas quanto às DSTs já adquiridas, a maioria referiu pediculose genital (50,76%), seguida de sífilis (29,23%) e apenas 4,61% referiram gonorréia e/ou cancro.

A prostituição pode ser considerada como uma forma de violência que merece especial atenção.

Quanto à conduta adotada diante de uma DST, verifica-se que os caminhos seguidos fazem parte de padrões culturais de comportamentos, conforme também já foi evidenciado em outras pesquisas desse gênero, onde a

busca de tratamento na farmácia, uso de remédios/injeções e tratamento por conta própria são os mais expressos³, enquanto a busca por orientação médica (6,15%) foi relatada por um número muito pequeno dessas profissionais (Tabela 5).

Tabela 2

Distribuição das DSTs conhecidas pelas profissionais do sexo (Ribeirão Preto-SP)

DSTs	N = 65	
	Frequência	%
Sífilis	50	76,92
Gonorréia	42	64,61
Pediculose ("chato")	35	53,84
Cancro mole	33	50,76
AIDS	31	47,69
Outras	20	30,76
Não sabe	17	26,15

Tabela 3

Distribuição das DSTs adquiridas pelas profissionais do sexo (Ribeirão Preto-SP)

DSTs adquiridas	N = 65	
	Frequência	%
Pediculose ("chato")	33	50,76
Sífilis	19	29,23
Gonorréia	3	4,61
Cancro	3	4,61
Não identificado	1	1,53
Em branco	25	38,46

Na questão "o que sentia quando adquiriu a DST", observa-se o fraco reconhecimento dos sinais e sintomas dessas doenças, uma vez que 69,23% não responderam (Tabela 4).

Tabela 4

Distribuição da frequência de sinais e sintomas identificados pelas profissionais do sexo diante das DSTs adquiridas (Ribeirão Preto-SP)

Sinais/sintomas	N = 65	
	Frequência	%
Corrimento/pus	3	4,61
Prurido	2	3,07
Ardor	2	3,07
Dor	2	3,07
Desconforto	1	1,53
Mancha no corpo	1	1,53
Ferida	1	1,53
Outros	5	7,69
Em branco	45	69,23
Nada	10	15,38

Tabela 5

Distribuição da frequência da conduta adotada pelas profissionais do sexo diante de uma DST adquirida (Ribeirão Preto-SP)

Conduta	N = 65	
	Frequência	%
Farmácia	15	23,07
Remédio/injeção	6	9,23
Depilação do genital	5	7,69
Ir ao médico	4	6,15
Tratar sozinha	3	4,61

Na amostra estudada, também foi possível verificar que as estratégias de prevenção de DSTs/AIDS entre este grupo de mulheres não faz parte de sua cultura, uma vez que apenas 9,23% utilizam constantemente o condom. Constata-se também que um número significativo de mulheres (41,53%) não acredita na existência dessas doenças ou na possibilidade de sua aquisição em algum momento de suas vidas (Tabela 6).

Tabela 6

Distribuição das respostas das profissionais do sexo sobre "o que fazem para evitar DST/AIDS (Ribeirão Preto)

Estratégias de prevenção	N = 65	
	Frequência	%
Usa camisinha eventualmente	38	58,46
Usa camisinha constantemente	6	9,23
Não usa camisinha	16	24,61
Ter apenas um parceiro	4	6,15
Exames periódicos	1	1,53
Não acredita em DST/AIDS	27	41,53

Zenilman *et al.*⁶, em um estudo sobre a prática do uso de condom entre indivíduos sob grande risco de contrair/disseminar DSTs/AIDS, advertiram quanto à veracidade das respostas sobre o uso de preservativos entre esses indivíduos e ressaltaram a necessidade da utilização de métodos efetivos de pesquisa para a detecção real

*A natureza
do relacionamento
sexual é visto como
um propósito de ganho
econômico.*

do seu uso, considerando os altos índices de ocorrência e recorrência de contaminação de DSTs/AIDS entre aqueles que foram estudados e registraram a utilização rotineira deste método de prevenção.

Por outro lado, Jemmott & Jemmott² alertam quanto à necessidade de estimulação da mudança de comportamentos que assegurem o uso de preservativos nas relações sexuais. A mulher tem um papel de destaque, especialmente na erotização da prática sexual com o condom.

Quando indagadas sobre as diferentes práticas sexuais utilizadas, a maioria dessas mulheres (70,76%) referiu a prática de todas, como sexo oral, anal e grupal ("suruba") (Tabela 7).

Tabela 7

Distribuição das práticas sexuais utilizadas pelas profissionais do sexo (Ribeirão Preto-SP)

Práticas sexuais	N = 65	
	Frequência	%
Todos (oral, anal, vaginal, grupal)	46	70,76
Grupal (às vezes)	6	9,23
Não pratica sexo grupal	3	4,61
Em branco	10	15,38

A utilização de métodos contraceptivos foi um dado interessante entre as mulheres amostradas, quando se observa que grande parte (36,92%) não faz nada para evitar a gravidez e que 35 delas (53,84%) utilizam preservativos (27,69%) e anticoncepcionais orais (26,15%) (Tabela 8).

Tabela 8

Distribuição da frequência dos métodos contraceptivos utilizados pelas profissionais do sexo (Ribeirão Preto-SP)

Método contraceptivo	N = 65	
	Frequência	%
Nenhum	24	36,92
Preservativo	18	27,69
Pílula	17	26,15
Laqueadura	5	7,69
Tabelinha	1	1,53
Toma injeção	1	1,53
Em branco	4	6,15

Uma vez que o nosso interesse também era a identificação dos métodos contraceptivos utilizados por essas mulheres, não temos dados para afirmar que, na resposta daquelas que não utilizavam qualquer método, estariam embutidos abstinência sexual durante o período fértil ou exigência

constante do uso da camisinha aos parceiros sexuais.

Na tentativa de identificar comportamentos que estimulam essas mulheres à promoção de sua saúde, indagamos sobre "o que fazem para que se mantenham saudáveis":

• a maioria (55,37%) respondeu que procurava alimentar-se e dormir bem (23,07%), ter boa higiene (16,92%) e consultar o médico, sempre que possível (15,38%), mas também foram relatadas outras formas, como beber para se acalmar (1,53%), tomar líquido, evitar drogas e fazer exercícios (Tabela 9).

Tabela 9

Distribuição da frequência dos comportamentos de promoção da saúde entre as profissionais do sexo (Ribeirão Preto-SP)

Comportamentos	N = 65	
	Frequência	%
Alimentar-se e dormir bem	15	23,07
Boa higiene	11	16,92
Procurar médico, sempre que possível	10	15,38
Procura prevenir-se	9	13,84
Nada	3	4,61
Bebe para se acalmar	1	1,53
Em branco	16	24,61

Para identificar qual a dimensão que as pessoas que elas conheciam que têm e/ou morreram devido à AIDS ocupavam em suas vidas, indagamos se elas "conheciam pessoas com AIDS ou que morreram devido à essa doença e se podiam estimar quantas eram": no cômputo geral das respostas, somaram-se 83 pessoas conhecidas que morreram devido à doença e 69 portadoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora essas mulheres tenham demonstrado muito empenho em cooperar conosco e na concessão da entrevista, elas estavam muito tímidas e faziam transparecer que esse problema de DSTs/AIDS não lhes dizia respeito, portanto, estabeleceram uma grande barreira para o conhecimento de seus espaços de vida. Ficam as perguntas: Será uma forma de negar áreas conflitivas em seus espaços de vida? Como colocar essas áreas em nível de consciência? E como transformá-las em possibilidades de mudanças comportamentais em direção à promoção de sua saúde e da comunidade que atendem?

No exercício dessa reflexão e sem pretender esgotar todas as possibilidades de questões e respostas que possam ajudar no entendimento da epidemia da AIDS, em nossa região, concentramos a nossa análise

*Há favorecimento
da contaminação
de doenças sexualmente
transmissíveis
(DSTs) e AIDS.*

se em estratégias de mudanças dos comportamentos sexuais.

Portanto, baseado no levantamento realizado, foi possível identificar várias atividades de prevenção e de pesquisa como prioridades para o entendimento do papel do comportamento sexual quanto à prevenção e transmissão do HIV/AIDS entre as mulheres profissionais do sexo, como também responder mais eficazmente esse desiderato.

A realização deste inquérito possibilitou evidenciar a necessidade urgente de pesquisas com metodologias qualitativas, para auxiliar na identificação de fatores que podem influenciar importantes questões, como consciência da AIDS, percepção do risco e mudança do comportamento sexual de mulheres trabalhadoras do sexo, especialmente daquele que possa ser indicador de risco de contaminação e transmissão do HIV/AIDS entre homens e mulheres.

Uma questão preponderante foi a utilização da camisinha pelas profissionais do sexo, como uma forma de prevenção/transmissão das DSTs/AIDS. É necessário buscar os reais significados da não utilização das estratégias por essas mulheres e, como adverte Parker⁵, possivelmente, essas atitudes não estejam relacionadas apenas ao aumento ou à redução do risco de adquirir/transmitir DSTs/AIDS, e muito mais à satisfação erótica de seus parceiros sexuais. Se isso é verdadeiro, é preciso construir o impacto do uso da camisinha. Portanto, é necessária a realização urgente da análise do contexto social mais amplo das trabalhadoras do sexo, porque acreditamos que o enfrentamento dessas questões possibilitará, de alguma forma, auxiliar na tarefa do controle da AIDS em nosso país.

Uma vez que a disseminação do HIV ocorre principalmente por meio de contato sexual, o objeto do trabalho dessas mulheres, e existem limitações do conhecimento sobre o comportamento sexual de grupos específicos, é preciso entender as diversidades que, aparentemente, caracterizam a epidemiologia da AIDS em diferentes áreas. Segundo Parker⁵, precisamos de dados que permitam comparar e contrastar não apenas sociedades distintas, mas também grupos sociais distintos, como as prostitutas, os sujeitos desse estudo, para, então, começarmos a entender os tipos de variação que têm marcado a disseminação da AIDS. Temos que começar a entender não apenas a frequência emocional/social sobre os participantes ao conjunto mais amplo de sentidos que tornam determinados comportamentos mais significativos. Este foco de análise, que realça a área da experiência humana mais privada e subjetiva, como comportamento sexual, e busca os significados subjetivos da rejeição/omissão de comportamentos indicativos de sexo seguro para a transmissão do HIV, entre mulheres trabalhadoras do sexo,

parece ser urgente, porque, no exercício de sua atividade profissional, elas se deparam com situações estereotipadas que as colocam em maior risco à transmissão

do HIV, tais como:

- as relações sociais de gênero são feitas de forma diferenciada entre os sexos, especialmente em sociedades em que prevalece o poder do macho, onde a questão da satisfação sexual do homem ainda é regra;
- a questão do valor (quantidade) pago pelo trabalho efetuado está na dependência dos tipos de práticas sexuais realizadas (sexo oral, "suruba", com ou sem camisinha, etc.) e;
- a quantidade do trabalho efetuado nem sempre está relacionada ao produto final, mas às diferentes formas de concretizá-lo, como o uso ou não da camisinha.

Portanto, essas são algumas das questões que, ao nosso ver, necessitam ser revistas e trabalhadas com as profissionais do sexo.

RESUMO

Pesquisou-se, através de observações e entrevistas, 65 mulheres profissionais do sexo do baixo meretrício de uma cidade do interior paulista, verificando-se que a maioria vê a AIDS como doença séria, fatal e castigo de Deus. No entanto, conhecem e/ou apresentam DST/AIDS. Com DST poucas procuram médico. Todas as práticas sexuais são executadas sem preservativos. Muitas não revelaram seus problemas, estabelecendo barreiras. Urge-se de metodologias apropriadas para auxiliar a identificação de fatores que influenciam questões como a consciência das DST/AIDS, a percepção de riscos e a negociação do sexo seguro.

Unitermos: profissionais do sexo, mulheres, prevenção de DST/AIDS.

SUMMARY

One has researched, through observations and interviews, 65 sex professional women of a inland city of San Paul State. It has been verified that most of them faces AIDS as a serious and fatal diseases and/or a punishment of God. Moreover, they know and/or present several sexually transmitted diseases. Only few with STD looks for a physician. All sexual practices are carried out without preservatives. Many of them did not reveal their problems. It is necessary appropriate methodologies to aid the identification of factors which influence the sexual behavior for the conscience of the STD/AIDS and secure sex of these women.

Key words: sex professional, women, STD/AIDS prevention.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem os recursos financeiros concedidos pelo CNPq e o apoio do PNDST/AIDS-MS.

Endereço para correspondência:
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP)
Av. Bandeirantes 3900 - CEP 14040-902 - Ribeirão Preto-SP - Brasil
Tel.: (016) 633.1190 - Fax: (016)633.3271 - E-mail: wiabueno@usp.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BUENO, S.M.V. - AIDS x mulheres. *Jornal Folha de São Paulo*. São Paulo. Nordeste Folha Ribeirão Preto. 7º caderno, 12/08/95. p.2.

Uma questão preponderante foi a utilização da camisinha pelas profissionais do sexo.

2. JEMMOTT, L.S. & JEMMOTT, J.B. - Applying the theory of reasoned action to AIDS risk behavior: condom use black women. *Nurs. Res.*, 40(4):228-34, 1991.

3. LESCURA, Y - *As DST/AIDS no espaço de vida de alunos universitários*. Tese de doutoramento apresentada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 1994.

4. MINSMER, S.T. et al. - Prostitution. In: McELMURRT, B.J. & PARKER, R.S. (eds) - *Annual Review of Women's Health*. vol. 2. cap. 16. pp.341-51, 1995.

5. PARKER, R. - A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil. *Coleção Histórica Social da AIDS*. no.3. p.141. ABIA, RJ, 1994.

6. ZENILMAN, J.M. et al. - Condom use to prevent initial STDs: the validity of self-reported condom use. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 22(1):15-21, 1995.

DST IN RIO 2

Um Congresso Internacional Feito Para nós

22 a 25 de setembro de 1998

Local: Hotel Glória

INSCRIÇÕES PODERÃO SER EFETUADAS EM CARTÃO DE CRÉDITO E EM ATÉ 3X

Até 31/12/97	Estudante (Incluindo Pós-Grad.)	R\$40,00	Profissional	R\$60,00
01/01/98 a 11/05/98	Estudante	R\$60,00	Profissional	R\$90,00
12/05/98 a 31/08/98	Estudante	R\$100,00	Profissional	R\$150,00
Após 31/08/98	Estudante	R\$130,00	Profissional	R\$195,00

Data Final Para Envio de Trabalhos (Apresentação Oral ou Posters): 11/05/98

Para concurso de Título de Qualificação em DST, solicite edital.

Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - CEP 24340-160

Universidade Federal Fluminense - Setor de DST - Outeiro São João Batista S/N -
Campus do Valonguinho - Centro - Niterói-RJ - CEP 24210-150 - Tel.: (021)620-8080-R 298
- 798-4433/717-6301/719-4433 - Fax: (021)719-2588
E-mail: mipmaur@vm.uff.br - <http://www.uff.br/dst>

INTERNATIONAL CONGRESS OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

19 a 22 de outubro de 1997

Local: Sevilha - Espanha

Informações e Reservas:

PEDRO MELLO TURISMO E CÂMBIO

Loja Icaraí - Rua Gavião Peixoto, 137
Tel/Fax: (021)610-3858/610-2166/622-2033/622-2066
Central de Atendimento Gratuito:
Tel/Fax: 0800-21-4333



ARTIGO

CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS RELACIONADAS À DST/AIDS

Avaliação de Adolescentes Atendidos em uma Unidade de Atenção Primária

CHICRALA, M.A.¹, BARROS, C.R.P.¹, CROMACK, L.M.F.¹, MEIRELLES, Z.V.¹,
SILVA, M.R.N.¹, BAKER, G.²

O número acumulado de casos de AIDS no Brasil notificados ao Ministério da Saúde, até 10 de março de 1995, foi de 62.314. O estado do Rio de Janeiro, o segundo estado da federação em número absoluto de casos, apresentou, até 30 de junho de 1995, um total acumulado de 10.974 casos, sendo registrada maior incidência no município do Rio de Janeiro.

Em todo o país, neste mesmo período, 32,9% dos casos estavam concentrados na faixa etária compreendida entre 20-30 anos, portanto, é provável que a contaminação tenha ocorrido durante a adolescência, em função do longo período de latência da doença.

A infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) pode influir na prevalência de outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), provavelmente devido à facilitação de recorrências e maior duração das lesões. Por outro lado, o risco de infecção pelo HIV aumenta de 3-18 vezes na presença de DSTs não ulcéradas (Passos, 1995). Este sinergismo determina que as ações dirigidas para o controle da infecção pelo HIV devam contemplar a prevenção das DSTs em geral.

Uma vez que a prevenção é, atualmente, a principal arma contra esta pandemia, o NESA (Núcleo de Estudos da Saúde e do Adolescente) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Childhope (organização não governamental registrada na USAID [Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional]) estão desenvolvendo o Projeto PAPOS (Prevenção à AIDS, Promoção e Orientação à Saúde e Sexualidade). O Projeto PAPOS teve início em 1994 e o seu objetivo é a redução da transmissão do HIV/AIDS e DSTs em geral, por meio de atividades educativas com aumento da utilização de preservativos, e a sua população alvo são os adolescentes

de comunidades carentes e "meninos de rua" da cidade do Rio de Janeiro.

O presente estudo trata de uma das atividades desenvolvidas pelo Projeto PAPOS, que consiste da abordagem individual do tema com adolescentes atendidos no ambulatório do Morro do Pau-da-Bandeira, no bairro de Vila Isabel (RJ-RJ). O objetivo desse estudo é a identificação de conhecimentos e comportamentos relacionados às DST/AIDS e a avaliação do interesse dos adolescentes em receber informação adicional.

MODELO DO ESTUDO E METODOLOGIA

LOCAL

A pesquisa foi realizada no Ambulatório Avançado do Morro do Pau-da-Bandeira, no bairro de Vila Isabel, do município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma unidade de atenção primária do NESA constituída de uma equipe multiprofissional. Esta equipe presta atendimento individual de clínica médica, ginecologia, odontologia, psicologia, serviço social e enfermagem. Também realiza grupos de "sala de espera" sobre temas diversos ligados à saúde do adolescente e grupos agendados sobre aspectos da sexualidade.

POPULAÇÃO

Adolescentes residentes no Morro dos Macacos (área que engloba os Morros do Pau-da-Bandeira, Macacos e parque de Vila Isabel). Foram entrevistados adolescentes recém-matriculados e também aqueles que já se encontravam em acompanhamento no ambulatório, entre dezembro de 1994 e dezembro de 1995.

INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

A entrevista individual foi realizada a partir de um questionário constituído de dez perguntas com resposta aberta sobre conhecimentos e comportamentos diante

1 - Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

2 - CHILDHOPE

*A infecção
pelo HIV pode influir
na prevalência
de outras
DSTs.*

de DST/AIDS. Adicionalmente, foi avaliado o interesse dos adolescentes quanto a receberem conhecimentos mais profundos sobre o assunto.

As entrevistas foram realizadas pela equipe de trabalho do ambulatório avançado durante o horário normal de atendimento, com duração média de 30 minutos. Ao final da entrevista, o entrevistador, de acordo com as respostas obtidas, orientava os adolescentes sobre questões relacionadas às DST/AIDS.

**PROCESSAMENTO
E ANÁLISE DOS DADOS**

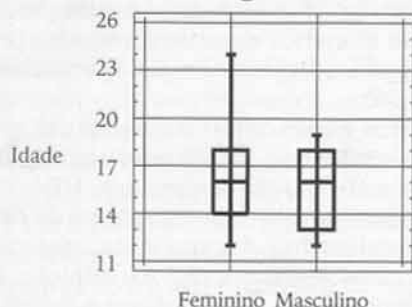
Os dados foram armazenados e analisados³ pelo programa EPI INFO - versão 6.02. Foram apresentados os valores de médios de + DP, mínimos, máximos e quartis das distribuições das variáveis contínuas, enquanto que as variáveis categoriais foram apresentadas como proporções com os respectivos intervalos de confiança de 95%. A avaliação da diferença entre proporções foi realizada pelo teste do qui-quadrado. A correção de Yates e o teste exato de Fisher foram utilizados nas situações em que a estatística χ^2 mostrou-se inadequada⁶. A diferença entre médias foi pela prova estatística não paramétrica de Mann-Whitney¹³.

Para a avaliação da significância estatística, foi empregado o teste bicaudal, sendo considerado estatisticamente significativo um valor de $P(a) < 0,05$.

RESULTADOS

Foram entrevistados 169 adolescentes, em que 142 (84%) eram do gênero feminino e 27 (16%) do gênero masculino. A maioria dos adolescentes estava situada na faixa etária compreendida entre 15-19 anos (62,7%). A idade média observada foi de 16 anos, com variação entre 12 a 24 anos. Não houve diferença significativa na média de idade entre os gêneros ($P = 0,15$) (Figura 1).

Figura 1



Distribuição dos adolescentes, de acordo com idade e gênero.

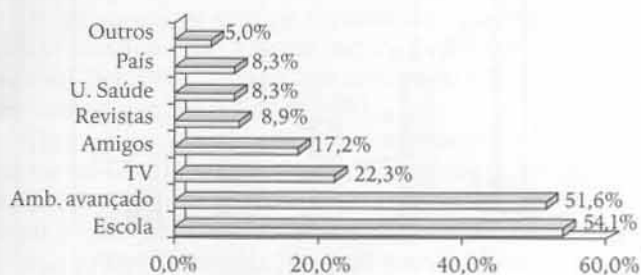
Gênero	Total	Mínimo	25%	50%	75%	Máximo	Média	DP
Feminino	142	7	10	12	14	18	12,1	2,8
Masculino	27	7	14	15	17	22	15,5	2,1

DST

Quando os adolescentes foram perguntados quanto a já terem ouvido falar de DST, 157 (92,9% - IC de 95%, 87,9%-96,3%) responderam que sim.

Os locais mais citados foram escola (54,1%), ambulatório avançado (51,6%), televisão (22,3%) e amigos (17,2%). No item outros (5,0%) foram citados: trabalho, igreja, associação de moradores, centro comunitário e campo de Vila Isabel (Figura 2).

Figura 2



Distribuição dos locais citados pelos adolescentes como fonte de informação sobre DST.

Na Figura 3 apresentamos as DSTs mais citadas pelos adolescentes. É fácil perceber que a AIDS foi a DST mais citada (95,5%), seguida pela gonorréia (51,6%). As DST menos citadas foram condiloma acuminado, pediculose do púbis, cancro mole e tricomoníase. Foram citadas erroneamente câncer e cólera como DST.

A maioria dos adolescentes (78,7% - IC de 95%, 71,7%-84,6%) reconheceu, pelo menos, uma forma de transmissão de DST. Na Figura 4, são apresentadas as formas de transmissão mais citadas, onde a mais conhecida é a relação sexual (97,7%). O item outras (6,8%) incluiu "sentar em lugar quente", "doar sangue", "frequentar banheiros públicos" e "ser tratado pelo dentista com instrumental não esterilizado".

Do total de adolescentes, 88 eram sexualmente ativos (52,1% - IC de 95%, 44,7%-59,8%). Dentre os sexualmente ativos, 44 faziam alguma coisa para não pegar DST (50% - IC de 95%, 39,1%-60,8%) e apenas 35 (39,8% - IC de 95%, 29,5%-50,8%) usavam preservativos. Entretanto, não ficou estabelecido se o uso era regular ou apenas esporádico. Os adolescentes sexualmente ativos citaram formas incorretas de prevenção de DST, como "conhecer o parceiro" (11,4%), "usar anti-concepcional hormonal oral" (9,1%) e "não sentar em lugar quente" (2,3%).

AIDS

Dentre os 169 adolescentes, 98,8% já tinham ouvido falar sobre AIDS (IC de 95%, 95,8%-99,8%). A AIDS foi

A televisão foi apontada como fonte de informação por 22,3% dos adolescentes entrevistados.

mais freqüentemente associada a ser "uma doença incurável" (53,3%), "transmitida pelo sexo" (45,5%), "causada pelo HIV" (12,6%), "transmitida por drogas" (12,0%) e "uma doença triste e feia" (10,0%). Apenas nove adolescentes (5,4%) disseram espontaneamente que a AIDS pode ser evitada com o uso de preservativos (Figura 5).

A maioria dos adolescentes conhece as formas de transmissão da AIDS (90,5% - IC de 95%, 85,1%-94,5%). As formas de transmissão mais citadas foram "via sexual" (94,1%), "sangue" (70,6%) e "uso compartilhado de seringas contaminadas" (41,2%) (Figura 6). Também foram citadas formas incorretas de transmissão incorretas, como beijo, doação de sangue e relacionamento com pessoas doentes.

Figura 3

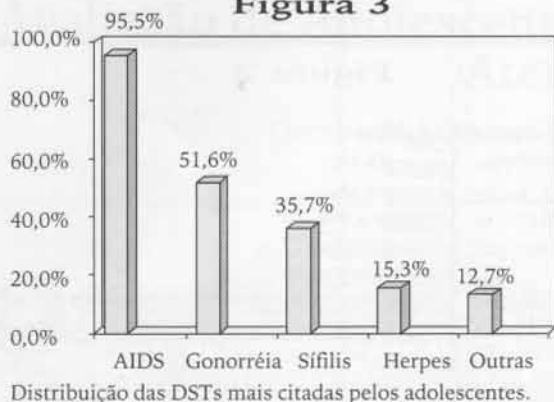


Figura 6

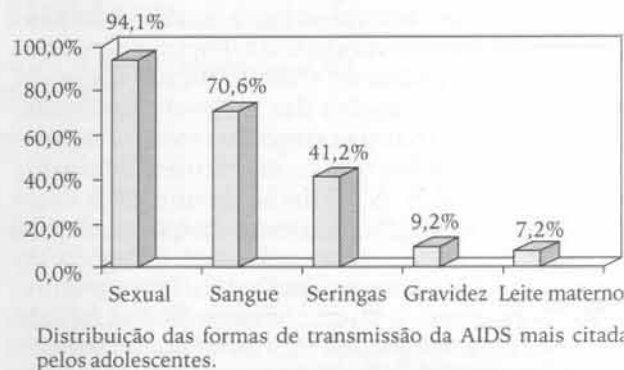


Figura 4

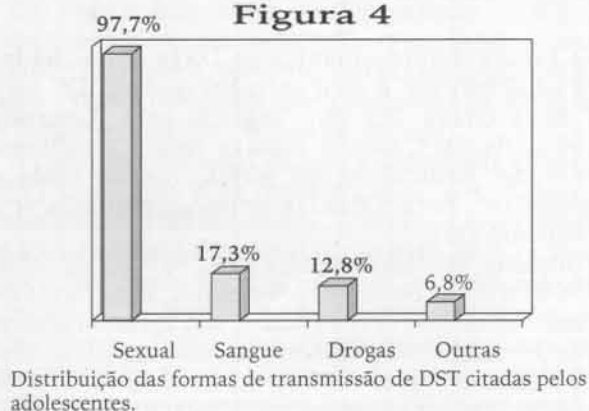
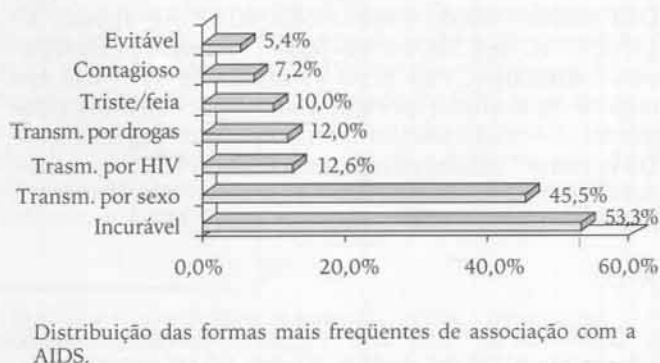


Figura 5



Dentre os 169 adolescentes, 63 responderam que faziam alguma coisa para não pegar AIDS (37,3% - IC de 95%, 30%-45%). Entre os adolescentes sexualmente ativos, 45 (51,1% - IC de 95%, 40,2%-61,9%) faziam alguma coisa para não pegar AIDS e 32 (36,4% - IC de 95%, 26,4%-47,3%) usavam preservativos. No grupo de adolescentes sexualmente ativos também foram citadas como formas de prevenção "ter parceiro único" (20%) e "conhecer o parceiro" (13,3%).

Entre os 81 adolescentes sem atividade sexual, 33,3% responderam não ter relações sexuais para não pegar AIDS, enquanto 5,6% não faziam uso de drogas por essa mesma razão.

Quando questionados sobre o interesse em aprofundar estes assuntos, 90,5% dos adolescentes responderam afirmativamente. Destes, 67,3% preferiram atividades de grupo, enquanto 38,6% solicitaram abordagem individual. Não houve diferença entre os gêneros na preferência por abordagem individual ($P = 0,84$) ou atividade de grupo ($P = 0,96$).

Entre 67,9% dos adolescentes sexualmente ativos que demonstraram interesse, 29,5% gostariam de receber preservativos e 10,3%, realizar teste de HIV.

Foram detectados como prováveis motivos de desinteresse no aprofundamento das questões relativas à DST/AIDS para 16 adolescentes (9,5%): inibição, falta de tempo e o julgamento de que já sabiam o suficiente.

DISCUSSÃO

O nosso país tem dimensões continentais e cada uma de suas regiões tem seus hábitos, costumes e até formas de expressão peculiares. Isto inclui diversidade no en-

A maioria dos adolescentes reconheceu, pelo menos, uma forma de transmissão e uma DST.

tendimento das questões relativas à sexualidade em geral. Portanto, um programa de intervenção, que tem como objetivo a implementação de conhecimentos sobre DST/AIDS e a prática do sexo seguro, deve considerar o conhecimento e as práticas atuais na cultura de sua população alvo.

No presente estudo, a principal fonte de informação para os adolescentes foi a escola (54,1%). Outros estudos indicam como fonte de informação os meios de comunicação em massa, principalmente a televisão^{5,9}.

O fato de a escola ter sido apontada como principal fonte de informação pode ser explicada, em parte, pelo fato de as escolas que são freqüentadas pelos adolescentes desse estudo serem alvo de atividades educativas extracurriculares, inclusive em sexualidade (inclusive relacionadas pela própria equipe do NESA).

O Ambulatório Avançado também foi uma fonte de informação relevante. Vale ressaltar a diferença entre o Ambulatório Avançado (51,6%) e outros serviços de saúde (8,3%), o que justifica a manutenção e a implementação da disseminação de informações pelos serviços de saúde.

A televisão foi apontada como fonte de informação por 22,3% dos adolescentes entrevistados. Entretanto, deve-se considerar que a televisão exibe freqüentemente mensagens contraditórias sobre sexo e sexualidade. Após um comercial recomendando o uso de preservativos nas relações sexuais, pode surgir um programa de ficção (filme, novela), em que os personagens parecem viver em mundos onde não existe AIDS. Os programas jornalísticos e de entrevistas são os que mais difundem conhecimentos sobre AIDS, porém, são os programas de ficção que têm maior audiência. A exibição dessas mensagens contraditórias pode ter um efeito pedagógico incerto na educação pública sobre a AIDS (Castro, 1995).

A AIDS foi a DST mais citada pelos adolescentes. A gonorréia, a DST mais prevalente em nosso meio, foi citada por apenas 51,6% dos adolescentes, enquanto a sífilis, por apenas 35,7%. Este achado está de acordo com os resultados encontrados em outra pesquisa realizada pelo NESA/UERJ em algumas escolas de Vila Isabel (PAPOS, 1995), onde foi verificado um nível de conhecimento menor sobre DST em relação à AIDS. Isto mostra a necessidade de aumentar o conhecimento sobre outras DSTs, uma vez que as ações dirigidas para o controle da infecção por HIV devem contemplar

A PREVENÇÃO ÀS DSTS EM GERAL.

A maioria dos adolescentes reconheceu, pelo menos, uma forma de transmissão e uma DST, sendo a

forma mais conhecida a relação sexual. O conhecimento sobre outras formas de transmissão é pequeno, o que é particularmente importante considerando que 4% das gestantes

brasileiras que recebem assistência pré-natal apresentam sorologia positiva para sífilis (Passos, 1995).

Da mesma forma, a maioria dos adolescentes já tinha ouvido falar sobre AIDS e a associação espontânea mais freqüente com a doença foi a vinculação entre AIDS e morte, o que já foi apontado por outros estudos^{9,11}. Este fato estaria relacionado à estratégia de algumas campanhas informativas que despertam o medo como motivação para mudanças de comportamento⁵.

A pergunta sobre as formas de transmissão de AIDS alcançou um grande índice de acertos: contato sexual (94,1%), sangue contaminado (70,6%) e uso de seringas contaminadas (41,2%).

Quando os adolescentes foram questionados quanto ao que sabiam sobre a AIDS, apenas 5,4% relataram espontaneamente que ela pode ser prevenida com o uso de preservativos.

No presente estudo, grande parte dos adolescentes era sexualmente ativa (52,1%). Apesar do alto nível de informação sobre as formas de transmissão da AIDS, apenas 36,4% relataram o uso de preservativos. Essa proporção seria ainda menor, se fosse feita alguma referência quanto ao uso de preservativos em todas as relações sexuais. Ainda no final da entrevista, apenas 29,5% dos adolescentes responderam que gostariam de receber gratuitamente preservativos.

Foram também citadas formas incorretas de prevenção, entre as quais se destaca a doação de sangue. Parece haver dificuldade na diferenciação entre os atos de doar e receber sangue, o que também foi observado por outros estudos^{5,9} (PAPOS, 1995).

Os adolescentes também citaram a escolha dos parceiros e as relações monogâmicas como formas de prevenção. A escolha dos parceiros pode estar relacionada ao conceito de "grupos de risco" para AIDS, sendo comum considerar como parceiro "seguro" aquele que não usa drogas, não é homossexual e é fiel¹¹.

A redução do número de parceiros como estratégia de prevenção contra DST/AIDS deve ser questionada na população adolescente. A adolescência é uma fase de experimentação e descobertas de relações amorosas intensas, porém, de curta duração, o que aumenta a probabilidade de maior número de parceiros.

CONCLUSÕES

As principais fontes de informação para adolescentes foram a escola (54,1%) e o Ambulatório Avançado (51,6%).

*A associação
espontânea mais
freqüente com a doença
foi a vinculação entre
AIDS e morte.*

Os adolescentes demonstraram alto nível de conhecimento: 92,9% já tinham ouvido falar sobre DST e 98,8% sobre AIDS; 90,5% sabiam como a infecção é transmitida pelo HIV e 78,8% sabiam como as DSTs são transmitidas.

Apesar do nível de conhecimento, houve interesse em seu aprofundamento, principalmente pela realização de atividades de grupo.

A utilização de preservativos entre os adolescentes sexualmente ativos foi baixa (39,8%), considerando o nível de conhecimento demonstrado.

RESUMO

Introdução.—No Brasil, 32,9% do total acumulado de casos de AIDS, até 30 de junho de 1995, estavam situados na faixa etária compreendida entre 20-30 anos. Provavelmente, a contaminação ocorreu durante a adolescência, em função do longo período de latência da doença.

Objetivos.—Identificar conhecimentos e comportamentos referentes às DST/AIDS e avaliar o interesse dos adolescentes em receber informação adicional.

Metodologia.—Os dados foram obtidos a partir de um questionário desenvolvido especialmente para este estudo. O questionário foi composto por perguntas abertas sobre conhecimentos e comportamentos diante às DST/AIDS e foi aplicado em entrevistas individuais pela equipe de trabalho do Ambulatório Avançado do Morro do Pau-da-Bandeira (bairro de Vila Isabel, RJ-RJ), durante o horário de atendimento.

Resultados.—Foram entrevistados 142 adolescentes do gênero feminino (84%) e 27 do masculino (16%). Dentre os 169 adolescentes entrevistados, 157 (92,9%) já tinham ouvido falar sobre DST, portanto, as mais citadas foram: AIDS (95,5%), gonorréia (51,6%) e sífilis (35,7%). A maioria dos adolescentes (78,7%) reconheceu, pelo menos, uma forma de transmissão de DST, e foram citadas principalmente: via sexual (97,7%), via sanguínea (17,3%) e uso de drogas (12,8%). Dentre os 52,1% de adolescentes sexualmente ativos, 50% faziam alguma coisa para prevenir as DSTs e 39,8% usavam o preservativo. Do total de entrevistados, 98,8% já tinham ouvido falar sobre AIDS, e a doença foi mais freqüentemente associada a não ser curável. Quanto às formas de sua transmissão, 90,5% dos adolescentes sabiam como a doença é transmitida, e as formas mais citadas foram via sexual (94,1%), sangue (70,6%) e seringas contaminadas (41,2%). Dentre os adolescentes entrevistados, 51,1% faziam algo para não pegar a doença e 36,4% afirmaram usar preservativos.

Conclusões.—As principais fontes de informação para os adolescentes é a escola (54,1%) e o Ambulatório Avançado (51,6%). O nível de conhecimento

demonstrado foi elevado, uma vez que 92,2% tinham ouvido falar sobre DST, 98,8% sobre AIDS, 90,5% responderam que sabiam como a AIDS é transmitida e 78,8% como as

DSTs são transmitidas. O índice de utilização de preservativos entre os adolescentes sexualmente ativos foi baixo em relação ao alto nível de conhecimento demonstrado e, apesar do alto nível de conhecimento, houve interesse em receber informações em atividades de grupo.

Unitermos: adolescentes, prevenção, DST/AIDS, pesquisa.

SUMMARY

Introduction.—In Brazil, 32,9% of the accumulated cases of SIDA until June 30th were found between 20 and 30 years of age. It is probable that the contamination has occurred during adolescence, because of the large period of latency of the disease.

Goals.—To identify knowledges and behavior connected to STD/SIDA and to evaluate the interest of adolescents to receive additional information.

Methodology.—Data were collected from a questionnaire specially developed to this study. The questionnaire is constituted by questions about knowledge and behavior concerning to STD/SIDA. Adolescents were interviewed individually by Ambulatório Avançado team, during consulting time.

Results.—169 adolescents were interviewed, 142 (84%) female and 27 (16%) male. 92,9% had already heard about STD. The most mentioned: SIDA (95,5%), gonorrhea (51,6%) and syphilis (35,7%). 78,7% recognize at least one way of transmission of STD. The most mentioned were: sexual via (97,7%), blood via (17,3%) and drug abuse (12,8%). 52,1% of adolescents was sexually active, from whom 50% do something against STD transmission in their own lives and 39,8% use condoms. 98,8% of interviewed had already heard about SIDA, which is more frequently associated to a non curable disease. 90,5% know how it is transmitted. The most mentioned forms: sexual via (94,1%), blood via (70,6%) and contaminated syringes (41,2%). 51,1% of adolescents do something not to catch the disease and 36,4% told that use condoms.

Conclusion.—The main source of information for teens is school (54,1%) and Ambulatório Avançado (51,6%). Level of knowledge is high: 92,9% had already heard about STD and 98,8% about SIDA. 90,5% said that know how SIDA is transmitted and 78,8% how STD are transmitted. The level of condom use is low, comparing to high level of knowledge. Despite the high level of knowledge, adolescents wanted to receive additional information about STD/SIDA.

Key words: adolescents, prevention, STD/AIDS, kap survey.

Endereço para correspondência:

MÔNICA A. CHICRALA

Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente

Avenida 28 de setembro, 109-Fundos - Vila Isabel - Rio de Janeiro-RJ

Tel.: 264-2082 - FAX: 284-4183

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, R.M. & MAY, R.M. - *Infectious disease of humans. Dynamics and control*. Oxford. Oxford University Press, 1991.
- CLAYTON, D. - *Statistical model of epidemiology*. Oxford. Oxford University Press, 1993.
- DEAN, A.G. et al. - *EPI INFO, version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers*. Atlanta. Centers for Disease Control, 1994.
- EGRET - *Epidemiology graphics, estimation and testing package*. Washington. Statistics and Epidemiology Research Corporation, 1988.
- FERNANDES, J.C. et al. - Conhecimentos e atitudes relativas a SIDA/AIDS em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Públ.*, 8(2):176-82, 1992.
- KIRKWOOD, B.R. - *Essentials of medical statistics*. London. Blackwell Scientific Publications, 1987.
- KLEINBAUN, D.G. et al. - *Epidemiology research: principles and quantitative methods*. Belmont. Lifetime Learning Publications, 1982.
- MALDONADO, G. & GREENLAND, S. - Simulation study of confounder-selection strategies. *Am. J. Epidemiology*, 138:923-26, 1993.
- MONTEIRO, S.S. - *A AIDS no contexto escolar: análise de um programa de prevenção*. Dissertação de Mestrado em Saúde de Coletiva, IMS/UERJ, 1995.
- MORGENSTEIN, H. - *Epidemiology methods I - class notes*. UCLA School of Public Health, Division of Epidemiology, Spring, 1989.
- PAIVA, V. - *Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para a prevenção do HIV/AIDS*. In: PARKER, R. et al. - *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro. Relume-Dumará, ABIA, IMS, 1994.
- STRUCHINER, C.J. - *Introdução à dinâmica populacional das doenças transmissíveis*. Rio de Janeiro, mimeo, 1994.
- SIEGEL, S. - *Estatística não paramétrica - para as ciências do comportamento*. São Paulo. McGraw-Hill, 1975.

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 TOME REMÉDIO 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 antivírico 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 FAMCICLOVIR. 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 antivírico 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 probenecida e outras drogas que afetam a fisiologia renal podem afetar os níveis plasmáticos de penciclovir. **REAÇÕES ADVERSAS:** **FAMCICLOVIR FOI BEM TOLERADO 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:**

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:**

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:**

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:**

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:**

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:**

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:**

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:**

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:**

PESQUISA-AÇÃO COM DELEGADOS DE ENSINO SOBRE SEXUALIDADE, DST, AIDS E DROGAS

Um Projeto Pioneiro do Interior do Estado de São Paulo

SÔNIA MARIA VILLELA BUENO

Vimos observando que as questões voltadas para a saúde integral do escolar não têm recebido, da forma que merecem, destaque especial nas escolas de 1^o e 2^o graus do Brasil. Não obstante, esses problemas ainda se tornam maiores, quando são associados às questões da sexualidade humana, devido à sua própria contextualidade, porque esbarra com marcas profundas de desacertos e inadequações na educação.

Conseqüentemente, o resultado reverte em verdadeiros entraves na vida das pessoas, devido aos exarcebados preconceitos e tabus cravados em sua formação. Muitas vezes, estes fatores são associados ao medo e, portanto, prejudicam consideravelmente a saúde sexual e integral dos indivíduos e, em particular, dos escolares.

Por outro lado, uma vez que o adolescente encontra-se em fase crítica de crescimento e desenvolvimento, ele carece de um trabalho efetivo, seguro e contínuo neste sentido e de orientação e informação adequadas, porque se sente despreparado para enfrentar as múltiplas e complexas situações de risco que o envolvem, devido às características próprias de sua faixa etária.

INTRODUÇÃO

Nesse processo, a AIDS, como epidemia e pandemia, agrava a saúde comunitária de forma lastimável e, fundamentalmente, a dos escolares, tanto individualmente e em grupo, o que faz com que essa doença seja motivo de calamidade pública mundial, devido, sobretudo, ao uso indevido do sexo e de drogas injetáveis, como principais vias de contaminação por HIV.

Contudo, a ameaça à saúde sexual humana aumenta, quando esses fatores são associados a outros problemas

nesta área, como assédio e/ou abuso sexual, uso indevido do sexo e de drogas, falta de conhecimentos e habilidades específicas para impedir o sexo e a droga por imposição e/ou violência, a promiscuidade, gravidez precoce e/ou não desejada, aborto, prostituição, adicção a outras drogas, etc.

Em contrapartida, as doutrinas elaboradas por peritos no assunto têm preconizado, entre outros meios importantes de prevenção, o sexo seguro e com responsabilidade entre os jovens e a sua postergação na infância e pré-adolescência. Desmistificam também os preconceitos existentes relacionados a alguns aspectos da sexualidade e orientam para uma saúde sexual condizente com os preceitos da valorização da vida humana, da saúde integral e do direito à cidadania, respeitando os valores éticos e morais envolvidos nestas questões. Apenas dessa forma as pessoas terão condições de manter uma vida mais condigna, humana e feliz, considerando a dignidade e o respeito à vida do homem na sociedade¹.

Neste sentido, as escolas de 1^o e 2^o graus têm papel relevante no campo da educação para a saúde integral do escolar, porque são um local de socialização do saber, adequado para trabalhar estas questões, entre tantas outras, tão importantes e fundamentais na formação do aluno, no treinamento de funcionários, na capacitação, atualização e implementação dos professores, diretores de escolas e delegados de ensino, como também na orientação dos pais e de toda a comunidade, conforme relata a OMS¹.

Desta forma, para trabalhar as questões de sexualidade, DST-AIDS e drogas nas escolas, as ações devem ser conjuntas, em parceria com a família e a comunidade. Neste processo, é preciso destacar a importância do envolvimento da representatividade das lideranças comunitárias, como as de bairro, religiosas, políticas, militares, da saúde, da educação, entre outras, com o objetivo de criar um vínculo de responsabilidade e

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 AIDS, como epidemia
e pandemia,
agrava a saúde
comunitária de forma
lastimável.*

compromisso de todos neste complexo processo sócio-econômico-político e educacional².

Não obstante, quando desenvolvemos pesquisas de educação para a saúde e orientação sexual voltadas para as questões da sexualidade, DST/AIDS e das drogas nas escolas e confrontamos os achados com os dados da literatura, depreendemos que os escolares, em sua maioria, são identificados e evidenciados pelos educadores, enquanto seres assexuados, representando a expressão máxima da negação da sexualidade dos alunos, vistos como pessoas desprovidas de qualquer problema desta ordem.

Contudo, outros achados têm despertado a nossa atenção nas escolas - a pouca investigação e os poucos programas educativos - que, quando existem, muitas vezes, são desarticulados da grade curricular e satisfazem parte unilateral do sistema, porque não criam vínculo nem compromisso com a escola (direção x professor x aluno x família x comunidade). Estas ações são desenvolvidas praticamente ao nível de alunado x professor convidado e nem sempre existe um critério pedagógico avaliativo para garantir a verificação mais efetiva desse processo ensino-aprendizagem, considerando o assunto abordado. Esta atividade pode reverter para o aluno em assunto interessante ou disperso e sem motivação ou, simplesmente, resultar em levantamento de dados, devido ao interesse científico do pesquisador para aquela escola, quando, muitas vezes, não há retorno nem, obviamente, contribuição para a instituição escolar investigada, em contrapartida aos dados conclusivos ali encontrados.

As pesquisas científicas voltadas para as comunidades, com o intuito de trabalhar a prevenção nos diferentes segmentos sociais, necessitam ir além do convencional. É urgente articular conclusiva e reflexivamente a pesquisa para ação de trabalho conjunto e integrado com toda a instituição pesquisada para possibilitar mudanças de comportamento. Dessa forma, a pesquisa participativa exige o envolvimento do pesquisador no ambiente a ser trabalhado, garantindo confiabilidade e respeito para possibilitar mudança e transformação.

Portanto, esta pesquisa deve ser desenvolvida com o intuito de investigar as necessidades daquela contextualização, e estar pautada em princípios norteadores à integração de toda a comunidade - pesquisados(s) x pesquisando(s) - para culminar com um efetivo trabalho científico-pedagógico, ao mesmo tempo que possa garantir a mudança de comportamento e, dessa forma, contribuir para a transformação e o impacto social na comunidade trabalhada.

No caso das questões que permeiam a sexualidade em tempos de AIDS, esta nova dimensão de pesquisa tem papel extremamente relevante, porque permite investigar dados, levantar e trabalhar problemas emergenciais, buscar a equação ou criar subsídios para a solução das dificuldades comunitárias encontradas, por meio de ações nos programas educativos. Portanto, de acordo com o nosso objetivo, isto por si só justifica

a nossa opção por esta modalidade na presente investigação.

**TEMPOS DE AIDS
NAS ESCOLAS**

Em nosso país, o contingente infanto-juvenil representa um índice considerável na caracterização de nossa população. Aproximadamente, 34% da população mundial têm menos de 17 anos de idade. No Brasil, este grupo representa cerca de 41% da população total.

De forma semelhante aos adultos, as crianças correm riscos de contaminação por HIV, absolutamente alheios às suas atitudes ou vontades. As crianças podem ser contaminadas pela mãe portadora (durante a gestação e o parto ou recebendo transfusões de sangue e hemoderivados contaminados), como também por abuso sexual.

No caso dos pré-adolescentes e adolescentes, eles tendem a iniciar precocemente as suas práticas sexuais. No Brasil, a idade média da primeira relação sexual é de 16,9 anos e de 15 anos, para os sexos feminino e masculino, respectivamente. Ademais, em nossa sociedade, os jovens estão expostos ao processo de massificação do uso de drogas, o que faz com que a escola não possa mais ignorar estes fatos e, ao contrário, atue como centro de difusão do saber sobre a AIDS, entre outros problemas relacionados a sexo e drogas³.

Num esforço conjunto com os demais segmentos sociais, é fundamental que a universidade cumpra o seu papel de ensino, assistência/extensão e de pesquisa na comunidade para questões, sobretudo, de HIV/AIDS e drogas, e identifique a sua função preventiva em apoio, assessoria e consultoria aos professores do ensino de 1º e 2º graus, considerando-os vigilantes diretos da saúde integral do escolar.

Segundo Azevedo³, essa luta é de toda a comunidade. Atualmente, a educação é a forma mais eficaz de prevenção da doença e a universidade deve ser o polo difusor das práticas preventivas. Além disso, a universidade é o espaço apropriado para o nascimento de novas idéias e práticas no combate às doenças, como também é o centro prioritário para formação de recurso humanos, técnicos e científicos.

Portanto, a AIDS e as drogas não representam problemas exclusivos dos educadores e agentes de saúde, porque também é um problema do Estado e de toda a sociedade. Gradativamente, as Câmaras e Assembléias Legislativas de nossos estados e municípios têm percebido isso e algumas já deliberam pela implantação urgente de programas de prevenção nas redes escolares. Cabe aos responsáveis das lideranças comunitárias e, em especial, das redes escolares, como também aos pais levarem esta discussão aos partidos políticos e ao Legislativo, acompanhando debates e cobrando resultados quanto às amplas questões de educação para a saúde integral, visando a melhora da qualidade de vida de todos os cidadãos.

Portanto, o trabalho de prevenção das DSTs/AIDS e drogas é complexo e deve ser contínuo, pois só haverá resultado efetivo com atividades contínuas a longo prazo e sistematicamente. Esse trabalho de prevenção

As ações devem ser conjuntas, em parceria com a família e a comunidade.

deve ser oficializado, utilizando-se os meios de comunicação como veículos de divulgação de programas de saúde pública. A mobilização legislativa decisiva poderá garantir a continuidade destes programas, através das sucessivas administrações estaduais e municipais.

Os programas de prevenção devem ser discutidos com toda a comunidade, pois ninguém (pessoa ou instituição) resolverá sozinho esse problema. O trabalho dirigido ao controle e à prevenção da epidemia e das drogas ultrapassa os limites da escola e abrange necessariamente a família e a comunidade. A família, muitas vezes, desconhece o assunto e prefere evitá-lo por despreparo, vergonha, medo, desconfiança e/ou falta de diálogo familiar. O mesmo também ocorre com professores e funcionários nas escolas³.

Torna-se complexo o fato de os escolares serem esclarecidos sobre sexualidade, DST/AIDS e drogas, sem que funcionários, professores e até mesmo os pais sejam também orientados para trabalhar estas questões no cotidiano. Se por um lado este fato pode gerar conflitos para as crianças e adolescentes sem a contrapartida, principalmente, dos pais neste sentido, por outro, quando bem informados e seguros, poderão ser ótimos multiplicadores de informações para seus pares e suas famílias, desde que ela permita a abordagem dessas questões. Para tanto, é imprescindível a integração da família e de toda a comunidade na elaboração do programa de prevenção nas escolas, permitindo discussão aberta sobre o assunto para que, conjuntamente, mantenham o compromisso do desenvolvimento de projetos.

Por outro lado, um fato a considerar é que os professores alegam dificuldades em trabalhar estas questões com seus alunos, debelando-se com problemas de formação acadêmica, uma vez que atribuem essas dificuldades relacionadas à aquisição dos conhecimentos fundamentalmente voltados para as informações científicas e que, raramente, enfocam o receptor final - o aluno -, dificultando o desempenho de suas funções.

Os cursos universitários parecem estar voltados para um aluno cognitivo descontextualizado, sem problemas, pressões sociais, sentimentos, desejos e adolescência. É legítimo supor que tal distanciamento do aluno real tenha grande responsabilidade no fracasso escolar de muitos deles.

Quanto aos programas de treinamento de prevenção do HIV/AIDS e das drogas nas escolas, é importante que eles sejam resultantes da iniciativa conjunta das secretarias estaduais e municipais de educação e saúde. Todavia, a descentralização dos programas até o nível municipal é determinante para o sucesso das ações preventivas. Cada município tem uma realidade própria que deve ser considerada. Portanto, para o alcance do impacto desejável, os programas de prevenção podem exigir anos de trabalho de pesquisas e devem ser realizados integrada e continuamente para garantir a sua efetivação.

DST/AIDS NAS ESCOLAS

Para trabalharmos a prevenção da infecção por HIV, somos compelidos a orientar as pessoas a repensarem e

modificarem alguns de seus comportamentos mais íntimos. A experiência tem evidenciado que a difusão de informações corretas não é suficiente para convencer as pessoas a modificarem comportamentos profundamente

arraigados em sua cultura. Muitos sabem que deveriam usar preservativos na prática sexual, mas poucos os utilizam. Portanto, é importante saber que serão necessários vários anos de trabalhos de pesquisa relacionadas ao comportamento do ser humano, para alcançar um resultado preventivo efetivo. É preciso conduzir as pessoas à adoção de comportamentos que ajudem a conter a epidemia.

A AIDS trouxe um novo desafio à nossa sociedade, que deve ser enfrentado coletivamente, pois o que está em discussão não é o comportamento de uma ou outra pessoa, mas o de toda a sociedade. O que está em pauta são as realidades sociais e culturais que determinam o nosso comportamento e necessitam de tempo para transformação. Contudo, ao trabalharmos a prevenção, é evidente que as ações passem necessariamente por um debate democrático mais profundo sobre delicados assuntos relacionados neste campo³.

Quando ocultamos informações dos alunos, consideradas por alguns como perigosas ou imorais, relacionadas à sexualidade e ao uso de drogas, acreditamos que os estamos protegendo, quando, na verdade, perdemos a oportunidade de conversar com eles sobre assuntos que os interessam e são discutidos fora da escola sem qualquer acompanhamento. Sufocando nas escolas o debate sobre estes temas, estamos permitindo que os jovens fiquem mais expostos a riscos desnecessários e que nos cabe reduzi-los.

Conversar com os jovens e informá-los sobre práticas e comportamentos sexuais apropriados para reduzir o risco da infecção não significa, contudo, interferir nos valores de uma pessoa ou tentar impor determinados comportamentos, mas sim oferecer opções e criar subsídios para que estas informações possam ser interiorizadas e utilizadas individualmente, sempre que necessário.

Cada indivíduo deve ter a liberdade de decidir livremente sobre os comportamentos preventivos que pretende adotar. Da abstinência sexual passando pelo uso do preservativo até a fidelidade entre parceiros, todos os comportamentos são válidos. Não cabe à escola ou a qualquer outro impor nenhum comportamento. O debate deve ser aberto, científico e democrático, despido de posturas repressivas e preconceituosas que, além de inadequadas, são sempre contraproducentes e contrariam os pressupostos da pedagogia da pós-modernidade.

Os referenciais teórico-práticos sobre estas questões revelam que os trabalhos educativos voltados para a saúde, sobretudo para sexualidade, drogas e DST/AIDS, exigem a necessidade de conferir um marco conceitual e uma estrutura integracional da escola como um todo neste processo, incluindo delegacias de ensino, direção, cúpula escolar (supervisores e coordenadores de ensino, orientadores pedagógicos e demais funcionários), professores, alunos, pais e a comunidade em geral, para culminar com um efetivo e satisfatório resultado. Dessa

*A AIDS e as drogas
não representam
problemas exclusivos
dos educadores
e agentes de saúde.*

forma, esta ação deve ser conjunta para dividir e partilhar responsabilidades na promoção da saúde integral do indivíduo e da coletividade, tendo como ponto de partida o referencial teórico preconizado pela OMS fundamentado na valorização da vida (qualidade e melhoria das condições de vida), visão holística do homem (em sua totalidade, vislumbrando a saúde plena/integral) e resgate do exercício da cidadania.

Quando repensamos a importância da articulação deste marco teórico e sua aplicabilidade no processo escolar, depreendemos a necessidade do estabelecimento de um trabalho mais amplo com as delegacias de ensino para garantir o vínculo e o compromisso deste contingente com as diretorias de escolas e, conseqüentemente, funcionários e professores, alunos e pais, na criação de um elo de cumplicidade e responsabilidade para a efetivação de um projeto genérico, que contemple fundamentalmente a pesquisa, o ensino e a extensão de serviços da universidade à comunidade para a promoção da saúde integral de seus integrantes.

Para tanto, mobilizados e sensibilizados com estes problemas nas instituições de ensino, propusemos o desenvolvimento dessa pesquisa participativa, que possibilitou investigar conjuntamente com os delegados de ensino os problemas que os inquietavam, há algum tempo, nas escolas de 1º e 2º graus locais e regionais de sua responsabilidade, culminando finalmente com ações educativas voltadas para a educação para a saúde e orientação sexual.

OBJETIVOS

Envolvidos com essas questões, traçamos os seguintes objetivos, enquanto pressupostos da pesquisa à ação, onde procuramos:

- investigar os delegados de ensino de uma cidade do estado de São Paulo, para verificar os maiores problemas relacionados à educação para a saúde sexual do escolar nas escolas locais e regionais;
- levantar com os delegados de ensino dados sobre educação para a saúde no contexto escolar, identificando, na opinião deles, as questões gerais sobre sexualidade, DST/AIDS e drogas nas escolas locais e regionais de sua responsabilidade;
- treinar os delegados de ensino, enquanto agentes multiplicadores, nas questões gerais da sexualidade, DST/AIDS e drogas e;
- levantar sugestões com os delegados de ensino para ampliação do projeto.

METODOLOGIA

Esta investigação é uma pesquisa-participativa para trabalhar os problemas de educação para a saúde e orientação sexual nas escolas, levantar questões e elaborar conjuntamente ações pedagógicas que atendam as necessidades dos sujeitos trabalhados.

Foram pesquisados os dois delegados de ensino existentes em uma cidade do interior do estado de São

Paulo, responsáveis pelas escolas de 1º e 2º graus das redes municipais, estadual e particular de ensino desta região.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, empregamos a entrevista individual, face a face, sistematizada, que tinha como roteiro questões norteadoras (instrumentos) (Quadro I).

Quadro I

Instrumento norteador (formulário)

I. Identificação

- Sexo:
- Idade:
- Estado civil:
- Delegacia de ensino:
- Escolas de sua atribuição e endereços:

II. Questões norteadoras

1. A educação sexual tem sido trabalhada nas escolas?
2. Como o Sr. (a) percebe atualmente o comportamento sexual de crianças e adolescentes nas escolas ou fora delas?
3. De maneira geral, como os professores têm trabalhado estas questões com os escolares?
4. Como são vistos os problemas das DST/AIDS e das drogas nas escolas?
5. Nas escolas locais e regionais, têm ocorrido casos de AIDS?
6. Os diretores, professores e demais profissionais e funcionários das escolas estão preparados para trabalhar o problema das DST/AIDS e das drogas nas escolas?
7. Espaço aberto para se expressar sobre o que quiser neste sentido.
8. Que sugestões o(a) Sr. (a) daria sobre o desenvolvimento de um projeto mais amplo nesta área?

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

- Visita às delegacias de ensino para apresentação dos objetivos da pesquisa. Neste contato, obtivemos boa receptividade, devido ao nível de interação já estabelecido, porque havíamos prestado assessoria e consultoria e emitido pareceres ao tema central.
- Aplicação da entrevista individual, face a face, para cada delegado de ensino, tendo como instrumento um formulário com as questões norteadoras. Não foi necessário controlar o tempo, uma vez que os entrevistados tinham grande interesse e estavam dispostos a participar efetivamente da pesquisa, propondo até mesmo a ampliação do projeto à direção até o alunado das escolas e demais segmentos sociais.
- Levantadas as dificuldades por meio da pesquisa, elaboramos conjuntamente o programa educativo, contemplando em seu conteúdo as temáticas sobre sexualidade, DST/AIDS e drogas, seguido de levantamento de matriz, tabelas, análise, discussão dos resultados e conclusões finais.
- Preparação e confecção de material didático (apostilas) contendo portarias ministeriais sobre estas temáticas nas escolas, entre outros documentos complementares.

*O trabalho
de prevenção das
DSTs/AIDS e drogas
é complexo e deve
ser contínuo.*

- Seleção de cartazes, referências bibliográficas, diapositivos, filmes, etc.
- Convite aos multiprofissionais das áreas de saúde e educação (enfermeiros, médicos, pedagogos, etc.) para aulas, palestras, conferências e debates/discussões do conteúdo do programa educativo planejado.
- Avaliação da pesquisa e das ações pedagógicas pelos sujeitos pesquisados (delegados e pesquisadores).
- Sugestões emitidas pelos delegados de ensino pesquisados para ampliação do projeto (delegados e pesquisadores).
- Conclusão do processo (pesquisa e ação) para sua divulgação em congressos e periódicos e/ou similares nacionais e internacionais.
- Encaminhamento da pesquisa concluída ao seu órgão financiador (CNPq).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PANORAMA GERAL DA SITUAÇÃO ESCOLAR E DIRECIONAMENTO CONDUTOR PARA A SAÚDE INTEGRAL X DST/AIDS E DROGAS

Atualmente no Brasil, existem 206.817 estabelecimentos de ensino fundamental, dos quais 195.456 pertencem a rede pública. Um milhão e oitenta e um mil professores atendem a essas escolas, que abrigam 25.826.480 alunos, na faixa etária de 5-19 anos de idade.

Estes dados associados a vários incidentes com alunos portadores do HIV ou aidséticos ocorridos no início de 1992, em algumas escolas, justificaram a prioridade dada ao projeto DST/AIDS nas escolas pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Fruto da parceria dos dois ministérios e desenvolvido por seus órgãos competentes, como Fundação de Assistência ao Estudante (FAE) e Programa Nacional de Controle das DST/AIDS do Ministério da Saúde (PNC DST/AIDS/MS, sob a coordenação da Dr^a Lair Guerra de Macedo Rodrigues), foram colocadas em prática (Portaria Interministerial 796, de 29/05/92) as recomendações sobre como agir com crianças HIV positivas ou aidséticas nas escolas do país. Essa portaria passou a fazer parte da Portaria 122 (Ministério da Educação, Cultura e Desporto), em janeiro de 1993, onde foi instituído o Comitê Nacional da Educação Preventiva Integral (CONEPI) para assessoria junto ao Programa Nacional Integral à Criança e ao Adolescente (PRONAICA). Portanto, a Portaria 796 (05/92) foi incluída na Portaria 122 (01/93) para apoiar o CONEPI e o PRONAICA no assessoramento às escolas nacionais de 1º e 2º graus de questões, como alcoolismo, drogas e DST/AIDS, envolvendo crianças e adolescentes entre cinco e 19 anos de idade.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DO QUADRO INSTITUCIONAL ESCOLAR LOCAL E REGIONAL - SEXUALIDADE, DST/AIDS E DROGAS NAS ESCOLAS DE 1º E 2º GRAUS

Fundamentalmente, o presente estudo foi direcionado aos delegados de ensino, que foram investigados

sobre as questões gerais, que atualmente são preocupantes nas escolas, porque eles são os agentes responsáveis diretos pelas instituições escolares de cada região do país e, portanto, podem influenciar as condutas dos dirigentes escolares, como também porque são eles que repassam aos diretores de cada estabelecimento de ensino as diretrizes norteadoras dos currículos das instituições educacionais, conforme preconizado pelo MEC.

Devido ao nível de complexidade que os problemas contemporâneos têm afetado o ambiente escolar, acreditamos que seja de fundamental importância a detecção do pensamento dos delegados de ensino (enquanto autoridades respeitáveis no âmbito escolar) quanto às dificuldades encontradas nas escolas atuais, considerando os problemas peculiares regionais, como também verificando as suas expectativas e tendências na atuação rumo aos novos paradigmas diante das questões que envolvem a educação e a saúde emergidos nos tempos de AIDS, vislumbrando, assim, o atendimento efetivo da saúde integral do escolar e dos demais integrantes deste contexto³.

O conteúdo das falas dos delegados de ensino pesquisados foi analisado de forma qualitativa, para permitir maior compreensão e interpretação das unidades de pensamento expressas.

Nesta pesquisa participante, os dados levantados evidenciam consideravelmente a inquietação dos delegados de ensino sobre as questões gerais da saúde integral do escolar em seu âmbito profissional. Estes resultados contribuíram para a elaboração do conteúdo programático das ações pedagógicas, treinamento destes sujeitos, preparando-os, enquanto agentes multiplicadores, para avaliação deste processo (pré-, pós-teste e intervenção), como também para emissão de sugestões pelos sujeitos investigados para extensão e continuidade deste projeto.

Os dois sujeitos pesquisados são: um do sexo masculino e o outro, do feminino, e ambos acima da terceira idade. Cada um deles é responsável por um conjunto de escolas de 1º e 2º graus locais e regionais, o que perfaz um total de 150 escolas, que atende um contingente escolar de 150 mil-200 mil estudantes (Quadro II).

Quadro II

Identificação pessoal dos delegados de ensino

Delegados de ensino	Sexo	Idade
A	Masculino	62
B	Feminino	57

A seguir, apresentaremos, na íntegra, o conteúdo das falas dos delegados de ensino pesquisados, seguido dos quadros e respectivas análises e discussões.

O Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis aceita trabalhos originais de revisão e atualização, relatos de casos, notas prévias, etc., de qualquer tema ligado a Doenças Sexualmente Transmissíveis. Os artigos enviados devem ser acompanhados de uma carta de apresentação, garantindo: (a) que o artigo seja original; (b) que nunca tenha sido publicado e, caso venha a ser aceito não será publicado em outra revista; (c) que não tenha sido enviado a outra revista e não o será enquanto estiver sendo considerada sua publicação pela JBDST; (d) que todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e que leram e aprovaram a versão final; (e) que não são omitidos quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse no material abordado no artigo; (f) que o JBDST passa a ter os direitos autorais, caso o artigo venha a ser publicado e (g) os artigos apresentados para publicação deverão conter na sua apresentação final a assinatura de todos os seus autores. A carta de apresentação deve indicar o autor responsável pelas negociações sobre adaptações do artigo para a publicação, fornecendo seu telefone e endereço.

DIRETRIZES PARA A PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

Orientações gerais: Os originais devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês, e serem enviados em três cópias impressas em folha de papel branco, tamanho A4 (210x297mm); com margens de 25mm em ambos os lados e espaço duplo em todas as seções; fonte Times New Roman, tamanho 12; páginas numeradas no canto superior direito, a começar pela página de rosto. Utilizar preferencialmente o processador de textos Microsoft Word®. O tamanho máximo recomendado é de 25 páginas para artigos originais, 10 páginas para relatos de caso e duas páginas para as demais seções, incluindo as referências bibliográficas. Os artigos escritos em espanhol e inglês deverão conter resumo em português e inglês.

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

Página de rosto: Deve conter (a) o título do artigo, conciso e explicativo, evitando termos supérfluos; (b) versão exata do título para o idioma inglês; (c) título abreviado (para constar na capa e topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços; (d) primeiro e último nome dos autores e iniciais dos sobrenomes; (e) a titulação mais importante de cada autor; (f) instituição ou serviço ao qual os autores estão vinculados; (g) nome, endereço, telefone, fax e E-mail do autor responsável pela correspondência; (h) fonte financiadora ou fornecedora de bolsas, equipamentos e materiais, quando for o caso.

Resumo em português: O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1400 caracteres e deve ser apresentado no chamado formato semi-estruturado, que compreende obrigatoriamente as seguintes cinco seções, cada uma das quais devidamente indicada pelo subtítulo respectivo:

• **Fundamentos:** Trata-se do "background" que justifica esta publicação. Representa o ponto central contido na introdução do trabalho e deve conter achados prévios relevantes, designando se são estes do autor ou de outros investigadores.

• **Objetivo:** Informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. O objetivo do trabalho deve resultar do final da "Introdução" e se relacionar aos "Fundamentos".

• **Referências bibliográficas:** As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos entre parênteses. Devem ser apresentadas nos moldes do *Index Medicus*, de acordo com os exemplos abaixo (quando o número de autores ultrapassar 6, somente os três primeiros devem ser citados seguidos da expressão *et al.*). No caso de ser um fascículo este deve ser indicado entre parênteses após o volume.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO



• Artigo em periódico

(1) BUENO, S.M.V., MAMEDE, M.V. – Comportamento das Profissionais do Sexo: relacionamento a DST AIDS. *J. Bras. Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 1997; 9(3) 4-9.

• Livro ou monografia

(2) TINKER, J. – AIDS: como prevenir, conviver e cuidar. *J. Ed. Noruega, Cruz Vermelha*, 1987.

• Capítulo em livro

(3) PAIVA, V. – Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. In: Parker, R. et al. – AIDS no Brasil. *Rio de Janeiro: ABIA, IMS*, 1994.

• Trabalho apresentado em congresso ou similar já publicado

(4) TOMPSON, N. LILLO, P. – The Crescent Proben of DST: adolescent. *Abstracts of the XXV American Pediatrics Congress, Idaho*, 1991, 104.

Tabelas: Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e com um título sucinto, porém explicativo.

• **Métodos:** Informar o delineamento do estudo (randomizado, duplo-cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (nível de atendimento, clínica privada, comunidade, instituição, etc.), os participantes (indivíduos, animais, materiais, produtos, etc) critério de seleção e exclusão, as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração. Para cada resultado relatado deve haver um método descrito. Os métodos não podem conter resultados.

• **Resultados:** Informar os principais dados, intervalos de confiança e/ou significância estatística dos resultados detalhados no trabalho. Os resultados não podem conter métodos.

• **Conclusões:** Apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Sempre que possível indicar as implicações das conclusões. Abaixo do resumo, fornecer três a seis descritores, que são palavras-chave ou expressões-chave que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar descritores integrantes da lista de "Descritores em Ciências da Saúde", elaborada pela BIREME e disponível nas bibliotecas médicas.

Resumo em inglês (abstract): O "abstract" deve ser uma versão do resumo para o idioma inglês, com o mesmo número máximo de palavras e com os seguintes subtítulos: "Background", "Objective", "Methods", "Results" e "Conclusions". Os descritores devem fazer parte da lista de "Medical Subject Headings" do *Index Medicus*, conforme constam na publicação citada pela BIREME.

Texto: O texto dos artigos deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo: (a) "Introdução"; (b) "Métodos"; (c) "Resultados"; (d) "Discussão" e (e) "Conclusões". A "introdução" deverá ser curta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e a justificativa do trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos. A seção de "métodos" deve descrever a população estudada, a amostra, critérios de seleção,

com definição clara das variáveis e análise estatística detalhada, incluindo referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Os "resultados" devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em seqüência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados. A "discussão" deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já existentes na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As "conclusões" devem ser apresentadas, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos): Enviar original e cópia. Devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas. No verso de cada figura, deve ser colocada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras: Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números, em espaço duplo.

Abreviaturas: Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Devem ser evitadas no título e nos resumos.

Artigos de Revisão: Os artigos de revisão, serão aceitos de autores de reconhecida experiência em assuntos de interesse para os leitores. Os artigos de revisão deverão ser apresentados no mesmo formato que os artigos originais, contendo: página de rosto, título, resumo e descritores em português e inglês, texto, referências bibliográficas, tabelas e figuras. O número de páginas deve limitar-se a 25, incluindo a bibliografia.

Relatos de casos: Devem conter página de rosto com as mesmas especificações exigidas e explicitadas anteriormente. O texto é composto por uma introdução breve que situa o leitor em relação a importância do assunto e apresenta os objetivos da apresentação do(s) caso(s) em questão, o relato resumido do caso e os comentários, nos quais são abordados os aspectos relevantes e comparados com a literatura. Seguem-se os agradecimentos, a bibliografia, as tabelas e legendas de figuras (todas em folhas separadas).

Cartas ao editor: O envio de cartas ao editor comentando, discutindo ou criticando os artigos publicados na JBDST serão bem recebidas e publicadas desde que aceitas pelo Conselho Editorial. Recomenda-se tamanho máximo de uma página, incluindo referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

LEITURA RECOMENDADA AOS AUTORES

• International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *JAMA*, 1993, 169: 2282-2286

• HAYNES, R.B., MULROW, C.D., HUTH, E.J., ALTMAN, D.J., GARDNER, M.J. – More informative abstracts revisited. *Ann. Inter. Med.*, 1990, 113: 69-76.

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde: lista alfabética – 2ª ed. rev. amp. São Paulo: BIREME, 1992, 111.

Os trabalhos deverão ser enviados para:

DST – Jornal Brasileiro de DST – Setor DST
R. Prof. Hernani de Melo, 101 – Anexo
CEP: 24210-130 – Niterói – RJ.

EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS

Atualmente, o termo educação sexual passa por um processo mais amplo de reflexão quanto à sua própria semântica: O que é educação sexual? E orientação sexual? Qual a diferença de significado entre esses termos? Porém, seja qual for o sentido de educação ou orientação sexual, é consenso que existem problemas desta ordem e os últimos tempos têm exigido trabalho efetivo neste sentido, sobretudo, por estarmos vivendo em tempos de AIDS – quando as questões gerais da sexualidade humana vêm sendo abaladas, exigindo, portanto, um novo repensar da sexualidade, em razão das conseqüências que esta doença vem causando indiscriminadamente na vida das pessoas em todo o mundo.

Segundo Silva⁴, a educação sexual tem sido pouco desenvolvida nos estabelecimentos de ensino, devendo existir normalmente. Mas, em geral, é feita sob a forma de ensinamentos, como aparelho reprodutor, gravidez e desenvolvimento, mas pouco aborda o ato sexual e a sexualidade. Inicialmente, nas atividades relativas à AIDS, foram ministradas aulas que indicavam os modos de transmissão, mas a sexualidade era pouco abordada.

Os agentes responsáveis pela prevenção não estão preparados para as aulas de educação sexual. Na França, até o momento atual, a educação para a AIDS não comporta nenhuma aula de educação sexual e poucas pessoas estão preparadas para dar informações e orientações sobre isto, interferindo relativamente pouco nas escolas, porque não são suficientes e a remuneração é insatisfatória⁴.

Negrão⁵ revela que algumas escolas já estão trabalhando a educação sexual no Brasil, mas alguns pais não a aceitam, mesmo quando se aborda apenas a parte biológica da reprodução humana ou o perigo da gravidez na adolescência. Afirmo também que existem 29 milhões de jovens nas escolas e 16 milhões fora delas nesta fase. Isto justifica a necessidade urgente de uma orientação segura e efetiva neste sentido e que garanta a educação sexual de crianças e adolescentes, considerando a sua própria contextualização.

A partir desses pressupostos, entendemos que a escola é o local ideal para que estas questões sejam trabalhadas com o apoio dos pais e da comunidade. Porém, nem sempre há informação e orientação para os escolares infanto-juvenis, uma vez que muitos professores não estão aptos para esta tarefa, porque estão contidos ou até mesmo constrangidos para trabalhar estes temas, devido ao seu despreparo ou aos preconceitos e tabus de sua própria formação, de acordo com as suas respostas à pesquisa.

Para a efetivação deste processo, é necessário que os professores estejam preparados para trabalhar estes temas, porque acreditamos que eles não devam estar necessariamente apenas nas mãos dos professores de ciências e biologia, como também deve haver participação daqueles que se sintam à vontade para trabalhar essa

*Os cursos universitários
parecem estar voltados
para um aluno
cognitivo
descontextualizado.*

questão na escola fugindo daquele esquema extremamente biológico e organicista e ampliando-o para aspectos mais complexos (Quadro III).

Quadro III

Educação sexual nas escolas

- A. "A educação sexual tem sido pouco trabalhada nas escolas e isto tem ficado nas mãos dos professores de ciências e biologia, mas este assunto exige muito cuidado e atenção, porque muitos pais não permitem discutir o assunto nas instituições escolares".
- B. "Tem sido intimamente tratada por alguns professores de biologia, ciências, às vezes, de português e educação física e, raramente, por outros interessados, que se preocupam com estas questões. Mas o preconceito e o tabu têm estado presentes, na maioria das vezes. Sentimos necessidade de trabalhar de forma mais ampla estas questões com os professores em geral, fugindo do sentido só da biologia, devendo ir mais além...".

COMPORTAMENTO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ESCOLA

Devido à influência de algumas condicionantes, como estímulos de várias ordens e desinformações, crianças e adolescentes têm desenvolvido, precocemente e de forma não desejada, a sua sexualidade, agravando-se ainda mais com a liberdade e libertinagem do sexo e o consumo de drogas, fumo e álcool (Quadro IV). Contudo, este problema ainda pode alcançar maior dimensão, quando associado a professores possivelmente portadores de HIV (não pela doença, mas pela discriminação) ou adicto às drogas.

Quadro IV

Comportamento sexual de crianças e adolescentes na escola

- A. "Os problemas sexuais, muitas vezes, estão interligados à violência entre crianças e jovens e a prática do sexo vem acontecendo cada vez mais precocemente. Atualmente, tem sido difícil trabalhar isto sem a contrapartida da família. Este problema aumenta com o surgimento das drogas e da AIDS".
- B. "O que nós temos percebido é que, muitas vezes, os alunos começam a se envolver muito cedo com situações de sexo, usando inadequadamente a sua sexualidade. Alguns deles têm sido estimulados pela mídia, pelos colegas e/ou pela participação de grupos, vivenciando, às vezes, experiências desfavoráveis, quando não, estimulados a terem contatos com drogas/álcool e fumo. Nós precisaríamos trabalhar junto com os pais, diretores, professores e demais funcionários da escola, para podermos atingir este processo educativo, contando também com os alunos, ao nosso lado".

FORMAS DE TRABALHO E APOIO DE OUTROS PROFISSIONAIS

Estes temas têm sido trabalhados com os professores de biologia e ciências com o apoio de outros profissionais (Quadro V). Estes dados também foram constata-

dos em outras pesquisas realizadas. Os achados reforçam que os enfoques apresentados nesta área, em geral, não estão voltados para a totalidade do homem, pois são fundamentalmente trabalhados sob o aspecto biológico.

O que está em discussão não é o comportamento de uma ou outra pessoa, mas o de toda a sociedade.

AIDS E DROGAS NAS ESCOLAS

Os problemas em decorrência da AIDS e das drogas estão causando grande preocupação nas escolas. Os delegados de ensino pesquisados referem a necessidade de que tanto o pessoal das escolas e os pais de alunos sejam preparados para o atendimento das dificuldades que estão surgindo, embora não mencionem detalhes sobre esta situação (Quadro VI).

Quadro V

Como os professores têm trabalhado estes temas com os escolares?

- A. "Os professores têm trabalhado seguindo a programação dos livros didáticos de programas de higiene e saúde, biologia e ciências. Mas, os problemas têm aumentado muito e temos procurado assessoria de outros profissionais especializados nas áreas afins".
- B. "Antes, estas questões eram trabalhadas nas aulas de ciências e biologia, mas, atualmente, temos contado com o apoio de outros profissionais e de alguns professores que têm extrapolado o seu conhecimento dentro de sua área específica e têm procurado dedicar tempo a ouvir e orientar os alunos, também na área da sexualidade humana. Isto tem ocorrido, principalmente, com aqueles professores que têm tido contato maior com os alunos e apresentado disponibilidade para ouvir e incentivar o aluno a se expressar. Muitos deles são professores de português e de educação física, além daqueles de biologia e ciências. Todavia, têm surgido outros professores interessados, embora em menor escala, em ajudar o aluno, de diferentes matérias de ensino. Por esta razão, compreendemos que este assunto deva ser trabalhado em todo o currículo, de forma integrada, não apenas em uma disciplina, atendendo as necessidades do aluno. Mas, sabemos que estes assuntos são muito difíceis de serem abordados, uma vez que quem trabalha este tema tem que despir-se dos preconceitos, herdados em sua própria formação, para poder educar de forma segura e adequada. Isto certamente exigirá tempo e preparo do pessoal. É o que pretendemos para o futuro".

O escolar deve ser visto integralmente por vez, e o adolescente, em particular, deve ser considerado em sua totalidade como alvo de cuidado, devido às grandes transformações que vivencia e que interferem na formação da auto-imagem e da auto-estima, como também na percepção do mundo, resultando na modificação das relações estabelecidas com as pessoas.

O adolescente sente-se impelido a encontrar a sua identidade adulta, portanto, está mais exposto aos riscos, porque acredita que é forte para controlar e modificar o mundo. Por outro lado, essa capacidade do adolescente em lidar com o pensamento abstrato, um fato ainda novo e estimulante, traz a onipotência do pensamento. Para o adolescente, o pensar tem o mesmo significado do agir. Essa onipotência é ambivalente, pois, ao mesmo tempo que o adolescente se sente forte, ele é frágil para enfrentar algumas situações, porque ele se afasta da realidade e não percebe os seus limites, portanto, fica exposto a vários riscos, como acidentes, sexo não seguro, drogas, como também porque acreditam que são capazes de dominar os acontecimentos e que nada irá acontecer com eles⁷.

Portanto, a educação e/ou orientação sexual dos escolares deve considerar os aspectos integrais de sua vida, como também trabalhar os seus valores e a sua própria contextualização para atingir efetivamente a sua saúde integral.

Quadro VI

Como são vistos os problemas da AIDS e das drogas nas escolas?

- A. "O momento requer maior investimento nestas áreas, pois que a AIDS começa a aparecer nas escolas e começam a surgir polêmicas, como no caso da menina Sheila, em São Paulo. O mesmo tem acontecido com as drogas".
- B. "Dado a gravidade destes problemas, sentimos a necessidade de preparar todo o nosso pessoal (diretores, professores, assistentes, supervisores, orientadores pedagógicos, pais e alunos) sobre os problemas que envolvem a sexualidade humana, as doenças sexualmente transmissíveis, a AIDS e as drogas, entre outros assuntos, tais como gravidez precoce, aborto, etc. Porém, sabemos que a AIDS e as drogas vão exigir de todos nós maiores conhecimentos para podermos mudar o comportamento de nossos estudantes".

Quando repensamos esta questão, é possível parafrasear o seguinte: "...ao lidarmos hoje com uma criança com AIDS, devemos vê-la não como uma doente terminal, mas sim como uma criança com uma doença crônica..."⁸. Já Herbert Daniel⁶ diz: "A AIDS nos obriga a um confronto com nossos preconceitos e medos. A luta contra a discriminação da pessoa que está com HIV e do doente de AIDS é de fundamental importância para a prevenção".

Nos últimos tempos, temos observado que a AIDS foi anunciada, desmentida, estigmatizada, desmoralizada, mostrada em cenas e estatísticas, heterossexualizada e banalizada. É possível explicar toda essa confusão, porque as populações, comunidades e lideranças continuam posicionadas do lado de fora de uma epidemia que se massifica e aproxima, mas permanece estranha e longíqua. As tentativas de informação não têm encontrado o eco desejado. O grau de desinformação para as questões do sexo e da AIDS é espantoso, mesmo entre intelectuais, pesquisadores, militantes e, ainda mais grave, entre os profissionais da saúde.

Dessa forma, para enfrentar a epidemia da AIDS é necessário remexer com aspectos essenciais da vida humana, como sexualidade, moral, valores, relações de gênero e de poder e a relação com a vida e a morte. Se estas questões não forem trabalhadas, não haverá as mudanças de comportamento necessárias para o controle desta epidemia. Neste processo, mais do que nunca, as ações educativas nas escolas devem ser efetivas e contínuas para garantir essas mudanças de comportamento tão necessárias no momento atual.

INCIDÊNCIA DA AIDS NAS ESCOLAS LOCAIS E REGIONAIS

Certamente, devido a questões éticas profissionais, os delegados de ensino responderam esta questão com certa reserva, contudo, sabemos que o vírus HIV tem atingido consideravelmente crianças e adolescentes (Quadro VII).

Quadro VII

Incidência da AIDS nas escolas locais e regionais

- A. "Por enquanto, são poucos os casos por aqui".
B. "Com relação aos alunos, são poucos. Mas têm surgido notícias de parentes e familiares dos alunos contaminados pelo HIV e/ou com AIDS, e isto tem provocado problemas, comentários, discriminação e alguma evasão escolar".

No caso das crianças, o que é ainda mais trágico, a transmissão ocorre predominantemente por via vertical (da mãe para o filho durante a gestação, parto ou aleitamento materno), enquanto algumas delas são contaminadas por hemoderivados.

Geralmente, os jovens são contaminados por vias sexual e sanguínea, devido à falta de orientação neste sentido. Neste impasse, a impotência tanto de pais e educadores nos calam profundamente - é preciso reverter este quadro.

Isto nos faz refletir sobre o que Nadia, Herbert Daniel⁶ e Celeste expressaram um dia: "Sei que não vou salvar ninguém, mas, a longo prazo, meu trabalho pode surtir efeito, pode evitar que outras pessoas se contaminem", "AIDS... é uma doença, não é um melodrama" e "A AIDS está saindo da TV para ir bater na porta das pessoas. Chegou a nossa vez". Portanto, no prelúdio desses que se foram, precisamos urgentemente reunir esforços para enfrentar os desafios desses novos tempos.

PREPARO DO PESSOAL X AIDS E DROGAS

Há necessidade emergencial de maior preparo de todos os profissionais das escolas para o trabalho destas questões com os escolares (Quadro VIII).

Segundo Herbert Daniel⁶: "...Pode-se dizer, sem recorrer a qualquer metáfora, que a nossa sociedade está doente de AIDS. Doente de pânico, de desinformação, de preconceitos, de imobilismo diante da doença real. Medidas eficazes contra a epidemia do HIV passam por medidas concretas no combate ao vírus ideológico. Isto significa: informação correta, ações eficientes, desmistificação do medo, esvaziamento dos preconceitos, exercício permanente da solidariedade".

É possível dizer o mesmo para as drogas e os demais problemas que esses tempos de AIDS suscitam.

INTEGRAÇÃO AO PROJETO

O Quadro IX evidencia o interesse dos delegados de ensino pesquisados em participarem desta pesquisa,

A escola é o local em que os escolares infectados pelo HIV têm sido mais freqüentemente discriminados.

como também a sugestão de sua continuidade. Ademais, eles também estão dispostos a integrar esse projeto, garantindo, dessa forma, cumplicidade e responsabilidade para a sua extensão, viabilização e efetivação.

Quadro VIII

Todos os diretores, professores e funcionários estão preparados para trabalhar o problema da AIDS e das drogas nas escolas?

- A. "Alguns professores têm procurado esclarecimento sobre o assunto, mas não é o que acontece com a maioria deles. Esta situação pode estar ocorrendo com alguns diretores também. Isto justifica o nosso interesse por este projeto e de sentirmos a necessidade de estarmos sendo preparados para podermos criar ações mais efetivas nas escolas com assessoria de profissionais especializados".
B. "Em razão da seriedade destes problemas, todos os educadores e funcionários das escolas devem ser preparados para enfrentar a situação, tanto para si como para orientar os seus alunos. O mesmo dizemos para os pais. Por isso, acreditamos ser a escola o melhor lugar para preparação, orientação e informação tanto do educador como do aluno, dos pais e de toda comunidade".

Quadro IX

Expressão livre sobre os temas em destaque

- A. "Quero integrar-me neste projeto de pesquisa, esperando o treinamento. Coloco-me à disposição para podermos fazer juntos o mesmo com os diretores, professores, alunos e pais".
B. "É muito importante a pesquisa que vocês estão realizando e saibam que terão todo o nosso maior apoio para dar continuidade a este projeto - no que sugerimos ampliação. Estamos ansiosos para receber o treinamento e esperamos que vocês continuem nos apoiando e assessorando para juntos capacitarmos nossos diretores, funcionários e professores e, conseqüentemente, podermos ter subsídios para orientação adequada de nossos alunos, os seus pais e a comunidade".

SUGESTÕES AO PROJETO

A escola é o local em que os escolares infectados pelo HIV ou aidéticos têm sido mais freqüentemente discriminados, o que não se justifica, uma vez que não existem evidências científicas da transmissão do HIV por meio de contatos sociais. Portanto, essas crianças podem freqüentar creches e escolas, desde que suas condições de saúde física e mental permitam. Crianças e adolescentes com infecção indeterminada e assintomáticas podem ser admitidos nessas instituições, sem qualquer restrição.

No caso dos escolares com infecção sintomática, o médico é o responsável pela decisão quanto a se eles devem ou não ir à escola. Esta decisão vai depender das condições dessas crianças, de forma semelhante às demais patologias crônicas da infância e da adolescência.

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

Nos EUA e na África, a AIDS emerge como uma das principais doenças crônicas da infância, o que também pode ocorrer em nosso país, a menos que medidas preventivas e/ou avanços médicos detenham o curso dessa epidemia.

Crianças e adolescentes brasileiros, em sua maioria, já sofrem carências sócio-econômicas profundas de um sistema de saúde precário, o que representa mais um indicador de complicação para aqueles acometidos pela AIDS.

É importante que os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros e autoridades governamentais, sensibilizem-se com a relevância da AIDS na população infantil.

Na AIDS infantil tem havido substancial progresso. É fundamental que todas as crianças e adolescentes com infecção por HIV/AIDS tenham acesso e sejam beneficiados por uma assistência médica adequada⁸.

Portanto, os estabelecimentos de ensino de 1º e 2º graus precisam analisar e refletir profundamente estas questões com os pais e toda a comunidade, criando oportunidades para discussões e debates democráticos para informação, atualização, implementação de conhecimentos, como também possibilitando estratégias específicas para a garantia de mudanças de comportamento para prevenção (Quadro X).

Quadro X

Sugestões ao projeto

- A. "Sugiro continuidade deste projeto, pesquisando e informando todos os integrantes das escolas, desde os diretores até os alunos e outros segmentos sociais, com o apoio do governo e de profissionais especializados. Em nível nacional, há necessidade de inserção destes temas nos currículos escolares, contando com livros e cartilhas, entre outros materiais didáticos, sobre este assunto".
- B. "É preciso integrar a escola com os pais, a população e o Estado neste projeto para a viabilização do mesmo, obtenção de verbas, subsídios didáticos, entre outras necessidades. Sugerimos também a criação de espaço para pesquisa e orientação dos diretores, professores, pais, alunos, militares da ronda escolar, líderes comunitários, dentistas escolares, entre outros, sobre os temas de sexualidade, DST/AIDS e drogas, visando a orientação e informação do conhecimento; habilidades específicas, assim como a criação de estratégias apropriadas e recursos didáticos principalmente, cartilhas educativas voltadas para estes temas nas disciplinas da grade curricular das escolas de 1º e 2º graus, em caráter obrigatório. Para isso, é preciso preparar adequadamente e dar subsídios didáticos aos educadores para atuarem de forma adequada nestas áreas".

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise do conteúdo das respostas dos delegados de ensino pesquisados, é possível depreender que eles possuem uma visão real, crítica e reflexiva sobre o nível de complexidade envolvido nas questões de educação para a saúde integral do escolar, sobretudo quanto aos problemas relacionados à educação sexual (sexualidade humana, DST, AIDS e drogas, entre outras questões correlatas), evidenciando, assim, a necessidade de efetivar o preparo do pessoal da escola (diretores, funcionários e professores) articulado com a família e a comu-

nidade para a abordagem adequada destes temas com crianças e adolescentes, atendendo a sua própria contextualização.

Uma vez que a escola é uma das instituições mais requisitadas pela comunidade para auxiliar em diferentes ações e também é cobrada pela apresentação de resultados sempre imediatos, a sua adequação às exigências da sociedade moderna suscita reflexão e constante discussão. Embora alguns defendam uma postura mais rígida e informativa, outros são favoráveis à uma outra mais direcionada à formação integral de crianças e adolescentes, portanto, cabe à escola compreender e trabalhar esta situação.

Contudo, concluímos que a escola precisa analisar e refletir sobre suas contradições, objetivar sua visão do homem, para possibilitar tanto o atendimento do homem particular (garantindo espaço para a manifestação das individualidades) e do homem genérico (possibilitando transformações que resultem no maior desenvolvimento do aluno como um ser integral).

O atendimento global será possível apenas com a participação efetiva de todos por meio de debates, críticas, posicionamentos individuais e coletivos, cooperações e parcerias. Para o atendimento dessas exigências, as relações inter- e intrapessoais precisam ser revistas e efetivamente trabalhadas. É preciso que o aluno deixe de ser objeto e passe a ser o objetivo das ações e o sujeito do processo.

Outro aspecto que precisa ser considerado é a presença de pessoas contaminadas pelo HIV ou já aidséticas nas escolas. Isto não representa perigo de infecção para alunos, professores e demais funcionários. A divulgação contínua e sistemática deste conhecimento e das habilidades específicas permite eliminar o medo, ajudar a evitar a discriminação e os preconceitos e possibilita ainda uma reflexão serena sobre o assunto.

Uma escola, que ignore o que já foi provado pela ciência e discrimine os portadores de HIV, é uma escola tomada por obscurantismo e ignorância da realidade da epidemia. Nesta escola, será difícil ensinar como evitar o contágio, porque de que forma os alunos portadores do HIV ou aidséticos, os professores e funcionários que enfrentam esta situação poderão dar prosseguimento normal às suas atividades?

Uma vez que a transmissão do HIV/AIDS não ocorre por meio de contatos sociais, o convívio nas salas de aula e durante o recreio não representa qualquer tipo de ameaça à saúde individual e coletiva.

Os profissionais contaminados, quando se sentem aptos e desejosos do exercício de suas atividades, devem permanecer nas escolas e dar andamento à sua rotina normal de trabalho. Esta é a recomendação para que as pessoas com HIV/AIDS mantenham suas atividades profissionais rotineiras, quando seja possível.

Quando consideramos a possibilidade de já estarmos convivendo, em nossa vida diária, tanto em clubes, ruas, restaurantes, transportes ou até mesmo profissionalmente e/ou em nossas casas, com pessoas que estão com HIV/AIDS, diante desse impasse, a AIDS coloca em evidência o problema da sexualidade humana.

*A família e a escola,
são sempre importantes
na educação
da criança
e do jovem.*

Neste sentido, concluímos que os profissionais de saúde e educação, principalmente no Brasil, não têm currículo que os qualifiquem para a abordagem adequada do assunto, privilegiando fundamentalmente o aspecto biológico desvinculado dos aspectos psicológicos, sociais, etc., sem considerar também que esses profissionais não foram preparados para transmitir conhecimento aos alunos que atendam as suas necessidades. Portanto, o conhecimento acadêmico raramente está voltado para as informações científicas, enfocando o receptor final – o aluno, dificultando o desempenho de suas funções, enquanto educador.

Os cursos universitários aparentemente estão voltados para um aluno cognitivo descontextualizado, sem problemas, pressões sociais, sentimentos, desejos e adolescência. É legítimo supor que esse distanciamento do aluno real tenha grande responsabilidade pelo fracasso de muitos deles.

Por outro lado, considerando-se a família e a escola, elas são sempre importantes na educação da criança e do jovem, e tanto uma quanto a outra dispõem de espaço oficial afetivo para orientação, mas esses dois segmentos sociais estão despreparados para lidar principalmente com o adolescente, sobretudo quando estão relacionados problemas de drogas, sexualidade e DST/AIDS.

Dessa forma, considerando a complexidade destas questões na comunidade e, em especial, nas escolas, concluímos que é ajudando e rompendo com a idéia de que a AIDS não tem solução que será possível trabalhar a sua prevenção, da mesma forma como foram trabalhadas outras doenças degenerativas e/ou contagiosas, que marcaram a história da vida humana em outros séculos e que, no momento, estão sob controle e/ou são curáveis.

Portanto, buscamos alimentar parte desta reflexão, procurando contribuir com os estudos de educação para a saúde relacionados à sexualidade e ao sexo seguro, fundamentalmente direcionados às instituições de ensino de 1^o e 2^o graus, na expectativa de que assim será possível subsidiar a sua especificidade, inspirando os esforços que já se evidenciam no Brasil, no sentido de desenvolvimento de investigações e trabalhos pedagógicos, partindo do sentido de interdisciplinaridades, globalidade e solidariedade que a AIDS nos força a exercer⁷.

Neste sentido, o enfermeiro tem um papel de fundamental importância para o desenvolvimento de ações educativas nos programas de saúde das instituições escolares e comunitárias, atuando conjuntamente com outros profissionais das áreas multidisciplinares, considerando o atendimento do indivíduo, da família e da comunidade em geral.

RESUMO

Investigamos as opiniões dos Delegados de Ensino responsáveis por escolas de 1^o e 2^o graus (municipais, estaduais e particulares) sobre os problemas escolares relacionados com a Sexualidade, DST/AIDS e Drogas. Estes revelaram que tais problemas têm aumentado consideravelmente; que os professores que trabalham estes temas, dão enfoque puramente biológico, descontextualizado, desvinculado da totalidade e que há

presença de pessoas HIV+ ou com AIDS e consumidores de Drogas, nas escolas. Evidenciaram a complexidade da solução destes problemas, mas entendem ser a escola o local apropriado para trabalhá-los, pois tem habilidades

específicas para atingir mudanças de comportamentos, principalmente se trabalhar em parceria com a família, a comunidade, a multidisciplinaridade e o Estado, no planejamento, na execução e na avaliação de ações preventivas à Saúde Integral do indivíduo e da coletividade.

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

SUMMARY

The opinions about sexuality, STD/AIDS and drugs of the education agents responsible for 1^o and 2^o grade schools were investigated. These revealed that problems have increased considerably; that the professors, who work with these subjects, emphasizes only the biologic aspect, not linking the totality of theme, and the presence of HIV+ subjects and drug abusers. These evidenced the complexity of solutions for the problems, but they understand that school is the appropriate local to work these knowledge, specific habilited, reaching the comportamental changes, with partnership with family, community, state, and the multidisciplinarity, in the planning, execution and estimation of prevention actions in whole health of individual and collective.

Key words: STD/AIDS, sexuality, health education, 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
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP)
Av. Bandeirantes 3900 - CEP 14040-902 - Ribeirão Preto-SP - Brasil
Tel.: (016) 633.1190 - Fax: (016)633.3271/E-mail: wiabueno@usp.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Documento da OMS. *AIDS/Escolas. Programa de saúde para a prevenção à AIDS e DST: um programa de recurso para planejadores de currículo.* Programa Global de AIDS. Genebra, 1994, p.12.
2. TINKER, J. – *AIDS: como prevenir, conviver e cuidar.* Dossiê Panos 1. Publicação da Assoc. Cruz Vermelha. Noruega, 1987, pp.7-88.
3. AZEVEDO, E. E. S. – *Seminário Internacional de Prevenção ao HIV. Da pesquisa à ação.* Salvador, Bahia, Brasil, 8-11/nov, 1992. K & B Serviços Gráficos, Salvador, Brasil. 1993, pp.10-28.
4. SILVA, N. T. F. – *Seminário Internacional de Prevenção ao HIV. Da pesquisa à ação.* Salvador, Bahia, Brasil, 8-11/nov, 1992. K & B Serviços Gráficos, Salvador, Brasil. 1993, p.68.
5. NEGRÃO, I. P. – *Seminário Internacional de Prevenção ao HIV. Da pesquisa à ação.* Salvador, Bahia, Brasil, 8-11/nov, 1992. K & B Serviços Gráficos, Salvador, Brasil. 1993, p.69.
6. Organização Sally O'Leary e Bárbara Cleney. *Sobre a tripla ameaça: AIDS e mulheres.* Dossiê Panos. Tradução: Ana Dourado. Rio de Janeiro: ABIA; Recife, PE: SOS Corpo; Londres, Inglaterra: Panos Institute, 1993. pp.7-21.
7. 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. Est. São Paulo, Brasil, 1984, p.5.
8. RUBINI, N. – *Assistência revista a AIDS e a Escola: nem diferença nem discriminação.* ABIA, Rio de Janeiro-RJ, Brasil, pp.25-26.

USO DE PRESERVATIVO PARA PREVENÇÃO DA AIDS OPINIÃO E CONDUTA DE ESTUDANTES DO 2º GRAU – SÃO PAULO-SP (BRASIL)

ROGÉRIO GUIMARÃES FROTA CORDEIRO¹, EDMÉA RITA TEMPORINI²

O presente trabalho versa sobre opiniões e conduta de estudantes do 2º grau de escolas estaduais do município de São Paulo relacionadas à prevenção da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Constitui parte de um *survey* que tinha como objetivo identificar aspectos sociais relacionados à disseminação dessa epidemia. A investigação desse tema é importante, porque a AIDS é uma doença de rápida expansão e os principais modos de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) estão relacionados a comportamentos que envolvem mecanismos psicológicos e sociais complexos.

INTRODUÇÃO

Considera-se que a prevalência de toda a doença ou todo o agravo em seres humanos é devida, totalmente ou em parte, ao processo social ou comportamental possivelmente envolvido na causa, transmissão e/ou no tratamento¹. Na ausência de um tratamento eficaz que alcance a cura da AIDS, evitar o contato com o vírus é, até o momento, a única forma para o controle dessa doença⁶.

A infecção por HIV/AIDS afeta todos os continentes habitados: 164 países relataram oficialmente casos de AIDS e a infecção por HIV foi documentada praticamente em todos os países¹¹.

Artigo baseado na Tese de Doutorado intitulada "Conhecimentos, Crenças, Opiniões e Conduta em Relação à AIDS de Estudantes do Segundo Grau de Escolas Estaduais do Município de São Paulo, 1993" –

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1994. Apresentada na 3ª International Conference – AIDS Impact, Melbourne, June 1997.

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, entre 1980 e 1993, 33,3% dos casos notificados ocorreram entre jovens de 20-29 anos de idade¹². Considerando que o período de incubação da AIDS pode ser superior a seis anos, provavelmente essa infecção teria sido contraída na adolescência¹⁴.

Portanto, caso a AIDS não seja detida nesse grupo, é possível admitir que, em futuro bastante próximo, haverá expressivo aumento das taxas de morbidade e mortalidade entre adultos jovens. Ademais, o aumento da incidência de AIDS entre adolescentes pode comprometer a distribuição demográfica, devido à mortalidade de homens e mulheres em idade reprodutiva, e afetar a força de trabalho^{4,9,19}.

Geralmente, os adolescentes não têm informações suficientes e apropriadas sobre sexualidade e formas de redução dos riscos associados à atividade sexual²².

Na relação sexual, os adolescentes buscam o prazer imediato – o sexo é espontâneo baseado na paixão do momento –, como também tendem a experimentar novos comportamentos. Além disso, demonstram sentimento de indestrutibilidade, pois não se consideram suscetíveis às doenças, negam os riscos e são influenciados pela pressão do grupo a que pertencem³.

Os adolescentes apontam algumas razões restritivas ao uso dos preservativos, como interrupção da estimulação sexual, diminuição da sensação durante o ato sexual, associação do uso de preservativo com doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) ou promiscuidade e má vontade do homem para aceitar a responsabilidade pela contracepção^{12,17}. Ressalta-se também que, para o adolescente, o preservativo é "método antiquado, estigmatizado e de eficácia discutível"¹¹

1 – Doutor em Saúde Pública.

2 – Professor-associado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

*Haverá expressivo
aumento das taxas
de morbidade
e mortalidade entre
adultos jovens.*

Portanto, deve-se indagar até que ponto os componentes ligados à subjetividade do indivíduo estariam interferindo na adoção de um comportamento sexual preventivo em relação à AIDS.

As variáveis incluídas neste estudo apoiam-se na teoria de Binswanger, aplicada por Pilon¹⁵, em que a promoção da saúde e da qualidade de vida estão baseadas em quatro dimensões de mundo: 1) íntima; 2) interativa; 3) social e; 4) biofísica.

- íntima – compreende fatores vinculados à subjetividade: conhecimentos, atitudes, crenças, valores e motivações;
- interativa – abrange dinâmica, conteúdo e processos das relações interpessoais e nos grupos;
- social – relacionada a instituições, leis e sociedade, em termos de estrutura e organização;
- biofísica – relacionada ao meio ambiente, à sua influência nas outras dimensões e no próprio corpo do indivíduo.

Essas dimensões influenciam-se mutuamente e podem se apresentar com diferentes ênfases, de acordo com o problema considerado. Quando é focalizada a prevenção da AIDS, as dimensões íntima, interativa e social parecem predominar. Dessa forma, é importante o estudo das variáveis dessas dimensões que, possivelmente, influenciam comportamentos de risco dos indivíduos em relação à AIDS.

O objetivo dessa pesquisa foi verificar as opiniões e a conduta sexual de estudantes do 2º grau de escolas estaduais do município de São Paulo (Brasil) relacionadas ao uso de preservativo para prevenção da AIDS para oferecer subsídios ao planejamento de programas e ações educativas a órgãos de saúde e de educação.

MÉTODO

Foi realizado um *survey* entre estudantes de 2º grau do município de São Paulo.

Obteve-se uma amostra não probabilística, constituída de alunos de 1ª e 3ª séries, em nove escolas estaduais indicadas por autoridades de ensino. A amostra foi composta pelos alunos presentes no momento da coleta de dados.

Foi utilizado um questionário auto-aplicável para coleta de dados. Esse instrumento foi elaborado baseado em pesquisa exploratória¹⁶, realizada na etapa de planejamento do estudo, mediante entrevistas (individuais e em grupo) com estudantes que apresentavam características semelhantes às da amostra. Trata-se de um procedimento metodológico, que vem sendo aplicado em *surveys* para o conhecimento prévio de terminologia, expressões populares e variáveis relevantes ao tema da pesquisa^{5,16}. Esse conhecimento permite a construção de um questionário adequado à realidade que se pretende investigar. Foram realizadas seis etapas exploratórias. Ao final de cada uma, as informações eram transcritas, analisadas e se acumulavam progressivamente. Considerando-se os critérios qualitativo e quantitativo, foram selecionados os aspectos mais relevantes, elaborando-se o instrumento de medida.

O questionário foi submetido a um teste prévio, que foi aplicado a 50 sujeitos em duas etapas. Após a validação, obteve-se o instrumento definitivo.

O questionário compreendia 52 questões, entre as quais 35 estavam relacionadas às dimensões das variáveis dependentes em estudo e 17 abordavam características pessoais, escolares e de experiência sexual.

O presente trabalho enfoca apenas alguns dos aspectos das variáveis dependentes selecionadas, mais especificamente relacionados a opinião e conduta quanto ao uso de preservativos para prevenção da AIDS. Essas questões mensuram variáveis incluídas na dimensão íntima, propostas no modelo teórico de Binswanger¹⁵.

As variáveis sexo, idade, escolaridade e ocupação dos pais e teve/não teve relação sexual foram introduzidas para caracterizar a amostra. Para classificar a variável "ocupação", foi aplicado o critério de Gouveia & Havighurst⁸.

Para informar os objetivos da pesquisa, solicitar colaboração e assegurar o anonimato e sigilo das informações, foi incluído um *rapport* introduzindo o questionário.

A coleta de dados foi realizada no mês de maio e junho de 1993.

Os dados foram processados utilizando-se os programas Dbase e SPSS (*Statistical Package for the Social Science*). Foi aplicado o teste qui-quadrado (χ^2) para análise estatística dos dados, ao nível de significância de 0,05%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi integrada por 1.068 sujeitos. A maior parte da amostra foi composta por estudantes do sexo feminino (62,3%); as idades variaram entre 14 e 22 anos; 47% apresentavam entre 17 e 19 anos de idade; a idade média foi de 17 anos. Quanto à escolaridade dos pais, houve predomínio do 1º grau completo ou incompleto (62,5% [pai] e 66,2% [mãe]). Quanto à situação ocupacional dos pais, 84,7% exerciam alguma atividade profissional, enquanto a maioria das mães (56%) exercia apenas atividades domésticas.

Na classificação de ocupações utilizadas⁸, predominaram as do nível VI, que significa exercício de atividades manuais com algum grau de especialização, tanto para o pai (37,8%) como para a mãe (36%). Os resultados referentes a escolaridade e ocupação dos pais sugerem que os estudantes, em geral, eram provenientes de famílias menos bem situadas na escala sócio-econômica adotada.

Dentre os 1.068 estudantes, 1.053 (98,6%) responderam à questão referente a ter tido ou não relação sexual, 467 (44,3%) responderam afirmativamente, 528 (50,2%) negaram e 58 (5,5%) declararam não querer responder.

Dessa forma, a amostra foi constituída por adolescentes que apresentavam alguma evidência entre os grupos que tiveram e não tiveram experiência sexual (Tabela 1).

Os adolescentes buscam o prazer imediato e tendem a experimentar novos comportamentos.

Na questão referente a ter tido relação sexual, os resultados contidos na Tabela 1 mostram maior predomínio de estudantes do sexo masculino em relação ao feminino, de maneira significativa ($P < 0,05$), em qualquer dos grupos observados.

As diferenças observadas na Tabela 1 indicam início precoce da experiência sexual entre os estudantes do sexo masculino. Provavelmente, isso seja consequência dos papéis sexuais diferentes atribuídos a homens e mulheres pelo meio sócio-cultural, conferindo-lhes atributos de dominação masculina e de passividade feminina, tradicionalmente aceitos na estrutura da cultura sexual brasileira¹³. No papel dominante do homem, está inserida a tomada da iniciativa sexual. Embora a existência de uma sexualidade brasileira específica configure-se em tema a ser ainda caracterizado, devido à ampla diversidade de micro-ambientes sociais, os resultados observados na Tabela 1, especialmente entre os grupos etários mais jovens, evidenciam a atividade sexual dos homens anterior à das mulheres.

A iniciação sexual precoce aumenta a possibilidade de exposição ao risco de infecção por HIV. No estado de São Paulo, entre 1980 e 1993, 3,41% dos casos notificados de AIDS eram representados pelo grupo etário de 10-19 anos¹⁸.

Quando usados profilaticamente contra a transmissão de doenças, os preservativos (camisinhas) conferem valor substancial e proporcionam expressiva proteção contra as DSTs⁷. Entretanto, cabe ressaltar que este tipo de comportamento depende da vontade do indivíduo.

Os respondentes apontaram várias razões para restrição ao uso da camisinha na relação sexual, observando-se certo equilíbrio entre elas (Tabela 2).

Contrariamente ao esperado, não se verificou forte predominância em nenhuma das razões apresentadas (p. ex., diminuição da sensação e o fato de estragar o "clima" do momento) como argumentos importantes para a não utilização da camisinha.

Ressalta-se ligeiramente que 46,4% dos respondentes consideraram a camisinha "incômoda". Entretanto, praticamente 30% ou mais dos estudantes não manifestaram qualquer opinião quanto às razões apresentadas, o que evidenciou uma possível inexperiência sexual ou a falta do hábito de usar camisinha.

Tabela 2

Opinião sobre o uso de camisinha - estudantes do 2º grau de escolas estaduais do município de São Paulo, 1993 (valores em %)

Opinião sobre o uso de camisinha*	Sim (%)	Não (%)	Não tem opinião (%)
Diminui a sensação (n = 1.024)	28,1 39,7	42,5 60,3	29,4 ...
É incômoda (n = 1.018)	31,4 46,4	36,4 53,6	32,2 ...
Não satisfaz a mulher (n = 1.007)	14,2 22,8	48,0 77,2	37,8 ...
Não satisfaz o homem (n = 1.005)	20,8 32,3	43,6 67,7	35,6 ...
Estraga o "clima" do momento (n = 1.009)	22,6 32,0	47,9 68,0	29,5 ...
Diminui a vontade de fazer sexo (n = 812)	13,5 15,2	75,7 84,8	28,4 ...

*Os valores percentuais apresentados na 2ª linha de cada categoria excluem "não tem opinião".

Os resultados referentes à "diminuição da sensação" (39,7%) mostram-se diferentes dos observados por

Tabela 1

Teve/não teve relação sexual, segundo sexo e idade - estudantes do 2º grau de escolas estaduais do município de São Paulo, 1993 (valores em %)

Teve relação sexual	Sexo masculino						Sexo feminino					
	Idade, anos						Idade, anos					
	14-16 (n = 157)		17-19 (n = 186)		20-22 (n = 53)		14-16 (n = 290)		17-19 (n = 311)		20-22 (n = 54)	
	%	%*	%	%*	%	%*	%	%*	%	%*	%	%*
Sim	43,3	49,2	68,8	75,3	94,4	17,9	18,8	42,4	43,4	66,7	69,3	...
Não	44,5	50,8	22,6	24,7	5,6	5,6	77,2	81,2	55,3	56,6	29,6	30,7
Não quis responder	12,2	...	8,6	4,9	...	2,3	...	3,7	...

*Exclui "não quis responder".

$\chi^2 = 102,51; P = 0,0000; 2GL$ (sexos).

$\chi^2 = 41,40; P = 0,0000; 2GL$ (14-16 anos).

$\chi^2 = 43,45; P = 0,0000; 2GL$ (17-19 anos).

$\chi^2 = 9,54; P = 0,0020; 2GL$ (20-22 anos).

*Para o adolescente,
o preservativo
é método antiquado,
estigmatizado e de
eficácia discutível.*

Varnhagen *et al.*²¹, no Canadá (28% aproximadamente), que podem ser explicados devido a diferenças sócio-culturais expressivas.

De qualquer forma, essas opiniões parecem refletir uma atitude de rejeição à adoção do referido comportamento preventivo.

Os resultados da Tabela 3 mostram que o namoro estável é a razão predominante (57,8%) para dispensar o uso da camisinha na relação sexual. Fatores relacionados à aparência pessoal são pouco importantes.

Tabela 3

Razões para dispensar o uso de camisinha - estudantes do 2º grau de escolas estaduais do município de São Paulo, 1993 (valores em %)			
Razões*	Sim (%)	Não (%)	Não tem opinião (%)
Quando o parceiro			
é bonito(a) (n = 1.016)	1,9 2,0	93,6 98,0	4,5 ...
parece higiênico(a) e cheiroso(a) (n = 1.014)	3,7 4,0	91,6 96,0	4,7 ...
é de boa família (n = 1.000)	7,6 8,1	86,7 91,9	5,7 ...
é seu(sua) conhecido(a) há bastante tempo (n = 1.008)	25,3 27,3	67,3 72,7	7,4 ...
é seu(sua) namorado(a) fixo(a) (n = 1.034)	53,4 57,8	39,0 42,2	7,6 ...

*Os valores percentuais apresentados na 2ª linha de cada categoria excluem "não tem opinião".

Provavelmente, a condição de namoro "fixo", que parece constituir garantia na prevenção da AIDS para esses jovens, esteja baseada na fidelidade do parceiro, pois é o comportamento esperado nesse tipo de relacionamento.

Reconhece-se que a transmissão por via sexual (hetero-, homo- e bissexual) tem assumido importante papel no quadro epidemiológico da AIDS¹¹. O fato de se acreditar na segurança conferida por parceiro sexual "fixo" é preocupante, considerando-se que vem sendo observada a transmissão do HIV por meio desses parceiros, tanto namorado(a), marido(esposa) ou companheiro(a), contaminados por via sexual ou uso de drogas injetáveis. Essa forma de percepção do problema origina maior preocupação, quando são considerados a idade desses jovens, o longo período de latência do HIV, o curto período de duração do namoro (denominado "fixo" por eles) e a possível experiência sexual anterior do parceiro.

Alguns aspectos referentes à conduta sexual preventiva em relação à AIDS são apresentados nas Tabelas 4

e 5. As informações obtidas no estudo exploratório sobre as atitudes dos jovens quanto à prevenção da AIDS originaram as respostas apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4

Conduta preventiva em relação à AIDS - estudantes do 2º grau de escolas estaduais do município de São Paulo, 1993 (valores em %)

Conduta*	Sim (%)	Não (%)	Não sabe (%)
Faria perguntas ou trocaria idéia com o(a) parceiro(a) sobre a vida passada (n = 1.050)	81,1 88,5	10,6 11,5	8,3 ...
Tentaria saber dele(a) se costuma usar droga injetável (n = 1.049)	88,6 93,1	6,6 6,9	4,8 ...
Tentaria saber se já doou sangue (n = 1.042)	44,4 48,3	14,3 51,7	...
Tentaria saber se já recebeu sangue (n = 1.034)	62,9 71,1	25,5 28,9	11,6 ...
Tentaria saber se já fez exame para ver se tem AIDS (n = 1.048)	71,5 82,3	15,4 17,7	13,1 ...
Tentaria saber se usa camisinha (n = 1.044)	94,4 96,9	3,1 3,1	2,5 ...

*Os valores percentuais apresentados na 2ª linha de cada categoria excluem "não sabe".

Os resultados parecem evidenciar conduta preventiva adequada praticamente em todas as situações mencionadas (Tabela 4). Contudo, a doação de sangue realizada por parceiro sexual, mencionada por 48,3% dos jovens, evidencia conduta errônea, sugerindo uma possível confusão entre os atos de doar e receber sangue por transfusão como formas de contágio.

Esse fato indica a necessidade de uma ação educativa específica para a informação correta dos jovens. Vale ressaltar que o conhecimento em saúde representa um componente importante para adoção de um comportamento preventivo desejável¹⁵.

Os diferentes comportamentos mencionados na Tabela 4 dependem de componentes subjetivos relacionados a conhecimentos, atitudes, crenças e valores construídos em nível íntimo, porém, fortemente influenciados por relações interpessoais e graus de convivência¹⁵.

Os resultados da Tabela 5 mostram que o uso de preservativo não foi adotado pela maioria dos respondentes de ambos os sexos, apresentando predomínio significativo entre as mulheres ($P = 0,0000$).

A medida que a idade aumenta, é interessante observar que também cresce a proporção de estudantes que

A iniciação sexual precoce aumenta a possibilidade de exposição ao risco de infecção por HIV

não faz uso da camisinha. Entre outros fatores, é possível admitir a influência de atitude desfavorável ao preservativo como uma possível barreira à conduta sexual preventiva. Nesse sentido, já têm sido observadas opiniões contrárias ao preservativo, que o indicam como método antiquado, estigmatizado e de eficácia indiscutível¹. Esse fato, que também foi verificado em outras pesquisas, vem reforçar a importância e a necessidade de uma ação educativa direcionada à educação sexual e prevenção da AIDS e de outras DSTs⁵.

Outros fatores podem estar associados à restrição ao uso da camisinha, além de custo e possíveis dificuldades para sua aquisição. Diante os resultados da Tabela 3, é lícito supor que o sentimento de confiança no parceiro, que é gerado pela convivência na situação de namorado "único", provavelmente provoque uma conduta sexual desprotegida.

Vale lembrar ainda que uma expressiva proporção de mulheres pertencentes aos três grupos etários declara "não usar" camisinha nas relações sexuais. Esse fato pode ser explicado considerando-se padrões sócio-culturais para o uso de preservativo, que, tradicionalmente, conferem ao homem esse tipo de iniciativa¹³. Pela mesma razão, pode ser bastante difícil para a mulher conversar com o parceiro e solicitar o uso de camisinha.

Portanto, devido à sua gravidade e características, a situação da AIDS exige união de esforços dos órgãos de saúde pública e de toda a sociedade para intensificar ações de prevenção e controle e buscar a redução dos riscos de infecção. Ademais, apenas os esforços conjuntos poderão permitir assistência condigna, humana e sem discriminação ao indivíduo doente¹¹.

Contudo, é necessário desenvolver esforços educativos isentos do apelo ao medo da doença², uma vez que originam, de um lado, atitudes discriminatórias em relação ao doente e, de outro, mecanismos psicológicos

de defesa que conduzem a sentimentos de invulnerabilidade à AIDS²⁰.

A AIDS tem se revelado um importante problema de saúde pública e, como tal, deve ser incluída na agenda de desenvolvimento de cada país. Isto estimularia a realização de estudos econômicos e a inclusão de atividades relacionadas à prevenção do HIV/AIDS nos planos de desenvolvimento nacional de acordos internacionais para auxílio econômico-técnico-científico¹¹.

CONCLUSÕES

- Na opinião desse estudantes, o uso do preservativo diminui a sensação sexual e incomoda.
- Entre as razões para dispensar o uso do preservativo, foi destacada a condição de namoro estável.
- Embora tenha sido demonstrada a intenção de adotar comportamentos preventivos corretos, ficou evidenciado que a doação de sangue é percebida como uma forma de transmissão do HIV por praticamente a metade da amostra.
- Entre os que tiveram relação sexual, a maioria referiu não usar regularmente o preservativo, com predominância significativa dessa conduta entre as mulheres, especialmente aquelas do grupo entre 20 e 22 anos de idade.

Diante as conclusões deste estudo, configura-se a necessidade de implantação e/ou incremento de programas e ações de educação em saúde referentes à prevenção da AIDS/HIV, direcionando-os à adoção de conduta sexual preventiva.

Sugere-se ainda a realização de pesquisa de fatores emocionais, sociais e econômicos, possivelmente relacionados ao uso da camisinha, para subsidiar esforços educativos de controle da AIDS.

RESUMO

Foi realizado um *survey* analítico para o estudo de opiniões e conduta de estudantes de 2º grau de escolas

Tabela 5

Uso da camisinha, segundo sexo e idade - conhecimentos, crenças, opiniões e conduta em relação à AIDS

	Sexo masculino			Sexo feminino		
	Idade, anos			Idade, anos		
	14-16 (n = 69)	17-19 (n = 126)	20-22 (n = 49)	14-16 (n = 50)	17-19 (n = 119)	20-22 (n = 31)
Uso da camisinha	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Sim, costuma usar:						
(2) em todas as relações sexuais	37,7	41,3	30,6	36,0	27,7	9,7
(1) em algumas relações sexuais	46,4	42,0	34,7	40,0	31,1	19,3
(0) não costuma usar camisinha	15,9	16,7	34,7	24,0	41,2	71,0

$\chi^2 = 24,20; P = 0,0000$ (para sexos).

$\chi^2 = 1,27; P = 0,5310$ (14-16 anos) (costuma usar em todas/algumas relações sexuais x não costuma usar).

$\chi^2 = 18,11; P = 0,0001$ (17-19 anos).

$\chi^2 = 10,38; P = 0,0055$ (20-22 anos).

*O namoro "estável"
é a razão predominante
para dispensar
o uso da camisinha
na relação sexual.*

estaduais, no município de São Paulo-SP (Brasil), relacionadas ao uso de preservativo para prevenção da AIDS. Pretendeu-se oferecer subsídios para órgãos governamentais das áreas de saúde e de educação. A amostra foi constituída de 1.068 alunos de 1ª e 3ª séries e obtida não-probabilisticamente. Foi utilizado um questionário auto-aplicável, estruturado com base em estudo exploratório e realizado preliminarmente em população similar. A maioria dos estudantes (62,3%) era do sexo feminino; as idades variaram entre 14 e 22 anos. Entre as opiniões sobre o uso do preservativo, 39,7% referiram "diminuir a sensação" e 46,4%, "incomodar". Entre as razões para dispensar o uso do preservativo, predominou a referente a ter namorado "fixo" (57,8%). A maioria dos homens e das mulheres declarou não usar ou eventualmente usar o preservativo, o que foi acentuado com o aumento da idade. Sugere-se a realização de ações educativas direcionadas à adoção de conduta sexual preventiva em relação à AIDS e de pesquisas de fatores emocionais, sociais e econômicos relacionados ao uso do preservativo entre adolescentes e jovens.

Unitermos: prevenção da AIDS, opinião, conduta sexual.

SUMMARY

Condom use regarding AIDS prevention – opinion and behaviour among high-school students, São Paulo, SP, Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERQUÓ, E. & SOUZA M.R. – O condom, anticoncepção e a AIDS. In: *Anais do 7º Encontro Nacional de Estudos Populacionais* (Caxambu, 1990). São Paulo, ABEP, 1990. pp.469-84.
2. BUCHALLA, C.M. – *A síndrome da imunodeficiência adquirida e a mortalidade masculina, de 20 a 49 anos, no município de São Paulo – 1983 a 1986*. Tese de doutoramento – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1993.
3. CARCERES, C.F. et al. – Necessidades educacionais en relacion con la sexualidad humana y el SIDA entre estudiantes y profesores de escuela secundaria en Lima. *Rev. Latino Am. Psicol.*, 24(v-b):109-23, 1992.
4. CHU, S.Y. et al. – Impact of the human immunodeficiency virus epidemic on mortality in women of reproductive age, United States. *J. Am. Med. Assoc.*, 264(2):225-29, 1990.
5. CORDEIRO, R.G.F. et al. – Conhecimentos, opiniões e conduta em relação à AIDS entre estudantes de Farmácia-Bioquímica do Estado do Paraná, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Esc.*, 3(1-4):49-56, 1994.
6. DAM, C.J. van. – AIDS: is health education the answer? *Health Policy Plan*, 4(2):141-47, 1989.
7. GIR, E. et al. – *Práticas sexuais e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana*. Goiânia. AB Edit, 1994.
8. GOUVEIA, A.J. & HAVIGHURST, R.J. – *Ensino médio e desenvolvimento*. São Paulo. Melhoramentos/EDUSP, 1969.
9. HEIN, K. – Commentary on adolescent acquired immunodeficiency syndrome: the next wave of the human immunodeficiency virus epidemic? *J. Ped.* 114(1):144-49, 1989.
10. JENKINS, C.D. – Health for all by the year 2000: a challenge to behavioral sciences and health education. *Hygie* 9:8-12, 1990-93.
11. MANN, J. et al. – *A AIDS no mundo. (História Social da AIDS 1)*. Rio de Janeiro. Relume Dumará/ABIA, 1993.

In order to assess high-school students' opinion and behaviour concerning AIDS prevention, an analytical survey was carried out in São Paulo city, state of São Paulo, Brazil, intended to offer subsidies to health and

education governmental agencies. Sophomore and senior students compounded a non-probabilistic sample totaling 1068 individuals. The self-administered questionnaire applied had been structured upon a previous exploratory study with similar population. Most of the students were females (62,3%) with ages varying from 14 to 22. Regarding condom use, they pointed out it diminishes sensitivity (39,7%) and is uncomfortable (46,4%). Among the reasons given for not using it, the most common was that they had a permanent partner (57,8%). Most men and women declared either not using the condom at all or only rarely it, a fact more evident among the older ones. It is suggested that educational measures towards the adoption of preventive sexual behaviour regarding AIDS should be held and the researches on emotional, social and economic factors related to condom use among teens and young adults should be carried out.

Key words: prevention of AIDS, opinion, sexual behaviour.

Endereço para correspondência:
ROGÉRIO GUIMARÃES FROTA CORDEIRO
R. Pires da Mota 942/51 - CEP 01529-000 - São Paulo-SP

12. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. *Bol. Epidemiol. AIDS*, 12(6):2-15, 1993.
13. PARKER, R. – A cultura sexual brasileira e a AIDS. In: DANIEL, H. & PARKER, R. – *AIDS, a terceira epidemia*. São Paulo. Iglú, 1991. pp.53-80.
14. PETOSA, R. & WESSINGER, J. – The AIDS education needs of adolescents: a theory-based approach. *AIDS Educ. Prev.*, 2(2):127-36, 1990.
15. PILON, A.L. – Qualidade de vida e formas de relacionamento homem/mundo. *Rev. Bras. Saúde Esc.*, 2(3/4):117-25, 1992.
16. PIOVESAN, A. & TEMPORINI, E.R. – Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, 29(4):318-25, 1995.
17. RICKERT, V.I. et al. – Adolescents and AIDS. *J. Adolesc. Health Care*, 10(4):313-16, 1989.
18. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Centro de Referência/Treinamento AIDS/AIDS. São Paulo, (dez) 1993.
19. United States Agency for International Development. *Confronting AIDS in the developing world: a report to Congress on the USAID Program for Prevention and Control of HIV infection*. Washington, D.C., 1992.
20. TEMPORINI, E.R. – *Prevenção da AIDS: percepção e conduta sexual de estudantes universitários no estado de São Paulo*. Tese de Livre-docência – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.
21. VARNHAGEN, C. et al. – Sexually transmitted disease and condoms: high-school students knowledge, attitudes and behaviours. *Can. J. Public. Health*, 82:129-32, 1991.
22. ZENILMAN, J. – Sexually transmitted disease in homosexual adolescents. *J. Adolesc. Health Care*, 9(2):129-38, 1989.



ARTIGO ESPECIAL

EVOLUTIONARY PSYCHOLOGY, HUMAN MATING STRATEGIES AND THE SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

GILBERTO N. OTTONI DE BRITO

In an invited review of the book entitled *Behind the One-Way Mirror: Psychotherapy and Children*, by Katharine D. Fishman, to appear in the journal *Contemporary Psychology*, in 1997, Brito² emphasized some crucial philosophical issues in reference to brain-mind relations and suggested that on Darwin's dangerous idea (in a Dennettian sense – Dennett¹⁰) of evolution through natural selection could allow us to study the workings of the human brain in the mediation of normal and pathological behavior.

INTRODUCTION

Moreover, he advanced the notion that “factors related to type of treatment (and therapist) might very well interact with the preexisting brain reserve capacity (the neural architecture blueprinted by genetics and sculpted by the environment, thereby determining outcome [of psychopathology])”. Brito² ended his review with the consideration that “a rapprochement of neurology and the behavioral science seems inevitable”. Therefore, the basic premise of the present essay is that brain processes mediate behavior, including hating, loving and mating! For the sake of clarify, this essay will be divided into three sections: 1) mating systems and sexual selection; 2) human mating strategies, and; 3) implications for the sexually transmitted diseases.

MATING SYSTEMS AND SEXUAL SELECTION

“This form of selection depends, not on a struggle for existence in relation to other organic beings or to

external conditions, but on a struggle between the individuals of one sex, generally the males, for the possession of the other sex. The result is not death to the unsuccessful competitor, but few or no offspring”⁸.

The above note on the possible relevance of sexual selection for the evolution of mating systems was followed by a treatise on the subject, *The Descent of Man and Selection in Relation to Sex*, published twelve years later⁹. Most of this volume pertained to the study of courtship, i.e., mating strategies, of animals.

For a complete review of mating systems, the reader is referred to Brown⁴. Briefly, mating systems are “those aspects of a species' social organization that determine the ways in which males and females come together for breeding”⁴. Perennial monogamy mating systems are characterized by pair bonds being formed for life or at least for several years (e.g., swans), while seasonal monogamy refers to pair bonds lasting only for the breeding season. Polygamy is a system in which an individual has more than one mate, none of which mates to another individual, and implies a kind of bond determined by dominance or attraction, between the mates. The bond may be successive, as in serial polygamy, or simultaneous polygamy. Polygamy can be further subdivided into polygyny, the most common, in which a male mates with two or more females, and polyandry, in which a female mates with more than one male. According to Brown⁴, polygyny is the preferred mating system for the most mammals and about 2% of the world's bird species. Finally, in promiscuity, there are no pair bonds, and males and females copulate with many individuals of the opposite sex. Therefore, promiscuity is different from polygamy in the sense that no individual has exclusive rights over any individuals of the opposite sex.

Brown⁴ correctly emphasize that the mating system species cannot be clearly categorized, but represents a mixture of different mating systems. According to him,

Pesquisador Titular do Setor de Neurociências do Departamento de Pediatria do Instituto Fernandes Figueira da FIOCRUZ; Professor Adjunto e Chefe do Setor de Neurociências do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal Fluminense

The perennial monogamy mating systems are characterized by pair bonds being formed for life.

a worldwide survey of mating systems in human populations revealed the existence of perennial monogamy, serial monogamy, polygyny, polyandry and promiscuity. Therefore, "to categorize the human species into any of these types would be a gross oversimplification" ⁴.

How are we to understand the evolution of a gamut of different types of mating systems? Most likely, as consequence of a differential effect on the rate of evolution of mating behavior. The predicament of a male (usually but not only) which cannot find a mate is bleak in evolutionary terms. This predicament is conceptualized by sexual selection, i.e., the differential production of progeny by different genotypes as a result of competitive mating ⁴.

Darwin⁹ recognized two main mechanisms by which sexual selection can operate: (1) the influence of male dominance and (2) the influence of female choice, or "sexual preference". However, Brown⁴ notes that these categories are not mutually exclusive.

Species in which sexual selection is predominantly of the male-dominance type share many features as frequent inter-male aggressive conflicts with the female as the object of aggressive competition, high variability in number of females per male, success in having access to females correlates with dominance over males, pair bonds tend to be faint or nonexistent, sexual dimorphism is extreme, full physical maturation is reached later by males, mortality rates are higher for males, especially during the breeding season, there are more females than males among adults and, most importantly, there is little or no paternal care of offspring.

Species in which sexual selection operates mainly through the process of female choice (sexual preference) share several characteristics with species in which sexual selection is of the male-dominance type. The major difference between the two groups is that in the first group, signals and structures in males are used to impress the females, whereas in the second group, signals and structures are used for fighting against other males.

Brown⁴ emphasizes that various in mating systems among species are partly due to phylogeny and also to ecology. According to his views, mammals are rarely monogamous because males, lacking mammary glands, cannot contribute to the nurturing of the offspring above what can be offered by the females. On the contrary, they might as well compete for limited resources in the territory. Therefore, monogamy would be disadvantageous for females. Birds, on the other hand, are more likely than mammals to be monogamous because both the male and the female can contribute in maturing of the nurturing of the offspring. It can be added then that the role of paternal care exerts a major influence in the evolution of mating systems. Other relevant factors would include the appearance, the behavior and the territory of the male. Furthermore, genetic models of the consequences of sexual selection predict the presence of genes that help females choose the most attractive males and also that these genes will be tightly linked with genes influencing male attractiveness (e.g., Brown⁴).

After this brief overview, we can turn our attention on the relevance of different mating systems and the concept of sexual selection for our species, or should these concepts be considered completely irrelevant, and even preposterous, for *Homo sapiens sapiens*?

HUMAN MATING STRATEGIES

Let us imagine for a minute to be possible to travel back in time steps of a single generation and gradually reset the clock about 40.000 generations ago. A few things would emerge from this admittedly speculative exercise. The mere fact of our existence in the present signifies that we are the product of the successful mating of our parents, grandparents, great-grandparents and so on in the past towards the dawn of our species. We are nothing but the result of the struggle of our ancestors in their quest for survival, and reproduction! Therefore, it would be naïve to ignore our species' evolutionary history in an attempt to understand our current mating strategies.

As we discussed previously in the essay, all types of mating strategies found in animals are also found in human populations. We can then pose the question: What do we expect from a mating partner? Psychodynamic oriented psychological theories would suggest that people search for mates who resemble archetypical images of the opposite-sex parent. Other psychological theories emphasize choices based on complementary or similar characteristics to one's qualities. Research in the evolutionary psychology of mating selection, however, demonstrates that men and women use different strategies, as it would be expected from research in animals. As defined by Buss⁵, the new discipline called evolutionary psychology represents an attempt "to identify underlying psychological mechanisms that were the products of evolution – mechanisms that help to explain both the extraordinary flexibility of human behavior and the active mating strategies pursued by women and men". However, Dennett¹⁰ views evolutionary psychology in a broader context as "the marriage of sociobiology and cognitive psychology". In this sense then human mating strategies would only be one of many areas of interest of this new discipline.

In this book entitled *The Evolution of Desire: Strategies of Human Mating*, Buss⁵ presented the results of surveys of mating preferences of male and female college students in the United States and more than 10.000 men and women in 37 countries (including Brazil, Sweden, Germany, Zambia, Paraguayan and Venezuelan indian tribes among many others), in a worldwide collaborative effort. A summarized version of the data was published elsewhere⁶. Although some of the results from this research may be interpreted as reflecting cultural biases, the great majority of the data indicate that human mating strategies are independent of culture. According to that author, human mating is inherently strategic in the sense of solving specific problems in human evolutionary history and so we are

*In promiscuity,
males and females
copulate with many
individuals of the
opposite sex.*

not necessarily aware of its intricate workings. Moreover, Buss considers that mating strategies are context-dependent, i.e., men and women behave differently depending on whether the context presents itself as a short- or long-term mating prospect. Finally, he emphasizes that men and women have faced different strategies. Let us review briefly here the data gathered in this cross-cultural research.

There was no difference between the sexes as to the interest in seeking a long-term mate. However, men were found to be much more prone than women are to seek short-term mating (casual sex). Additionally, men reported to desire a greater number of sex partners than women both in their lifetime and in certain period of time. Furthermore, it was reported that both men and women are equally likely to consent to sex after about a five-year period in their relationship. However, men were much more likely than women to consider sexual intercourse for all shorter time intervals.

Buss^{5,6} also reports that men value promiscuity and sexual experience in a partner for short-term mating but not for long-term mating. Women, on the other hand, do not find promiscuity desirable under any circumstance. By the same token, men are reported to find women with a low sex drive much less desirable for short-term, as opposed to long-term, mating. Also, men in search of a long-term mate are willing to commit and invest, but in the context of short-term mating minimize commitment and investment. Women strongly want commitment from a long-term mate, and find it only slightly undesirable in a short-term mate.

Buss and his group of colleagues also found that men seeking either a short- or a long-term mate prefer young and physically attractive women probably because such features signal reproductive value. Women also prefer physically attractive men, but this was much less important than to men. Additionally, Buss^{5,6} reported that men value chastity and dislike infidelity more than women. Furthermore, men place greater emphasis on the sexual rather than the emotional type of infidelity, whereas for women the converse is true. This difference is consistent with the hypothesis of sperm competition in the sense that men will produce more sperm after spending time away from his wife possibly to displace the sperm from other men from her vaginal tract as a consequence of the opportunity provided for casual sex.

It will be recalled that paternal care of the offspring exerts considerable influence on mating strategy. This is borne out by the results reported by Buss and collaborators^{5,6} in the sense that women prefer both short- and long-term mates who will lavish them with resources, and find highly undesirable men who are hesitant to expend resources on them. They also found that women are more finicky than men in choosing a short-term mate possibly because they use a short-term strategy to assess prospective long-term mates. Along this same line, women were shown to put a premium on men who could provide enough resources for her offspring. In a somewhat different vein, a man's failure

to economically support his wife and children is a significant sex-linked cause of divorce¹.

The evidence presented above could be summarized by stating that women are attracted to men who are willing

and can provide unlimited resources for her and her offspring, whereas men prefer young, physically attractive and reproductively valuable women. As discussed above, these general conclusions are consistent with data obtained in several different cultures in different countries. Since the observations were found to be consistent across cultures, it is tempting to conclude that biology, not culture, determines human mating strategies. Dennett¹⁰ warns us against such inference: "showing that a particular type of human behavior is ubiquitous or nearly ubiquitous in widely separated human cultures goes no way at all towards showing that there is a genetic predisposition for that particular behavior". To put it in another way, the wheel could be reinvented several times over without the need of either genetic descent or cultural transmission. However, considering the costs (physical and emotional) of pregnancy to women, the probable role of paternal care in the evolution of mating strategies, and the acceptance of Hamilton's¹¹ conceptual framework of kin selection among evolutionary biologists⁴ and philosophers¹⁰ would render the hypothesis put forth by Buss^{5,6} at least theoretically plausible.

How would homosexuality fit into summary provided in the last paragraph? How would homosexual men choose a mate: As a heterosexual female or a heterosexual male? Reciprocally, how would homosexual women choose a mate: As a heterosexual male or a heterosexual female? As discussed by Buss⁵, the issue of homosexual relationship provides an acid test for the evolutionary substrate of sex differences in the desires for a mate. Interestingly enough, the available data indicate that homosexual men and women tend to choose a mate as their heterosexual counterparts, i.e., homosexual men put a premium on beauty and youth, and lesbians place even less emphasis on physical appearance than heterosexual women⁵. It can be concluded then that biological/hormonal sexual characteristics, and not sexual orientation per se, determine sex differences in mating preference thereby strengthening the hypothesis for an evolutionary basis of sex differences in the desires for a mate.

The acceptance of the idea that human mating strategies is firmly on evolutionary grounds would pose the issue of what to make of such ideals as love and romance, or the "afetividade" of Brazilians⁷? It might be suggested that the words love and romance represent semantic shortcuts for the inherently complex mating strategies of men and women in their selfish quest to eternalize their genes. The acceptance of the biological roots of love and romance and, for that matter, *afetividade* should in no way demean what they represent for human life and culture.

What is somber to face is the prospect of fiddling with the genetic substrate of evolution, a capability unique to our species. Infertile (and, therefore,

The people search for mates who resemble archetypical images of the opposite-sex parent.

evolutionary dead-ends) people can now manage to eternize their genes through unnatural methods such as in vitro fertilization. Cloning techniques are already at hand and being used in agribusiness. It is clearly possible to

envisage the potential evolutionary impact of advances in biology. On the other hand, our species may soon reach an evolutionary cult-de-sac and it is likely that a super-human species will emerge as a kind of "paradigmatic shift" in a Kuhnian sense. It is beyond the purpose of the present essay to dwell on these issues. However, they should certainly be referred to the attention of bioethicists and philosophers for a proper treatment.

In an attempt to unify concepts from evolutionary psychology (human mating strategies), molecular biology (genomic imprinting), neurobiology and psychoanalysis, Brito³ advanced a hypothetical model. Although the model is highly complex, a few comments are in order for the present essay. According to this model, events related to genomic imprinting along maternal and paternal lines exert impact on cortical and subcortical brain structures, respectively. It can be presumed that cortical brain processes mediate success in job performance and life in general (the Ego and Super-ego of psychoanalysis), which is exactly what women expect from a mate. Subcortical brain mechanisms, on the other hand, are involved in basic drive mechanisms, such as sexual behavior (the Id of psychoanalysis), and it is of interest to note that the men prefer reproductively valuable mates. Sublimation would be represented, in this model, by the interplay of activity between brain structures related to genomic imprinting along the maternal and paternal lines, i.e., cortex and subcortex. It remains to be seen whether this hypothetical model will prove to have heuristic significance.

Human mating strategies on way or another culminate in sexual intercourse. The interchange of bodily secretions between two organisms during sexual intercourse provides an ideal medium for the propagation and therefore perpetuity of microorganisms. It should be apparent then that the understanding of the roots of human mating strategies has major implications for the STDs.

IMPLICATIONS FOR THE SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

Sexually transmitted diseases (STDs) continue to represent a major health problem worldwide. Diseases once thought to be under the control of public health authorities are making a comeback with disastrous consequences as, for example, syphilis. Other diseases, unknown to health authorities up until recently, are reaching epidemic proportions as is the situation with SIDA. Wives are unknowingly infected by their unfaithful (or, for that matter, bisexual) husbands with the HIV and may pass on the disease to their offspring. Public health authorities spend large amounts of limited resources in educational campaigns only to find their limited impact on the epidemiology of STDs. The Church admonishes that SIDA and other scourges are the result of evil and lustful behavior to be mercilessly condemned.

To make things worse, STDs microorganisms seem to be developing resistance to first and second generation antibiotics rendering the treatment of several of the STDs costly both economically and emotionally.

All of this makes a very bleak scenario indeed. The question is whether biology or, more to the point, evolutionary psychology can be of any assistance in the understanding of the epidemiology and difficulties faced by public health authorities in relation to the STDs. Can hypotheses developed within the framework of evolutionary psychology be of assistance in the design of educational campaigns for the prevention of the STDs or even in the development of nonmedical, supportive psychotherapy for STDs, specially SIDA?

As discussed previously in this essay, the mating strategies of human populations can include most of the strategies used by other animals. A major difference between our species and others seems to be in the extent of the significance of the context for mating. Depending on the context, humans may choose a short-term rather than a long-term mating strategy (a good example of such a contextual shift in strategy would occur during Carnival, as most Brazilians would agree). Another contextual factor, as noted by Buss^{5,6}, would be the sex ratio found in a community. A surplus of men would shift the strategy towards monogamous relationships, whereas an excess of females would favor casual sex as men would be reluctant to commit to a single woman. Simultaneously polygyny is commonly found in arabic cultural contexts, and puts significant pressure on men to compete for women.

Preoccupation with infidelity should depend on mating strategy. Since men can never be 100% sure of their paternity, and considering the cost of paternal care of the young, it is reasonable to expect that preoccupation with infidelity (and, incidentally, prevalence of wife battering) should be higher in monogamous than polygamous mating systems, and the evidence is consistent with this expectation⁵. The irony of infidelity (and promiscuity) is that such a trait in men could not have evolved had women denied them its expression⁵. Additionally, expect for the perennial monogamous strategy, mates are replaced for a variety of reasons whenever costs become substantially higher than accrued benefits. Therefore, a mobility in mating partners in human populations is to be expected.

This discussion above would suggest that variables related to mating strategy exert a major impact on the prevalence and incidence of the STDs. Higher initial incidence of SIDA in men are consistent with the ideas expressed in this essay in the sense that homosexual and heterosexual men are more likely to have casual sex than homosexual or heterosexual women. The fact that the prevalence and incidence for AIDS for men and women are now almost equivalent may signify that unfaithful (or bisexual) husbands have been infecting their wives, a speculation consistent with the available epidemiological data. The same reasoning would apply to adolescents just entering the mating market. It is

The men seeking either a short- or a long-term mate prefer young and physically attractive women.

reasonable to hypothesize that young adolescent women were initially infected with HIV by older, unfaithful or divorced men in search of younger mates, although strong data to evaluate this hypothesis are lacking, as far as the author is aware.

Public health campaigns should incorporate the context-specific characteristic of human mating strategies. Most of the resources should be invested (and they seem to be) during periods of time that favor casual sex such as Carnival and summer vacations. In addition, special attention should be directed at men and women most likely to prefer short-term mating strategies as, for example, recently separated and divorced men and women, and possible homosexual men. Young adolescent females also merit special attention since they are the target of older, recently separated or unfaithful men. With time, the human landscape of SIDA affliction should encompass all age groups unless of course we make major strides in its medical treatment.

Nonmedical supportive psychotherapy is frequently recommended for SIDA patients. It is hoped that an understanding of the biological roots of human mating strategies will provide the assisting health professional with a broader view of the circumstances surrounding infection. Additionally, such knowledge should help this professional in the counseling of patients in order to minimize contagion of significant others in the family. Furthermore, this knowledge should also minimize the impact of the guilt usually imposed upon the patient by religion.

It must be the case that millions of years of evolution cannot be easily written off. Therefore, we in the health care community should expect a hard road ahead in the prevention of the STDs given the wide options of mating strategies available to human populations. The fact that this might be biologically true should in no way diminish our resolve as the stakes are very high indeed. A bright side of this admittedly somber story might be to view the SIDA epidemics as a strong type of evolutionary pressure on human mating strategies.

ABSTRACT

The present essay examines the probable impact of human mating strategies on the incidence and prevalence of the sexually transmitted diseases (STDs) in light of recent hypothetical developments in the evolution of such strategies in our species (*Homo sapiens sapiens*).

REFERENCES

1. Betsig, L (1989). Causes of conjugal dissolution: A cross-cultural study. *Current Anthropol.* 30:654-676.
2. Brito, GNO (1997a). Neuroanalysis of psychotherapy: is the time ripe? *Contemporary Psychology*, (in press).
3. Brito, GNO (1997b). Neurobiology of psychoanalysis: from molecular biology to mind. (in preparation).
4. Brown, JL (1975). *The evolution of behavior*. New York, W.W. Norton.
5. Buss, DM (1994a). *The evolution of desire: strategies of human mating*. New York, Basic Books.

The ideas offered by the author are based on the revolution engendered by Darwin's conceptual insights on natural selection, and more important for the present essay, sexual selection.

It is hoped that a more biological view of human mating strategies (and, by extension, of love) will broaden in perspectives of the epidemiology the STDs. Additionally, it is hoped that this view will place nonmedical (behavioral) interventions such as marital (couple) counselling in cases of STDs on firm biological grounds. Furthermore, a strictly biological view is consistent with the limited success of sexual education in the prevention of these diseases.

Key words: evolution, human mating strategies, sexually transmitted diseases.

Running title: Evolutionary Psychology and Sexually Transmitted Diseases.

RESUMO

*No presente ensaio teórico, o autor examina o provável impacto de estratégias do acasalamento humano na incidência e prevalência das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) à luz de teses recentes sobre a evolução destas estratégias na nossa espécie (*Homo sapiens sapiens*). As idéias aqui apresentadas se fulcram na revolução engendrada por Darwin⁹ no século passado pelos conceitos de seleção natural, e mais importante para os nossos objetivos no presente ensaio, seleção sexual. Espera-se que uma visão mais biológica do acasalamento humano (e, por extensão, do amor) possa ampliar o horizonte das questões epidemiológicas relacionadas às DSTs, além de colocar as intervenções não medicamentosas em casos de DSTs, como, por exemplo, aconselhamento de casal, em bases solidamente biológicas. Ademais, esta visão é consistente com o sucesso limitado da educação sexual na prevenção destas doenças.*

Unitermos: evolução, estratégias de acasalamento humano, doenças sexualmente transmissíveis.

ACKNOWLEDGMENTS

The author is indebted to Dr Alexandre Keusen, Dr Carlos Felipe Almeida d'Oliveira, Dr Elvira Maciel, Fga Gisela Alfradique, Psicol Tanna Santos and Psicol Tatianna Santos for valuable criticism.

Address correspondence to:
GILBERTO N. OTTONI DE BRITO
Caixa Postal 100.846 - CEP 24001-970 - Niterói-RJ - Brasil
Fax: 55(21)620-4553 - E-mail: ccsnob@vm.uff.br

6. Buss, DM (1994b). The strategies of human mating. *Am. Scient.* 82:238-249.
7. Costa, DP (1996). E a afetividade? *J. Bras. DST.* 8:3.
8. Darwin, C (1859). *On the origin of the species by means of natural selection*. London, Murray.
9. Darwin, C (1871). *The descent of man and selection in relation to sex*. London, Murray.
10. Dennet, DC (1995). *Darwin's dangerous idea: evolution and the meanings of life*. New York, Simon & Schuster.
11. Hamilton, WD (1964). The genetical evolution of social behavior. I, II. *J. Theoret. Biol.* 7:1-52.

INFECÇÃO PERIANAL POR HPV NA INFÂNCIA

LISIEUX EYER DE JESUS¹, ISABEL DE PALMER PAIXÃO FRUGULHETTI²,
PAOLA BARBOSA CHAGAS³, BIANCA BARBIER ROLIM³,
LEDY HORTO DOS SANTOS OLIVEIRA²

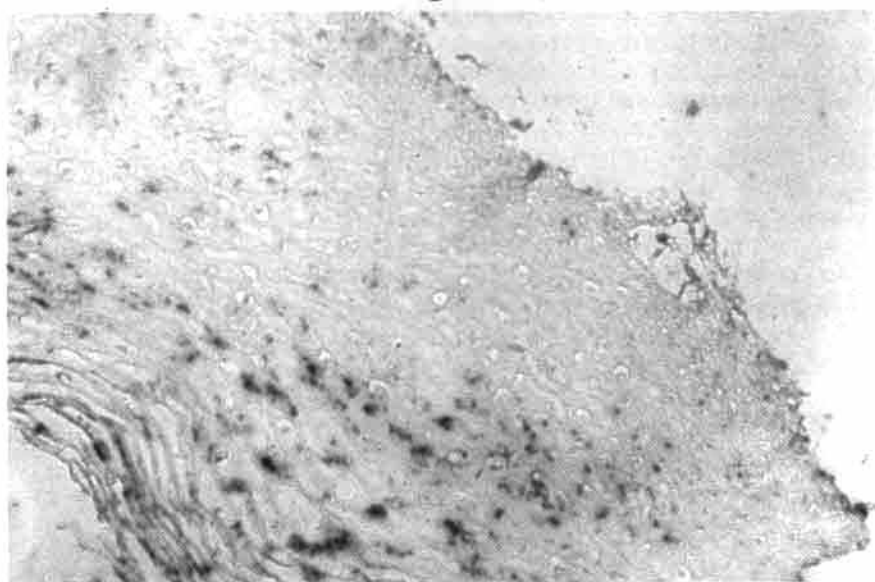
O condiloma acuminado é uma proliferação epitelial de etiologia viral, que é causada pelo papilomavírus humano (HPV) de vários tipos, entre os quais os mais comuns são os tipos 6, 11, 16 e 18. A forma primária de transmissão do condiloma é, em geral, o intercuro sexual, embora, raramente, ela também possa ocorrer por meio de contato não sexual íntimo, uma vez que já foi encontrado em mulheres virgens e crianças sem relato de abuso sexual. A transmissão vertical, que também é

rara, geralmente se manifesta sob a forma de papiloma laringeano em crianças, embora tenham sido encontrados casos de lesão perianal por transmissão perinatal.

RELATO DO CASO

Uma criança de 18 meses de idade foi atendida no Hospital Jesus, da Rede Municipal de Saúde (RJ), com história de lesões perinatais semelhantes a verrugas. As lesões surgiram há três meses e apresentaram agravamento progressivo. O trata-

Figura



Corte histológico da lesão processado para detecção de HPV por hibridização in situ. Observa-se a presença do DNA (viral) dos tipos 16/18 no núcleo de células com coilocitose.

1 - Cirurgiã Pediátrica do Hospital Municipal Jesus
2 - Professora Adjunta UFF
3 - Bolsista do PBIC-CNPq

*O condiloma
acuminado
é uma proliferação
epitelial de etiologia
viral.*

mento com agentes tópicos não resultou em melhora. A mãe relatou parto por cesariana. Os pais dessa criança não apresentavam evidências clínicas de doenças venéreas. As condições econômicas e higiênicas da família são boas. A criança é cuidada por familiares.

DIAGNÓSTICO

O paciente foi submetido a testes sorológicos e apresentou resultado negativo para Lues e HIV. O diagnóstico histológico confirmou a evidência clínica de condiloma acuminado. A lesão foi analisada para detecção e tipagem de HPV por hibridização do DNA *in situ*, o que resultou na presença de HPV dos tipos 6/11 e 16/18 - infecção mista por HPV de baixo e alto risco (Figura).

TRATAMENTO

No Hospital Jesus (RJ), o paciente foi submetido a tratamento por meio de eletrocoagulação parcial para remoção das lesões. Não foram detectadas evidências clínicas de atos de violência que afetas-

sem a região da lesão ou o paciente em geral. A criança apresentou comportamento normal de acordo com sua faixa etária.

CONCLUSÃO

Este caso sugere uma forma não sexual ou perinatal de transmissão do condiloma acuminado. Uma vez que foi encontrado mais de um tipo de HPV nas lesões, é possível afirmar que o paciente foi exposto a reinfecções por transmissão não determinada. As reinfecções podem indicar também uma baixa resistência do sistema imune, que tanto pode ser transitória ou não. Portanto, concluímos que, em alguns casos, as formas de transmissão por HPV da área genital não estão bem estabelecidas.

RESUMO

Relato de um caso de condiloma acuminado perianal em uma crian-

ça de 18 meses de idade sem história de contato sexual.

Unitermos: HPV, infecção perianal, transmissão não venérea.

SUMMARY

Report of a case of perianal condyloma in a 18 months years old male child without description of sexual contact.

Key words: HPV, perianal infection, non sexual transmission.

Endereço para correspondência:
LEDY HORTO DOS SANTOS OLIVEIRA
Rua Marechal Mascarenhas de Moraes, 258/105
Copacabana - RJ - CEP 22030-040 - Tel.: 255-0918

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LORINC, A.T. *et al.* - Human papillomavirus infection of the cervix: Relative risk association of 15 common anogenital typer. *Obstetric and Gynecology*, 79:328-37, 1992.
2. DERKSEN, D.J. - Children with condyloma acuminata. *Journal of Family Practice*, 34:419-23, 1992.
3. YOSHPE, N.S. - Oral and laryngeal papilloma: a pediatric manifestation of sexually transmitted disease? *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 31:77-83, 1995.

Eleições na SBDST

Estão abertas Inscrições de Chapas para Diretoria Nacional e Capítulos até 31/08/97.

Eleições por correspondência de 15/08/97 até 09/09/97 (data de chegada na Sede da Sociedade).
Composição das Diretorias: Presidente, 1ºVice Presidente, 2ºVice Presidente, 1ºSecretário, 2ºSecretário, 1ºTesoureiro, 2ºTesoureiro, Diretor Científico.

Capítulos: Regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul.

Endereço: Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - CEP: 24230-150.



INFORMES TÉCNICOS

DST IN RIO 1996

Melhores Trabalhos Apresentados

TÍTULO	AUTORES	PRÊMIO
IMPACTO DA INFECÇÃO HIV-1 SOBRE O PROGNÓSTICO MATERNO E PERINATAL OBSERVADO EM RIBEIRÃO PRETO-SP	Duarte, G.; Quintana, S.M.; Mussi-Pinhata, M.M.; Marana, H.R.C.; Gir, E.; Tess, B.H.	Vencedor do Prêmio de melhor trabalho
TRATAMENTO DE CONDILOMA ACUMINADO: ESTUDO COMPARATIVO COM CAUTERIZAÇÃO E INTERFERON	ISOLAN, T.B.; Passos, M.R.L.; Almeida Filho, G.L.; Goulart Filho, R.A.; Lopes, P.C.; Moreira, L.M.S.; Dias, E.P.; Jahnke, H.; Marcondes, N; Monteiro, A.C.S.	Menção Honrosa do Prêmio de melhor trabalho
ALTERAÇÕES SOCIAIS E DA SEXUALIDADE DECORRENTES DA INFECÇÃO PELO HIV-1 ENTRE MULHERES	Gir, E.; Duarte, G.	Menção Honrosa do Prêmio de melhor trabalho
PREVALÊNCIA DAS PARASITOSE INTESTINAIS EM PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS	Chaves, C.S; Vale, J.M.; Coêlho, I.C.B.; Queiroz, T.R.B.S.; Girão, A.B.	Menção Honrosa do Prêmio de melhor trabalho
O ATENDIMENTO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELOS ATENDENTES DE FARMÁCIAS E DROGARIAS NA CIDADE DE MANAUS	Monteiro, J.B.; Said, A.M.C.; Nestor, M.A.; Pereira, P.C.; Carvalho, D.P.; Sasaki, Z.E.; Júnior, D.B.; Silva, L.D.P. da; Leite, H.N.F.; Ribas, J.; Sardinha, J.C.G.	Menção Honrosa do Prêmio de melhor trabalho
MORTALIDADE FETAL POR SÍFILIS... A HISTÓRIA CONTINUA	Duarte, G.; Quintana, S.M.; Cunha, S.P. da; Nogueira, A.A.; Paschoini, M.C.; Gir, E.	Menção Honrosa do Prêmio de melhor trabalho

IMPACTO DA INFECÇÃO HIV-1 SOBRE O PROGNÓSTICO MATERNO E PERINATAL OBSERVADO EM RIBEIRÃO PRETO-SP

Autores: Duarte, G., Quintana, M.S., Mussi-Pinhata, M.M.; Marana, H.R.C.; Gir, E.; Tess, B.H.

Instituição/Endereço completo: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) - Hospital das Clínicas (HCFMRP-USP) - Av. Bandeirantes 3900/8º andar - CEP 14049-900 - Ribeirão Preto-SP - Brasil - Tel.: (016) 633-0216 / Fax: (016) 633-0946 - E-mail: gduarte@fmrp-usp.br

Objetivos: 1) determinar as taxas anuais de soroprevalência de infecção de HIV-1 entre parturientes e; 2) avaliar o prognóstico materno e perinatal observado entre parturientes contaminadas pelo HIV-1, considerando a fase clínica da infecção materna.

Casística e Métodos: Estudo prospectivo realizado entre 1987 e 1995, período em que foram resolvidas 26.559 gestações no HCFMRP-USP. As taxas de soroprevalência foram calculadas anualmente. Para a comparação prognóstica materna, foram avaliados grupos controles, que foram compostos por mulheres contaminadas pelo HIV-1 nas várias fases de infecção, mas sem nenhuma relação com a gravidez. Os parâmetros fetais e neonatais observados entre 422 mulheres contaminadas foram comparados com os parâmetros verificados na população obstétrica geral atendida nesse mesmo hospital (aborto, morte fetal, índice de Apgar, prematuridade, baixo peso ao nascimento e retardo de crescimento intra-uterino). Para a análise estatística, foi utilizado o teste exato de Fisher ($p < 0,05$).

Resultados: Verificou-se que a prevalência anual de infecção pelo HIV-1 observada entre parturientes aumentou ao longo dos anos (1,6% [1987] e 22% [1995]). A mortalidade foi mais elevada no grupo controle, principalmente até o 5º mês pós-parto. Entre as parturientes na fase II da infecção, observou-se que o período livre de doença foi mais curto do que no grupo controle. Dos parâmetros fetais e neonatais verificados, todos foram piores no grupo de parturientes contaminadas, quando comparados com o grupo controle. A taxa de transmissão vertical tem diminuído ao longo dos anos (34,8% [1987] e 22,5% [1994]).

Conclusões: Em nosso meio, o crescente número de parturientes contaminadas pelo HIV-1 e o comprometido prognóstico materno e perinatal observado nesse estudo reforçam a necessidade da promoção de aconselhamentos que não estimulem a reprodução neste grupo de mulheres, até que uma terapêutica eficaz seja descoberta. Nessa casística, o pior prognóstico observado entre a população contaminada pelo HIV-1 pode ser resultante de associação com outras infecções, desnutrição e falta de assistência pré-natal. Em nosso meio, essas situações são constantes e podem explicar as diferenças entre nossos resultados e aqueles verificados na literatura.

TRATAMENTO DE CONDILOMA ACUMINADO: ESTUDO COMPARATIVO COM CAUTERIZAÇÃO E INTERFERON

Autores: Isolan, T.B.; Passos, M.R.L.; Almeida Filho, G.L.; Goulart Filho, R.A.; Lopes, P.C.; Moreira, L.M.S.; Dias, E.P.; Jahnke, H.; Marcondes N.; Monteiro, A.C.S.

Instituição/Endereço completo: Disciplina de Urologia - Faculdade de Medicina da UFPel - Setor de DST-UFF e Instituto de Ginecologia da UFRJ - R. D. Pedro II 756 - CEP 96010-300 - Pelotas-RS

Introdução: Na maioria das unidades de saúde pública que atendem casos de DST, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é a mais freqüente. Essa infecção é a DST mais freqüentemente associada a outras infecções genitais e, no momento, está comprovada a sua participação no desenvolvimento de lesões precursoras de neoplasias malignas nos órgãos genitais. Se esses fatores já não bastassem, é comum o insucesso terapêutico, uma vez que ainda não se encontra disponível uma única terapêutica com comprovada eficácia in vivo.

Objetivos: Observar diferentes formas terapêuticas de pacientes com condiloma acuminado. Observar a ocorrência de associação com sororreatividade para sífilis.

Casística e Métodos: Em um estudo randomizado, comparativo, duplo-cego e multicêntrico, foram estudados cem pacientes com condiloma acuminado, cujo diagnóstico foi feito baseado em exame clínico, histopatológico e, em alguns, hibridização molecular de DNA e HPV dos tipos 6, 11, 16 e 18. Os pacientes foram divididos em quatro grupos: grupo A - 25 pacientes tratados por meio de cauterização das lesões; grupo B = 25 pacientes tratados com 20 milhões de unidades de interferon a-2b aplicadas por via subcutânea na pele da área do abdome, (2,5 milhões de UI em dias alternados totalizando oito aplicações; grupo C = 25 pacientes tratados com associação dos esquemas A e B e; grupo D = 25 pacientes que receberam placebo. Foi considerado critério de cura aqueles pacientes que apresentaram ausência de lesões suspeitas após a realização de genitoscopia, durante um período mínimo de seis meses posteriores ao tratamento. Foi colhido sangue para teste sorológico para sífilis anteriormente ao início do tratamento. Participaram do estudo apenas aqueles pacientes que tinham lesões externas: glândula, prepúcio, mucosa prepucial, vulva ou períneo.

Resultados: As taxas de cura nos diversos grupos foram: grupo A - 14 pacientes (56%); grupo B - 12 pacientes (48%); grupo C - 19 pacientes (76%) e; grupo D - um paciente (4%). Nessa casística de cem pacientes, descartando-se os resultados falsos negativos, a ocorrência de sororreatividade foi de 4% (quatro pacientes). Foi possível realizar hibridização molecular apenas em 16 pacientes. Os tipos mais freqüentemente encontrados foram HPV 6, 11, embora tenham sido detectados HPV 16, 18 em dois casos. No caso em que houve regressão pelo uso de placebo, estavam presentes HPV 6, 11. No geral, foram atendidos 72 homens e 28 mulheres. Os efeitos colaterais mais observados foram hipertermia e mal-estar, em geral, do tipo gripe, mas que cederam com o uso de ácido acetilsalicílico.

Discussão e Conclusões: A partir desses dados, é possível concluir que, na maioria dos casos, o tratamento de pacientes que apresentam condiloma acuminado é uma tarefa difícil, embora em pequena porcentagem deles possa haver involução mediante o uso de placebo. Pelos nossos resultados, a melhor taxa de cura ocorreu quando a exerece das lesões e a cauterização das bases foram associadas à administração sistêmica de interferon a-2b. Portanto, a terapêutica combinada de retirada de todas as lesões visíveis, ao mesmo tempo, com a aplicação sistêmica de interferon, que, possivelmente, tenha atuado nas lesões incipientes e ainda não visualizadas macroscopicamente, é mais uma opção ao tratamento da papilomavírose.

ALTERAÇÕES SOCIAIS E DA SEXUALIDADE DECORRENTES DA INFECÇÃO PELO HIV-1 ENTRE MULHERES

Autor: Gir, E; Duarte, G.

Instituição/Endereço completo: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Av. Bandeirantes 3900 – CEP 14040-092 – Ribeirão Preto-SP – E-mail: egir@usp.br

Objetivos: 1) detectar problemas sociais e sexuais que vivenciam as mulheres soropositivas ao HIV-1, em decorrência desta infecção; 2) intervir através de orientação individual.

Método: Foi desenvolvida uma investigação prospectiva com 26 mulheres, entre 20 e 35 anos de idade, em fases II e III da infecção pelo HIV-1, em seguimento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Para a coleta de dados, foi elaborado e validado um questionário semi-estruturado. Os dados foram analisados com base no Modelo de Crenças em Saúde. A orientação foi feita individualmente enfatizando os problemas sexuais.

Resultados: Os principais problemas detectados estavam relacionados ao receio de revelar o diagnóstico a família (19,2%), amigos (46,2%) e vizinhos (57,7%). Quanto ao trabalho, 50% tiveram alterações importantes: nove mulheres (69,2) não trabalham mais, porque os empregadores não as aceitam e as 13 restantes (50%) trabalham como autônomas. Quanto à religião, 14 mulheres (53,8%) mudaram de religião e/ou seus hábitos religiosos de acordo com a frequência e o envolvimento com a seita religiosa. Quanto à sexualidade, elas mencionaram que sofreram alterações expressivas, pois algumas consideram que “perderam a sexualidade” e não querem mais ter relações sexuais, enquanto outras não se importam em ter adquirido o vírus de alguém que elas realmente amam. Algumas mulheres acreditam que o condom seja desnecessário, quando o parceiro também apresenta sorologia positiva. Nove mulheres (36,6%) revelaram que os seus parceiros nunca usaram condom, independente até da situação sorológica deles e, embora estejam cientes da importância, algumas não acreditam que eles tenham HIV.

Discussão: Emocionalmente, as mulheres portadoras de HIV-1 se sentem inferiorizadas e aguardam a morte. Revelam que se tornaram tristes, sem esperanças de vida, preocupadas e nervosas. As intervenções eram feitas com base nos problemas detectados, tentando-se elevar a auto-estima, oferecer apoio emocional e orientação sexual. Alguns resultados positivos já foram observados, principalmente na redução do número de parceiros sexuais. No entanto, a prática sexual insegura ainda persiste.

PREVALÊNCIA DAS PARASITÓSES INTESTINAIS EM PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS

Autores: Chaves, C.S.; Vale, J.M.; Coêlho, I.C.B.; Queiroz, T.R.B.S.; Girão, A.B.

Instituição/Endereço completo: Setor de Parasitologia do Departamento de Patologia e Medicina Legal do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará. Hospital São José de Doenças Infecciosas – Caixa Postal 3.163 – R. Rodolfo Teófilo – CEP 60431-750 - Fortaleza-CE – E-mail: pato@ufc.br

Introdução: Devido à grande prevalência das parasitoses intestinais em nosso meio, muitas até de caráter oportunista, é necessário o seu conhecimento em portadores de HIV/AIDS. Ademais, deve ser considerada a possibilidade de transmissão sexual, direta ou indireta, de diversos enteroparasitos, visto que, no grupo estudado, muitos indivíduos podem ter comportamentos favoráveis à sua transmissão.

Objetivo: Determinar a prevalência das enteroparasitoses em portadores de HIV/AIDS.

Casística e Metodologia: Foram estudados prospectivamente 759 pacientes portadores de HIV/AIDS atendidos no Hospital São José de Doenças Infecciosas, em regime de ambulatório e/ou internamento, entre janeiro de 1990 e março de 1995. Foram realizados 1.698 exames parasitológicos de fezes pelos métodos direto, de Lutz (sedimentação), Baerman-Moraes (pesquisa de larvas) e Ziehl-Neelsen modificado (para pesquisa de *Cryptosporidium*).

Resultados: Em 78,4% dos casos, foram realizados de um a 16 exames por paciente (média de 2,2) utilizando os quatro métodos. Foram encontrados 287 pacientes (37,8%) com exames negativos e 472 (62,2%) positivos, sendo a metade portadora de duas ou mais espécies de parasitos. Foram detectados os seguintes helmintos e protozoários: *Strongyloides stercoralis* = 196 pacientes (25,8%); *Ascaris lumbricoides* = 114 pacientes (15%); *Entamoeba coli* = 105 pacientes (13,8%); *Trichocephalus trichiurus* = 102 pacientes (13,4%); *Ancilostomídeos* = 91 pacientes (12%); *Giardia lamblia* = 59 pacientes (7,8%); *Cryptosporidium parvum* = 51 pacientes (6,7%); *Iodamoeba butschilii* = 41 pacientes (5,4%); *Endolimax nana* = 37 pacientes (4,9%); *Isoospora belli* = 34 pacientes (4,5%); *Entamoeba histolytica* = 20 pacientes (2,6%); *Enterobius vermicularis* = 9 pacientes (1,2%); *Schistosoma mansoni* = 9 pacientes (1,2%); *Hymenolepis nana* = 7 pacientes (0,9%); *Taenia sp.* = 4 pacientes (0,5%) e; *Chilomastix mesnili* = 3 pacientes (0,4%).

Discussão e Conclusões: Ficou comprovada a elevada prevalência de parasitos oportunistas, como *G. lamblia*, *C. parvum*, *I. belli* e, notadamente, *S. stercoralis*, que, em nosso meio, incide em 3-6% da população adulta. Isto sugere a possibilidade de que algumas práticas sexuais tenham contribuído na transmissão. O achado do *S. stercoralis* como o mais prevalente pode ser explicado pela penetração de larvas filarióides infectantes na pele da genitália, uma vez que elas podem se desenvolver no intestino grosso, o que é comum nas imunodeficiências. Entre os portadores de HIV/AIDS, estas parasitoses estavam frequentemente associadas às diarreias persistentes, que podem contribuir para o óbito em diversas ocasiões. Portanto, recomendamos que o exame parasitológico de fezes, incluindo métodos para pesquisa de larvas e para *Cryptosporidium*, seja incorporado à rotina diagnóstica de todos os portadores de HIV. Indivíduos que tenham comportamentos de risco devem ser bem esclarecidos quanto à impossibilidade da transmissão sexual de vários parasitos intestinais e aos seus potenciais patogênicos, como também devem receber orientações preventivas adequadas.

O ATENDIMENTO ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELOS ATENDENTES DE FARMÁCIAS E DROGARIAS NA CIDADE DE MANAUS

Autores: Monteiro, J.B.; Said, A.M.C.; Nestor, M.A.; Pereira, P.C.; Carvalho, D.P.; Sasaki, Z.E.; Júnior, D.B.; Silva, L.D.P. da; Leite, H.N.F.; Ribas, J.; Sardinha, J.C.G.

Instituição/Endereço completo: Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Amazonas - R. Afonso Pena 1053 - CEP 690000-000 - TeleFax (092) 234-0597 - Instituto de Dermatologia e Venereologia Alfredo da Mata - R. Codajás - Bairro Cachoeirinha

Introdução: O presente estudo pretendeu levantar dados sobre os procedimentos utilizados por atendentes de drogarias e farmácias diante de pacientes com queixas compatíveis com DSTs na cidade de Manaus (AM). A pesquisa é oportuna, considerando que a oferta de serviços públicos para o atendimento dessas patologias não atende satisfatoriamente a demanda, estimulando a população a procurar alternativas de soluções, principalmente nos balcões de farmácias e drogarias, que, em Manaus, existem em número superior ao preconizado pela OMS.

Objetivos: 1) identificar as condutas mais freqüentemente adotadas por balconistas de drogarias diante de queixas de DSTs; 2) relacionar os principais fármacos indicados por balconistas de drogarias no tratamento de DSTs; 3) verificar os diagnósticos mais freqüentemente emitidos por balconistas diante de queixas relacionadas ao aparelho geniturinário; 4) identificar as possíveis orientações preventivas emitidas pelos balconistas no atendimento de pessoas com queixas de DSTs e; 5) identificar as possíveis diferenças existentes no atendimento em relação aos sexos dos pacientes com queixas de DSTs.

Casuística e Metodologia: Entre janeiro e maio de 1996, foram investigadas 130 drogarias e 15 farmácias (total de farmácias existentes = 482) por acadêmicos de medicina, por meio de simulações de DSTs com relatos de corrimentos (uretral e vaginal - 54,13%) e úlceras (masculina e feminina - 45,86%).

Resultados: Foram obtidos os seguintes resultados: 76,87% partiram direto para o tratamento; 13,21% encaminharam ao médico; 3,6% indicaram o serviço de saúde; 2,1% não tinham o produto e não se interessaram; 1,2% indicaram uma outra drogaria ou farmácia e; o restante optou por outra conduta. O diagnóstico foi compatível em 36,71%, incompatível em 19,14% e não realizado em 44,14% dos casos. O tempo de tratamento indicado mais freqüentemente foi de um a três dias. Houve pouca preocupação quanto às medidas preventivas, pois apenas 8,58% indicaram o tratamento do casal e 25,75% o uso de preservativo.

Discussão e Conclusões: A partir desses resultados, é possível concluir que nas farmácias e drogarias visitadas o despreparo desses atendentes pode acarretar graves complicações, devido às "prescrições" inadequadas desses atendentes. Também foi observada exploração e incitação dos preços e medicamentos indicados.

MORTALIDADE FETAL POR VÍRUS... A HISTÓRIA CONTINUA

Autores: Duarte, G.; Quintana, S.M.; Cunha, S.P. da; Nogueira, A.A.; Paschoini, M.C.; Gir, E.

Instituição/Endereço completo: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Hospital das Clínicas - Av. Bandeirantes 3900, 8º andar - CEP 14049-900 - Ribeirão Preto-SP - Brasil - Tel.: (016) 633-0216 - Fax (016) 633.0946 - E-mail: gduarte@fmrp.usp.br

Introdução: Embora a forma de transmissão, o diagnóstico e o tratamento da sífilis já sejam bastante conhecidos, ela ainda é um desafio para obstetras e pediatras, uma vez que eleva significativamente as taxas de mortalidade fetal em nosso meio.

Objetivos: 1) aferir o padrão das taxas de mortalidade fetal por sífilis no HCFMRP-USP nesses últimos 15 anos; 2) avaliar quais são as principais complicações dessa infecção durante a gravidez e a eficácia da terapêutica; 3) verificar que medidas, a curto prazo, possibilitam a redução da mortalidade fetal por lues e; 4) utilizar os dados deste trabalho para sensibilizar as autoridades sanitárias quanto à implantação de medidas para controle da sífilis durante a gestação.

Casuística e Metodologia: Entre 1979 e 1993, foram atendidas 834 gestantes portadoras de sífilis no HCFMRP-USP. Durante esse período, ocorreram 45.332 partos. Este número foi utilizado para o cálculo de todos os coeficientes de mortalidade fetal efetuados neste estudo. Foi realizada avaliação mensal do movimento obstétrico, sendo selecionados e estudados todos os casos de sífilis, cujas gestações foram resolvidas nesse hospital. A mortalidade fetal geral e aquela por sífilis foram analisadas por quinquênios, o que possibilitou uma visão dinâmica desta situação no período monitorado.

Resultados: Dentre as 834 gestantes que tinham sífilis, observou-se que 18,9% delas apresentaram morte fetal, verificando-se que 22,3% apenas freqüentam adequadamente o pré-natal. Os coeficientes de mortalidade fetal precoce e tardio por sífilis foram 1,01 e 2,45 (por mil nascimentos), respectivamente. As pacientes tratadas tiveram redução significativa das complicações fetais e neonatais. A taxa de mortalidade fetal por sífilis em relação à mortalidade fetal geral nos 15 anos avaliados foi de 11,7%, não apresentando diferenças significativas, considerando-se os quinquênios separadamente.

Discussão e Conclusões: Estes dados confirmam que, no HCFMRP-USP, as taxas de morte fetal por sífilis não apresentaram redução nos últimos 15 anos, como também o valor e a necessidade da implantação de assistência pré-natal de qualidade, que possibilite acesso ao diagnóstico e tratamento corretos da sífilis, uma vez que, em alguns casos, a terapêutica não foi correta, enquanto, em outros, não foi nem tentada. É preciso urgência na divulgação destes dados às autoridades sanitárias de nossa região.



CARTAS AO EDITOR

ETS (DST) PERSPECTIVAS DE UN NUEVO CAMINO EN LATINOAMERICA CON "DST IN RIO 1996"

JUAN CARLOS FLICHMAN

Se realizó del 24 al 26 de setiembre pasado, una labor interdisciplinaria de nivel científico internacional. Las enriquecedoras conferencias magistrales, fueron complementadas con posters, comunicaciones libres y simposio satélite.

Todo merece destacarse, desde la colorida inauguración donde desfilaron características de los estados brasileros, hasta el Concurso para Título de Qualificação em DST, para médicos previamente inscriptos, ÚNICO por ahora, en latinoamérica, pasando por conceptos prácticos y de última avanzada. Este editorial pretenderá sumarizar algunos de los principales temas del Congreso.

BIOLOGIA MOLECULAR

Técnicas que permiten detectar cantidades mínimas de ácidos nucleicos. Con la introducción de la Reacción de Polimerización en cadena (PCR) se amplifica *in vitro*, a partir de una molécula de DNA e cDNA, millones de copias de un fragmento de esta, en modo de disponer de cantidad suficiente para su análisis. La PCR con control externo permite desarrollos no dependientes de una determinada marca de reactivos, disminuyéndose costos. También se expusieron métodos "branch" de amplificación de señal (bdNA).

ABORDAJE E SINDROMICO

Los algoritmos para úlceras genitales y uretritis masculinas pueden funcionar cuando no se tienen recursos laboratoriales. No es beneficioso el tratamiento sintomático de las descargas vaginales, aún en lugares de alta prevalencia de Chlamydias y/o gonococos.

GONOCOCIA

Existió consenso de menor prevalencia en la población general, en estos últimos cinco años, excepto en grupos core. No se debe bajar la guardia, el cambio genómico de un solo-aminoácido, puede expandir el espectro de cepas productoras de betalactamases. En diagnóstico laboratorial, se trató desde la observación microscópica del sedimento urinario hasta la ligasa en cadena (ligase chain reaction) y la auxotipificación, esta última aún no bien estandarizada. El Gram mantiene su importancia, especialmente en hombres.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Etiológicamente primera causa de uretritis masculina, cervicitis y enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Se destacó la importancia de detectar infección asintomática del tracto genital superior. Responsable de infertilidad en ambos sexos.

Presidente Consejo Asesor Permanente ULACETS; Director Regional IUVDT; Consultor Programa de ETS Hospital de Clínicas Universidad de Buenos Aires

*Este editorial
pretenderá resumir
algunos de los
principales temas
del Congreso.*

IMPACTO DE LA TRICOMONIASIS

Merece destacarse el aumento del hallazgo de Trichomonas en hombres por cultivos y/o anticuerpos monoclonales.

VAGINITIS Y CERVICITIS BACTERIANAS

Se indicó la observación en fresco por Campo Oscuro, Gram y cultivos específicos para controlar la infección por Mycoplasmas. Gardnerella y flora anaerobia del tipo Mobiluncus, que además de la etiopatogenia en EIP, producen infecciones intramnióticas en el ciclo grávido puerperal.

SÍFILIS-SÍFILIS CONGENITA

Se destacó la importancia del Campo Oscuro y la utilización de Rápida Plasmática Reagína (RPR) para agilizar el control serológico prenatal. Se dió especial atención a la recomendación de la PANO a los Ministros de Salud de las Américas para luchar contra la Sífilis Congénita, bajo el lema de ULACETS: "Los pueblos que no cuidan la vida que vendrá, corren el riesgo de perder su futuro".

HERPES GENITAL

Se trató la importancia del poder infectante asintomático por la

existencia HSV DNA, antes y después de la lesión, en un 50% de los casos.

HPV, HEPATITIS

Especial interés en vacunas antiviricas.

HIV/ETS

No existen dudas que las ETS constituyen factores de riesgo en la transmisión homo y heterosexual del HIV, aunque no disminuya la incidencia de las ETS, su control reduce el período de infectividad agregada.

COSTO DE SECUELAS POR ETS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, DIAGNÓSTICO DE ASINTOMÁTICOS, TERAPÉUTICA ANTI RETROVIRAL, RIESGO PROFESIONAL

Tuvieron destacada importancia dentro del relatorio de actividades. Las autoridades del Congreso pusieron igual o mayor énfasis en PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN que en clínica, diagnóstico y tratamiento. La escuela y las acciones en salud sexual,

Planeamiento familiar, Programas de prevención, Notificación de parejas, AIDS y Mujer, Sexualidad, Comportamiento humano e importancia de la opinión de infectados o drogadictos en recuperación.

Estos tópicos y otros más se consideraron fundamentales si se pretende poner bajo control ETS/HIV. Las conclusiones dieron un denominador común: debemos comprender los valores y normas de la Comunidad donde se pretende actuar, comenzando con el destierro de la discriminación entre nosotros mismos.

Correspondería mencionar nombres de los Organizadores de "DST in Rio 1996" pero existe la posibilidad de algún olvido de los que permitieron el éxito del Congreso, pero sería injusto no agradecer y mencionar a quién representó el esfuerzo de un equipo que permitió entre los participantes una CONTAGIONA NECESIDAD de continuidad por haberse obtenido respuestas a muchas dudas. El poder de convocatoria no se consigue solo con dinero, hay algo más que permite una interrelación entre los Congresistas que sienten las actividades como propias. Habremos comenzado el cambio? Gracias Profesor Dr. Mauro Romero Leal Passos.



unimed

unicred

Niterói - RJ



CARTAS AO EDITOR

SISTEMA COOPERATIVO UNIMEDIANO

GUILHERME FERNANDES RAVIZZINI

O Sistema Cooperativo Unimediano na sua caminhada nestes 30 anos, desde a fundação da 1ª Cooperativa na cidade de Santos, só tem dado mostras de seu acerto e desenvolvimento, no sentido de um destino glorioso.

A Cooperativa Médica, idealização brasileira, do seu fundador, Dr. Edmundo de Castilho, criou também Cooperativas de Crédito Mútuo de Médicos, as Unicreds, com a finalidade de ser o braço financeiro do médico. Atualmente existem 80 Cooperativas de Crédito de Médicos espalhadas pelo Brasil, de norte a sul, de leste a oeste, todas em franco desenvolvimento, com aceitação cada vez maior pela categoria médica.

A lucidez das lideranças da Unimed nos tem mostrado o caminho para a libertação do médico da exploração capitalista dos bancos, como já acontece com povos mais adiantados que descobriram na Cooperativa a forma de libertação econômica financeira para seus cidadãos.

Entre nós o cooperativismo é pouco conhecido, mas na região sul à partir de São Paulo, cooperativismo já é muito forte seja de produção, de serviços ou mesmo de crédito.

Em países como Alemanha, onde o maior banco daquele país é um banco cooperativista ou mesmo na Holanda onde a função do Banco Central é exercida por um banco cooperativo que fiscaliza todas as outras empresas bancárias; também na Espanha, o complexo "Corporação Cooperativa Mondragon" do qual faz parte e Cooperativa de Crédito chamada "CAJA LABORAL", é um verdadeiro sistema financeiro.

Criamos a Unicred Niterói sob o patrocínio de nossa Unimed, incorporando de saída, todos os cooperados da Unimed, 1.300 colegas, possibilitando que a nossa Cooperativa de Crédito, seja em número de cooperados a maior do Brasil. O nível de conscientização do médico tem aumentado e a adesão ao Sistema Cooperativista tem crescido gradativamente, permitindo que um número cada vez maior de colegas usufrua dos benefícios da Unicred, pois somos um verdadeiro banco, executando quase tudo como qualquer casa bancária, prestando os mesmos serviços, com a vantagem de que nosso, correntistas têm juros, os menores da praça, quando necessitem de empréstimos ou se têm saldos, as suas aplicações proporcionem maior rentabilidade, tudo isto com o tratamento dispensado a donos, personalizados, com muito carinho e atenção.

A Unicred é uma Cooperativa de Crédito Mútuo de Médicos e a despeito de ter sido criada pela Unimed, está aberta a todo colega médico que desejar participar dos meus quadros e gozar dos benefícios por ela produzidos, é o que reza os seus estatutos.

Todos aqueles que têm oportunidade de visitar a nossa sede, ficam entusiasmados com o que presenciaram, sendo magnânimos em elogios.

É preciso ver para crer. Em pouco tempo conquistamos vasta credibilidade demonstrando o acerto dos seus idealizadores.

A Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Médicos - Unicred Niterói Ltda., é um sucesso com certeza, e uma grande prova pode ser demonstrada com os apoios às iniciativas médicas como este importante periódico científico.

Médico Angiologista; Diretor Presidente da Unicred Niterói Ltda; Assessor da Presidência da Unimed São Gonçalo - Niterói (Membro da COTEP).