

Journal 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  
INDEXADA: LILACS

---

# SUMÁRIO

---



---

## EDITORIAL

<b>VIAGRA®, SEXO E SEXUALIDADE</b> .....	<b>3</b>
--	----------

*Paulo Canella*

---

## ARTIGOS

<b>GESTANTES ATENDIDAS NO SETOR DE DST-UFF EM 1995</b> .....	<b>4</b>
--	----------

*Alberto Saraiva Tibúrcio, Rogério Rodrigues Tavares, Célia Maria Pedrosa Stadnick, Vandira Maria dos Santos Pinheiro, Mauro Romero Leal Passos*

<b>STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE À VANCOMICINA</b> .....	<b>10</b>
---	-----------

**UMA REALIDADE CLÍNICA**  
*Cícero Carlos de Freitas, Renata Fernandes Rabello, Alexandre Gil de Freitas*

<b>USO DE PRESERVATIVO POR ADOLESCENTES DE UM COLÉGIO ESTADUAL EM NITERÓI-RJ</b> .....	<b>13</b>
--	-----------

*Sonia Maria Barbosa Ferreira, Vandira Maria dos Santos Pinheiro, Eva Mila Miranda Sá, Gabriel Carvalho Alvarenga*

---

## MOMENTO HISTÓRICO

<b>CONTAGIO SYPHILITICO EXTRAGENITAL FAVORECIDO POR UMA VESPA</b> .....	<b>20</b>
---	-----------

*Y. Capintero Feijóo, M.C. Rodríguez Cerdeira*

---

## INFORMES TÉCNICOS

<b>ACONSELHAMENTO EM DST, HIV E AIDS</b> .....	<b>21</b>
--	-----------

**DIRETRIZES E PROCEDIMENTOS BÁSICOS**  
*Coordenação Nacional de DST/AIDS*

---

## CARTAS AO EDITOR

<b>A OBJETIVIDADE X SUBJETIVIDADE NA ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NO ESPAÇO ESCOLAR</b> .....	<b>30</b>
---	-----------

**QUESTÃO CONCEITUAL**  
*Josemar Coutinho Lima*

---

## DST IN RIO 2

<b>PROGRAMA FINAL</b> .....	<b>32</b>
-----------------------------	-----------

# EXPEDIENTE



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

Av. Roberto Silveira, 123 - Niterói-RJ  
CEP 24230-160  
Tels.: (021) 710-1549 e 711-4766

## DIRETORIA

### Presidente:

Mauro Romero Leal Passos

### 1º Vice-Presidente:

Tomaz Barbosa Isolan

### 2º Vice-Presidente:

Renato de Souza Bravo

### 1º Secretário:

Tegnus Vinícius Depes de Gouvea

### 2º Secretário:

João Luiz Schiavini

### 1º Tesoureiro:

Rubem de Avelar Goulart Filho

### 2º Tesoureiro:

José Trindade Filho

### Diretor Científico:

Gutemberg Leão de Almeida Filho

## CONSELHO EDITORIAL

### Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

### Co-Editores:

Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho (RJ)

Geraldo Duarte (SP)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Humberto Jonas Abrão (MG)

Nero Araújo Barreto (RJ)

Paulo da Costa Lopes (RJ)

Roberto de Souza Sales (RJ)

Rubem de Avelar Goulart Filho (RJ)

### Comissão Editorial:

Anna Ricordi Bazin (RJ)

Antonio Carlos Pereira Júnior (RJ)

Cícero Carlos de Freitas (RJ)

Délcio Nacif Sarruf (RJ)

Eva Mila Miranda Sá (RJ)

Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Gilberto Ottoni de Brito (RJ)

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

### Comissão Editorial Internacional:

Ahmed Latif (Zimbabwe)

Andreas Neuer (Alemanha)

Evelio Perea (Espanha)

Hunter Handsfield (EUA)

Juan Carlos Flichman (Argentina)

Ken Borchart (EUA)

Luiz Olmos (Espanha)

Peter Piot (UNAIDS - Suíça)

Philippe Jutras (Canadá)

Steven Witkin (EUA)

## ÓRGÃO OFICIAL DO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

### MIP / CMB / CCM

Universidade Federal Fluminense

Rua Hernani Mello, 101 - Anexo

CEP 24210-130 - Niterói - RJ

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

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

E. mail: MIPMAUR@VM.UFF.BR

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

### Reitor da UFF:

Luiz Pedro Antunes

### Vice-Reitor da UFF:

Fabiano de Carvalho

### Pró-Reitor de Pesquisas e

### Pós-Graduação:

Edmundo Antonio Soares

### Pró-Reitor de Planejamento:

Walter Pinho da Silva Filho

### Pró-Reitor de Assuntos Acadêmicos:

Maria Helena da Silva Paz Faria

### Pró-Reitor de Extensão:

Aidyl de Carvalho P. Reis

### Diretor do CCM:

Roberto de Souza Salles

### Diretor do Instituto Biomédico:

Alexandre Sampaio De Martino

### Chefe do MIP:

Adão Onofre dos Santos

### Chefe do Setor de DST:

Mauro Romero Leal Passos

### Secretária do JBDST:

Dayse Dacache Felício

### Diretor do HUAP:

Carlos Roberto da Cunha Lage

### Diretor da Faculdade de Medicina:

José Carlos Carraro Eduardo

### Prefeito do Campus Universitário:

James Hall

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

### Ministro:

José Serra

## COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

Pedro Chequer

### 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

**INDEXADA: LILACS** - Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde.



ARTIGO

# GESTANTES ATENDIDAS NO SETOR DE DST - UFF EM 1995

MAURO ROMERO LEAL PASSOS, ALBERTO SARAIVA TIBÚRCIO, ROGÉRIO RODRIGUES TAVARES,  
CÉLIA MARIA PEDROSA STADNICK, VANDIRA MARIA DOS SANTOS PINHEIRO

## RESUMO

As infecções de possível transmissão sexual são freqüentemente diagnosticadas durante o período gestacional. Trinta e quatro (4,9%) das 694 pacientes do sexo feminino que foram atendidas pela primeira vez no Setor de DST-UFF no decorrer de 1995 eram gestantes, sendo que foram diagnosticadas infecções em 28 (82,3%).

A infecção pelo HPV/condiloma acuminado, seguida pela cérvico-colpite bacteriana, foi o diagnóstico mais freqüente entre as 34 gestantes. Verificou-se ainda elevada prevalência de adolescentes, de donas-de-casa, de baixas escolaridade e renda familiar e de pacientes com parceiros fixos-exclusivos.

Os autores ressaltam a importância de um pré-natal bem conduzido para a detecção e tratamento precoces destas infecções nas gestantes.

**Unitermos:** Gravidez, Gravidez e DST, DST.

## ABSTRACT

*Sexually transmitted diseases are frequently diagnosed among pregnant women. In 1995, 34 (4,9%) of 694 new female patients at the STD Sector of the Fluminense Federal University in Niterói, Brazil, were pregnant. 28 (82,3%) of these had STDs.*

*HPV infection was the most common diagnosis, followed by vaginosis.*

*Many among the pregnant women were teenagers or housewives with low education and income levels. Most had a single exclusive partner.*

*The authors emphasize the importance of well supervised pre-natal exams to allow for early detection and treatment of these infections.*

**Key words:** Pregnancy, Pregnancy and STD, STD.

## INTRODUÇÃO

Diversos problemas de ordem obstétrica e perinatal são decorrentes de infecções de possível transmissão sexual adquiridas por gestantes: infertilidade, abortamento espontâneo, natimortalidade, prematuridade, doença inflamatória pélvica, embriopatias, infecções neonatais, ectopia fetal etc.<sup>1,7</sup> Estas complicações são responsáveis por gastos significativos, com repercussões importantes na saúde, na economia e na organização social.<sup>12</sup> Por exemplo, o custo total com um caso de sífilis congênita no Brasil, considerando internação e serviços, estava estimado em cinco mil dólares, ao passo que o controle pré-natal com três sorologias, não ultrapassava seis dólares em 1994.<sup>13</sup>

Dados do Ministério da Saúde ressaltam a magnitude do problema da sífilis congênita: entre 1987 e 1996 ocorreram 4395 casos no Brasil.<sup>10</sup>

Nos países desenvolvidos, 0,2 a 0,4% das grávidas têm provas laboratoriais compatíveis com sífilis.<sup>13</sup> Nos países em desenvolvimento, as estimativas apontam para 2,5 a 15,3% de gestantes portadoras de sífilis.<sup>8,13</sup>

No Brasil, diversos trabalhos isolados indicam uma média de 4% de soroprevalência ao VDRL em gestantes atendidas em serviços públicos.<sup>12,13</sup> Em Niterói, podemos citar um levantamento sorológico realizado de janeiro de 1990 a dezembro de 1992 no Hospital Universitário Antônio Pedro onde encontrou-se soroprevalência ao VDRL nos recém-nascidos entre 1,3 e 2,1%, dependendo do ano estudado.<sup>5</sup>

Estudos realizados em maternidades de Juiz de Fora (MG) e Porto Alegre (RS) mostram incidência variável de diversas infecções entre gestantes: de 7,1 a 12% para a cérvico-colpite bacteriana, de 5 a 22% para a candidíase vaginal e de 8 a 17% para a tricomoníase.<sup>7</sup>

O Ministério da Saúde, através de seu Boletim Epidemiológico, mostra uma incidência crescente

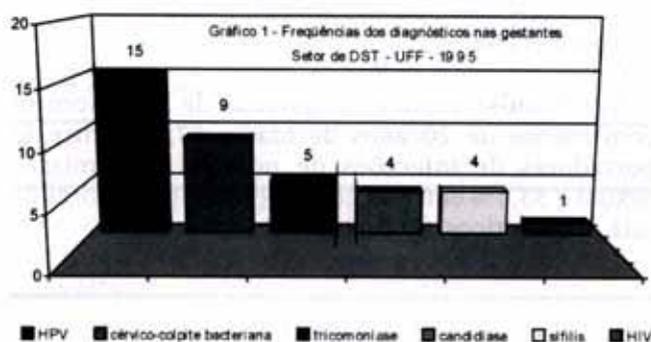
*As infecções de possível transmissão sexual são frequentemente diagnosticadas durante o período gestacional.*

de AIDS perinatal no Brasil, no período de 1980 a 1994. Até agosto de 1996, a categoria de exposição perinatal correspondeu a 2,3% do total de casos diagnosticados de AIDS no Brasil.<sup>9</sup> Nos Estados Unidos, a soroprevalência para o HIV em serviços obstétricos tem variado entre 1 e 3%.<sup>11</sup>

Vem se tornando freqüente a associação entre condiloma acuminado e gravidez: condiloma acuminado tem sido descrito em 0,2% de pacientes obstétricas, enquanto que gravidez tem sido verificada em 9,2 a 11% de mulheres portadoras de condiloma acuminado.<sup>3</sup>

Em 1995 foram atendidas no Setor de DST-UFF 34 gestantes, sendo que em 28 delas verificou-se os seguintes diagnósticos: quinze de infecção pelo HPV/condiloma acuminado, nove de cérvico-colpite bacteriana, cinco de tricomoníase, quatro de candidíase e de sífilis e um de infecção pelo HIV (gráfico 1).

**Gráfico 1**



## OBJETIVO

Este trabalho tem por finalidade identificar os motivos mais freqüentes de procura pelo Setor de DST, as DSTs mais freqüentes no Setor e o conhecimento do perfil socioeconômico e cultural das gestantes que abriram prontuário no Setor de DST-UFF em 1995, bem como a comparação dos resultados com a literatura.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram incluídas neste estudo as pacientes gestantes que foram encaminhadas ao Setor de DST-UFF e as pacientes que tiveram diagnóstico de gravidez no próprio Setor. Os métodos utilizados para o diagnóstico de gravidez foram: teste imunológico na urina (TIG) ou a dosagem sanguínea do b-HCG, ambos realizados no Setor.

Os dados pessoais tais como procedência, idade, escolaridade, renda familiar, educação sexual, ocupação/profissão, quantidade de parceiros, estado

civil, diagnósticos de doenças sexualmente transmissíveis, foram retirados das fichas de anamnese de cada prontuário.

As ocupações/profissões foram agrupadas em áreas afins por questões de sistematização. Os dados referentes às DST/infecções genitais foram retirados a partir do exame físico, anamnese e exames complementares.

## RESULTADOS

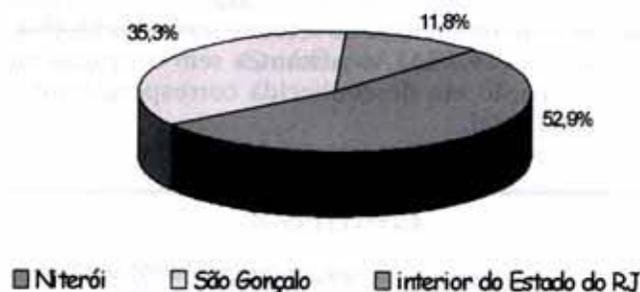
Algumas variáveis estudadas necessitaram de uma subclassificação por categorias.

### 1) Local de domicílio:

Gravidez estava presente em 4,9% das mulheres que abriram prontuário no Setor de DST-UFF em 1995. Conforme o gráfico 2, verificou-se que mais da metade das gestantes eram provenientes de Niterói.

**Gráfico 2**

Gráfico 2 - Local de domicílio das gestantes - Setor DST - UFF - 1995

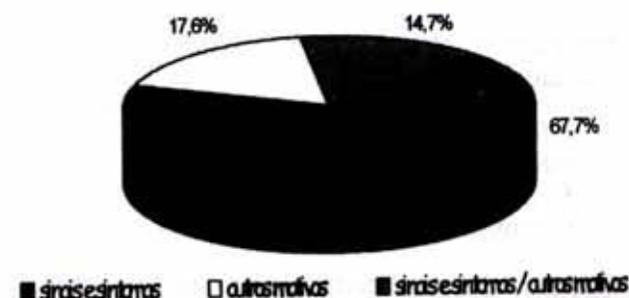


### 2) Motivos de procura do atendimento:

O gráfico 3 mostra que 82,4% das gestantes estava sintomática ou apresentava sinais sugestivos de DST:

**Gráfico 3**

Gráfico 3 - Motivos de procura de atendimento Setor DST - UFF - 1995



*Vem se tornando  
frequente a associação  
entre condiloma  
acuminado  
e gravidez.*

14 pacientes com condiloma acuminado, 13 com corrimento vaginal, seis com prurido vulvovaginal, duas com dispareunia, duas com desconforto pélvico, uma com condiloma plano vulvar, uma com cisto vulvar, uma com pápulas vulvares, e uma com ulceração em região inguinal. Observa-se ainda no gráfico 3 que 32,3% das gestantes apresentava outros motivos para a consulta: parceiros sexuais suspeitos de acometimento por DST (três pacientes), suspeita de ou gravidez confirmada (três pacientes), solicitações de exame preventivo (três pacientes).

fica-se que predominam as gestantes com parceiro fixo exclusivo, estando elas acometidas ou não por infecções de possível transmissão sexual (gráfico 5).

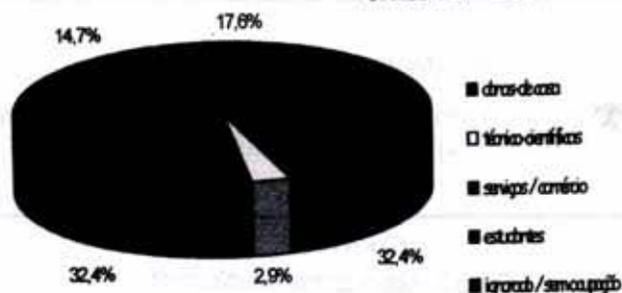
### 3) Ocupação/Profissão das gestantes Foram classificadas como:

- donas de casa
- atividades técnico-científicas
- serviços/comércio
- estudantes
- atividade ignorada/sem ocupação

Pelo gráfico 4, observa-se que apenas 2,9% das gestantes possuíam ocupações mais especializadas, de caráter técnico-científico. As demais ocupações das gestantes foram: donas-de-casa (32,4%), trabalhadoras do comércio ou do setor de serviços (32,4%), estudantes (14,7%). As gestantes sem ocupação ou cuja ocupação era desconhecida corresponderam a 17,6% do total.

**Gráfico 4**

Gráfico 4 - Ocupações / Profissões das gestantes  
Setor DST-UFF - 1995



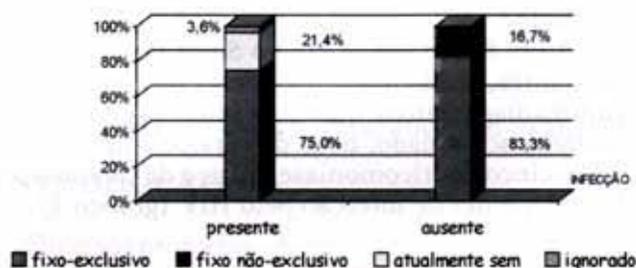
### 4) Parceiros Dividido em :

- fixo exclusivo
- fixo não exclusivo
- atualmente sem
- ignorado

Comparando-se a distribuição das gestantes de acordo com a quantidade de parceiros sexuais, veri-

**Gráfico 5**

Gráfico 5 - Distribuição das gestantes com e sem infecções de acordo com a quantidade de parceiros - Setor de DST-UFF - 1995

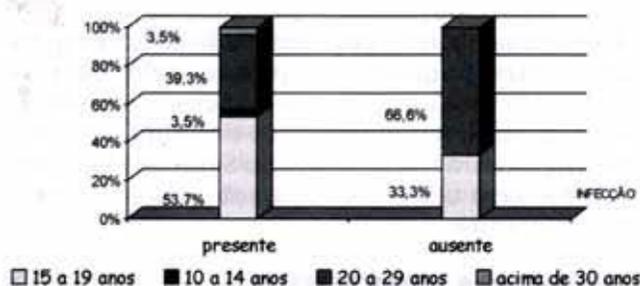


### 5) Faixa etária

Verificou-se elevada frequência de adolescentes com menos de 20 anos de idade: 67,2% entre as portadoras de infecções de possível transmissão sexual e 33,3% entre as gestantes não-portadoras de tais diagnósticos (gráfico 6).

**Gráfico 6**

Gráfico 6 - Distribuição das gestantes com e sem infecções de acordo com a faixa etária - Setor de DST-UFF - 1995



### 6) Nível de escolaridade

Houve também predomínio de gestantes com baixo nível de escolaridade:

- 67,9% entre as portadoras de infecções de possível transmissão sexual e 50,0% das gestantes sem tais diagnósticos possuíam até o 1º grau completo (gráfico 7).

## 7) Educação sexual

Mais da metade das pacientes informaram possuir média ou boa educação sexual, seja entre as gestantes nas quais foram diagnosticadas infecções de possível transmissão sexual, seja entre as gestantes nas quais não foram realizados tais diagnósticos (gráfico 8).

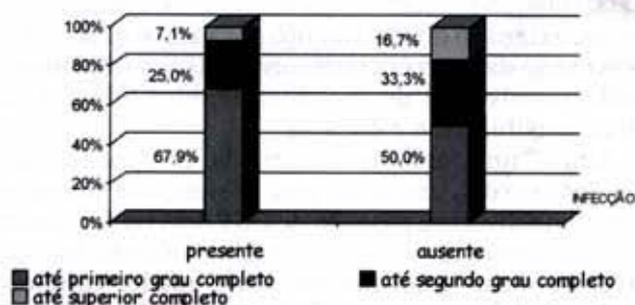
*Mais da metade das pacientes informaram possuir média ou boa educação sexual.*

## 8) Renda familiar

Como é mostrado no gráfico 9, a maioria das gestantes tinham renda familiar inferior a seis salários mínimos: 71,4% das que eram portadoras de infecções de possível transmissão sexual e 66,6% das gestantes nas quais não foram realizados tais diagnósticos.

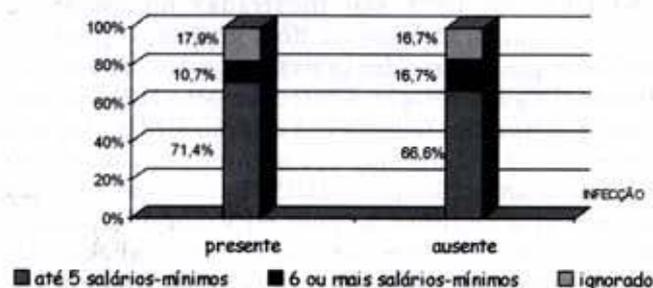
### Gráfico 7

Gráfico 7 - Distribuição das gestantes com e sem infecções de acordo com a escolaridade - Setor de DST-UFF - 1995



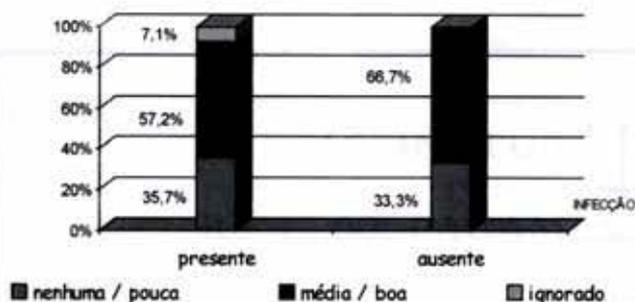
### Gráfico 9

Gráfico 9 - Distribuição das gestantes com e sem infecções de acordo com a renda familiar - Setor de DST-UFF - 1995



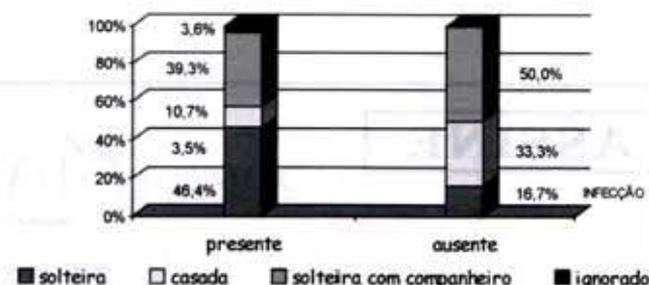
### Gráfico 8

Gráfico 8 - Distribuição das gestantes com e sem infecções de acordo com o nível de educação sexual - Setor de DST-UFF - 1995



### Gráfico 10

Gráfico 10 - Distribuição das gestantes com e sem infecções de acordo com o estado civil - Setor de DST-UFF - 1995



### Tabela

População Geral Feminina (694 pacientes)  
Gestantes (34 pacientes)

	No. de casos	Prevalência	No. de casos	Prevalência
HPV	62	8,9%	15	44,1%
CCB	253	36,4%	9	26,5%
Tricomoníase	51	7,3%	5	14,7%
Sífilis	26	3,7%	4	11,8%
Candidíase	104	15,0%	4	11,8%
HIV	15	2,2%	1	2,9%

*Para um controle efetivo destas enfermidades nas gestantes, deve-se dar prioridade a realização de pré-natal adequado.*

#### 9) Estado civil

No gráfico 10 tem-se a distribuição das gestantes de acordo com o estado civil. Verificou-se predomínio das solteiras (46,4%) entre as gestantes com infecções de possível transmissão sexual e das solteiras com companheiro (50,0%) entre as gestantes que não tiveram tais diagnósticos.

### DISCUSSÃO

As prevalências das infecções de possível transmissão sexual entre gestantes e na população geral feminina atendida pela primeira vez no Setor de DST-UFF em 1995 são mostradas no quadro a seguir. Comparando-se os dois grupos, é possível verificar que a prevalência nas gestantes: quase que quintuplica em relação à infecção pelo HPV/condiloma acuminado, triplica em relação sífilis, duplica em relação à tricomoníase, e mantém-se estável em relação à infecção pelo HIV. Estas prevalências aumentadas de infecção pelo HPV/condiloma acuminado e de sífilis em parte se devem ao diagnóstico pré-natal realizado em outras unidades de atendimento a gestantes, tendo estas pacientes sido então encaminhadas ao Setor de DST-UFF para tratamento.

### CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi verificada neste estudo uma frequência elevada de gestantes que procuraram pela primeira vez o

Setor de DST-UFF em 1995, sendo que a maioria delas encontrava-se acometida por ao menos uma infecção de possível transmissão sexual.

A maioria delas apresentava quadro clínico sugestivo de acometimento por tais enfermidades, porém havia também as que vieram por outros motivos. A estratificação das variáveis socioeconômico e culturais destas pacientes foi muito semelhante à da população geral feminina atendida pela primeira vez no Setor em 1995. A frequência dos diagnósticos realizados nas gestantes foi parecida à da população geral feminina apenas quanto a candidíase vulvo-vaginal e infecção pelo HIV.

Para um controle efetivo destas enfermidades nas gestantes, deve-se dar prioridade a realização de pré-natal adequado, com diagnóstico e tratamento precoces, extensão do tratamento aos parceiros sexuais, prevenção da ocorrência de novos casos e implementação de sistema de vigilância epidemiológica de altas sensibilidade e eficácia.

Ainda, uma anamnese dirigida compreendendo conduta sexual, uso de drogas, presença de sintomas tais como disúria e passado de DST deveria ser obtida rotineiramente de todas as gestantes. Como foi possível verificar, informações sobre idade, condição socioeconômico e cultural, estado civil, ajudam a identificar gestantes que estão sob risco maior de acometimento por infecções sexualmente transmissíveis.

Deveriam também ser investigadas quanto a infecções transmitidas sexualmente mulheres que apresentem complicações obstétricas tais como abortamento, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, febre intraparto etc.

**ASSINE**

**DST**

Journal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE  
BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS

**ASSINATURA ANUAL - PROMOÇÃO**

**R\$ 45,00: PAGAMENTO EM 3x SEM AUMENTO.**

Envie cheques nominais e cruzados com endereço completo para a Sociedade Brasileira de DST.  
Avenida Roberto Silveira, 123 - Niterói-RJ - CEP 24230-160

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADIMORA, Adaora A. et al. Sexually Transmitted Diseases. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 28: Sexually Transmitted Diseases in Pregnancy, p. 335-51.
2. ALMEIDA FILHO, Gutemberg L., PASSOS, Mauro R. L., LOPES, Paulo C. DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 20: Papilomavírose Genital (Condiloma Acuminado), p. 220-62.
3. BARBOSA, Regina M. & VILLELA, Wilza V. A Trajetória Feminina da AIDS. In: PARKER, Richard & GALVÃO, Jane. Quebrando o Silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil. 1<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. 206 p. Parte 1. Capítulo 1, p. 17-32.
4. DUARTE, Geraldo & QUINTANA, Silvana M. DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 25: Vírus da Imunodeficiência Humana e Gravidez, p. 323-35.
5. FREITAS, Fátima P., VASCONCELLOS, Jacqueline, COUTINHO, Kátia N. T., MATTOS, Marize L. V. et al. Sífilis Congênita. Levantamento no Berçário do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense - Período: 1990 / 1992. J. Bras. DST, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 23-41.
6. GRANGEIRO, Alexandre. O Perfil Sócioeconômico dos Casos de AIDS da Cidade de São Paulo. In: PARKER, Richard, BASTOS, Cristiana, GALVÃO, Jane, PEDROSA, José S. A AIDS no Brasil. 1<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 360 p. Parte 1. Capítulo 4, p. 91-125.
7. KRUSE, Wilson, NAUD, Paulo, PASSOS, Eduardo, RAMOS, José G. L. DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 36: Doenças Sexualmente Transmissíveis na Gestação, p. 410-22.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Bases Técnicas para Eliminação da Sífilis Congênita. Brasília. 1993. 28 p.
9. AIDS - Bol. Epidemiológico. Brasília, Ano IX, n. 3, jun. a ago. / 96. 32 p.
10. DST - Bol. Epidemiológico. Brasília, Ano III, n. 2, jan. a mar. / 97. 16 p.
11. NANDA, Deepak. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana durante a Gravidez. Clínicas Obstétricas e Ginecológicas da América do Norte, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 599-608, 1990.
12. PASSOS, Mauro R. L. DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 36: Epidemiologia das Doenças Sexualmente Transmissíveis, p. 410-22.
13. Sífilis Congênita (Reunião Internacional de Especialistas). J. Bras. DST, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 22-4.
14. TIBÚRCIO, Alberto S. Estudo Epidemiológico de 1182 Pacientes Atendidos no Setor de DST - UFF em 1995, Niterói, 1997. 117 p. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Universidade Federal Fluminense.

**ASSINE**

**DST**

Journal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

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

**ASSINATURA ANUAL - PROMOÇÃO**

**R\$ 45,00: PAGAMENTO EM 3x SEM AUMENTO.**

Envie cheques nominais e cruzados com endereço completo para a Sociedade Brasileira de DST.  
Avenida Roberto Silveira, 123 - Niterói-RJ - CEP 24230-160



ARTIGO

# STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE À VANCOMICINA

## Uma Realidade Clínica

CÍCERO CARLOS DE FREITAS<sup>1</sup>, RENATA FERNANDES RABELLO<sup>2</sup>, ALEXANDRE GIL DE FREITAS<sup>3</sup>

### RESUMO

O *Staphylococcus aureus* é, hoje, um dos agentes infecciosos que mais preocupam os clínicos, principalmente, face à rapidez com a qual desenvolve resistência à antibioticoterapia. Isto contrasta com o início da era antibiótica, no começo da década de 40, quando as estafilococcias por *S. aureus* eram plenamente curadas pela penicilina G. Já no final da década, entretanto, surgiram os primeiros casos de resistência àquele beta-lactâmico, através da produção de penicilinase (uma beta-lactamase). Nos anos 50, esta resistência já era de ordem de 50%. Em 1960, entretanto, a síntese da meticilina (uma penicilina resistente à beta-lactamase), juntamente com a descoberta das cefalosporinas orais, deu a impressão de que as infecções por *S. aureus* estavam superadas. Mero engano: em 1970, apareceram as cepas de *S. aureus* resistentes à meticilina: MRSA (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*). Foi aí que a vancomicina (disponível desde 1958) apareceu como droga salvadora, graças à sua alta eficiência contra as cepas MRSA. Desafortunadamente, porém, já há registro na literatura médica de cepa MRSA com resistência à vancomicina (CMI  $\geq 8\mu\text{g}/\text{mL}$ ). Deste modo, a cura das infecções por MRSA passa a depender, também, da descoberta de novos e mais eficazes antibióticos. Paralelamente a esta busca, uma antibioticoterapia mais racional deverá ser praticada, a fim de evitar a indução ou a seleção de cepas de bactérias resistentes e tolerantes, sob pena de ingressarmos na era pós-antibiótica, provavelmente, mais crítica do que a pré-antibiótica, quando aquelas cepas ainda não haviam sido selecionadas.

**Unitermos:** *Staphylococcus aureus*, antibioticoterapia, resistência a antibióticos, tolerância a antibióticos, vancomicina, resistência à vancomicina.

### ABSTRACT

*Staphylococcus aureus* represents a very serious clinical concern, as it can rapidly develop resistance to almost all new discovered antibiotics. Early, in 1940, all *S. aureus* infections were cured by penicillin G; late, in 1950, however, almost 50% of them were resistant to that beta-lactam, by penicillinase (a beta-lactamase enzyme) production. In 1960, the synthesis of methicillin (a penicillinase-resistant beta-lactam), together with the discovery of oral cephalosporins, suggested the eradication of the penicillin-resistant staphylococcal infections. This was not so, however: by late 1970s, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) strains emerged and became increasingly more prevalent as nosocomial pathogens. Then, vancomycin (available since 1958) provided effective therapy for MRSA strains. Nevertheless, following the emergence of vancomycin-resistant strains of coagulase-negative staphylococci, we are already talking about a MRSA clinical strain with resistance to vancomycin (VRSA) e MIC  $\geq 8\mu\text{g}/\text{mL}$ . So, the complete cure of MRSA infections can not be effective without the discovery of newer and more active antibiotics. Besides, we must develop a better antibiotic therapy, in order to prevent induction or selection of resistant or tolerant bacterial strains. On the contrary, we will probably flow into the post-antibiotic era, maybe, more harmful than the pre-antibiotic one, when those strains had not still been selected.

**Key words:** *Staphylococcus aureus*, antibiotic therapy, resistance to antibiotic, tolerance to antibiotic, vancomycin, vancomycin-resistance.

O advento da antibioticoterapia, no início da década de 40, com o emprego da penicilina em clínica, trouxe um grande otimismo, com referência ao controle das infecções provocadas por *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*<sup>1</sup>. Afortunadamente, apesar das quase 6 décadas de uso da penicilina, todas as cepas de *S. pyogenes* permanecem com alta sensibilidade ao antibiótico<sup>2</sup>. A história do *S. aureus*, porém, é bem diferente: embora esta bactéria tenha sido uma das primeiras a serem plenamente tratadas com a penicilina, foi, também, uma das primeiras a desenvolverem resistência a

1 - Professor Titular e Chefe do Laboratório de Antibióticos do Instituto de Biologia-UFF

2 - Acadêmica de Veterinária da UFF e Bolsista de Iniciação Científica do CNPq

2 - Médico

O *Staphylococcus aureus* é, hoje, um dos agentes infecciosos que mais preocupam os clínicos.

este beta-lactâmico, através da produção da enzima penicilinase (uma beta-lactamase), que hidrolisa o anel beta-lactâmico do antibiótico, tornando-o terapeuticamente inócuo<sup>2</sup>. Assim, já no final da década de 50, quase 50%

das cepas de *S. aureus* eram resistentes à penicilina, graças à produção daquela enzima<sup>2</sup>. Em 1960, a meticilina – uma penicilina resistente à beta-lactamase – foi descoberta e, juntamente com as cefalosporinas (que vieram logo a seguir), deu a impressão de que as estafilocóccias eram coisa do passado.

No começo dos anos 70 entretanto, a resistência do *S. aureus* à meticilina surgia como a nova e grande preocupação da antibioticoterapia, pela velocidade com a qual apareciam as cepas resistentes e como estas prevaleciam (em relação aos demais agentes das infecções hospitalares)<sup>2</sup>. As cepas MRSA (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*), então, passaram a ser o alvo das pesquisas científicas, na busca de uma nova droga para combatê-las. Foi aí que a vancomicina – já disponível desde 1958 – apareceu como a droga salvadora, face à sua plena eficiência na terapia das cepas MRSA<sup>2</sup>, apesar de seus efeitos colaterais<sup>3</sup>: nefrotoxicidade e ototoxicidade.

A emergência de cepas de estafilococos coagulase-negativas, resistentes à vancomicina<sup>4,5</sup>, foi o primeiro indicativo de que a resistência dos *S. aureus* a este glicopeptídeo deveria ser, à semelhança do que ocorrera com outros antibióticos<sup>6</sup>, uma questão de tempo, principalmente, diante da maneira abusiva como a maioria dos clínicos receitam essas drogas<sup>1,2,7,8,9</sup> (Figura 1). Esta expectativa foi reforçada pela identificação de cepas clínicas de enterococos resistentes à vancomicina, em hospitais dos Estados Unidos<sup>2</sup>. Nesta série de dados, encontra-se a transferência, *in vitro* (via plasmídeo), de alto nível de resistência àquele antibiótico, de *Enterococcus faecalis* para *S. aureus*<sup>10</sup>. Finalmente, já podemos

admitir a possibilidade da existência, em clínica, de cepas MRSA resistentes à vancomicina, com base no trabalho de Hiramatsu *et al.*<sup>11</sup>, que descreveram uma cepa MRSA com “reduzida sensibilidade à vancomicina”, isolada da

ferida cirúrgica provocada no esterno de um garoto com 4 meses de idade, que havia sido operado para corrigir uma atresia pulmonar. A cepa MRSA identificada apresentou uma concentração mínima inibitória (CMI) = 8µg/mL, para a vancomicina, contra uma moda de 1µg/mL e valores máximos de 2µg/mL, para *S. aureus*<sup>12,13</sup>. Uma cepa qualquer de *S. aureus* é considerada sensível à vancomicina quando a sua CMI = 2µg/mL<sup>11,13</sup>.

O garoto foi tratado com vancomicina (45mg/kg/dia), durante 29 dias, mas, como a febre, a descarga purulenta e a alta concentração de proteína C reativa (PCR = 40µg/mL) não cederam, a antibioticoterapia foi trocada para a associação de vancomicina e arbecacina (um aminoglicosídeo aprovado, no Japão, contra cepas MRSA). Após 12 dias sob este regime, a descarga purulenta diminuiu, a ferida cirúrgica começou a cicatrizar e a PCR caiu para 9µg/mL, ocasião em que o tratamento foi interrompido. Doze dias depois, entretanto, o sítio cirúrgico apareceu inflamado (com desenvolvimento de abscesso subcutâneo), simultaneamente com um pico febril e uma nova subida da PCR (que chegou a 35µg/mL). Então, o regime antibiótico foi reassumido, desta feita, contudo, com a associação: arbecacina + ampicilina/sulbactam, cuja atividade sinérgica contra MRSA já era conhecida<sup>14</sup>. Seis dias depois deste tratamento, a febre diminuiu e a PCR baixou a nível < 3µg/mL, mas com flutuação entre 3 e 10µg/mL, sugerindo a persistência da infecção. O desbridamento do abscesso foi realizado e a terapia continuada por mais 17 dias, após o que, o paciente recebeu alta.

O aparecimento de cepas de *S. aureus* resistentes à vancomicina já havia sido previsto<sup>2,14</sup>, diante dos altos níveis de resistência desenvolvidos por enterococos e da passagem (via plasmídeo) dessa resistência, de *E. faecalis* para *S. aureus*<sup>2</sup>. A cepa isolada do garoto, embora com CMI = 8µg/mL para a vancomicina, não era carreadora do plasmídeo responsável pela difusão da resistência à vancomicina. A inexistência do plasmídeo foi demonstrada com o uso da técnica da reação da polimerase em cadeia. O exato mecanismo, através do qual a mencionada cepa desenvolveu a baixa sensibilidade à vancomicina, ainda não foi determinado, mas, provavelmente, deve ser devido a um aumento na síntese da parede celular. Esta hipótese está respaldada nos três seguintes achados (em relação às cepas sensíveis): a sua parede celular era duas vezes mais densa; ela produzia três vezes mais as proteínas ligadoras de penicilina (PBPs) PBP<sub>2</sub> e PBP<sub>2c</sub>; e, por fim, a cepa produzia três vezes mais precursores de mureína (poliglicana da parede). Baixos níveis de resistência à vancomicina (CMI = 8-16µg/mL) têm sido encontrados em isolados clínicos de estafilococos coagulase-negativos<sup>15,16</sup>; todavia, a cepa de *S. aureus* com sensibilidade reduzida à vancomicina, aqui considerada, foi a primeira a ser descrita<sup>1</sup>. Logo depois desta descrição, outras cepas com reduzida sensibilidade à

Figura 1



Desenvolvimento e disseminação da resistência aos antibióticos. As bactérias sensíveis podem desenvolver resistência por mutações em seu DNA cromossomal, por aquisição de DNA cromossomal ou DNAs móveis: plasmídios e/ou transposons e ainda por mutações destes. Adaptado da referência 9.

Assim, pois, a existência de cepas de *S. aureus* resistentes à vancomicina passou a ser uma realidade clínica.

vancomicina foram identificadas (2%) entre isolados de MRSA, no Jutendo University Hospital, em Tokyo, Japão<sup>1</sup>. Depois disto, o próprio grupo de Hiramatsu<sup>17</sup> caracterizou como resistentes à vancomicina as cepas MRSA com CMI  $\geq 8 \mu\text{g/mL}$ , dado reforçado por Wenzel e Edmond<sup>18</sup>. Assim, pois, a existência de cepas de *S. aureus* resistentes à vancomicina passou a ser uma realidade clínica.

Outra preocupação, na antibioticoterapia das infecções por *S. aureus*, são as cepas tolerantes, identificadas entre isolados clínicos desse Gram-positivo<sup>19</sup>. Uma bactéria é dita tolerante a um determinado antibiótico quando desenvolve defesa, apenas, contra a sua atividade bactericida, de modo que, a relação entre a concentração mínima bactericida (CMB) e a concentração mínima inibitória (CMI) do antibiótico passa a ser maior ou igual a 32, ou seja:  $\text{CMB/CMI} \geq 32$ <sup>13,20,21</sup>. Por outro lado, uma bactéria resistente é aquela capaz de crescer, *in vitro*, em concentrações do antibiótico acima da máxima atingida no sítio da infecção<sup>13,20,21</sup>. Na cepa resistente, portanto, embora os valores de CMI e CMB estejam altos (acima dos máximos alcançados no foco infeccioso), temos a relação  $\text{CMB/CMI} = 16$  (estatisticamente,  $\text{CMB/CMI} = 1$ , como numa cepa sensível)<sup>20</sup>. Recordando, na cepa sensível, as CMB e CMI estão, sempre, bem abaixo dos valores máximos das concentrações sistêmicas alcançadas pelo antibiótico. Como o combate às infecções bacterianas depende, às vezes, da atividade bactericida (CMB) e não do efeito inibitório (CMI) do antibiótico, o que ocorre com pacientes imunossuprimidos (aidéticos, por exemplo)<sup>22</sup>, as cepas tolerantes precisam ser identificadas, a fim de que o clínico faça a antibioticoterapia com base na CMB e não na CMI: concentra-

ções de 4 a 10 X CMB, na circulação sangüínea do paciente, deve ser o objetivo, no combate às infecções por aquelas cepas. Simultaneamente a este procedimento, o clínico deve investir na imunologia do paciente, para estimular a recuperação de suas defesas contra os agentes infecciosos.

Concluindo, devemos enfatizar que: a cura das estafilocócias por *S. aureus*, bem assim das outras infecções bacterianas, depende, cada vez mais, da descoberta de antibióticos mais eficazes contra as cepas resistentes e tolerantes desses agentes infecciosos. Entretanto, a busca desses novos antibióticos deverá ser acompanhada por uma antibioticoterapia mais racional, para evitar a indução ou a seleção daquelas cepas. Esta racionalização incorpora, entre outras, as seguintes medidas: 1ª) identificação da(s) bactéria(s) infectante(s); 2ª) obtenção das CMIs e CMBs dos antibióticos clinicamente indicados, o que permite, inclusive, a caracterização da tolerância ( $\text{CMB/CMI} \geq 32$ ); 3ª) uso do antibiótico específico, quanto ao espectro de ação e ao efeito (bacteriostático ou bactericida); 4ª) manutenção da dose mínima terapêutica (= CMI ou CMB) no foco infeccioso; 5ª) emprego do bactericida, nos pacientes imunossuprimidos (aidéticos, por exemplo); e 6ª) tratamento (ininterrupto) por um tempo compatível com a cura definitiva da infecção. É o uso inadequado dos antibióticos que vem nos empurrando, a largos passos, para a era pós-antibiótica, provavelmente, mais crítica do que a pré-antibiótica, quando as cepas resistentes ainda não haviam sido selecionadas.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Prof. Cicero Carlos de Freitas  
Laboratório de Antibióticos - Instituto de Biologia-UFF  
Outeiro de São João Batista, s/no 24020-140, Niterói, R.J.

#### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Murray, B. E. Antibiotic resistance. *Adv. Intern. Med.*, 42: 339-367, 1997.
2. Edmond, M. B.; Wenzel, R. P. and Pasculle, A. W. Vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus*: perspectives on measures needed for control. *An. Intern. Med.*, 124:329-334, 1996.
3. Brummett R. E. and Fox, K. E. Vancomycin - and erythromycin-induced hearing loss in humans. *Antimicrob. Agents Chemother.*, 33:791-796, 1989.
4. Schwalbe, R. S.; Stapleton, J. T.; and Gilligan, P. H. Emergence of vancomycin resistance in coagulase-negative staphylococci. *N. Engl. J. Med.*, 316: 927-931, 1987.
5. Yeach, L. A.; Pfaller, M. A.; Barrett, M.; Koontz, F. P., and Wenzel, R. P. Vancomycin resistance in *Staphylococcus haemolyticus* causing colonization and blood stream infection. *J. Clin. Microbiol.*, 28: 2064-2068, 1990.
6. Brumfitt, W. and Hamilton-Miller, J. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *N. Engl. J. Med.*, 320:1188-1196, 1989.
7. Tomasz, A. Multiple-antibiotic-resistant pathogenic bacteria. *N. Engl. J. Med.*, 330: 1247-1251, 1994.
8. Freitas, C. C. e Freitas, A. G. Bactérias patogênicas com múltipla resistência a antibióticos. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, 6:20-24, 1994.
9. Pittout, J. D. D.; Sanders, C. C., and Sanders Jr. W. E. Antimicrobial resistance with focus on beta lactam resistance in Gram-negative bacilli. *Am. J. Med.*, 103: 51-59, 1997.
10. Noble, W. C.; Virani, Z., and Cree R. G. Co-transfer of vancomycin and other resistance genes from *Enterococcus faecalis* NCTC 12201 to *Staphylococcus aureus*. *FEMS Microbiol. Lett.*, 72: 195-198, 1992.
11. Hiramatsu, K.; Hanaki, H.; Ino, T.; Yabuta, K.; Oguri, T., and Tenover, F. C. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* clinical strain with reduced vancomycin susceptibility. *J. Antimicrob. Chemother.*, 40: 135-146, 1997.

12. Mlynarczyk, G.; Mlynarczyk, A.; Zabicka, D., and Jeljaszewicz, J. Lysogenic conversion as a factor inducing tolerance phenomenon in *Staphylococcus aureus*.
13. Freitas, C. C.; Samel, C.; Carballido, J. M.; Sampaio, M. G. A. C. S., e Costa, M. A. B. Sensibilidade à vancomicina em cepas de *Staphylococcus aureus* tolerantes à oxacilina. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, 3: 35-38, 1991.
14. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Recommendation for preventing the spread of vancomycin resistance. *Infec. Cont. Hosp. Epidemiol.* 16: 105-113, 1995.
15. Schwable, R. S.; Stapleton, J. T., and Gilligan, P. H. Emergence of vancomycin resistance in coagulase-negative staphylococci. *N. Engl. J. Med.*, 316: 927-931, 1987.
16. Sanyal, D.; Johnson, A. P.; George, R. C.; Cookson, B. D., and Williams, A. J. Peritonitis due to vancomycin-resistant *Staphylococcus epidermidis*. *Lancet*, 337: 54, 1991.
17. Hiramatsu, K.; aritaka, N.; Hanaki, H.; Kawasaki, S.; Hosoda, Y.; Hori, S.; Fukuchi, Y., and Kobayashi, I. Dissemination in Japanese Hospital of strains of *Staphylococcus aureus* heterogeneously resistant to vancomycin. *The Lancet*, 350: 1670-1673, 1997.
18. Wenzel, R. P. and Edmond, M. B. Vancomycin-Resistant *Staphylococcus aureus*: Infection Control Considerations. *Clin. Infect. Dis.*, 27: 245-251, 1998.
19. Handewerger, S. and Tomasz, A. Antibiotic tolerance among clinical isolates of bacteria. *Rev. Infect. Dis.*, 7: 368-386, 1985.
20. Rajaske Karaiiah, K. R.; Rice, T.; Marsh, D.; Ramakrishna, B., an Kallik, C. A. Clinical significance of tolerant strains of *Staphylococcus aureus* in patients with endocarditis. *Ann. Intern. Med.*, 93: 796-801, 1980.
21. Freitas, C. C.; Espósito, R. C.; Carballido, J. M. e Aragão, T. V. G. Resistência e tolerância a antibióticos em cepas de *Staphylococcus aureus* isoladas de paciente do HUAP-UFF. *Rev. Bras. Med.* 46: 312-314, 1989.
22. Sande, M. A. Antimicrobial therapy of infections in patients with AIDS - an overview. *J. Antimicrob. Chemother.*, 23:63-65, 1989.



ARTIGO

# USO DE PRESERVATIVO POR ADOLESCENTES DE UM COLÉGIO ESTADUAL EM NITERÓI-RJ

SONIA MARIA BARBOSA FERREIRA<sup>1</sup>, VANDIRA MARIA DOS SANTOS PINHEIRO<sup>2</sup>, EVA MILA MIRANDA SÁ<sup>3</sup>, GABRIEL CARVALHO ALVARENGA<sup>4</sup>

## RESUMO

Este artigo analisa algumas variáveis relacionadas ao uso do preservativo por adolescentes de um colégio estadual de 1º e 2º graus, situado no bairro do Caramujo em Niterói, RJ. Foi realizada uma pesquisa quanti-qualitativa com uma amostra aleatória estratificada proporcional que correspondeu a 41,5% (125 respondentes) dos alunos da faixa etária de 15 a 19 anos dos turnos matutino e noturno do Colégio Estadual Luciano Pestre (CELP). O instrumento utilizado para a coleta de dados, foi um questionário com 34 questões de uma pesquisa mais ampla da Prof<sup>a</sup> Vandira Maria dos Santos Pinheiro, *Educação em Saúde: a questão de risco e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis na adolescência*. Optou-se pela análise de 5 questões estudadas neste artigo por se referirem mais diretamente ao uso do preservativo. Os alunos de ambos os sexos, responderam individualmente ao questionário em salas de aula, sob a coordenação dos autores do artigo no período de maio e junho de 1996. O resultado da análise feita revelou que os adolescentes iniciaram a atividade sexual precocemente; as relações sexuais priorizadas se deram com parceiros fixos e, em segunda opção, com simultaneidade de parceiros fixos e ocasionais em ambos os sexos. O preservativo é usado pela maioria dos rapazes. Os adolescentes estudados apresentam um conhecimento fragmentado e superficial sobre sexualidade e DST/HIV/AIDS. Estas questões e outras integrantes do estudo mais amplo necessitam, serem mais trabalhadas em

conjunto pelos membros das equipes de educação e de saúde que atuam no CELP e na comunidade próxima (posto de saúde, associações de pais e de bairro). Sugere-se também a continuidade do trabalho de educação em saúde sexual já iniciado pelo CELP, com assessoria se necessária dos profissionais de saúde, dentre eles os do Setor de DST-UFF.

**Unitermos:** Uso de preservativo; Prevenção DST/HIV/AIDS; Educação em Saúde Sexual para Adolescentes.

## ABSTRACT

This article analyzes some variables related to the use of condom by adolescents of States schools and State highschools, placed in the city district of Caramujo in Niterói, RJ. A quanti-qualitative research was accomplished with a aleatory proportional sample that corresponded to 41.5% (125 people answered) of the students of the age group from 15 to 19 years of the morning and night shifts of the State School Luciano Pestre (CELP). The instrument used for the collection of data was a questionnaire with 34 subjects of a wider research of Professor Vandira Maria dos Santos Pinheiro, *Education in Health: the risk subject and prevention of the Sexually Transmitted Diseases in adolescence*. It has been opted for the analyzes of 5 subjects studied in this article for referring more directly to the use of condom. The students of both sexes answered individually to the questionnaire in the class rooms, undergoing the authors of the article coordination in the period of May and June of 1996. The result of the analyzes showed that adolescents began their sexual activity precociously; the prioritized sexual relationships were held with just one partner and, as a second option, with just one and casual partners' simultaneity in both sexes. The condom is used by most of the boys. The studied adolescents present fractional and superficial knowledge on sexuality and STD/HIV/AIDS. These and other subjects which were part in a wider study need to be more worked out together by the members of the

1 - Assistente Social. Especialista em Educação em Saúde Pública, (ISC-UFF); especialista em Doenças Sexualmente Transmissíveis (MIP-Sector DST-UFF) da Universidade Federal Fluminense (UFF)-Niterói, RJ.

2 - Professora Mestra, convidada dos Cursos de Especialização e Mestrado em DST da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ.

3 - Professora Doutora, Coordenadora da Linha de Pesquisa em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em DST, da Universidade Federal Fluminense.

4 - Médico Especialista em Doenças Sexualmente Transmissíveis (MIP-Sector de DST) da Universidade Federal Fluminense.

*A adolescência pode ser dividida em duas fases distintas: de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos de idade.*

education and of health teams who have an active participation at CELP and in the nearest communities (local health clinics, parents and city districts' associations). It also suggested the continuity of the education work in sexual health already begun at CELP, with consultancy in case it's necessary of health professionals, among these the ones of the Section of STD of Fluminense Federal University (UFF).

**Key words:** Use of condom; Prevention of DST/HIV/AIDS; Education in Sexual Health for Adolescents.

## INTRODUÇÃO

A Universidade Federal Fluminense (UFF), através do Curso de Especialização em Educação em Saúde Pública do Instituto de Saúde da Comunidade do Departamento de Saúde e Sociedade (CCM-UFF), desde 1987 tinha como proposta o desenvolvimento de práticas de ensino, pesquisa e extensão na linha participativa<sup>(1)</sup>, que se articula em ações educativas entre unidades de saúde, escolas, movimentos sociais e organizações não-governamentais. No Curso de Especialização em Doenças Sexualmente Transmissíveis do Departamento de Microbiologia e Parasitologia (MIP) do Instituto Biomédico (CMB) do Centro de Ciências Médicas (CCM), implantado na UFF desde 1991, valorizou-se o intercâmbio com o Curso de Especialização em Educação em Saúde Pública influenciando-se nas práticas pedagógicas participativas em saúde na área da promoção de saúde sexual e prevenção das DST/HIV/AIDS, especialmente no município de Niterói, RJ.

O Programa do Setor de DST-UFF, no subprograma Educação em Saúde Pública, define como um dos espaços pedagógicos de atuação a escola, como prioridade do Projeto *Educação em Saúde Sexual no Espaço Escolar*<sup>2</sup>, desenvolveram-se ações com as escolas e/ou colégios da rede pública de ensino, dentre eles, o Colégio Estadual Luciano Pestre (CELP), por ter uma direção e equipe de profissionais já interessados num trabalho de educação em saúde mais participativo. Alguns resultados positivos, têm contribuído não só para a troca de experiências e conhecimentos entre as equipes de educação e de saúde, mas também com a promoção de outros indivíduos e grupos envolvidos no processo.

A equipe de pós-graduandos do Curso de Especialização em DST, sob supervisão de Educadores em Saúde do Setor de DST, em conjunto com os profissionais de ensino e alunos do CELP, têm realizado ações educativas de promoção da saúde sexual. Com base em questões levantadas pelos alunos do colégio, no que diz respeito à gravidez, métodos anticoncepcionais, DST/HIV/AIDS e outras<sup>2</sup>. Notou-se a preocupação dos adolescentes em aprofundar mais esses assuntos e foram desenvolvidas em cada turma algumas ações educativas em saúde sexual. Esta experiência indicou, no período letivo seguinte, que seria oportuno realizar um estudo de caráter exploratório, com a finalidade de ampliar o conhecimento da equipe quanto as informações dos

alunos sobre as DST/HIV/AIDS, sexualidade, situações de risco, uso da camisinha e outros aspectos. Outra finalidade seria apresentar dados para a continuidade do trabalho no CELP.

O estudo é parte de uma pesquisa mais ampla da Prof<sup>a</sup> Vandira Maria dos Santos Pinheiro, que atua no Setor de DST-UFF, como responsável pela área de Educação em Saúde. O enfoque desenvolvido pela pesquisadora *Educação em Saúde: a questão de risco e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis na adolescência* e no "Projeto Educação, Saúde e Cidadania no Espaço da Escola Pública" que já vem sendo implantado desde 1991 pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eva Mila Miranda Sá com a Prof<sup>a</sup> Vandira Pinheiro, no Setor de DST da Universidade Federal Fluminense.

A Educação em Saúde prioriza em nosso país ações destinadas ao grupo etário dos adolescentes e, nas questões relativas às DST/HIV/AIDS, trata-se de uma política oficial traçada com responsabilidade assumida pelos setores saúde e educação.

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta, estendendo-se através de toda a segunda década de vida. O período da vida, em que muitos indivíduos experimentam suas primeiras relações sexuais, podendo então se envolver com fatores de risco para aquisição de DST e/ou infecções genitais.

A adolescência pode ser dividida em duas fases distintas: de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos de idade. Esta divisão leva em consideração as características evolutivas dos adolescentes. Na primeira fase da adolescência que corresponde dos 10 aos 14 anos de idade ocorrem alterações biológicas por conta de modificações endócrinas, e alterações comportamentais como o desenvolvimento psicossocial, cognitivo e a estruturação da personalidade. Na segunda fase, que compreende a faixa etária de 15 a 19 anos, ocorre a formação da identidade e a constituição corporal<sup>3</sup>.

Com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), torna-se urgente o trabalho de promoção da saúde sexual e prevenção das DST/HIV/AIDS, especialmente no âmbito da saúde no espaço escolar. Para que se efetive a socialização das informações aos grupos de adolescentes e contribuir para que tenham um desenvolvimento saudável. Isto inclui consequentemente questões relacionadas à sexualidade e às medidas de prevenção de risco das DST/HIV/AIDS.

## METODOLOGIA

O Colégio Estadual Luciano Pestre (CELP) tinha em 1996, o quantitativo de 1.360 alunos, dos quais 301 (22.1%) pertenciam a faixa etária de 15 a 19 anos.

Realizou-se uma pesquisa exploratória quanti-qualitativa, com uma amostra aleatória estratificada proporcional que correspondeu a 125 (41,5%) de estudantes cursando o 1º grau (5ª a 8ª séries) e o 2º grau dos turnos matutino e noturno.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário com 34 questões de uma pesquisa mais ampla da mestra Vandira Maria dos Santos Pinheiro,

*O uso indevido de drogas vem aumentando nas últimas décadas e, atualmente afeta todos os países.*

*"Educação em Saúde: a questão de risco e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis na adolescência". Para efeito deste estudo optou-se por apenas 5 questões relacionadas ao uso do preservativo masculino em ambos os sexos.*

Os adolescentes de ambos os sexos responderam o questionário individualmente nas salas de aula, em espaços de tempo cedidos pelos professores, aqueles que apresentavam dificuldades na compreensão da expressão escrita, foram realizadas entrevistas individuais. Na coleta de dados realizada, contou-se com a participação das Professoras do Setor de DST-UFF, Vandira Pinheiro e Eva Mila Miranda Sá, além de dois Pós-Graduandos do curso de Especialização em DST: o médico Gabriel Carvalho de Alvarenga e a educadora em Saúde Pública autora deste trabalho.

No estudo enfocou-se temas relativos ao uso do preservativo, idade em tiveram a primeira relação sexual, situações específicas de uso da camisinha, e caracterização do tipo de parceria sexual.

A partir de três categorias, organizamos os dados deste estudo em: *Características socioeconômicas que compreende - idade, sexo, nível de escolaridade, procedência e grupo familiar; Características culturais; Informações específicas sobre sexualidade e uso de preservativo.*

Para organização estatística dos dados foi utilizado o programa EPI INFO versão 6.0<sup>(4)</sup>.

No que diz respeito ao cruzamento das variáveis selecionadas: sexo, escolaridade e faixa etária foi empregado o teste não-paramétrico denominado qui-quadrado ( $\chi^2$ ) considerando-se, o nível de significância e o valor de P do número total de respondentes. Os níveis de significância usados foram 1% e 5% de probabilidade, ou seja,  $P < 0.01$  e  $P < 0.05$ , os limites de 99% e 95% de confiança, consequentemente com margem de erro de 1% e 5% respectivamente. Ao nível de ( $P < 0.01$ ) e ( $P < 0.05$ ), significa que somente em 1% ou 5% das amostras, poderíamos encontrar um resultado diferente do que se obteve nessa amostra. Para análise do percentual foi empregado o teste "T" de Student's. Os dados foram organizados em tabelas sendo analisados descritivamente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

O Colégio Estadual Luciano Pestre matriculou em 1996, 1.360 alunos, desses 301 (22.1%), são adolescentes com idade entre 15 e 19 anos.

A amostra foi composta de 125 (41.5%) adolescentes, dos quais 72% (90) são jovens com idades entre 15 a 17 anos e 28% (35) na faixa etária 18 a 19 anos. Entre os alunos, 51.2% (64) eram do sexo feminino, enquanto, 48.8 (61) do sexo masculino. Quanto à escolaridade 65.6% (80) dos entrevistados frequentam o 1º grau de 5ª a 8ª séries e 34.4% (42); o 2º grau equivalendo ao 1º e 2º anos. No que se refere à procedência dos alunos, a maioria 96.8% (121) são oriundos da zona Norte de Niterói que corresponde ao bairro Caramujo, localidade onde fica situado o colégio; 2.4% (03) dos alunos vêm da região

Centro Sul e 0.8% (01) de outras localidades. Os adolescentes, de ambos os sexos residiam principalmente com os seus familiares. A maioria 96% (119) morava com os pais e familiares. Seguindo de 1.6% (02) que habitavam

com a mãe e irmão, os que viviam com seus companheiros representavam 1.6 (02) e 0.8% (01) residia sozinho. Vale ressaltar a importância do grupo familiar numa fase relevante na vida dos jovens.

### CARACTERÍSTICAS CULTURAIS

Quanto aos aspectos culturais dos alunos entrevistados, 43.1% (53) dos estudantes "nunca" consumiram bebidas alcoólicas, 37.4% (46) declararam "às vezes," 17.1% (21) opinaram "raramente" e 2.4% (03) responderam "sempre". No que diz respeito à bebida preferida, 54.4% (37) dos adolescentes citaram "cerveja"; 35.3% (24) mencionaram "cerveja, vinho e batida"; 5.9% (04) dos jovens declararam "cerveja, licor, batida e vodka" enquanto 4.4% (03) disseram "cerveja, batida e caip-fruta". Como podemos observar, a cerveja é a bebida alcoólica predominante entre os adolescentes.

O consumo de bebidas alcoólicas cresce gradativamente no país, a cerveja apresenta um teor baixo de álcool, sendo veiculada nos meios de comunicação como um produto inócuo.

No Brasil, cerca de 80% do público adulto bebe e, aproximadamente 15% da população adulta masculina tem problemas significativos com álcool, contra 5% das mulheres.

O álcool, muitas vezes, é uma experiência vivenciada pelos adolescentes e a ordem é mais ou menos está: álcool, cigarro, maconha e outras drogas.

O problema mais expressivo que temos é o número de acidentes com adolescentes que ingeriram álcool, por ser de fácil acesso e barato<sup>6</sup>.

Quanto ao uso de drogas, a maioria dos entrevistados 98.4% (123) declararam que "nunca usaram"; enquanto 08.8% (01) respondeu que "às vezes" usa e apenas 0.8% (01) relatou que "faz uso". Os dados apontam que os estudantes do CELP, em grande parte não faziam uso de drogas.

O uso indevido de drogas vem aumentando nas últimas décadas e, atualmente afeta todos os países. Entre os fatores que têm contribuído para esse aumento, podem-se destacar a falta de informação sobre os perigos do consumo a curto, médio e longo prazos, a crescente disponibilidade de todo tipo de substâncias psicoativas e a falta de conscientização acerca da magnitude do problema.<sup>7</sup>

Nos últimos anos, a infecção pelo HIV cresceu muito entre usuários de drogas injetáveis (UDI). No mundo inteiro, eles representam hoje o segundo grupo com condutas de risco.

O grupo dos UDI não é homogêneo, mas algumas características psicossociais são comuns. Assim, a maioria vive na marginalidade ou clandestinidade, perseguida tanto pela repressão policial quanto pela opinião

*A adolescência  
é conhecida como  
uma fase  
de intensa  
rotatividade.*

pública. A dependência de drogas é responsável pela desinserção familiar, social e profissional, em geral crescente, e provoca seu isolamento.

O fato de compartilhar seringas e agulhas expõe os UDI a elevados riscos de contaminação pelo HIV. Este, no entanto, não circula apenas entre os pares, mas como a maioria é sexualmente ativa, também entre seus parceiros sexuais, em particular mulheres. As práticas sexuais não-protetidas representam uma ameaça para a saúde pública, reconhecida pelos responsáveis internacionais da Organização Mundial de Saúde. Portanto não é o "vício" em si, mas as atividades não-protetidas dos UDI, que causam a disseminação do vírus.

A seguir, apresentaremos em tabelas os dados com o valor do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e o nível de significância.

### INFORMAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE E USO DE PRESERVATIVO

A tabela 1, se refere às razões dos adolescentes não terem usado preservativo, nota-se que o percentual de 52% (13) dos entrevistados do sexo feminino e 34% (15) do sexo masculino disseram não usá-lo por ter "parceiro era fixo e confiável"; já 16% (04) dos estudantes do sexo feminino e 41% (18) do sexo masculino responderam que "não tinha preservativo à mão"; enquanto 20% (05) dos alunos do sexo feminino e 9.1% (04) do sexo masculino alegaram "tesão, paixão e envolvimento emocional"; 4% (01) dos jovens do sexo feminino e 13.6% (06) do sexo masculino mencionaram que "não pretendia que houvesse penetração"; "uso de contraceptivo oral" citou 4% (01) do sexo feminino; "uso de drogas ou álcool" relatou 2.3% (01) do sexo masculino e "nunca usou" respondeu 4% (01) do sexo feminino.  $\chi^2 = 15.54$ , ( $P < 0.05$ ), ( $p = 0.029$ ).

O preservativo tem sido utilizado principalmente para evitar gravidez, e seu uso como meio de prevenção às DST vem encontrando resistência por parte de muitas pessoas, que alegam não terem necessidade de usá-lo. Os motivos mais freqüentemente citados na literatura, para o não-uso do preservativo são: parceiros sexuais

fixos, ausência de relação sexual promíscua, ou simplesmente pelo fato de não gostar de utilizá-lo.

A grande dificuldade em relação ao hábito de usar o preservativo durante as relações sexuais ocorre quando

um dos parceiros, ao usar ou solicitar do outro o uso, levanta suspeita sobre seu estado de saúde e sobre sua vida sexual.

O surgimento recente da AIDS, resultou numa preocupação crescente por parte das pessoas sexualmente ativas em como evitar esta doença. Uma vez que é difícil atuar sobre o comportamento sexual, pois este segue uma lógica diferente daquela da saúde pública, o uso do preservativo tem recebido destaque como meio de prevenção das DST/HIV/AIDS.

Quanto ao uso do preservativo influenciaram no ato sexual: 56.1% (55) dos entrevistados responderam que "não interfere", 27.6% (27) alegaram que "atrapalha"; 12.2% (12) disseram que "melhora" enquanto 4.1% (4) dos adolescentes não souberam responder. Como justificativas das respostas; 21.1% (12) os estudantes relataram que "atrapalha a nossa transa", 19.3% (11) dos alunos alegaram que "a preservativo previne DST e gravidez"; 19.3% (11) dos jovens mencionaram como "falta de costume"; 14.0% (08) dos entrevistados declararam que estariam "relaxados e despreocupados", 12.3% (07) dos adolescentes comentaram "temos que nos acostumar é para o nosso bem"; enquanto 8.8% (5) dos alunos atribuíram que "é como chupar bala com papel", 3.5% (02) dos entrevistados alegaram que "aperta e dói" e 1.8% (01) citou "prevenir as doenças como a AIDS". Analisando as respostas, nota-se que o preservativo tem boa aceitação pela maior parte dos adolescentes. Embora considerem o seu uso incômodo, eles valorizam sua importância. Pensamos que seria oportuno trabalhar mais a questão da utilização do preservativo nas situações de risco a que estão expostos os estudantes.

Na Tabela 2, quando indagados sobre o tipo de parceria que tiveram nas relações sexuais, obteve-se os seguintes resultados. Responderam "só com parceiros fixos", 75% (18) dos adolescentes do sexo feminino e 42.2% (19) do sexo masculino; citaram "sempre com

**Tabela 1**

**Distribuição dos alunos, quanto às razões que o levaram a não usarem camisinha na última relação sexual, por sexo, Niterói, RJ, 1996**

Razões para o não uso da camisinha	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Parceiro fixo e confiável	13	52	15	34	28	40,0
Não tinha camisinha à mão	04	16	18	41	22	31,9
Tesão/paixão/envolvimento emocional	05	20	04	9,1	09	13,0
Não pretendia que houvesse penetração	01	04	06	13,6	07	10,1
Uso de contraceptivo oral	01	04	-	-	01	1,4
Uso de drogas ou álcool	-	-	01	2,3	01	1,4
Nunca usou	01	04	-	-	01	1,4
Total	25	100,0	44	100,0	69	100,0

Fonte: Pesquisa realizada no CELP, maio/junho, 1996.

*Especial ênfase, deve ser dada ao uso do preservativo, pelo fato de ainda agir como prevenção das DST/HIV/AIDS.*

parceiros fixos e alguns ocasionais" 12.5% (03) dos entrevistados do sexo feminino e 33.3% (15) do sexo masculino; disseram "só com parceiros ocasionais", 12.5% (03) dos estudantes do sexo feminino e 13.3% (06) do sexo masculino e declararam "sempre com parceiras ocasionais, sem deixar o fixo", o percentual de 11.1% (05) dos jovens do sexo masculino,  $\chi^2 = 24.89$ ,  $P < 0.01$ ,  $p = 0.000$ .

A adolescência é conhecida como uma fase de intensa rotatividade, e não de fixação de parceiros. As jovens apesar de namorarem muito, geralmente são monogâmicas (fiéis ao atual namorado)<sup>8</sup>.

Com referência à multiplicidade de parceiros sexuais, alguns autores afirmam que esta conduta sexual durante a adolescência pode ser considerada mais como um estágio na vida do adolescente, do que propriamente um estilo de vida. De qualquer forma, os dados da Tabela 2, põem em evidência que muitos estudantes do CELP, apesar de terem se relacionado sexualmente com parceiros fixos, apresentam envolvimento com parceiros ocasionais. A falta de adequada educação em saúde na esfera sexual, predispõe o adolescente aos riscos de contração das DST/HIV/AIDS.

No ambulatório do Setor de DST-UFF, do total de adolescentes atendidos de janeiro a dezembro de 1995, a maioria (65.8%) dos 111 diagnósticos de DST e/ou infecções genitais realizadas entre as 144 jovens do sexo feminino eram de infecções vaginais (cérvico-colpíte bacteriana, candidíase e tricomoníase). Entre os jovens do sexo masculino predominaram as uretrites (14 gono-

cócicas e uma não-gonocócica), as quais responderam por 44.1% dos 34 diagnósticos realizados.

A infecção pelo HPV, Condiloma Acuminado e a sífilis também foram frequentes entre os adolescentes, de

ambos os sexos. Dois adolescentes estavam infectados pelo HIV, ambos no estágio assintomático desta infecção. No período de 1993 a 1994, os adolescentes representavam 17,1% dos 35 casos diagnosticados desta infecção.

Ao analisar a tabela 3, percebemos que grande parte dos entrevistados que corresponde a 24.% (13) do sexo feminino e 78.3%(47) do sexo masculino relataram que "usaram preservativo", enquanto 76% (41) de estudantes do sexo feminino e 21.6% (13) do sexo masculino responderam "não".  $\chi^2 = 33.56$ , ( $P < 0.01$ ),  $p = 0.000$ .

Conforme a tabela 3 nos mostra, a predominância do uso do preservativo é maior no sexo masculino. As adolescentes do sexo feminino fizeram uso do preservativo com uma frequência menor que os jovens do sexo masculino. Segundo a literatura, as mulheres não gostam de usar preservativos, em parte, devido às dificuldades criadas pelos homens.

Especial ênfase, deve ser dada ao uso do preservativo, pelo fato de ainda agir como prevenção das DST/HIV/AIDS e a relutância a sua utilização por parte de alguns jovens. O estudo de Beach e colaboradores, demonstra que somente 48% dos homens e 40% das mulheres jovens usaram preservativos em sua última relação, enquanto Aldrighi *et al* relatam o

**Tabela 2**

**Distribuição dos alunos segundo caracterização das relações sexuais que tiveram, por sexo, Niterói, RJ, 1996**

Caracterização das relações sexuais	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Só com parceiro fixo	18	75,0	19	42,2	37	53,6
Sempre com parceiro fixo e alguns ocasionais	03	12,5	15	33,3	18	26,1
Só com parceiros ocasionais	03	12,5	06	33,3	09	13,0
Só com parceiros ocasionais sem deixar o fixo	-	-	06	11,1	05	7,2
Total	24	100,0	45	100,0	69	100,0

Fonte: Pesquisa realizada no CELP, maio/junho, 1996.

**Tabela 3**

**Distribuição dos alunos segundo ou uso/não-uso da camisinha, por sexo, Niterói, RJ, 1996**

Uso/não-uso da camisinha	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	13	24,0	47	21,6	60	52,6
Não	41	76,0	13	78,3	54	47,4
Total	54	100,0	60	100,0	114	100,0

Fonte: Pesquisa realizada no CELP, maio/junho, 1996.

*No Brasil, o pico de incidência de casos de AIDS, situa-se na faixa etária de 20 aos 34 anos.*

uso de preservativo por apenas 26% dos jovens de seu estudo<sup>8</sup>.

Seria importante realizar um trabalho de educação junto aos estudantes do CELP, principalmente do sexo feminino, no sentido de informar sobre a importância de sua utilização na prevenção das DST/HIV/AIDS.

Observando os dados da tabela 4, no que se refere ao uso da preservativo, disseram usá-lo com "parceiro (a) desconhecido (a) 29.4% (05) de entrevistados do sexo feminino e 28.6% (10) do sexo masculino; "na prevenção de gravidez, DST e AIDS", relataram 41.1% (07) de estudantes do sexo feminino e 20.0% (07) do sexo masculino; "nas relações sexuais", mencionaram 5.9% (01) de alunos do sexo feminino e 34.3% (12) do sexo masculino; declararam que "é preciso", 11.8% (02) dos jovens do sexo feminino e 17.1% (06) do sexo masculino; respondeu que quando "dá tempo", 5.9% (01) de pessoa do sexo feminino e que "não faz sexo"; 5.9% (01) também do sexo feminino,  $\chi^2 = 22.19$ , ( $P < 0.01$ ),  $p = 0.008$ .

Analisando os resultados da Tabela 4 percebe-se que a maior parte dos adolescentes do CELP, reconhece a importância da utilização do preservativo.

O preservativo pode proteger seu usuário das doenças adquiridas pelo contato sexual com órgãos genitais

e secreções (vaginais, uretrais, cervicais e retais) infectadas.

Por DST, classificamos tanto as doenças transmitidas essencialmente através das relações sexuais, como a sífilis e a gonorréia; quanto aquelas

transmitidas freqüentemente pela via sexual, sendo hepatite B, condiloma acuminado e a herpes genital e por fim as doenças eventualmente transmitidas pelo contágio sexual que são o molusco contagioso, a escabiose e a pediculose<sup>(8)</sup>.

A ocorrência das DST na faixa etária adolescente se dá dentre outros fatores pelo aumento no número de parceiros e a falta do uso constante da preservativo. Dados da Organização Mundial da Saúde, relatam o aumento da freqüência de DST entre os adolescentes<sup>9</sup>.

Na Tabela 5, as informações referentes à idade com que iniciaram as relações sexuais, responderam que ainda não iniciaram 60.3% (35) de adolescentes do sexo feminino e 16.7% (10) do sexo masculino; começaram na idade de 14 a 16 anos, 24.1% (14) de entrevistados do sexo feminino e 36.7% (22) do sexo masculino; não lembram a idade declararam 3.4% (02) dos jovens do sexo feminino e 18.3% (11) do sexo masculino; iniciaram na idade de 11 a 13 anos, 1.7% (01) de alunos do sexo feminino e 18.3% (11) do sexo masculino; começaram na idade de 7 a 10 anos disseram 1,7% (01) de

**Tabela 4**

**Distribuição dos alunos, segundo o uso da camisinha em situações específicas, por sexo, Niterói, RJ, 1996**

Situações específicas de uso da camisinha	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Parceiro desconhecido	5	29,4	10	28,6	15	28,9
Prevenção de gravidez, DST e AIDS	7	41,1	7	20,0	14	27,0
Relações sexuais	1	5,9	12	34,3	13	25,0
É preciso	2	11,8	6	17,1	8	15,3
Dá tempo	1	5,9	-	-	1	1,9
Não faz sexo	1	5,9	-	-	1	1,9
Total	17	100,0	35	100,0	52	100,0

Fonte: Pesquisa realizada no CELP, maio/junho, 1996.

**Tabela 5**

**Distribuição dos alunos, segundo a idade em que se iniciaram sexualmente, por sexo, Niterói, RJ, 1996**

Idade de início da atividade sexual	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não iniciaram	35	60,3	10	16,3	45	38,1
Não lembram	2	3,4	11	18,3	13	11,0
7 - 10 anos	1	1,7	6	10,0	7	6,0
11 - 13 anos	1	1,7	11	18,3	12	10,2
14 - 16 anos	14	24,1	22	36,3	36	30,5
17 - 19 anos	5	8,6	-	-	5	4,2
Total	58	100,0	60	100,0	118	100,0

Fonte: Pesquisa realizada no CELP, maio/junho, 1996.

*A pesquisa  
mostrou  
que os adolescentes  
iniciaram vida  
sexual precoce.*

adolescentes do sexo feminino e 10% (06) do sexo masculino enquanto 8.6% (05) de estudantes do sexo feminino iniciaram na idade de 17 a 19 anos,  $\chi^2 = 44.79$ , ( $P < 0.01$ ),  $p = 0.000$ .

Como podemos verificar nos dados da Tabela 5, a maior parte dos entrevistados já iniciaram-se na vida sexual. A multiplicidade de parceiros, a falta de orientação adequada para uma saúde sexual e o início precoce dos jovens na vida sexual, são fatores de riscos de aquisição das DST/HIV/AIDS.

Segundo o relatório AIDS no mundo, o aumento dessa doença na faixa etária de 20 a 25 anos, aponta para a urgência de programas de prevenção efetivos destinados para os jovens.

No Brasil, o pico de incidência de casos de AIDS, situa-se na faixa etária de 20 aos 34 anos. A contaminação, dado o longo período de incubação, ocorre possivelmente na maioria dos casos, na adolescência e no início da vida adulta<sup>9</sup>.

## CONCLUSÕES

Trata-se de estudo preliminar realizado no Colégio Estadual Luciano Pestre (CELP), com 125 (41,5%) adolescentes da faixa etária de 15 a 19 anos de ambos os sexos. Verificou-se, nessa amostra que alguns alunos consomem bebidas alcólicas enquanto poucos fazem o uso de drogas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SÁ, E.M.M *et al.* Doenças Sexualmente transmissíveis, ação preventiva em Niterói, RJ: limites e possibilidades. Niterói, RJ. 1993, 399p., v.2. Monografia (Especialização em DST). Universidade Federal Fluminense.
2. Universidade Federal Fluminense/CCM/CMB/MIP/Setor de DST - Projeto de Educação em Saúde Sexual no espaço escolar: Niterói-RJ: Setor de DST-UFF, 1994 (mimeo) 30p.
3. Organização Panamericana de Saúde. Salud del adolescente. Prioridades y estrategias nacionales y regionales. *Bol of. Sanit. Panam.* Washington, D.C. E.U.A, v. 107, n. 1, p. 78-82, julio, 1989.
4. DEAN, A.G. *et al.* EPI - INFO, version 6.0: a word processing, database, and statistic program for epidemiology on microcomputers. Atlanta Center for Disease Control, 1994.
5. Prefeitura Municipal de Niterói, RJ - Consultoria Especial de Ciências e Tecnologia. Niterói informações básicas. 1994, p.39.

A pesquisa mostrou que os adolescentes iniciaram vida sexual precoce e, as relações sexuais que tiveram evidenciam o relacionamento prioritariamente com parceiros fixos, em seguida com fixos e ocasionais em ambos os sexos.

O preservativo, foi citado como um meio seguro para evitar a gravidez e as DST/HIV/AIDS e este é usado pela maioria dos adolescentes principalmente pelos rapazes.

Quanto às razões alegadas pelos alunos para o não-uso do preservativo, percebe-se que a maior parte enfatizou ser o parceiro fixo e confiável, não ter preservativo à mão e a questão do envolvimento emocional.

A amostra no CELP, destacou que os estudantes, apresentaram um conhecimento fragmentado e superficial das questões estudadas, que necessitam ser mais trabalhadas pelas equipes de educação e de saúde. Assim sendo, afirmamos que é importante dar continuidade ao trabalho educativo que se desenvolve no CELP. Com a possível assessoria dos profissionais de saúde, dentre eles os do Setor de DST-UFF. Tal esforço contribuirá para que os adolescentes tenham um desenvolvimento biopsicossocial mais saudável.

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Setor de DST-UFF  
Outeiro de São João Batista, s/n, Campus do Valonguinho, Centro, 24210-150 —  
Niterói-RJ

6. GALLINDO, P. Alcoolismo feminino em alta. *Revista Mind*, São Bernardo do Campo, SP., n. 10, p. 12-19, mar./abr., 1997. p. 13
7. BUCHER, R. Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: população em situação de risco. Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília. Out. 1995. 28p.
8. CARVALHO, A. V. V. Atendimento aos adolescentes no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, 1997, 60p. Monografia (Especialização em DST). Universidade Federal Fluminense.
9. TIBÚRCIO, Alberto S. Estudo Epidemiológico de 1182 Pacientes Atendidos no Setor de DST - UFF em 1995. Niterói, 1997. 117 p. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Universidade Federal Fluminense.
10. SÁ, E. M. M. & PINHEIRO, V.M.S. Programa de Educação em Saúde Sexual na Escola, através do Grupo de Ação Participativa (GAP) : Tema - Saúde sexual. Niterói, RJ: Setor de DST-UFF, 1994. (Mimeo.)



MOMENTO HISTÓRICO

## CONTAGIO SYPHILITICO EXTRAGENITAL FAVORECIDO POR UMA VESPA

**O** Siglo Medico conta o seguinte caso, que não deixa de ser curioso o que foi referido à sociedade de medicina de Zurich.

Um aldeão qualquer dos arredores de Zurich, com 54 annos de idade, enganava a respectiva esposa, mantendo relações com uma rapariga de 18 annos. Em 16 de junho ultimo, aconteceu, por circumstancias que não veem para o caso, que o delicto conjugal teve

logar ao ar livre, nas proximidades de um bosque, e que uma impertinente vespa veio morder o D. Juan no indicador da mão direita, perto da unha.

Apesar d'isto, não deixou de praticar a sua habitual brincadeira das fricções vaginaes com o indicador direito antes do coito. Não tardou muito que n'este dedo e no logar da picada apparecesse um cancro e pouco depois surgissem os accidentes secundarios. A mulher tinha

poly-adenites, angina especifica, condylomas no perineo e blennorrhagia chronica.

O A. da communicação faz notar a curiosa circumstancia de que, apesar das relações frequentes com a mulher, nunca tivesse havido contagio pelo penis.

---

*Fonte: A Medicina Contemporânea, Anno XVIII, no. 35, Série II, Tomo III, Lisboa, p. 288, 02/09/1900.*



INFORMES TÉCNICOS

# ACONSELHAMENTO EM DST, HIV E Aids

## Diretrizes e Procedimentos básicos

BRASÍLIA-DF, 1997

MINISTÉRIO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

### ELABORAÇÃO

SANDRA LÚCIA FILGUEIRAS<sup>1</sup>; NILO MARTINEZ FERNANDES<sup>2</sup>; JOSÉ EDUARDO GONÇALVES<sup>3</sup>

### COLABORADORES:

ANDREA DA SILVEIRA ROSSI<sup>4</sup>; ARLETE ESPERANDIO PINTO<sup>5</sup>; CARMEN HARUMI SUGUINOSHITO<sup>6</sup>; DENISE SERAFIM<sup>7</sup>; ELIANA CLÁUDIA OTERO RIBEIRO<sup>8</sup>; JOSÉ AUGUSTO DE OLIVEIRA<sup>9</sup>; LUIZ FERNANDO CHAZAN<sup>10</sup>; LUDIA G. GOULART MONDINI<sup>11</sup>; PAULO HENRIQUE LONGO<sup>12</sup>; ROSILENE SLAVIERO<sup>13</sup>; SONIA BATISTA<sup>14</sup>

## INTRODUÇÃO

“É o outro que me dá referência de que nem sou o anão dos meus pesadelos nem o gigante dos meus sonhos” (Autor desconhecido)

A construção do pensamento científico na sociedade moderna, em especial na medicina, provocou um distanciamento do profissional de saúde em relação ao seu cliente, um

“doente vivo” e com capacidade de fala, visto que a interlocução passou a ter um caráter secundário. Os aparatos tecnológicos passaram a ter prioridade, em detrimento da relação interpessoal, a desqualificação da pessoa doente e a valorização da doença.

Se a vida humana implica relações intersubjetivas em seu cotidiano, tratando-se de DST e HIV/AIDS é preciso estar atento para situações conflituosas, nem sempre explícitas, que podem dificultar a ação preventiva.

Quando as pessoas vivenciam situações de ameaça à sua integridade física ou emocional, costumam ficar fragilizadas e, às vezes, não se sentem capazes de resolver solitariamente seus conflitos.

As temáticas implícitas nas questões relativas às DST e HIV/AIDS, na medida em que podem bloquear a percepção e a expressão dos riscos, assim como a reflexão para a adoção de medidas preventivas.

No contexto dos serviços de saúde onde costumam se apresentar tais situações, tanto os profissionais quanto os clientes são sujeitos suscetíveis a vivências conflituosas.

O aconselhamento, por ser uma prática que oferece as condições necessárias para a interação entre as subjetividades, isto é, a disponibilidade mútua de trocar conhecimentos e sentimentos, permite a superação da situação de conflito.

O resgate da integralidade do cliente, percebido como sujeito participante nas ações de saúde, implica o reconhecimento de sua subjetividade em interação com o profissional que o atende. Acolher o saber, o sentir do cliente, por meio de uma escuta ativa, é condição básica para um atendimento de qualidade.

A prática do aconselhamento dá oportunidade para a retomada da integralidade da pessoa que busca os serviços de saúde, associado complementarmente o ver e tocar com o ouvir e sentir. Desta forma, facilita a superação de bloqueios subjetivos, permitindo ao cliente avaliar suas reais possibilidades de risco de infecção por DST e HIV/AIDS, refletir e decidir por medidas preventivas viáveis e buscar melhor qualidade de vida, independentemente de sua condição sorológica.

Diante dos primeiros casos de HIV/AIDS no Brasil, verificou-se

1 - Coordenação Nacional de DST e Aids - Ministério da Saúde, Brasília-DF.

2 - Programa Estadual de Controle de DST/Aids, Secretaria de Estado de Saúde, Rio de Janeiro

3 - COAS/Secretaria de Estado de Saúde, Rio Grande do Sul; GAPA - RS (Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS)

4 - UNICAMP - CAISM, Campinas

5 - COAS/SMS, São Paulo

6 - COAS/SMS, Campinas-SP.

7 - Coordenação Nacional de DST e Aids - MS - Brasília-DF.

8 - Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde - UFRJ, Rio de Janeiro

9 - COAS/SES, Aracaju-SE.

10 - Disciplina de Psicologia Médica - FCM - HUPE - UERJ, Rio de Janeiro

11 - COAS/SES, Porto Alegre-RS.

12 - Núcleo de Orientação em Saúde Social - NOSS, Rio de Janeiro

13 - COAS/SMS, Campinas-SP.

14 - COAS-São Francisco/HESFA/UFRJ, Rio de Janeiro

que os profissionais dos serviços públicos de saúde não estavam devidamente preparados para lidar com as questões suscitadas pela infecção. Diante disso, a CN-DST/AIDS decidiu investir no treinamento desses profissionais para o aconselhamento em HIV/AIDS.

Com a evolução da epidemia, houve a necessidade de se aplicar a oferta de testagem sorológica voluntária, anônima e confidencial, com garantia de aconselhamento pré e pós-teste.

Em vista disso, a partir de 1988, foram implantados os Centros de Orientação e Apoio Sorológico - COAS, que passaram a ser a principal referência em aconselhamento.

Atualmente, a CN-DST/AIDS está reestruturando a inserção da prática do aconselhamento em outras unidades de saúde que atendem pessoas com DST e HIV/AIDS.

Nos serviços de saúde que atendem pessoas com DST, o aconselhamento tem por objetivo a prevenção primária do HIV, a adesão do cliente ao tratamento, o tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is) e a adoção de práticas preventivas.

A importância do aconselhamento para os portadores de HIV/AIDS atendidos nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) está associada à necessidade do indivíduo receber adequado suporte emocional para lidar melhor com essa nova condição e participar ativamente de seu processo terapêutico.

Devido à importância do crescimento do número de casos de AIDS entre mulheres e o conseqüente aumento do risco de transmissão vertical do HIV, as estratégias de prevenção destinadas a esse grupo têm sido cada vez mais reforçadas. Tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis para a redução das chances de transmissão do HIV para o feto ou recém-nascido, têm-se recomendado que também os serviços de pré-natal ofereçam aconselhamento e teste anti-HIV para as gestantes.

Nesse sentido, a tendência é estender a oferta de treinamento específico para tais profissionais, ampliando a prática de aconselhamento para todos esses serviços.

## 1. O QUE É O ACONSELHAMENTO?

Entendemos ACONSELHAMENTO como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer um relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.

Especialmente no âmbito das DST e HIV/AIDS, o processo de aconselhamento contém três componentes:

- apoio emocional;
- apoio educativo, que trata das trocas de informação sobre DST e HIV/AIDS, suas forma de transmissão, prevenção e tratamento;
- avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre os valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias e redução de risco.

Esses componentes nem sempre são atingidos em um único momento ou encontro e, de certa forma, podem ser trabalhados tanto em grupo como individualmente.

Na abordagem coletiva, as questões comuns expressas pelos participantes devem nortear o conteúdo a ser abordado. Nesse sentido, a identificação da demanda do grupo é fundamental.

No grupo, as pessoas têm a oportunidade de redimensionar suas dificuldades, compartilhar dúvidas, sentimentos, conhecimentos etc. Em algumas circunstâncias, essa abordagem pode provocar alívio do estresse emocional vivenciado pelos clientes. A dinâmica grupal também pode ajudar o indivíduo a perceber sua própria demanda, a reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação nos atendimentos individuais subseqüentes. Os grupos formados em sala de espera podem ser um exemplo dessa abordagem, além de otimizarem o tempo que o usuário passa no serviço de saúde.

É importante, entretanto, que o profissional de saúde esteja atento

para perceber os limites que separam as questões que devem ser abordadas no espaço grupal daquelas pertinentes ao atendimento individual.

Vale destacar que, pela singularidade de vida de cada cliente, situações íntimas, como a avaliação do próprio risco e adoção de práticas mais seguras, são melhor trabalhadas num atendimento personalizado e individual. A identificação das barreiras que dificultam as práticas preventivas e os subsídios para definição de mensagens compatíveis com o cliente dependem da qualidade da relação construída entre os interlocutores durante o aconselhamento individual.

## 2. OBJETIVOS DO ACONSELHAMENTO

No contexto das DST e HIV/AIDS, o aconselhamento tem por objetivos promover:

- a redução do nível de estresse;
- a reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e a adoção de práticas mais seguras;
- a adesão ao tratamento;
- a comunicação e o tratamento de parceiro(s) sexual(is) e de parceiro(s) de uso de drogas injetáveis.

## 3. A QUEM SE DESTINA?

O aconselhamento em DST e HIV/AIDS destina-se:

- às pessoas com HIV/AIDS, seu(s) parceiro(s) sexual(is) e de uso de drogas injetáveis;
- às pessoas que desejam fazer o teste anti-HIV (infectadas ou não);
- às pessoas que buscam ajuda devido a prováveis situações de risco;
- às pessoas com DST e seu(s) parceiro(s) sexual(is).

Também, deve-se levar em conta as seguinte situações:

- em função dos avanços terapêuticos e sua comprovada eficácia na redução da transmissão vertical do HIV, deve ser estimulada a oferta da testagem sorológica acompanhada de aconselha-

mento nos serviços de pré-natal;

- pela correlação epidemiológica e mais possibilidade de adequação terapêutica, pessoas com diagnóstico de tuberculose deveriam receber a oferta de testagem sorológica acompanhada de aconselhamento;
- dependendo da necessidade do cliente, seus familiares ou pessoas próximas poderão ser envolvidos no processo de aconselhamento.

Todas as pessoas sexualmente ativas precisam estar conscientes de que uma relação sexual com penetração, não-protetida, inclusive o sexo oral, envolve um certo risco de transmissão de DST e HIV.

Todavia, certos indivíduos ou grupos podem estar particularmente em risco, sendo possíveis candidatos a receberem o aconselhamento.

Alguns destes são:

- homens e mulheres com múltiplos parceiros sexuais praticando sexo com penetrações, sem proteção;
- pessoas que compartilham equipamentos no uso de drogas injetáveis;
- pessoas que recebem sangue, hemoderivados ou órgãos.

*ATENÇÃO: Como o aconselhamento pode implicar a oferta de testagem sorológica anti-HIV, é importante lembrar que a realização do teste é de caráter estritamente voluntário.*

#### **4. QUEM FAZ O ACONSELHAMENTO?**

- profissionais de saúde treinados em aconselhamento;
- membros de comunidade e de organizações civis que trabalham com AIDS, devidamente treinados.

É importante que a pessoa que realiza o aconselhamento tenha conhecimentos atualizados sobre DST e HIV/AIDS e, em especial, disponibilidade para:

- reconhecer suas próprias limitações e potencialidades;
- valorizar o que o cliente sabe, pensa e sente;
- perceber as necessidades do cliente e dar respostas a estas;
- respeitar a singularidade do cliente.

Essas disponibilidades facilitam a construção de um vínculo de confiança, essencial para que o aconselhamento se desenvolva.

Todos os profissionais da equipe de saúde deveriam estar aptos a desenvolver o aconselhamento. Pelas características do trabalho do médico, assim como pelo papel social que ocupa no contexto da atenção à saúde, a realização do aconselhamento durante a consulta médica é fundamental.

#### **5. ONDE É REALIZADO O ACONSELHAMENTO?**

Este documento propõe o aprimoramento do aconselhamento nos serviços de saúde que prestam assistência a pessoas portadoras de DST e HIV/AIDS, nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA/COAS), nos serviços de pré-natal, nas Organizações Não – Governamentais (ONG/AIDS) e projetos de prevenção junto a populações específicas.

No entanto, a prática do aconselhamento pode e deve decorrer em outras instituições e circunstâncias com vistas à prevenção de DST e HIV/AIDS. Em qualquer situação em que ocorra, o fundamental é que a privacidade, o sigilo e o caráter confidencial sejam preservados.

#### **6. DURAÇÃO DO ACONSELHAMENTO?**

A inserção do aconselhamento na rotina dos serviços de saúde implica uma revisão do tempo que os profissionais dedicam ao atendimento a clientes. No entanto, é difícil estabelecer um tempo padronizado de duração do aconselhamento, pois varia conforme o caso.

Diante da importância epidemiológica das DST e HIV/AIDS, é fundamental que sejam incluídos componentes de prevenção na prática assistencial. Cabe aos gerentes dos serviços de saúde o empenho em reajustar o fluxo da demanda e os recursos humanos disponíveis, de forma a garantir o tempo requerido para um atendimento de qualidade aos usuários do serviço.

### **7. PROCESSO DE ACONSELHAMENTO EM DST, HIV E AIDS**

#### **7.1. PROCEDIMENTOS GERAIS**

Durante os PROCEDIMENTOS GERAIS de aconselhamento caberá aos profissionais de saúde:

- reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações prestadas;
- identificar com clareza a demanda do cliente;
- prestar apoio emocional ao cliente;
- facilitar ao cliente a expressão de sentimentos;
- identificar as crenças e valores do cliente acerca de DST, HIV/AIDS;
- utilizar linguagem compatível com a cultura do cliente;
- trocar informações sobre DST e HIV/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, com ênfase para as situações de risco do cliente;
- ajudar o cliente a avaliar e a perceber seus riscos de infecção pelo HIV e outras DST;
- identificar barreiras para a mudança das situações de risco;
- contribuir para elaboração de um plano viável de redução de riscos;
- explicar o benefício do uso correto do preservativo e sua superação;
- avaliar possíveis dificuldades quanto ao uso do preservativo e sua superação;
- avaliar e recomendar a possibilidade de outras práticas sexuais seguras;
- ajudar o cliente a reconhecer suas responsabilidades e possibilidades de lidar com seu problema;
- lembrar que o consumo de álcool e outras drogas, ilícitas, pode alterar a percepção de risco;
- estimular a auto-estima e a autoconfiança do cliente;
- favorecer o fim de estigmas, mitos e preconceitos relacionados com DST e HIV/AIDS;
- estimular a disseminação das orientações recebidas;
- encaminhar o cliente para outros serviços de assistência, incluindo grupos comunitários de apoio, quando necessário.

## 7.2 SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DE ACONSELHAMENTO

As situações específicas de aconselhamentos incluem os procedimentos gerais já relatados, acrescidos das abordagens abaixo referidas. Estas devem ser ajustadas à situação apresentada pelo cliente e vivenciada durante o atendimento e à sua capacidade de compreensão e conhecimento sobre o tema.

### 7.2.1. PESSOAS COM DIAGNÓSTICOS DE DST

- trocar informações específicas sobre a(s) DST apresentada(s);
- avaliar com o cliente seu histórico de outras DST e as situações de risco que culminaram na atual DST;
- reforçar a necessidade de adoção de práticas mais seguras para a redução de riscos;
- explicar as complicações decorrentes do não-tratamento incompleto ou automedicação das DST;
- reforçar a necessidade de retorno ao serviço se não houve melhora ou sempre que o cliente apresentar algum sintoma;
- reforçar a necessidade de tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is);
- enfatizar a relação entre DST e HIV/AIDS;
- oferecer testagem anti-HIV e aconselhamento pré e pós-teste.

### 7.2.2. PESSOAS QUE BUSCAM TESTAGEM ANTI-HIV

#### PRÉ-TESTE

- reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem;
- identificar o motivo da testagem;
- verificar histórico anterior de testagem e riscos;
- trocar informações sobre o sistema de teste e janela imunológica;
- trocar com o cliente informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste;
- considerar com o cliente o impacto em sua vida dos possíveis resultados do teste;
- sondar qual o apoio emocional e social disponível ao cliente (família, parceiros, amigos, trabalho e outros);
- avaliar como cliente a realização ou não do teste;

- considerar com o cliente possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste;
- reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras frente ao HIV, também nesse período.

*ATENÇÃO: Nos serviços em que os aspectos educativos do aconselhamento pré-teste anti-HIV são abordados de forma coletiva, caberá aos profissionais de saúde.*

- resguardar a privacidade de cada membro do grupo;
- identificar e acolher a demanda do grupo;
- utilizar linguagem compatível com a cultura dos participantes;
- trocar informações sobre o sistema de teste e janela imunológica;
- trocar com o grupo informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste;
- considerar com o grupo o impacto dos possíveis resultados do teste;
- reforçar a diferença entre HIV e AIDS;
- reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras, frente ao HIV e a outras DST;
- estimular o grupo a ponderar a realização ou não do teste;
- considerar com o grupo possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste;
- explicar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas.

#### PÓS-TESTE

*Diante de Resultado Negativo:*

- lembrar que um resultado negativo significa que a pessoa (1) não está infectada ou (2) está infectada tão recentemente que não produziu anticorpos necessários para detecção pelo teste;
- lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- avaliar a possibilidade de o cliente estar em janela imunológica e a necessidade de retestagem;

- reforçar as práticas seguras já adotadas ou a serem adotadas pelo cliente frente a HIV;
- reforçar o benefício do uso correto do preservativo e demonstrá-lo;
- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, caso seja necessário.

*Diante de Resultado Positivo:*

- permitir ao cliente o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos;
- conversar sobre sentimentos e dúvidas, prestando o apoio emocional necessário;
- estar atento para o manejo adequado de sentimentos comuns, tais como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação e outros;
- desmistificar sentimentos que associam HIV/AIDS à culpa, à punição, à rejeição, à degenerescência, à morte e a outros;
- lembrar que um resultado positivo significa que a pessoa e portadora do vírus, podendo ou não estar com a doença desenvolvida;
- enfatizar que, mesmo sendo um portador assintomático, o cliente pode transmitir o vírus para outros;
- reforçar a importância de acompanhamento médico, ressaltando que a infecção é tratável;
- reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras para a redução de riscos de reinfecção pelo HIV e por outras DST;
- reforçar o benefício do uso correto do preservativo e demonstrá-lo;
- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, caso seja necessário.
- enfatizar a necessidade do resultado ser comunicado ao(s) parceiro(s) atual(is), oferecendo ajuda, caso seja solicitada;
- orientar quanto à necessidade de o(s) parceiro(s) atual(is) realizar(em) teste antiHIV;
- definir com o cliente os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio.

#### *Diante de Resultado Indeterminado:*

- lembrar que um resultado indeterminado significa (1) um falso positivo devido a razões biológicas ou (2) um verdadeiro positivo infectado recentemente, cujos anticorpos não estão plenamente desenvolvidos;
- reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de infecção pelo HIV e por outras DST;
- reforçar o benefício do uso correto do preservativo e demonstrá-lo;
- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, caso seja necessário;
- orientar a realização de nova coleta para retestagem, no período definido pelo laboratório;
- considerar com o cliente possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste e encaminhá-lo para apoio psicológico, se necessário.

**ATENÇÃO:** Alguns clientes, com resultados conclusivos em testes anteriores, por diversas razões persistem em repetir a testagem inúmeras vezes. Nesses casos, é importante avaliar a possibilidade de o cliente ser encaminhado a outros serviços que possam atender melhor suas necessidades psicológicas.

#### 7.2.3 PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS INJETÁVEIS

Em qualquer serviço, ao se identificar um cliente que seja usuário de drogas injetáveis, além dos procedimentos gerais de aconselhamento, deve-se estar atento para:

- avaliar se o cliente apresenta risco de infecção pelo HIV quando usa drogas injetáveis;
- evitar emitir juízos de valor sobre o uso de drogas.

#### *Identificada a possibilidade de risco:*

- explicitar os possíveis riscos no uso compartilhado dos equipamentos de drogas injetáveis;
- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o

consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas;

- discutir com o cliente estratégias para redução de riscos no uso de drogas injetáveis;
- reforçar o benefício do uso correto do preservativo e demonstrá-lo;
- recomendar a adoção de práticas sexuais seguras, lembrando que, sob efeito de álcool e de outras drogas, lícitas ou ilícitas, a capacidade crítica pode ficar alterada;
- oferecer testagem anti-HIV e aconselhamento pré e pós-teste.

#### 7.2.4 MULHERES

Os dados epidemiológicos têm revelado um aumento do número de casos de AIDS entre mulheres, sobretudo em idade fértil. Diante dessa situação, além dos procedimentos gerais de aconselhamento, deve ser observado o auxílio à cliente na avaliação e percepção de possíveis riscos de infecção a que a mesma tenha se exposto ou possa expor-se.

#### *Identificada a possibilidade de risco:*

- reforçar a necessidade de adoção de práticas seguras de prevenção ao HIV;
- reforçar o benefício do uso correto do preservativo e demonstrá-lo;
- avaliar possíveis dificuldades quanto à negociação do uso do preservativo e sua superação;
- contribuir para um plano viável de redução de riscos que leve em conta as questões de gênero;
- oferecer testagem anti-HIV e aconselhamento pré e pós-teste.

Se o resultado do teste for "negativo" ou "indeterminado", seguir as recomendações presentes na seção "Pós-teste", acrescidas de:

- reflexão sobre a relação entre maternidade e soropositividade e suas implicações;
- explicação das formas de transmissão vertical (da mãe para o concepto), que podem ocorrer na gestação, durante ou após o parto.

#### MULHERES SOROPOSITIVAS

Se o resultado for "positivo", além das recomendações da seção "Pós-teste", estar atento para:

- refletir sobre a relação entre maternidade e soropositividade e suas implicações;
- identificar se a cliente tem filho(s);
- explicar as formas de transmissão vertical (da mãe para o concepto), que podem ocorrer na gestação, durante ou após o parto;
- avaliar a possibilidade de o(s) filho(s) estar(em) infectado(s);
- caso haja risco de infecção do(s) filho(s), encaminhar para aconselhamento e testagem anti-HIV;
- havendo resultado negativo, desfazer possíveis fantasias que a cliente tenha quanto à contaminação de seu(s) filho(s) no contato cotidiano;
- havendo resultado positivo, encaminhar o(s) filho(s) para acompanhamento médico e outros serviços de apoio necessários;
- reforçar a importância do acompanhamento/tratamento, tanto da cliente quanto do(s) filho(s);
- verificar se a cliente esta grávida.

#### GESTANTES SOROPOSITIVAS

- explicar à cliente as possíveis consequências para sua saúde e a de seu concepto;
- explicar as formas de transmissão vertical (da mãe para o concepto), que podem ocorrer no período de gestação, durante ou após o parto;
- explicar como podem ser minimizadas as chances de ocorrência dessas formas de transmissão;
- dar apoio emocional específico, tratando de questões como a morte e a desmistificação da responsabilidade perante a infecção do filho;
- informar sobre a transmissão dos anticorpos maternos e o processo de soroconversão no recém-nascido;
- definir com a cliente os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio.

#### 8. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

Os profissionais de saúde, em qualquer situação de aconselha-

mento, devem levar em conta as condições do cliente em termos de maior ou menor fragilidade social. A questão do poder envolve todas as relações sociais e, diante dos riscos de transmissão das DST e HIV/AIDS, desempenha um papel importante na viabilidade de adoção de práticas seguras.

Alguns participantes de certos grupos sociais podem viver circunstâncias desfavoráveis à percepção adequada de riscos ou à adoção de medidas de prevenção eficazes, em decorrência de sua vulnerabilidade.

Ser vulnerável, no contexto das DST e HIV/AIDS, significa ter pouco ou nenhum controle sobre o risco de se infectar, e, para aqueles já infectados, ter pouco ou nenhum acesso a cuidados e suportes apropriados.

Nesse sentido, é fundamental que o profissional de saúde esteja disponível e sensível para identificar as condições de maior ou menor vulnerabilidade de seus clientes. Dessa forma, será possível desenvolver um plano de redução de risco que seja compatível com as questões específicas do cidadão em atendimento e, portanto, ter maior chance de resolutividade.

## 9. TREINAMENTO

O aconselhamento em DST e HIV/AIDS envolve, além dos aspectos biofisiológicos, questões emocionais, familiares, sociais, culturais e políticas, às quais nem sempre os profissionais de saúde estão aptos a dar suporte.

Embora de alguma forma façam parte de suas vivências e conhecimentos, tais questões devem ser retomadas e direcionadas à prática adequada de aconselhamento por meio de treinamento específico.

A metodologia dos treinamentos de aconselhamento em DST e HIV/AIDS deve ser essencialmente participativa. Deve também possibilitar aos profissionais o resgate e o aprimoramento de suas habilidades em lidar com os aspectos afetivo-emocionais presentes na relação de assistência aos clientes. Portanto, além de sessões expositivo-dialogadas, esses treina-

mentos devem contemplar dinâmicas de grupo, oficinas de sensibilização e vivência, e técnicas de expressão de sentimentos.

Recomenda-se que os conteúdos a serem desenvolvidos incluam:

- aspectos biofisiológicos das DST e HIV/AIDS (etiologia, formas de transmissão, diagnóstico e manejo clínico, medidas preventivas e biossegurança);
- aspectos epidemiológicos (indicadores, tendências da epidemia, vulnerabilidade);
- aspectos laboratoriais (tipos de testes, valor preditivo dos testes, janela imunológica, significado dos resultados);
- aspectos éticos e psicossociais (sigilo e caráter confidencial; mitos e tabus, preconceitos, estima, sexualidade, perda e morte, uso de drogas, gênero);
- aspectos políticos e jurídicos (cidadania; legislação específica);
- aspectos teóricos e práticos do aconselhamento (identificação e manejo de reações emocionais);
- organização do processo de aconselhamento dentro do serviço (equipe multidisciplinar, rotina, monitoria e avaliação).

## 10. MONITORIA E AVALIAÇÃO

Estabelecer uma uniformidade mínima das ações de aconselhamento é condição essencial para a avaliação da efetividade dessa prática. Portanto, enfatizamos a necessidade do aconselhamento desenvolvido nos serviços de saúde realizar-se de acordo com as diretrizes e procedimentos básicos apresentados neste documento.

Embora envolva um trabalho multidisciplinar, o componente psicológico é predominante no processo de aconselhamento. Nesse sentido, é necessária a presença do profissional de saúde mental, nos momentos de capacitação dos técnicos, na supervisão e na avaliação desta prática.

Por meio da sistematização de um processo de monitoria e de reciclagens periódicas, pretende-se contribuir para que as ações de aconselhamento tenham a qualida-

de almejada por esta proposta. Nesse sentido, a elaboração, pela CN-DST/AIDS, de um instrumento padrão de monitoria que permita aos serviços uma reflexão e reorganização interna poderá contribuir para ampliar sua resolutividade.

Para que a aplicabilidade do instrumento padrão de monitoria seja viabilizada, os serviços locais deverão implantar/implementar um sistema de registro das atividades de aconselhamento.

Com a finalidade de enriquecer esse processo, recomenda-se a realização de encontros regulares da equipe de saúde, para a organização administrativa do serviço e para o manejo de sentimentos e conflitos vivenciados nas atribuições do dia-a-dia. Esses encontros contribuem para a integração e harmonia da equipe e para a manutenção da qualidade do trabalho, coincidindo com a intenção proposta.

## GLOSSÁRIO

### A

**ANTICORPOS:** defesas produzidas pelo sistema imunológico contra infecções.

**AUTO-ESTIMA:** conjunto de idéias e sentimentos que possuímos a respeito do que imaginamos ser; refere-se ao que admiramos e valorizamos em nós.

### B

**BLOQUEIO SUBJETIVO:** resposta a vivências emocionais dolorosas, das quais a pessoa se defende "esquecendo", evitando lembrar ou revelar a outros.

### C

**CENTRADO NO CLIENTE:** o cliente é o centro do atendimento; o diálogo deve primar pela atenção às necessidades do cliente, consideradas a partir de sua história pessoal, seus mitos, suas crenças e seus sentimentos.

### D

**DEMANDA:** refere-se às necessidades, às dúvidas, às preocupações, às angústias, aos medos etc, mani-

festos ou latentes, vivenciados durante o atendimento.

## E

**ESCUITA ATIVA:** postura em que a pessoa estimula e acolhe o discurso do outro, interagindo sem colocar juízos de valor.

## F

**FALSO NEGATIVO:** um teste com resultado negativo de uma pessoa que está realmente infectada.

**FALSO POSITIVO:** um teste com resultado positivo de uma pessoa que não está realmente infectada.

## I

**INTEGRALIDADE:** no contexto da relação atenção às necessidades do cliente, consideradas entre o profissional de saúde e o cliente, é o resgate a partir de sua história pessoal, seus mitos, suas da condição do cliente enquanto pessoa total com crenças e seus sentimentos, corpo, mente, emoções, história pessoal e social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CENTERS for disease control. Technical Guidance on HIV Counseling. MMWR, v42, p.11-17,1993.
2. COUNSELLING for HIV/AIDS: A key to caring. WHO / GPA / TCO / HCS - 95.15. Genebra, OMS, 1995.
3. DIRECTRICES para la labor de Consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH. Genebra: OMS,1991. (Serie sobre el SIDA; 8).
4. FILGUEIRAS,S. Aconselhamento. Brasília: [s.n.],1997.

## J

**JANELA IMUNOLÓGICA:** tempo que o sistema imunológico leva para produzir anticorpos suficientes, que possam ser detectados pelo teste anti-HIV.

## P

**PRÉ-TESTE:** é a sessão de aconselhamento que antecede o teste e ajuda o cliente a decidir se irá realizá-lo ou não.

**PÓS-TESTE:** é a sessão de aconselhamento de entrega do resultado, de reforço da percepção de risco e da adoção de práticas preventivas e de apoio emocional.

## R

**RECURSOS INTERNOS:** bagagem vivencial e emocional de cada indivíduo para resolver diferentes situações de vida.

**RELAÇÕES INTERSUBJETIVAS:** relações entre sujeitos singulares nas quais realizam trocas de suas vivências subjetivas.

## S

**SUBJETIVIDADE:** é o conjunto de características pessoais, emocionais e culturais, que permitem a identidade própria e fazem do indivíduo sujeito de suas ações.

## T

**TESTAGEM SOROLÓGICA:** é a verificação, por meio de uma metodologia de testes laboratoriais, da presença ou não dos anticorpos anti-HIV no sangue.

**TRANSGRESSÕES:** quebra de normas e valores de uma determinada cultura.

## V

**VÍNCULO:** é a ligação afetiva que pode ser gerada no encontro entre duas ou mais pessoas; essa ligação só poderá acontecer se houver disponibilidade de aceitação do outro em sua diferença e singularidade.

Training. WHO / GPA / TCO / HCS - 94.9. Genebra, OMS, 1995.

10. FOUCAULT, M. Histoire de la Sexualité: La volonté de savoir, Paris: Gallimard, 1976.
11. CAMARGO, K. R. As ciências da AIDS, a AIDS das ciências: o discurso médico e a construção da AIDS. Rio de Janeiro: VABIA, 1994.
12. LUZ, M. Instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
13. ROGERS, C. Terapia centrada no cliente. [S. L.]: Livraria Martins, 1974.



# CURSOS PRÉ-CONGRESSO

## OFICINA DE ACONSELHAMENTO EM DST/AIDS

### Coordenação:

Sandra Filgueiras (CN DST/Aids-MS)

Nilo Fernandes (SES-RJ)

Vandira Maria dos Santos Pinheiro (Setor de DST-UFF)

### Secretários:

Josemar Coutinho Lima, Aparecida Cristina Sampaio Monteiro, Flávia Cunha dos Santos, Fabiana Leite Polycarpo, Danieli Dias Gonçalves

### Local:

Associação Médica Fluminense - Av. Roberto Silveira, nº 123, Icaraí, Niterói - RJ.

**Data:** 22/09/98 - 3ª feira

**Horário:** 08:00h às 12:00h

---

## CURSO DE ABORDAGEM SINDRÔMICA EM DST

### Coordenação:

Fábio Moherdauí (CN de DST/Aids - MS)

Mauro Romero Leal Passos (Setor de DST/UFF)

**Secretários:** Josemar Coutinho Lima, Aparecida Cristina Sampaio Monteiro, Anita Seixas Dias

### Local:

Associação Médica Fluminense - Av. Roberto Silveira, nº 123, Icaraí, Niterói - RJ.

**Data:** 22/09/98 - 3ª feira

**Horário:** 14:00h às 18:00h

---

## O LABORATÓRIO E AS DST

### Coordenação:

Nero Araújo Barreto. (Setor de DST - UFF)

### Secretários:

Maria de Fátima Bevilacqua, Claudio Cesar Cirne dos Santos, Cristiane Guimarães, Flávia De Angelis, Cristina Robochez.

### Local:

Setor de DST/UFF

Outeiro de São João Batista, S/N, Campus do Valonguinho, Centro - Niterói - RJ.

**Data:** 22/09/98 - 3ª feira

**Horário:** 08:00h às 12:00h e 14:00h às 18:00h

## CONCURSO PARA TÍTULO DE QUALIFICAÇÃO EM DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

### I - INSCRIÇÃO:

- A inscrição deverá ser feita através de formulário específico.
- A solicitação de inscrição no concurso deverá ser enviada para Sociedade Brasileira de DST Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - 24230-160.
- As inscrições encerram-se impreterivelmente em 13 de setembro de 1998.
- Pagamento da Taxa de Inscrição no valor de R\$ 50,00 - cheque nominal para a Sociedade Brasileira de DST - DST IN RIO 2.

### II - CONDIÇÕES PARA INSCRIÇÃO:

- Estar inscrito no DST IN RIO (anexar comprovante).
- Ser médico formado há 2 anos e atuar em Serviço de DST (comprovante) ou
- Ter residência Médica ou Especialização em Toco-Ginecologia, Urologia, Dermatologia, Infectologia, Clínica Médica ou Medicina de Família (comprovante) ou
- Diploma de Curso de 40 horas patrocinado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde (comprovante).

### III - DOCUMENTAÇÃO:

- Cópia da carteira do CRM.
- Cópia do comprovante de inscrição no DST IN RIO 2.
- Cópia do Certificado de Residência Médica ou Especialização ou carta do Serviço de DST em que atua ou Certificado de participação em Curso do Ministério da Saúde (CN DST/AIDS - MS).

### IV - PROVAS

- As provas serão realizadas no Anfiteatro do Hotel Glória.
- O candidato deverá apresentar-se no local das provas 30 minutos antes do seu início. Não será permitida a entrada do candidato após o início do exame.
- O candidato deverá assinar folha de presença e apresentar um documento de identidade e ficha de inscrição no concurso.

- O exame constará de:

Prova escrita com 50 questões de múltipla escolha valendo 1 ponto cada uma.

**Duração:** 90 min.

**Data:** 24/09/98 às 12:30 hs.

**Parâmetro de aprovação:** 70% de acerto Prova prática com 30 diapositivos de imagens das mais diversas DST valendo 1 ponto cada um.

**Duração:** 30 min.

**Parâmetro de aprovação:** 70% de acerto

**Data:** 25/09/98 às 12:30 hs.

### V - INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- O candidato para ser qualificado deverá ser aprovado em ambas as provas.
- O candidato aprovado receberá certificado de Qualificação em DST assinado pelo Presidente e Secretário da SBDST e pelo Coordenador do concurso de qualificação.
- Ficarão arquivados na SBDST toda a documentação referente ao concurso: ata de prova, lista de frequência e lista de aprovados.
- Não será concedido revisão de prova.
- Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Examinadora.

### VI - COMISSÃO EXAMINADORA

- **Coordenador:** Mauro Romero Leal Passos - UFF
- **Membros:** José Antonio Simões - UNICAMP
- Gutemberg Leão de Almeida Filho - UFRJ
- João Luiz Schiavini - UERJ
- Vandira Maria dos Santos Pinheiro - UFF
- Fabio Moherdau - CN DST/AIDS - MS
- Marília de Abreu Silva - UNIRIO
- Paulo Giraldo - UNICAMP
- Ivo Castelo Branco Coêlho - UFCE
- Tomaz Barbosa Isolan - UFPel

### VII - BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- JACINTO, E; ALMEIDA Fº, G; MALDONADO, P - HPV Infecções Genitais Feminina e Masculina. Rio de Janeiro, Revinter, 1994.
- HOLMES, KM KM, Mardh. R. Sparling, PF e Wiesner, PJ Sexually Transmitted Diseases, 2<sup>th</sup> New York, Mc Graw - Hill, 1993.
- PASSOS, MRL et al Doenças Sexualmente Transmissíveis, 4ª Ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1995.
- NAUD, P et al DST/AIDS, Porto Alegre, 1993.
- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis (J bras Doenças Sex Transm)

# PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

**1º Dia: 23/09/98 – 4ª Feira / Miércoles / Wednesday**

Local: Salão Nobre H

<b>Horário</b>	<b>Tipo</b>	<b>Atividades / Participantes</b>
08:00 – 8:40	Abertura	<b>Cerimonial da UFF</b> Mauro Romero Leal Passos e Roberto de Souza Salles Homenagem aos Professores Rubem David Azulay, René Garrido Neves e Raimundo Diogo Machado
08:40 - 09:40	Conferência	<b>“Importância da Atenção às DST no Combate à Epidemia de Aids”</b> Presidente: Mauro Romero Leal Passos Conferencista: Euclides Ayres de Castilho Secretário: Rubem de Avelar Goulart Filho
09:50 – 11:00	Mesa	<b>“Por que Abordagem Síndrômica?”</b> Moderador: Valdilea Veloso Participantes: Mauro Ramos, Telma Regia Queirós Secretário: Marco Antônio Appolinário
11:00 – 11:30	Intervalo	
11:30 – 12:30	Conferência	<b>“Lesões Elementares da Pele: Importância para o Diagnóstico Diferencial”</b> Presidente: René Garrido Neves Conferencista: Omar Lupi Rosa Santos Secretário: Rogério Rodrigues Tavares
12:30 – 14:00	Almoço	
14:00 – 14:50	Conferência	<b>“Vigilância Aprimorada das DST”</b> Presidente: Fábio Moherdau Conferencista: Eduardo Campos de Oliveira Secretário: Dulcinéa de Sousa Barros
15:00 – 15:45	Conferência	<b>“O Papel da Empresa na Atenção às DST/Aids”</b> Presidente: José Paravidino de Macedo Soares Conferencista: Sérgio Candio Secretário: Rosa Aída Kosichi

23/09/98 - 4ª. Feira / Miercoles / Wednesday -

Local: Salão Nobre H

15:50 – 16:30	<b>Conferência</b>	<b>“Direitos Humanos e DST/Aids”</b> Presidente: Valdiléa Veloso Conferencista: Raldo Bonifácio Secretário: Elizabeth de Oliveira Afonso
16:30 – 17:00	<b>Intervalo</b>	
17:00 – 18:00	<b>Conferência</b>	<b>“Risco Profissional e DST/Aids”</b> Presidente: Oscar Berro Conferencista: Claudio Palombo Secretário: Auri Vieira da Silva Nascimento
18:00 – 19:00	<b>Conferência</b>	<b>“Prevenção de DST/Aids entre Homossexuais no Brasil”</b> Presidente: Marília Abreu Conferencista: Luiz Mott Secretário: Aparecida Cristina Sampaio Monteiro

*Reunião do Comitê Nacional de DST – CN DST/Aids - MS*

Local: Sala 301

Horário: 18:00 - 20:00h

Local: Salão Branco B

<b>Horário</b>	<b>Tipo</b>	<b>Atividades / Participantes</b>
09:50 – 11:00	<b>Mesa</b>	<b>“Hipersensibilidade e Dessensibilização à Penicilina”</b> Moderador: José Carlos Sardinha Participantes: Anete Grumach, Luiza Harunari Matida Secretário: Auri Vieira da Silva Nascimento
11:00 – 11:30	<b>Intervalo</b>	
11:30 – 12:30	<b>Conferência</b>	<b>Perspectivas de Vacinas Anti-HIV/Aids: Desenvolvimento, Aplicação e Ética”</b> Presidente: Celso Ramos Filho Conferencista: Dirceu Greco Secretário: Renato Mallmann
12:30 – 14:00	<b>Almoço</b>	
14:00 – 15:00	<b>Mesa</b>	<b>“O Agente Comunitário e as DST”</b> Presidente: Marcelo Garcia Conferencistas: Bárbara Celeste Rolim e Vagner Valetin Secretário: Maria do Socorro Vasconcelos Lima
15:10 – 16:30	<b>Mesa</b>	<b>“O Médico de Família e as DST”</b> Moderador: Ney Costa Programa Saúde da Família de Curitiba-PR Programa Médico de Família de Niterói-RJ Participantes: Leda Maria Albuquerque, Maria Célia Vasconcelos Secretário: Aline Beatriz Bonin Salomone

<b>16:30 – 17:00</b>	<b>Intervalo</b>	
<b>17:00 – 18:00</b>	<b>Conferência</b>	<b>“O Papel dos Serviços de Planejamento Familiar na Abordagem das DST/Aids”</b> Presidente: Maria Albina Castellani Conferencista: Ney Costa Secretário: Marcia Luiza Abreu Maia
<b>18:00 - 19:00</b>	<b>Simpósio</b>	<b>“Simpósio Especial para Profissionais de Saúde Treinados pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro”</b> Moderadores: Regina Guedes e Betina Durovni Participantes: Dilma Siqueira, Eduardo Campos, Mauro Romero Secretário: Ana Lúcia Silva Dutra

Local: Sala E

<b>Horário</b>	<b>Tipo</b>	<b>Atividades / Participantes</b>
<b>14:00 – 16:00</b>	<b>Tema Livre</b>	Presidente: Juan Carlos Flichman (Argentina) Números: 2301 a 2308 Secretário: Aléa Maria Bastos
<b>16:10 – 19:00</b>	<b>Tema Livre</b>	Presidente: Carlos Eduardo Pollastri Números: 2309 a 2319 Secretário: Luiz Carlos Moreira

**2º Dia: 24/09/98 – 5ª Feira / Jueves / Thursday**

Local: Salão Nobre H

<b>Horário</b>	<b>Tipo</b>	<b>Atividades / Participantes</b>
<b>08:30 – 09:50</b>	<b>Simpósio</b>	<b>Simpósio Laboratórios Gilson Cidrim “Agentes Vaginais com Atividade Dupla: Inibição de DST/Aids e Espermatocidas e Desenvolvimento de Novas Formulações Vaginais Anti-DST/Aids”</b> Moderador: Gilson Cidrim Participante: Lóuens Zaneveld Secretário: Renata Queiroz Varela
<b>10:00 – 11:00</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Adolescentes e DST”</b> Presidente: Aléa Maria Bastos Conferencista: Evelyn Eisenstein Secretário: Ana Lúcia Silva Dutra
<b>11:00 – 11:30</b>	<b>Intervalo</b>	
<b>11:30 – 12:30</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Diagnóstico das Úlceras Genitais”</b> Presidente: Nero Araújo Barreto Conferencista: Stephen Morse (EUA) Secretário: Cláudio Cesar Cirne dos Santos
<b>12:30 – 14:00</b>		Almoço

<b>14:00 – 15:00</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Técnicas de Biologia Molecular no Diagnóstico das DST”</b> Presidente: Ledy do Horto Oliveira Conferencista: Stephen Morse (EUA) Secretário: Jairo Epaminondas Rocha
<b>15:05 – 16:05</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Importância do Diagnóstico das Infecções Assintomáticas por Chlamydia trachomatis”</b> Presidente: Iara Linhares Conferencista: Steven Witkin (EUA) Secretário: Regina Dias das Neves

Local: Stand da Sociedade Brasileira de DST

<b>16:05 – 16:30</b>	<b>Lançamento</b>	Livro: <b>“DST - Se educar dá para evitar!”</b>
<b>16:05 – 16:30</b>	<b>Intervalo</b>	
<b>16:30 – 17:30</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Azitromicina em Infecções Sexualmente Transmissíveis”</b> Presidente: Carlos Alberto Moraes de Sá Conferencista: Michael Waugh (Inglaterra) Secretário: Aparecida Cristina Sampaio Monteiro
<b>17:40 – 18:40</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Níveis de Crescimento do HIV/Aids”</b> Presidente: Anna Ricordi Bazin Conferencista: Ross Philpot (Austrália) Secretário: Rogério Rodrigues Tavares

Local: Salão Branco B

<b>Horário</b>	<b>Tipo</b>	<b>Atividades / Participantes</b>
<b>08:30 – 10:15</b>	<b>Mesa</b>	<b>“O Que o Médico que Atende DST Deve Saber sobre Toque de Próstata”</b> Presidente: Irineu Rubinstein Participantes: Tomaz Isolan e João Schiavini Secretário: Josemar Coutinho Lima
<b>10:15 – 10:45</b> <b>10:45 – 12:30</b>	<b>Intervalo</b> <b>Simpósio</b>	<b>“Vaginites”</b> Moderador: Iara Linhares Candidíase Vulvovaginal é uma DST? José Antônio Simões Vaginose Bacteriana é uma DST? Paulo Giraldo Secretário: Carla Aguiar Bastos
<b>12:30 – 14:00</b> <b>14:00 – 14:30</b>	<b>Almoço</b> <b>Conferência</b>	<b>“Auto Coleta de Materiais Femininos como uma Estratégia Alternativa na Detecção de DST sem uso de Espéculo Vaginal”</b> Presidente: Ayrton Daniel Ribeiro Filho Conferencista: Juan Carlos Flichman (Argentina) Secretário: Célia Maria Pedrosa Stadnick
<b>14:35 – 15:25</b>	<b>Conferência</b>	<b>“HIV e Principais Subtipos Encontrados no Brasil”</b> Presidente: Isabel Cristina Frugulhetti Conferencista: Mariza Morgado Secretário: Leonardo Martins Bastos

<b>15:30 – 16:30</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Sífilis Congênita: Medidas para Controle”</b> Presidente: Paulo Canella Conferencista: Paulo Naud Secretário: Patricia Magalhães Plischke
<b>16:40 – 17:40</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Novas Tecnologias Laboratoriais no Controle dos Pacientes HIV Positivos”</b> Presidente: Luiz Gallotti Póvoa Conferencista: Amilcar Tanuri Secretário: Antônio Carlos Accetta
<b>18:00 – 19:00</b>	<b>Vídeo</b>	<b>“Changing Concepts involving Chlamydia Infections of Women in Understanding and Managing Acute Salpingitis”</b> Expositor: Gilles Monif Apresentação: Paulo Giraldo

Local: Salão Dourado

<b>Horário</b>	<b>Tipo</b>	<b>Atividades / Participantes</b>
<b>08:30 – 09:30</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Prevalência das DST/Aids na África, Modelo de Atenção e sua Importância na Globalização”</b> Presidente: Fábio Moherdau Conferencista: Rui Manuel Bastos dos Santos (Moçambique) Secretário: Telma Martins
<b>09:40 – 10:40</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Conduta Frente ao Abuso Sexual na Infância”</b> Presidente: Vandira Maria dos Santos Pinheiro Conferencista: Albertina Duarte Takiuti Secretário: Vanessa Maria Menezes de Oliveira
<b>10:40 – 11:10</b>		<b>Intervalo</b>
<b>11:10 – 12:00</b>	<b>Conferência</b>	<b>“DST/Aids na Era do Viagra®”</b> Presidente: João Luiz Schiavini Conferencista: Paulo Canella Secretário: Fabio Moherdau
<b>12:00 – 14:00</b>	<b>Almoço</b>	
<b>14:00 – 14:50</b>	<b>Conferência</b>	<b>“HPV e HIV”</b> Presidente: José Augusto Pantaleão Conferencista: Elza Gay Pereyra Secretário: Suzana Aidé Viviani Fialho
<b>14:55 - 16:10</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Diagnóstico Diferencial das Lesões HPV Induzidas em Vulva/Vagina e Tratamento com Cirurgia de Alta Frequência”</b> Presidente: Carlos Eduardo Pollastri Conferencista: Newton Carvalho Secretário: Denise Pessanha

**16:15 - 17:25 Conferência** **“Manifestações Dermatológicas da AIDS”**  
Presidente: Vandira Maria dos Santos Pinheiro  
Conferencista: Ivo Castelo Branco Coêlho  
Secretário: Rogério Rodrigues Tavares

**17:30 - 18:10 Conferência** **“Vulvodínia e DST”**  
Presidente: Hugo Miyahira  
Conferencista: Claudia Jacyntho  
Secretário: Marco Antônio de Oliveira Appolinário

Reunião do Comitê Nacional de DST – CN DST/Aids - MS

Local: Sala 301

Horário: 18:00 – 20:00

Local: Sala C

<b>Horário</b>	<b>Tipo</b>	<b>Atividades / Participantes</b>
<b>07:30 – 18:00</b>	<b>Sessão de Posters</b>	Das 12:30h às 13:30h os autores devem permanecer junto ao respectivo pôster. Números: 241 a 2440 E 2441 a E 2446 Secretários: Tânia Mara da Silva, Marcia Luzia Abreu Maia, Kátia Telles Nogueira, José Luiz Alves Souza, Lincoln Agudo de Oliveira Benito.

Local: Salão Nobre H

<b>Horário</b>	<b>Tipo</b>	<b>Atividades / Participantes</b>
<b>12:30 – 13:50</b>	<b>Concurso</b>	Concurso para Título de Qualificação em DST. Somente para médicos previamente inscritos. Parte teórica com teste de múltipla escolha. Secretários: Sonia Maria Barbosa Ferreira, Roseli Carneiro da Silva, Fabiana Leite Polycarpo, Anita Seixas Dias, Aparecida Cristina Sampaio Monteiro.

Local: Sala E

<b>Horário</b>	<b>Tipo</b>	<b>Atividades / Participantes</b>
<b>14:00 – 16:00</b>	<b>Tema Livre</b>	Presidente: José Trindade Filho Números: 2420 a 2427 Secretário: Marco Antônio de Oliveira Appolinário
<b>16:10 – 19:00</b>	<b>Tema Livre</b>	Presidente: Vania Gloria Silami Números: 2428 a 2438 Secretário: Trícia de Mello Assad

LOCAL: Salão Nobre H

<b>Horário</b>	<b>Tipo</b>	<b>Atividades / Participantes</b>
08:30 – 09:30	Conferência	<b>“Herpes Genital: Quando o Atípico é Típico e Aconselhamento Sexual após o Diagnóstico”</b> Presidente: Neide Kalil Conferencista: Marc Steben (Canadá) Secretário: José Mário Faria dos Santos
09:40 – 11:00	Mesa	<b>“O Papel das Sociedades Médicas e ONGs no Combate à DST”</b> Moderador: Juan Carlos Flichman (Argentina) Participantes: Michael Waugh (Inglaterra), Ronaldo Mussauer Secretário: Aléa Maria Bastos
11:00 – 11:30		<b>Intervalo</b>
11:30 – 12:30	Conferência	<b>“Aids Feedback – 1998”</b> Presidente: José Carlos Sardinha Conferencista: Roger Bernard (Suíça) Secretário: Rogério Rodrigues Tavares
12:30 – 14:00	Simpósio	<b>Simpósio Glaxo Wellcome</b> “Avanço na Terapêutica do Herpes Genital” Moderador: Omar Lupi Rosa Santos  <b>“Etiopatogenias, Primo Infecção, Recorrência”</b> Ivo Castelo Branco Coêlho  <b>Terapia de Supressão e Gravidez</b> Telma Regia Queirós Secretário: Cristiane dos Santos Guimarães
14:00 – 15:00	Conferência	<b>“Doença Inflamatória Pélvica Aguda”</b> Presidente: Renato de Souza Bravo Conferencista: Carlos Eduardo Pollastri Secretário: Célia Maria Pedrosa Stadnick
15:10 – 16:00	Conferência	<b>“DST/AIDS: Assistência e Prevenção no Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro”</b> Presidente: Paulo Junqueira Conferencista: Edison Biondi Secretário: Roseli Carneiro da Silva
16:00 – 16:30		<b>Intervalo</b>
16:30 – 18:00	Mesa	<b>“Avanços na Terapêutica da Aids”</b> Moderador: Norma Rubini No Adulto: Marcia Rachid Na Criança: Vladimir Queiroz Secretário: Flávia De Angelis

<b>18:10 - 18:35</b>	<b>Vídeo</b>	<b>“Abordagem Sindrômica das DST”</b> Coordenação Nacional DST/Aids - MS/NUTES - UFRJ Luiza Paiva, João Leocádio e Emiliano Ribeiro, Mauro Romero
<b>18:40 - 19:00</b>	<b>Encerramento</b>	
<b>Local: Salão Branco B</b>		
<b>Horário</b>	<b>Tipo</b>	<b>Atividades / Participantes</b>
<b>08:30 - 09:20</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Classificações (passadas e atuais) dos Resultados de Colpocitologia (displasia / nic / cin / sil / ascus...)”</b> Presidente: Adele Benzaken Conferencista: Gutemberg Leão de Almeida Filho Secretário: Aléa Maria Bastos
<b>09:25 - 10:15</b>	<b>Conferência</b>	<b>“O que o médico que atende DST deve saber sobre Colposcopia e Peniscopio”</b> Presidente: Paula Maldonado Conferencista: Gutemberg Leão de Almeida Filho Secretário: Célia Maria Pedrosa Stadnick
<b>10:20 - 11:00</b>	<b>Mesa</b>	<b>“Atualização Terapêutica das DST”</b> Moderador: Mauro Ramos Participantes: Adele Benzaken e João Schiavini Secretário: José Carlos Sardinha
<b>11:00 - 11:30</b>	<b>Intervalo</b>	
<b>11:30 - 12:30</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Principais Aspectos das DST no Ciclo Gravídico- puerperal”</b> Presidente: Francisco Luiz Gonzaga Conferencista: Antônio Guilherme Porto Secretário: Trícia de Mello Assad
<b>12:30 - 14:00</b>		<b>Almoço</b>
<b>14:00 - 15:15</b>	<b>Mesa</b>	<b>“Como a Mídia pode Influenciar a Sexualidade e as Campanhas em DST/Aids”</b> Moderador: Dione Peluso de Oliveira Costa Participantes: Regina Navarro e Cristina Cavalcante Secretário: Maria de Fátima Carioly
<b>15:15 - 16:15</b>	<b>Conferência</b>	<b>“A Boca como Alvo de DST”</b> Presidente: Délcio Nacif Sarruf Conferencista: Luiz Carlos Moreira Secretário: Cristina Robichez
<b>16:15 - 16:30</b>		<b>Intervalo</b>
<b>16:30 - 17:20</b>	<b>Conferência</b>	<b>“Diagnóstico Diferencial das DST: Nem Todas as Lesões Genitais são DST”</b> Presidente: Paulo da Costa Lopes Conferencista: Maurício Auchorne Secretário: Vera Bahiense Ferro

**17:30 - 18:30 Conferência "Acurácia dos Métodos Diagnósticos em DST/Aids"**  
Presidente: Nero Araújo Barreto  
Conferencista: Gerson Bottacini das Dôres  
Secretário: Marcio Humberto Soares

Local: Sala C - **Sessão de Posters**

**Horário**            **Tipo**                            **Atividades / Participantes**  
**07:30 - 18:00 Sessão de Posters**      Das 12:30h às 13:00h os autores devem permanecer junto ao respectivo pôster.  
Números: 2541 a 2578    E 2579 a E 2584  
Secretários: Marcia Luiza de Abreu Maia, Glaucio Moraes de Paula, Flávia De Angelis, José Luiz Alves de Souza

Local: Sala E

**Horário**            **Tipo**                            **Atividades / Participantes**  
**12:30 - 13:00 Concurso**                            **Concurso para Título de Qualificação em DST. Somente para médicos previamente inscritos. Parte prática com audiovisuais**  
Secretários: Vandira Maria dos Santos Pinheiro, Glaucio Moraes de Paula, Aparecida Cristina Sampaio Monteiro, Milena Paladini, Danieli Dias Gonçalves.

**14:00 - 16:00 Tema Livre**                            Presidente: José Antonio Simões  
Números: 2539 a 2546  
Secretário: Dulcinéia de Sousa Barros

**16:10 - 18:10 Tema Livre**                            Presidente: Fábio Russomano  
Números: 2547 a 2554  
Secretário: Célia Maria Pedrosa Stadnick

Reunião do Comitê Nacional de DST- CN DST/Aids - MS

Local: Sala 301

Horário: 19:30 - 20:30h

#### **IMPORTANTE**

- Todos os inscritos no DST in Rio 2 tornar-se-ao, automaticamente, sócios da Sociedade Brasileira de DST.
- Durante o Congresso haverá votação para a Diretoria da Sociedade - 1998/2000.
- A posse da nova Diretoria será realizada no encerramento do Congresso.
- Informações sobre inscrição de chapas podem ser obtidas na Secretaria da SBDST.

**O** *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* aceita trabalhos originais de revisão e atualização, relatos de casos, notas pré-vias, 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. – A AIDS no Brasil. *Rio de Janeiro: ABIA, IMS*, 1994.

• Trabalho apresentado em congresso ou similar já publicado

(4) TOMPSON, N. LILLO, P. - The Crescent Problem 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 (todos 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.