

JB

ISSN 0103-0465

DST

**Jornal Brasileiro de Doenças
Sexualmente Transmissíveis**

VOLUME 11

Nº 4 - 1999

INDEXADA: LILACS



**Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis
Órgão Oficial para América Latina da União Internacional
Contra as Infecções de Transmissão Sexual (IUSTI)
Órgão Oficial do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis
MIP / CMB / CCM / Universidade Federal Fluminense**

4



Jornal Brasileiro de Doenças
Sexualmente Transmissíveis

SUMÁRIO

EDITORIAL

SEXUALIDADE E MASCULINIDADE

- SEXUALITY AND MASCULINITY 3
Vandira Maria dos Santos Pinheiro

ARTIGOS

PREOCUPAÇÕES DE MÃES SOROPOSITIVAS COM O HIV E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

- HIV-POSITIVE MOTHERS' WORRIES AND ITS IMPLICATIONS FOR NURSING CARE 5
Maria do Socorro M. Sherlock, Neiva Francenely C. Vieira

INFECÇÕES CAUSADAS POR PAPILOMAVÍRUS E DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER: ASPECTOS VIROLÓGICOS E EPIDEMIOLÓGICOS*

- HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION AND CANCER DEVELOPMENT: VIROLOGICAL
AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS 10
Sílvia MB Cavalcanti, Lucília G Zardo, Mauro RL Passos, Ledy HS Oliveira

PREVENÇÃO DA AIDS EM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO: CONHECIMENTO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS EM REGIÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

- AIDS PREVENTION IN AN ODONTOLOGIC CLINIC SETTING: KNOWLEDGE LEVEL OF
DENTISTS IN A REGION OF SÃO PAULO STATE, BRAZIL 15
Antonio Carlos Pereira, Edméa Rita Temporini

AIDS ATITUDES ENTRE CAMINHONEIROS DE ESTRADA

- AIDS ATTITUDES AMONG TRUCK DRIVERS 20
Evania Nascimento, Tokico Murakawa Moriya

INFECÇÃO POR HEPATITE B EM PACIENTES ATENDIDOS NO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

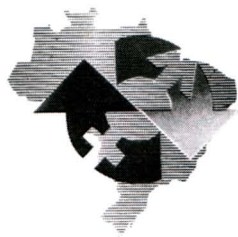
- HEPATITIS B INFECTION IN PATIENTS ATTENDED AT SEXUALLY TRANSMITTED
DISEASE CLINIC FROM FEDERAL FLUMINENSE UNIVERSITY 27
Ledy Hs Oliveira, Isabel R Silva, Nubia K. Almeida, Brunno LS Xavier & Sílvia MB Cavalcanti

INFORME TÉCNICO

REVISÃO DA DEFINIÇÃO NACIONAL DE CASO DE AIDS EM INDIVÍDUOS COM 13 ANOS DE IDADE OU MAIS, PARA FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Coordenação Nacional de DST/Aids 31

- DST IN FORTALEZA 38



SBDST

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

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

DIRETORIA SBDST

Presidente:

Ivo Castelo Branco Coelho

1º Vice-Presidente:

Geraldo Duarte

2º Vice-Presidente:

Adele Benzaken

1º Secretário:

Mauro Ramos

2º Secretário:

José Antônio Simões

1º Tesoureiro:

Telma Queiroz

2º Tesoureiro:

José Carlos Sardinha

Diretor Científico:

Mauro Romero Leal Passos

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

Geraldo Duarte (SP)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Humberto Jonas Abrão (MG)

Nero Araújo Barreto (RJ)

Paulo da Costa Lopes (RJ)

Roberto de Souza Salles (RJ)

Rogério Rodrigues Tavares (RJ)

Rubem de Avelar Goulart Filho (RJ)

Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Comissão Editorial:

Anna Ricordi Bazin (RJ)

Antonio Carlos Pereira Júnior (RJ)

Cícero Carlos de Freitas (RJ)

Délcio Nacif Sarruf (RJ)

Eva Mila Miranda Sá (RJ)

Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Gilberto Ottoni de Brito (RJ)

Iara Moreno Linhares (SP)

Ivo Castelo Branco Coelho (CE)

Izabel Cristina F. Paixão (RJ)

José Antônio Simões (SP)

José Augusto Pantaleão (RJ)

José Trindade Filho (RJ)

Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)

Neide Kalil (RJ)

Ney Francisco Pinto Costa (RJ)

Paulo Canella (RJ)

Paulo César Giraldo (SP)

Pedro Chequer (DF)

Raimundo Diogo Machado (RJ)

Renata de Queiroz Varella (RJ)

René Garrido Neves (RJ)

Silvia Maria Baeta Cavalcanti (RJ)

Solange Artimos de Oliveira (RJ)

Tomaz Barbosa Isolan (RS)

Vilma Duarte Câmara (RJ)

Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional

Ahmed Latif (Zimbábue)

Andreas Nauer (Alemanha)

Evelio Perea (Espanha)

Hunter Handsfield (EUA)

Juan Carlos Flichmann (Argentina)

Ken Boechart (EUA)

Luis Olmos (Espanha)

Peter Piot (UNAIDS - Suíça)

Philippe Jutras (Canadá)

Steven Witkin (EUA)

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

MIP / CMB / CCM

**Universidade Federal
Fluminense**

Outeiro de S. João Batista, s/nº

Campus do Valonguinho - Centro

Niterói - RJ - 24210-150

Tel.: (21) 719-4433 (Fax): (21) 719-2588

Tel.: (21) 620-8080 - Ramal 298

e-mail: MIPMAUR@VM.UFF.BR

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

Reitor da UFF:

Cícero Mauro Fialho Rodrigues

Vice-Reitor da UFF

Antonio José dos Santos Peçanha

Pró-Reitor de Pesquisas e

Pós-Graduação:

Jésus de Alvarenga Bastos

Pró-Reitor de Planejamento:

Clínio Freitas Brasil

Pró-Reitor de Assuntos Acadêmicos:

Esther Hermes Luck

Pró-Reitor de Extensão:

Firmino Marsico Filho

Diretor do CCM:

Maximus Taveira Santiago

Diretor do Instituto Biomédico:

Tarcisio Rivello

Chefe do MIP:

Otilio Machado Pereira Bastos

Chefe do Setor do DST:

Mauro Romero Leal Passos

Secretária do JBDST:

Dayse Dacache Felício

Diretor do HUAP:

Francisco Luiz Gonzaga da Silva

Diretor da Faculdade de Medicina:

José Carlos Carraro Eduardo

Prefeito do Campus Universitário:

José Carlos Batista Xavier

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

José Serra

COORDENAÇÃO NACIONAL DE

DST/Aids

Pedro Chequer



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

Presidente:

Michael Waugh

Secretário Geral:

Ross Philpot

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

Direcionamento e Distribuição:

O **Jornal Brasileiro de DST** é direcionado aos sócios da SBDST, Urologistas, Ginecologistas, Assinantes, Bibliotecas, Centros de Estudos, Centros de Referências, Bancos de Sangue e Entidades afins. Entidades que mantêm convênio.

Pede-se permuta

Exchange requested

On prie l'échange

Se solicita el canje

Man bitet un Austausch

Si prega lo seambio

Diagramação:

Geraldo F. de Souza Machado

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



EDITORIAL

Sexualidade e masculinidade

Sexuality and masculinity

VANDIRA MARIA DOS SANTOS PINHEIRO*

Desde o final dos anos setenta, com os estudos de gênero, o enfoque feminista definia a sexualidade masculina como dominadora e opressiva, considerando a mulher como vítima e objeto da sexualidade masculina. Destacava a presença de um duplo padrão de moral sexual, que estimulava nos homens a atividade sexual, a multiplicidade de parceria, de experiências e expressão pública de sua iniciativa sexual, ao passo que exigia das mulheres uma conduta contrária.

Os estudos de gênero, e em particular os estudos de masculinidade, tem permitido pensar que há uma tensão e conflito nos homens entre os seus desejos sexuais e os operativos de dominação, que geram fantasias e formas de condutas opressivas para as mulheres.

Embora as definições de masculinidade variem de uma cultura para outra, conforme classes sociais, etnias, preferências sexuais e as etapas nas trajetória de vida, os homens de diversas culturas têm em comum a necessidade de demonstrar permanentemente sua virilidade. Dessa maneira, o que uma cultura conceitua como o comportamento sexual apropriado para os homens requer o uso da virilidade, independente de seus desejos e preferências, em uma constante tensão entre o desejo de prazer e o de poder.

Seidler (1995) se refere a tensões entre os desejos dos homens na construção ocidental da masculinidade, que se expressam em sua sexualidade. Junto com a noção de sexualidade, como uma *necessidade irresistível*, que é expressão da *natureza ani-*

mal dos humanos, a modernidade ocidental proclama o dualismo cartesiano entre mente e corpo e identifica a masculinidade com a racionalidade, situando o corpo como uma entidade separada, que necessita ser controlada pela mente, treinada e disciplinada.

Ao mesmo tempo, os homens vivenciando essa concepção de masculinidade dominante crescem com a idéia da sexualidade em termos de conquistas e rendimentos, como uma maneira de provar sua masculinidade frente aos pares, e não em relação aos seus desejos e emoções. Assim, os homens se sentem em conflito pelo temor da intimidade e o temor da rejeição e tendem a separar a sexualidade do contato com as emoções.

A aprendizagem do autocontrole racional de suas emoções e sentimentos, aparece como necessário para alcançar a autonomia e a independência que requer o ser masculino. Posto que a razão se situa em oposição à natureza, e a sexualidade é pensada como parte da natureza, a superioridade masculina se constrói controlando a própria sexualidade. Nessa construção da masculinidade, as mulheres são identificadas com o irracional, as emoções, a sexualidade, a natureza, porém, ao mesmo tempo, provocadoras de seu descontrole, responsáveis pela excitação masculina.

Para demonstrar a si mesmo e aos seus pares que são homens, usam uma linguagem para defender sua imagem e não para expressar suas necessidades emocionais, desta maneira, fica difícil conciliar a maneira de comportar-se com outros jovens e a forma de relacionar-se intimamente com uma mulher. Sentem que falar de sexo é a maneira mais segura de matar seus sentimentos, estão pouco dis-

* Professora convidada - Programa de Pós-Graduação em DST/Setor DST/MIP/CMB/CCM - UFF

postos a falar de suas necessidades e vulnerabilidades. A ruptura entre sexo e intimidade, e a relação externa e possessiva da mente com o próprio corpo, converte o sexo em um assunto de rendimento. A instabilidade da identidade masculina, a necessidade permanente de demonstrar e afirmar que se é homem, gera uma pressão interna para as relações sexuais independentemente de um reconhecimento íntimo dos desejos, e transforma o rendimento sexual em uma meta, um meio para demonstrar e afirmar masculinidades.

Horowitz e Kaufman (1989) propõem que a sexualidade masculina deve ser interpretada no contexto de uma sociedade de classe que reprime a polissexualidade e sobrepõe a masculinidade e a feminilidade ao dualismo atividade/passividade. Referindo-se que as sociedades capitalistas, propõem que independentemente das diferenças culturais, de classe, étnicas e generacionais, a maioria dos homens, nestas sociedades, têm sentimentos conflituosos à respeito de sua sexualidade, sentindo-se confusos entre seus desejos sexuais e as necessidade de afirmação da masculinidade, que se transformam em fantasias e formas de conduta agressivas e possessivas.

Apoiando-se no construtivismo social e na psicanálise, estes autores assinalam a sexualidade como um sistema socialmente construído de conflito e tensão interna. Uma das principais tensões presentes na sexualidade masculina é a impossibilidade de abrigar simultaneamente desejos ativos e passivos sem que estes gerem conflito e temor. Os autores situam esses temores em sociedades que atribuem um valor simbólico de atividade e poder aos genitais masculinos.

Independente das relações entre as pessoas, é o conjunto das instituições, de normas sobre a família e o parentesco, é toda uma cultura que o ensina que ser homem equívale a ser ativo, agressivo, extrovertido, ambicioso, independente. Oposições binárias tais como sujeito/objeto, atividade/passividade, e noções de causa e efeito se situam na estrutura básica das línguas indo-européias das sociedades modernas. Nelas, a construção social da sexualidade reprime e suprime uma gama de prazeres sexuais na medida em que interiorizam as divisões básicas dessa sociedade: masculino *versus* feminino, ativo *versus* passivo, sujeito *versus* objeto, normal *versus* anormal, classes dominantes *versus* classes dominadas, humano *versus* natureza.

Uma dessas suposições consiste no processo de codificação sexual, ou redução das mulheres e seus corpos como objetos do desejo sexual masculino, assim como a concentração do sexual em certas partes do corpo e a redução do corpo das mulheres a uma da “funções” possíveis: reprodutiva e erótica.

Mediante este processo, a polissexualidade se reduz à heterossexualidade como uma norma e à sexualidade genital. A masculinidade-agressão e a feminilidade-passividade se sobrepõem à divisão natural dos sexos. Para ser homem é necessário dominar a natureza e a sexualidade, e as mulheres à passividade. Junto com a repressão da polissexualidade e a tendência inconsciente a que o corpo e partes do corpo representem na pessoa objeto do desejo, fragmentando essa pessoa em partes e processos componentes, se agrega a definição social das mulheres em relação com certos atributos físicos, que são objeto do desejo sexual.



ARTIGO

Preocupações de mães soropositivas com o HIV e suas implicações para o cuidado de enfermagem

HIV-positive mothers' worries and its implications for nursing care

MARIA DO SOCORRO M. SHERLOCK¹, NEIVA FRANCENELY C. VIEIRA²

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids/Sida), denominada como a mais recente pandemia da humanidade, se constitui hoje um dos problemas mais sérios de saúde pública. A incidência cada vez maior de Aids por transmissão vertical é assustador, hoje estima-se no mundo cerca de 1000 bebês são infectadas por dia. Frente a essa problemática é oportuno explorar os sentimentos e expectativas por dia das mães que confrontam com essa possibilidade de ter ou não seus filhos/filhas portadores de HIV e que implicações isto pode trazer no processo de cuidar essas mães. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória numa abordagem qualitativa, tendo as mães soropositivas como sujeitos desse estudo e que acompanham seus filhos em um ambulatório de um serviço público de saúde de Fortaleza, especializado em doenças infecciosas. Os dados deste estudo revelam que essas mães tendem a preocupar-se mais com os filhos/filhas, e descuidam-se de autocuidar-se. As categorias mais presentes foram o medo e a esperança na dimensão do outro; filhos/filhas, no seu dizer "coisas de mãe", o medo de perdê-los, onde a dimensão mãe se sobrepôs a

de mulher portadora. Esses dados tendem a indicar que o cuidar de enfermagem a essa mãe portadora numa perspectiva de reforço ao autocuidado.

Palavras-chave: Mães infectadas pelo HIV, relacionamento mãe-filho soropositivos, implicações para o cuidado de enfermagem

ABSTRACT

In the last decade, the public health system worldwide has been greatly challenged in attempts to control the rapid spread of the Human Immune Deficiency Virus (HIV) that causes the Acquired Immune Deficiency Syndrome (Aids). The number of children with aids who got the virus from their mothers has increased dramatically. Nowadays there are around 1000 infected children with HIV in the world. This study explores the feelings and expectations from mothers with HIV/Aids while waiting their children medical exams for HIV infection. It intends to show the implications caused by this tension on mother self-care. This investigation adopted a descriptive approach and embraced principles from the qualitative method. Data was collected through interviews conducted with mothers who are assisted in the public health service. The findings showed that mothers tend to reduce their self-care in order to provide better attention to their children. In doing so, likely they run the risk to develop Aids more rapidly. Thus, this study suggests that the nursing

¹ Professora Mestre da Universidade Federal do Ceará

² Professora Doutora da Universidade Federal do Ceará

assistance for mothers with HIV/ Aids must reinforce the need of self-care, including their children as part of the care.

Keywords: Mothers with HIV, mother-child relationship, nursing care

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids/ Sida), denominada como a mais recente pandemia da humanidade, se constitui hoje um dos problemas mais sérios de saúde pública. A quantidade de indivíduos infectados e doentes com aids denunciam claramente não só uma situação atual bastante grave, mas sobretudo um quadro futuro assustador. O mais novo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde notificou, de 1980 a fevereiro de 1999, 155 590 casos. A maioria dos casos está na região Sudeste 109 066 casos por mil habitantes. No nordeste, a epidemia continua crescendo, 13 931. Do total de casos de aids no Brasil, 43% são registrados na faixa dos 25 a 34 anos¹.

Outra mudança marcante que se verifica é a alteração na proporção entre homens e mulheres atingidos pelo vírus. A razão homem/mulher que era de 125:1 em 1984, passou a 4:1 ao redor de 1991-1992, até fevereiro de 1999 foram 36075 casos de aids na população feminina¹. Atualmente 1 entre cada 3 casos de aids notificados está entre mulheres. Mantendo-se o atual quadro epidemiológico, prevê-se que até o final da década a infecção pelo HIV estará atingindo igual número de homens e mulheres. O uso de drogas é o principal responsável pela incidência da doença até 1990 mas a partir daí, observou-se um aumento na proporção de mulheres contaminadas através de relações heterossexuais, mais da metade delas por parceiros usuários de drogas endovenosas²

Vale acrescentar algumas particularidades relativas a infecção de aids em pediatria. O crescimento do número de casos para o sexo feminino explica o aumento na transmissão vertical. Em primeiro lugar, a distribuição dos casos de aids no Brasil referente a transmissão perinatal mostra que nessa categoria os casos crescem ano após ano. De 1980 a fevereiro de 1999 atingiram 4181 notificações no país¹. Em pediatria, toda infecção adquirida ocorre por transmissão vertical da mãe para a criança. Para esses casos, a transmissão pode ter-se dado pelas vias: transplacentária, canal do parto ou aleitamento materno. Na literatura há um consenso de que o aleitamento materno é desaconselhável em mães infectadas, pela possibilidade de transmissão do HIV por esta via.

Na literatura há um consenso de que o aleitamento materno é desaconselhável em mães infectadas, pela possibilidade de transmissão do HIV por esta via

Na gravidez a realização da sorologia para HIV tem sido recomendada. Infelizmente esta prática ainda não tornou-se rotina no pré-natal. A identificação da infecção por HIV em tempo hábil determina o uso

de terapia retroviral e desta forma interrompe-se sua transmissão vertical³. O Ministério da Saúde recomenda que a mãe receba AZT todo dia a partir do quarto mês de gestação e o bebê receba gotinhas da droga até a sexta semana de vida, desta forma as chances de contaminação caem de 26% para 8%. Crianças nascidas de mulheres infectadas pelo HIV podem, em minoria, estar infectadas pelo HIV. Todas podem ser soropositivas inicialmente, pela passagem de anticorpos maternos por via transplacentária. Estes anticorpos usualmente desaparecem em nove meses nas crianças não-infectadas, porém em algumas podem estar presentes até os 18 meses³.

A incidência cada vez maior de Aids por transmissão vertical é preocupante. Hoje estima-se que no mundo, cerca de 1000 bebês são infectados por dia. A literatura sobre aids em mulheres tem referido que nesse grupo a doença não acomete somente a mulher mais toda família⁴. Neste estudo, nosso enfoque é sobre a mulher mãe portadora de HIV e o período de espera da confirmação ou não do diagnóstico de aids do filho durante os primeiros anos de vida em que ele é submetido ao exame de sorologia para o HIV. Nesse período de semanas, meses, essas mães são submetidas a uma situação de stress, ansiedades e, tudo isso, pode trazer conseqüência no processo do auto cuidado.

Compreendemos que a essência do cuidado de Enfermagem deve está voltada para atenção holística do ser. Neste sentido Falcos e Lobo, *apud* Rogers (1993)⁵, referem que na visão de saúde holística o homem é considerado um ser global, integrado e dinâmico, que responde constantemente a mudança ambiental distinguindo-se de outros seres pela sua capacidade de relacionar-se ativamente com a natureza, transformá-la mantendo-se em harmonia com os outros homens e consigo. Possui livre arbítrio em situação de escolhas, expressando responsabilidade pelo próprio destino. Refletindo o conceito referido, as autoras sugerem que a enfermagem pode contribuir desenvolvendo ações educativas com seus clientes, possibilitando conhecimento de seu potencial, para colocar em prática um comportamento produtivo relacionado à saúde e alcançar gradativamente o bem-estar numa atitude ativa e positiva frente aos desafios da Aids.

Partindo desse entendimento, decidimos realizar o presente estudo visando identificar sentimentos da mãe portadora do HIV/Aids ao vivenciarem a

experiência da realização do exame de sorologia para o HIV do filho.

2. METODOLOGIA

O estudo de natureza descritivo exploratório foi realizada durante o mês de março de 1999. Para a coleta de dados foram entrevistadas as mães cujos filhos estão em fase de teste de sorologia para HIV e que estão sendo acompanhada no hospital público da cidade de Fortaleza, instituição especializada em doenças infecto-contagiosa e de referência estadual para portadores do vírus HIV e Aids. Para escolha das mães a serem entrevistadas foi necessária verificar nos cartões de cadastramento do serviço aquelas cujas crianças não tinham confirmação diagnóstica de infecção pelo HIV e que viriam para consulta de acompanhamento. Abordamos cada mãe antes ou depois da consulta de acordo com sua conveniência, esclarecendo os objetivos e a relevância da pesquisa e garantimos sigilo a respeito das informações colhidas no estudo. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada. Essa privacidade propiciou um falar e ouvir mas revelador. Cada entrevistada foi norteada pela seguinte questão orientadora: "O que é para você aguardar o resultado da sorologia do seu filho".

Os discursos foram gravados com acordo das mães por entendermos que assim as falas não seriam perdidas e expressariam de modo exato a vivência dos sujeitos. Realizamos oito entrevistas. Todas elas se prontificaram a participar das entrevistas. Trabalhamos portanto com esses discursos procurando captar as convergências ou invariantes, ou seja, o aspecto comum que permanecia nas falas. As reflexões feitas sobre as falas das mães possibilitaram o levantamento de algumas categorias sobre as preocupações de mães portadoras do HIV/Aids. Dessa maneira algumas invariantes se destacaram nos discursos.

3. RESULTADOS

Nesta etapa do estudo apresentamos os depoimentos das mulheres mães portadora do HIV/Aids através das categorias. Neste sentido, procuramos incorporar as respostas no contexto das relações sociais e vivências das portadoras do HIV, identificando os seguintes temas centrais: Relações Mãe-Filho(a), Ansiedade, Separação materna, Dúvida, Convivendo com a soropositividade, Preconceito.

3.1 Relação Mãe Filho (a)

As falas evidenciam uma necessidade materna de proteção e esperança de que mesmo que o resul-

*Estudo de natureza
descritivo exploratório foi
realizado durante o mês de
março de 1999*

tado do exame seja positivo, mas para o filho haja perspectiva de vida:

"eu queria ter minha consciência tranquila";

"...eles tem direito a uma chance de

vida. Se há o tratamento, se há uma pequena esperança logo... Tudo isso com o coração apertado..";

"embora eu sinta que ele é um menino sadio quero ficar com a consciência mais limpa não quero ter dúvida."

Normalmente, a mãe desempenha o papel familiar mais significativo para a criança, em função da própria história e eventos que as uniram: gravidez, amamentação, função de cuidados e proteção desempenhados pela mãe e necessidade e dependência emocionais e físicas da criança⁶. As falas acima registradas, como pode-se perceber, certificam como estes laços tão significativos podem ser estreitados num contexto de provável perda de um filho ou filha com Aids.

3.2. Ansiedade

Pudemos identificar que o período de espera de resultado do exame de sorologia para HIV do filho foi vivenciado com ansiedade como mostram nos depoimentos que seguem:

"agente fica naquela ansiedade: será que vai dar positivo. Será que vai dar negativo";

"ansiedade, medo porque quem tem essa doença não vive muito tempo";

"senti aflita, meu coração só pensava aquelas coisas... coisa de mãe, muito nervosa, suor frio";

"telefonava todos os dias. Era uma angústia muito grande parecia que ela ia morrer em seguida";

"quando aguardava o resultado do exame eu tinha medo. Eu não queria que ela tivesse a doença";

"inquietação, coisa ruim, muita contrariedade";

"é tão difícil às vezes nem gosto de pensar no resultado. Já botei na minha cabeça que vai ser positivo para que eu não me decepcione, não sofra. Não quero me iludir. Por isso é muito difícil.

Normalmente, quando uma criança precisa realizar algum procedimento terapêutico ou fica doente, o estresse é criado e envolve a família como um todo. A necessidade de realização de um exame específico como é o anti- HIV produz uma situação para a qual a família tem pouco ou nenhum tempo para se preparar e cujos problemas terão que enfrentar no futuro. Como consequência a família e em espe-

Os discursos denotam que incorporar a idéia de realizar o exame exigiu delas enfrentamento, coragem

cial a mãe, normalmente com maior vínculo afetivo à criança, pode estar sob efeito da ansiedade. Carpenito (1999)⁷ define ansiedade como “estado em que o indivíduo/grupo apresenta sentimentos de apreensão e ativação do sistema nervoso autônomo em resposta a uma ameaça vaga, inespecífica”. A ansiedade presente nos discursos das mães coexiste com o medo, ambos advindos da possibilidade do filho ter contraído a doença: são ansiedade e medo que se instaram a partir da possibilidade de morte.

Schmitz (1989, p.191)⁸ em seu texto “Assistência Psico-emocional da criança hospitalizada sua e Família” assinala que a enfermagem deve estar alerta às necessidades emocionais dos pais e do filho, a fim de auxiliar na resolução da ansiedade; reforçar o papel dos pais na neutralização ou amortização dos estímulos ansiogênicos para a criança.

3.3. Separação involuntária

As mães, sentindo o peso da responsabilidade atribuída a elas no momento da descoberta da soropositividade e sua relação distorcida com a fenitide precoce da doença, apontaram como medo imediato a consequência da orfandade do filho(a). A situação em si parece que tende a emergir sentimentos que convergem para a separação materna dos filhos(as) pela certeza da morte da mãe e/ou do filho. Dessa forma procuramos desvelar o significado contido nas falas organizando-as numa categoria denominada separação involuntária.

“Quando vim receber o resultado deu positivo. Fiquei tão triste, um aperto no coração, pensei que fosse logo morrer e não ver meus filhos *“crescer, me deu logo suor frio, uma coisa ruim”*;

“eu sinto que ela precisa de mim eu tenho que enfrentar. Tem momento de depressão, eu choro”;

“... peço a Deus para ele me dar muita saúde porque tenho dois filhos pra criar já que meu marido não teve a responsabilidade”;

“eu sou queria que Deus me tirasse quando todos tivesse crescido. Eu sinto que ela precisa de mim eu tenho que enfrentar”;

“...às vezes eu choro pensando em partir e deixar eles sem mãe”.

É possível perceber nos depoimentos das mães que a preocupação maior é vir a deixar os filhos sem amparo. A condição de ser soropositiva não parece ser a preocupação maior. A prioridade ímpar é o cuidado de saúde do filho procurando usar todo seu potencial para satisfazer a necessidades dele e da

família. Pereira *apud* Bergum (1989)⁹ assinala que existe um contrato de responsabilidade na maternidade: a mãe deve cuidar do seu filho. Porém, quando o resultado do cuidado não é o esperado ou quan-

do a mãe fracassa ao cumprir esse papel, essa responsabilidade pode gerar um sentimento de opressão na mãe. Percebemos, ainda, nas falas que a dura realidade de ser mãe portadora HIV/Aids leva a utilizar vários mecanismos procurando fazer emergir forças do seu interior e/ou ajuda em um ser superior. Não foi evidenciado nas falas outros mecanismos externos de apoio.

3.4. Dúvida

Ao confrontar-se com a necessidade de submeter-se o filho(a) ao exame de sorologia para o HIV, a mãe passa por sentimentos expressos por dúvida e/ou certeza da realização do procedimento do exame.

As mães nos discursos verbalizaram esses sentimentos de forma clara, elaborada:

“no momento eu estou com vontade de fazer os outros exames. É preciso fazer três. Eu quero saber se realmente é verdade que meu filho não tem aquela doença”; *Eu sinto dúvida. Porque às vezes dar negativo às vezes dar positivo. Só depois do 3º exame é que tenho certeza que ele não estar com o vírus”;*

“embora eu sinta que ele é um menino sadio, quero ficar com a consciência mais limpa, não quero ter dúvida”.

Os discursos denotam que incorporar a idéia de realizar o exame exigiu delas enfrentamento, coragem. Podemos inferir que a aids leva a um caminhar solitário das suas vítimas exigindo do profissional de saúde a capacidade de assegurar e manifestar o suporte emocional necessário, através de aceitação, compreensão, afeto e tempo para ouvir as queixas e compartilhar dos sentimentos desses indivíduos.

3.5. Convivendo com a soropositividade

“rezo, entrego a Jesus, peço a graça que apareça uma vacina pra mim curar”;

“é uma missão árdua principalmente porque eu não tenho ele (marido). No meu dia a dia já me adaptei”;

“e ter muita coragem. Graças a Deus eu tenho apoio de minha mãe e do meu pai. Eles não se afastaram, me ajudam quando não tenho nada. “Acho que Deus me dar muita força, muita coragem. Tem hora que penso que nada existe”.

*O surgimento da Aids
impõe desafios que
transcendem aos aspectos
puramente assistenciais e
do modelo biológico*

Para estas mães a fé em Deus e a força interior são sustentáculos imprescindíveis, capazes de manter a saúde, re-elaborar seus projetos de vida, ainda que numa vida com limitações. Esta afirmativa corrobora com Ferreira (1994, p. 88)¹⁰ que assinala a força e a coesão interna, como agentes disponíveis, eficazes para combater a multiplicação do vírus e a aceleração da doença.

3.6. Preconceito

“no lugar que eu moro ninguém sabe que eu sou doente”;

“eu sofro muito porque não sou de desabafar com ninguém. Infelizmente o preconceito é grande. E aí não posso contar a ninguém”;

“inclusive tenho família aqui mas não posso visitá-la, sinto acuada”.

O surgimento da aids impõe desafios que transcendem aos aspectos puramente assistenciais e do modelo biológico. A aids além da epidemia do HIV, também é uma epidemia do medo, ignorância, rejeição e acusações que podem ser fonte de sérias implicações sociais e econômicas. Transcrevendo os depoimentos das mães percebemos que este sentimento torna-se uma preocupação nas suas vidas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser mãe portadora do HIV/Aids e ter uma criança que poderá ou não confirmar uma doença crônica se desvelou neste estudo em um medo realístico ou irrealístico da doença e do desconhecido, modificações nas rotinas de vida, medo de morrer e deixar os filhos desamparados, desconhecimento da monitorização ligada ao controle da doença, problemas sociais e afetivos vinculados a doença da mãe (falta de recursos financeiros, necessidade de cuidado, proteção e afeto do filho).

As histórias pessoais narradas pelas mães levaram-nos a inferir que o sentimento materno de não poder acompanhar o crescimento e desenvolvimen-

to de seu filho leva a uma ruptura do vínculo mãe/filho ainda em vida.

Finalizando, entendemos que aos profissionais de saúde cabe com urgência repensar suas práticas. Atender apenas a mãe, excluindo a família é uma atitude condenada ao insucesso. Para Vieira, 1994)¹¹ assistir à família, tendo-se em conta apenas a presença do vírus significa estreitar a atenção para a doença e não para o indivíduo.

A enfermagem, ao longo de sua história, tem sido reconhecida pelo contínuo esforço de buscar na sua prática a transcendência dos determinantes biológicos e assistir ao indivíduo, família e grupos na interação dos domínios psicológicos e sociais¹².

Endereços para correspondência:

Maria do Socorro Sherlock

R. Monsenhor Bruno, nº 2540/ apt. 302

Aldeota- CEP: 60 115 191 Fortaleza- CE

E-mail- sherlock@ufc.br

Universidade Federal do Ceará

Departamento de Enfermagem

Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE

CEP: 60430-160 - Tel: (85) 243 9464 - Fax: (85) 2439456

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. **Bol. Epidemiol. Aids**, Brasília,DF. n.2, dez./fev. 1999
2. SANTOS, N. J. S; MUNHOZ, R. A aids entre as mulheres: reflexões sobre seus depoimentos. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio**. Rio de Janeiro. Relume-Dumarã, 1994, p. 115-35
3. Rand, T. H. Acompanhamento de crianças infectadas por HIV em Áreas Rurais e de Pequena Prevalência. **Pediatria Atual**. vol. 11 nº 5, mai./1998
4. MANN, J. et al. **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, 1993
5. FALCO, S. M; LOBO, M. L; MARTHA, E. ROGERS. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 14, p. 197
6. SCHIMITZ, E. M. R. et al. **A Enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1989, p. 185-191
7. CARPENITO, L. J. **Manual de Diagnóstico de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999
8. SCHIMITZ, E. M. A **problemática da hospitalização infantil: aspectos psicológicos**. In: Schmitz, E. M. Livraria Atheneu, p. 185, 1989
9. PEREIRA, M.L. D. **Ser mãe e estar com Aids**. São Paulo. Dissertação (Mestrado), UPS, 1997 p.69
10. FERREIRA, P. et al. Aspectos psicológicos da Aids. **ABP. ABAL**, v. 10, n.2. 1988
11. VIEIRA, N. F. C. O **trabalho da parteira em área rural: apropriação da força de trabalho ou transformação do sujeito**. Fortaleza,CE. 1991. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará
12. SHERLOCK, M. S M. **Vivendo e Resistindo com o HIV**. Fortaleza-CE, 1996. Dissertação (Mestrado). UFC. p. 54

Infecções causadas por Papilomavírus e desenvolvimento de câncer: aspectos virológicos e epidemiológicos*

Human Papillomavirus infection and cancer development: virological and epidemiological aspects

SÍLVIA MB CAVALCANTI^{1*}, LUCÍLIA G ZARDO², MAURO RL PASSOS^{3**}, LEDY HS OLIVEIRA^{4**}

RESUMO

Nosso estudo foi desenvolvido a fim de determinar a prevalência da infecção por HPV em lesões cervicais e pesquisar a ocorrência de outras DST possivelmente associadas à infecção por estes vírus e à progressão ao câncer. Quinhentas e catorze biópsias foram obtidas de pacientes atendidas no Setor de DST (UFF) e no Hospital Luíza Gomes de Lemos (INCa). Tais biópsias foram classificadas de acordo com o Sistema de Bethesda em: lesões intraepiteliais de baixo grau (LSIL), de alto grau (HSIL) e carcinoma das células escamosas (SCC). A detecção de HPVs dos tipos 6/11, 16/18 e 31/33/35 DNA foi feita pela hibridização *in situ*. A prevalência dos HPV oscilou entre 85.6% nas LSIL e 55.2% nas SCC. Os pacientes foram acompanhados pelo período de oito anos: 27.1% das lesões regrediu espontaneamente enquanto 29.3% progrediu ao carcinoma. HPVs de alto risco foram detectados em 80.5% (OR 13.2, P=0.0003) das lesões progressivas. A pesquisa de outras DST revelou que a ocorrência de sífilis, pre-

dominantemente, e também as infecções por HIV e Herpes, estiveram associadas à progressão ao câncer (OR 13.0, P=0.0003). Nosso estudo revelou que HPV e outras DST podem agir de forma cooperativa aumentando o risco de câncer, corroborando a observação de que as pacientes brasileiras que apresentam SILs tem um prognóstico pior do pacientes de outras regiões do mundo.

Palavras-chave: Prevalência de Papilomavírus humano Doenças Sexualmente Transmissíveis, virologia

ABSTRACT

A study was conducted to determine the prevalence of HPV infection in cervical lesions of Brazilian women and to search for other Sexually Transmitted Diseases (STDs) associated with progression to malignancy. Five hundred and fourteen paraffin-embedded biopsies obtained from female cervical lesions were classified according to the Bethesda System in low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL), high grade SIL (HSIL) and squamous cell carcinoma (SCC). Specimens were tested for the presence of human papillomavirus (HPV) types 6/11, 16/18 and 31/33/35 DNA using non-isotopic *in situ* hybridization. HPV prevalence ranged from 85.6%

^{1,2,3,4} Professores do Departamento de Microbiologia e Parasitologia, Instituto Biomédico, Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal Fluminense, Setor de Anatomia Patológica e Citopatologia/ **Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis

*Financiado pelo CNPq

Os Papilomavírus Humanos (HPVs) constituem um grupo heterogêneo de vírus de DNA, sendo composto por cerca de 80 genótipos virais distintos

in LSIL to 55.2% in SCC. Patients were analysed through an eight-year period: 27.1% of the lesions spontaneously regressed while 29.3% progressed to carcinoma. High risk types were present in 80.5% (OR 13.2, P=0.0003) of the progressive lesions. History of other sexually transmitted diseases, mainly syphilis, showed to be positively related to progression (OR 13.0, P = 0.0003). Oncogenic HPV types 16 and 18 and history of other Sexually Transmitted Diseases showed to be significantly associated to progression to cancer. Our study indicated that HPV and other STDs can act together, corroborating the observation of a poor prognosis for Brazilian women presenting SILs.

Keywords: Prevalence of HPV infection, Sexually Transmitted Diseases, virology

1. INTRODUÇÃO

Os Papilomavírus Humanos (HPVs) constituem um grupo heterogêneo de vírus de DNA, sendo composto por cerca de 80 genótipos virais distintos. Dentre eles, quase 30 tipos são capazes de infectar o epitélio do trato genital¹. Achados epidemiológicos e experimentais indicam que os HPVs são os agentes etiológicos do câncer cervical². Assim, estes vírus tem sido classificados, também, de acordo com seu potencial maligno: tipos de alto risco (HPV16,18 e, em menor grau 31,33 e 35) tem sido detectados em lesões intraepiteliais de alto grau (HSILs) e no carcinoma invasivo, enquanto os tipos ditos de baixo risco (HPV6 e 11) tem sido associados a lesões benignas ou SILs de baixo grau (LSILs). Diferenças no potencial oncogênico destes vírus de alto e baixo grau também já foram demonstradas por experimentos de transformação *in vitro*³.

As epidemias de HPV tem sido progressivamente mais frequentes em todo o mundo, principalmente nas 2 últimas décadas e a prevalência destas infecções tem sido estimada como a mais comum das doenças sexualmente transmissíveis⁴. Além disso, estudos recentes têm documentado a prevalência crescente do câncer genital em países subdesenvolvidos⁵. No Brasil, a incidência anual de câncer genital vem aumentando e o câncer cervical permanece como a primeira causa de morte por câncer em nossas mulheres⁶. Contudo, ainda são poucos os estudos epidemiológicos e virológicos desenvolvidos em nosso país a fim de elucidar a história natural dos HPVs^{7,8}.

O objetivo do nosso estudo foi determinar a prevalência de diferentes tipos de HPVs (de alto e baixo risco) em lesões intraepiteliais cervicais de pacien-

tes atendidas no Setor de DST da UFF e no Hospital Luíza Gomes de Lemos do INCa. Buscamos também relacionar a ocorrência simultânea de outras DST com o desenvolvimento de lesões malignas nestas

pacientes, num período de acompanhamento de oito anos. Nosso trabalho tem como objetivo último conhecer aspectos da patogenia dos HPVs em nosso Estado, e assim contribuir com o processo de prevenção do câncer cervical.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Pacientes - o material do presente estudo consistiu de 514 biópsias de lesões de pacientes do sexo feminino atendidas no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis (SDST) da Universidade Federal Fluminense (UFF) e no Hospital Luíza Gomes de Lemos (INCa), no período de 1990 a 1997. De cada paciente foram retiradas de uma a quatro biópsias. Cada biópsia foi fixada em 10% de formalina tamponada, emblocada em parafina e processada para o diagnóstico histológico e a hibridização *in situ*. As pacientes foram acompanhadas pelo período de 8 anos, com intervalos de 6 meses em média. Os prontuários foram revisados a fim de elucidar a ocorrência de outras DST como infecção por HIV, herpes genital, gonorréia, infecção por Clamídia, doença inflamatória pélvica, tricomoníase and sífilis. Cerca de 38% das pacientes foram tratadas: ablação parcial com alça diatérmica e eletrocauterização foram as técnicas usadas para as LSILs e a conização para as HSILs. As pacientes que não receberam tratamento foram aquelas que não retornaram ao serviço, tendo intervalos de acompanhamento superiores a 6 meses.

Exame Histológico - Cortes de 5mm foram obtidos das biópsias parafinadas, processados para coloração em lâmina com hematoxilina-eosina e avaliados por microscopia ótica. Os achados histológicos foram classificados de acordo com o Sistema de Bethesda⁹ e definidos nas seguintes categorias:

Condiloma e neoplasia intraepitelial de grau I em LSIL; em HSIL, as neoplasias de grau II e III/carcinoma *in situ*, e em carcinoma das células escamosas (SCC). Tecidos histologicamente normais apresentando alterações reativas/reparativas (AR) foram incluídas como tecidos controles.

Detecção do ADN viral:

Sondas - as sondas genéticas de HPV 6,11,16,18, 31, 33, 35 foram gentilmente cedidas pela D^{ra} de Villiers (Papillomavirus International Reference Laboratory, Heidelberg). O material foi amplificado e

*Estudos em países
não industrializados
apresentaram prevalências
de sífilis em gestantes
variando de 3 a 19%*

purificado em gradiente de cloreto de céso. Os plasmídeos foram marcados com Biotina 11-dUTP (Sigma) usando-se um Kit de "Nick Translation" (BRL)

Hibridização *in situ* - Este protocolo já foi descrito anteriormente¹⁰. Cortes de 5mm foram obtidos das biópsias parafinadas e montados em lâminas pré-tratadas com trietoxysilane (Sigma). As lâminas foram desparafinizadas em xilol (2x, 10 min) e 100% de etanol (2x, 10 min) e lavadas em água corrente (1x, 5 min).

Os ácidos nucléicos foram expostos pela digestão dos cortes com 0,5mg/mL de proteinase K (Sigma) a 37°C por 15 min. A mistura de hibridização continha 5xSSC, 5% de polietilenoglicol, 0,1mg/mL de ADN de esperma de salmão, sondas marcadas com biotina (10mg/mL) e 50% de formamida deionizada. Cada corte recebeu 20mL de mistura de hibridização, foi desnaturado a 92°C por 10 min e hibridizado a 37°C por 2hr. A seguir as lâminas foram lavadas respectivamente em 4xSSC, 0,1xSSC + 50% formamida, 4xSSC e tampão fosfato salina pH7,2 (PBS) por 10 min a temperatura ambiente.

Os híbridos foram detectados com o emprego do complexo conjugado estreptavidina-fosfatase alcalina a temperatura ambiente por 30 min. O conjugado não associado aos híbridos foi removido por lavagem em Tampão 1 (0,1M Tris-HCl, 0,15M NaCl pH7,5) (2x, 10 min) e em Tampão 3 (0,1M Tris-HCl, 0,1M NaCl, 50mM MgCl₂ pH9,5) (1x, 5 min). As lâminas foram então incubadas com o substrato NBT-BCIP (nitrobluetetrazolium-bromochloroindolylphosphate) em diluição de 1/200 em Tampão 3, por 30 min em câmara escura. As lâminas foram rinsadas em água destilada para parar a reação, secas e montadas em glicerina sem coloração de fundo. Esse método é capaz de detectar 50 a 100 cópias de ADN viral por célula¹¹. As células positivas foram detectadas nas camadas superficial e intermediária do epitélio genital e apresentavam precipitado púrpura no núcleo. Biópsias de tecidos infectados e não infectados por HPV foram usados como controles em cada reação.

Análise estatística - a significância estatística dos nossos resultados foi analisada usando o teste de Qui-Quadrado (χ^2) gística multivariada foi utilizada para examinar associação entre fatores e progressão/regressão das lesões, usando-se o programa de computador Epi-Info versão 6.0 (Stone Mountain, GA).

3. RESULTADOS

Foram estudadas quinhentas e catorze biópsias de lesões cervicais a fim de avaliar a prevalência da infecção por HPV. A média de idade dos participantes

foi de 36.7 anos, variando de 15 a 78 anos. A análise demonstrou a ocorrência de diferentes padrões de distribuição de idades, de acordo com o grau histológico da lesão: o grupo LSIL ($X_{idade} = 29.8$) apresentou diferença estatística significativa quando comparada ao grupo com SCC ($X_{idade} = 47.3$, $P < 0.001$) (tabela 1).

Tabela 1 - Média de idade das pacientes apresentando lesões compatíveis com infecção por HPV

Alterações Reativas (n=48)	Diagnóstico histológico das pacientes		
	LSIL (n=160)	HSIL (n=163)	SCC (n=143)
X idade	30.1	29.8	36.7
			47.3

Fonte: Setor DST-UFF/Hospital Luiza Gomes de Lemos, INCa-RJ, 1999

A tabela 2 apresenta os dados de prevalência da infecção pelos HPVs que foi de 66.7% (343/514), variando de 85.6% (137/160) nas LSIL até 55.2% (79/143) nos SCC. O grupo controle (AR) apresentou 14.6% (7/48) de positividade para o DNA do HPV. Diferenças estatísticas significativas foram detectadas entre os tecidos com lesão e os controles (AR) ($P < 0.0001$) quando foi analisada a infecção cervical pelos HPVs.

A prevalência dos diferentes tipos de HPVs é apresentada na tabela 2. Nas LSILs, os HPV 6/11 foram os tipos mais prevalentes (52.6%). Nas HSILs, os HPV 16/18 prevaleceram sobre os demais (47.5%) assim como nas lesões malignas (SCC), nas quais a prevalência dos tipos HPV 16/18 foi alta (60.8%). Os HPVs tipos 31/33/35 foram achados com frequência tanto em lesões HSILs (15%) como em SCC (16.5%). Oitenta e quatro dentre as 343 (24.5%) lesões positivas para HPV apresentaram infecções mistas.

A análise retrospectiva mostrou que de 1990 a

Tabela 2 - Prevalência de tipos de HPV de acordo com o diagnóstico histológico das lesões.

Diagnóstico	Número de pacientes	Tipos de HPV				Prevalência de HPV (%)
		6/11	16/18	31/33/35	mistas	
Alt. Reativas	48	4	2	1	-	7 (14.6%)
LSIL	160	72	24	3	38 ^a	137 (85.6%)
HSIL	163	15	57	18	30 ^b	120 (73.6%)
SCC	143	2	48	13	16 ^c	79 (55.2%)
Total	514	93	131	35	84	343 (66.7%)

Fonte: Setor DST-UFF/Hospital Luiza Gomes de Lemos, INCa-RJ, 1999

a: 26 HPV 6/11, 16/18; 7 HPV 6/11, 31/33/35; 5 HPV 16/18, 31/33/35.

b: 18 HPV 6/11, 16/18; 1 HPV 6/11, 31/33/35; 11 HPV 16/18, 31/33/35.

c: 11 HPV 6/11, 16/18; 3 HPV 16/18, 31/33/35; 2 HPV 6/11, 16/18, 31/33/35.

Nosso estudo descreve a frequente presença de lesões cervicais causadas por múltiplos tipos de HPV, constituindo um percentual de 24.5% de todas as infecções

4. DISCUSSÃO

1997, foram tratadas 192 das 514 pacientes acompanhadas. Ablação parcial com alça diatérmica e electrocauterização foram os tratamentos de escolha para as LSILs, para as HSILs foi mais comumente aplicada a conização. Ainda assim, cerca de 280 pacientes não receberam tratamento, ou porque apresentaram cura espontânea ou porque não retornaram aos centros de atendimento conforme recomendado. Nossos dados revelaram que 27.1% (76/280) das pacientes que não foram tratadas, as lesões por HPV regrediram espontaneamente, mas em 29.3% (82/280) as lesões apresentaram progressão ao carcinoma *in situ* ou ao câncer invasivo. Na tabela 3, podemos observar que 64.4% (49/76) dos casos que regrediram espontaneamente, apresentavam tipos de baixo risco 6/11 ($X^2 = 19.7$, $P=0.00001$). Inversamente, 80.5% (66/82) dos casos que evoluíram, apresentavam tipos de alto risco. Assim, os tipos oncogênicos 16/18 foram estreitamente associados à progressão maligna (OR 13.2, $P=0.0003$), enquanto os HPVs tipos 31/33/35 não apresentaram correlação significativa (OR 1.2, $P=0.7$).

A ocorrência simultânea de outras DST é um importante cofator usualmente associado à progressão maligna. De fato, em nosso estudo, das pacientes com lesões progressivas, 75.6% tinham outra DST (62/82). Das pacientes com quadro de regressão espontânea, somente 23.7% (18/76) tinham outras DST. Após ajuste de variáveis para análise estatística, a presença de outras DST simultâneas pôde ser significativamente associada à progressão maligna (OR 13.0, $P=0.0003$). Os dados estão descritos na tabela 3.

A tabela 3 mostra as diferentes DST associadas à progressão das lesões causadas pelos HPVs ao câncer. Valores com significância estatística foram encontrados para as infecções por Herpes e HIV ($P<0.005$) mas os dados mais interessantes foram aqueles encontrados para Sífilis ($P<0,0001$).

Tabela 3 - Fatores de risco associados à progressão das lesões cervicais ao câncer

Fatores de risco	Nº de casos regressivos	Nº de casos progressivos	Odds Ratio Ajustada (95%CI)	Valores de P
HPV tipo 6/11				
Negativos	27	80	1,0	0.00001
Positivos	49 ^a	2	0.02(0.0-0.2)	
HPV tipos 16/18				
Negativo	54	16	1,0	0.00003
Positivo	22 ^a	66 ^c	13.2 (1.9-58.6)	
HPV tipos 31/33/35				
Negativo	61	67	1,0	0.7
Positivo	15	15 ^d	1.2(0.2-7.3)	
Outras DST				
Negativo	58	20	1,0	0.0003
Positivo	18	62	13.0(1.9-56.3)	

Fonte: Setor DST-UFF/Hospital Luiza Gomes de Lemos, INCa-RJ, 1999
^{a/b} - 12 e 3 infecções mistas por HPV, respectivamente
^{c/d} - 15 e 6 infecções mistas por HPV, “

Em nosso estudo, 343 das 514 (73.9%) biópsias cervicais estavam infectadas pelos HPVs. Prevalências similares já haviam sido descritas, usando-se sistemas de detecção similares ao nosso^{12,13,14}: noventa e três biópsias (27.1%) continham HPV6/11, 131 (38.2%) continham HPV16/18 e 35 (10.6%), HPV31/33/35. Os HPVs 16 and 18, oncogênicos, foram os tipos genômicos mais comuns em lesões malignas, apresentando um padrão crescente com alta significância estatística das LSIL para o carcinoma (SCC) (tabela 2, $P<0.0002$). Os tipos HPV 6 and 11 não parecem representar papel importante no evento de carcinogênese, uma vez que a prevalência destes vírus apresenta uma curva decrescente significativa das LSIL para o SCC ($P<0.00001$). Pudemos também observar que tanto o HPV 6 como o 11 raramente foram encontrados em lesões pré-malignas e malignas (0.6%). Nossos resultados corroboram a importância dos HPVs 16 e 18 na patogênese do câncer cervical e ainda, apontam os tipos 31,33 e 35 como vírus associados à malignidade em proporções relevantes (16.5%).

Nosso estudo descreve a freqüente presença de lesões cervicais causadas por múltiplos tipos de HPV, constituindo um percentual de 24.5% de todas as infecções. Segundo Reid e cols¹³, altas taxas destas infecções mistas são detectadas em todos os continentes e devem ser atribuídas ao comportamento sexual promíscuo. Entretanto, a ocorrência destas infecções ainda não está claramente relacionada à progressão das lesões ao câncer. Em nosso trabalho, não pudemos relacioná-las ao desenvolvimento de lesões malignas, uma vez que percentual semelhante foi encontrado para lesões que sofreram regressão espontânea (19.7%) e para as lesões que progrediram ao câncer (25.6%) ($\chi^2=0.9$, $P>0.1$).

A avaliação da história natural da infecção pelo HPV indicou um alto risco de progressão (29.3%). Lesões com regressão espontânea foram detectadas em apenas 27.1% dos casos. Kataja e cols¹⁵, durante *follow-up* de 8 anos, observaram que quase 65% das infecções por HPV regrediu enquanto somente 14% dos pacientes progrediu ao câncer. Tais discrepâncias de resultados podem ser atribuídas a diferente distribuição de tipos de HPV, na Europa e no Brasil. Em nosso país o HPV 18 é comumente detectado em lesões de alto grau⁹. Este fato poderia explicar o prognóstico ruim, e mesmo pior, das nossas pacientes, uma vez que este tipo viral tem maior potencial maligno^{16,17,18}. O nosso trabalho revelou também que 80.5% (OR 13.2, $P=0.0003$) das lesões

progressivas apresentavam os HPVs 16 and 18, contrastando com os casos de regressão onde os tipos benignos foram prevalentes (64%, OR 0.02, P=0.000009).

Como descrito na tabela 3, outras DST de ocorrência simultânea à infecção por HPV mostraram relevância estatística na progressão ao câncer (OR 13.0, P=0.0002). Nós propomos que DST como infecções por Herpes simplex, por HIV e principalmente pelo *Treponema pallidum* podem contribuir para a progressão das lesões por HPV ao câncer. Tais infecções poderiam atuar como co-fatores na ativação de mecanismos de transformação celular bem como na depressão da resposta imune no trato genital. Sabe-se que os mecanismos de defesa celular do hospedeiro têm papel primordial no controle das infecções por HPV¹⁹. Pacientes como imunodeficiências tem infecções por HPV mais prevalentes além de serem mais susceptíveis ao desenvolvimento de HSILs^{20,21}. Em nosso estudo foi bastante clara a importância da sífilis como marcadora da progressão ao câncer (tabela 4), principalmente quando sabemos estar frente ao recrudescimento desta infecção em nosso país.

Tabela 4 - Doenças Sexualmente Transmissíveis associadas à evolução da lesão por HPV ao Câncer

DST	Lesões regressivas	Lesões progressivas
Infecção por Herpes simplex	3	8
Infecção por HIV	-	8
Infecção por Clamídia	1	4
Sífilis	-	18
Tricomoníase	5	8
Gonorréia	1	4
Inflamação bacteriana pélvica	6	9
DST Associadas	2	3
Total	18	62

Fonte: Setor DST-UFF/Hospital Luiza Gomes de Lemos, INCa-RJ, 1999

Neste trabalho, apresentamos os resultados de um estudo de 8 anos. Pudemos, nele observar que os tipos oncogênicos de HPV e a presença de outras DST simultaneamente estão inequivocamente associadas ao câncer, de modo cooperativo. Tais resultados parecem justificar o pior prognóstico das pacientes que apresentam lesões por HPV no Brasil.

Agradecimento

Ao Sr. **Edson Alves de Souza** por sua assistência técnica

Endereço para correspondência:

Silvia MB Cavalcanti

Fax: (21) 620-5266

E-mail: silviabc@ism.com.br

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Villiers EM. Heterogeneity of human papillomavirus group. *J Virol* 63: 4898-4903. 1989.
2. Schiffman MH. Epidemiology of cervical human papillomavirus infections. *Cur Microbiol Immunol* . 186: 56-78. 1994
3. Woodworth CD, Doniger J, Di Paolo JA. Immortalization of human foreskin keratinocytes by various human papillomavirus DNAs correspond to their association with cervical carcinoma. *J Virol* 63: 159-164. 1989
4. Syrjanen KJ. Epidemiology of human papillomavirus (HPV) infections and their association with genital squamous cell cancer. *APMIS* 97: 957-970. 1989
5. Lowy DR, Kimbaurer R, Schiller JT. Genital human papillomavirus infection. *Proc Nat Acad Sci USA*. 91: 24 36-2440. 1994
6. Registro Nacional de Patologias Tumorais. Diagnóstico de Câncer. INCa (Pro-Onco), Ministério da Saúde, Brasil. 1985/1991. 1992
7. Cavalcanti SMB, Deus FCC, Zardo LG, Frugulhetti ICP, Oliveira LHS. Human papillomavirus infection and cervical cancer in Brazil: a retrospective study. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 91: 433-440. 1996
8. Villa LL. Human papillomavirus and cervical cancer. *Adv Cancer Res* 71: 321-341. 1997
9. Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytologic diagnosis. *Acta Cytol* 37: 115-124. 1993
10. Cavalcanti SMB, Frugulhetti ICP, Passos MRL, Fonseca MEF, Oliveira LHS. Prevalence of human papillomavirus DNA in female cervical lesions from Rio de Janeiro, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 89: 575-580. 1994
11. Syrjanen SM. Basic concepts and practical applications of recombinant DNA techniques in the detection of human papillomavirus (HPV) infections. *APMIS*. 98: 95-110. 1990
12. Kiviat NB, Koutsky LA, Paavonen JA. Prevalence of genital papillomavirus infection among women attending a college student clinic or a sexually transmitted disease clinic. *J Infect Dis* 159: 293-302. 1989
13. Reid R, Greenberg M, Jenson AB, Stanhope R, Hershman VR, Smith JP, Lancaster WD. Sexually transmitted papillomavirus infections. I. The anatomic distribution and pathologic grade of neoplastic lesions associated with different viral types. *Am J Obstet Gynecol* 156: 212-222. 1987
14. Kristiansen E, Jenkins A, Kristiansen G, Ask E, Kaern J, Abeler J, Lindqvist BH, Tropé C, Kristiansen BE 1994. Human papillomavirus infection in Norwegian women with cervical cancer. *APMIS* 102: 122-128. 1997
15. Kataja V, Syrjanen S, Mantjarvi R. Prognostic factors in cervical human papillomavirus infections. *Sex Transm Dis* 19: 154-160. 1992
16. Burger RA, Monk BJ, Kurosaki T, Culver HA, Vasilev AS, Berman ML, Wilczynski SP. Human papillomavirus type 18: association with poor prognosis in early stage cervical cancer. *J Natl* 88: 1361-1368. 1996
17. Barnes W, Woodworth C, Wagooner S. Rapid dysplastic transformation of human genital cells by human papillomavirus type 18. *Gynecol Oncol* 38: 343-346. 1990
18. Walker J, Bloss JD, Liao SY, Berman M, Berhen S, Wilczynski SP. Human papillomavirus genotype as a prognostic indicator in carcinoma of the uterine cervix. *Obstet Gynecol* . 74: 781-785. 1989
19. Ho GYF, Burk RD, Fleming I, Klein RS. Risk of genital human papillomavirus infection in women with human immunodeficiency virus-induced immunosuppression. *Int J Cancer* 56: 788-792. 1994
20. Meekin GE, Sparrow MJ, Fernwicke RJ, Tobias M. Prevalence of genital human papillomavirus infection in Wellington women. *Genitorin Med* 68: 228-232. 1992
21. Van Doornum GJJ, Van den Hoek JAR, Van Ameijden EJC, Van Haastrecht HJA, Roos MTL, Henquet CJM, Quint WGV, Coutinho RA. Cervical HPV infection among HIV-infected prostitutes addicted to hard drugs. *J Med Virol* 41: 185-190. 1993



ARTIGO

Prevenção da Aids em consultório odontológico: conhecimento de cirurgiões-dentistas em região do município de São Paulo*

Aids prevention in an odontologic clinic setting: knowledge level of dentists in a region of São Paulo state, Brazil

ANTONIO CARLOS PEREIRA¹, EDMÉA RITA TEMPORINI²

RESUMO

Este estudo teve por objetivo identificar conhecimento sobre a prevenção da Aids em consultório odontológico entre cirurgiões-dentistas de uma região do município de São Paulo. Foi realizado um "survey", aplicando-se questionário estruturado com base em estudo exploratório. A amostra foi composta por 150 cirurgiões-dentistas de ambos os sexos que mostraram deter conhecimento correto sobre os meios de inativação do HIV. A maioria destacou a eficácia do calor seco (96,7%) e do calor úmido (98,6%) como meios eficazes de inativação do HIV no consultório; 100,0% dos cirurgiões-dentistas considerou necessária a esterilização de instrumen-

tais cirúrgicos e periodônticos. Manifestaram dúvidas quanto à necessidade de esterilização de instrumentais ortodônticos, agulhas de sutura e lâminas de bisturi e não acreditam ser necessário descartar agulhas de sutura (33,3%) e lâminas de bisturi (20,0%). A revista científica foi a principal fonte de informação sobre Aids.

Palavras-chave: Prevenção da Aids, Conhecimento, Cirurgiões-dentistas

ABSTRACT

Identifying knowledge regarding Aids (Acquired Immunodeficiency Syndrome) prevention in a dental office among dentists working at São Paulo city, State of São Paulo, Brazil, were the main goals of this study, in order to carry it out, 150 dentists integrated the designed sample using a structured questionnaire based on a exploratory study. Results were as follows: the dentists demonstrated knowledge concerning Aids prevention and HIV inactivation. The majority of the respondents mentioned the efficacy of dry heat (96,7%) and humidity heat (98,6%) in the HIV inactivation in a dental office; almost 100,0% of them demonstrated knowledge concerning in a necessity of the sterilization of clinicals, surgicals

¹ Mestre em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da USP; Professor Adjunto, Faculdade de Odontologia da USF.

² Professor Associado, Faculdade de Saúde Pública da USP; Assessor de Pesquisa na Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

* Baseado na dissertação de mestrado intitulada: Prevenção da Aids: conhecimento e conduta profissional de cirurgiões-dentistas dos setores público e privado do Município de São Paulo, apresentada em 1997, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior - (CAPES).

and periodontals instruments. The respondents were in doubt about the necessity of the sterilization of orthodontics instruments, needles and surgical knives and they didn't believe in the necessity about one way needles (33,3%) and one way surgical knives (20,0%). The major source of information about Aids was the periodic.

Keywords: Aids Prevention, Knowledge, Dental office

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa sobre conhecimentos referentes à prevenção da Aids em consultório odontológico, entre cirurgiões-dentistas dos setores público e privado de uma região do município de São Paulo.

A Aids é hoje um grande desafio para o sistema de saúde. A alta letalidade da síndrome, o crescimento acentuado do número de casos, a inexistência de cura, além do estigma que cerca seus portadores, são questões mal equacionadas em todo o mundo e, até o momento, parecem estar distantes da esperada solução.

Na atualidade, reconhece-se a influência predominante de fatores humanos na disseminação da epidemia, requerendo intervenções direcionadas à adoção de comportamentos preventivos^{1,15,18,19}. Entre esses fatores, o conhecimento sobre a Aids, modos de transmissão e de prevenção, ressalta-se como um dos determinantes de relevância para a adoção da conduta preventiva correta. Entre os profissionais da área de saúde, esse conhecimento faz-se necessário para a prevenção própria e do paciente, durante os procedimentos clínicos. No consultório odontológico, o conhecimento do cirurgião-dentista quanto às normas de esterilização e desinfecção de instrumentais e materiais, bem como das normas de proteção pessoal e do paciente, constitui componente importante da conduta correta para evitar o risco da transmissão do HIV (Human Immunodeficiency Virus)^{2,9,10}.

Os profissionais da área de saúde estão expostos a constantes riscos de acidentes com instrumentos invasivos (agulhas, lâminas de bisturi e outros instrumentos perfurantes) durante o atendimento de pacientes²⁰. Os cirurgiões-dentistas representam significativa parcela dos profissionais da área de saúde que, por força de seu trabalho, estão em contato com possíveis fontes de transmissão, representados por sangue, secreções purulentas e instrumentais de trabalho^{2,6}.

Diversos estudos relatam, contudo, a existência de discrepâncias entre os métodos de controle de do-

Selecionou-se uma amostra intencional, atendendo-se a critérios de viabilidade e acesso aos locais de trabalho, composta por 150 cirurgiões-dentistas

enças infecto-contagiosas utilizados por cirurgiões-dentistas e as normas de assepsia para consultórios odontológicos recomendadas por organizações oficiais^{3,8,9}.

Considerando ser o conhecimento um fator antecedente à conduta, cabe indagar até que ponto cirurgiões-dentistas apresentariam domínio cognitivo em relação aos meios de inativação do vírus da Aids no consultório odontológico e sobre meios de proteção própria e do paciente. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa consistiu em identificar conhecimentos de cirurgiões-dentistas sobre a prevenção da Aids no consultório odontológico, a fim de oferecer subsídios a órgãos públicos de saúde para o planejamento de intervenções preventivas relacionadas à Aids.

2. MÉTODO

Foi realizado um "survey" entre cirurgiões-dentistas que atuam em unidades básicas de saúde e em consultórios particulares na zona norte do município de São Paulo.

Selecionou-se uma amostra intencional, atendendo-se a critérios de viabilidade e acesso aos locais de trabalho, composta por 150 cirurgiões-dentistas.

O instrumento de medida consistiu em um questionário estruturado, ou seja, contendo perguntas e as respostas pertinentes, aplicado por meio de entrevista. O questionário foi elaborado a partir de estudos preliminares, utilizando-se pesquisa exploratória para adequação do instrumento de pesquisa ao repertório de conhecimentos e opiniões da população de estudo¹⁶. O estudo exploratório foi desenvolvido em várias etapas; cada uma delas apresentou finalidade e procedimento específicos. Na primeira etapa foram realizadas 8 entrevistas em profundidade com cirurgiões-dentistas do setor privado e uma reunião com 6 cirurgiões-dentistas do setor público. Foram formuladas perguntas gerais sobre o tema de interesse da pesquisa. Os participantes foram estimulados a exporem livremente suas idéias, obtendo-se, assim, o máximo de informações. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise e seleção das respostas. Foram selecionadas as respostas mais freqüentes, organizando-se um roteiro de perguntas específicas. Procedeu-se à aplicação desse roteiro em 16 entrevistas individuais, analisando-se os elementos comuns. Esse procedimento foi repetido mais uma vez com 15 entrevistas individuais. A análise dessas entrevistas evidenciou repetição das informações, ou seja, o "ponto de saturação" - quando nada de novo foi acrescentado ao que já se dispunha. O questionário foi

Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 1994, nos locais de trabalho dos 150 cirurgiões-dentistas integrantes da amostra

elaborado com base na qualidade e frequência das respostas obtidas.

Convém destacar que os cirurgiões-dentistas incluídos na fase exploratória não fizeram parte da pesquisa final.

O questionário estruturado foi submetido a teste prévio, do qual participaram 5 cirurgiões-dentistas com características semelhantes àquelas da população de estudo, para verificar a clareza e adequação das questões. Esse procedimento mostrou a eficácia do estudo exploratório, não havendo necessidade de reformulações.

Utilizou-se um *rapport* para introduzir as entrevistas, com as finalidades de: a) esclarecer os participantes do estudo sobre o tema da pesquisa e seus objetivos; e b) sensibilizar e incentivar o respondente a colaborar, fornecendo as informações necessárias ao estudo.

Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 1994, nos locais de trabalho dos 150 cirurgiões-dentistas integrantes da amostra.

Para o processamento dos dados utilizou-se o programa SPSS+ (Statistical Package for the Social Sciences+).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra da pesquisa foi formada por 150 cirurgiões-dentistas, entre os quais 86 (57,3%) eram do sexo masculino e 64 (42,7%), do sexo feminino. Houve ligeira predominância de cirurgiões-dentistas do sexo masculino em relação ao feminino, o que se explica pela existência de maior número de cirurgiões-dentistas do sexo masculino estabelecidos em consultórios particulares na região de estudo. Predominaram os profissionais de consultórios particulares (78,0%) em relação aos que trabalham somente em serviços públicos ou em ambas as modalidades de atuação.

A amostra distribuiu-se de maneira equivalente quanto ao tempo decorrido desde a formatura e de exercício profissional, apresentando média de 13 anos e 9 meses e 13 anos e 5 meses, respectivamente, sugerindo o início da atividade profissional quase imediato à conclusão do curso universitário.

A fonte de informação que mais contribuiu para o conhecimento sobre Aids foi a revista científica (93,0% para o sexo masculino e 84,4% para o feminino), o que se mostra coerente com outros estudos, onde os periódicos aparecem como importantes meios de informação para atualização científica dos profissionais de saúde^{5,17}. Os cursos em faculdade passaram a ter importância como fonte de informação para o conhecimento sobre Aids, a partir de 1985

quando começaram a ser ministrados nas faculdades de odontologia com a introdução desses conhecimentos e foram mais importantes para o sexo feminino (60,9%) (tabela 1).

Tabela 1 - Fontes de informação que contribuíram para o conhecimento sobre aids, segundo o sexo

Fontes de informação	Sexo			
	Masculino (n=86)		Feminino (n=64)	
	n	%	n	%
Revistas científicas	80	93,0	54	84,4
Folhetos	73	84,9	52	81,3
Palestras ou cursos	62	72,1	40	62,5
Jornais e revistas populares	63	73,3	37	57,8
Programas de televisão	63	73,3	34	53,1
Cursos em faculdade	30	34,9	39	60,9
Livros	42	48,8	26	40,6
Programas de rádio	26	30,2	9	14,1

Em relação ao conhecimento dos meios de inativação do HIV no consultório, observa-se que a maioria dos respondentes destaca a eficácia, acertadamente, do calor seco (96,7%) e do calor úmido sobre pressão (98,6%), enquanto que praticamente a metade dos respondentes (52,2%) considera também a fervura como meio de inativação do HIV mostrando, portanto, conhecimento das diretrizes da Organização Mundial da Saúde - OMS referentes ao assunto¹⁴ (tabela 2).

Tabela 2 - Conhecimento em relação aos meios de inativação do HIV em consultório odontológico

Meios de inativação do HIV	Sim			Não			N = 150 Não sabe	
	n	%	%*	n	%	%*	n	%
Físicos:								
baixas temperaturas	32	21,3	23,0	107	71,4	77,0	11	7,3
fervura	71	47,3	52,2	65	43,4	47,8	14	9,3
calor seco	145	96,7	96,7	5	3,3	3,3	0	0,0
calor úmido sob pressão	141	94,0	98,6	2	1,3	1,4	7	4,7
Químicos:								
álcool	27	18,0	20,0	108	72,0	80,0	15	10,0
álcool iodado	44	29,3	35,8	79	52,7	64,2	27	18,0
merthiolate	16	10,7	13,3	104	69,3	86,7	30	20,0
hipoclorito de sódio	85	56,7	60,3	56	37,3	39,7	9	6,0
formaldeído	78	52,0	58,6	55	36,7	41,4	17	11,3
glutaraldeído	89	59,3	70,6	37	24,7	29,4	24	16,0

*Exclui as respostas "Não sabe"

Uma pequena parcela dos cirurgiões-dentistas acredita, ainda, na possibilidade de inativação do HIV por baixas temperaturas. Pode-se supor que exista certa confusão, em decorrência do conhecimento de que o vírus da Aids pode ser inativado a partir de 56°C

e nunca em temperaturas inferiores a esta^{3,6,13,14}.

Em relação à inativação do HIV por meios químicos, observa-se que a maioria dos entrevistados apresenta conhecimento correto, considerando glutaraldeído (70,6%), hipoclorito de sódio (60,3%) e formaldeído (58,6%) como eficazes na inativação do HIV. De forma correta, também, uma parcela dos respondentes apontam álcool iodado e álcool para inativação do HIV no consultório. Porém, uma minoria (13,3%) refere a possibilidade do HIV ser inativado pelo merthiolate, o que ainda não foi comprovado^{3,4,12,13,14}.

De outro lado, os cirurgiões-dentistas parecem conhecer as normas de esterilização de instrumentais e materiais odontológicos, embora referem critérios muito diversificados de esterilização no consultório^{8,9,12,13,14}. Enquanto que para 100,0% desses profissionais, os instrumentais clínicos, cirúrgicos e periodonticos devam ser esterilizados, para os outros instrumentais e materiais não são adotados os mesmos critérios. Os respondentes demonstram dúvidas quanto à necessidade de esterilização dos instrumentais ortodônticos, provavelmente por ausência de experiência anterior com esses instrumentais por não exercerem a especialidade; manifestaram dúvidas quanto à esterilização de agulhas de sutura (20,0%) e lâminas de bisturi (28,0%). Este fato pode ser justificado, em razão de se tratar de material descartável, não havendo necessidade, portanto, de esterilização (tabela 3).

Tabela 3 - Conhecimento sobre a necessidade de esterilização de diferentes tipos de instrumentais e materiais odontológicos para prevenção da Aids (respostas afirmativas)

N = 150		
Materiais / instrumentais que devem ser esterilizados	n	%
Brocas	136	90,7
Pontas montadas	111	74,0
Agulhas de sutura	120	80,0
Lâminas de bisturi	108	72,0
Instrumental clínico	150	100,0
Instrumental endodôntico	148	98,7
Instrumental periodontico	150	100,0
Instrumental ortodôntico*	122	81,3
Instrumental cirúrgico	150	100,0
Materiais de moldagem	99	66,0

* 4,0% declararam ignorar

Os resultados da tabela 4 indicam que os entrevistados conhecem as normas e procedimentos de desinfecção dos equipamentos do consultório, com vistas à prevenção da Aids. Embora, ressaltem a necessidade de desinfecção da caneta de

Os cirurgiões-dentistas parecem conhecer as normas de esterilização de instrumentais e materiais odontológicos, embora referem critérios muito diversificados de esterilização no consultório

alta rotação, micro motor, seringa triplice e cuspideira, manifestam alguma dúvida quanto à necessidade de desinfecção da haste do Raio X, pontas do "Profident" e fibra óptica^{3,4,12,13,14}.

Tabela 4 - Conhecimento sobre a necessidade de desinfecção de diferentes tipos de instrumentais e materiais odontológicos para prevenção da Aids. (respostas afirmativas)

N = 150		
Materiais / instrumentais que devem ser desinfetados	n	%
Alta rotação	147	98,0
Micro-motor	145	96,7
Cuspideira	145	96,7
Seringa triplice	144	96,0
Equipo	142	94,7
Ponta do "Profident" *	136	90,6
Ponta da fibra óptica *	131	87,3
Haste do refletor	121	80,7
Haste do raio X *	109	72,7

* 0,7%, 4,7% e 4,0%, respectivamente, declararam ignorar

Quando ao conhecimento de materiais e instrumentos que devem ser descartados, ou que podem ser reutilizados, os respondentes nem sempre revelam saber corretamente as normas para prevenção da transmissão do HIV^{6,13,14,20} (tabelas 5 e 6). Embora a maioria considere que os sugadores de saliva e as agulhas hipodérmicas devam ser descartados após o uso (99,3% e 96,7%, respectivamente), parcela considerável acredita não ser necessário esse procedimento em relação às agulhas de sutura (33,3%) e às lâminas de bisturi (20,0%). Este fato talvez possa ser explicado em razão de existir ainda disponível para aquisição esse tipo de material passível de esterilização. Quanto às seringas carpule, embora já exista à disposição dos profissionais, em material descartável, a maioria dos fabricantes continua produzindo estas seringas em material que permite esterilização.

Tabela 5 - Conhecimento sobre a necessidade de descartar diferentes tipos de materiais e instrumentais odontológicos para prevenção da Aids

N = 150				
Materiais / Instrumentais que devem ser descartados	Sim		Não	
	n	%	n	%
Agulhas de sutura *	98	65,4	50	33,3
Agulhas hipodérmicas *	145	96,7	4	2,6
Seringas carpule	13	8,7	137	91,3
Lâminas de bisturi	120	80,0	30	20,0
Sugadores de saliva	149	99,3	1	0,7

* Respostas "Não sabe" - 1,3%, e 0,7%, respectivamente

Tabela 6 - Conhecimento sobre a reutilização de diferentes tipos de materiais e instrumentais odontológicos sem risco de transmissão do HIV. (respostas afirmativas)

N = 150

Materiais / instrumentais que podem ser reutilizados	n	%
Brocas	144	96,0
Pontas montadas	142	94,7
Tiras de lixa	16	10,7
Agulhas de sutura	75	50,0
Lâminas de bisturi	49	32,7
Sugadores de saliva	2	1,3

Conforme as normas para procedimentos no consultório odontológico todo e qualquer tipo de agulha utilizada deve ser descartada, bem como lâminas de bisturi, sugadores de saliva, tiras de lixa e de polister; de forma alguma serão reutilizadas. Na rotina do consultório odontológico somente poderão ser reutilizados materiais não-descartáveis e que podem ser esterilizados a exemplo das brocas, pontas montadas e limas endodônticas^{4,8,13}.

Face aos resultados deste estudo sugere-se a implementação de intervenções educativas direcionadas à cirurgiões-dentistas, visando melhor prepará-los para a prevenção da Aids no consultório odontológico.

4. CONCLUSÕES

- A revista científica foi a principal fonte de informação sobre a Aids para os entrevistados.
- Os cirurgiões-dentistas apresentaram conhecimento correto sobre os meios físicos e químicos de inativação do HIV no consultório odontológico.
- Os cirurgiões-dentistas entrevistados nem sempre revelaram saber as normas para procedimentos corretos quanto a utilização de materiais e instrumentais que devam ser descartados, visando a prevenção da Aids.

- Manifestaram dúvidas quanto à necessidade de esterilização de instrumentais ortodônticos, agulhas de sutura e lâminas de bisturi.

Endereço para correspondência:

Antonio Carlos Pereira

Departamento de Prática de Saúde Pública

Faculdade de Saúde Pública da USP.

Avenida Doutor Arnaldo, 715, Cerqueira César,

São Paulo, SP - CEP 01246-904

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aggleton P, O'Reilly K, Slutkin G, Davies P. Risking everything? Risk behavior change and Aids. **Science**, 265: 341-5. 1994
2. Amato Neto V. Profilaxia da transmissão do HIV na atividade profissional de odontologistas. **Rev Paul Odont**. 11: 16, 1989
3. American Dental Association. **Facts about Aids for the Dental Team**. Information provided by the Council on Dental Therapeutics. Chicago, Illinois 1985
4. American Dental Association. Council on Dental Materials, Instruments and Equipment, Council on Dental Therapeutics, Council on Dental research. Council on Dental Practice. **Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory**. Chicago; American Dental Association, 1992
5. Brattebo G, Wisbor ST, Stursen H. Health workers and the human immunodeficiency virus: knowledge, ignorance and behaviour. **Public Health** . 104: 123-30. 1990
6. Centers for Disease Control. Update: transmission of HIV infection during an invasive dental procedure - Florida. **M M W R** . 40: 21-7, 33. 1991
7. Centers for Disease Control. Update: acquired immunodeficiency syndrome - United States, 1992. **M M W R** . 42 (28): 547-57. 1993
8. Crawford JJ. States - of-the-art practical infection control in dentistry. **J Amer Dent Assoc**. 110: 629-33, 1985
9. Gerbert B. Aids and infection control in dental practice: dentists' attitudes, knowledge and behaviour. **J Amer Dent Assoc**. 114: 311-4. 1987
10. Gerbert B. Patients attitudes toward dentistry and Aids. **J Amer Dent Assoc**. 114: 311-4. 1987
11. McCray E. Occupational risk of the acquired immunodeficiency syndrome among health care workers. **N Engl J Med** . 314: 1127-32. 1986
12. Miller CH. Sterilization and disinfection: what every dentist needs to know. **J. Amer Dent Assoc** 123: 45-54. 1992
13. Ministério da Saúde. **Normas técnicas para controle da Aids e outras infecções virais na prática odontológica**. Brasília; Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.
14. Organização Mundial da Saúde. **Diretrizes sobre métodos de esterilização e desinfecção eficazes contra o vírus da imunodeficiência humana (HIV)**. Genebra; 1988. (Série da OMS sobre Aids 2).
15. Parker R. **A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e políticas no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.
16. Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev Saúde Pública** 29(4): 318-25. 1995
17. Searle ES. Knowledge, attitudes, and behaviour of health professionals in relation to Aids. **Lancet** 1. 26-8. 1987
18. Temporini ER. **Prevenção da Aids: percepção e conduta sexual de estudantes universitários, no Estado de São Paulo**. São Paulo; 1995. (Tese de Livre Docência), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
19. Temporini ER. Prevenção da Aids: um desafio sócio-comportamental. **Revista USP** . 33: 38-45. 1997
20. Veronesi R, Focaccia R. Aids entre profissionais de saúde: riscos e prevenção. **Rev Bras Clin Terap** 18(4): 130-3, 1989.

Aids atitudes entre caminhoneiros de estrada

Aids attitudes among truck drivers

EVANIA NASCIMENTO¹, TOKICO MURAKAWA MORIYA²

RESUMO

Fundamentos: Os caminhoneiros pelas características de seu trabalho, onde a ausência prolongada do lar e de seus grupos de referência, condicionam-os à adoção de atitudes e comportamentos que os colocam em risco de exposição ao HIV/Aids, tem eles merecido atenção e estudos por parte de profissionais de saúde.

Objetivo: verificar a atitude dos caminhoneiros de estrada frente à Aids, tal como, buscar a opinião dos mesmos quanto ao local e meio de comunicação de mais fácil acesso para envolvê-los em campanhas informativas e educativas. **Métodos:** aplicou-se uma entrevista estruturada contendo itens de identificação e informações pertinentes à vida sexual dos caminhoneiros durante as viagens e, constou ainda de uma escala de atitudes frente à Aids (EA-Aids) desenvolvida por Moriya (1992), na qual contemplou conteúdos sobre origem, conhecimento da doença e avaliação do portador. A amostra foi aleatória, constituída de 200 caminhoneiros que trafegavam pela rodovia MG-050 de Passos, MG. **Resultados:** a entrevista possibilitou identificar que há costume de procurar parcerias variadas e uso do preservativo pouco sistemático. A EA-Aids demonstrou atitudes desfavoráveis com $r \leq 0.05$ para itens da categoria conhecimento da doença e avaliação do portador. A opinião dos mesmos quanto ao local de fácil acesso

são os postos de gasolina e o meio de comunicação o rádio. **Conclusão:** os caminhoneiros de estrada demonstraram comportamentos vulneráveis para risco de aquisição do HIV/Aids e devem ser alvo de campanhas educativas e informativas.

Palavras-chave: Aids, caminhoneiros, atitudes

ABSTRACT

Background: Truck drives, due to their working characteristics – long periods away from home and their reference groups – tend to adopt attitudes and behaviors that put them in a position where they risk exposure to the HIV/Aids. They deserve attention and research from health professionals. **Objective:** Check truck driver's attitudes concerning Aids, but also try to find out the best points of contact and communication means to involve them in informative and educative campaigns. **Methods:** A structured survey was carried out, consisting of identification items and information about truck driver's sexual lives during their trips. This survey included a scale of attitudes towards Aids (EA-Aids) developed by Moriya (1992), which showed origine and knowledge of the disease and Aids carrier's evaluation. The survey used a random sample of 200 truckmen who drove on MG-050 freeway. **Results:** The survey made it possible to identify that truck drives usually search for different (sexual) partners and constantly use condoms. The EA-Aids showed unfavorable attitudes with $r \leq 0.05$ for items such as knowledge of

¹ Docente da faculdade de Enfermagem de Passos, MG – FAENPA

² Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, US

the disease and carrier's analysis. In their opinion, the best points of contact with them are gas stations and the best communication means is the radio. **Conclusion:** The truck drivers show vulnerable behaviors for the risk of HIV/Aids contamination and must be target for educative and informative campaigns.

Keywords: Aids, truck drivers, and attitudes

1. INTRODUÇÃO

Após campanhas informativas desenvolvidas anualmente no dia 1º de dezembro - Dia Mundial de Combate à Aids, detectou-se entre caminhoneiros de estrada que trafegam a rodovia MG-050 de um município mineiro, atitudes que podem colocá-los em risco de exposição ao HIV. Alguns caminhoneiros são envolvidos em contatos sexuais com trabalhadoras do sexo, que utilizam-se dos locais de parada dos caminhoneiros para oferecer seus serviços, ou convidá-los para programas nas casas de prostituição situadas às margens desta rodovia.

Por outro lado estudos de Barcellos & Bastos (1996), colocam que grande parte dos centros difusores do HIV/Aids no Brasil localizam-se ao longo das estradas de importância nacional por onde circulam com mais intensidade mercadorias e pessoas.

No Brasil, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), tem apresentado nos últimos anos as seguintes características: 1ª via sexual como a responsável pelos casos de contaminação, seguida da exposição sangüínea através de compartilhamento de agulhas e seringas por usuários de drogas intravenosas contaminadas com HIV. 2ª a progressão de casos de Aids em mulheres na sua maioria monogâmicas que estão sendo contaminados por seus parceiros bi e heterossexuais, contribuindo para o nascimento de crianças infectadas pelo HIV (Brasil, MS, 1997).

O referencial teórico adotado para análise do comportamento dos caminhoneiros foi o de Rodrigues (1992) sobre atitudes como: "uma organização duradoura de crenças, cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos a este objeto".

A teoria da atitude tem sido amplamente utilizada na área de saúde em questões relacionadas à Aids, já que permite conhecer as crenças, valores, estilo de vida, opiniões e comportamentos dos diversos grupos populacionais dentro de seus contextos sociais, para que se possa adotar um discurso abran-

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, envolvendo um grupo de trabalhadores denominados genericamente caminhoneiros de estrada

gente e mudar atitudes e hábitos necessários para efetiva ação de prevenção do HIV/Aids (Munhoz et al., 1989; Fernandes et al., 1992; Parker, 1991).

Assim, considerando a preocupação com o avanço da Aids nos últimos anos e a necessidade de trabalhar de forma abrangente toda a sociedade em termos de prevenção e adoção de práticas seguras para evitar o contágio do HIV, o objetivo desta investigação foi:

- identificar a atitude dos caminhoneiros de estrada frente à Aids;
- buscar a opinião dos caminhoneiros sobre o meio de comunicação e local mais acessível aos mesmos para desenvolver campanhas educativas e informativas direcionadas a estes profissionais da estrada.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, envolvendo um grupo de trabalhadores denominados genericamente caminhoneiros de estrada. Segundo Manual de Classificação Brasileira de Ocupações (1982) a designação correta é motorista de caminhão (cod. 9-8560).

A amostra aleatória foi constituída por 200 caminhoneiros. A coleta de dados foi efetuada enquanto aguardavam ordem de carregamento no pátio de empresas, ou faziam paradas nos postos de gasolina localizados às margens da rodovia MG-050 na cidade de Passos, MG.

Para a coleta de dados utilizou-se a Escala de Atitudes frente à Aids (EA-Aids) desenvolvida por Moriya (1992), com adaptações efetuadas de pleno acordo da autora, e, a entrevista estruturada. A Escala de Atitudes, elaborada com base no modelo de Likert em 5 pontos, já havia sido previamente validada com relação ao seu poder discriminativo, fidedignidade e validade aparente.

Após a adaptação, a EA-Aids passou a conter 23 itens, que foram classificados em categorias e subcategorias, conforme trabalho já realizado por Moriya et al. (1994), em investigação sobre atitudes de professores das escolas de 1º e 2º graus de Ribeirão Preto-SP. Assim para a categoria **Origem** subdividiu-se em subcategorias: Razão necessária, Homofobia, Drogas, Banalização; para categoria **Conhecimento da doença**, as subcategorias: origem, prognóstico, contágio sangue, contágio social e prevenção; para a categoria **Avaliação do portador** a subcategoria: proteção e cidadania.

Desse modo, os itens que se referem ao **conhecimento da doença** são:

- 1 - quando a Aids se manifesta, o resultado é sempre fatal;
- 2 - pouco se sabe sobre a origem da Aids;
- 3 - a proibição do homossexualismo, tal como ocorre nos países da Arábia Saudita, Síria, pode proteger o país contra a Aids;
- 4 - realizar teste para detectar possível portador de vírus de Aids, como exame pré-admissional em qualquer emprego é um ato discriminatório;
- 5 - o portador da Aids tem direito à continuidade de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva;
- 6 - as formas de sexo que envolvem sangramento são de alto risco para contrair Aids.
- 11 - os insetos que se alimentam de sangue humano podem transmitir Aids;
- 13 - o uso de pomada de vaselina, durante a relação sexual, previne Aids;
- 15 - as pessoas que freqüentam saunas correm risco de contrair Aids;
- 16 - o banheiro público é um local que pode transmitir Aids;
- 17 - o motel nada tem a ver com local que transmite Aids;
- 18 - a Aids pode ser curada, se percebida precocemente;
- 19 - a Aids é causada por um vírus denominado HIV.

Os itens relativos à **avaliação** do portador são:

- 7 - é um ato condenável impedir a freqüência de alunos em escolas, cujos pais estejam contaminados com o vírus da Aids.
- 10 - é preciso afastar hemofílicos, homossexuais, usuários de drogas injetáveis, de empregos e escolas a fim de proteger os demais.
- 11 - crianças contaminadas com a Aids requerem salas especiais para se evitar contato com os outros alunos.
- 12 - hospitais só para Aids são desnecessários para proteger a população do perigo de contaminação.
- 18 - os portadores da Aids devem ser tratados sem discriminação.
- 20 - deve ser impedida a participação de portadores da Aids em atividades coletivas, escolares e militares.

A entrevista teve suas respostas agrupadas em tabelas de freqüência simples e cálculo de porcentagem

Os itens relativos à **origem** da doença são:

8 - a Aids é uma punição de Deus frente ao excesso de liberdade do final do século XX.

9 - O uso excessivo de drogas intravenosas causou o aparecimento da Aids.

16 - a Aids surgiu como qualquer doença poderia ter surgido;

23 - a Aids existe em conseqüência de um grande número de homossexuais atualmente existentes.

A entrevista estruturada foi elaborada em cinco itens subdivididos em que fez-se a identificação com nome, idade, número da placa do caminhão, grau de instrução, procedência, estado civil. Posteriormente, foram levantadas informações pertinentes à aspectos sobre viagens de trabalho e vida sexual dos caminhoneiros:

- 1 - número de viagens realizadas;
- 2 - tempo de permanência fora do lar, determinando um tempo mínimo e máximo;
- 3 - procura de parceiros sexuais durante viagens, preferência sexual, parceria estabelecida (fixa ou variada), freqüência do uso do preservativo (todas as vezes, algumas vezes, nunca usa);
- 4 - se usa droga injetável, tipo;
- 5 - opinião quanto ao meio e local para acesso aos caminhoneiros em campanhas educativas.

No estudo preliminar os dois instrumentos utilizados foram aplicados pela própria pesquisadora já que havia necessidade de avaliação de adequação dos instrumentos, no entanto, a coleta definitiva foi efetuada por dois acadêmicos do oitavo período do curso de enfermagem, do sexo masculino.

Para análise dos dados, de posse das escalas preenchidas, realizou-se a transcrição das respostas dos sujeitos de cada item da escala, fazendo-se a correção dos valores das alternativas conforme chave de correção. Os resultados foram avaliados com base na trisseção das escalas, considerando-se os pontos 4 e 5 como concordância, 1 e 2 como discordância e o ponto 3 como resposta neutra. Aplicou-se o teste de X^2 , para independência em tabela 2x2 com nível de significância estabelecido em $r \leq 0.05$.

A entrevista teve suas respostas agrupadas em tabelas de freqüência simples e cálculo de porcentagem. As respostas às perguntas abertas foram transcritas, agrupando-se idéias semelhantes e repetindo-se outras que permitiam mais de uma interpretação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Caracterização da amostra

A característica da população deste estudo são as seguintes: quanto ao grau de escolaridade a maioria (106-53%) tem o 1º grau incompleto; estado civil: casados (156-78%), solteiros (38-19%), desquitados (6-3%); a maioria procedente do Estado de Minas Gerais. A idade variou entre 18 a 52 anos.

A etapa seguinte procurou levantar dados sobre as viagens de trabalho e vida sexual dos caminhoneiros. Em relação ao número de viagens 121 (60,5%) dos sujeitos disseram efetuar de 9 a 11 viagens/mês, com um tempo de ausência do lar de 3 dias (90-45%); porém, no período da coleta de dados os caminhoneiros referiram que as viagens a curtas distâncias era a única opção, já que a oferta de cargas a longas distâncias não compensavam o valor do "frete" pago. Mas, em períodos de boa oferta, eles faziam viagens longas, ficando em média de 10 a 15 dias ausentes de seus lares.

Em relação a drogas injetáveis, não houve nenhum relato de uso por parte dos caminhoneiros entrevistados. Por outro lado, os meios televisivos tem destacado reportagens com caminhoneiros em relação ao uso de "arrebites" a base de anfetaminas (drogas orais psico-ativas), utilizadas para tirar o sono e os caminhoneiros dirigirem por mais tempo.

Estudos realizados por Bwayo *et al.* (1994) com caminhoneiros no Quênia-África, tanto entre indivíduos soropositivos quanto soronegativos para o HIV, tinham histórias de uso de álcool, marijuana e miraa (folha parecida com anfetamina).

No Brasil, carecemos de estudos de investigação entre os caminhoneiros de estrada em relação ao uso de drogas. No entanto, o fato é preocupante, na medida em que, o uso de qualquer elemento desta natureza, associado ao uso de álcool, diminui o grau de responsabilidade dos sujeitos na adoção de sexo seguro.

Dentre os 200 caminhoneiros de estrada 151 (75,5%) não procuram parceria sexual durante suas viagens de trabalho; entanto, 49 (24,5%) de sujeitos que relataram ter este tipo de conduta. Assim, entre aqueles que estão procurando parceria sexual, 46 (23%) afirmam preferência sexual exclusiva pelo sexo feminino e 3 (1,5%) apesar de se considerarem heterossexuais, já mantiveram contato homossexual, ressaltando que o fato ocorrera antes de terem conhecimento sobre Aids.

Dos quarenta e nove caminhoneiros que estão estabelecendo parceria sexual durante as viagens se-

Quanto ao uso não sistemático do preservativo para as alternativas "algumas vezes" e "nunca usa", estão em primeiro lugar os desquitados, segundo os solteiros e terceiro os casados

gundo o estado civil, a maior porcentagem foi encontrada em ordem crescente, entre desquitados, solteiros e casados.

A maior freqüência de justificativas para a procura de parceria sexual durante viagens de trabalho foram: "passa muito tempo fora de casa" (f=16); "sem compromisso" (f=10); "porque gosta de mulheres" (f=07).

Os resultados acima são controvertidos na medida em que a maioria justifica a procura de parceria sexual durante viagens pelo fato de ficar três dias ausente do lar. Possivelmente essas respostas foram influenciadas neste grupo com base no período de maior oferta de cargas, quando rotineiramente ficam ausentes de seus lares por vários dias.

Quanto ao tipo de parceria sexual estabelecida, a maioria (33-67,4%) relata ser variada e, 15 (30,6%) fixa.

São preocupantes os resultados anteriormente relatados já que estudos apontam que a multiplicidade de parceiros sexuais é um dos comportamentos de elevado risco de exposição ao HIV (Rosenberg & Weiner, 1988; Cates, 1990; Catania *et al.*, 1990; Kaplan, 1990; Osteria & Sullivan, 1991; Chu & Curran, 1997).

Fatores outros como: o número de parceiros sexuais, (Chu & Curran, 1997); relação sexual no período menstrual da mulher (Vogt *et al.*, 1986, 1987); a falta de circuncisão masculina (Cameron *et al.*, 1989, Bwayo *et al.*, 1994); presença de DST's ulcerativas e não-ulcerativas associada à vaginites da parceira (Cameron *et al.*, 1989; European, 1992) expõe a população masculina a um risco maior de ser contaminado pela parceira feminina.

Leva-se em consideração também o grau de prevalência do HIV em uma população, o tipo de cepa albergada pelo parceiro infectado, que propicia maior risco de contágio e aquisição do HIV. (GAPA - Bahia, 1997).

Os caminhoneiros que estão procurando parceria sexual, relataram estar usando o preservativo todas as vezes (34-69,5%). Porém, em tempos de Aids, é significativo considerar a parcela daqueles que estão usando o preservativo algumas vezes (12-24,5%), e, nunca usam (3-6%).

Uma das barreiras mais eficazes na prevenção da contaminação pelo vírus HIV e outras DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) é o condom ou preservativo (Lima *et al.*, 1996; Holmberg, 1997).

Quanto ao uso não sistemático do preservativo para as alternativas "algumas vezes" e "nunca usa", estão em primeiro lugar os desquitados, segundo os solteiros e terceiro os casados.

Ao analisar a justificativa dos caminhoneiros que não fazem o uso sistemático do preservativo fica

Alguns segmentos sociais que advogam contra as campanhas sobre uso de preservativo, acreditando que tal fato pode induzir e colaborar para o intercurso sexual fora do casamento

evidente a falta de conhecimento da importância de seu uso para prevenir DST, descrença da eficácia do mesmo para a prevenção da Aids. Algumas respostas denotam até certa ingenuidade, acreditando

que “por encontrarem as mesmas mulheres” ou “usar somente quando suspeita da mulher”, estão seguros contra o HIV.

Associado à descrença, há que se considerar que, na maioria das vezes, o poder de decisão pelo uso do preservativo, na sociedade ocidental, é do homem.

Alguns estudos têm destacado a posição da mulher em algumas sociedades, que por questões culturais e sociais, seu poder de decisão sobre o sexo seguro é limitado e inibido pela vontade do parceiro masculino (Reader, 1988; Pivnick, 1993; Pillaye, 1995). A questão do preservativo perpassa por uma análise histórica, ou seja, com o advento da penicilina e a pílula anticoncepcional, associada à liberdade sexual a partir desta última década, o uso do preservativo foi relegado a um segundo plano. Por outro lado, há ainda alguns segmentos sociais que advogam contra as campanhas sobre uso de preservativo, acreditando que tal fato pode induzir e colaborar para o intercurso sexual fora do casamento, assim como, a iniciação sexual prematura dos jovens antes do casamento.

Lamprey (1996) observa que em relação à produção de preservativos no Brasil, esta corresponde a um quarto da quantidade necessária e, aliados a isto, estão os altos impostos e importação difícil.

A justificativa dos 151 caminhoneiros que não estão estabelecendo parceria sexual durante viagens de trabalho, encontrou-se com maior frequência o fato de “ser casado” ($n = 83$) e medo de contrair doenças ($n = 41$).

Percebe-se que as respostas encontradas denotam um comportamento monogâmico, fato este muitas vezes configurado como “fora-de-moda” (Gir, 1994).

Loyola (1994) em sua pesquisa com bancários, profissionais de nível superior e metalúrgicos do Rio de Janeiro questionou a opinião deles sobre o que a Aids possa ter mudado na vida das pessoas e obteve as seguintes respostas: alguns acham que a Aids modificou a vida sexual das pessoas no sentido de que elas percebem de que o risco de contaminação é maior; as pessoas estão preocupadas e com medo de ter relações sexuais com estranhos; diminuiu a “galinhagem”, as pessoas estão selecionando mais seus parceiros; estão pensando mais antes de ter relação sexual fora de casa e, finalmente, alguns acreditam que o homossexualismo diminuiu.

O último item da entrevista buscou conhecer a opinião dos caminhoneiros quanto ao melhor meio

que consideram acessível para obterem informações a respeito de Aids. O rádio ($n = 176$) aparece em primeiro lugar, vindo em segundo panfletos ($n = 145$) e terceiro televisão ($n = 124$).

Quanto aos locais que consideraram de mais fácil acesso foram os postos de gasolina ($n = 128$) e pátio das empresas ($n = 77$).

O trabalho de Bwayo *et al.* (1991) com caminhoneiros do Quênia-África, detectaram que a maioria dos caminhoneiros que tinham algum conhecimento a respeito da doença, citaram o rádio a fonte de informação principal.

3.2. Atitude dos caminhoneiros frente à Aids

Em relação aos dados da EA-Aids de Moriya (1992) aplicada aos caminhoneiros de estrada e que revelam atitudes desfavoráveis e diferença significativa com $r < 0.05$, são os que seguem abaixo classificados em suas categorias e subcategorias respectivamente:

A. Conhecimento da doença

A.1. Prevenção

13. “o uso de vaselina durante relação sexual previne Aids”; ($r < 0.001$)

A.2. Contágio (social)

15. “as pessoas que freqüentam saunas correm risco de contrair Aids” ($r = 0.01$);

A.3. Prognóstico

21. “a Aids pode ser curada se detectada precocemente”; ($r < 0.001$)

B. Avaliação do portador

B.1. Cidadania

20. “deve ser impedida a participação de portadores de Aids em atividades coletivas, escolares e militares” ($r = 0.01$);

Em relação ao item 13 de EA-Aids verifica-se a desinformação por parte da categoria profissional em estudo, denotando preocupações na medida em que podem negligenciar práticas seguras, devido ao aspecto cognitivo equivocado.

Quanto à crença de risco da aquisição da Aids “pelo uso de saunas”, ainda persiste o medo relacionado ao contágio pelas vias não-sexuais. Não só em relação a saunas, mas também a banheiros públicos, utilização de utensílios domésticos, assento de ônibus fora encontrado em outras investigações, inclusive de Loyola, 1994.

Tais atitudes tem na verdade uma função de conhecimento, ou seja, os indivíduos adquirem crenças no interesse de satisfazer suas necessidades e

dar um sentido ao mundo (Katz, 1960; Harrison, 1975).

São explicações que passam fazer parte do imaginário social e que contribuem para manutenção do preconceito e discriminação aos

soropositivos e adoecidos. Tais atitudes podem ser modificadas através de uma oferta de clareza cognitiva que leve à reorganização interna.

O item 21 da EA-Aids é considerado como atitude desfavorável, na medida em que, apesar dos chamados “coquetéis de drogas” estarem melhorando substancialmente a qualidade de vida dos soropositivos e adoecidos, o meio científico acha precoce falar em cura (Mayers, 1996).

Para o meio científico há consenso de que o melhor e mais eficaz tratamento para Aids continua sendo a prevenção e adoção de práticas sexuais seguras UNAIDS (United Nations Programme on HIV/Aids, 1997).

O resultado obtido nas respostas ao item 21 da EA-Aids foram também ambivalentes quando comparados à respostas de concordância da maioria dos caminhoneiros ao item da EA-Aids que afirmava ser a Aids fatal a partir de sua manifestação.

Para o item 20 da EA-Aids percebeu-se ambivalência de opiniões, na medida em que a maioria dos caminhoneiros concordaram que o portador do HIV e adoecidos devem ser tratados sem discriminação e ter direitos sociais, por outro, vedam a participação dos mesmos em atividades sociais mais amplas. Assim, tudo é permitido, desde que não se coloque os soropositivos no mesmo espaço dos soronegativos.

Em Pizani *et al* (1994) encontra-se a explicação para tais atitudes onde esta descreve que nem sempre o comportamento observável corresponde à predisposição atitudinal, ou seja, sofre influência das normas sociais, o que se deve fazer em determinadas circunstâncias, as expectativas da consequência e os hábitos.

É necessário trabalhar esta crença de cura, pois pode levar as pessoas envolvidas acreditar que tendo cura, pode-se deixar de lado as medidas preventivas.

4 . CONCLUSÕES

Os resultados desta investigação permitiram verificar que a maioria dos caminhoneiros da amostra tem o primeiro grau incompleto, são casados, heterossexuais, em idades entre 18 a 52 anos, estando portanto em uma faixa etária de plena atividade sexual e capacidade reprodutiva.

Os dados relativos à idade são importantes já que no Brasil esta faixa etária são as mais atingidas pelo HIV/Aids, conjuntamente tendo importância o fator escolaridade.

Outras investigações serão necessárias para levantar mais dados sobre o comportamento dos caminhoneiros, em relação às suas práticas sexuais e prevenção da Aids

Fica demonstrado pelos relatos que alguns caminhoneiros (49-24,5%) da amostra tem hábito de estabelecer parceria sexual durante viagens de trabalho, sendo o tipo de parceria variada. Apesar de a

maior parte dentre os que tem este comportamento estarem usando o preservativo ou condom, existe uma parcela não desprezível, que relata o uso não sistemático do preservativo.

Em relação àqueles que não estão usando o preservativo sistematicamente, pode-se considerar o que se chama de dissonância cognitiva, ou seja, apesar do conhecimento dos riscos, não se age de forma coerente, e para aliviar o conflito, diz que o “preservativo é incômodo”, “vai morrer de qualquer jeito”.

A questão da prevenção deve também ser trabalhada na medida em que há a crença de que a vaselina é barreira ao HIV quando usada em relações sexuais; e a crença de que a Aids pode ser curada se detectada precocemente.

Há ainda sentimentos ambivalentes, pois apesar de acharem que os soropositivos devem ser tratados sem discriminação, houve concordância significativa em vedar a participação de soropositivos em atividades mais amplas da sociedade.

Entre caminhoneiros de estrada que viajam longas distâncias e cruzam as regiões norte e nordeste, há relatos de que em algumas áreas mais pobres há venda ou empréstimo de filhas, aos caminhoneiros à beira de estradas, em troca de dinheiro ou comida, fato este citado por Dimenstein (1992), em estudo sobre prostituição no Brasil.

Assim, os caminhoneiros de estrada estão em constantes viagens a transportar bens e mercadorias, cruzando fronteiras e participando de interações humanas nos grandes centros de produção e consumo, locais estes que também têm sido difusores do HIV/Aids.

Os resultados do presente estudo, permitiram conhecer a opinião dos caminhoneiros sobre o meio de comunicação e local que consideram adequados para direcionar campanhas educativas e informativas aos mesmos.

Acredita-se no entanto, que este estudo não finaliza aqui, e outras investigações serão necessárias para levantar mais dados sobre o comportamento dos caminhoneiros, em relação às suas práticas sexuais e prevenção da Aids.

Endereço para correspondência:

Evania Nascimento

Rua Jerônimo Neto, 186, Centro
37.900-000 – Passos, MG

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARCELLOS, C.; BASTOS, C. Redes sociais e difusão da Aids no Brasil **Boletim da Oficina Sanitária Panamericana**, v. 121, n. 1, p. 11-24, 1996.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico Aids**. Semana Epidemiológica 46/96 a 09/97 v. 9, n. 5, dezembro/1996 -fevereiro/1997.
3. BRASIL. Ministério do Trabalho. Secretaria de Empregos e Salários CBO - **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília, p. 473 a 474, 1982.
4. BWAYO, J.J. et al. Long distance truck drivers. **East Afr. Med. J.**, v. 68, n. 9, p. 714-719, 1991.
5. _____. Human immunodeficiency virus infection in long-distance truck drivers in east Africa. **Arch. Intern. Med.**, v. 154, s/n, p. 1391-1396, 1994.
6. CAMERON, D.W. et al. Female to male transmission of Human Immunodeficiency virus type- 1: risk factors for seroconversion in men. **Lancet**, v. 2, n. 8660, p. 403-407, 1989.
7. CATANIA, J.A. et al. Towards an understanding of risk behavior: and Aids risk reduction model (ARRM). **Health Educ. Q.**, v. 17, n. 1, p. 53-72, 1990.
8. CATES, W. Acquired immunodeficiency syndrome sexually transmitted diseases and future opportunities. **Am.j.Epidemiol.**, v. 131, n749-748, 1990.
9. CHU, S.Y.; CURRAN,J.W. Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus Infection in the United States. In: De VITA Jr.,V.T. et al. **Aids**: etiology, diagnosis, treatment and prevention, Philadelphia, Lippincot - Raven, 1997. chapter 9, p. 137-145.
10. DIMESTEIN, G. Meninas da noite. 2. ed., São Paulo, Ática, 1992.
11. EUROPEAN STUDY GROUP ON HETEROSEXUAL TRANSMISSION OF HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable, couples. **Br. Med. J.**, v. 304, n. 6830, p. 809-813, 1992.
12. FERNANDES, J.C. L. et al. Conhecimentos e atitudes relativas à Sida/Aids, em uma população da favela do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Públ.**, v. 8, n. 2, p. 176-182, 1992.
13. Grupo de Apoio e Prevenção à Aids. (GAPA). Bahia, Boletim Informativo, **Aids/HIV, pensando os riscos**. n.24, abril/maio/junho, 1997. /Encarte/
14. GIR, E. **Práticas sexuais e a infecção pelo HIV, um estudo sobre crenças entre universitários de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1994. 237 p. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
15. HARRISON, A.A. **A psicologia como ciência social**. Trad. Álvaro Cabral, São Paulo, Cultrix, 1975.
16. HOLMBERG, S.D. et al. Aids commentary: biological factors in the transmission of human immunodeficiency virus. **J. Infect. Dis.**, v. 150, n.1, p. 116-25, 1989.
17. HOLMBERG, S.D. Risk factors for sexual transmission of Human Immunodeficiency Virus. In: De VITA Jr.,V.T. et al. (org)
18. : etiology, diagnosis, treatment and prevention. 4. ed, New York, **Lippincot-Raven**, 1997. cap. 29, p. 500-575.
19. KAPLAN, E. H. Modeling HIV infectivity: must sex acts be counted?. **J. Acquir. Immune. Syndr.**, v. 3, n. 1, p. 55-61, 1990.
20. KATZ, D. The functional approach to the study of attitude change. **Public Opinions Q.**, v. 24, p. 163-204, 1960.
21. LAMPTEY, P. Prevenção e controle: palavras chave contra DST/Aids. **ABIA**, n. 34, p. 6-7, Nov/Dez. 1996.
22. LIMA, A.L.M. et al. **Perguntas e respostas**, HIV/Aids. São Paulo, Atheneu, 1996.
23. LOYOLA, M. A. Percepção e prevenção da Aids. In: LOYOLA, M. A. et al (orgs) **Aids e sexualidade**: o ponto de vista das Ciências Humanas, Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. p. 18-72.
24. MAYERS, D. Rational approaches to resistance: nucleoside analogues, **Aids**, v. 10, p. 9-13, 1996. Suppl. 1.
25. MORIYA, T.M. **Escala de atitudes frente à Aids**: uma análise psicométrica. Ribeirão Preto, 1992. 165 p. Tese (Livre Docência) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
26. MORIYA, T.M. et al. Verificação de algumas crenças da Aids entre profissionais do ensino de 1º e 2º graus. In: **XXIII REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA**, Ribeirão Preto, SP, 1994.
27. MUNHOZ, R. et al. **Pesquisa você e a Aids**. São Paulo: Programa de Controle e Prevenção contra a Aids, Setor de Vigilância Epidemiológica do Centro de Referência e Treinamento Aids,SP, 1989.
28. OSTERIA, T.; SULLIVAN, G. The impact of religion and cultural values on Aids education programs in Malaysia and the Phillipines. **Aids Educ. Prev.**, v. 3, n. 2, p. 133-146, 1991.
29. PARKER, R.G. Depois da Aids: mudanças no comportamento (homo) sexual. In: DANIEL, H.; PARKER, R. **Aids**, a terceira epidemia. São Paulo, Iglu, 1991. p. 102-114.
30. PILLAYE, J. Morning-after birth control. **Lancet**, v. 346, n. 8969, p. 251-252, 1995.
31. PIVNICK, A. HIV infection and the meaning of condoms. **Cult. Med. Psychiatry**, v. 17, n. 4, p. 431-453, 1993.
32. PIZANI, E.M. et al. **Temas de Psicologia Social**. Petrópolis, Vozes, 1994. cap. 5, p. 69-102.
33. READER, F. How Aids affects women and children. **Practitioner**, v. 232, n. 1447, p. 452-457, 1988.
34. RODRIGUES, A. **Psicologia Social**. 14. ed. Petrópolis, Vozes, 1992.
35. ROSENBERG, M.J.; WEINER, J.M. Prostitutes and Aids: a health department priority? **Am. J. Public Health**, v.78, n.4, p. 418-423, 1988.
36. UNAIDS (United Nations Programme on HIV/Aids), Implications and policy issues, **Aids**, v. 11, n. 4, p. 1-15, 1997.
37. VOGT, M.W. et al. Isolation of HTLV-III/LAV from cervical secretions of women at risk for Aids. **Lancet**, v.1, n.2231, p. 525-526, March. 1986.
38. _____. Isolation patterns of the Human Immunodeficiency Virus from cervical secretions during the menstrual cycle of women at risk for the Acquired Immunodeficiency Syndrome. **Ann. Inter. Med.**, v. 106, n.3, p. 380-382, March. 1987.



ARTIGO

Infecção por Hepatite B em pacientes atendidos no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense

Hepatitis B infection in patients attended at Sexually Transmitted Disease Clinic from Federal Fluminense University

LEDY HS OLIVEIRA¹, ISABEL R SILVA², NUBIA K. ALMEIDA³, BRUNNO LS XAVIER⁴ & SILVIA MB CAVALCANTI⁵

RESUMO

Fundamentos: A transmissão sexual da hepatite B em áreas de média endemicidade assume um papel relevante na epidemiologia da doença. **Objetivos:** O trabalho tem como objetivo estudar a prevalência e os fatores de risco para infecção pelo vírus da hepatite B em pacientes atendidos no setor de DST/UFF. **Métodos:** Em um estudo retrospecti-

vo, a prevalência do vírus da hepatite B (VHB) foi investigada em 440 pacientes atendidos no setor de DST/ UFF por um período de onze meses em 1997. O soro destes pacientes foi testado para o marcador anti-HBc. Dados sociodemográficos, fatores de risco e história de hepatite foram registrados em uma ficha a partir do prontuário de cada paciente. **Resultados:** A prevalência de anti-HBc, foi de 13%. Entre as variáveis associadas a fatores de risco (opção sexual, prática de coito anal, transfusão sanguínea, drogas injetáveis ou não, sorologia para sífilis, passado de hepatite, número de parceiros, história corrente ou passada de DST, parceiro com DST), ou não (sexo, idade, local de origem, estado marital, escolaridade e renda familiar), encontramos uma associação significativa entre comportamento homo/bissexual, prática de coito anal e transfusão sanguínea com a infecção pelo VHB. Houve uma tendência de associação entre infecção pelo HIV e uso de drogas (injetáveis ou não). **Conclusões:** Embora a prevalência para a infecção pelo VHB encontrada na população em estudo seja semelhante à encontrada em locais de média endemicidade, deve-se observar a potencial patogenicidade do vírus. Considerando que os programas de vacinação não incluem pacientes adultos com

¹ Professora Adjunta do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Doutora em Microbiologia

² Graduando em Medicina da Universidade Federal Fluminense, monitora da disciplina de Virologia

³ Professora Assistente do Departamento de Estatística, da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Mestre em Estatística

⁴ Graduando em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal Fluminense, bolsista do CNPq

⁵ Professora Adjunta do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Doutora em Microbiologia

^{1 2 4 5} Laboratório de Virologia do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ

³ Departamento de Estatística da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ

* Apoio - Laboratório de Hepatites Virais do Instituto Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

*Um estudo retrospectivo
foi desenvolvido em 440
pacientes que foram
atendidos no Setor de
DST/UFF de abril a
dezembro de 1997*

comportamento sexual de risco para a infecção, sugerimos que pacientes atendidos em clínicas de DST sejam testados para o VHB e os casos soronegativos sejam aconselhados à vacinação.

Palavras-chave: Hepatite B, soroprevalência, transmissão sexual.

ABSTRACT

Background: The relevance of sexual transmission on Hepatitis B epidemiology. **Objectives:** The aim of this paper is to determine the prevalence and risk factors for HBV infection in patients attended at DST clinic from UFF. **Methods:** In a retrospective study seroprevalence of hepatitis B virus (HBV) was investigated in 440 patients attended at DST/UFF clinic over an 11 month period in 1997. Serum of each patient was assayed for anti-HBc marker. Demographic and risk factor data and history of hepatitis were extracted from clinic notes.

Results: Seroprevalence to anti-HBc, was 13%. Variables associated risk factors (lifestyle, anal course, blood transfusion, drug injecting or not, syphilis seropositivity, history of hepatitis, multiple partners, current or past clinic history of STD, partner with STD), and variables not associated with risk factors (sex, age, marriage, education, and socio-economic conditions) were included in a statistic analysis. A significant association among homo/bisexual behaviour, anal course and blood transfusion was done. HIV infection and drug abuse (injecting or not) also had implication in HBV infection.

Conclusions: Although HBV prevalence found in this sample according to the prevalence in areas of the intermediate endemicity, we should attempt to the potential virus pathogenesis. Considering that vaccine policies don't include adult people with risk lifestyle for HBV infection, we suggest that the patients attending in SDT clinics should be tested for HBV and seronegative should be advised to be immunised against HBV.

Keywords: Hepatitis B, seroprevalence, sexual transmission

1. INTRODUÇÃO

A epidemiologia da hepatite B varia com fatores geográficos e sociodemográficos, sendo o vírus transmitido por via sexual, parenteral, perinatal e horizontal. Atualmente, a transmissão da hepatite B é predominantemente sexual (1) Os fatores de risco estabelecidos incluem parceiros múltiplos, indivi-

duos masculinos sexualmente ativos, comportamento homossexual e usuários de drogas (2).

No Brasil, em áreas consideradas de média endemicidade para hepatite B, como o Estado do Rio de

Janeiro, a transmissão sexual também exerce uma função importante na disseminação desta virose. Neste estado, entretanto, os fatores de riscos para esta forma de transmissão são difíceis de serem detectados, já que o rastreamento da infecção raramente é feita em Clínicas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Estudos em outros estados, com adolescentes (3,4) com gestantes (5) e com mulheres atendidas em uma clínica de DST (6) tem fornecido dados importantes sobre a contribuição da transmissão sexual na epidemiologia da hepatite B. Há entretanto, necessidade de maiores informações sobre os fatores de risco que facilitam a disseminação do vírus por via sexual, razão pela qual resolvemos investigar a prevalência de indivíduos de ambos os sexos que tiveram contacto com o vírus da hepatite B no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Pacientes - Um estudo retrospectivo foi desenvolvido em 440 pacientes que foram atendidos no Setor de DST/UFF de abril a dezembro de 1997. Uma ficha com dados dos prontuários dos pacientes foi preenchida incluindo-se sexo, etnia, estado marital, escolaridade, naturalidade, profissão, motivo da consulta e fatores de risco (transfusão, opção sexual, prática de coito anal, número de parceiros, uso de drogas, história clínica de DST, infecção por HIV, sífilis, gonorréia, clamídia, HPV e passado de hepatite. O soro dos pacientes foi testado para o anticorpo contra o antígeno do capsídeo do vírus da hepatite B (anti-HBc) por ensaio imunoenzimático (Organon Tecnika). A técnica foi executada segundo as instruções do fabricante. Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa EPINFO versão 6.02 (Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, Geórgia, EUA, 1994). A análise das variáveis em função do estado sorológico foi realizada através dos testes de Qui-quadrado com correção de Yates e Fisher. Valores com p menor que 0,05 foram considerados significativos.

3. RESULTADOS

Características da amostra: A maioria dos pacientes, 79% (352/440) eram provenientes do estado do Rio de Janeiro, e a média de idade, 29 anos com

Verificamos que as co-variáveis não consideradas fatores de risco como sexo, grupo étnico, nível de instrução não influenciaram o resultado da investigação

um desvio padrão de 10,36 anos. A amostra compunha-se de 243 pacientes femininos e 197 masculinos, sendo 53% (238/440) de etnia branca, 19,7% (88/440) de preta e 121 (27,1%) de parda. Quanto ao estado marital, 193 (43,2%) eram solteiros, 210 (47%) casados ou com companheiro permanente, 36 (8,1%) separados e 7 (1,6%), viúvos. Em relação à instrução escolar, 8 (1,8%) eram analfabetos, 225 (57%) tinham instrução primária completa ou não, 152 (34%) instrução secundária completa ou não e 43 (9,6%), terceiro grau completo ou não.

Na época do atendimento, 126 (28,2%) recebiam até dois salários, 236 (58,8%), de 3 a 10 salários e 22 (4,9%) acima de 10 salários. Oito pacientes (1,6) estavam desempregados. Em relação à opção sexual, 4% da amostra era de homo/bissexuais, sendo que 182 indivíduos do sexo masculino se declararam heterossexuais e quinze, homo/bissexuais. Entre os pacientes femininos, 242 eram heterossexuais e uma bissexual. Entretanto, 47 (10,5%) indivíduos declaram passado de relação homossexual, sendo 40 do sexo masculino e sete do sexo feminino. Quanto às práticas sexuais, 251(57,4%) pacientes praticavam coito oral e 151 (30,3%) praticavam coito anal. Em relação a número de parceiros, 289 (64,7%) tinham parceiros exclusivos, 60 (13,4%) tinham parceiro fixo não exclusivo, 30 (6,7%) possuíam parceiros múltiplos e 58 (13%) estavam sem parceiro. Oitenta e sete (23,6%) relatavam passado de DST dos parceiros.

O motivo da consulta ao Setor de DST foi predominantemente de infecção corrente de DST (cervicites, verrugas genitais, etc.), com 276 pacientes (73%). Duzentos e noventa (65,9%) não tinham história passada de DST, 7 (1,6%) relatavam história de hepatite e 26 (5,8%) tinham história de transfusão sangüínea. Sessenta (13,5%) pacientes se declararam usuários de drogas. Destes, 41 utilizavam drogas orais, 9 endovenosa, e o restante 24 (5,4%) não declarou o tipo de droga utilizada. Oito pacientes (1,8%) estavam infectados pelo HIV e 60 (13,4%) eram soropositivos para sífilis.

Tanto as variáveis associadas a fatores de risco (opção sexual, prática de coito anal, transfusão sangüínea, drogas injetáveis ou não, sorologia para sífilis, passado de hepatite, número de parceiros, história clínica de DST, história passada de DST, parceiro com DST), quanto as outras variáveis (sexo, idade, estado marital, escolaridade e renda familiar), foram analisadas para associação de positividade para anti-HBc.

Cinquenta e sete indivíduos (13%) eram positivos para anti-HBc, indicando uma exposição natural ao vírus da hepatite B. A moda de idade dos pacientes

anti-HBc positivos foi de 27 anos e dos negativos, 21 anos, refletindo a influência do aumento da idade na aquisição da infecção. A incidência de anti-HBc em pacientes masculinos homo/bissexuais foi significativa-

mente maior que em pacientes masculinos heterossexuais e mulheres. Entre os outros fatores de risco analisados, prática de coito anal e transfusão sangüínea influenciaram a aquisição da infecção, sendo que entre os pacientes transfundidos positivos para anti-HBc não havia associação com fatores de risco ligados à atividade sexual. Houve uma tendência de associação em relação à infecção por HIV e uso de drogas (injetáveis ou não) (Tabela 1).

Tabela 1 - Fatores de risco para o vírus da Hepatite B associados ou não ao grupo soropositivo para anti-HBc na população estudada. Niterói-RJ, 1999

Opção sexual	P<0,05
Prática de coito anal	P<0,05
Transfusão sangüínea	P<0,05
Infecção por HIV	P=0,069
Uso de drogas (injetáveis ou não)	P=0,075
Sífilis	P=0,171
Passado de hepatite	P=0,460
Número de parceiros	P=0,624
História clínica de DST	P=0,639
História passada de DST	P>1,00

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF

4. DISCUSSÃO

O Estado do Rio de Janeiro é considerado uma área de média endemicidade para o vírus, com uma prevalência de 2% de indivíduos positivos para HBsAg (7). Vanderborcht, et al., em 1993 (8) relataram prevalência de 16% para anti-HBc e de 1,6% para HBsAg entre doadores de sangue neste estado. Verificamos, em nosso trabalho, que embora tivéssemos estudado uma população de risco, a prevalência de 13% para anti-HBc manteve-se dentro dos padrões observados na população em geral. Devemos considerar, porém, que os dados acima citados foram descritos há mais de seis anos, e é possível que campanhas de saúde possam ter modificado a epidemiologia do VHB nesta área.

Pelas informações dos pacientes pudemos inferir o papel da transmissão sexual e os fatores de risco para o VHB nesta amostra. Verificamos que as co-variáveis não consideradas fatores de risco como sexo, grupo étnico, nível de instrução não influenciaram o resultado da investiga-

ção. Entretanto, observamos que o grupo com mais idade apresentava maior frequência de soropositividade para anti-HBc.

Nossa amostra também apresenta os mesmos padrões da população em geral quanto à opção sexual e número de parceiros. Cerca de 10% da população é estimada ter hábitos homossexuais. Computando as respostas positivas para o item 'passado de relação homossexual', verificamos que 10,5% dos pacientes tinha tido experiência homossexual. A maioria era heterossexual e tinha, na época da consulta, parceiro fixo e exclusivo.

Embora considere-se que a transmissão heterossexual seja maior que a transmissão homossexual (9, 10), trabalhos desenvolvidos posteriormente em clínicas de DST (11, 12) mostraram taxas de contaminação do VHB mais alta em homossexuais masculinos que em heterossexuais que são atendidos em clínicas de DST. Talvez isto se deva ao fato de que neste tipo de clínica, os pacientes declarem sua real opção de vida, já que isto contribuirá para sua cura. Nossos dados estão de acordo com estes trabalhos. Das variáveis associadas a fatores de risco encontramos associação significativa para opção sexual. Um dado importante foi a verificação de que a frequência de soropositivos para anti-HBc em heterossexuais masculinos e mulheres não diferiam entre si, mas era significativamente maior para o grupo de pacientes homo/bissexuais. Outro fator relevante foi a prática de coito anal. Este comportamento foi um fator de risco fortemente significativo. Entre os positivos para anti-HBc, 8,28% (25/302) eram não praticantes e 23,66% (31/131) praticantes de coito anal. Entre estes 31, havia 11 pacientes mulheres e 20 homens. Nesta amostra, parceiros múltiplos não foi fator de risco.

Pacientes com história de transfusão sanguínea tiveram uma associação significativa com anti-HBc (7/26), independente de outros fatores de risco. Este dado é motivo de preocupação, pois o controle de sangue no Estado do Rio é considerado eficiente.

A maioria dos dados sobre a prevalência do

vírus da hepatite B no Brasil é oriunda de bancos de sangue e as informações obtidas nestes locais não incluem atividade sexual. Nesse sentido, consideramos nosso trabalho relevante, pois verificamos os fatores de risco na transmissão sexual do vírus da hepatite B em uma população com história de doença sexualmente transmissível. Portanto sugerimos que pacientes atendidos em clínicas de DST sejam testados para o VHB, os casos positivos sejam rastreados e os casos negativos sejam aconselhados à vacinação.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAUMGARTEN R. Sexually transmitted liver diseases: infection risk and prevention possibilities. *Wien Med Wochenschr*, 147: 443-444, 1997
2. MARGOLIS HS, ALTER MJ, HADLER SC. Hepatitis B: Involving epidemiology and implication for control. *Semin. Liver Dis.*, 11: 84-92, 1991
3. PORTO SO, CARDOSO DDP, QUEIROZ DAO ET AL. Prevalence and risk factors for HBV infection among street young in Central Brazil. *J. Adolesc. Health*, 15 (7): 577-581, 1994
4. RAFFAELLI M, CAMPOS R, MERRITT AP ET AL. Sexual practices and attitudes of street youth in Belo Horizonte, Brazil. *Soc. Sci. Med.*, 37: 661-670, 1993
5. DUARTE G, MUSS-PINHATA MM, LEMOS C ET AL. Hepatite B e gravidez. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 19: 653-663, 1997
6. MIRANDA AEB, NOGUEIRA EG, RIBEIRO ES, AREAL KR & ALVES MC. Soroprevalência de HbsAg positivo em mulheres atendidas em clínica de Doenças Sexualmente Transmissíveis. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, 11 (1): 2-25, 1999
7. NOGUEIRA CMJ, COELHO VC, FERREIRA HSM ET AL. Avaliação dos resultados d marcadores virais da hepatite em doadores de sangue do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ). *An. Cong. Soc. Bras. Hemat.*, 12: 107, 1990
8. VANDERBORGHT BOM, REIS AMM, ROUZERE CD ET AL. Prevalence of anti-hepatitis C virus in the blood donor population of Rio de Janeiro. *Vox Sang.*, 65: 122-125, 1993
9. ALTER MJ. Heterosexual activity: a leading risk factor in the transmission of hepatitis B. In Plot P, Andre FE, eds. *Hepatitis B: a sexually transmitted disease in heterossexuals*. New York, Excerpta Medica, 17-22, 1990
10. DUARTE G. Doenças sexualmente transmissíveis durante o ciclo grávido-puerperal. In: Morais EN, ed. *Temas de Obstetrícia*. São Paulo, Roca, 385-406, 1992
11. GILSON RJ, de RUITER A, WAITE J ET AL. Hepatitis b ingestion in patients attending a genitourinary medicine clinic: risk factors and vaccine coverage. *Sex Transm Infect*, 74 (2): 110-115, 1998
12. STROFFOLINI T, CORONA R, GIGLIO A ET AL., Risk factors for hepatitis B virus infection among homosexual men attending a sexually transmitted diseases clinic in Italy., *New Microbiol*, 20 (4) : 333-338, 1997.

Endereço para correspondência:

Ledy HS Oliveira

Laboratório de Virologia - Departamento de Microbiologia e Parasitologia/Instituto Biomédico/CM/UFF
Rua: Prof. Ernani Pires de Melo, 101, Centro,
24210-130 - Niterói- RJ.



INFORME TÉCNICO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

Revisão da definição nacional de caso de Aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, para fins de vigilância epidemiológica

SUMÁRIO

Além do objetivo de ampliar a notificação dos casos de aids¹ ao Ministério da Saúde (ver Modelo da Ficha de Notificação, ANEXO II), esta revisão² pretende aprimorar a sensibilidade da Definição de Caso de Aids em Indivíduos com 13 anos de idade ou mais, contemporizando-a com a realidade nosológica e operacional dos serviços de saúde existentes no País. Outrossim, esta definição vem acrescentar novas referências clínicas e laboratoriais, com a inclusão do carcinoma cervical invasivo e do uso da contagem de linfócitos T CD_{4+}/CD_{8+} como definidores de Caso de Aids em maiores de 13 anos. Esta Definição entra em vigor no dia 01 de janeiro de 1998.

INTRODUÇÃO

Em novembro de 1997, e considerando tanto o aspecto clínico quanto a nova dimensão social assumida pela síndrome da imunodeficiência adquirida, e seus diferentes graus de manifestação e estado sintomático/assintomático de seus pacientes, o Ministério da Saúde reuniu um seleto grupo de especialistas para discutir a Revisão da Definição de Caso de Aids em Adultos, à luz dos novos parâmetros da doença e das atuais perspectivas oferecidas à sobrevida dos seus pacientes, graças à disponibilização da terapia combinada dos anti-retrovirais para o HIV³; como também, o grau de influência e o reflexo imediato desta

nova realidade na necessidade de uma abordagem epidemiológica da aids mais efetiva, com vistas à sua prevenção, assistência e controle adequados pelos órgãos responsáveis da Saúde Pública no País.

Nesse sentido, uma série de preocupações foram levantadas pelos técnicos presentes ao debate, as quais poder-se-ia resumir nos seguintes questionamentos gerais:

Qual seria, no atual estágio da epidemia, a fronteira limite entre a definição da infecção pelo HIV e a manifestação da doença?

Quais os critérios necessários, nos dias de hoje, a uma Definição de Caso de Aids para fins epidemiológicos com adequada especificidade?

Qual o impacto de uma decisão sobre a Revisão da Definição de Caso de Aids em indivíduos maiores de 13 anos, considerando as suas implicações sociais, políticas e econômicas para a distribuição de medicação anti-retroviral combinada para o HIV? (dada a possibilidade concreta de que um número cada vez maior de pessoas infectadas seriam beneficiadas, uma vez classificadas como passíveis deste tratamento).

Um exemplo de tema abordado durante aquelas discussões, foi o da existência de indicações de que algumas doenças endêmicas no Brasil, como a leishmaniose, a doença de Chagas e a paracoccidiodomicose, podem-se comportar como doenças oportunistas em indivíduos infectados pelo HIV. Estas ocorrências devem merecer atenção especial dos serviços clínicos e de vigilância epidemiológica, visando ao estabelecimento de evidência que permita incluí-las, futuramente, como indicativas de Aids.

Finalmente, e como resultado das diversas idéias e propostas apresentadas, o senso comum dos participantes decidiu pela adoção de dois itens a serem incluídos nesta Revisão de Definição de Caso de Aids em adolescentes/adultos com a finalidade de Vigi-

¹ Aids: acquired immunodeficiency syndrome, ou síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA).

² A presente Definição de Caso de Aids em Indivíduos com 13 anos de idade ou mais constitui a revisão técnica de um trabalho similar elaborado pelo Ministério da Saúde sobre definição adotada em 1987, publicado em 1992 e submetido a alterações posteriores no seu conteúdo original, agora formalizadas neste documento.

³ HIV: human immunodeficiency virus, ou vírus da imunodeficiência humana.

lância Epidemiológica, a saber:

- I. Quantificação de linfócitos T CD₄₊/CD₈₊ abaixo de 350 células/mm³ como definidora de Caso de Aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais;
- e
- II. Carcinoma cervical invasivo como doença indicativa de aids em indivíduos do sexo feminino com 13 anos de idade ou mais.

A determinação do número de linfócitos T CD₄₊ no sangue periférico de pacientes infectados pelo HIV tem sido utilizada ao longo dos últimos 10 anos como marcador da severidade da imunodeficiência

versão da relação T CD₄₊/CD₈₊, com T CD₄₊ < 500 células/mm³ sem a utilização de medicação anti-retroviral combinada, dificilmente recuperariam níveis de contagem superiores a este limite. A questão se-

ria, portanto: Quanto tempo esse indivíduo levaria para progredir a níveis de contagem de CD₄₊ que não mais supusessem o risco de aparecimento de uma infecção oportunista? (2, 3, 5, 9, 11).

Nesse sentido, a recente publicação dos resultados do estudo de coorte em pacientes homossexuais, de J. Mellors e colab. (17), deixa claro que o valor da contagem de CD₄₊ como indicativo de prognóstico de infecção pelo HIV é útil apenas para os indivíduos com contagens inferiores a 350 células/mm³. Ademais, o número de indivíduos que apresentam uma contagem de linfócitos T CD₄₊ < 350 e > 200 células/mm³, e que se situam na faixa de risco de rápida progressão da doença, parece ser maior do que em outros extratos superiores (4, 5, 6, 17). Assim sendo, consideradas as condições de acompanhamento e disponibilidade de realização de rotina da contagem de linfócitos T CD₄₊, para efeito de definição de Caso de Aids em maiores de 13 anos, uma contagem de CD₄₊ inferior a 350 células/mm³, por si só, já define um caso de aids, embora não indique o tempo de progressão para os níveis críticos da contagem do CD₄₊. A principal vantagem prevista com a adoção desse critério está, justamente, em permitir a realização de um diagnóstico "epidemiológico" precoce da infecção pelo HIV/Aids.

II. Carcinoma cervical invasivo como doença indicativa de aids em indivíduos do sexo feminino com 13 anos de idade ou mais:

Os dados epidemiológicos dos últimos anos, não só no Brasil como em todo o mundo, têm demonstrado uma incidência crescente e progressiva de infecção pelo HIV na população feminina, sendo que a maior parte dos casos notificados da doença, que constitui importante causa de morbi-mortalidade entre as mulheres, está associada à via de transmissão heterossexual. Também por esta mesma razão, tanto para o HIV/aids quanto para outras doenças sexualmente transmissíveis, reconhecidamente facilitadoras desta infecção, várias questões epidemiológicas, preventivas e assistenciais estão sendo discutidas, e algumas ações já sendo implementadas, não só com o objetivo mais amplo de prevenir a sua transmissão pela via sexual, como também com a preocupação específica de controlar o avanço da epidemia entre as mulheres.

De acordo com vários estudos desenvolvidos, as

JUSTIFICATIVAS

I. Quantificação de linfócitos T CD₄₊/CD₈₊ abaixo de 350 células/mm³ como definidora de Caso de Aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais:

A determinação do número de linfócitos T CD₄₊ no sangue periférico de pacientes infectados pelo HIV tem sido utilizada ao longo dos últimos 10 anos como marcador da severidade da imunodeficiência, resultante da progressiva destruição dos linfócitos pela replicação viral dos tecidos linfóides (1-7).

A significativa associação entre presença de contagem de CD₄₊ < 200 células/mm³ e ocorrência de manifestações clínicas da síndrome de imunodeficiência adquirida é hoje inquestionável (1, 8-11). Em 1993, os CDC⁴ revisaram os parâmetros utilizados no sistema de classificação para infecção pelo HIV de 1986 e expandiu os critérios para definição de Caso de Aids para adolescentes e adultos, acrescentando três condições clínicas indicativas de imunodeficiência: tuberculose pulmonar, pneumonias recorrentes e câncer cervical invasivo; que por sua vez, foram acompanhadas da inclusão da contagem de linfócitos T CD₄₊ em sangue periférico (8, 6, 12) de indivíduo suspeito de ser portador da aids. Em consequência desse novo sistema de classificação, que define como paciente de aids um indivíduo cuja contagem de linfócitos T CD₄₊ é inferior a 200 células/mm³ (8, 13), observou-se um impacto significativo no aumento de 75% sobre o número de casos notificados da doença, nos EUA. No Brasil, mais recentemente e no caminho dessa tendência, o debate técnico sobre a mensuração do grau de deficiência imunológica pela contagem de linfócitos T CD₄₊ tinha argumentos favoráveis e desfavoráveis quanto ao valor do CD₄₊ que se deveria atribuir, para que fosse considerado indicativo de imunodeficiência adquirida, em consequência da infecção pelo HIV (2,3, 11, 14-16). Por outro lado, estava suficientemente estabelecido que pacientes com in-

⁴ CDC/USA: Centers for Diseases Control and Prevention-CDC, ou Centros para o Controle de Doenças e Prevenção, dos Estados Unidos da América.

prevalências de displasia cervical e de infecção pelo papilomavírus humano (HPV) no contacto sexual, o mais importante fator de risco para o câncer cervical, são maiores entre as mulheres infectadas pelo HIV (18-20). Outros trabalhos científicos vão além desta simples constatação, e documentam uma prevalência significativamente maior de neoplasia cervical em mulheres HIV-positivas (21).

A evolução clínica da displasia cervical, por sua vez, também está diretamente associada ao grau de imunodeficiência subjacente (22). Em mulheres infectadas pelo HIV, as lesões de neoplasia intra-epitelial cervical são mais recorrentes após o tratamento, quando comparadas às HIV-negativas, e também estão relacionadas ao grau de imunodeficiência subjacente (23). Finalmente, a resposta ao tratamento do câncer cervical invasivo em mulheres infectadas pelo HIV é insatisfatória, com recidivas freqüentes e precoces, e baixa sobrevida (24).

O câncer cervical invasivo é uma doença definidora de aids mais apropriada que a displasia cervical e o carcinoma *in situ*, pois estas lesões são muito mais freqüentes e, na sua maior parte, não progridem para doença invasiva, o que dificulta o seu diagnóstico, e conseqüentemente, a sua importância enquanto doença indicativa de aids. Para Maiman, o câncer cervical uterino é uma doença definidora de aids relevante, possivelmente a mais freqüente neoplasia relacionada à aids em mulheres sob situação de risco, tanto para a infecção pelo HIV quanto pelo HPV. Ademais, sendo o carcinoma invasivo de colo uterino uma doença passível de prevenção, e em havendo o reconhecimento precoce e o tratamento adequado das lesões precursoras desta neoplasia, a sua inclusão como doença definidora de aids assume um valor estratégico fundamental para a evolução da assistência à saúde da mulher, na medida em que enfatiza a importância do cuidado ginecológico como parte integrante do atendimento médico à portadora do HIV.

BREVE HISTÓRICO

A primeira Definição de Caso de Aids com finalidade de Vigilância Epidemiológica utilizada no Brasil foi a do CDC dos Estados Unidos da América, cuja primeira publicação data de setembro de 1982, posteriormente revisada em 1987 e 1993. Essa definição fundamenta-se na evidência laboratorial de infecção pelo HIV e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência, ou na evidência laboratorial da infecção pelo HIV e da imunodeficiência. Tecnicamente revisada para a devida adequação ao seu tempo, foi sendo adaptada pelo Ministério da Saúde às condi-

A resposta ao tratamento do câncer cervical invasivo em mulheres infectadas pelo HIV é insatisfatória, com recidivas freqüentes e precoces, e baixa sobrevida

ções diagnósticas laboratoriais e clínicas existentes no Brasil, com a apropriada denominação de **Critério CDC Modificado**.

Em 1992, entretanto, foi introduzido um critério inédito, baseado na identificação clínica de sinais,

sintomas e doenças, que já não dependeriam de um sistema diagnóstico complexo e/ou de alto custo. Esse novo critério foi discutido e elaborado em reunião de especialistas realizada na cidade de Caracas, Venezuela, a partir de experiências acumuladas por alguns serviços de saúde no Rio de Janeiro, sendo descrito com o nome de **Critério Rio de Janeiro/Caracas**.

Em 1995, com o objetivo de incorporar ao Banco de Dados da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde uma quantidade significativa de casos da doença que não se enquadravam nas definições vigentes, mas que apresentavam menção de aids em algum dos campos de preenchimento do documento de Declaração de Óbito, foi estabelecido o chamado **Critério Óbito**. Nessa mesma ocasião, para cobrir os casos subdiagnosticados de aids que foram a óbito, durante a manifestação de ARC, foi definido o **Critério ARC + Óbito**.

Cumprе salientar que os critérios CDC Modificado e Rio de Janeiro/Caracas não são excludentes. Entretanto, quando uma suspeita de Caso de Aids não puder se enquadrar nesses dois critérios, dever-se-á recorrer aos chamados critérios excepcionais. No quadro seguinte, são apresentados os critérios adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil para **Definição de Caso de Aids em Indivíduos com 13 anos de idade ou mais**, para fins de Vigilância Epidemiológica:

QUADRO RESUMO DOS CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDS EM INDIVÍDUOS COM 13 ANOS DE IDADE OU MAIS, PARA FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- 1 - CDC Modificado Evidência laboratorial da infecção pelo HIV
+ Diagnóstico de determinadas doenças indicativas de aids **ou** Evidência laboratorial de imunodeficiência
- 2 - Rio de Janeiro/Caracas Evidência laboratorial de infecção pelo HIV
+ Somatório de pelo menos 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças
- 3 - Critério Excepcional CDC Ausência de evidência laboratorial da infecção pelo HIV
+ Diagnóstico definitivo de determinadas doenças indicativas de imunodeficiência
- 4 - Critério Excepcional Óbito Menção de Aids em algum campo da Declaração de Óbito
+ Investigação epidemiológica inconclusiva

- 5 - Critério Excepcional ARC + Óbito Paciente em acompanhamento, apresentando ARC
+ Óbito de causa não-externa

Notas explicativas:

- * **ARC:** *AIDS related complex*, ou complexo relacionado à aids.
- * Causas externas de óbito: homicídio, suicídio e acidente.

* **Evidência Laboratorial da Infecção pelo HIV, para fins de Vigilância Epidemiológica**

Em pessoas com 13 anos ou mais, que **não preenchem** nenhum dos critérios de definição de caso de aids para esta faixa etária:

- dois **testes de triagem** reagentes (com antígenos ou princípios metodológicos diferentes) + um **teste confirmatório** reagente; **ou**
- um **teste confirmatório** reagente.

Em pessoas com 13 anos ou mais, que **preenchem** algum dos critérios de definição de caso de aids para esta faixa etária:

- dois **testes de triagem** reagentes (com antígenos ou princípios metodológicos diferentes); **ou**
- um **teste confirmatório** reagente.

Observação:

São **testes de triagem:** *ELISA* (várias gerações, com diversos antígenos), *EIA*, *MEIA*, quimioluminescência, teste rápido e teste simples.

São **testes confirmatórios:** imunofluorescência, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucleicos, como por exemplo, o *PCR*.

1. CRITÉRIO CDC MODIFICADO

Será considerado Caso de Aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial de infecção pelo *HIV*, independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência, no qual seja diagnosticada pelo menos uma doença indicativa de Aids, a saber:

1. DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS PARA AS QUAIS É REQUERIDO O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

1.1. candidíase da traquéia, brônquios ou pulmão.

Método diagnóstico definitivo:

Inspeção macroscópica através de endoscopia ou necropsia, ou microscopia (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado.

1.2. citomegalovirose em local que não o olho, e além do fígado, baço ou linfonodos.

Método diagnóstico definitivo: microscopia

1.3. criptococose extrapulmonar

Método diagnóstico definitivo:

Microscopia (histologia ou citologia) em cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos deste tecido.

1.4. criptosporidíase com diarreia persistente, por um período superior a 1 mês.

Método diagnóstico definitivo: microscopia

1.5. herpes simples dos brônquios, pulmão ou do trato gastro-intestinal.

Método diagnóstico definitivo:

Microscopia (histologia ou citologia) em cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos deste tecido.

1.6. histoplasmose disseminada (em órgãos outros que não o pulmão ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização)

Método diagnóstico definitivo:

Microscopia (histologia ou citologia) em cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos deste tecido.

1.7. isosporíase com diarreia persistente, por um período superior a 1 mês.

Método diagnóstico definitivo: microscopia

1.8. leucoencefalopatia multifocal progressiva

Método diagnóstico definitivo: microscopia

1.9. linfoma primário do cérebro, em qualquer idade.

Método diagnóstico definitivo: microscopia

1.10. outro linfoma não-Hodgkin de células B (fenótipo imunológico desconhecido), e dos seguintes tipos histológicos:

- linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt).
- linfoma maligno imunoblástico SOE⁵ (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico; **ou** linfoma maligno de células grandes, imunoblástico).

Método diagnóstico definitivo: microscopia

⁵ SOE: *sem outra especificação*

1.11. micobacteriose (não tuberculose)

Método diagnóstico definitivo: cultura

1.12. qualquer micobacteriose disseminada que não seja tuberculose (em órgãos outros que não o pulmão, pele ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização).

Método diagnóstico definitivo: cultura

1.13. septicemia recorrente por **salmonella** (não tifóide)

Método diagnóstico definitivo: cultura

Notas explicativas:

- * A coccidiomicose foi excluída da lista de doenças indicativas de aids para o Critério CDC Modificado, por ser um evento raro no Brasil.

- * Não estão incluídos linfomas de células T (fenótipo imunológico) ou de tipo histológico não descrito ou descrito como "linfocítico", "linfoblástico", "células pequenas não clivadas" ou "linfoplasmocítico".
- * No ANEXO I deste documento, poder-se-ão observar os termos equivalentes e os códigos numéricos usados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Capítulo II - Neoplasias, 10ª revisão, 1993/CID 10).

2. DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS PARA AS QUAIS TAMBÉM É ACEITO O DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

2.1. candidíase do esôfago

Critérios sugeridos para o diagnóstico presuntivo:

- início recente de dor retroesternal à deglutição; e
- candidíase oral diagnosticada pelo achado macroscópico de placas brancas em base eritematosa, removíveis na mucosa oral.

2.2. herpes simples muco-cutâneo, por um período superior a 1 mês.

Critérios sugeridos para o diagnóstico presuntivo:

Aparência característica de lesões úlcero-crostosas persistentes, por um período superior a 1 mês, por vezes muito extensas, nas regiões perianal e genital. Prova terapêutica deverá ser considerada nos casos duvidosos.

2.3. pneumonia por *Pneumocystis carinii*

Critérios sugeridos para o diagnóstico presuntivo:

- histórico de dispnéia de esforço, ou tosse não produtiva de início recente (dentro dos últimos 3 meses);
- raio-X de tórax com evidência de infiltrado intersticial difuso bilateral; e
- ausência de evidência de pneumonia bacteriana (prova terapêutica é suficiente).

2.4. retinite por citomegalovírus

Critérios sugeridos para o diagnóstico presuntivo:

Aparência característica em exames oftalmológicos seriados (p. ex.: placas na retina com bordas distintas, progredindo de modo centrífugo, acompanhando os vasos sangüíneos, e freqüentemente associadas com vasculite retiniana, hemorragia e necrose). Resolução da doença ativa deixa cicatriz e atrofia com mosqueamento (*mottling*) do pigmento retiniano.

2.5. toxoplasmose cerebral

Critérios sugeridos para o diagnóstico presuntivo:

- início recente de anormalidade neurológica focal compatível com lesão intracraniana, ou redução do nível de consciência;
- imagem de lesão cerebral com efeito de massa (tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética), ou aparência radiológica positiva após injeção de contraste; e
- sorologia ou prova terapêutica positiva.

2. CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS

Será considerado Caso de Aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial de infecção pelo HIV e pelo menos um somatório de 10 pontos, de acordo com a seguinte escala de sinais, sintomas ou doenças:

SINAIS / SINTOMAS / DOENÇAS	PONTOS
sarcoma de Kaposi	10
tuberculose disseminada/extrapulmonar/pulmonar não cavitária	10
candidíase oral ou leucoplasia pilosa	5
tuberculose pulmonar cavitária ou não especificada	5
herpes zoster em indivíduo com até 60 anos de idade	5
disfunção do sistema nervoso central	5
diarréia por um período igual ou superior a 1 mês	2
febre igual ou superior a 38° C, por um período igual ou superior a 1 mês	2
caquexia ou perda de peso corporal superior a 10%	2
astenia por um período igual ou superior a 1 mês	2
dermatite persistente	2
anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia	2
tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose)	2
linfadenopatia maior ou igual a 1 cm, maior ou igual a 2 sítios extra-inguinais, por um período igual ou superior a 1 mês	2

Notas explicativas:

- **sarcoma de Kaposi:** diagnóstico definitivo (microscopia) ou presuntivo, através do reconhecimento macroscópico de nódulos, tumorações ou placas eritematosas ou violáceas características na pele e/ou mucosas.
- **tuberculose disseminada/extrapulmonar não cavitária:** tuberculose disseminada (especialmente do sistema nervoso central, ou SNC), incluindo as formas pulmonares, radiologicamente atípicas ou não, associadas a outra localização extrapulmonar ou tuberculose extrapulmonar em mais de uma localização (especialmente ganglionar); ou tuberculose pulmonar com padrão radiológico atípico (miliar, infiltrado intersticial, não cavitário). Diagnóstico etiológico através de baciloscopia, histologia ou cultura.
- **disfunção do sistema nervoso central:** indicada por confusão mental (p. ex: desorientação temporal ou espacial; demência; diminuição do nível de consciência (p. ex., estupor ou coma); convulsões; encefalite; meningites de qualquer etiologia (exceto por criptococos), incluindo as de etiologia desconhecida; mielites; e/ou testes cerebelares anormais.
- **candidíase oral:** pode ser diagnosticada pela aparência macroscópica de placas brancas em base eritematosa, removíveis na mucosa oral.
- **leucoplasia pilosa:** placas brancas pilosas não removíveis, na língua.
- **diarréia por um período igual ou superior a 1 mês:** duas ou mais evacuações frouxas ou líquidas por dia, constante ou intermitente, por pelo menos 1 mês.
- **febre igual ou superior a 38°, por um período igual ou superior a 1 mês:** constante ou intermitente.
- **caquexia ou perda de peso superior a 10%:** emaciação ou perda de peso superior a 10% do peso normal do paciente.

- **anemia:** hematócrito inferior a 30% em homens, e 25% em mulheres; ou hemoglobina inferior a 6,80 mmol/L (menos de 110 g/L) em homens, e inferior a 6,20 mmol/L (menos de 100 g/L) em mulheres.
- **linfopenia:** contagem absoluta de linfócitos inferior a $1 \times 10^9/L$ (menos de $1000/mm^3$).
- **trombocitopenia:** inferior a $100 \times 10^9/L$ (menos de $100.000/mm^3$).
- **tosse persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose):** qualquer pneumonia ou pneumonite determinada radiologicamente, ou por outro método de diagnóstico.

3. CRITÉRIO EXCEPCIONAL CDC

Será considerado caso de aids todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais, com teste laboratorial para o HIV não realizado ou de resultado desconhecido e que, **eliminadas outras causas de imunodeficiência**, apresentar pelo menos uma das seguintes doenças indicativas de aids diagnosticada definitivamente:

- **candidíase** do esôfago, traquéia, brônquios ou pulmão.

Método diagnóstico definitivo:

Inspeção macroscópica através de endoscopia ou necropsia, ou microscopia (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado.

- **citomegalovirose** em local que não o olho ou além do fígado, baço ou linfonodo.

Método diagnóstico definitivo: microscopia

- **criptosporidíase** com diarreia persistente, por um período superior a 1 mês.

Método diagnóstico definitivo: microscopia

- **herpes simples** muco-cutâneo dos brônquios, pulmão ou trato gastro-intestinal, por um período superior a 1 mês.

Método diagnóstico definitivo:

Microscopia (histologia ou citologia) em cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos deste tecido.

- **leucoencefalopatia multifocal progressiva.**

Método diagnóstico definitivo: microscopia

- **linfoma primário do cérebro** em paciente com idade inferior a 60 anos.

Método diagnóstico definitivo: microscopia

- **micobacteriose** disseminada por *Mycobacterium avium complex* ou *M. Kansasil* (em órgãos outros que não o pulmão; pele ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização).

Método diagnóstico definitivo: cultura

- **pneumonia** por *Pneumocystis carinii*

Método diagnóstico definitivo: microscopia

- **sarcoma de Kaposi** em paciente com idade inferior a 60 anos.

Método diagnóstico definitivo: microscopia

- **toxoplasmose cerebral**

Método diagnóstico definitivo: microscopia

Notas explicativas:

* As seguintes causas de imunodeficiência devem ser excluídas:

- Corticoterapia sistêmica em altas doses ou de longo termo, ou outra terapia imunossupressiva/citotóxica iniciada pelo menos 3 meses antes do diagnóstico da doença indicativa.
- Pelo menos uma das seguintes doenças diagnosticadas em até 3 meses após o diagnóstico da doença indicativa:
 - linfoma Hodgkin, linfoma não-Hodgkin (outro que não o linfoma primário do cérebro);
 - leucemia linfocítica;
 - mieloma múltiplo;
 - qualquer outro câncer do tecido linforreticular ou histiocítico; e
 - linfadenopatia angioimunoblástica.
- Síndrome de imunodeficiência genética (congenita), ou uma síndrome de imunodeficiência que não seja pelo HIV, como a que envolve hipogamaglobulinemia.

4. CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO

Será considerado caso de aids todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais, em cuja Declaração de Óbito constar aids em algum dos seus campos de preenchimento e que, após investigação epidemiológica, não puder ser enquadrado em qualquer dos demais critérios de Definição de Caso de Aids vigentes.

5. CRITÉRIO EXCEPCIONAL ARC + ÓBITO

Será considerado caso de aids todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais com evidência laboratorial de infecção pelo HIV e manifestação de alguns sintomas próprios do complexo relacionado à aids (ou *AIDS Related Complex, ARC*), e que for a óbito por causa não-externa. São sintomas de ARC:

- presença de candidíase oral e/ou testes cutâneos de hipersensibilidade tardia negativos; **ou**
- presença de 3 ou mais dos seguintes sinais/sintomas, com duração superior a 1 mês, sem causa identificada: linfadenopatia generalizada, diarreia, febre, astenia, sudorese noturna, perda de peso superior a 10%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 DE WOLF, F.; ROOS M.; LANGE, J.M.A. et al. Decline in CD₄ cell numbers reflects increase in HIV-1 replication. *AIDS Res. Human Retroviruses*, n. 4, p. 433-40, 1988.
- 2-MASUR, H.; OGNIBENE, F.P.; UARCHOAN, R. et al. CD₄ counts as predictors of opportunistic pneumonias in human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Ann. Int. Med.*, n. 111, p. 223-31, 1989.
- 3-FAHEY, J.L.; TAYLOR, J.M.G.; DETELS, R. et al. The prognostic value of cellular and serologic markers in infection with human immunodeficiency virus type 1. *N. Engl. J. Med.*, n. 1190, v. 322, p. 223-31.
- 4-HUGUES, M.D.; JOHNSON, V.A.; HIRSCH, M.S.; BREMER, J.W.; ELBEIK, T.; ERICE, A.; KURITZKES, D.R.; SCOTT, W.A.; SPECTOR, A.S.; BASGOZ, N.; FISCHL, M.A.; D'AQUILA, R.T. Monitoring plasma HIV-1 RNA levels in addition to CD₄ lymphocyte count improves assessment of antiretroviral therapeutic response. *Ann. Int. Med.*, n. 126 (12), p. 929-38, 1997.
- 5-O'BRIAN, W.A.; HARTIGAN, P.M.; DAAR, E.S.; SIMBERKOFF, M.S.; HAMILTON, J.D. Changes in plasma HIV RNA levels and CD₄ lymphocyte counts predict both response to anti-retroviral therapy and therapeutic failure. *Ann. Int. Med.*, n. 126 (12), p. 939-54, 1997.

- 6-KEIPER, M.D.; BEUMONT, M.; ELSHRAF, A., LANGLOTZ, C.P.; MILLER Jr., WT. CD₄ lymphocyte count and the radiographic presentation of pulmonary tuberculosis - a study of the relationship between these factors in patients with human immunodeficiency virus infection. *Chest.*, n. 107 (1), p. 74-80, 1995.
- 7-PERELSON, A.S.; NEUMANN, A.U.; MARKOWITZ, M.; LEONARD, J.M.; HO, D.D. HIV-1 dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell life-span, and viral generation time. *Science*, n. 271, p. 1582-6, 1996.
- 8-U.S. Department of Health and Human Services. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR*, n. 41, p. 11-19, 1992.
- 9-QSMAND, D.; CHARLEBOIS, E.; LANG, W.; SHIBOSKI, S.; MOSS, A. Changes in AIDS survival time in two San Francisco cohorts of homosexual men, 1983 to 1993. *JAMA*, n. 271, p. 1083-7, 1994.
- 10-CHANG, S.W.; KATZ, M.H.; HERNANDEZ, S.R. The new aids case definition - implications for San Francisco. *JAMA*, n. 267 (7), p. 973-5, 1992.
- 11-MOFENSON, L.M.; KORELITZ, J.; MEYER III, W.A.M.; BETHEL, J.; RICH, K.; PAHWA, S.; MOYE Jr., J.; NUGENT, R.; READ, J. The relationship between serum human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) RNA level, CD₄ lymphocyte percent, and long-term mortality risk in HIV-1 infected children. *J. Infect. Dis.*, n. 175, 1029-38, 1997.
- 12-MAIMAN, M.; FRUCHTER, R. et al. Cervical cancer as an AIDS - defining illness. *Am. J. Obstet. & Gynecol.*, n. 89, p. 76-80, 1997.
- 13-U.S. Department of Health and Human Services. Impact of the expanded AIDS surveillance case definition on AIDS case reporting. *MMWR*, n. 42 (16), p. 308-11, 1993.
- 14-PAXTON, W.B.; COOMBS, R.W.; McELRATH, M.J.; KEEFER, M.C.; HUGUES, J.; SINANGIL, F.; CHERNOFF, D.; DEMETER, L.; WILLIAMS, B.; COREY, L. Longitudinal analysis of quantitative virologic measures in human immunodeficiency virus-infected subjects with ³400 CD₄ lymphocytes: implications for applying measurements to individual patients. *J. Infect. Dis.*, n. 175, p. 247-54, 1997.
- 15-WENIGER, B.G.; QUINHÕES, E.P.; SERENO, A.B.; PEREZ, M.A. de; KREBS, J.W.; ISMAEL, C.; SION, F.S.; RAMOS FILHO, C.F.; SÁ, C.A.M. de; BYERS, R.H.; RAYFIELD, M.A.; RODRIGUES, L.G.M.; ZACARIAS, F.; HEYWARD, W.L. The clinical AIDS study group, and the working group on AIDS case definition - a simplified surveillance case definition of AIDS derived from empirical clinical data. *J. Acq. Imm. Def. Synd.*, n. 5, p. 1212-23, 1992.
- 16-PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children under 13 years of age. *MMWR*, n. 36 (15), p. 225-30, 235, 1987.
- 17-MELLORS, J.W.; MUÑOZ, A.; GIORGI, J.V.; MARGOLICK, J.B.; TASSONI, C.J.; GUPTA, P.; KINGSLEY, L.A.; TODD, J.A.; SAAH, A.J.; DETELS, R.; PHAIR, J.P.; RINALDO Jr., C.R. Plasma viral load and CD₄ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann. Int. Med.*, n. 126 (12), p. 946-54, 1997.
- 18-LAGA, M.A.; ICENOGLU, J.P. et al. Genital papillomavirus infection and cervical dysplasia - opportunistic complications of HIV infection. *Inf. J. Cancer*, n. 50, p. 45-8, 1992.
- 19-WRIGHT, T.C.; ELLERBROCK, T.; SUN, X.W. Cervical intraepithelial neoplasia in women infected with HIV: prevention, risk factors and validity of Papanicolaou smears. *Am. J. Obstet. & Gynecol.*, n. 84, p. 591-7, 1994.
- 20-VERNOM, S.D.; LAGA, M. A longitudinal study of human papillomavirus DNA detection in human immunodeficiency virus type 1 seropositive and seronegative women. *J. Infect. Dis.*, n. 169, p. 1108-12, 1994.
- 21-SHAFFER, A.; FRIEDMANN, W.; MIELKE, M.; SCHWARTLANDER, B.; KOCH, M. A. The increased frequency of cervical dysplasia-neoplasia in women infected with the human immunodeficiency virus is related to the degree of immunosuppression. *Am. J. Obstet. & Gynecol.*, n. 164, p. 593-9, 1991.
- 22-MAIMAN, M.; SERUR, J. et al. Colposcopic evaluation of human immunodeficiency virus-seropositive women. *Am. J. Obstet. & Gynecol.*, n. 71, p. 84-8, 1991.
- 23-FRUCHTER, R.; MAIMAN, M. et al. Multiple recurrences of cervical neoplasia in women with immunodeficiency virus infection. *Am. J. Obstet. & Gynecol.*, n. 87, p. 338-44, 1996.
- 24-MAIMAN, M. et al. Human immunodeficiency virus infection and cervical neoplasia. *Am. J. Obstet. & Gynecol.*, n. 38, p. 377-82, 1990.

ANEXO I

TERMOS EQUIVALENTES E CÓDIGOS PARA LINFOMAS INDICATIVOS DE AIDS NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS PARA ONCOLOGIA (CID-O 2)

Os seguintes termos e códigos descrevem linfomas indicativos de aids em indivíduos com 13 anos de idade ou mais e que apresentam evidência laboratorial de infecção pelo HIV: CID-O 2 (adaptação do Capítulo II-Neoplasias do CID-10)

CÓDIGOS TERMOS

- M9686/3 _____ **linfoma maligno de células pequenas não clivadas, difuso**
 linfoma maligno não-Burkitt, de células indiferenciadas
 linfoma maligno de tipo celular indiferenciado, SOE

- M9590/3 _____ **linfoma maligno, SOE**
 linfoma, SOE
- M9684/3 _____ **linfoma maligno imunoblástico, SOE**
 sarcoma imunoblástico
 linfoma maligno de células grandes, imunoblástico
- M9683/3 _____ **linfoma maligno, centrobástico, difuso**
 linfoma maligno centrobástico, SOE
- M9682/3 _____ **linfoma maligno, de células grandes não clivadas, difuso**
 linfoma maligno de células grandes não-clivadas, SOE
 linfoma maligno, não-clivado, difuso, SOE
 linfoma maligno, não clivado, SOE
- M9593/3 _____ **reticulossarcoma, SOE**
 sarcoma de células reticulares, SOE
 reticulossarcoma difuso
 sarcoma difuso de células reticulares
- M9593/3 _____ **reticulossarcoma tipo pleomorfo**
 sarcoma de células reticulares tipo pleomorfo
- M9687/3 _____ **linfoma de Burkitt, SOE**
 tumor de Burkitt
 linfoma maligno indiferenciado, tipo Burkitt
 linfoma maligno tipo Burkitt de células pequenas não clivadas, difuso

ANEXO II

ELABORAÇÃO

Coordenação Nacional de DST e Aids
 Coordenador : Pedro Chequer

COLABORADORES

Equipe Técnica

Aristides Barbosa Junior Ermenegildo Munhoz Junior Euclides Ayres de Castilho Fábio Barros Correa Gomes Maria Gorette P. Fonseca Medeiros Maria Rebeca Otero Gomes Valdiléia G. Veloso dos Santos

CONSULTORES

Adauto Castelo Filho Beatriz Grinztstein Betina Durovini Draúlio Barreira Êmile Ana Catapano Jair Ferreira Sociedade Brasileira de Infectologia Roberto Badaró Sociedade Brasileira de Cancerologia Vicente Luiz Vaz da Costa

EQUIPE DE APOIO

César Neves Pimenta
 Lúcia Helena Herculano de Abreu
 Luciana Oliveira Fernandes
 Marcos Cleuton de Oliveira

ORGANIZAÇÃO E REDAÇÃO

Aristides Barbosa Junior
 Ermenegildo Munhoz Junior

Endereço para correspondência:

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde
 Coordenação Nacional de DST/Aids
 Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sobreloja
 0058-900 - Brasília - DF
 Home-page: <http://www.aids.gov.br>

DST 3 IN FORTALEZA

3 a 6 set/2000

INSTRUÇÕES PARA APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS

O Comitê Científico selecionará os trabalhos para apresentação oral e pôster. Informamos, ainda, que o resumo deverá ser preparado conforme modelo anexo:

- Sem rasuras, borrões ou uso de corretivo, utilizando somente a área contida dentro dos limites de 15 cm de largura por 20 cm de altura;
- O texto deverá ser digitado em Word (6.0 ou 7.0) para Windows®, fonte Times New Roman, tamanho 10; espaço entre linhas simples e papel tamanho A4 (210x297mm);
- Cada trabalho deverá vir acompanhado de original em 3 vias de boa qualidade e, disquete (3,5") contendo o resumo;
- Título em CAIXA ALTA;
- Nome dos autores, também em CAIXA ALTA;
Ex.: FERREIRA, SMB; GOULART FILHO, RA;
- Nome da Instituição;
- *Endereço para correspondência.*
- O resumo deverá obedecer a seguinte estrutura: Introdução, objetivo, metodologia, resultados, discussão e conclusões;
- Data limite para postagem dos resumos 31 de maio de 2000;
- Não serão aceitas inscrições de trabalhos via fax;
- Data prevista para divulgação dos resultados de seleção: 31 de julho de 2000

Os formulários preenchidos devem ser enviados para um dos seguintes endereços:

1) **SECRETARIA EXECUTIVA DO CONGRESSO**

ARX Produções & Eventos Ltda

Rua Joaquim Sá, 879. Dionísio Torres. Fortaleza, CE. CEP 60.130-050

Fone: (0xx85) 272-1572 - Fax: (0xx85) 272-7795 - E-mail: arx@arxweb.com.br

2) **NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

Caixa Postal 3166. Rodolfo Teófilo. Fortaleza. CE. CEP 60.431-970

Fones: (0xx 85) 281-7840 ou 288-8252 - Fax: (0xx 85) 288-8316 - E-mail: pato@ufc.br

INSTRUÇÕES PARA INSCRIÇÃO

Em caso de desistência até um mês antes do Congresso, será devolvida a taxa de inscrição paga, com desconto de 20%. Neste caso, comunicar desistência por escrito à Secretaria Executiva do Congresso.

A partir de janeiro/2000, sócios da Sociedade Brasileira de DST terão desconto de 30%; e estudantes (com comprovação) terão desconto de 50% sobre os valores.

O pagamento da taxa de inscrição deverá ser efetuado mediante depósito bancário em nome do DST 3 in Fortaleza - Banco do Brasil - Agência: 3653-6 (Benfica) - Conta Corrente: 7510-8.

Enviar o comprovante de depósito (com número de autenticação legível) e ficha de inscrição para um dos seguintes endereços:

1) SECRETARIA EXECUTIVA DO CONGRESSO

ARX Produções & Eventos Ltda

Rua Joaquim Sá, 879. Dionísio Torres. Fortaleza, CE. CEP 60.130-050

Fone: (0xx85) 272-1572 - Fax: (0xx85) 272-7795 - E-mail: arx@arxweb.com.br

2) NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Caixa Postal 3166. Rodolfo Teófilo. Fortaleza. CE. CEP 60.431-970

Fones: (0xx 85) 281-7840 ou 288-8252 - Fax: (0xx 85) 288-8316 - E-mail: pato@ufc.br

01/jan a 30/abr/2000	R\$ 110,00
01/mai a 31/ago/2000	R\$ 130,00
a partir de 01/set/2000.....	R\$ 150,00
acompanhante	R\$ 50,00

PACOTES DE VIAGEM

1. Reserva de hotéis e passagens aéreas: A Naja Turismo, agência oficial do evento, é credenciada para reservas de hotéis e passagens aéreas.

Naja Turismo. - Rua Carolina Sucupira, 480 - Aldeota - Fortaleza - Ceará.

Tel. 85 244-6985 - fax 85 264-4787 - www.najatour.com.br

2. Formas de pagamento:

Aéreo: A vista ou pelos cartões de crédito. Vasp e Transbrasil: qualquer cartão em até 6 vezes sem juros; Tam (a exceção do AMEX) em 5 vezes sem juros.

Terrestre: Em 7 vezes sem juros, sendo que a última parcela deverá ser paga no máximo dia 15 de Agosto, através de depósito bancário a favor de: Naja Turismo Ltda - Banco Itaú S.A. - Agência 1338 - Conta Corrente: 03611-2.

Todo depósito bancário deverá ser enviado via fax para Naja Turismo.

Fax: 0 xx 85 26 4-47 87 AC: Depto. Congresso.

3. Preços e condições sujeitos a reajustes sem aviso prévio.

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

DIRETRIZES PARA A PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

Orientações gerais: Os originais devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês, e serem enviados em três cópias impressas em folha de papel branco, tamanho A4 (210X297mm); com margens de 25mm em ambos os lados e espaço duplo em todas as seções; fonte Times New Roman, tamanho 12; páginas numeradas no canto superior direito, a começar pela página de rosto. Utilizar preferencialmente o processador de textos Microsoft Word[®]. O tamanho máximo recomendado é de 25 páginas para artigos originais, 10 páginas para relatos de caso e duas páginas para as demais seções, incluindo as referências bibliográficas. Os artigos escritos em espanhol e inglês deverão conter resumo em português e inglês.

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

Página de rosto: Deve conter (a) o título do artigo, conciso e explicativo, evitando termos supérfluos; (b) versão exata do título para o idioma inglês; (c) título abreviado (para constar na capa e topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços; (d) primeiro e último nome dos autores e iniciais dos 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: relacionamento a DST AIDS. *J. Bras. Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 1997; 9(3) 4-9.

• Livro ou monografia

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

• Capítulo em livro

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

• Trabalho apresentado em congresso ou similar já publicado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEITURA RECOMENDADA AOS AUTORES

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

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

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

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