

# DST

Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis



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



Jornal Brasileiro de Doenças  
Sexualmente Transmissíveis

---

## SUMÁRIO

---

### EDITORIAL

- AIDS: UM BRINDE SOCIAL** ..... 3  
*Carlos Alberto Moraes de Sá*
- 

### ARTIGOS

- SEXUALIDADE DST/AIDS E DROGAS COM MULHERES EM SISTEMA  
PENITENCIÁRIO BRASILEIRO** ..... 4  
**SEXUALITY STD/SIDA AND DRUGS PERFORMED WITH WOMEN IN BRAZILIAN PENITENCIARY SYSTEM** ..... 4  
*Anneccy Tojeiro Giordani, Sonia Maria Villela Bueno*

- AVALIAÇÃO DA PERFORMANCE DA PROTEÍNA C REATIVA E DA VELOCIDADE  
DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA** ..... 20  
**PERFORMANCE EVALUATION OF C-REACTIVE PROTEIN AND ERYTHROCYTE  
SEDIMENTATION RATE IN PELVIC INFLAMMATORY DISEASE** ..... 20  
*Angélica Espinosa Miranda, Antônio Chambô Filho*

- TRATAMENTO DA INFECÇÃO SUBCLÍNICA PELO PAPILOMAVIRUS HUMANO (HPV)  
NO COLO UTERINO: CONSENSO E CONTROVÉRSIAS** ..... 27  
**THE TREATMENT OF SUBCLINICAL HUMAN PAPILOMAVIRUS (HPV) CERVICAL INFECTION:  
CONSENSUS AND CONTROVERSY** ..... 27  
*Fábio Russomano, Maria José de Camargo, Aldo Reis, Ana Lucia Segueira, Maria Virgínia Dutra e Sandra Fonseca*
- 

### MOMENTO HISTÓRICO

- HISTORIA DE LA UNIÓN LATINO AMERICANA CONTRA LAS  
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA** ..... 37
- 

### CARTA AO EDITOR

- HIV: PERFIL ATUAL DA TRANSMISSÃO HETEROSSEXUAL NO BRASIL** ..... 40  
*Vânia Glória Silami Lopes*
- 

- CANDIDATOS APROVADOS NO CONCURSO PARA TÍTULO DE QUALIFICAÇÃO  
EM DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - 1998** ..... 43



## EDITORIAL

# AIDS: UM BRINDE SOCIAL

CARLOS ALBERTO MORAIS DE SÁ

No Brasil de hoje é extremamente problemático ficar doente ou se conseguir fazer um "check-up". Os custos de tratamento e de avaliações clínicas são elevados, os hospitais públicos não funcionam adequadamente, os seguros ou planos de saúde não asseguram assistência completa e os profissionais de saúde se sentem desmotivados pela carência das instituições e pelos baixos salários.

Os complexos significados embutidos na infecção HIV/Aids estão associados às questões humanas não resolvidas como morte e sexualidade. A milenar equação amor-sexo-vida é substituída por amor-sexo-morte, causando enorme impacto que gera perplexidade, medo, insegurança e discriminação.

No Brasil a associação de crises econômica, social, familiar, institucional e de valores vem desencadeando desdobramentos particulares que amplificam e interligam abandono social, tóxicos e disseminação do vírus da Aids. O abuso, tolerância e dependência às drogas se comportam como cadeia contínua auto-sustentada, que para os indivíduos dependentes é resposta adaptativa necessária ao suporte de personalidade em nítida desvantagem social. Nessa circunstância, enquadram-se a adolescência e alguns que por fragilidade e característica de personalidade são naturalmente insensíveis aos limites das regras sociais.

O impacto da pressão econômica se faz sentir no indivíduo, reverbera

na família e pela ruptura social, associada à inconsistência de planejamento político-administrativo, conduz as famílias a se organizarem alternativamente nas ruas, calçadas, viadutos e praças dos grandes centros urbanos com padrões educacionais, culturais e éticos indefinidos, ampliando coletivamente as desvantagens individuais. Esta adaptação natural é desencadeadora de violência, abuso sexual, uso de drogas e, na esteira desse processo, a disseminação crescente do HIV.

Na realidade, o atual surto epidêmico entre menores, adolescentes e mulheres, dependentes de drogas ou não, representa um brinde social desse brutal processo de desagregação e tentativa individual e coletiva de ajustamento.

Qualquer estratégia que vise a contenção do crescimento da disseminação do HIV nesses grupos em alto risco, para causar impacto sobre a reverberação e intensificação social da epidemia, deverá obrigatoriamente passar pela reordenação social, familiar, educacional e, finalmente, do sistema de saúde pública e assistência médica.

Portanto, enquanto políticos, dirigentes, entidades, empresários, intelectuais, indivíduos de saber e a sociedade brasileira não encontrarem uma saída política global para a atual crise com re-equacionamento de sua organização social, econômica, urbana e educacional, a saúde pública no Brasil continuará vitimada pelo modelo e

o vírus da Aids grassará livremente no terreno fértil da pobreza, desorganização, do abandono, ineficiência, falta de seriedade, omissão, incompetência e irresponsabilidade.

O peso da atual crise econômica poderá trazer conseqüências trágicas para o programa de controle de Aids no Brasil. A vitória na estabilização da epidemia HIV/Aids em território brasileiro aliado ao bem-sucedido programa de medicamentos anti-HIV para a população se transformarão em fracasso. Os cortes orçamentários no setor de saúde criarão dificuldades para a distribuição gratuita de anti-retrovirais. Este fato colocará em risco a vida dos indivíduos recentemente identificados, pela indisponibilidade dos medicamentos, bem como a suspensão abrupta da medicação poderá causar a emergência generalizada de resistência ao tratamento, aparecimento de novos mutantes virais e novo surto epidêmico.

Desta forma é esperado que o aperto orçamentário anunciado para o Ministério da Saúde preserve o programa nacional de Aids. Verdadeiramente encontra-se em risco a sociedade e o futuro do país, pelas conseqüências incontroláveis que poderão advir. É muito desagradável estar com Aids ou infectado pelo HIV e não ter a quem recorrer ou onde obter tratamento. Pior ainda é não poder ser avaliado para qualquer tipo de doença por ausência de serviços públicos adequados em prevenção ou diagnóstico precoce.



## ARTIGO

# SEXUALIDADE, DST/AIDS E DROGAS COM MULHERES EM SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO\*

## SEXUALITY STD/SIDA AND DRUGS PERFORMED WITH WOMEN IN BRAZILIAN PENITENTIARY SYSTEM

ANNECY GIORDANI<sup>1</sup>, SONIA BUENO<sup>2</sup>

### RESUMO

Referenciais teóricos e práticos sobre as questões relativas a sexualidade, DST, Aids e drogas voltadas, principalmente para pessoas em detenção em sistema penitenciário, têm nos revelado que estas enfrentam grau de vulnerabilidade à contaminação pelo HIV, seja pelo sexo ou drogas ou associação de ambos. Isto torna-se mais

complexo ainda se já passaram ou passam em seu cotidiano envolvidas com o mundo da violência associada à marginalidade, ao crime, à prostituição e à promiscuidade. Sensibilizadas com isso, procuramos desenvolver com mulheres detentas uma pesquisa-ação, objetivando levantar com elas seus problemas frente à sexualidade, DST, Aids e drogas, trabalhando a seguir, um programa educativo sobre estes temas, possibilitando-lhes, conhecimentos e habilidades nesta área, bem como, preparando-as para serem agentes multiplicadores. Coletamos os dados através de entrevistas individuais, com questões norteadoras as quais nos permitiram qualitativamente verificar que estas mulheres dão significado positivo para a vida, para a família e sublimam a maternidade, todas referindo ter tido a maior benção da concepção de um filho. Sentem profunda tristeza pela situação em que se encontram, afirmando que atrás disso está seu homem, culpando-o severamente pela sua desgraça. Revelam certo conhecimento sobre sexualidade, DST, Aids e drogas. Praticam qualquer tipo de sexo mais preferem o vaginal. São promiscuas e algumas bissexuais. Atribuem às DST/

<sup>1</sup> *Enfermeira Docente*  
Enfermeira Responsável pela U. B. S. Vila São Luiz da Secretaria Municipal da Saúde de Ourinhos-SP  
Enfermeira Docente da Fundação Paula Souza no Curso Técnico de Enfermagem em Ourinhos-SP

AnneCy Tojeiro Giordani  
Av. Rodrigues Alves, 415  
Jd. Paulista  
CEP 19.900-000 — Ourinhos-SP

<sup>2</sup> *Profª Drª da EERP-USP / Consultora do Ministério da Saúde (CN DST-Aids) e da ONU / Orientadora*

Sonia Maria Villela Bueno  
Escola de Enfermagem Ribeirão Preto / USP  
Av. Bandeirantes, 3.900  
CEP 14.040-902 — Ribeirão Preto-SP

\* Esta pesquisa faz parte de um projeto mais amplo, que está sendo desenvolvido na EERP-USP / Deptº EPCH, para reverter em pesquisa de pós-graduação.

Aids, pela desinformação do povo.

Revelam presença de DST em sua vida, algumas referindo uso inadequado do preservativo, afirmando ser difícil negociar sexo seguro com o parceiro. Para Aids, demonstram certo conhecimento mas, não desenvolvem a consciência para a mudança de comportamento. Deprendemos então, que estas mulheres não têm preparo para lidarem com a sua sexualidade e contra às DST/Aids e drogas. Portanto, trabalhamos com elas, programas educativos sobre estas questões, preparando-as também para serem agentes multiplicadores.

**Palavras-chave:** Sexualidade, DST/Aids e Drogas

## 1 – INTRODUÇÃO E RELEVÂNCIA DA TEMÁTICA

A idéia da realização desta pesquisa voltada a uma população detenta de um sistema penitenciário feminino, mesmo que pouco numerosa, prendeu-se ao fato da necessidade de desvincularmo-nos do conhecimento puramente empírico para o prático, técnico e experimental fundamentado na realidade pessoal e coletiva de mulheres delituosas em regime de prisão.

A vida de reclusão, especialmente a mantida por mulheres internas do sistema penitenciário brasileiro, mostrou-nos uma herança de infrações menor do que as suas próprias necessidades básicas como seres humanos, deficitariamente atendidas desde a infância. Talvez, esta tenha sido a maior contribuição para a manutenção de um mundo pessoal e educacional desestruturado, repleto de conflitos familiares, afetivos, sociais e educativos, imerso em controvérsias e situações de risco com relação às DST/Aids e drogas em prejuízo próprio e de outros.

Observamos que inicialmente, de uma procura preocupada das pesquisadoras em conseguir a confiança e a participação em cada uma nas etapas deste processo, no desenrolar da nossa pesquisa-ação, logo as mulheres detentas pesquisadas, naturalmente expuseram suas dificuldades carregadas de medos, angústias e ansiedades, expressas em idéias e questionamentos relativos aos temas aqui trabalhados.

Assim sendo, apresentamos este trabalho sem nos dirirmos da responsabilidade e vontade

*Identificar com estas mulheres quais seus maiores problemas em relação à sexualidade, DST/Aids e drogas*

em contribuir de algum modo, para o despertar do interesse de pesquisadores por esta classe, a margem dos padrões considerados normais pela sociedade.

Fica-nos claro então, que mulheres detentas estão existencialmente, mais envolvidas com o submundo das drogas e da prostituição, desenvolvendo com certa freqüência, comportamentos de risco que nem sempre são abertamente declarados, conseqüentemente colocando-as em circunstâncias severas de regime de prisão, além de serem susceptíveis e vulneráveis enquanto agentes receptores e pluralistas das patologias infecto-contagiosas tanto dentro como fora da cadeia.

Diante da crescente onda de “suicídios lentos” ocasionados pelas drogas e pela Aids, seja devido a falta de conhecimentos ou pelo pouco interesse para a efetiva incorporação de informações advindas de ações seguras já conhecidas, buscamos nesta pesquisa-ação, não somente a identificação e compilação de dados coletados de forma sistemática. Não nos detemos apenas ao simples conhecimento do real perfil destas mulheres como foco de pesquisa, prevenção e intervenção, mas, nos empenhamos na conquista e manutenção de uma linha de comunicação entre pesquisadoras e pesquisandas, cuja simpatia e empatia favorecessem a base de um trabalho sério, efetivo, comprometido e participativo de resgate da conscientização sobre as doenças abordadas e importantes aspectos biológicos, sociais, culturais, religiosos, educacionais e econômicos. Sentimo-nos também, comprometidos com o respeito à integridade física e moral das mulheres pesquisadas, em detrimento do respeito aos direitos humanos universais que não excluem nenhuma pessoa, nem tão pouco, as que se encontram em regime de reclusão carcerária.

## 2 – OBJETIVOS

Baseando-nos aos pressupostos já mencionados e na complexidade que envolve a vida das mulheres detentas pesquisadas, levantamos os seguintes pressupostos:

1. identificar com estas mulheres quais seus maiores problemas em relação à sexualidade, DST/Aids e drogas;
2. trabalhar conjuntamente com elas, o desenvolvimento de um programa educativo

association to cervical cancer. There are a lot of therapies proposed but many experts agree that it is a difficult task and that no treatment can eradicate the virus. Some authors, recommend therapies ranging from the destruction of the transformation zone to the excision of all identifiable HPV lesions. Others, in face of the limitations mentioned, recommend that these patients should be kept under straight observation, in order to detect and treat intraepithelial neoplasia, if it comes up. Other measures are discussed in face of it's ineffectiveness and psychological consequences. Also, we try to explain the disagreement between authors in light of the methodology used in their reviews of the medical literature and show the results of a systematic review about the efficacy of treatments to HPV subclinical infection of the cervix without CIN. We conclude that, until some evidence of the efficacy of some treatment of subclinical HPV infection of the uterine cervix appears, these patients must be kept under cytological and colposcopic control, in order do avoid cervical cancer.

**Keywords:** Human papillomavirus, treatment, cervical cancer

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 1995. Human Papillomaviruses. *IARC Monographs*, 64:83-86.
2. Schiffman, M.H., 1992. Recent progress in defining the epidemiology of human papillomavirus infection and cervical neoplasia. *Journal of the National Cancer Institute*. 84(6): 394-398.
3. Ferenczy, A., s.d.: *HPV infections: current concepts, new developments*. N.P. (separata remetida pelo autor em 1997).
4. Villa, L.L., 1997. Human Papillomaviruses and cervical cancer. *Advances in Cancer Research*. 71:321-341.
5. Bosch, F.X.; Manos, M.M.; Muñoz, N. et al. International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group, 1995. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *Journal of the National Cancer Institute*, 87: 796-802.
6. Fisher, S.G., 1994. Epidemiology: a tool for the study of human papillomavirus-related carcinogenesis. *Intervirolgy*. 37: 215-225.
7. Ling, M.R., 1992 a. Therapy of genital human papillomavirus infections. Part I: indications for and justification of therapy. *International Journal of Dermatology*. 33(10): 682-686.
8. Reid, R. & Campion, M.J., 1989. HPV-associated lesions of the cervix: biology and colposcopic features. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 32:157-179.
9. Ferenczy, A., Mitao, M., Nagai, N., Silverstein, S.J. & Crum, C.P., 1985. Latent papillomavirus and recurring genital warts. *The New England Journal of Medicine*. 313(13): 784-788.
10. Phelps, W.C. & Alexander, K.A., 1995. Antiviral therapy for human papillomaviruses: rationale and prospects. *Annals of Internal Medicine*. 123: 368-382.
11. Krebs, H.-D., 1989. Management strategies. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 32(1): 200-213.
12. Ling, M.R., 1992b. Therapy of genital human papillomavirus infections. Part II: Methods of treatment. *International Journal of Dermatology*. 31(11): 769-776.
13. Jacyntho, C., Almeida Filho, G & Maldonado, P., 1994. *HPV- Infecção Genital Feminina e Masculina*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda
14. Kraus, S.J. & Stone, K.M., 1990. Management of genital infection caused by human papillomavirus. *Reviews of Infectious Diseases*. 12 (supl.6): S620-S632.
15. Hatch, K.D., 1991. Vulvovaginal human papillomavirus infections: clinical implications and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 165: 1183-1188.
16. Di Paola, G.R., 1989. *HPV y Neoplasia Intraepitelial Genital*. Buenos Aires: Eudeba.
17. Crum, C.P. & Nuovo, G.J., 1991. *Genital Papillomaviruses and Related Neoplasms*. New York: Raven Press.
18. Reid, R., 1996. *Treatment of HPV-associated disease*. In *Papillomavirus Reviews: Current Research on Papillomaviruses*. (Lacey, C., ed.) Leeds: Leeds University Press.
19. Oxman, A.D. & Guyatt, G., 1988. Guidelines for reading literature reviews. *Canadian Medical Association Journal*. 138: 697-703.
20. Mulrow, C.D., 1987. The medical review article: state of the science. *Annals of Internal Medicine*. 106: 485-488.
21. Cook, D.J., Sackett, D.L. & Spitzer, W.O., 1995. Methodologic guidelines for systematic reviews of randomized clinical trials in health care from the Potsdam consultation on meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*. 48(1): 167-171.
22. Russomano, F.B.: *Eficácia de Tratamentos para a Infecção Subclínica pelo HPV sem neoplasia intraepitelial: revisão sistemática da literatura*. Tese de Mestrado. IFP/FIOCRUZ, 1997.

*Trabalhamos todas as  
mulheres internas do  
sistema penitenciário (10)  
de uma cidade do  
interior paulista*

racterísticas peculiares, ajustando-se adequadamente com os propósitos deste intento. Esta apresenta uma fundamentação humanista, cuja análise das falas apresentadas, são de cunho qualitativo elaboradas por categorização.

Partindo destes pressupostos, procuramos resgatar o significado que a clientela estudada, dá para sexualidade, DST/Aids e drogas, de acordo com sua visão de mundo, revelando então, seus maiores problemas nesta área.

Assim, estes conteúdos são emitidos por elas através dos conceitos, idéias e pensamentos. Esses foram registrados, analisados e interpretados permitindo uma melhor compreensão dos significados delas enquanto mulheres detentas do sistema penitenciário, tanto em relação a si e quanto ao outro, no seu cotidiano individual e profissional, frente a temática central.

Uma vez computados estes dados, nós pesquisadoras e pesquisandas envolvidas, traçamos conjuntamente, um programa educativo, levando em consideração o planejamento, a execução, a avaliação e a intervenção destas ações, visando atender as necessidades emergenciais levantadas.

Para a efetivação desta pesquisa, trabalhamos todas as mulheres internas do sistema penitenciário (10) de uma cidade do interior paulista, sendo que estas estão inseridas numa faixa etária entre 20 e 41 anos de idade.

O local a ser pesquisado, tem a seguinte característica: é uma cadeia pública feminina, que recebe mulheres procuradas pela justiça ou autuadas em flagrante delito em toda região policial que engloba a Delegacia Seccional de uma cidade próxima desta instituição penitenciária pesquisada. Trata-se de uma cadeia de pequeno porte, que tem capacidade de atender próximo de 15 presas por mês, desde sua criação. Este número é variado pois, que há uma significativa rotatividade de detentas, já que as mesmas são levadas para lá, aguardando julgamento e posterior destino, muitas sendo encaminhadas para outros presídios conforme o grau da pena atribuída. Todas dão entrada nesta cadeia devidamente documentadas, ou seja, com mandato de prisão, nota de culpa, etc, sendo recolhidas e submetidas às novas regras de conduta e rotinas, o que inclui visitação de familiares todas as

semanas, aos sábados, por período de 2 horas, sendo boa a frequência de visitantes.

As visitas médicas são realizadas uma vez por semana, por médico do Posto de Saúde local,

enquanto que as odontológicas são realizadas de acordo com a necessidade das detentas. As consultas especializadas são feitas a partir de encaminhamento ao Ambulatório de Especialidades, com prévio agendamento, em cidade vizinha, cuja cadeia está vinculada à Seccional.

As detentas não recebem qualquer espécie de benefício material ou judicial. As vezes, esta cadeia pública recebe do Estado, verba para aquisição de materiais de limpeza, medicamentos e de higiene. Não é oferecido às mulheres em reclusão, assistência psicológica. E quanto às atividades ocupacionais, o Estado também não as subvenciona, apenas podendo contar com a oferta de trabalhos manuais temporários oferecidos por pequenas empresas, em número reduzido ou por pessoas físicas interessadas em ajudar neste campo, entendendo a grande necessidade que as detentas sentem de realizar algum trabalho para distraírem-se e de passarem o tempo. Estes trabalhos manuais consistem em crochê, tricô, bordados entre outros e recebem pelo trabalho efetuado, pequena remuneração além do direito à remição de pena, ou seja, a cada 3 dias trabalhados, desconta-se 1 dia em sua pena.

Metodologicamente, trabalhamos as técnicas da observação (para melhor conhecimento da realidade) e da entrevista individual, sistematizada, face a face, gravada, utilizando-se do formulário, com questões norteadoras (para detecção das falas das mulheres pesquisadas).

Para melhor compreensão do termo *mulheres internas do sistema penitenciário* utilizado no presente estudo, procuramos operacionalizá-lo, entendendo-o como a melhor forma de não haver discriminação daquelas pessoas que passam pela experiência de reclusão ou detenção de penas em cadeias ou penitenciárias.

Portanto, a realização deste ensaio, nos foi possível devido ao procedimento efetivo, elaborado por momentos assim traçados:

Em primeiro momento, solicitamos permissão por escrito, para todas as instâncias superiores relacionadas ao poder judiciário, com permissão total para a realização das mesmas.

*Este trabalho representa um plano piloto como parte integrante de um projeto mais amplo que será desenvolvido até o ano 2.000*

1. Temos mantido participação mensal, neste local, de 2 anos consecutivos para cá, de trabalho ininterrupto (sem limite para término deste compromisso), com este tipo de população carcerária, o que nos têm permitido detecção, observação empíricas das necessidades e trabalhos educativos efetivos com as detentas. Este intercâmbio anterior, facilitou-nos maior abertura relativa a coleta dos dados ligados diretamente à vida, hábitos, costumes e pensamentos mais íntimos da população que foi estudada. As visitas efetuadas anteriormente à esta pesquisa criou-nos um clima de simpatia e considerável confiabilidade, frente a proposta e desenvolvimento desta pesquisa-ação, com adesão de todas as detentas. Este processo nos facilitou uma interação positiva entre pesquisadores e pesquisandas, criando clima de respeito, segurança e responsabilidade, garantindo o desenvolvimento efetivo deste estudo;
2. o nosso pedido de permissão também ao delegado de polícia e diretor da cadeia pública feminina estudada foi aprovado para a realização deste estudo;
3. a nossa aplicação do instrumento foi através da gravação autorizada para o estabelecimento efetivo do diagnóstico visando detecção das dificuldades daquela realidade; bem como, possibilidade de elaboração do perfil dos sujeitos pesquisados;
4. foi feito o levantamento das matrizes, seguida da computação geral dos dados;
5. foram realizadas as análises atentas e discussão dos resultados, o que nos permitiu concluir o trabalho, tendo-se em vista os objetivos traçados;
6. os resultados permitiram o levantamento das necessidades, planejamento, execução, avaliação e intervenção das ações educativas, de forma conjunta e interativa;
7. desenvolvemos um programa educativo transprofissional (com enfermeira, educadora e médico infectologista) para atender aos problemas levantados sobre a temática central, acompanhado e implementado de material didático sobre o assunto, para favorecer a construção do conhecimento e desenvolvimen-

to de habilidades visando a garantia da mudança de comportamento para a redução de danos.

8. depois de trabalharmos o treinamento foi feita uma avaliação do processo ensino-aprendizagem;

9. finalmente, estamos trabalhando conjuntamente ( pesquisadoras e pesquisandas) na construção do conhecimento e das habilidades sobre sexualidade, DST/Aids e drogas através da elaboração de uma cartilha com a linguagem apropriada para esta população;
10. este trabalho representa um plano piloto como parte integrante de um projeto mais amplo que será desenvolvido até o ano 2.000.

## 5 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste momento, estaremos apresentando os resultados e as discussões concomitantemente, seguindo a ordem estabelecida no instrumento, identificando inicialmente, a caracterização populacional estudada e a seguir, estaremos trabalhando as questões gerais relacionadas à sexualidade, DST/Aids e drogas.

No que se refere a identificação das mulheres internas do sistema penitenciário pesquisadas, o quadro 1, nos permite caracterizá-las, da seguinte forma: trata-se de uma população eminentemente feminina e jovem, entre 21 e 34 anos de idade maioria solteira e católica, muitas delas, com escolaridade de 1º grau incompleto. Metade delas se envolve com atividades domésticas (do lar, pagem e empregada doméstica) e as demais se ocupam com atividades comerciais, incluindo as profissionais do sexo. Todas já tiveram filho e a maioria revela estória de aborto, mesmo tendo parceiro fixo na época.

Diante das observações da realidade do local pesquisado, verificamos que as mulheres investigadas se manifestam continuamente, ansiosas, com medo, estressadas e ociosas, devido a própria condição de detenção e pela falta de atividades para ocupação do seu tempo. Todas queixam-se de discriminação entre elas e até mesmo com relação ao atendimento dos profissionais da saúde que prestam serviço a esta cadeia. Reclamam ainda, da falta de higiene e saneamento do local, como por exemplo: inexistência de sanitários adequados, umidade e colchão no

**QUADRO 1** – Identificação pessoal das mulheres detentas do sistema penitenciário pesquisado

sujeito	estado civil					n° filhos				idade			religião*				aborto			escolaridade					
	n.º	s	c	v	o	t	1	2	3	t	21-34	35-40	>=41	t	c	o	t	s	n	t	1º i	2º i		t	
01				X			X				X				X				X		X				Do lar
02			X					X				X			X			X				X			Comércio
03	X						X				X				X			X		X	X				Pajem
04	X						X				X				X			X		X	X				Promo festa
05			X					X					X		X			X					X		Do lar
06	X							X			X				X			X		X		X			Do lar
07				X				X			X				X			X		X		X			Prostituta
08	X							X			X				X			X		X		X			Prostituta
09	X						X				X				X			X		X		X			Vend autonom
10	X						X				X				X			X	X	X		X			Doméstica
<b>total</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>10</b>			

(\*) Em religião: e = católico; o = outros : não mencionaram qual oculto professado.

(\* \*) Em escolaridade, não houve nenhum para o 1º e 2º graus completos. Apenas 1º e 2º incompletos

chão, duas a quatro habitadas em cada sela. Alimentação e higiene tendo de serem feitas no local, por elas mesmas, sem a mínima condição. Há falta de medicação.

Os motivos pelos quais as levaram a detenção segundo o delegado encarregado da cadeia pesquisada são: várias espécies de delito; infração do artigo 12, da lei 6368/76 - tráfico de entorpecentes; artigo 157, 2º, II - roubo qualificado; artigo 121 2º IV - homicídio qualificado; artigo 155 - furto. Todavia ao perguntar-lhes se tinham idéia da razão porque estavam ali, as detentas justificaram em sua maioria, que era por envolvimento com droga. Outras afirmaram assalto, roubo e desacato à autoridade, entre outros, conforme é demonstrado no quadro 2.

No que diz respeito ao significado da vida e o que mais gosta(va) de fazer antes e durante a reclusão, as detentas estudadas deram ênfase, extremamente positiva ao sentido de curtição da vida, afirmando que viver é "maravilhoso", "lin-

**QUADRO 2** - Respostas das mulheres detentas do sistema prisional pesquisado referente à pergunta 6:  *você tem idéia do motivo por que está aqui ?*

Nº	MOTIVO DA PRISÃO
01	ajudei um colega a passar droga. Flagrante com crack.
02	tóxicos.
03	discuti com um homem da justiça.
04	trafiquei droga para pagar dívida.
05	fui acusada da morte do meu marido como sendo mandante do crime.
06	sei o motivo, mas não quero falar.
07	passei folhas de cheque roubadas pelo namorado.
08	trafiquei drogas.
09	trafiquei drogas.
10	assaltei uma casa.

do", "gostoso", "ótimo", que deve ser cultivado, preservado, sabendo viver, mas longe das drogas e da prisão, porque viver preso "não é vida", é muito "humilhante". Metade delas referiu que antes de ser presa, gostava de estar com a família, curtindo os filhos e cuidando da casa, enquanto que outras fizeram menção à importância da liberdade, do trabalho profissional, e do lazer como: "namorar"; "beber"; "passar"; "curtir amigos"; "ir a festas e bailes"; etc. Todavia, elas alegam que na cadeia, gostam de desenvolver atividades ocupacionais e recreacionais para passarem o tempo, confeccionando panos de prato, fazendo crochê, tricô, trabalhando na higiene da cela, ouvindo música, assistindo TV, sonhando ou escrevendo cartas. Mas, algumas lastimam que lá, "não têm cabeça para nada, pensando só no filho", "sentindo saudade e solidão", com "vontade de ficar sozinha" e "quieta no canto".

**QUADRO 3** - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário referente à pergunta 1: *o que significa a vida para você ?*

Nº	RESPOSTAS: SIGNIFICADO DA VIDA:
01	"antes era uma maravilha. na prisão realmente não é vida."
02	"são os órgãos vitais que estão funcionando."
03	"algo maravilhoso que deve ser preservado, pois a vida é uma só."
04	"a vida é linda. viver é ótimo e amo a vida."
05	"é maravilhosa sabendo vivê-la, cultivá-la sem se envolver com drogas e bebidas."
06	"boa. gosto dela."
07	"muito importante."
08	"hoje ela é muito importante, mas nem sempre foi."
09	"fora da prisão a vida é boa. na prisão, uma vida muito humilhante."
10	"é tudo."

*A valorização que elas dão à família, principalmente, quando referem que a falta dos filhos é significativa entre uma parte das detentas*

Algumas das entrevistadas referiram gostar da vida que levavam em liberdade, porém, as demais respostas relativas ao que menos gostavam de fazer antes da prisão, variaram, incluindo desde “a vida de prostituição”, “buscar a filha e encarar a família”, “ficar presa dentro de casa” e “sair de casa”.

Portanto, verificamos a valorização que elas dão à família, principalmente, quando referem que a falta dos filhos é significativa entre uma parte das detentas. Porém, o que mais chamou-nos à atenção é a fala delas reclamando pela falta de atividades ocupacionais, falta da liberdade e atritos ou desentendimentos entre elas mesmas, naquele local.

para sair” e de ter que “engolir umas coisas”, “esquecer que armam contra elas”, por “estarem separadas da família”, etc. Portanto, a interpelação entre o fato de “estar presa” e a quebra do

“convívio com os filhos”, marcam parte das angústias e sentimentos de solidão demonstrados e por algumas até declarados fora da coleta de informações na cadeia. Esta separação obrigatória da família e principalmente, dos filhos, associada a restrição de tarefas e atividades que desenvolviam em liberdade, acaba gerando certamente, o aumento da carência afetiva que perfila as respostas emocionais das detentas, variando da depressão à ansiedade, de apatia à impulsividade, ao falar e agir.

**QUADRO 4** - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário referente à pergunta 2: *o que você mais gostava de fazer antes de estar aqui? e agora?*

**O QUE MAIS GOSTA DE FAZER NA VIDA**

Nº	ANTES	DURANTE ESTADIA NA PRISÃO
01	“estar com o filho em casa.”	“não tenho cabeça para nada a não ser pensar no filho.”
02	“da liberdade.”	“sonho, escrevo cartas.”
03	“de trabalhar, ter meu dinheiro para não depender de ninguém.”	“trabalho confeccionando panos de prato e crochê para receber um pouco de dinheiro.”
04	“trabalhar com festas 18 h/dia, namorar e beber.”	“escrevo ou limpo. não sei ficar parada.”
05	“cuidar dos filhos, do emprego e fazer salgados para festas e fábricas.”	“faço crochê, tricô e leio a bíblia.”
06	“cuidar dos filhos e da casa.”	“faço crochê, tricô para passar o tempo na cadeia.”
07	“dar atenção aos filhos, ficar e passear com eles.”	“nada. sinto saudades e solidão.”
08	“ficar em casa sozinha.”	“tenho mais vontade de ficar sozinha.”
09	“passear com os filhos.”	“trabalho, ouço música, vejo TV para passar o tempo.”
10	“passear com os filhos, curtir com os amigos, ir a festas e bailes.”	“fico no meu canto quieta.”

No que se refere à questão *o que menos gostava de fazer*, cujos dados são apresentados no quadro 5, ao dirigirmos este quesito para situação anterior a prisão, quase metade afirmou que “não havia nada que lhe desagradasse”, em contra posição àquelas que diziam “não gostar de ficarem presas” ou “paradas em casa”, “da vida de prostituição”, “de sair de casa” e de “encarar a família”. Porém, na cadeia, o que as mulheres pesquisadas não gostam é do próprio ambiente de reclusão e das características negativas do local, descrevendo-o como lugar de “chateação”, de “queixas”, de “choramingos”, de “fofocas”, de “rotina”, de “estar atrás das grades sem ter jeito

Sendo assim, ao detectarmos com elas os seus maiores conflitos, todas revelaram problemas sérios ocasionados em sua vida, caracterizados com perdas e separações de seus familiares, revelando que “a maior tristeza foi quando da sua detenção como presa”.

De modo geral, todas referem situações conflituosas e instáveis em nível familiar, seja “pela perda de todos os membros da família em acidente de carro”, seja pelo sentimento de discriminação e inaceitação sofrida de parentes consanguíneos mais próximos como pais, avós, irmãos, até situações desgastantes como “a convivência com maridos traficantes ou alcoólatras”.

**QUADRO 5** - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário pesquisado à pergunta 3: *o que você menos gostava de fazer antes de estar aqui? e agora?*

**O QUE MENOS GOSTAVA DE FAZER**

Nº	ANTES DA DETENÇÃO	DURANTE ESTADIA NA DETENÇÃO
01	"gostava de tudo."	"de nada."
02	"de ficar presa dentro de casa."	"da chateação; o pessoal "chorando na cabeça da gente."
03	"gostava de tudo."	"de acordar e ver-me atrás das grades sem ter como sair."
04	"de buscar minha filha e encarar a família."	"da rotina e ter que "engolir certas coisas." ficar no meu canto e esquecer que falam e "armam" para a gente."
05	"gostava de tudo"	"de estar presa, longe dos filhos, familiares e amigos."
06	"de sair de casa."	"fazer de tudo um pouco para passar o tempo."
07	"da vida de prostituição."	"ficar pelos cantos chorando separada dos meus filhos."
08	"era de ficar no meio de muita gente."	"de hipocrisia."
09	"de ficar parada em casa."	"de ficar sem trabalhar."
10	"gostava de tudo"	"de ficar na cela das outras escutando "fuxicos."

É, porém, unânime entre elas, a revelação de que a maior alegria vivenciada por elas na vida, é o fato de terem dado à "luz aos filhos", sendo que todas possuem filhos, independente de terem ou não parceiros fixos.

**QUADRO 6** - respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário pesquisado, referente às perguntas 4 e 5: *qual foi o maior problema que você já vivenciou em sua vida? e, qual foi a maior alegria já vivenciada em sua vida ?*

VIVENCIAU NA VIDA		
Nº	MAIOR PROBLEMA	MAIOR ALEGRIA
01	"ter iniciado aos 12 anos iniciei um envolvimento amoroso com uma pessoa casada, durante 14 anos, tendo 1 filho."	"ter meu filho."
02	"foi o momento da prisão."	"ter os filhos sadios."
03	"ter sido presa quando estava grávida de 3 meses. a inaceitação de minha filha com relação a mãe (presa) persiste até hoje."	"quando soube que eu ia ser mãe."
04	"estar presa e perder o amor (uma mulher)."	"dar à luz à minha filha e ter tido um trabalho profissional que me realizou."
05	"ter convivência com o marido que foi usuário de drogas e traficante."	"ter os dois filhos."
06	"separação obrigatoriamente dos filhos para ser presa."	"o nascimento dos meus filhos."
07	"estar presa atualmente"	"ter dado à luz aos meus filhos."
08	"ter saído de casa para enfrentar a vida sozinha."	"ter tido meu segundo filho."
09	"ter perdido minha mãe; ir para a cadeia sendo afastada do convívio da minha filha."	"o nascimento de minha filha."
10	"perder todos de minha família (pai, avós e tio), num acidente de carro."	"o nascimento da minha filha."

Todas as detentas têm conhecimento do motivo pelos quais foram presas, sendo que a grande maioria foi devido ao envolvimento com tráfico de drogas, havendo um caso de acusação de homicídio, e os demais, desacato à autoridade, assalto a residência, e roubo de folhas de cheque.

**QUADRO 7** - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário referente à pergunta 7: *o que você faz aqui para passar o tempo?*

Nº	OCUPAÇÃO NA CADEIA
01	arrumo cama e ajuda em pequenos serviços.
02	leio, assisto tv, gravo músicas, escrevo cartas e como compulsivamente.
03	jogo baralho, trabalho, converso muito com as companheiras da cadeia, assisto TV e escuto música.
04	escrevo carta a uma detenta de outra cadeia.
05	faço crochê, guardanapos e converso com as colegas.
06	faço tricô e crochê.
07	leio bíblia, escrevo, durmo e ouço rádio.
08	faço panos de prato, tapetes e bico de guardanapo.
09	assisto tv e ouço músicas. Nada, por enquanto. aguardo um trabalho para fazer.

A falta da família e da casa não têm tanta significação às detentas ao responderem o que mais sentem falta na prisão quanto ao significado relevante frente a ausência dos filhos e falta de sexo.

**QUADRO 8** - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário referente à pergunta 8: *o que você mais sente falta aqui, como mulher?*

Nº	O QUE MAIS SINTO FALTA NA PRISÃO, COMO MULHER
01	"somente dos filhos."
02	"dos filhos."
03	"da casa, família, filha e principalmente da minha companheira"
04	"sexo."
05	"sexo."
06	"dos filhos e da casa."
07	"sexo."
08	"dos filhos."
09	"sexo."
10	"sexo e carinho."

Sobre o que pensam a respeito do sexo, conforme demonstra o quadro 9, suas visões são positivas, como sendo "um complemento forte na vida", "é muito importante", "é bom", "gostoso", "faz parte da vida". Nenhuma delas referiu-se à busca do auto-prazer na cadeia, ou mesmo à prática do sexo em parceria, seja entre elas ou por meio de visitas íntimas não-autorizadas. Consideram também ruim a falta de privacidade e falta de estímulos no meio carcerário.

Com exceção de uma mulher detenta pesquisada, essa refere que habitualmente, faz sexo com mulher, que declarando ter tido uma relação íntima passageira e incômoda com uma presa que passou por esta cadeia.

O sexo anal não é o preferido dentre as mulheres, afirmando gostarem de tudo, incluindo sexo oral. O "sexo normal" como referem algumas, dizendo respeito à posição papai-mamãe ou "por cima" é a preferencial entre elas. A minoria revela gosto pela prática homossexual.

**QUADRO 9** - Resposta das mulheres detentas do sistema penitenciário referente à pergunta 9: *o que você pensa sobre sexo? aqui você consegue praticá-lo? como? quais as práticas sexuais que você mais gosta de fazer?*

Nº	O que penso?	Se pratico na cadeia?		como	prática(s) sexual(is) preferida(s).
		S	N		
01	"sou bem liberal. O relacionamento pode ser profundo quando um tem certeza que é do outro."	-	X	-	"gosto de tudo. Tranzo desde os 13 anos com homens."
02	"é um complemento forte na vida de um ser humano."	-	X	-	"gosto de tudo entre homem e mulher".
03	"é muito importante na vida, só que quando praticado com a pessoa certa, com amor."	-	X	Obs.: "Já relatei-me sexualmente com homens, hoje não..."	"gosto de ir por cima. Beijar e abraçar minha parceira."
04	"sexo é bom. Tira a neura, faz bem para a pele, tira rugas, mas, com a pessoa certa e no lugar certo."	-	X	-	"gosto de tudo."
05	"é bom quando duas pessoas se gostam e usando camisinha."	-	X	-	"sexo normal (papai-mamãe)."
06	"sexo é bom quando se ama alguém. É gostoso"	-	X	-	"posição papai-mamãe."
07	"é bom, mas acho que se deve prevenir."	-	X	-	"sexo normal com mudanças de posição. Não gosto de sexo anal. Às vezes pratico sexo oral".
08	"é algo muito importante, mas hoje, só se for com alguém especial".	-	X	-	"vale tudo: sexo normal ou completo desde que seja com pessoa que eu gosto."
09	"acho gostoso, coisa boa."	-	X	-	gosto de sexo por cima, sexo oral, tudo menos sexo anal."
10	"faz parte da vida e gosta."	-	X	-	"gosto de tudo, menos sexo anal."

O quadro 10, nos demonstra que não há preconceito em relação a prática homossexual na maioria da população estudada. Observamos que em termos de práticas sexuais, o heterossexualismo predomina, e em seguida o homossexualismo é preferido por duas das dez entrevistadas.

Duas das presas declararam experiências sexuais tanto com parceiras do mesmo sexo, como com parceiros do sexo oposto, fixando suas preferências atualmente, em um único sexo, para o relacionamento a dois.

**QUADRO 10** - Resposta das mulheres detentas do sistema penitenciário referente à pergunta 10: *o que você pensa sobre homossexualismo masculino e feminino? qual é o seu comportamento sexual?*

#### SOBRE O HOMOSSEXUALISMO MASCULINO E FEMININO:

Nº	MAIOR PROBLEMA	MAIOR ALEGRIA
nº	o que penso?	meu comportamento sexual
01	"nada contra."	"heterossexual."
02	"não tenho preconceito."	"heterossexual."
03	"nada contra."	"homossexual (*)."
04	"assumo há 9 anos."	"homossexual."
05	"deixo a critério de cada pessoa."	"heterossexual."
06	"nada contra."	"heterossexual."
07	"é coisa da natureza."	"heterossexual (**)."
08	"nada contra."	"heterossexual."
09	"sou contra."	"heterossexual."
10	"acho normal."	"heterossexual."

(\*) *ex-heterossexual (como garota de programa)*

(\*\*) *ex-homossexual (atualmente têm um amasiado).*

Sobre as doenças do sexo, houve considerações enfáticas no tocante a estas estarem relacionadas às questões de "falta de valorização própria, falta de higiene e promiscuidade, falta de consciência em não pegar DST e Aids e não passar para os outros". Porém o que mais preocupa as detentas é a falta de prevenção. A maioria das entrevistadas afirma prevenir-se contra as doenças do sexo, sendo que a minoria não usa camisinha, apoiando-se nos fatos de que tem parceiro fixo e confia nele, e que nunca se "entregou" a qualquer um ou uma.

Mesmo dentre aquelas que dizem praticar a prevenção para não contraírem as DST-AIDS, detectamos caso de omissão quanto ao uso da camisinha, referindo confiar na aparência do parceiro, quando acha que o parceiro é o "ideal".

**QUADRO 11**- Resposta das mulheres detentas do sistema penitenciário referente à pergunta 11: *o que você pensa sobre as doenças do sexo, você as previne? Como?*

#### DOENÇAS VENÉREAS (DSTs)

Nº	O que penso?	Se previno?		previno como
		S	N	
01	"é promiscuidade, falta de higiene, trocar rotativa de parceiros."		X	--
02	"acho que tem que tomar bastante cuidado porque não dá para arriscar."	X		"uso camisinha só quando acho que não é o parceiro ideal."
03	"acho que as pessoas têm que tomar cuidado porque "o mundo está perdido."	X		"usei camisinha quando fui prostituta por 3 anos."
04	"a gente tem que se valorizar, daí não tem problema nenhum."		X	"nunca me entreguei a qualquer um ou uma."
05	"acho terrível. Pessoas contaminadas transmitem para outras."	X		"usava camisinha com o meu amante depois que o meu marido faleceu."
06	"tem que prevenir para não passar para os outros."	X		"uso camisinha inclusive quando estou menstruada".
07	"é coisa perigosa, principalmente a AIDS."	X		"uso camisinha, mas não com o parceiro que sei que não tem nada."
08	"acho que as pessoas deveriam se conscientizar e cuidar melhor da saúde."	X		"uso preservativo."
09	"deve-se tomar cuidado, prevenir-se."	X		"uso camisinha."
10	"a gente tem que se prevenir muito."	X		"uso camisinha."

Nesta questão, assim como em outras, observamos a necessidade emergencial de se trabalhar um programa educativo adequado e efetivo para atender estes problemas enfrentados no cotidiano destas mulheres, além de ser importante o seu treinamento para serem agentes multiplicadores.

Embora a maioria revele não ter tido qualquer DST, todavia muitas confirmaram já terem passado pela experiência destas doenças, principalmente gonorréia, buscando assistência médica, com resultados satisfatórios.

**QUADRO 12** - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário referente à pergunta 12: *porque as pessoas têm DST? você teve alguma dessas? se teve, o que você fez para tratar?*

#### DOENÇAS VENÉREAS (DSTs)

N°	as pessoas têm	se tive		como me tratei
		S	N	
01	"por descuido, por acreditar que a pessoa está "limpinha", com boa parência."		X	--
02	"têm por não se cuidarem, não respeitarem o parceiro, se é casado."	X		gonorréia há 8 anos com complicação (peritonite). Procurei médico e fiquei internada por 7 dias.
03	"não tomam cuidado, não dão valor a própria vida."		X	--
04	"as pessoas pegam as DSTs porque acham que o sexo é tudo. Não usam preservativos na loucura."		X	--
05	"por falta de experiência e informação."		X	--
06	"porque não se previnem."		X	--
07	"porque não se previnem."	X		tive sífilis descobrindo através de exames pré-natais. Tratei e curei-me.
08	"por causa das mudanças de parceiros e por não se respeitarem como pessoas."	X		tive gonorréia. Procurei tratamento médico e saí.
09	"porque as pessoas não se previnem."	X		--
10	"porque as pessoas não se previnem."	X		tive gonorréia que peguei do parceiro. Fiquei 17 dias internada e saí a base de antibióticos e soro.

De acordo com os achados apresentados nos quadros anteriores, associados aos do quadro 12, depreendemos a necessidade de levarmos ações educativas para as mulheres detentas aqui trabalhadas, devido ao seu estilo de vida e vulnerabilidade freqüente frente aos riscos de contaminação às DST/Aids, suscitando emergencialmente, orientação, esclarecimento e encaminhamento, já que algumas delas, no momento da aplicação do instrumento, solicitavam a presença de um médico para atender suas necessidade conforme referiram, no que tange a corrimentos, feridas e dermatites fúngicas presentes área em genital.

A população estudada, de maneira geral, evidencia a Aids como uma doença grave, fatal, terrível, triste, perigosa, que provoca medo, causando problemas na vida das pessoas. Algumas, ainda reforçam a necessidade de se tomar cuidado para não contaminar o outro; que o doente precisa de tratamento rigoroso; que quem tem doença, deve avisar o parceiro, que essa doença está por toda parte e que não tem cura ainda, entre outras respostas. A maioria tem idéia real sobre o meio de prevenção da Aids, relacionando a camisinha como meio seguro, seguido de advertências como: "alertar parceiro caso se tenha Aids", "fazer exames", "quem toma pico na veia não deve fazer sexo com ninguém, devendo ainda "usar seringas separadas". Evidenciam que a origem da Aids está relacionada à África. Muitas fizeram referência ao macaco e ao sexo, sendo que algumas, afirmaram não saberem de onde veio o HIV.

**QUADRO 13** - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário pesquisado referente à pergunta 14: *o que você pensa sobre a aids? como se deve prevenir? de onde ela vem? você conhece alguém vivo com aids, sim ou não? quantos? e alguém que já morreu de aids, sim ou não? quantos?*

SOBRE A AIDS: PENSO QUE							
Nº	a Aids:	A PREVENÇÃO SE FAZ	A Aids VEIO:	Conhecimento de pessoas			
				VIVAS: Aids		MORTAS: Aids	
				S	N	S	N
01	"não tem cura, acho perigosa e tenho medo. Dizem que está por todo lugar onde você vai. Nunca transo sem camisinha."	- usando camisinha - não fazendo sexo oral e se, só com camisinha - evitando beijos profundos por causa da saliva - evitando machucados para não pegar a doença.	"do macaco, mas tenho dúvida a respeito."	2	--	2	-
02	"é uma baita sacanagem, podem até virar 3ª guerra mundial, o vírus é muito mutante. Ela veio para acabar com os homossexuais, com os usuários de drogas, com a prostituição... ela veio para eliminar uma classe improdutiva da sociedade."	- usando camisinha - tendo cuidados da classe médica para com ela mesma.	"de laboratório, é um vírus muito complexo para ter sido criado pela natureza.	vários	--	vários	--
03	"é uma doença do último milênio que os cientistas procuraram a cura e nunca acham, e com isso está acabando com as pessoas."	- usando camisinha - não saindo com pessoas que não conhece.	"não sei"	vários	--	vários	--
04	"Aids é uma doença como qualquer outra, não tenho preconceito algum."	- tendo um só parceiro	"da África, de relações sexuais do homem com o macaco."	5	--	vários	--
05	"é uma doença terrível. As pessoas com Aids devem fazer uso do AZT e procurar tratamento médico rigoroso."	- usando camisinha - alertando o parceiro caso seja HIV+.	"do sexo, mas as pessoas dizem que veio do macaco."	1	--	2	--
06	"doença terrível que não tem cura."	- as relações sexuais jamais devem ser mantidas sem prevenção.	"não sei, mas as pessoas dizem que veio do macaco."	vários	--	6	--
07	"doença que tem um fim triste."	- usando camisinha.	"do sexo, pico na veia com materiais que não são esterilizados."	vários	--	vários	--
08	"tenho medo."	- usando camisinha - fazendo exames	"não sei."	5	--	4	--
09	"as pessoas que têm o vírus da Aids devem tomar cuidado para não contaminarem outras pessoas."	- usando camisinha	"da África."	10	--	-	X
10	"é um caso muito sério. Quem tem deve avisar seu parceiro. Aids é uma doença que mata."	- usando camisinha - quem toma pico na veia não deve fazer sexo com outras pessoas - seringa separadas.	"não sei ao certo, mas acho que veio do sexo, de tudo."	vários	--	vários	----

O que nos revela ainda, o quadro 13, é a quantidade de pessoas vivas ou que já morreram com Aids, que é de conhecimento das mulheres aqui pesquisadas. Apenas uma revelou não conhecer nenhuma pessoa com Aids que tenha morrido, mas revela um número excessivo de pessoas vivas com o HIV.

Estas mulheres pesquisadas, solicitadas a transmitirem mensagens às pessoas que tem Aids, em sua grande maioria, acabou revelando sentido forte de solidariedade, aconselhando-as à resignação, otimização, cuidado e tratamento para melhoria de vida; sugerindo encarar a doença com normalidade, encorajamento e enfrentamento da realidade, com esperança. Percebemos também, a evidência de medo e reprovação manifestos pelas detentas, dirigidos a pessoa com Aids, no sentido de

cautela e não passar a doença para outros, estando, uma vez, consciente de que a possui. Sentimentos de solidariedade, conformação e valorização da vida foram apresentados nos depoimentos colhidos que, unanimemente, e em alguns relatos, observamos uma certa orientação para a tentativa de busca de força e coragem para suportar a própria vida de reclusão e sofrimentos, ao mensagearem ao doente, supostamente, destinado à morte pela Aids.

**QUADRO 14** - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário pesquisado, referente às perguntas 15 e 16: Fale alguma coisa para uma pessoa que tem Aids.

Nº	MENSAGEM À UMA PESSOA COM AIDS:	QUESTÃO PARA LIVRE MANIFESTAÇÃO:
01	"tenha fê em Deus, tenha forças que tudo aquilo vai passar, que tem que aceitar as coisas da vida..."	"policiais flagraram-se com droga em minha casa"; "Policiais colocaram mais duas quantias para prejudicarme"; "Tem amigos que passam drogas para uns policiais"; "Meu filho está na casa da avó materna."
02	"que tenha consciência, pois carrega no sangue uma bomba e ela pode passar para todo mundo... a Aids humilha a pessoa no último ponto."	pede às pessoas para se cuidarem; "É difícil falar com um viciado, ele não ouve e não aceita"; "um viciado em drogas só pára quando tiver consciência, ou quando ficar entre a vida e a morte... e os interesses da vida dele prevalecerem."; Para as prostitutas terem mais consciência e não serem veiculos de contaminação da Aids...; seja a prostituta pessoa digna, morra com dignidade; tem muitas crianças nascendo com Aids...
03	"não passe para outra, achando que os outros têm culpa dos seus próprios problemas. Há pessoas com Aids que dizem que vão passar para os outros."	não agüenta mais ficar presa. Anseia sair logo; Já estive 4 anos presa e nesta cadeia faz 4 meses.
04	"viva a cada segundo e seja otimista." "Viver é ótimo."	"dar valor à vida e a liberdade; Sofre muito na prisão, acha-se abafada, humilhada; afirma que se não fosse uma certa dívida não estaria presa; vendia maconha até para menores para pagar a dívida; "peço às pessoas que não usem drogas"; "sou a decepção da família, a vergonha, a ovelha negra. O conflito sempre foi com a família "lamento muito minha filhastar rc om a família"; "desde que fui gerada meu pai batia muito na minha mãe"; acredito ser um anjo bom que vai se estabilizar independentemente da família".
05	"procure se cuidar, fazendo o tratamento com o AZT, use camisinha para não transmitir a doença."	"todas as pessoas que fazem uso de drogas, procurem prevenirem-se, tratem-se."
06	"para que se previna e tome os medicamentos certos."	nada quis falar.
07	"mesmo tendo a doença deve viver com uma pessoa normal... encarar a realidade e lutar até o último momento." "Não pense em acabar com a própria vida ou acharr que a vida já acabou."	"desejo de estar fora da prisão e tendar a vida novamente"; "A prisão não é um lugar para um ser humano"; Faz 2 meses que está presa; Os filhos estão com a avó e sofre porque sente muita saudade deles; Às vezes tem vontade de se matar por estar presa, sentindo-se sozinha. Nessas horas, ora, lê a biblia e tem fê em Deus."
08	"gostaria que a pessoa com Aids lutasse pela vida, que um dia, num futuro próximo, será encontrada a cura."	nada quis falar.
09	"para tomar cuidado, não contaminar outras pessoas porque a vida está tão dura lá fora."	nada quis falar.
10	"não é porque a pessoa tem esta doença que vai desistir de viver, deve procurar viver uma vida normal, se prevenir e prevenir a pessoa com quem ela for conviver."	nada quis falar.

Em relação ao quadro 15, esse demonstra a listagem de dúvidas em relação às questões da temática central, as quais serviram de subsídios para a elaboração das ações educativas (treinamento) para o processo de ensino-aprendizagem trabalhado junto com a população pesquisada.

**QUADRO 15** - Dúvidas apresentadas pelas mulheres detentas do sistema prisional pesquisado.

### DÚVIDAS

Como vivemos aqui confinadas e havendo muito trânsito de pessoas entre nós, como devemos evitar a Aids?
Aids é como uma gripe?
para levar em conta isto na aparência bonita da pessoa?
Quanto tempo leva a manifestação da Aids?
Quais os sintomas da Aids?
As febres da Aids são altas?
O que é o sapinho que dá na boca da pessoa com Aids
O que se tem feito para tratar o doente?
Como a gente pega Aids?
Que forma de fazer sexo é mais perigoso?
Existe pessoa imune ao vírus da Aids?
O que é HIV+?
Como é feito o acompanhamento médico de uma pessoa que teve relação sexual de risco?
É possível numa relação ou mais não pegar Aids?
E mesmo sangrando durante uma relação, pode a pessoa não pegar?
mais fácil pegar Aids com uma doença do sexo?
É misinha ajuda mesmo a evitar a Aids?
O sexo oral também passa Aids?
Através da cárie, da afta, pode passar Aids?
Se uma pessoa que não pega Aids na relação sexual e com o "pico" ou "baque", ela pode pegar?
Há exame para saber se a gente é imune ao HIV?
Na relação sexual de mulher para mulher pega o HIV?
Beijo "apimentado" passa Aids?
Relação sexual entre mulheres sem acessórios, mas com língua, vagina e vulva, há perigo?
Há possibilidade de cura da Aids? Por quê?
Há possibilidade da descoberta da vacina?
A Sífilis pode afetar coração, cérebro e fígado?
A hepatite B caminha junto com a Aids?
A tuberculose tem a ver com o vírus da Aids?
Qual é a diferença entre HIV 1 e 2?
É possível uma pessoa transar com várias pessoas HIV+, e até com quem já morreu de Aids e não pegar esta doença?
Quando uma pessoa já tem a Aids, quanto tempo ela tem de vida?
O que é uma carga viral?
E anti-corpos?
Quando é que se começa a medicar a pessoa com Aids?
O que pode ajudar a pessoa com Aids a viver mais tempo, além do remédio?
Se eu já corri muitos riscos de contaminação do HIV, o que devo fazer? Há acompanhamento?
Quando uma pessoa tem Aids e transa sem camisinha com outra pessoa com Aids também, o que acontece?
Não há lei para punir uma pessoa que sabe que tem Aids e sai "dando" para todo mundo?
As pessoas que tem Aids, não deveriam ter uma marca de HIV na testa ou no braço para as pessoas tomarem cuidado e saber?
Educação resolve o problema?
Como não pega?
Como confiar no outro?
Com orgasmo aumenta a possibilidade de adquirir o HIV?
Se no sexo, antes de sair a porra, o HIV pode atacar?
Como fica quando a gente que corre risco quer fazer o exame, e o médico fala que fica muito caro para o Estado?

*Neste momento, elas estão confeccionando material didático que futuramente, reverterá em cartilha educativa*

Segundo referenciais práticos detectados em relação a esta especificidade de problema e com as detentas frente DST-Aids, drogas e sexualidade por nossa equipe de apoio educativo, essa trouxe-lhes desde o alívio com relação a algumas "encucações" até a chance de fazerem perguntas, abertamente, e receberem, em troca, respostas claras e bastante instrutivas. Enfim, receberam a atenção especial que tanto precisavam para as dúvidas que tinham sobre os temas trabalhados. Tanto o exame de Papanicolau como outros para detecção de soropositividade para sífilis e HIV, não são nem de rotina e nem eventualmente, realizados nesta população feminina, embora, essas tivessem alegado já terem solicitado diversas vezes ao médico, a realização dos mesmos.

A situação geral do local onde foi realizada a pesquisa-ação, segundo as detentas, em comparação com outras cadeias, pelas quais, algumas delas já estiveram, não é das piores. Nesta, de forma excepcional, dificilmente, vivem em superlotação e isso é um fator considerado favorável por essas mulheres, em contrabalanço ao tipo de alimentação a elas oferecido, dispensado por elas mesmas, que preferem cozinhar no próprio interior das celas, com autorização do delegado e diretor da cadeia.

Outras dúvidas foram esclarecidas relativas aos temas como: alcoolismo, auto-exame de mamas e hipertensão arterial, além das DST/Aids e drogas, com satisfatória participação de todos os sujeitos nas atividades propostas para desenvolvimento individual ou mesmo em grupos, com interessante discussão participativa referente a pontos levantados.

## 6 - CONCLUSÃO

Portanto, pudemos concluir que, embora as mulheres detentas pesquisadas, revelassem ter algum conhecimento sobre sexualidade, DST/Aids e drogas, todavia essas apresentaram problemas sérios para lidar com o seu corpo, tendo dificuldades de trabalhar o sexo seguro e o uso devido das drogas, evidenciando uma série de dúvidas em relação a temática central. Isto nos revelou pois, necessidade emergencial de desenvolver com elas, programas educativos com ações preventivas através de metodologia participativa,

o que lhes permitiu possibilidade de diálogo franco e aberto, levando-lhes orientação e informação através de conhecimentos e habilidade, com a multiplinaridade e transprofissionalidade,

atendendo cuidadosamente, todas as suas necessidades e preparando-as para serem agentes multiplicadores. Neste momento, elas estão confeccionando material didático que futuramente, reverterá em cartilha educativa adequada à linguagem delas, para reverter a seus pares.

## ABSTRACT

Theoretical and practical references on subjects related to sexuality, STD, Aids and drugs, mainly with respect to people in prison, have revealed this public is more vulnerable to contamination by HIV, through Sex or by means of drug addiction or both. This situation is reinforced if they have already been or are involved with the violence associated to delinquency, with crime, prostitution and promiscuity. Touched by this situation we carried out a research with imprisoned women to raise the problems they face with regards sexuality, STD, Aids and drugs, in order to develop an educational program on these themes, offering more information to prepare these women to become agents of change. We collected the data through individual interviews about subjects which allowed us to verify that these women consider life and family meaningful, placing special emphasis on maternity, as all referred to having been blessed with motherhood. They feel deep sadness for the situation in which they find themselves, affirming that behind all this is man, accusing him severely for their misfortune. They reveal certain knowledge of sexuality, STD, Aids and drugs. They practice any kind of sexual intercourse, although they prefer vaginal Sex. They admitted to being promiscuous and some bisexual. They attribute sexually transmitted diseases/ Aids to the lack of information people suffer.

They reveal the presence of STD in their lives, some referring to inadequate use of condoms, affirming it is difficult to negotiate safe Sex with partners. With regard to Aids, they seem to have a certain knowledge, but haven't yet developed a consciousness to promote a change in their

behavior. Hence, we conclude that these women cannot deal with their sexuality and with issues like STD/ Aids or drugs.

Therefore, we have worked on educational programs on these issues, hoping to prepare them to become agents of change.

**Keywords:** Sexuality, STD/SIDA, Drugs

## 7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BUENO, S.M.V.; COSTA, J. C.; BORELLI, O. C.; BUENO, L. V. *Educação para promoção da saúde sexual, DST/Aids*. Ed. Villimpress. Ribeirão Preto-SP, 1995.
2. BUENO, S.M.V.; *Marco conceitual e referencial teórico de educação para saúde: orientação à prevenção de DST/Aids e drogas no Brasil para crianças, adolescentes e adultos jovens*. Documento Ministério da Saúde. Mimeo. Brasília-DF, 1997-8.
3. BUENO, S.M.V.; COSTA, J. C.; BORELLI, O. C.; GUERRA, M. F. S. *Educação para a saúde e orientação sexual*. Ed. Guariart, Guariba-SP, 1994.
4. FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Ed. Paz e Terra, São Paulo, 1992.
5. \_\_\_\_\_. *Documento 20 anos de pedagogia do oprimido*. Ed. Yungraf, São Paulo, s. d.
6. PINHO, C. Proteção a Tempo / AIDS. *Rev. Isto é*, nº 1512, 23/09/1998. p. 92-3.



## **XII Congresso Latino-Americano de Doenças Sexualmente Transmissíveis**

VI Conferência Pan-Americana de AIDS

Centro de Convenções da Bahia  
Salvador, BA, Brasil  
8 a 11 de setembro de 1999



Promoção e Organização  
**UNIÓN LATINOAMERICANA CONTRA LAS ENFERMEDADES  
DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ULACETS)**  
Assessora Oficial da Oficina Sanitária Pan-Americana  
e Organização Mundial de Saúde

Informações e Correspondência  
SECRETARIAT Central de Secretaria para Eventos  
Rua Santo Antônio, 277 sala 402 - 90220-011 - Porto Alegre - RS  
Fone/Fax: 00 55 (051) 311-7350  
e-mail: ulacets.cong99@netmarket.com.br



## ARTIGO

# AVALIAÇÃO DA PERFORMANCE DA PROTEÍNA C REATIVA E DA VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO NA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

## PERFORMANCE EVALUATION OF C REACTIVE PROTEIN AND ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE IN PELVIC INFLAMMATORY DISEASE

ANGÉLICA ESPINOSA MIRANDA<sup>1</sup>, ANTÔNIO CHAMBÓ FILHO<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivos:** Avaliar a performance da VHS e da proteína C reativa na evolução clínica e terapêutica da DIP.

**Métodos:** Estudo prospectivo foi realizado no período de outubro/91 à dezembro/92 em 50 pacientes atendidas no Serviço de Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES. As pacientes foram divididas em dois grupos: no grupo I foram estudadas 25 pacientes com quadro clínico e laboratorial sugestivo de DIP; e no grupo II pacientes assintomáticas. Foi realizada dosagem de VHS e a proteína C reativa no momento da internação, após 48h, 72h e no 5º dia.

**Resultados:** A média de idade foi de 28 anos (SD6,4) no grupo I e de 29,5 anos (SD7,2) no grupo II. Os valores de proteína C reativa e VHS apresentaram-se elevados nas pacientes com DIP, não havendo diferenças entre os dois testes quanto à função de especificar o estágio da doença. A resposta ao tratamento foi indicada pela diminuição dos níveis de proteína C reativa e VHS associados a melhora dos sintomas clínicos.

**Conclusões:** O uso combinado dos níveis séricos de VHS e proteína C reativa associados à critérios clínicos selecionados são úteis no diagnóstico da doença inflamatória pélvica e melhora a decisão clínica em relação ao acompanhamento terapêutico.

**Palavras-chave:** DIPA, VHS e proteína C reativa

### INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Pélvica Aguda (DIP) é um dos mais importantes problemas da saúde da mulher, atingindo-as, principalmente, na fase reprodutiva e, sendo responsável por graves seqüelas, tais como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica<sup>(3)(16)</sup>.

A DIP tem sido descrita como uma síndrome clínica aguda (sem relação com gravidez ou cirurgia) atribuída à ascensão de microrganismos da vagina e endocérvice para endométrio, tubas de falópio e/ou estruturas contíguas<sup>(11)(16)</sup>. Determinar a etiologia exata da DIP é difícil porque o isolamento de germes através da cultura de endo-

cérvice pode não corresponder com aquele encontrado no trato genital superior <sup>(13)</sup>. Os organismos mais frequentemente implicados na etiologia da DIP são *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia tracomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* e numerosas espécies aeróbicas e anaeróbicas (estes são também isolados no trato genital inferior na ausência de alguma doença ou na vaginose bacteriana) <sup>(5)</sup>.

A DIP se apresenta com um amplo espectro de manifestações clínicas, que inclui dor abdominal em baixo ventre, fluxo cervical purulento, dor à mobilização uterina e dor anexial; assim como febre e leucocitose. Entretanto estes sinais e sintomas aceitos convencionalmente são baseados em observações clínicas não confirmadas. A confirmação visual da salpingite aguda por laparoscopia tem mostrado que o diagnóstico baseado em critérios clínicos é frequentemente inadequado e pode resultar em falso diagnóstico e terapia inapropriada <sup>(4)(7)</sup>. Por outro lado, insistir em critérios clínicos muito severos também é insatisfatório e resulta de um grande número de casos negligenciados, diagnosticados incorretamente ou tratados inapropriadamente. Jacobson e Westron <sup>(7)</sup> foram capazes de confirmar o diagnóstico clínico de salpingite aguda em somente 65% das mulheres submetidas à laparoscopia por diagnóstico clínico de DIP aguda. 23% tinham a pelve aparentemente normal e as 12% restante tinham outros diagnósticos comumente associados com dor pélvica aguda (apendicite, endometrite, gravidez ectópica e cistos ovarianos).

Já foi verificado em trabalhos anteriores que quando critérios clínicos se encontram associados a outros testes, a chance do diagnóstico estar correto aumenta significativamente. Em consideração a este fato e a uma tentativa de padronizar o diagnóstico da DIP aguda, os seguintes critérios clínicos e laboratoriais têm sido utilizados para o diagnóstico <sup>(3)(18)</sup>:

Todos os três devem estar presentes: Hiperestesia em baixo ventre; hiperestesia à mobilização do colo uterino; hiperestesia de anexos (pode ser unilateral). Os primeiros devem estar associados a um dos seguintes: temperatura igual ou superior à 38,3°C; VHS elevada, proteína C reativa elevada, fluxo vaginal ou cervical anormal e leucometria igual ou acima de 10500mm<sup>3</sup>.

A velocidade de hemossedimentação (VHS) e a proteína C reativa são testes inespecíficos usados na complementação diagnóstica e

*A VHS, por definição,  
é o teste diagnóstico que  
mede a distância em  
milímetros com que os  
eritrócitos sedimentam  
em uma hora*

acompanhamento da resposta terapêutica em pacientes com DIP.

A VHS, por definição, é o teste diagnóstico que mede a distância em milímetros com que os eritrócitos sedimentam em uma hora <sup>(2)</sup>. Uma VHS alterada tem validade na obtenção de três tipos de informação: determinar ou não a presença de alguma doença; monitorar o curso e o prognóstico de uma doença já diagnosticada; e avaliar a resposta frente à terapêutica <sup>(2)(8)(9)</sup>. Nos últimos anos tem sido reavaliado o significado diagnóstico de uma VHS elevada (acima de 100mm/h), demonstrando que as doenças mais envolvidas com altos valores de sedimentação sanguínea são infecções, doenças inflamatórias e neoplasias <sup>(5)(7)(9)</sup>. A VHS é frequentemente utilizada na DIP como teste complementar de pouco valor diagnóstico, com a função de avaliar a resposta terapêutica <sup>(17)</sup>.

A proteína C reativa foi detectada pela primeira vez por Tillet G. Francis em 1930 no soro de paciente com pneumonia pneumocócica <sup>(20)</sup>, e assim denominada por formar complexo com polissacarídeos C isolados da cápsula de pneumococo numa reação de floculação que requer o íon cálcio. O aumento da proteína C reativa na fase aguda de doenças inflamatórias ocorre precocemente, aproximadamente três horas após estimulação com hematina e 6 horas após o início de algumas doenças. A concentração máxima é atingida em 24 a 48 h, e um rápido "clearance" do plasma ocorre após o término do episódio agudo <sup>(15)</sup>. A detecção da proteína C reativa é útil no diagnóstico precoce de lesões tissulares e no monitoramento da resposta terapêutica em doenças infecciosas. Quando se compara a proteína C reativa com a VHS é observado que: o aparecimento no soro é mais precoce que a VHS; retorna aos níveis normais mais rapidamente; sensibilidade maior; não é afetada por diminuição de contagem de hemácias e alterações nas concentrações de fibrinogênio no soro <sup>(6)</sup>.

Resolvemos avaliar a utilidade de dois testes laboratoriais (VHS e proteína C reativa) na tentativa de auxiliar o diagnóstico e avaliar a eficácia terapêutica na DIP, minimizando assim suas complicações.

## MATERIAL E METODOS

Um estudo prospectivo foi realizado em 50 pacientes atendidas no Serviço de Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES,

no período de outubro/91 à dezembro/92.

As pacientes foram divididas em dois grupos: no grupo I foram estudadas 25 pacientes com quadro clínico e laboratorial sugestivo de Doença Inflamatória Pélvica estadiadas no grupo II de Gainesville; e no grupo II pacientes assintomáticas submetidas a uma minuciosa anamnese e exame clínico para se excluir qualquer sintoma ou doença que pudesse alterar a velocidade de hemossedimentação e a proteína C reativa.

As pacientes do grupo I foram selecionadas segundo os critérios clínicos propostos por Jacobson et al<sup>(7)</sup>: febre, VHS aumentado na 1ª hora, fluxo vaginal, tumor pélvico, vômitos, sangramento vaginal, disúria, polaciúria e dor anexial à mobilização uterina. Segundo Jacobson, quando cinco destes critérios são positivos há 75% de possibilidade de haver DIP; quando seis ou sete estão positivos a probabilidade sobe para 85%; e quando oito ou nove estão positivos a probabilidade é de 95%. Foram incluídas neste estudo pacientes com oito ou mais sinais positivos.

Foi coletado 15ml de sangue nas pacientes dos dois grupos para realização de hemograma, VHS e proteína C reativa no momento da internação, antes do início do tratamento, sendo que a VHS e a PcR foram repetidas após 72h e no 5º dia do tratamento. Foi realizado teste de GRAM e cultura para Gonococo em meio de Thayer-Martin e Imunofluorescência direta para Clamídia nas pacientes do grupo I e II.

As pacientes do grupo I foram tratadas com Penicilina cristalina 5.000.000 UI endovenoso (EV) 4/4 horas e cloranfenicol 1gr EV 6/6 horas. Quando não havia resposta clínica em 48 horas era associado Gentamicina 80 mg EV 8/8 horas. O tratamento foi mantido por 10 a 15 dias. Em todos os casos foi realizado o tratamento do parceiro sexual. As 25 pacientes com diagnóstico de DIP II foram tratadas sob regime hospitalar com um tempo médio de internação de 5 dias, permanecendo com medicação injetável por 3 dias ou até apresentar resposta terapêutica satisfatória.

As pacientes responderam a um termo de consentimento verbal concordando em participar do estudo.

## RESULTADOS

A média de idade foi de 28 anos (SD6,4) no grupo I e de 29,5 anos (SD7,2) no grupo II. Não

*A VHS é frequentemente utilizada na DIPA como teste complementar de pouco valor diagnóstico, com a função de avaliar a resposta terapêutica*

houve uma diferença estatisticamente significativa em relação ao número de gestações e a presença de DIP. Quanto à etnia, foi observado uma frequência predominante de mulatas: 56% no grupo I e 48% no grupo II. O

número de parceiros sexuais apresentou associação com a presença de DIP, que não foi detectada em nenhuma paciente sem atividade sexual. A avaliação pelos critérios de Jacobson encontram-se descrita no Quadro 1. No Quadro 2 estão descritos os resultados dos exames utilizados para a identificação dos agentes etiológicos responsáveis pela infecção.

**Quadro 1:** Diagnóstico presumível de DIP através dos critérios clínicos propostos por Jacobson (N=25).

Sinais de Jacobson	Presente n (%)	Ausente n (%)
Dor	25 (100)	-
Febre	23 (92)	2 (8)
VHS >15mm (1ª hora)	25 (100)	-
Fluxo vaginal anormal	24 (96)	1 (4)
Sangramento vaginal	12 (48)	13 (52)
Tumor pélvico	8 (32)	17 (68)
Vômitos	19 (76)	6 (24)
Disúria/Polaciúria	24 (96)	1 (4)
Dor à mobilização útero	25 (100)	-

**Quadro 2:** Diagnóstico de infecção por CT ou GC como agentes envolvidos na infecção (N=25).

Testes	Positivo* n (%)	Negativo** n (%)
RIF para Clamídia	12 (48)	13 (52)
Cultura para Gonococo	10 (40)	15 (60)

CT: *Chlamydia trachomatis* GC: Gonococo

\* Duas pacientes apresentaram os dois testes positivos.

\*\* Três pacientes apresentaram os dois testes negativos

Figura 1: Índice de positividade de proteína C reativa e VHS (N=50).

Na avaliação do hemograma foi verificado leucocitose com desvio à esquerda em todas as pacientes, sendo esta alteração mais discreta nas pacientes com DIP por Clamídia. A leucocitose e a hipertermia, quando presentes no início do tratamento, retornaram ao normal após três dias de tratamento em 95% das pacientes. O EAS associado à urocultura se manteve sem alterações em todas as pacientes. Estes dados fornecidos foram necessários para a confirmação do diagnóstico e exclusão de diagnósticos diferenciais. Ultrassonografia pélvica e laparoscopia não foram incluídas por não terem sido realizadas em todas as pacientes.

Os valores de proteína C reativa e VHS apresentaram-se elevados nas pacientes com DIP,

*A prevenção primária,  
através do controle das  
infecções no trato genital,  
é a melhor estratégia  
na abordagem  
da DIPA*

não havendo diferenças entre os dois testes quanto à função de especificar o estágio da doença (Gráfico 1). Após análise dos resultados, a proteína C reativa demonstrou ter sensibilidade e especificidade maiores que a VHS, com 8% de falso-negativos e 16% de falso-positivos. Já a VHS apresentou 16% de falso-negativos e 24% de falso-positivos. A resposta ao tratamento foi indicada pela diminuição dos níveis de proteína C reativa e VHS associados a melhora dos sintomas clínicos. Foi observado declínio de 42% nos valores de proteína C reativa no 3º dia de tratamento e de aproximadamente 80% no 5º dia. Os valores de VHS declinaram mais lentamente, em torno de 36% no 5º dia.

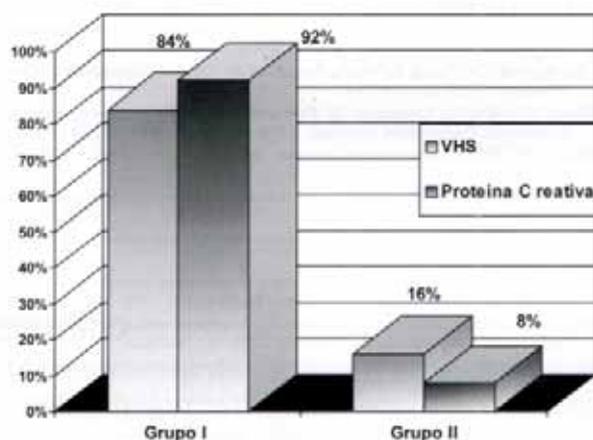
preditivos da proteína C reativa e VHS (18)(10). Nos resultados deste estudo não foi realizado esta comparação, mas foi encontrado que nas pacientes com DIP 84% apresentavam níveis plasmáticos de VHS elevados e

92% aumento de proteína C reativa com um pico mais agudo, o que sugere que este último teste é mais sensível que a VHS no diagnóstico e acompanhamento terapêutico da doença.

Em relação à adequação antibiótica, esta deve ser baseada na resposta terapêutica (diminuição da febre, desaparecimento da dor, etc.). Estes dados demonstram que que níveis elevados de proteína C reativa retornam rapidamente ao normal quando o tratamento é efetivo, portanto as dosagens repetidas podem ser utilizadas na avaliação da resposta terapêutica. Neste aspecto a proteína C reativa foi superior à VHS na monitorização da DIP. Pepys (1981), Teisala (1990) e Reljic(1998) demonstraram que apesar da proteína C reativa e VHS não serem marcadores específicos para infecções bacterianas elas apresentam níveis elevados em inflamações e em condições que envolvem trauma de tecidos e/ou necroses<sup>(12)(13)(19)</sup>. Miettinen et al (1993) obtiveram resultados semelhantes ao deste estudo, verificando que a dosagem da VHS ajuda mas não apresenta poder de decisão no diagnóstico da DIP; enquanto que a dosagem de proteína C reativa é de importância como marcador de avaliação para resposta terapêutica, onde observaram resultados semelhantes ao de Angerman et al, que monitoraram 16 pacientes com DIP<sup>(11)(10)</sup>.

As dosagem de proteína C reativa e VHS podem auxiliar no diagnóstico e na avaliação da resposta terapêutica apesar de serem marcadores inespecíficos. Não se pode excluir, entretanto, a necessidade de uma laparoscopia quando acessível, e quando o diagnóstico não foi conclusivo.

Gráfico 1



## DISCUSSÃO

A prevenção primária, através do controle das infecções no trato genital, é a melhor estratégia na abordagem da DIP, mas o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz podem minimizar os problemas causados pelas sequelas da infecção. Apesar da laparoscopia ser um método de grande importância para estabelecer o diagnóstico, ele não está disponível em todos os serviços, podendo nestes casos o clínico utilizar métodos menos invasivos que associados à critérios clínicos selecionados ajudam no diagnóstico<sup>(21)</sup>.

Shalla et al (1984) e Lehtinem et al (1986) demonstraram em seus trabalhos que a proteína C reativa é muito sensível nas emergências ginecológicas, e principalmente na detecção da DIP onde apresenta altos níveis de concentração plasmática<sup>(15)(9)</sup>. Swett e Miettinen avaliaram o aumento da VHS como critério para diagnóstico de DIP e encontram resultados positivos após comparação dos valores sensitivos e

## ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the test performance of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein regarding the clinical and therapeutic evolution of pelvic inflammatory disease.

**Methods:** A prospective study was conducted from October/91 to December/92 in 50 patients that had attended the Gynecological department of University hospital. The patients were divided into two groups: in group 1 were

studied 25 patients with PID; and in the group 2 asymptomatic patients. They were tested to erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein in the admission, after 48h, 72h and 5 days.

**Results:** Mean age was 28 years (SD6.4) in group 1 and 29.5 years (SD7.2) in group 2. The levels of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein were higher in patients with PID. There were not differences between the two tests in relation the severity of PID. The response to antimicrobial therapy was indicated by decreasing levels of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein associated to clinical recuperation.

**Conclusions:** Combined use of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein levels associated with clinical criteria are useful in assessing the severity of acute pelvic inflammatory disease and augments the clinical decision making regarding treatment.

**Keywords:** PID, ESR, C-reactive protein

## BIBLIOGRAFIA

1. Angerman NS, Evans MI, Moravec WD, Schumacher GF, Hajj SN. C-reactive protein in the evaluation of antibiotic therapy for pelvic infection. *J Reprod Med* 1980; 25(2):63-66.
2. Bedell SE, Bush BT. Erythrocyte sedimentation rate: From folklore to facts. *Am J Med* 1985 78:1001-1009.
3. Centers of Disease Control 1989 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. *MMWR* 1985; 34 (45).
4. Centers of Disease Control. 1998 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. *MMWR* 1997, 47:79-85.
5. Fincher RE, Page MI. Clinical significance of extreme elevation of the erythrocyte sedimentation rate. *Arch Intern Med* 1986; 145: 1581-1583.
6. Guimarães RX, Guerra CC. Interpretação clínica das provas laboratoriais, 4ª edição, Savier, 1990; 604-606.
7. Jacobson L, Westrom L. Objectivized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease: diagnostic and prognostic value routine laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 105: 1088-1098.
8. Kushner I. The acute phase reactants and the erythrocyte sedimentation rate. In: Kelly W, Harris E, Ruddy S, Sledge C, eds. *Text book of rheumatology*. Philadelphia: WB Saunders 1981. 669-676.
9. Lehtinen M, Laine S, Heinonen P, Teisala K, Miettinen A et al. Serum C-reactive protein in acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 158-159.
10. Miettinen AK, Heinonen PK, Laippala P, Paavonen J. Test performance of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein in assessing the severity of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169(5): 1143-1149.
11. Newkirk GR. Pelvic inflammatory disease: a contemporary approach. *Am Fam Physician* 1996; 53 (4):1127-1135.
12. Pepys MB. C-reactive protein fifty years on. *Lancet* 1981; 653-657.
13. Reljic M, Gorisek B. C-reactive protein and the treatment of pelvic inflammatory disease. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 60(2):143-150.
14. Romanowski B. Pelvic inflammatory disease: Current approaches. *Can Fam Physician* 1993; 39: 346-349.
15. Shalla WO, Arko RJ, Thompson SE. Evaluation of C-reactive protein latex agglutinin in Sexually Transmitted Diseases. *J Clin Microbiol* 1984; 20: 1171-1173.
16. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Clin North Am* 1994; 8(4): 821-840.
17. Sox Jr HC, Liang MH. The erythrocyte sedimentation rate: Guidelines for rational use. *Ann Intern Med*, 104: 515-523, 1986.
18. Sweet RL. Pelvic inflammatory disease and infertility in women. *Infect Dis Clin North Am* 1987; 1: 199-215.
19. Teisala K, Heinonen PK. C-reactive protein in assessing antimicrobial treatment of acute pelvic inflammatory disease. *J Reprod Med* 1990; 35(10): 953-958.
20. Tillet WS, Francis T. Serological reactions in pneumonia with a non-protein somatic fraction of pneumococcus. *J Exp Med* 1930; 52: 561-565.
21. Washington AE, Arno PS, Brooks MA. The economic cost of pelvic inflammatory disease. *JAMA* 1986; 255:1735.



## ARTIGO

# TRATAMENTO DA INFECÇÃO SUBCLÍNICA PELO PAPILOMAVIRUS HUMANO (HPV) NO COLO UTERINO: CONSENSO E CONTROVÉRSIAS

## THE TREATMENT OF SUBCLINICAL HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) CERVICAL INFECTION: CONSENSUS AND CONTROVERSY

FÁBIO RUSSOMANO<sup>1</sup>; MARIA JOSÉ DE CAMARGO<sup>2</sup>; ALDO REIS<sup>3</sup>;  
ANA LUCIA SEQUEIRA<sup>4</sup>; MARIA VIRGÍNIA DUTRA E SANDRA FONSECA<sup>5</sup>

### RESUMO

O tratamento da forma subclínica de infecção pelo papilomavirus humano (HPV) tem sido alvo de controvérsia. Trata-se de infecção muito prevalente e com forte associação ao câncer cérvico-uterino. Existem vários tratamentos propostos para esta infecção mas a maioria dos autores concorda em que o tratamento de sua forma subclínica é uma tarefa difícil e que nenhuma terapia atualmente disponível é capaz de erradicar o vírus. Apesar disto, alguns au-

tores recomendam terapias que variam desde a destruição ou exérese da zona de transformação do colo uterino até a excisão de todas as lesões identificáveis causadas pelo HPV. Outros, considerando as limitações dos meios terapêuticos disponíveis, recomendam apenas que estas pacientes devem ser mantidas em observação com o objetivo de detectar e tratar lesões pré invasoras (neoplasias intraepiteliais - NIC, displasias), caso apareçam. Outras medidas comumente adotadas são discutidas considerando sua efetividade e conseqüências psicológicas e conjugais. Discutimos esta controvérsia com base na metodologia utilizada por vários autores de revisões e citamos a ausência de evidências de eficácia de tratamentos para a forma subclínica da infecção pelo HPV no colo uterino sem NIC. Concluímos que, até que surja alguma evidência de eficácia terapêutica para esta forma da infecção, estas pacientes devem ser mantidas em controle citológico e colposcópico com o objetivo de prevenir o câncer cérvico-uterino.

**Palavras-chave:** Papilomavirus humano, tratamento, câncer cervical

<sup>1</sup> Mestre em Saúde da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF-FIOCRUZ). Responsável pelo Setor de Patologia Cervical do IFF-FIOCRUZ.

<sup>2</sup> Mestre em Ginecologia pela UFRJ. Co-responsável pelo Setor de Patologia Cervical do IFF-FIOCRUZ.

<sup>3</sup> Doutor em Obstetrícia pela UFRJ. Programa de Epidemiologia Clínica da Faculdade de Medicina da UFRJ.

<sup>4</sup> Mestre em Saúde da Mulher pelo IFF-FIOCRUZ. Serviço Social do IFF-FIOCRUZ.

<sup>5</sup> Mestres em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ. Núcleo de Epidemiologia do Departamento de Pediatria do IFF-FIOCRUZ.

Endereço para correspondência: Fábio Russomano - Av. João Carlos Machado, 380, sala 308, Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22620-080. Tel/fax: (021) 493-7366. E-mail: fabio@iff.fiocruz.br ou fabiorussomano@montreal.com.br.

## INTRODUÇÃO

O tratamento da infecção subclínica pelo papilomavírus humano (Human Papillomavirus - HPV) tem sido alvo de discussão e está longe de um consenso sobre sua indicação. Revendo a literatura, renomadas autoridades no assunto recomendam tratamentos bastante lógicos e coerentes porém sem comprovação clínica de sua efetividade, enquanto outros recomendam apenas tratar as lesões clínicas e observar as lesões subclínicas.

Esta discussão tem seus efeitos em nossa prática diária, na qual observamos a utilização de uma gama de formas terapêuticas, algumas possivelmente mais prejudiciais do que benéficas, tornando nossa assistência inefetiva ou até danosa.

Nosso objetivo é mostrar o que de consenso e controvérsia existe entre os autores, numa tentativa de contribuir para a nossa prática clínica. Também, a título de contribuição, discutimos os resultados de revisão sistemática da literatura médica realizada com o objetivo de procurar evidências de eficácia de tratamentos propostos para a infecção subclínica pelo HPV no colo uterino sem neoplasia intraepitelial.

## IMPORTÂNCIA DA INFECÇÃO PELO HPV

A infecção pelo HPV ganhou importância a partir de sua associação com o câncer cérvico-uterino. Atualmente já existem evidências suficientes de que os HPVs 16/18 são carcinogênicos para o homem, enquanto existem evidências sugerindo falta de capacidade oncogênica dos HPVs 6/11 e limitadas evidências da oncogenicidade de outros tipos de HPV<sup>(1)</sup>.

Ressalta esta importância, a sua alta prevalência. Esta pode ser a doença viral sexualmente transmissível mais frequente atualmente nos Estados Unidos. É comum em todas as raças e grupos socioeconômicos e parece ter prevalência significativa em todo o mundo entre pessoas sexualmente ativas.

Segundo Schiffman<sup>(2)</sup>, as informações obtidas dos estudos transversais sobre a prevalência do HPV por faixas etárias permite inferir que o contágio pelo HPV acontece no

*Não se pode excluir, entretanto, a necessidade de uma laparoscopia quando acessível, e quando o diagnóstico não foi conclusivo*

início da vida sexual, na adolescência ou por volta dos 20 anos. Esta infecção será transitória na maioria das vezes e não haverá evidência clínica de doença, que poderá ser suprimida ou até cu-

rada. Outras apresentarão lesões de menor importância que podem regredir espontaneamente.

Uma minoria de mulheres desenvolverá uma infecção persistente pelo HPV, talvez como resultado de incompetência imunológica. Algumas destas infecções persistentes contêm tipos virais mais frequentemente associados aos precursores mais graves do câncer cervical e progredirão para estas lesões. A maior parte destes diagnósticos dá-se entre os 25 e 29 anos, enquanto os diagnósticos de câncer cervical são mais frequentes entre 35 e 39 anos<sup>(2)</sup>. Evidências sugerem que a persistência de HPVs de alto risco é o que determina o maior risco de desenvolvimento das neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC)<sup>(3,4)</sup>.

A prevalência do HPV foi estimada em várias partes do Mundo. Em um estudo caso-controle sobre a associação do HPV ao câncer cervical conduzido em vários países, a prevalência do HPV nos controles foi avaliada por meios de diagnóstico molecular. Esta prevalência situou-se entre 13% a 20% em países subdesenvolvidos, entre eles o Brasil. A prevalência do HPV na Europa Ocidental e Estados Unidos situou-se em menos de 10% na faixa etária de 40 anos ou mais<sup>(5)</sup>.

## IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Acreditava-se, até meados da década de 70, que apenas um vírus causava os **condilomas**. Atualmente são conhecidos 77 tipos diferentes de HPV que são agrupados em função das associações patológicas e especificidade cutânea ou mucosa.

Os 25 tipos associados a infecção mucosa podem ser divididos em de alto risco e baixo risco para progressão maligna. Cada tipo recebe uma denominação numérica de acordo com a ordem de sua identificação como um novo tipo. Um novo tipo é identificado quando a seqüência de bases de seu DNA tem menos de 50% de homologia com as demais seqüências conhecidas<sup>(6)</sup>.

A VHS, por definição,  
é o teste diagnóstico que  
mede a distância em  
milímetros com que os  
eritrócitos sedimentam  
em uma hora

### a. MODO DE TRANSMISSÃO

Ferenczy<sup>(3)</sup> afirma que maioria das infecções pelo HPV se desenvolvem após o primeiro coito ou primeiro contato direto da genitália com áreas contaminadas, mesmo sem penetração anal ou vaginal. Outros meios de transmissão, como através de roupas íntimas, espelhos contaminados, fumaça gerada em tratamentos destas lesões são muito improváveis de serem contaminantes.

### b. FORMAS DE APRESENTAÇÃO

A infecção pelo HPV tem sido descrita em três formas de apresentação: clínica, subclínica e latente:

- Forma clínica: presença de lesões vegetantes (verrugas genitais ou condilomas) na região anogenital, visíveis a olho nu sem nenhuma técnica de magnificação<sup>(7)</sup>;
- Forma subclínica: caracteriza-se pela presença de áreas difusas de hiperplasia epitelial não papilifera<sup>(8)</sup>, observadas através do colposcópico e após aplicação de ácido acético;
- Forma latente: demonstrada em áreas normais à colposcopia e sem alterações histológicas através de técnicas de biologia molecular (hibridização, captura híbrida ou PCR). É definida pela presença do DNA viral sem evidências histológicas da infecção<sup>(8)</sup>.

O significado biológico da forma latente é desconhecido e não se sabe quanto tempo o vírus pode permanecer neste estado nem quantos casos progridem desta forma de infecção para as demais. Segundo Ferenczy<sup>(9)</sup>, a presença do HPV em tecidos normais seria a responsável pela recorrência de lesões apesar dos tratamentos.

Formas terapêuticas existentes, suas limitações e efeitos adversos

As formas terapêuticas correntes para a **forma clínica** de infecção pelo HPV podem ser classificadas em destrutivas ou excisionais e imunomoduladoras.

### a. FORMAS DE TERAPIA DESTRUTIVA OU EXCISIONAL

Nesta forma de terapia o objetivo é eliminar as células infectadas e incluem a destruição

tecidual ou citotoxicidade química. Nenhum dos tratamentos correntemente usados são antivirais porque a citodestruição não é seletiva. Todavia, a citólise pode expor os antígenos virais,

estimulando uma resposta imune benéfica<sup>(10)</sup>.

Técnicas cirúrgicas usadas com algum sucesso são: excisão local, crioterapia, vaporização por *laser* de CO<sub>2</sub> e eletrocauterização<sup>(11)</sup>. Estas terapias podem ser dolorosas, deformantes, e, em lesões extensas, impraticáveis. Ainda, não está claro se as freqüentes recorrências são devidas à reativação de infecção subclínica ou latente de epitélio normal que foi deixado sem tratamento<sup>(11)</sup>.

Assim como a destruição física, a citotoxicidade não tem especificidade para os tecidos infectados, podendo levar a lesões importantes nas áreas clinicamente sadias<sup>(11)</sup>.

Também consideramos formas de terapia destrutiva ou excisional os ácidos orgânicos bies-tricloroacéticos, *Thuya Occidentalis* e exérese por alça diatérmica. Dentre as drogas citotóxicas incluímos a podofilina, a podofilotoxina, o 5-Fluorouracil e a bleomicina.

### b. FORMAS DE TERAPIA POR IMUNOMODULAÇÃO

Uma característica marcante das doenças relacionadas ao HPV é a possibilidade de remissão espontânea devida à resposta imune sistêmica. Por esta razão, a estimulação do sistema imune tem sido atrativa. Dentre estes métodos, ressaltamos a vacina autógena, o levamisole, o dinitroclorobenzeno, o BCG (*bacille Calmette-Guérin*) e o interferon<sup>(11)</sup>. Mais recentemente, têm sido descritos também o *imiquimod* e as vacinas com partículas do HPV.

### c. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS FORMAS DE TERAPIA

A seguir descreveremos sumariamente o mecanismo de ação, esquemas terapêuticos e principais complicações das formas de terapia mais citadas.

#### • Podofilina e podofilotoxina

A podofilina é o medicamento mais antigo usado no tratamento de condilomas. É um

extrato alcoólico de uma resina vegetal derivada das espécies *Podophyllum peltatum* (americana) ou *Podophyllum emodi* (indiana). É uma mistura complexa de vários componentes que são anti-mitóticos, sendo um deles mais ativo, a podofilotoxina. Esta substância inibe a mitose celular e produz vasoespasmos da região. Causa irritação local e, se absorvida em quantidades significativas, pode ser tóxica para o coração, rins e sistema nervoso. Por este motivo, não deve ser usada em locais que possibilitem grande absorção como colo e vagina, devendo ser aplicada pelo médico e o local de aplicação deve ser lavado em 4 a 6 horas após a aplicação. Frequentemente necessita de várias aplicações e pode ser teratogênica, estando seu uso contra-indicado durante a gestação. Até o momento não parece ser tão efetiva que mereça ser recomendada como primeiro tratamento<sup>(11,12,18)</sup>.

#### • Ácidos bi- e tricloraocéticos

São ácidos utilizados em soluções de 45 a 95% em álcool a 70%, com efeito cáustico. Causam necrose tissular onde são aplicados. Não têm efeitos sistêmicos e podem ser usados em vagina e colo, bem como durante a gravidez. O grau de necrose tecidual é dependente do tempo de exposição às substâncias e, como a podofilina, requerem frequentemente mais de uma aplicação. Pela facilidade de uso e razoável segurança têm sido preferidos no lugar da podofilina, apesar de não parecerem mais efetivos do que outras drogas<sup>(11,12,18)</sup>.

#### • 5-Fluorouracil (5-FU)

O 5-FU é um análogo da pirimidina que compete com esta pela timidilato-sintetase e, assim, bloqueia a síntese de DNA e a divisão celular. Também pode bloquear a síntese de RNA. É agente antineoplásico de uso sistêmico e usado topicamente por dermatologistas para tratar ceratose actínica. Pelo seu mecanismo de ação, foi proposto para uso em viroses, incluindo a infecção pelo HPV. Até 1998 não tinha sido aprovado nos Estados Unidos para uso em condilomas e é contra-indicado na gravidez. Sua aplicação contínua resulta em vesiculação e erosões da epiderme por dermatite química. Superfícies mucosas tendem a reagir mais precocemente, causando corrimento vaginal e erosões de difícil tratamento<sup>(11,12,18)</sup>.

*A VHS é frequentemente utilizada na DIPA como teste complementar de pouco valor diagnóstico, com a função de avaliar a resposta terapêutica*

#### • Bleomicina

É quimioterápico produzido por um fungo que tem sido usado intralesionalmente em condilomas. Seu mecanismo de ação é ligar-se ao DNA celular e impedir sua replicação. As injeções são dolorosas e são comuns as reações inflamatórias locais severas. Se a injeção for mais profunda, pode causar extensa necrose tecidual. Sua efetividade não é clara<sup>(11,12,18)</sup>.

#### • Thuya Occidentalis

Outros autores incluem, ainda, a *Thuya Occidentalis*, "medicamento de origem vegetal muito usado na homeopatia que atua sobre proliferaciones cutaneomucosas do tipo vegetante. Tem propriedades cáusticas, anestésicas, bactericidas e antiviróticas"<sup>(13)</sup> (p. 99) no que a caracterizaria como forma de terapia destrutiva. Seus resultados são discutíveis e têm divulgação quase exclusivamente em nosso meio.

#### • Excisão local

É método apropriado para o tratamento de poucas lesões a nível ambulatorial, especialmente quando é desejável exame histopatológico do espécime. Sua indicação também está associada ao tamanho da lesão: lesões maiores podem apresentar pequena resposta às técnicas destrutivas. Exige anestesia local<sup>(11,18)</sup>.

#### • Eletrocauterização

Este método utiliza um eletrocautério para remover ou fulgurar lesões isoladas. Requer anestesia e, como o controle da profundidade do efeito é difícil, pode levar a necrose tecidual extensa e estenose em estruturas tubulares como canal anal e vagina<sup>(11)</sup>.

#### • Crioterapia

Neste método é feita destruição térmica pelo nitrogênio líquido, CO<sub>2</sub> sólido ou dispositivos metálicos resfriados por óxido nitroso ou CO<sub>2</sub> (criocautérios). É útil em poucas lesões ou lesões muito ceratinizadas e apresenta os mesmos problemas da eletrocauterização, apesar de raramente necessitar anestesia<sup>(11,12)</sup>.

#### • Laser de CO<sub>2</sub>

Em mãos experientes, o laser de CO<sub>2</sub> é muito efetivo no tratamento de condilomas. Causa destruição local com controle de profundidade de lesão tecidual com rápida cicatrização e bom

efeito estético. Todavia é de alto custo e requer anestesia para sua realização<sup>(11)</sup>.

É chamado de vaporização à *laser* pelo efeito de ebulição da água intracelular e subsequente lise celular que a alta energia oriunda do feixe luminoso provoca. As complicações incluem dor, secreção local, ulceração, infecção e cicatrização demorada. Cicatrizes permanentes também podem acontecer. Os resultados são conflitantes em termos de recorrência e persistência de lesões subclínicas<sup>(12)</sup>.

#### • Alça diatérmica

Método que consiste na utilização de um eletrobisturi de alta frequência com eletrodo metálico com diversos formatos, capazes de fazer uma excisão local no colo uterino sob controle colposcópico. Sua aplicação vem sendo advogada para exérese de qualquer lesão benigna ou NIC. Sua vantagem sobre o *laser* é o baixo custo e sobre as técnicas destrutivas a de fornecer fragmentos teciduais para exame histopatológico. Este procedimento requer anestesia e exige treinamento do operador.

#### • Vacina autógena

Neste tipo de tratamento, fragmentos de condilomas do próprio paciente são tratados de forma a obter um preparado rico em antígenos virais que depois é injetado no próprio paciente. Seus resultados são conflitantes<sup>(11)</sup>.

#### • bcg

O BCG é um grande estimulador da imunidade celular e é recomendado por alguns autores para uso intralesional<sup>(14)</sup>. Tem sucesso limitado<sup>(10)</sup>.

#### • Interferon

Os interferons são proteínas produzidas por células envolvidas na resposta imune que podem ser obtidas em cultura de linfócitos humanos ou por técnicas de biologia molecular. Têm propriedades antivirais, imunopotencializadoras e atividade antiproliferativa. Suas principais desvantagens, além do alto custo, são os efeitos adversos da administração sistêmica parenteral que podem ser importantes. São relatados hipertermia, cefaléia, náuseas, mialgia e fadiga. Efeitos mais importantes incluem anormalidades hematológicas e hepáticas<sup>(12)</sup>.

*A VHS, por definição, é o teste diagnóstico que mede a distância em milímetros com que os eritrócitos sedimentam em uma hora*

Para evitar os efeitos adversos do uso sistêmico, estas drogas têm sido utilizadas topicamente ou intralesionalmente. Os resultados nestas duas vias de administração são contraditórios<sup>(14)</sup>.

#### • Novas propostas

Uma nova droga com propriedades imunomoduladoras para uso tópico foi testada com resultados satisfatórios quanto ao desaparecimento das lesões vegetantes: o *imiquimod*. Foi recentemente aprovada para uso nos EUA e Canadá, para tratamento de lesões clínicas, inclusive para auto-aplicação, sob a forma de creme. Ainda não foi aprovado para uso em gestantes.

Também têm sido descritos resultados animadores de experimentos em animais com vacinas com partículas do HPV, altamente antigênicas e não-carcinogênicas.

Consenso e controvérsia no tratamento da infecção pelo HPV

A força da associação entre os HPVs de alto risco e neoplasia cervical induz pacientes e médicos a tratar qualquer forma de infecção pelo HPV. Todavia, *"a capacidade do vírus de estabelecer uma infecção latente e a falta de um agente antiviral específico faz disto um objetivo difícil"*<sup>(15)</sup> (p. 1.187).

A maioria dos autores consultados concorda em vários pontos, resumidos no quadro 1. A indicação do tratamento para as lesões clínicas (condilomas) não é discutida, já que são desfigurantes, podem confluir e tornarem-se grandes, podendo ser repetidamente traumatizadas ou infectadas, obstruir a uretra e a vagina<sup>(8)</sup>. A forma terapêutica escolhida depende da experi-

#### Quadro 1 - Consenso quanto ao tratamento da infecção pelo HPV

- Tratar sempre as lesões clínicas
- Dificuldade em tratar a forma subclínica
- Impossibilidade atual em tratar a forma latente
- Nenhum tratamento atualmente disponível erradica o HPV
- Principal indicação do tratamento da forma subclínica seria prevenir o desenvolvimento neoplásico futuro

ência pessoal de cada um e existe sempre uma possibilidade significativa de recorrências.

Quanto à indicação de tratamento para infecção subclínica pelo HPV é que observamos uma grande discussão. A maioria admite a dificuldade em tratar esta forma de infecção pelo HPV e a impossibilidade de tratamento da forma latente<sup>(6,8,9,11,14)</sup>. A posição de vários autores sobre a indicação do tratamento da forma subclínica de infecção pelo HPV no colo uterino é resumida no quadro 2.

Para alguns, o principal motivo do tratamento de todas as formas de infecção pelo HPV seria o controle da disseminação da doença<sup>(12,15)</sup>. Todavia, segundo Kraus & Stone<sup>(14)</sup>, “nenhum estudo mostrou de forma consistente que a terapia erradica o vírus” (p. S628).

Reid & Champion<sup>(9)</sup> introduziram um conceito de “semente e solo” em que a “semente” seria um HPV de alto risco e o “solo”, a zona de transformação. Com este conceito, acreditavam que a destruição “da zona de transformação per-

*A VHS é frequentemente utilizada na DIPA como teste complementar de pouco valor diagnóstico, com a função de avaliar a resposta terapêutica*

*manece como a abordagem mais custo efetiva para diagnósticos histopatológicos de ‘atipia colicitótica sem displasia concomitante’ (p. 168), ou seja, recomendavam destruir o “solo”*

que apresente infecção pelo HPV sem NIC para prevenir o desenvolvimento futuro de neoplasia. São acompanhados nesta opinião por vários outros autores.

Outros autores, alegando desconhecerem o risco potencial de desenvolvimento neoplásico em regiões do colo infectadas pelo HPV recomendam a exérese de todas as lesões identificáveis no colo uterino<sup>(16,17)</sup>.

Reid<sup>(18)</sup>, mais recentemente, reforça a proposta de destruição da zona de transformação, apesar de reconhecê-la como empírica. Acredita que, com a redução do custo das técnicas de diagnóstico molecular, este método poderia ser aplicado apenas àqueles casos em que for demonstrada a presença dos HPVs de alto risco.

Ferenczy<sup>(3)</sup>, também recentemente, utiliza a tipagem do HPV em sua conduta, indicando al-

**Quadro 2** - Resumo da posição de vários autores quanto à conduta na infecção subclínica pelo HPV no colo uterino.

	AUTOR	ANO	PAÍS CONDUTA
	Krebs	1989	EUA Destruição da zona de transformação (ZT)
Di Paola	1989	Argentina	Exérese de todas as lesões identificáveis
Kraus & Stone (CDC)	1990	EUA	Controle citológico e colposcópico e tratamento das NICs para prevenção de câncer
Crum & Nuovo	1991	EUA	Exérese de todas as lesões identificáveis
Ling	1992	EUA	Controle citológico e colposcópico e tratamento das NICs para prevenção de câncer
Koss	1992	EUA	Controle citológico e colposcópico e tratamento das NICs para prevenção de câncer
Jacyntho	1995	Brasil	Tratar de todas as lesões identificáveis
De Palo	1995	Itália	Destruição da ZT
Reid	1996	RU	Destruição da ZT
Benedet (c.p.)	1997	Canadá	Não tratar
Hatch (c.p.)	1997	EUA	Não tratar
Meisels (c.p.)	1997	Canadá	Controverso
Schneider (c.p.)	1997	Alemanha	Controverso
Ferenczy (n.p.)	1997	Canadá	Destruição da ZT quando persistente ou presente tipos de HPV de alto ou médio risco

*A VHS, por definição,  
é o teste diagnóstico que  
mede a distância em  
milímetros com que os  
eritrócitos sedimentam  
em uma hora*

guma forma de terapia destrutiva ou cirúrgica sobre a zona de transformação quando estiverem presentes os HPV de alto e médio risco. Quando a tipagem não estiver disponível cita como conduta viável o controle citológico e colposcópico com biópsias, quando presentes atipias.

Possíveis razões para a controvérsia

Como observamos, é razoável a discussão entre importantes autores na área sobre a indicação da infecção subclínica pelo HPV. Um dos motivos para este desacordo seria a forma não sistemática de busca e análise de estudos que empregam quando redigindo um artigo de revisão ou capítulo de livro.

Segundo Oxman & Guyatt<sup>(19)</sup>, revisões da literatura médica são uma estratégia para lidar com a grande quantidade de artigos disponíveis na atualidade. Todavia estas revisões podem ser conduzidas de forma não científica e informar erroneamente os leitores. Frequentemente revisões sobre o mesmo tema chegam a conclusões opostas e o crédito em suas conclusões é mais uma questão de gosto do que de ciência. O grau de conhecimento de um autor não é critério suficiente para credibilidade de sua revisão, já que *experts*, revendo o mesmo tema, chegam a conclusões diferentes.

Segundo Mulrow<sup>(20)</sup>, o processo de refinar informações exige exploração crítica, avaliação e síntese.

*"Infelizmente, revisões médicas são frequentemente subjetivas, pouco científicas e ineficientes. Estratégias para identificar e selecionar informações são raramente definidas. A informação coletada é revista de forma desordenada e com pouca atenção para avaliação sistemática da qualidade"* (p. 485).

Vários autores recomendam, para diminuir controvérsias como a aqui exposta, a realização de revisões sistemáticas. Um revisão sistemática (do inglês *systematic review* ou *overview*) consiste na *"aplicação de estratégias científicas que limitam vieses para reunir trabalhos de forma sistemática, avaliá-los criticamente e sintetizar todos os estudos relevantes sobre um tema específico"*<sup>(21)</sup> (p. 167). Revisões sistemáticas resumem evidências científicas

enquanto as demais reúnem opiniões e, possivelmente, evidências. Sua maior objetividade é a clara vantagem sobre as revisões narrativas mais subjetivas.

Com o objetivo de esclarecer a controvérsia quanto ao tratamento da infecção subclínica pelo HPV, realizamos uma revisão sistemática da literatura buscando evidências de eficácia de alguma terapia da forma subclínica da infecção pelo HPV sem neoplasia intraepitelial no colo uterino<sup>(22)</sup>.

Naquela oportunidade realizamos extensa busca de referências bibliográficas no *Medline*, *LILACS*, *Excerpta Medica*, *AIDSLINE*, *Popline*, *Cochrane Library*, além de listas de referências de vários autores, para identificação de trabalhos sobre qualquer forma terapêutica da infecção subclínica pelo HPV sem neoplasia intraepitelial no colo uterino. Também foram consultados especialistas na área, livros de resumos de congressos, registros de ensaios clínicos, companhias farmacêuticas, organismos governamentais e financiadores de pesquisas, além de endereços eletrônicos na *Internet*, na busca de trabalhos não publicados sobre o assunto.

Identificamos 67 estudos relacionados ao tema. Estes estudos foram mascarados e submetidos a critérios de inclusão previamente estabelecidos, que procuravam caracterizar a validade interna de cada estudo. Após aplicação dos critérios de inclusão, resultaram em cinco ensaios clínicos randomizados. Todavia nenhum dos estudos incluídos demonstrou diferenças significativas entre os grupos em teste e controle em termos de regressão de lesões subclínicas pelo HPV ou quanto à progressão para NIC

Assim, concluímos o estudo sem encontrar evidência de eficácia de alguma forma terapêutica para a infecção subclínica pelo HPV sem neoplasia intraepitelial no colo uterino, na literatura médica disponível.

Contactados por correspondência na ocasião da realização do estudo citado acima, os seguintes autores, entre outras informações, prestaram os seguintes depoimentos sobre o tratamento da forma subclínica de infecção pelo HPV no colo uterino:

*A VHS é frequentemente utilizada na DIPA como teste complementar de pouco valor diagnóstico, com a função de avaliar a resposta terapêutica*

- Kenneth D. Hatch, Departamento de Obstetria e Ginecologia da Universidade do Arizona, EUA: "Não tratamos esta entidade".
- Alexander Meisels, Serviço de Citopatologia, Saint-Sacremment Hospital, Canadá: "é uma questão que sempre aparece. Até onde sei, não existe tratamento efetivo para este tipo de infecção".
- J. L. Benedet, chefe do Departamento de Oncologia Ginecológica do Vancouver Cancer Centre, BC Cancer Agency, Canadá: "é nossa crença geral de que não existe tratamento efetivo para a infecção subclínica pelo HPV"... "e certamente por isso, ainda não aderimos a algum tipo de programa ou estratégia neste sentido".

Para outros autores, apesar de a eliminação de um fator de risco para o desenvolvimento neoplásico parecer ser um posicionamento bastante lógico, alegam que isto baseia-se inteiramente no papel do HPV na patogênese do câncer cervical, o que não depende apenas deste patógeno. Assim, segundo Ling<sup>(6)</sup> "o papel deste tratamento permanece desconhecido" (p. 685). As evidências do insucesso no tratamento das formas subclínicas e latentes diminuíram o entusiasmo para este tratamento. Por outro lado, o tratamento convencional das NIC, independente da presença de HPV, continua altamente efetivo em prevenir o câncer cérvico-uterino:

*"Como não podemos curar a infecção pelo HPV e obtemos sucesso no tratamento das displasias cervicais, a conclusão aparece claramente: a conduta para displasia cervical relacionada ao HPV e câncer necessita que a NIC seja detectada num estágio precoce e tratada adequadamente. Pacientes com infecção [pelo HPV] demandam rastreio apropriado para displasia, que pode utilizar a tipagem do HPV para determinar o risco relativo para câncer associado com uma cepa particular de HPV com a qual estão infectados" (...) "Infecção cervical pelo HPV na ausência de NIC, provavelmente, não requer tratamento"<sup>(8)</sup> (p. 685).*

Infecção em outros locais que não o colo uterino e papel do parceiro

O tratamento da infecção pelo HPV em outros sítios anogenitais que não o colo uterino

(vulva, vagina, pênis e ânus) também é alvo de discussão. Apesar disto, existe concordância na indicação de tratamento das lesões clínicas. O tratamento das lesões subclínicas é me-

nos indicado diante da impossibilidade atual de erradicar o vírus, da possível morbidade dos tratamentos nestes locais e, principalmente, pela baixa frequência de malignidade. Não há indicação de tratamento da infecção latente pela inexistência de um agente antiviral específico.

O papel do parceiro, até recentemente culpado pelas freqüentes recidivas ou persistência da infecção, vêm diminuindo de importância. Ferenczy<sup>(3)</sup> afirma que "o tratamento das lesões subclínicas no parceiro masculino não reduz as taxas de falha de cura de condilomas anais e vulvares, assim como das lesões intraepiteliais cervicais". Algumas observações sugerem que a recorrência após tratamentos efetivos, numa relação monogâmica são causadas, mais provavelmente, por ativação da infecção latente de que a paciente é portadora, do que por uma possível re-infecção pelo parceiro.

Isto diminui em muito a importância do uso do condom, do diagnóstico de lesões subclínicas pela peniscopia e tratamento destas lesões no homem numa relação monogâmica em que ambos os parceiros estão contaminados.

Reid<sup>(18)</sup> endossa esta idéia, declarando que "não existem benefícios definidos para o tratamento dos parceiros sexuais numa união estável" (p. 299), e que os benefícios nestas circunstâncias são dirigidos especificamente aos parceiros masculinos, mais do que à própria paciente, tratando as lesões relevantes no homem.

## **CONSIDERAÇÕES ACERCA DO DISCURSO PROFISSIONAL**

Outros aspectos relevantes desta infecção viral que devem ser levados em consideração pois dizem respeito a questões que extrapolam a esfera biológica. Quando estabelece-se o diagnóstico da infecção pelo HPV, dois "fantasmas" são criados: o do câncer e o da multiplicidade de parceiros. Ambos são injustificáveis e devem ser afastados pelo médico. O risco de câncer cervical ainda não está estima-

do por estudos prospectivos e poderíamos assegurar que aquelas pacientes que desenvolvam lesões pré invasivas graves, reais precursores do câncer cervical, poderão ser submetidas a tratamentos altamente efetivos em prevenir o câncer invasor.

Quanto ao segundo "fantasma", da multiplicidade de parceiros, baseia-se em conceito que desconsidera todo o conhecimento atual sobre a história natural da infecção. Como sabemos, o HPV pode permanecer durante anos no estado latente, sendo responsável pelo aparecimento ou reaparecimento de lesões independentemente da relação conjugal monogâmica. Na prática, quando nos defrontamos com o diagnóstico da infecção pelo HPV, raramente podemos afirmar quando houve a contaminação inicial. Portanto, qualquer afirmação a esse respeito torna-se imprudente, retratando não só desconhecimento como a representação dos valores culturais dos próprios profissionais na abordagem junto a seus pacientes.

A indicação universal do tratamento da infecção pelo HPV pode levar à interpretação por parte de pacientes e de médicos, de que algum tratamento atual pode levar à cura. Quando, como ocorre freqüentemente, são detectadas alterações persistentes ou recorrentes relacionadas ao HPV, são revigorados os fantasmas do câncer inevitável e da infidelidade: houve "insucesso" terapêutico ou uma nova contaminação pelo parceiro, o que gera medo, angústia e, por vezes, conflito conjugal.

Ainda, questionamos a validade de persuadir nossos pacientes ao uso de condom numa relação em que ambos estão contaminados pelo HPV com o único objetivo de prevenir re-infecção. Parece-nos que estamos introduzindo mais um elemento complicador de uma relação já abalada pela culpa e pelo medo do câncer. Acreditamos que esta prática tem o único efeito de lembrar aos parceiros, em momento especial para ambos, que são portadores desta condição, sem nenhuma comprovação científica de que esta é uma medida benéfica.

Obviamente, este questionamento não se aplica aos relacionamentos extraconjugais ou com parceiros(as) não contaminados. Todavia, devemos lembrar que uma parcela relevante de

*A VHS, por definição, é o teste diagnóstico que mede a distância em milímetros com que os eritrócitos sedimentam em uma hora*

portadores do HPV têm lesões subclínicas em regiões não protegidas ou evitadas pelo condom (base do pênis, bolsa escrotal e vulva).

Ainda assim, apesar do risco menor de contaminação com o uso do condom, lembraria que um risco pequeno repetido várias vezes, como numa nova relação estável, têm aumento exponencial, podendo tornar-se relevante. Nestas novas relações o casal deve ser orientado para a possibilidade de contaminação e deve estar atento ao controle citológico.

Por fim, questionamos a recomendação de medidas "higienistas" como não-compartilhamento de toalhas, vasos sanitários, etc., que além de não terem efeito sobre a transmissão viral, ampliam a problemática desta infecção do casal para o restante da família, amigos, colegas de trabalho, etc.

## CONCLUSÕES

Até que surjam evidências de eficácia terapêutica, parece-nos que a infecção pelo HPV demanda apenas controle citológico e/ou colposcópico para o diagnóstico e tratamento das NICs e, conseqüentemente, prevenção de câncer.

O sucesso no tratamento das formas clínicas da infecção pelo HPV deve ser considerado como apenas o desaparecimento das lesões visíveis e não a cura da infecção propriamente dita.

Nossos pacientes devem ser assegurados de que serão portadores de uma infecção por, possivelmente, muitos anos, sem que tenhamos atualmente meio de curá-los. Deverão aprender a conviver com um risco, como tantos outros a que todos nós estamos expostos, sem que os obriguemos a seguir condutas inefetivas ou danosas ou, ainda, mudarem radicalmente seus hábitos sexuais, conjugais ou sociais. Por outro lado, devem confiar que temos ferramentas suficientes para o diagnóstico e tratamento efetivo das NICs e, conseqüentemente, evitar o desenvolvimento neoplásico.

## ABSTRACT

Treatment of Human Papillomavirus (HPV) subclinical infection is a controversial issue. It's a very prevalent disease and has a strong

association to cervical cancer. There are a lot of therapies proposed but many experts agree that it is a difficult task and that no treatment can eradicate the virus. Some authors, recommend therapies ranging from the destruction of the transformation zone to the excision of all identifiable HPV lesions. Others, in face of the limitations mentioned, recommend that these patients should be kept under straight observation, in order to detect and treat intraepithelial neoplasia, if it comes up. Other measures are discussed in face of it's ineffectiveness and psychological consequences. Also, we try to explain the disagreement between authors in light of the methodology used in their reviews of the medical literature and show the results of a systematic review about the efficacy of treatments to HPV subclinical infection of the cervix without CIN. We conclude that, until some evidence of the efficacy of some treatment of subclinical HPV infection of the uterine cervix appears, these patients must be kept under cytological and colposcopic control, in order do avoid cervical cancer.

**Keywords:** Human papillomavirus, treatment, cervical cancer

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 1995. Human Papillomaviruses. *IARC Monographs*, 64:83-86.
2. Schiffman, M.H., 1992. Recent progress in defining the epidemiology of human papillomavirus infection and cervical neoplasia. *Journal of the National Cancer Institute*, 84(6): 394-398.
3. Ferenczy, A., s.d.: *HPV infections: current concepts, new developments*. N.P. (separata remetida pelo autor em 1997).
4. Villa, L.L., 1997. Human Papillomaviruses and cervical cancer. *Advances in Cancer Research*, 71:321-341.
5. Bosch, F.X.; Manos, M.M.; Muñoz, N. et al. International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group, 1995. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *Journal of the National Cancer Institute*, 87: 796-802.
6. Fisher, S.G., 1994. Epidemiology: a tool for the study of human papillomavirus-related carcinogenesis. *Intervirology*, 37: 215-225
7. Ling, M.R., 1992 a. Therapy of genital human papillomavirus infections. Part I: indications for and justification of therapy. *International Journal of Dermatology*, 33(10): 682-686.
8. Reid, R. & Campion, M.J., 1989. HPV-associated lesions of the cervix: biology and colposcopic features. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 32:157-179.
9. Ferenczy, A., Mitao, M., Nagai, N., Silverstein, S.J. & Crum, C.P., 1985. Latent papillomavirus and recurring genital warts. *The New England Journal of Medicine*, 313(13): 784-788.
10. Phelps, W.C. & Alexander, K.A., 1995. Antiviral therapy for human papillomaviruses: rationale and prospects. *Annals of Internal Medicine*, 123: 368-382.
11. Krebs, H.-B., 1989. Management strategies. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 32(1): 200-213.
12. Ling, M.R., 1992b. Therapy of genital human papillomavirus infections. Part II: Methods of treatment. *International Journal of Dermatology*, 31(11): 769-776.
13. Jacyntho, C, Almeida Filho, G & Maldonado, P, 1994. *HPV. Infecção Genital Feminina e Masculina*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda
14. Kraus, S.J. & Stone, K.M., 1990. Management of genital infection caused by human papillomavirus. *Reviews of Infectious Diseases*, 12 (supl.6): S620-S632.
15. Hatch, K.D., 1991. Vulvovaginal human papillomavirus infections: clinical implications and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165: 1183-1188.
16. Di Paola, G.R., 1989. *HPV y Neoplasia Intraepitelial Genital*. Buenos Aires: Eudeba.
17. Crum, C.P. & Nuovo, G.J., 1991. *Genital Papillomaviruses and Related Neoplasms*. New York: Raven Press.
18. Reid, R., 1996. *Treatment of HPV-associated disease*. In *Papillomavirus Reviews: Current Research on Papillomaviruses*. (Lacey, C., ed.) Leeds: Leeds University Press.
19. Oxman, A.D. & Guyatt, G., 1988. Guidelines for reading literature reviews. *Canadian Medical Association Journal*, 138: 697-703
20. Mulrow, C.D., 1987. The medical review article: state of the science. *Annals of Internal Medicine*, 106: 485-488.
21. Cook, D.J., Sackett, D.L. & Spitzer, W.O., 1995. Methodologic guidelines for systematic reviews of randomized clinical trials in health care from the Potsdam consultation on meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(1): 167-171.
22. Russomano, F.B.: *Eficácia de Tratamentos para a Infecção Subclínica pelo HPV sem neoplasia intraepitelial: revisão sistemática da literatura*. Tese de Mestrado. IFF/FIOCRUZ, 1997.



## MOMENTO HISTÓRICO

# HISTÓRIA DE LA UNIÓN LATINO AMERICANA CONTRA LAS ENFERMIDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA

ULACETS

¿ Sabe que es la Unión Latino Americana Contra las Enfermedades de Transmisión Sexual?

¿ Cuantas veces has asistido a reuniones, talleres, seminarios, congresos de la ULACETS, sin conocer su historia, propósito y misión?

La ULACETS es una organización no gubernamental (ONG) sin fines de lucro creada hace 22 años con el fin de promover una lucha continental contra las enfermedades de transmisión sexual.

Durante los años sesenta y inicios de los años setenta se observan el fenómeno conocido como la "Revolución Sexual" y para los primeros años de la década de los setenta, el programa de enfermedades venéreas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo el liderazgo del Dr. George Causse, noto un alarmante incremento a escala mundial de enfermedades transmitidas sexualmente. En varios países de América Latina y el Caribe los sistemas de vigilancia epidemiológica confirmaron los hallazgos que la OMS observó en otras latitudes.

Esto motivó que el Dr. Causse, acompañando por el Dr. André Siboulet del Instituto Fournier de Paris, hicieron una gira por América Latina. El objetivo del viaje de los Drs. Causse y Siboulet era de identificar en nuestra

región quienes podrian iniciar un movimiento que diera la voz de alerta y llamara la atención para emergencia de nuevas enfermedades transmitidas por contacto sexual y la re-emergencia de las antiguas enfermedades venéreas. En esta época el consenso generalizado entre las autoridades de salud, así como entre clínicos y profesionales afines, era de que el problema de las enfermedades venéreas era cosa del pasado y no problema del presente y menos aun del futuro.

El Dr. Corintho Santos especialista en urología de Goiania, Brasil, ya estaba dándose cuenta de que algo inusual estaba sucediendo así que no tuvo dudas en responder al llamado de la OMS y lanzarse a tarea de formar la UNIÓN que desarrollara los objetivos antes señalados.

En noviembre de 1975 se celebró el VIII Congreso Ibero latinoamericano de Dermatología en la hermana de El Salvador en la ciudad de San Salvador. El Dr. Corintho Santos presenta la problemática y la propuesta de hacer la UNIÓN y obtuvo el apoyo del Dr. Osvaldo Ramirez, Presidente del Congreso Ibero Americano de Dermatología para promover la formación de la UNIÓN entre las asistentes al Congreso, donde en efecto se da la fundación de la UNIÓN, con la adhesión de más de 70 renombrados

*En 1977 se realiza la  
Primera Conferencia  
Latino Americana de  
Enfermedades  
de Transmisión  
Sexual*

profesionales procedentes de la mayoría de los países latinoamericanos así como algunos Europeos y Norte Americanos.

En esta oportunidad fué seleccionada una junta directiva provisoria bajo la presidencia del Dr. Corintha Santos acompañado por Dr. Marcial Rios, de Perú; el Dr. Isidoro Pasmanik, de Chile; el Dr. Zuno Burnstein, de Perú; Dr<sup>a</sup> Margarita Garrido y Evandro Riviti, de Brasil.

En 1977 se realiza la Primera Conferencia Latino Americana de Enfermedades de Transmisión Sexual con la participación de todos los países latinoamericanos incluyendo además representantes de los Estados Unidos como el Dr. King Holmes, el Dr. André Siboulet del Instituto Fournier, y con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud con el Dr. George y de la Organización Panamericana de la Salud representado por el Dr. Karl Western. En este momento el Dr. Corintha Santos es reafirmado como el primer presidente de la Unión.

La ULACETS está formada por delegados de las Uniones de cada país. Han sido las Uniones de cada país que han hecho posible la efectiva organización de un congreso regional cada dos años en las Américas desde la fundación de la Unión hasta los días de hoy.

La UNIÓN Argentina organiza el segundo congreso de la ULACETS en 1979, bajo la dirección del Dr. Mario Ambrona quien es electo segundo presidente de la ULACETS.

En 1981 en Puerto Rico se organiza el III Congreso de la ULACETS, bajo la dirección del Dr. Yamil Koury caracterizando este congreso que se realiza con el Primer Congreso Mundial de Enfermedades de Transmisión Sexual. El Dr. Yamil Koury es electo el tercer presidente de la ULACETS.

El Dr. Koury le dió una visión Internacional a los congresos mundiales de ETS, que hasta esse momento solo se limitaban a Europa o Estados Unidos.

En 1983 se realiza en Salvador, Bahia (Brasil), el IV Congreso de ULACETS, bajo la dirección del Dr. Italvar da Cruz Rios. En este Congreso la dimensión multidisciplinaria de la lucha contra las ETS se reafirma cuando

la Unión de Panamá se presenta con una delegación conformada por profesionales en Trabajo Social, Odontología y Salud Publica. Es electo Foreros Dr. Walter Belda como el cuarto presidente de la ULACETS.

En 1985 se realiza en Uruguay el V congreso de la ULACETS, bajo la dirección del Dr. Raúl Vignale, y durante este congreso es electo como el quinto presidente de la ULACETS.

En 1987 se realiza en la ciudad de Guayaquil, Ecuador el VI Congreso de la ULACETS, bajo la dirección del Dr. Felipe Aroca. Las memorias del VI Congreso, que contienen los sumarios de todos los trabajos presentados fueron publicadas y ampliamente defendidas en América Latina. El Dr. Alberto Woscoff, de Argentina se electo con el sexto presidente de la ULACETS.

En 1989 bajo la dirección del Dr. Alfredo Abreu se realiza en la Habana, Cuba, el VII Congreso de ULACETS. En este congreso es electo como presidente de la ULACETS el Dr. Italvar da Cruz Rios, de Brasil.

En 1991 se realiza en Santo Domingo, República Dominicana, el VIII Congreso de la ULACETS, bajo la dirección del Dr. Ernesto Guerrero y en esta oportunidad es electo el Dr. Guerrero como el octavo presidente de la ULACETS. El dinámico Dr. Guerrero transforma la Unión de Congresos tradicionales a realizar Seminarios de Capacitación y a estimular la investigación entre los países y entre las Uniones.

En 1993 le tocó a la naciente Unión Colombiana organizar el IX Congreso de ULACETS, bajo la dirección del Dr. Guido Chaves. Cabe destacar que este congreso fué el más concurrido de todos con más de 3000 participantes. Pero los organizadores esperaban un numero no mayor de 600 personas por la grave situación política y de seguridad personal que asolaba a Colombia. Existía hasta un veto de algunos países para que sus ciudadanos no viajaran a Colombia. El IX Congreso de LACETS originalmente estaba programado para realizarse en Bogotá, pero debido a dificultades internas fué necesario transferir la sede a Cartagena de Indias pocos

meses antes del evento.

Pese al sabor amargo que muchos dejó el IX Congreso de la ULACETS por sus dificultades logísticas y operacionales, este ha sido probablemente uno de los factores que más ha contribuido para el desarrollo y maduración de la ULACETS en años recientes. Este congreso hizo crisis en la ULACETS. Adversarios y críticos utilizaron esta situación con ánimo de intentar acabar con la organización. Fueron momentos muy duros pero muy importantes que sirvieron para descubrir quienes realmente estaban comprometidos con la causa y quienes eran solo figuras que se aprovechaban de las circunstancias cuando estas estaban favorables. Durante este congreso es electo Dr. Juan Carlos Flichman, de Argentina, como noveno presidente de la ULACETS.

Fué la UNIÓN de Chile, bajo la dirección de la Dr<sup>a</sup>. Blanca Campos y Lic. Ana María San Martín, quienes tomaron la responsabilidad de realizar el X Congreso de la ULACETS en Santiago de Chile en 1995 y con ello rescataron el buen nombre prestigio de la ULACETS, junto al Dr. Flichman. El resultado fué un congreso sumamente exitoso que puso por tierra todas las críticas a que fueron sometidas por asumir este compromiso. Es electa como presidenta de la ULACETS la Dra. Carmen Carrington Betts como la décima presidenta de la ULACETS y primera mujer a ocupar esta posición en la ULACETS.

La UNIÓN del Perú organiza el XI congreso en Lima, Perú, bajo la dirección del Dr. Jorge Sánchez con el apoyo del Dr. Zuño Burnstein, Dr. Gotuso y la Dra. Carmen Carrington. Y ahora a instantes les toca juzgar sus méritos.

Entre los logros más importantes de la ULACETS, en políticas de salud, cabe mencionar el papel que desempeñó la ULACETS ante los delegados de los países miembros asistentes a la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994 y ante el Consejo Directivo de la OPS en 1995 para que fuera aprobada una resolución proponiendo la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en las Américas.

Este logro fué el resultado de una labor tesonera de la ULACETS, iniciada a finales

*ULACETS entendió desde el inicio, que la lucha contra el SIDA pasaba por el fortalecimiento de políticas y programas de salud pública*

de la década de los ochenta, en Argentina, por un grupo de expertos de la ULACETS concluye que, dadas las características de vulnerabilidad a medidas preventivas eficaces,

es posible la eliminación de la Sífilis congénita como prolema de salud pública de las Américas. A raíz de esto, la ULACETS realizó un estudio multicéntrico de sífilis congénita con la participación del Dr. Paulo Naud, de Porto Alegre, Brasil, y el Dr. Antonio Parise, de Argentina. Asupiciado por la OPS para demostrar la viabilidad de esta estrategia. Con los resultados obtenidos se inicia una campaña de sensibilización sobre la problemática dirigida a los líderes responsables por las políticas públicas, incluyendo ministros de salud y hasta mandatarios de países.

Actualmente un gran número de países de la región desarrollando sus estrategias para cumplir la meta propuesta en la resolución de la OPS.

ULACETS ha apoyado la realización de estudios de validación de los algoritmos de manejo sindrómico de las ETS propuestos por la OMS y la OPS, realizando en Perú y en República Dominicana.

ULACETS entendió desde el inicio, que la lucha contra el SIDA pasaba por el fortalecimiento de políticas y programas de salud pública enfocada a prevenir y controlar todas las enfermedades de transmisión sexual. ULACETS se opuso a la separación de los programas de prevención del SIDA de los programas de ETS. Desde 1985, cuando por primera vez se invita a la ULACETS a participar en los órganos deliberativos de la OPS, su representante el Dr. Claude Betts, defendió la posición de que la estrategia más importante para hacerle frente al SIDA era la prevención y control de todas las ETS, incluyendo el tratamiento oportuno y efectivo de las ETS curables y que se debería considerar el SIDA como otra ETS más desde el punto de vista preventivo.

ULACETS identificó una gran necesidad de formación de recurso humano capaces de desarrollar planes estratégicos, involucrando grupos y organizaciones claves para la prevención de las ETS, incluyendo el VIH/SIDA. Para tal efecto, ULACETS realizó tres

cursos Internacionales de Planificación y Administración de Programas de ETS en América Latina, graduándose a casi 100 profesionales, provenientes de todos los países de América Latina.

Los cursos fueron auspiciados por la Comunidad Europea. USAID y OPS. Se han realizado dos evaluaciones al cabo de uno y dos años de concluido los cursos, para documentar el impacto de los mismos sobre los programas ETS/SIDA en América Latina con resultados sumamente halagadores. Los resultados más recientes fueron presentados en la Conferencia Internacional de SIDA en Vancouver, Canadá.

ULACETS establece coordinación con el sector militar a través de la Alianza Cívico Militar contra ETS/SIDA, donde la ULACETS coordina las actividades con el enfoque civil. Esta coordinación se establece a través de los esfuerzos de la Dra. Blanca Campos y la Lic. Ana María San Martins, de Chile.

ULACETS establece coordinación con los sectores obrero patronal con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo y el CDC, fa-

*Yo sueño con una región con  
unidad entre hombres y  
mujeres, organizaciones y  
instituciones de todo tipo,  
comprometidos en la lucha  
contra las ETS  
incluyendo el SIDA*

cilitando la participación de las fuerzas vivas de la sociedad en esta lucha.

Pero la fuerza de la ULACETS está en las UNIONES de los países periódicamente se

realizan reuniones y eventos científicos de escala nacional y sub regional. Uniones fuertes como la de Argentina, han logrado establecer contratos con autoridades sanitarias para a planificación, programación y prestación de servicios a la comunidad.

¿Para onde vamos? Bueno, yo sueño con una región con unidad entre hombres y mujeres, organizaciones y instituciones de todo tipo, comprometidos en la lucha contra las ETS incluyendo el SIDA, donde no prevalezcan los intereses personales sobre las graves necesidades sociales de nuestros pueblos, porque hay mucho que hacer. Sueño con que nosotros, los que vivimos en países Tercer mundistas, podamos establecer un dialogo con los países desarrollados sin someter nuestra cultura, nuestros principios y nuestra historia. Sueño con poder llegar a ver que la eliminación de las sífilis congénita sea una realidad.



## **CARTA AO EDITOR**

# HIV - PERFIL DA ATUAL TRANSMISSÃO HETEROSSEXUAL NO BRASIL

**VANIA GLÓRIA SILAMI LOPES**

Inicialmente gostaria de agradecer à comissão organizadora da XIV Reunião de la Sociedad Española para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA. Em especial à Dra. Carmen Rogriguez Cerdeira pelo honroso convite para participar do evento, realizando a conferência HIV - Perfil Atual da Transmissão Heterossexual no Brasil.

Nesta oportunidade, dizer ainda, que me sinto muito feliz de estar novamente na Espanha, um país que aprendi a admirar através de seu povo hospitaleiro e das mais variadas manifestações culturais que tive o privilégio de assistir, em visitas anteriores.

O Brasil se encontra entre os dezenove países da Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO) com alta prevalência do HIV.

A Aids, no que tange ao Sistema de Vigilância Epidemiológica, foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1982, quando sete pacientes homo/bissexuais foram diagnosticados.

Considerando o período de latência na infecção pelo HIV, podemos deduzir que a introdução do vírus no País deve ter ocorrido na década de 70 e a sua difusão, em um primeiro momento, ocorreu entre as principais áreas metropolitanas do centro-sul, seguida de um processo de disseminação para as diversas macrorregiões na primeira década de 80. Apesar do registro de casos em todas as unidades federadas (N=27), a grande maioria dos cerca de 129 mil casos notificados ao Ministério da

Saúde, até fevereiro de 1998, ainda se encontra na Região Sudeste - 89% das notificações, no período de 80-85 e 69% dos casos informados, no período 94-97-98. No que concerne a incidência relativa, também a Região Sudeste vem apresentando as maiores taxas de incidência anual, perfazendo um total de 152 casos por cem mil habitantes, coeficiente bem superior aos observados na Região Sul (77) e Nordeste (27). Dos cerca de 5.000 municípios brasileiros, 2.509 já notificaram pelo menos um caso de AIDS até fevereiro de 1998, sendo que os municípios com pelo menos cinco casos estão restritos a 825.

Estudos sobre a estimativa do número de infectados no País têm apontado para uma prevalência entre 338 mil e 484 mil infectados pelo HIV no grupo etário de 15 a 49 anos, em 1996, sendo que o máximo estimado entre os homens é de 284 mil e de 200 mil entre as mulheres. Sessenta por cento desses infectados estão nas regiões de alto risco: estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Distrito Federal.

Quando se consideram os componentes da categoria sexual de exposição, constata-se que grande parte das notificações, em 1984, foram de homo/bissexuais masculinos (69%). A participação deste componente vem se reduzindo, progressivamente, tendo atingido, em 1996, 44%. O inverso pode ser verificado com a subcategoria heterossexual que alcançou em 1998, 69%.

Ao longo do tempo tem-se verificado uma

*A luta contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em nosso País, remonta ao início da década de 80*

redução no excesso de casos masculinos. De uma razão de sexo de 28:1 em 1985 constata-se em 1988, 7:1, tendo atingido 2:1 em 1997/1998.

Essa queda tem sido considerada como indicador do aumento da transmissão heterossexual em mulheres, que são infectadas pelo HIV como consequência das altas taxas de prevalência do HIV entre os bissexuais masculinos e entre os heterossexuais usuários de drogas injetáveis que mantêm um relacionamento sexual estável. Essa conclusão deve ser assumida com cautela, uma vez que, dos casos de Aids em mulheres notificados ao Ministério da Saúde, no período 1980-fev/1995, 26% são usuárias de drogas, e menos de 12% são parceiras de bissexuais masculinos.

No Brasil a Aids foi causa de morte em 2600 mulheres apenas em 1996, sendo a segunda causa de óbito em mulheres de 20 a 50 anos, período mais ativo de sua vida sexual e o que é mais preocupante: a relação heterossexual estável e monogâmica tornou-se, para as mulheres, a principal porta de entrada para o vírus da Aids.

Pesquisa realizada na Universidade de São Paulo com 148 mulheres HIV<sup>+</sup> apontaram que 71% delas contraíram o vírus do seu par (esposo), ou do seu namorado ou noivo com relacionamento sexual há mais de um ano. Este porcentual é bem menor que os das contaminações em mulheres que trocam de parceiro com mais frequência e as usuárias de drogas injetáveis.

Entre os homens, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, 43% dos HIV<sup>+</sup> relatam ter contraído a infecção através de relações sexuais não convencionais (homossexuais e bissexuais). Os que se dizem contaminados em relações heterossexuais são 25%.

A Aids deixou de ser uma doença relacionada a homossexuais, travestis, prostitutas e drogados e está contaminando esposas e mães. O crescimento em mulheres é de 14%.

No Brasil, em 1997, segundo dados preliminares, 14.500 pessoas foram infectadas, sendo 4.300 do sexo feminino; assim doze mulheres são contaminadas diariamente e oito delas por relações sexuais monogâmicas.

A partir de 1990, a epidemia no Brasil vem apresentando mudanças no seu perfil relacionada às categorias de exposição, quando confrontados os períodos de 1987-92 e 1993-97, o

principal fenômeno a destacar é o grande salto na proporção relativa de casos notificados para a categoria de exposição heterossexual. No Norte/Nordeste, a maior participação dos heterossexuais ainda é acompanhada da manutenção da ocorrência de casos na categoria homo/bissexual (cerca de 45% dos casos); nas demais macrorregiões, entretanto, houve redução importante na proporção dos casos de Aids notificados nesta última categoria, ao mesmo tempo em que se manteve uma significativa proporção dos casos classificados como usuários de drogas injetáveis.

Constatou-se que, após um período de intenso crescimento, a epidemia de Aids no Brasil vem apresentando, nos últimos anos, uma relativa estabilidade. Tal fato é evidenciado a partir da incidência anual que vem se mantendo em torno de 11 por 100.000 habitantes (17 mil casos novos) nos últimos 3 períodos: 95, 96 e 97.

Esse quadro deve-se, basicamente à queda de ocorrências de novos casos de homens que fazem sexo com homens, junto à adoção de medidas preventivas adequadas. Entretanto, esta fase deve ser vista com cautela relacionado ao aumento de infecção pelo HIV em mulheres em idade fértil e consequentemente aumento da transmissão vertical. Devemos ressaltar ainda a ocorrência em heterossexuais de baixa renda.

A luta contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em nosso País, remonta ao início da década de 80 mas foi em 1994 que o Governo Brasileiro celebrou um Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial, o que permitiu um avanço considerável na implementação de ações de prevenção e tratamento, e de uma rede de alternativas assistenciais; e o fomento de uma ampla participação da sociedade civil, por meio de organizações não-governamentais e comunitárias, vistas como parceiras efetivas e imprescindíveis no combate à epidemia e na assistência a portadores do HIV e doentes de Aids.

*Este sinergismo e o impacto histórico destas doenças reforçam o estabelecimento da prevenção e controle das DSTs*

Além do fato da infecção pelo HIV/AIDS se constituir primariamente em doença de transmissão sexual outras DSTs aumentam substancialmente o risco de transmissão e aquisição do HIV. Estudos (CDC-Atlanta 1994) demonstraram que as úlceras genitais podem aumentar em até 18 vezes mais a possibilidade de infecção pelo HIV.

Por outro lado, dados preliminares sugerem que a infecção pelo HIV *pode influir na prevalência de outras DST*, provavelmente através da facilitação de recorrências e maior duração das lesões.

Este sinergismo e o impacto histórico destas doenças reforçam o estabelecimento da prevenção e controle das DSTs com prioridade igual a do combate à epidemia de HIV/Aids.

O Governo Brasileiro compreendeu que para uma ação mais efetiva no enfrentamento da epidemia da Aids é necessário dar uma atenção especial às doenças de transmissão sexual; através de uma boa estrutura de saúde e de um trabalho educativo adequado. Este último realizado em parceria com as organizações não-

governamentais (ONGs) hospitalares, escolas e universidades.

Neste particular temos vivenciado o desempenho do Setor de DST da UFF, onde equipes de saúde e de educação recebem

orientação e treinamento especializados tornando possível o combate às DST/HIV/Aids; vencendo a cada dia a luta contra o preconceito e o estigma em favor da proteção dos direitos humanos de pessoas vivendo com HIV/Aids.

A luta contra as doenças de transmissão sexual HIV/Aids nos dará a certeza de que estaremos contribuindo para que no ano 2.000 haja uma redução considerável no número de crianças infectadas pelo HIV e órfãs de pais falecidos por Aids.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. *Boletim Epidemiológico*. Brasília, Ano IX, nº4, 1996.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Aids no Brasil**: um esforço conjunto governo-sociedade. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: 1998. 106p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de DST e Aids. *Atlas Epidemiológico da Aids no Brasil*. Brasília, 1998, 100 p.
4. BERNARD, R.P. Hemisphere-west end 1997. HIV Prevalence Review. *J Bras Doenças Sex Transm*, Niterói-RJ, v.10, n.4, setembro, 1998.
5. PASSOS, M.R.L. **D.S.T. Se educar dá para evitar** Teresópolis: Eventos, 1998.

## DST in RIO 2 22 a 25 setembro 1998 Rio de Janeiro

### CANDIDATOS APROVADOS CONCURSO PARA TÍTULO DE QUALIFICAÇÃO EM DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Anon Vale Moreno  
Apparecida Castorina dos Santos Scafuto  
Ayrton Daniel Ribeiro Filho  
Beatriz Oliveira Miranda Araújo  
Carla Aguiar Bastos  
Célia Maria Pedrosa Stadnick  
Cláudio Raymundo Calhau de Castro  
Denise Arakaki  
Fátima Fernandes Alves  
Gelson Antonio Spironello  
Jairo Epaminondas Breder Rocha

José Fernando Castel Monti  
Márcia Regina Colasante Salgado  
Marco Antônio de Oliveira Appolinário  
Mariana Gayão Beny  
Regina Célia Pereira Figueiredo  
Renan Rangel Bonamigo  
Renata de Queiroz Varela  
Rogério Rodrigues Tavares  
Sônia Regina Ribeiro de Figueiredo Leite  
Vírginia Celvia Ramos Fonseca  
Waldely Martins de Freitas

**O** *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis* aceita trabalhos originais de revisão e atualização, relatos de casos, notas pré-rias, 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 sobre-nomes; (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: relacionado 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 Proben of DST: adolescent. *Abstracts of the XXV American Pediatrics Congress, Idaho, 1991*, 104.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### LEITURA RECOMENDADA AOS AUTORES

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

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

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

**Os trabalhos deverão ser enviados para:** DST - Jornal Brasileiro de DST - Setor DST R. Prof. Hernani de Melo, 101 - Anexo CEP: 24210-130 - Niterói - RJ.