

JB

ISSN 0103-0465

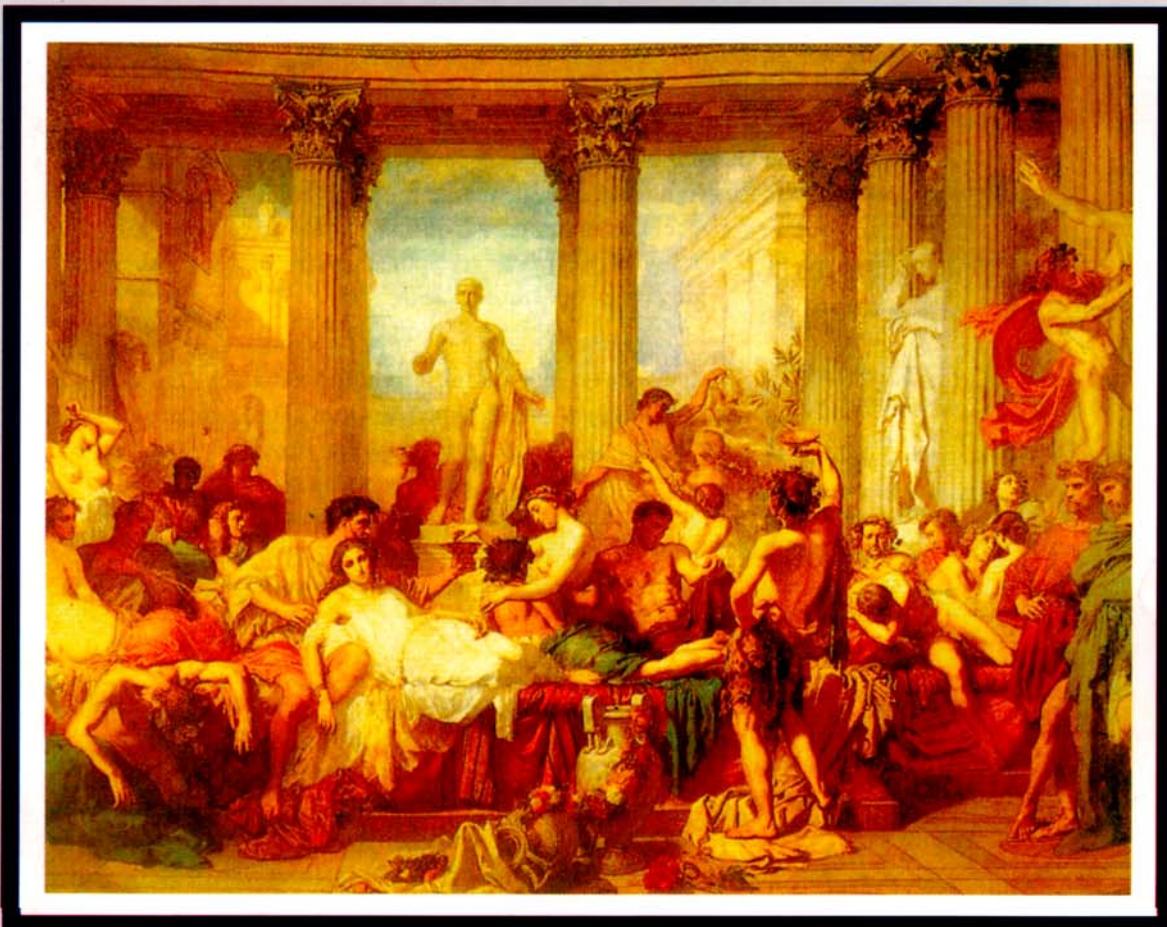
DST

**Jornal Brasileiro de Doenças
Sexualmente Transmissíveis**

VOLUME 11

Nº 5 - 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**

5



Jornal Brasileiro de Doenças
Sexualmente Transmissíveis

SUMÁRIO

EDITORIAL

- PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA**
CONTROL AND PREVENTION OF THE CONGENITAL SYPHILIS **3**
Mauro Romero Leal Passos

ARTIGOS

- SÍFILIS ADQUIRIDA NA INFÂNCIA:**
ESTUDO CLÍNICO, LABORATORIAL E ABUSO SEXUAL
ACQUIRED SYPHILIS IN CHILDHOOD:
CLINICAL STUDY, DIAGNOSIS LABORATORY AND SEXUALLY ABUSE **4**
*Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho, Mauro RL Passos, Ledy HS Oliveira,
Vania GS Lopes, Gesmar VH Herdy, Vandira MS Pinheiro*

- INFLUENCE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION AND SEXUAL
INTERCOURSE ON ENDOCERVICAL EPITHELIAL CELL IMMUNE ACTIVITY**
INFLUÊNCIA DA INFECÇÃO POR PAPILOMAVÍRUS HUMANO E
DA RELAÇÃO SEXUAL SOBRE A ATIVIDADE IMUNOLÓGICA
DE CÉLULAS EPITELIAIS ENDOCERVICAIS **21**
Steven S. Witkin, Iara Linhares, Paulo Giraldo and William J. Ledger

- PREVALÊNCIAS DA INFECÇÃO PELO HIV E DA
SOROPOSITIVIDADE DO VDRL EM GESTANTES**
HIV INFECTION PREVALENCE AND VDRL
POSTIVITY PREVALENCE IN PREGNANT WOMEN **25**
*Mauro Cunha Ramos, Beatriz Leônidas Curcio, Madalena Tessaro, Helena Meneghetti,
Lúcia Côgo Marques, Thiago Pereira Duarte, Tania Ferreira Cestari*

- COMPREENDENDO O PORTADOR HIV/AIDS USUÁRIO DE DROGAS**
COMPREHENSION OF HIV/AIDS BARRER BEHAVIOR DRUGS USERS **31**
Nilzemar Ribeiro de Souza, Edna Paciência Vietta

INFORME TÉCNICO

- SYPHILIS CONTINUES TO RETREAT: NATION SETS SIGHTS ON
ELIMINATION CDC REPORTS ALL-TIME SYPHILIS LOWS AND
CONCENTRATION IN 1% OF U.S. COUNTIES** **38**
*National Center of HIV, STD, and TB Preventio
Centers for Disease Control and Prevention - CDC, Atlanta USA*



ARTIGO

Sífilis adquirida na infância: estudo clínico, laboratorial e abuso sexual

Acquired syphilis in childhood: clinical study, diagnosis laboratory and sexually abuse

ALTAMIRO VIANNA E VILHENA DE CARVALHO¹, MAURO RL PASSOS², LEDY HS OLIVEIRA³, VANIA GS LOPES⁴, GESMAR VH HERDY⁵, VANDIRA MS PINHEIRO⁶

RESUMO

Apesar do arsenal terapêutico e dos recursos diagnósticos, é inegável o aumento da incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), aí incluída a sífilis, também entre crianças. Este trabalho determina a ocorrência da sífilis adquirida entre as crianças atendidas no Setor de DST/UFF entre 1987 e 1996; descreve os achados clínicos e laboratoriais destas crianças, investiga a ocorrência de abuso sexual e procura divulgar a importância do reconhecimento precoce e tratamento desta patologia. Para atingir os objetivos, é feita a revisão dos arquivos do Setor de DST/UFF, com descrição dos pacientes atendidos com esta patologia; fizemos revisão bibliográfica de 25 anos do *Index Medicus*, bem como através de bancos de dados da internet. Somente 3 pacientes foram atendidos neste período, tendo como sintomas mais frequentes o condiloma plano, seguindo-se as adenomegalias inguinais. A literatura relatou ainda o registro de cancro e os pacientes assintomáticos como frequentes. A sorologia positiva para sífilis e a suposição de abuso sexual foram observados na totalidade dos pacientes.

Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis, Sífilis adquirida na infância, abuso sexual na infância

ABSTRACT

Syphilis is one of the most frequent sexually transmitted diseases found in Brazilian population in spite of the new drugs and the modern diagnostic techniques. It is also known that children also are victims of these diseases. Sexually Abused Children attended at Sexually Transmitted Disease Sector in Universidade Federal Fluminense from 1987 to 1996 had their files reviewed, looking for those presenting acquired syphilis. Clinical and laboratory findings are described and compared with other authors findings, using *Index Medicus* review for the last 25 years, and internet data basis. We also alert health workers about the importance of diagnosis and treatment of this pathology. Only 3 patients were attended, and the most commonly found lesions were condylomata lata (100%) and regional lymphadenopathy. In reviewed bibliography, were also frequent presence of chancre and asymptomatic patients. We also presents importance of knowing legal implications in attending a sexually abused children and recommended procedures. Positive syphilis serology occurs and positive history for sexual abuse were present in all patients.

Keywords: Sexually Transmitted Disease, acquired Syphilis children, sexually abused children

1. INTRODUÇÃO

É cada vez mais evidente que as crianças são, a todo momento, violadas em seus direitos legais determinados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Uma das formas mais comuns de violên-

¹ Mestre em DST, Setor de DST - UFF

² Prof. Dr. Adjunto, Chefe do Setor de DST / MIP / CMB / CCM - UFF

³ Prof.^a Dra. Adjunto Setor DST / MIP / CMB / CCM - UFF

⁴ Prof.^a Dra. Departamento Patologia Clínica HUAP - UFF

⁵ Prof.^a Dra. Titular de Pediatria UFF

⁶ Prof.^a Convidada - Programa de Pós Graduação em DST Setor DST / MIP / CMB / CCM - UFF

No município do Rio de Janeiro, em 1991 ocorreram 398 casos de abuso sexual em menores de 18 anos registrados em delegacia de polícia

cia contra a criança é o abuso sexual. O *National Center of Child Abuse and Neglect* (NCCAN) dos Estados Unidos da América (EUA) denuncia que 250.000 crianças e adolescentes são vitimados fisicamente por ano na América (Monteiro, Cabral e Morgado, 1995), sendo 100.000 por vitimização sexual (Veja, 1996). No município do Rio de Janeiro, em 1991 ocorreram 398 casos de abuso sexual em menores de 18 anos registrados em delegacia de polícia. Este número representa uma morbidade de 21,6 vítimas para cada 100.000 pessoas, chegando a 49,7 na área do Centro da cidade (Assis e Souza, 1995).

Os abusos sexuais na infância podem trazer uma série de conseqüências à criança, tanto a curto quanto a longo prazo. São encontradas a curto prazo: fraturas, queimaduras, traumatismos diversos, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e até mesmo a morte. A longo prazo, além dos danos físicos podem ser vistas profundas marcas psicológicas, como stress, fobias, distúrbios de sono, depressão, infelicidade, pânico, regressões, entre outros de difícil acompanhamento e tratamento (Deslandes, 1994). É reconhecido que o abuso sexual contribui para a pobre performance escolar, delinquência, prostituição, uso de drogas, disfunções sexuais, doenças mentais, suicídio e a própria transmissão deste comportamento abusivo para as gerações seguintes (Halperin, et al. 1996).

As doenças sexualmente transmissíveis embora possam se manifestar algumas vezes até anos após o abuso, como ocorre no caso da Síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), em que a sintomatologia pode demorar meses até se apresentar, trazem geralmente conseqüências a curto e médio prazo.

Uma das DST de grande prevalência no Brasil é a sífilis, que apresentou de 1987 a maio de 1995 a notificação de novos 120.433 casos, só tendo sua ocorrência superada pela das uretrites não gonocócicas neste período (Brasil, Ministério da Saúde, 1995). No Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense (UFF) Carvalho (1996) encontrou sífilis em 10% dos adolescentes (idade compreendida entre 10 e 19 anos segundo a Organização Mundial de Saúde) homens e 9% das adolescentes mulheres atendidas no ano de 1995.

A sífilis é adquirida através da infecção pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*. A infecção, conhecida desde tempos anteriores a era moderna, foi supostamente levada à Europa pelos navegadores espanhóis de regresso ao Velho Mundo (apud Passos, 1994). Sua transmissão é feita principalmente de três maneiras: através de relações sexuais com

parceiro infectado, através de transfusão de sangue contaminado e de forma congênita, a partir de mães infectadas.

A infecção congênita pela sífilis apresenta grande importância a nível de saúde pública devido a sua alta

morbidade e mortalidade, mas possui um quadro clínico característico e não é objetivo deste trabalho. A infecção adquirida através de transfusão contaminada é pouco freqüente em nosso meio devido aos controles feitos na qualidade do sangue, e também não será abordada.

Embora existam outras possíveis formas de transmissão para a criança, como através de beijos e do seu manuseio isto raramente é visto na prática clínica. A transmissão da sífilis requer contato íntimo de pele com pele e, embora não seja necessária a penetração vaginal, os treponemas não demonstram capacidade de penetrar em pele hígida, através da epiderme queratinizada (Rawstron, Bromberg e Hammerschlag, 1993). Embora seja uma doença considerada não muito comum por Rawstron, Bromberg e Hammerschlag (1993), e como "a mais rara das DST em crianças", por Sanfillipo e colaboradores (1996), a sífilis deve ser sempre rastreada por ser uma doença potencialmente grave e com 100% de cura desde que diagnosticada precocemente e tratada adequadamente. Justifica-se assim seu rastreamento universal nas crianças avaliadas para abuso sexual (White, et al., 1983; Ingram, et al., 1992; Lande, Richardson e White, 1992).

Exatamente por não ser uma doença freqüente entre crianças, mas devido a sua presença ser uma realidade, todo pediatra, dermatologista, ginecologista e especialista em doenças sexualmente transmissíveis deve ter conhecimento da existência e da clínica da sífilis adquirida na infância (SAI).

No Setor de DST da Universidade Federal Fluminense, no período de 1987 a 1996 foram atendidas três crianças, com sífilis adquirida após abuso sexual. Todas estas crianças apresentavam história de terem sido avaliadas por diversos serviços médicos, de diferentes especialidades, sem que fosse ao menos suspeitado o diagnóstico final. Desta forma comprova-se a importância da caracterização cuidadosa desta patologia em crianças, e da divulgação da mesma. Para isto empreendemos os esforços de caracterizar a doença através da descrição de nossos pacientes e de outros casos identificados após extensa revisão bibliográfica.

Os **objetivos** deste trabalho são:

- determinar a ocorrência de sífilis adquirida entre as crianças atendidas no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense (MIP/CMB/CCM);

- b) descrever os achados clínicos e laboratoriais encontrados nestas crianças, e investigar a ocorrência de abuso sexual;
- c) divulgar a importância do reconhecimento precoce e do tratamento desta patologia.

O CT é por definição legal o órgão encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, que se encontram definidos no ECA

tratamento prescrito, evolução. Outras DST associadas. A ausência da descrição do quadro clínico leva a exclusão do paciente da presente pesquisa.

3 - Relato de aquisição da doença sugestivo de abuso sexual

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo, casuístico, clínico e laboratorial a partir da revisão dos prontuários de 4444 pacientes atendidos no ambulatório do Setor de DST/UFF, entre janeiro de 1987 e dezembro de 1996, em busca das crianças portadoras de sífilis adquirida. Foi considerada criança, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, todo menor de 10 anos de idade.

Do total de 4444 pacientes atendidos no período, apenas 23 se adequaram na faixa etária pretendida, o que corresponde a 0,51%. Dentre estas crianças, 3 apresentaram sífilis adquirida na infância, correspondendo a 13% das crianças atendidas. Estes 3 pacientes foram identificados no período de 1995 e 1996. Dentre as 23 crianças, 5 apresentaram relato de abuso sexual, correspondendo a 21,7% das crianças atendidas. Todas as crianças com sífilis adquirida se enquadraram neste grupo. Houve 6 crianças atendidas com infecção por papilomavírus humano e não tiveram investigada a hipótese de abuso sexual, mesmo as que possuíam parentes em tratamento no setor para a mesma patologia.

Para comparar os nossos achados clínicos e laboratoriais a ocorrência de abuso sexual com os registros de diversos autores fizemos revisão bibliográfica utilizando o *Index Medicus*, nos últimos 25 anos e pesquisando em bibliotecas especializadas na área de saúde, no Rio de Janeiro e em Niterói. Visando atualizar o levantamento consultamos também através da internet, diversas redes de busca. Como forma de tentar aumentar nossa casuística fizemos uma revisão nos arquivos de notificação de doenças infecciosas da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Niterói e os arquivos do atendimento de Ginecologia Infantil do HUAP.

Os prontuários identificados foram revistos quanto aos seguintes aspectos:

- 1 - Dados pessoais: Nome, idade, data de nascimento, endereço, cor, residência. A ausência de três ou mais dados exclui o paciente desta pesquisa.
- 2 - História da doença atual: descrição do quadro clínico, tratamentos anteriores — se houve,

Consideramos neste trabalho a definição de abuso sexual o mais ampla possível, estando portanto de acordo com a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), segundo a qual abuso sexual ocorre toda vez que uma criança ou adolescente é usado para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Sífilis adquirida na infância

A sífilis é uma doença considerada sexualmente transmissível, sendo portanto infecto-contagiosa. É pandêmica, apresentando maior predominância nos países em desenvolvimento. Seu agente é uma espiroqueta, o *Treponema pallidum*, microrganismo frágil, afetado pela maioria dos detergentes e anti-sépticos. Possui como único hospedeiro o homem.

3.1.1. Histórico

A palavra sífilis deriva do grego *Syphilus*, nome de um pastor protagonista de um poema do século XVI de autoria do médico Girolamo Francastoro, que descrevia a doença que acometia o seu personagem. Historicamente credita-se aos marinheiros de Colombo a introdução da doença na Europa, uma vez que após seu retorno da América apareceram diversos relatos de sífilis no Velho Continente (apud Passos, 1995).

A descoberta do agente etiológico, a espiroqueta *T. pallidum* só ocorreu em 1905, por Shaudin e Hoffman, sendo que o advento da prova sorológica, realizada a partir de anticorpos lipídicos no soro de indivíduos infectados se deu logo no ano seguinte, por Wasserman e colaboradores. O primeiro tratamento ativo surgiu em 1910, feito com um derivado arsenical conhecido como 606 ou Salvarsan, medicação eficaz mas com muitos efeitos colaterais e grande toxicidade. Apenas na década de 40, com a introdução da penicilinoterapia efetivou-se um tratamento eficaz e rápido, levando a um grande declínio na incidência da doença (Passos, 1995).

Entre as crianças, o reconhecimento da sífilis como entidade clínica é feito em 1497, a partir dos escri-

Neste sentido a Sociedade Brasileira de Pediatria sugere que conhecimentos na área de Direitos da Criança sejam pré-requisitos para obtenção do Título de Especialista em Pediatria

tos de Gaspar Torella (Rawstron, Bromberg e Hammerschlag, 1993), que descreveu a doença em lactentes. A doença tornou-se assim a primeira DST a ser descrita em crianças.

Atribuía-se às amas de leite a transmissão da que era conhecida como "doença francesa", e estas mulheres eram proibidas de trabalhar como amas para o resto de suas vidas (Paré, 1691 *apud* Lima e Venâncio, 1991). No Brasil, a mesma época, a doença era creditada às amas escravas, sempre consideradas responsáveis pelas doenças nos menores que amamentavam (*apud* Lima e Venâncio, 1991).

Paracelso atribuía a responsabilidade da sífilis das crianças aos pais, considerando a doença transmissível por herança (Paracelsus, 1894). Este pensamento persistiu até a descoberta do *Treponema* e a constatação de que o mesmo era muito grande para ser transportado pelo espermatozóide, concluindo daí que a infecção direta pelo pai não poderia ocorrer (Schaudinn e Hoffmann, 1905).

Houve também dificuldade na diferenciação entre a sífilis adquirida e a sífilis congênita, sendo ambas consideradas uma mesma patologia, em especial a sífilis congênita de apresentação tardia (Feer, *et al.*, 1928; Waugh, 1938; Smith, 1939). Nesta época, a hipótese de abuso sexual na infância não era questionada, existindo diversos outros mecanismos propostos. Hoje em dia sabe-se que toda a criança apresentando sífilis deve ser investigada para abuso, bem como toda criança vítima de tal situação deve ser submetida a investigação sorológica para a doença.

3.1.2. Epidemiologia

A sífilis adquirida na infância é quase sempre adquirida através do contato sexual com um adulto infectado, e sua epidemiologia é similar àquela encontrada em adultos, estando mais ligada às precárias condições socioeconômicas (Rawstron, Bromberg e Hammerschlag, 1993). Em relação ao sexo há um predomínio de dois casos do sexo feminino para um do sexo masculino (Ackerman, *et al.* 1972).

A incidência da SAI no município de Niterói, Rio de Janeiro nos anos de 1995 e 1996 foi de apenas um caso, descrito em um menino de 6 anos, entre os 328 casos notificados (Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, 1996). Em Bloemfontein, na África do Sul, em um estudo de avaliação de soroprevalência de sífilis feito por Coovadia e Karim (1994), em 397 crianças identificaram 14 casos suspeitos (3,6%), sendo que apenas um em criança com mais de 7 anos e com suspeita de abuso sexual, sendo os

demais casos de sífilis congênita.

Embora existam outras possíveis formas de transmissão, como através de sangue contaminado, através de amamentação, beijos e manuseio de lactentes isto raramente é visto

na prática clínica. A transmissão da sífilis requer contato íntimo de pele com pele, embora não seja necessária a penetração vaginal, e os *Treponemas* não demonstrem capacidade de penetrar em pele hígida, através da epiderme queratinizada (Rawstron, Bromberg e Hammerschlag, 1993). Considerado raro por Rawstron, Bromberg e Hammerschlag (1993), e como "a mais rara das DST em crianças", por Sanfillipo e colaboradores (1996), a sífilis deve ser sempre rastreada por ser uma doença potencialmente grave e com 100% de cura desde que diagnosticada precocemente e tratada adequadamente.

Sabe-se hoje então que a principal forma de transmissão da sífilis em crianças é através do abuso sexual (40). Nas primeiras décadas deste século, entretanto, eram dadas outras explicações para justificar tal patologia, como "o uso de chupetas, mamadeiras e carícias de pessoas enfermas". Também era feito confusão entre a sífilis congênita tardia e atribuía-se a transmissão ao leite materno contaminado. Na época, entretanto já se cogitavam os abusos sexuais, denominados então "atentados venéreos" (Feer, *et al.* 1928). Fournier (citado por Waugh, 1938), afirmava que "A criança pode adquirir sífilis, o que está longe de se consituir *une rarissime rareté*". Um dos motivos pelo qual havia confusão na identificação das lesões se dava pelo fato das lesões serem inicialmente diagnosticadas na boca, em especial no lábio inferior, sendo assim descritas "adenite com exantema, com lesões características de goma" (Feer, *et al.* 1928). Tais lesões não são características do cancro de inoculação e mostram que este passava despercebido na maioria dos casos e se atribuía a objetos pessoais do bebê a chance de transmissão, "especialmente se comprados de vendedores de rua" (Waugh, 1938). Sabe-se entretanto que o contato casual, mesmo com uma pessoa com lesões ativas de pele raramente resulta em infecção, pois para isso é necessário contato íntimo de pele com pele (Ackerman, *et al.* 1972).

Um quadro atípico de transmissão de sífilis é relatado por Arulenthnam (1978) que descreve o cancro primário na orelha de um lactente que era amamentado ao seio. Nesta posição a lesão infectante da mãe ficava diretamente em contato com o local onde desenvolveu-se o cancro.

A lesão pode ocorrer quando o bebê mama sobre feridas no seio da mãe, provocando o cancro primá-

A palavra sífilis deriva do grego Syphilus, nome de um pastor protagonista de um poema do século XVI de autoria do médico Girolamo Francastoro

rio em cavidade oral, lábios e língua. Este mecanismo de transmissão já era conhecido em 1854, como relatam Lima e Venâncio (1991) em uma revisão antropológica sobre o abandono de crianças negras no Rio de Janeiro, sendo atribuídas principalmente a crianças amamentadas com amas-de-leite escravas.

É importante destacar também que o abuso sexual mesmo com contato genital muitas vezes não provoca achados clínicos aparentes, e o simples exame físico não afasta a hipótese do abuso (Carvalho, 1996). O ideal é que seja feita uma entrevista de revelação do menor, com profissional capacitado, material facilitador (pranchas anatômicas, bonecas) e em ambiente adequado (silencioso, privativo, acolhedor).

Outro fator de aumento de DST em crianças ao redor do mundo, inclusive a sífilis, é a crença de que uma doença venérea em um homem pode ser curada caso este mantenha intercurso sexual com um menor (Ackerman, *et al.*, 1972).

3.1.3 Quadro clínico

O quadro clínico da sífilis em crianças é reconhecido pela exuberância das lesões, que são descritas a seguir e tem sua cronologia apresentada no quadro 1.

A apresentação da sífilis adquirida na infância é a mesma que nos adultos, bem como seu diagnóstico. A sífilis normalmente inicia com uma ferida indolor no local de inoculação (cancro de inoculação), em média 21 dias após a exposição, que normalmente passa despercebida, sendo por vezes creditado o seu surgimento a má higiene da criança. Este cancro, chamado de cancro duro ou protossifiloma, normalmente está localizado na região genital, podendo ser ocasionalmente extra-genital. Cancros extra-genitais podem ocorrer devido a contatos não sexuais, mas é inadequado desconsiderar o abuso sexual como motivo da transmissão, mesmo que não haja relato de abuso por parte da criança. Os sítios mais comuns de lesões extra-genitais são os lábios, seguidos do ânus, língua, amígdalas, dedos e nádegas (Aloi, 1987). A lesão típica é normalmente nodular, ulcerada, com bordos bem definidos, fundo limpo, indolor e regride espontaneamente ao final de poucos meses. O diâmetro costuma ser no máximo de 1,5 a 2 mm (Ministério da Saúde, 1994). Ocasionalmente pode ocorrer infecção secundária com exsudato purulento de odor fétido que pode prejudicar o diagnóstico clínico.

Surgindo cerca de uma a duas semanas após o cancro, e peristindo junto com ele normalmente é

encontrada a presença de adenopatia satélite bilateral, volumosa e indolor. Esta associação é tão freqüente que classicamente se afirma que "a íngua acompanha o cancro como a sombra acompanha o homem".

Após cerca de dois meses da exposição, já na fase em que não mais é visualizado o cancro duro podem surgir novas lesões, sendo comum um rash cutâneo (roséolas sífilíticas) que atinge todo o corpo, inclusive palmas das mãos e plantas dos pés, onde são consideradas patognomônicas de sífilis. As lesões são papulares, simétricas, eritematosas ou hiperpigmentadas e não pruriginosas. As roséolas de região palmo-plantar são pouco infectantes devido a camada de queratina existente e a pequena quantidade de treponemas. Já as lesões de mucosa, devido a ausência da proteção de queratina se tornam mais infectantes. Nesta fase podem surgir lesões úmidas, maceradas, dolorosas, muito ricas em treponemas, localizadas em região periorifical, o condiloma plano sífilítico ou sífilide papulosa, uma das lesões mais freqüentemente encontradas em crianças, como veremos adiante. Estas lesões são bastante ricas em espiroquetas, sendo de grande utilidade a bacterioscopia pelo campo escuro para confirmação diagnóstica (Rawstron, Bromberg e Hammerschlag, 1993).

Por fim encontramos na fase tardia da doença, após 3 a 12 anos de evolução, lesões principalmente cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot) Ministério da Saúde, 1997. Não foram encontrados relatos desta fase em crianças.

Quadro 1 - Cronologia das Lesões Sífilíticas

<i>Sífilis Recente</i>	
0 dia	Contágio
21° ao 30° dia	Cancro Duro
40° dia	Adenopatia Satélite
50° dia	Sorologia Positiva
60° dia ao 6° mês	Roséolas e Sífilides
<i>Latência</i>	
2 a 3 anos	"Silêncio"
<i>Sífilis Tardia</i>	
Até o 30° ano	Lesões Tardias: cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot).

Fonte: Adaptado de Passos, 1994, p.92

Os trabalhos encontrados na revisão de literatura, com o número de pacientes estudados, bem como os sinais clínicos encontrados são apresentados respectivamente nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Relatos de casos de sífilis adquirida na infância

Autor	Ano	Nº de Pacientes
Horowitz e Chadwick	1988	2
Ginsburg	1983	3
Ackerman, <i>et al.</i>	1972	3
Aloi	1987	1
White, <i>et al.</i>	1983	6
Lande, <i>et al.</i>	1992	1
Echols, <i>et al.</i>	1990	1
TOTAL		17

Tabela 2 - sífilis adquirida na infância - sinais clínicos

Autor	C. Duro	Roséolas	Adenom.	A. Areata	C. Plano	Assintom.
Horowitz e Chadwick	1	0	0	0	2	0
Ginsburg	3	1	2	0	0	0
Ackerman, <i>et al.</i>	2	2	2	0	2	0
Aloi	1	0	1	0	0	0
White, <i>et al.</i>	1	0	0	0	0	5
Lande, <i>et al.</i>	0	0	0	0	0	1
Echols, <i>et al.</i>	0	1	1	1	0	0
Carvalho, <i>et al.</i>	1	1	2	0	3	0
TOTAL	9	5	8	1	7	6

3.1.4. Exames laboratoriais

Os testes sorológicos para sífilis são divididos em dois tipos: treponêmicos, como o FTA-Abs, que apresenta alta sensibilidade e alta especificidade, porém mais caros e menos acessíveis; e não treponêmicos, como o RPR e o VDRL, com alta sensibilidade e baixa especificidade.

A investigação inicial é feita através de RPR (Beck-Sague e Alexander, 1987; Cupoli e Sewell, 1988; Ingram, *et al.*, 1992, Lande, Richardson e White, 1992; Christian, Pinto-Martin e Mc Gowan, 1995) ou preferencialmente em nosso meio, pelo VDRL (White, *et al.*, 1983; ABRAPIA, 1992) exame mais barato, e mais acessível no Brasil. Em seguida, em crianças, devido as implicações que tal diagnóstico implica faz-se o FTA-Abs, se positivo o teste não treponêmico. O exame é feito a fim de garantir a confirmação por ser um exame de alta especificidade (Cupoli e Sewell, 1988; Ingram, *et al.*, 1992; Lande, Richardson e White, 1992).

Outro recurso usado é a microscopia em campo escuro, ou pesquisa do treponema após impregnação pela prata, para identificação da espiroqueta em lesões ulceradas ou maceradas, como o condiloma plano (Bastos, Ramos e Takiuti, 1976; Passos, Gouvêa e Almeida Filho, 1994).

A punção lombar é indicada em casos em que há dificuldade na diferenciação entre sífilis adqui-

rida e congênita, quando há sinais e/ou sintomas neurológicos ou tratamento planejado sem penicilina. A indicação também ocorre em casos soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana (CDC *apud*. Rawstron, Bromberg e Hamerschlag, 1993).

É importante ressaltar que nas crianças assintomáticas o exame sorológico deve ser refeito após 3 meses, que pode ser o tempo da janela imunológica, que corresponde a demora entre a infecção pela bactéria e a produção de anticorpos identificados nos exames laboratoriais (sorologia positiva) (Ingram, *et al.*, 1992).

3.1.5. Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial deve ser feito com condiloma acuminado, impetigo, trauma, herpes e cancro mole na fase do cancro. As roséolas devem ser distinguidas de viroses exantemáticas, farmacodermia, psoríase, pitiríase rósea e versicolor. O condiloma plano deve ser distinguido de lesão por HPV, donovanose e dermatofitose.

Nas regiões asiática e africana ocorre a presença endêmica de uma treponematose conhecida como pinta, também causada pelo *T. pallidum*, da sub-espécie *pertenue*. Embora não possa ser diferenciado sorologicamente ou microscopicamente da sífilis, apresenta epidemiologia e evolução clínica distintas. A transmissão é feita através de contato pele a pele em especial diante de áreas de continuidade e má higiene. São lesões ulceradas, com bordos definidos e enduredas, múltiplas, que se espalham por auto-inoculação e quando arranhas provocam exsudato hemorrágico (Engelkens, *et al* 1990).

Crianças menores de três anos com sífilis detectada através de sorologia positiva e assintomática, podem oferecer dificuldade de distinção deste quadro com o da sífilis congênita tardia. Nestes casos a revisão da anamnese com ênfase na história gestacional, sorologia treponêmica e história de abuso sexual podem auxiliar na elucidação da questão.

3.1.6. Tratamento

O tratamento convencional é feito com penicilina benzatina na dose de 50.000 UI/kg em dose única, intramuscular até a dose máxima de 1.200.000 UI. Repete-se o tratamento após uma semana, na sífilis recente (até um ano de infecção), e nas três semanas subsequentes na sífilis tardia (após mais de um ano de infecção) (Moreira, 1995). O Minis-

tério da Saúde (1997) recomenda o mesmo tratamento em dose única na sífilis recente primária (fase do cancro duro).

Convém alertar que crianças apresentando sorologia elevada no VDRL estão sujeitas a uma reação alérgica denominada Reação de Jarish-Herxheimer, que ocorre pela destruição dos treponemas, e pela liberação de seus resíduos no sangue, e não por alergia a penicilina. Esta reação caracteriza-se pela presença de cefaléia, calafrios, artralgia e mialgia, associados a hiperemia das lesões, que também se tornam mais edemacizadas. A fim de evitar sua ocorrência é feita aplicação de corticóide de ação lenta, como o acetato de betametasona, associado a fosfato dissódico de betametasona antes da aplicação (Passos, Almeida Filho e Gouvêa, 1994). A presença desta reação não determina a interrupção do tratamento e a não realização das doses subseqüentes.

Caso esteja contra-indicado o uso da penicilina na criança com sífilis, usa-se o esquema que se segue:

Pacientes com mais de 12 anos usam tetraciclina ou eritromicina na dose de 500 mg, quatro vezes ao dia, via oral por duas semanas na sífilis recente e quatro semanas para a tardia.

Pacientes com menos de 12 anos tem recomendada a utilização de esquema de dessensibilização, realizado em ambiente hospitalar (Rawstron, Bromberg e Hammerschlag, 1993).

Em casos de neurosífilis o tratamento deve ser feito com penicilina cristalina, utilizando-se de 200.000 a 300.000 Unidades Internacionais (UIs) por quilo de peso por dia, divididos em quatro ou seis tomadas durante 14 dias. A dose máxima não deve exceder 4.000.000 UI aplicadas de 4 em 4 horas.

O controle de cura deve ser feito após 3, 6 e 12 meses, esperando a negativação ou diminuição significativa da sorologia. Caso não ocorra diminuição da titulação do VDRL, ou haja aumento duas diluições acima do último título, justifica-se a realização de novo tratamento mesmo no paciente assintomático (Ministério da Saúde, 1997).

3.2. Abuso sexual na infância

A prática sexual entre adultos e crianças, apesar de existir bem antes da sociedade moderna, somente passou a ser considerado um fator de relevância a nível de saúde pública, sendo visto como um abuso contra a criança, apenas nas últimas décadas. Este fato ocorreu a ponto de chamar a atenção de profissionais de saúde e da população

Convém alertar que crianças apresentando sorologia elevada no VDRL estão sujeitas a uma reação alérgica denominada Reação de Jarish-Herxheimer

de uma maneira geral, como atesta o aumento da literatura especializada e leiga sobre o assunto em todo o mundo. Uma demonstração do grande interesse da sociedade por este problema se re-

flete na Passeata de Bruxelas, onde cerca de trezentas mil pessoas se reuniram na capital da Bélgica no dia 20 de outubro de 1996, para protestar contra a pedofilia e a exploração infantil.

Na área médica, o assunto também tem ganho a cada dia maior atenção, como demonstra a inclusão do tema "Abuso Sexual" no *Index Medicus*, — indexador dos principais periódicos médicos de todo o mundo, atualizado anualmente por assunto — que ocorreu em 1965, tendo o primeiro artigo sido publicado em 1973. O crescimento foi bastante evidente, de maneira que só no ano de 1987 foram listadas 113 referências (Bays e Chadwick, 1993).

Condutas e atitudes hoje conceituadas como abuso sexual, entretanto não o eram no passado, sendo inclusive valorizadas por alguns povos. Historicamente encontramos na Grécia clássica e em Roma a prática do coito anal entre professores e alunos com aprovação social. Na mesma Roma, haviam crianças escravas em prostibulos, usados para a satisfação sexual de adultos (Almeida, 1995). O imperador persa Artaxerxes, foi citado por Plutarco como tendo casado com sua própria filha, mantendo portanto uma relação vista aos olhos de hoje como abusiva e incestuosa. A mesma situação ocorreu com os faraós Amenhotep II e Akhenaten (Gregersen, 1983).

Gregersen (1983) em sua revisão antropológica das práticas sexuais em todo o mundo relata outras atitudes hoje consideradas relações abusivas pela nossa sociedade e que foram ou são consideradas normais em outras culturas. Os Cewa, na África acreditam que uma menina morre se não começar a copular antes da menarca (primeira menstruação), e tal ato é estimulado pelos pais nas brincadeiras de infância. No Oásis de Siwa, no Egito, é considerado tolerável o casamento entre adultos e meninos no início da adolescência, a fim de promover uma educação completa do menor. Entre os Murgnin da Oceania, uma tribo aborigene, após a menina menstruar ocorre sua defloração pelo seu futuro marido, através da penetração do seu dedo ou de um bumerangue especial na vagina. A defloração também ocorria entre os Kubeo da América do Sul, onde a menina aos oito anos era penetrada por um ancião impotente, que ia gradualmente alargando sua abertura vaginal com os dedos, até que conseguisse inserir três dedos, quando então estava garantido que a menina não sentiria dores nas relações sexuais e teria par-

Nas primeiras décadas do século, concluía-se que, se a iniciativa havia partido da criança, não poderia haver abuso

tos tranqüilos. Os meninos Sirinós, também da América do Sul, durante o período de aleitamento tem seu pênis acariciado pela mãe que, após ereto era esfregado em sua vulva para "acalmar a criança". Ao norte da Colômbia, os Kágaba iniciam jogos e práticas sexuais com crianças a partir dos cinco anos, sendo uma das sociedades com maiores padrões de pedofilia. Também é histórica a exploração sexual por parte dos pais, como ocorria no Japão antigo, onde os parentes eram a principal fonte de prostitutas para as "casas de chá", que as compravam a partir dos 10 anos de idade. Na Índia, há exploração sexual de crianças devido a prática de Devadasi, na qual as meninas são dedicadas a templos do deus Yellema, onde trabalham como concubinas dos sacerdotes. Na medida que crescem estas meninas são substituídas por outras (estima-se a entrada de cinco mil a dez mil novas crianças nos templos anualmente) e acabam invariavelmente na prostituição (Richens, 1994). Prática antiga entre os povos africanos, a circuncisão feminina é ainda hoje praticada em vinte e oito nações deste continente, por motivos alegadamente religiosos. A circuncisão é realizada de diversas formas, sendo que a mais agressiva delas retira além do clitóris os pequenos e os grandes lábios. O que sobra é então costurado, sem uso de anestésicos ou antissépticos. Estima-se que ainda hoje cerca de seis mil crianças sejam vítima desta forma de abuso (Leon, 1997).

Em nossa sociedade ocorreu uma mudança de interpretação quanto as práticas sexuais com crianças. Em 1937, Bender e Blau (*apud* Fahlberg, 1996) estudando crianças que mantinham relações com adultos concluíram que as crianças haviam iniciado as atividades sexuais ou tinham agido como sedutoras dos seus parceiros. Alguns anos depois, em 1942, Sloane e Karpinski (*apud* Fahlberg, 1996) em outro estudo concluem que as meninas concordavam com a atividade sexual com adultos, porque esta durava muito tempo, e estavam presentes "impulsos incestuosos". Duas décadas depois, em um estudo de Weiss e colaboradores (*apud* Fahlberg, 1996) com 73 meninas vítimas de abuso, o pensamento cotinuava semelhante, e concluiu-se que em nenhum caso a relação havia sido iniciada pelo indivíduo adulto.

Efetivamente o que tem mudado ao longo dos anos é a percepção dos profissionais que lidam com crianças acerca do fenômeno do abuso. Nas primeiras décadas do século, concluía-se que, se a iniciativa havia partido da criança, não poderia haver abuso. Hoje são diferentes as interpretações de tais comportamentos e atitudes.

3.3. O Médico e o abuso sexual

Hoje em dia a questão da violência de maneira geral e em especial do abuso sexual é uma questão que permeia a rotina do médico, que irá vivenciá-la em diversas situações:

- a) No consultório ou no ambulatório, durante a realização do exame de rotina da criança, ou quando há a consulta por outro motivo de saúde, o médico deve estar atento para sinais que denunciem possíveis maus-tratos;
- b) Na emergência, onde a criança pode chegar apresentando consequências mais sérias do abuso, e muitas vezes a família ou responsável dissimula o episódio.
- c) No consultório ou na emergência, quando a criança já apresenta a queixa do abuso como um fato concreto, e os pais trazem para avaliação e/ou tratamento. Neste último caso a criança já pode ter sido encaminhada por outro serviço médico, serviço social ou judicial. Mesmo assim, grande parte dos casos que chegam a rede de saúde não é identificado por diversos motivos, dentre os quais encontramos:

1) Falha na preparação dos profissionais — médicos ou não — que durante sua graduação e mesmo durante a pós-graduação abordam muito pouco a questão dos maus-tratos em seus cursos (Menezes, 1996).

Isto faz com que a formação dos profissionais seja feita através da imprensa leiga e de eventuais pacientes identificados no dia a dia de seus atendimentos. Este fato já ocorria na época de Kempe (1977), que afirmava: "...nós pediatras estamos insuficientemente atentos a freqüência do abuso sexual, que é, eu creio, tão comum quanto o abuso físico" e assim se mantém até hoje. Menezes e colaboradores (1996), relatam a partir de seu trabalho no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP) em 1992 e 1993, uma grande dificuldade no reconhecimento médico de lesões genitais traumáticas. Dentre os 45 pediatras do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) entrevistados por Marmo, Davoli e Ogido (1995), 46% relata que sua dificuldade maior em relação aos maus-tratos na infância está exatamente no diagnóstico. Os profissionais ouvidos relatam que o principal fator de importância no diagnóstico são os achados físicos, seguido por achados nos exames complementares e só em terceiro aparece aquele que é de fato o principal ponto para o diagnóstico de maus-tratos: a história da criança.

Segundo Menezes e colaboradores (1996), "a simples suspeita de maus tratos implica medidas judiciais e atemoriza a todos os profissionais envolvidos"

Assis e Souza (1995), trabalhando no município do Rio de Janeiro, afirmam que o profissional de saúde, em sua prática diária em ambulatórios e unidades de pronto atendimento muitas vezes não diagnóstica casos claros de violência contra a criança por não ter sido treinado para isso. Nos EUA (Woolf, 1988), em pesquisa feita entre os cirurgiões, 71% relatava treinamento com carga horária menor que 5 horas durante toda sua residência médica visando a identificação e acompanhamento de maus-tratos contra crianças. Entre pediatras e médicos de família (generalistas), o número de profissionais com menos de 5 horas de treinamento foi menor, sendo respectivamente 42% e 53%. Houveram também profissionais que não tiveram nenhum momento de discussão sobre maus tratos na infância, chegando a 5% entre cirurgiões e 4% entre pediatras.

A Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, no *Workshop* sobre maus-tratos contra a criança e o adolescente, (1996), apresenta como dificuldades no diagnóstico de maus-tratos, dentre estes os abusos sexuais, a falta de embasamento teórico dos profissionais, a sua dificuldade em detectar os sinais físicos sugestivos de violência. O *workshop* propõe como forma de amenizar o problema o treinamento dos profissionais de saúde nos aspectos éticos, médico-legais e psicossociais da questão, a inclusão da temática nos currículos de graduação e nas atividades desenvolvidas pelas Comissões de Educação em Saúde.

Os profissionais de saúde deveriam abordar as questões ligadas a maus-tratos na infância durante o curso de graduação e participar de programas continuados de reciclagem (Orr e Prieto, 1979). Só desta forma deixarão de existir crianças que tem sua queixa de abuso desconsiderada após um exame rápido e anamnese mal dirigida por um médico não familiarizado à problemática do abuso. Os próprios médicos devem estar conscientizados da necessidade de conhecerem melhor o assunto, como forma de evitar a sua continuidade. Neste sentido a Sociedade Brasileira de Pediatria sugere que conhecimentos na área de Direitos da Criança sejam pré-requisitos para obtenção do Título de Especialista em Pediatria (Reiniger, Robinson e Mc Hugh, 1996). Também já há uma proposta do Ministério da Saúde para a discussão da questão do abuso sexual nos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, além de reciclagem dos profissionais que atendem crianças (Chicrala, 1995).

- 2) Falhas implícitas no próprio sistema de saúde. O médico, preso a função de "médico da

emergência" pouco tempo tem para abordar a questão real do agravo da criança, permitindo seu ocultamento (Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, 1996).

- 3) Certos médicos preferem não acreditar no assunto, não aceitando que o problema exista (Santos, Palhares e Olivo, 1986; Cupoli, 1988; Dubowitz, 1990; Taroni, 1995; Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, 1996). Para o diagnóstico é essencial que o abuso seja encarado como algo possível (Kempe, 1962; AAP, 1991).
- 4) Questões éticas e morais. Alguns médicos preferem não abordar o que se trata de "problema de família". Outros não se encontram preparados para interrogar a respeito de um possível abuso sexual, outros por fim não querem se comprometer com o desdobramento do caso e suas implicações legais (Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, 1996). Segundo Menezes e colaboradores (1996), "a simples suspeita de maus tratos implica medidas judiciais e atemoriza a todos os profissionais envolvidos".

Devido ao seu relacionamento íntimo com as crianças, muitas vezes o médico está em posição de adquirir informações e dar um apoio que não será tão fácil para outros profissionais (AAP, 1991). Por este motivo o médico que atende crianças deve estar preparado para: a) Realizar exame físico minucioso, com avaliação das lesões e coleta de material (espécimes forensicos devem ser colhidos até 72 horas após o abuso); b) Reconhecer as alterações comportamentais indicadoras de abuso; c) Diagnosticar, efetuar tratamento curativo e profilático e interpretar as possíveis DST; d) Documentar todo o atendimento, o que, em certas ocasiões, pode se revestir de valor legal; e) Conhecer os órgãos competentes públicos ou privados da comunidade de moradia, sabendo para onde encaminhar a criança e sua família; f) Conhecer sua posição em uma equipe interdisciplinar. (AAP, 1988; Gutman, Herman-Giddens e Prose, 1991)

Há diferenças entre a comunicação do abuso em relação aos dias de hoje e a década de 70, quando surgiram os alertas em relação a gravidade deste tipo de violência. Embora saibamos que grande número de casos permanece escondido dentro do lar, cada dia mais crianças são trazidas para avaliação de um profissional de saúde, inclusive pré-escolares e lactentes, e com sintomas mais brandos do que no passado. Casos clássicos, com múltiplas fraturas, desnutrição severa e abuso sexual traumático representam a minoria das avaliações (Marshall, Puls e Davidson, 1988).

No Brasil, a questão legal do abuso sexual é definida no Código Penal no seu Capítulo dos Crimes contra a Liberdade Sexual pelos artigos 213 e 214

Em 1979, Orr e Prieto, um ano após o alerta de Kempe, relatavam que os residentes de pediatria documentavam mal os episódios de abuso sexual atendidos na emergência, e que seria necessário melhorar seu treinamento. Ainda segundo Orr, os ginecologistas que não tem prática em examinar crianças esperam o mesmo nível de cooperação dos adultos, e quando encontram resistência pelo menor isto pode resultar em um exame rápido ou incompleto. Por outro lado, afirma que os pediatras se sentem relutantes em realizar exames pélvicos nas crianças. Este despreparo ocorre no Brasil, e segundo a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) (1992), o profissional de saúde não está preparado para conduzir casos de maus-tratos contra crianças. A opinião de Santos, Palhares e Olivo (1986) é semelhante, afirmando que as crianças vítimas de abuso sexual muitas vezes tem o diagnóstico clínico equivocado, estando o profissional, muitas vezes, despreparado para exames mais específicos da genitália.

3.3.1. Definição de abuso sexual

O Abuso Sexual pode ser definido de diversas maneiras, sendo diversas as culturas, sociedades, profissões e valores de quem o define. Torna-se portanto muito importante uma definição de consenso, a fim de que pessoas de diferentes áreas preocupadas com o bem estar da criança possam se comunicar de maneira adequada (Haugaard e Repucci, 1988).

De uma maneira simples e abrangente, poderíamos definir o abuso sexual infantil como faz a ABRAPIA (1992):

"Abuso sexual é a situação em que uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto, ou mesmo de um adolescente mais velho baseado em uma relação de poder incluindo desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, 'voyeurismo', pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência"

Outra definição mais complexa é a da Associação Americana de Pediatria (AAP) (1991) que afirma:

"O abuso sexual pode ser definido como a participação da criança em atividades sexuais que não compreende, para a qual está despreparada e não pode dar seu consentimento, e/ou que viola os tabus sociais e legais da sociedade. As atividades sexuais podem incluir todas as formas de contato oral-genital,

genital ou anal pela ou na criança, ou abusos sem contato, como exibicionismo, voyeurismo, ou pornografia. Abuso sexual inclui um espectro de atividades variando do estupro violento a gentil sedução."

Pode-se notar que são diversas as situações contidas nesta definição, o que pode provocar o aparecimento de distorções em pesquisas realizadas. Isto ocorreria, por exemplo se fossem procurados achados genitais em crianças que tivessem sido expostas a pornografia, comparando com outra pesquisa em que todas as crianças foram vítimas de estupro. Todas foram vítimas de abuso, mais tais fenômenos não podem ser comparados, pois são fenômenos de graus diferentes. Mesmo assim, tanto os menos invasivos, como a exposição a pornografia, quanto os mais invasivos, como o estupro devem ser vistos como abusos, pois o agressor ultrapassa os limites aceitáveis pela sociedade. Temos então que tentar definir ao máximo o grupo que estamos trabalhando, as circunstâncias do abuso e o tipo de abuso sexual ocorrido. Quando esta definição não é clara vemos termos como abuso sexual, assalto sexual, estupro, atentado violento ao pudor, exploração sexual, prática sexual indevida, por exemplo serem usados como sinônimos vagos.

Algumas pessoas também aproveitam-se de estudos e, distorcendo os resultados de acordo com seus interesses pessoais apresentam outras definições para o que possa ser considerado como um abuso. Tal caso é o da *International Paedophilic Information Exchange*, da Inglaterra, que defende o engajamento sexual de crianças "capazes de consentir" (Almeida, 1995). Este conceito parece vir da afirmativa de que para definirmos o abuso sexual, deve haver o não consentimento da vítima (Haugaard e Repucci, 1988). O autor entretanto conclui afirmando que uma criança, conscientemente não pode aceitar a participação em um ato sexual com um adulto.

Deve estar bem claro também para o profissional lidando com abuso sexual a existência e as consequências envolvidas com o incesto.

"Incesto é uma relação de caráter sexual entre um adulto e uma criança ou adolescente ou entre um adolescente e uma criança, ou entre adolescentes quando existe laço familiar, direto ou não, ou mesmo uma relação de responsabilidade" (ABRAPIA, 1992).

Torna-se oportuna também a abordagem da definição legal do abuso, uma vez que é ela que vai definir o que é ou não permitido de fato. Destacamos inclusive, que um médico não deve firmar o diagnóstico de abuso sexual, sendo esta uma conclusão jurídica

*Entre as crianças,
o reconhecimento da
sífilis como entidade clínica
é feito em 1497,
a partir dos escritos
de Gaspar Torella*

ca, opinião partilhada por vários autores (Enos, Conrat e Byer, 1986; Bays e Chadwick, 1993). Ao médico compete examinar, cuidar da criança quando diante de alguma patologia e dar seu parecer sobre possíveis alterações ao exame quando interpelado judicialmente. Deve ainda expressar sua opinião, devendo mesmo registrá-la, não procurando se eximir de suas responsabilidades como profissional da criança.

No Brasil, a questão legal do abuso sexual é definida no Código Penal no seu Capítulo dos Crimes contra a Liberdade Sexual pelos artigos 213 e 214. Segundo o artigo 213, toda vez que uma mulher é contrangida a cometer conjunção carnal (não é abordada a questão da idade), mediante violência ou grave ameaça, temos constituído um estupro. Outras situações (atos libidinosos) que não a conjunção carnal, bem como abusos contra homens se enquadram como Atentado Violento ao Pudor, desde que realizados mediante violência ou grave ameaça, como é definido no artigo 214. Destaca-se também que, de acordo com o artigo 224 toda vez que a vítima é menor de 14 anos, vemos presumida a violência. Logo, todo caso de relação sexual com penetração em uma menina menor de 14 anos será considerado estupro, bem como todas outras formas de abuso, com meninas ou meninos menores de catorze anos serão enquadradas como atentado violento ao pudor, sendo portanto passíveis de punição.

3.3.2. Documentação da suspeita de abuso sexual

Em todo caso de suspeita de abuso sexual a documentação deve ser detalhada e atualizada. O médico deve lembrar que os registros de prontuário além de auxiliar a memória e funcionar como referência futura funcionam também como documentos legais (Orr e Prieto, 1979).

No registro da história deve-se anotar quem foi o entrevistador, quem estava presente, que perguntas foram feitas a criança e suas respostas exatas, entre aspas. No exame físico não devem haver conclusões sobre os achados, e sim descrição dos mesmos. Desta forma, emprego de termos referindo-se a genitália feminina como "virginal" ou "intacta" são inadequados, sendo preferida a palavra "normal" na ausência de alterações (Paradise, 1990). Na descrição das lesões convém utilizar-se de termos técnicos, como ruptura himenal, escoriações e equimose, que devem vir preferencialmente acompanhados de fotografias ou ilustrações. Para obtenção de fotografias é importante a autorização por escrito dos

pais ou responsáveis. Na hipótese diagnóstica o médico deve dar sua impressão após juntar os dados colhidos na anamnese, com os achados do exame físico, sempre lembrando que não compete ao profis-

sional de saúde diagnosticar estupro ou qualquer crime, mas sim usar os termos de "suposto abuso" ou "sugestivo de estupro". Todos os exames e seus resultados devem ser transcritos no prontuário. Caso algum relatório seja solicitado, só deve ser realizado após autorização escrita do responsável ou por ordem judicial. Tomando estes cuidados o médico estará resguardando seu paciente e a si próprio.

Uma forma de facilitar o correto preenchimento dos dados é a utilização de formulários onde sejam incluídos todos os dados pertinentes a questão do abuso, como adotado no Setor de DST da UFF. Desta forma as informações relevantes terão que ser obrigatoriamente preenchidas pelo médico examinador. Socolar, Champion e Green (1996) levantaram dados a respeito do correto preenchimento de relatórios de abuso sexual por médicos americanos e concluíram que: os médicos que participam de programas de atualização documentam melhor; os dados que oferecem maior dificuldade no correto preenchimento são o local onde foi praticado o abuso, a data ou período de realização, a necessidade ou não de utilização de força. Entre os achados físicos o pior registrado foi a medida do intróito vaginal.

3.3.3. Conselho Tutelar (CT)

Após o diagnóstico do suposto abuso e tratadas as suas conseqüências físicas, o médico deve providenciar atendimento subsequente a criança.

O CT é por definição legal o órgão encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, que se encontram definidos no ECA. No artigo 245 deste Estatuto fica claro que todo o caso suspeito de maus-tratos contra o menor, aí incluídos os abusos sexuais, deve ser notificado ao Conselho Tutelar da área de moradia da vítima, e, em sua inexistência, ao Juizado de Menores do município da residência, sob pena de multa ao profissional de saúde ou educação que deixar de realizá-la.

No CT a criança deve ser ouvida, bem como seus acompanhantes, e a partir das informações coídas devem ser tomadas as providências necessárias a sua proteção. O CT deve se encarregar do acompanhamento social e psicológico dos menores vítimas de maus-tratos, que pode ser realizado no próprio Conselho ou em unidades de referência.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense, no período de janeiro de 1987 a dezembro de 1996 foram registrados 3 casos de sífilis adquirida em crianças.

4.1. Relato dos casos

4.1.1. Paciente 1

R.M.A.Q.; 3 anos, sexo feminino, parda, natural do Rio de Janeiro, moradora em Itaboraí. Prontuário número 3935, atendida em dezembro de 1995. A menor foi trazida por sua mãe, encaminhada pelo Serviço de Proctologia do Hospital Universitário Antônio Pedro. Vacinação completa para idade, nascida de parto normal após pré-natal sem intercorrências, tendo alta do hospital em 48 horas (sic), VDRL negativo ao nascimento.

História Patológica Progressiva: A mãe da paciente não refere nenhuma doença anterior.

História da Doença Atual: Mãe relata que 9 meses antes do atendimento procurou serviço de pediatria em um posto de saúde próximo ao seu domicílio, levando a menor com queixa de lesões na vulva e região perianal. Foi então encaminhada pelo pediatra a dermatologia. Após consultada foi iniciado tratamento tópico com permanganato de potássio em banho de assento, associado a creme contendo a associação de cetoconazol com dipropionato de betametasona, e foi solicitado um exame de urina (Elementos Anormais e Sedimentoscopia - EAS), que se apresentou sem alterações. A lesão foi atribuída a má higiene da região genital e perianal. Após cerca de 15 dias, com retorno ao médico acompanhante, as lesões da vulva haviam desaparecido, com manutenção das lesões perianais, o que foi considerado justificado pela história de constipação intestinal da paciente. Foi feita orientação no sentido de se manter o uso da medicação e que aumentasse a ingestão de alimentação laxativa, tal como mamão, ameixa e laranja com bagaço.

Como o problema evoluiu com piora, devido ao surgimento de sangramento, a mãe optou por procurar um serviço de ginecologia. Foi então recomendada a manutenção da medicação e a realização de exames laboratoriais com os seguintes resultados. Urina: novo EAS, sem alterações. Sangue: Hemácias: 4.180.000 mm³; Hemoglobina 12,1g/dl; Hematócrito 38%; Leucometria Global: 7450 mm³ com: mielócitos - 0 / metamielócitos - 0 / bastões - 4 / seg-

É importante ressaltar que nas crianças assintomáticas o exame sorológico deve ser feito após 3 meses, que pode ser o tempo da janela imunológica

mentados - 41 / eosinófilos - 1 / basófilos - 0 / linfócitos - 50 / monócitos - 4; Contagem de Plaquetas - 334.000 mm³. Todos os exames se encontravam dentro dos limites normais para o sexo e faixa etária.

Foi prescrito então uma medicação homeopática, que corrigiu a prisão de ventre, sem contudo resolver a lesão perianal. Após cerca de 60 dias do tratamento, sem retorno da prisão de ventre, mas com manutenção da queixa inicial, a mãe procurou novo serviço pediátrico onde foi levantada a hipótese de condiloma acuminado, sendo encaminhada a outro hospital.

A mãe procurou vários serviços, não conseguindo atendimento, sendo por fim atendida no Serviço de proctologia do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP). Foi iniciado então tratamento com podofilina tópica que não levou a melhora após duas seções de cauterização. Foi então encaminhada ao Setor de DST/UFF.

Durante a avaliação clínica foi visualizado lesão vegetante perianal sugestiva de condiloma plano sífilítico (foto 1). A menor não apresentava adenomegalias nem outro sintoma clínico, estando sem outras alterações ao exame clínico. Foi solicitado VDRL, reator 1:128^e HIV, não reator. Iniciou-se tratamento com penicilina benzatina 600.000 unidades internacionais (UI), Intramuscular (IM), repetidas após uma semana. O exame direto após impregnação pela prata foi negativo. Acreditamos que isto tenha ocorrido devido a manipulação da lesão, inclusive com aplicação anterior com podofilina e ao fato da mãe ter higienizado a criança antes de trazê-la a consulta. Na ocasião da segunda aplicação já apresentava melhora significativa do quadro, com resolução total em um mês. Novo VDRL realizado após 3 meses demonstrou declínio significativo dos títulos, e negatificação após 6 meses.

A menor possuía história de suposto abuso sexual por parte de um vizinho, contato declarado desde a primeira consulta médica. Foi feita orientação no sentido de levar o problema ao Juizado de Menores de Itaboraí (no município não havia Conselho Tutelar implantado até a data do atendimento) e feito encaminhamento ao Serviço de Neuropsiquiatria Infantil do HUAP.

4.1.2. Paciente 2

J.S.C.N., 6 anos, sexo masculino, branco, natural de São Gonçalo, RJ, onde reside atualmente, estudante. Foi trazido ao Setor de DST/UFF por sua avó. Prontuário número 3996, atendido em dezembro de 1995. Vacinação completa para a idade; nascido de parto normal. Mãe realizou pré-natal, mas não há relato de VDRL ao nascimento.



Foto 1 - R.M.A.Q. - Condiloma plano

História Patológica Progressa: O menor apresentou episódios de pneumonia aos 3 anos e varicela aos 5 anos.

História da Doença Atual: Há cerca de 3 semanas antes da consulta apresentou quadro febril associado a cefaléia, que cessou com uso de dipirona supositório pediátrico. Após cerca de 3 dias iniciou lesão sugestiva de assadura na região perianal (sic), tendo ido ao posto de saúde, onde foi prescrito nistatina tópica, e foi orientado no sentido de melhorar a higiene na região genital e perianal. Com 3 dias de medicação surgiram manchas por todo corpo associado a adenomegalia na região inguinal. Credo tratar-se de alergia, a avó procurou então serviço de emergência onde foi prescrito anti-histaminico oral; sem melhora alguma.

Como a criança havia supostamente sofrido abuso sexual por parte de um primo de 19 anos que apresentava lesões semelhantes pelo corpo, foi recomendado por uma tia que procurasse o Setor de DST/UFF.

Ao exame apresentava lesões maculares, eritematosas, ovais, em troncos, palmas e cavidade oral, inclusive língua, configurando as roséolas sifilíticas. Havia na região perianal lesão de bordas mal

definidas, macerada, úmida, dolorida, típica de condiloma plano sifilítico. Adenomegalia inguinal bilateral acompanhava o quadro.

Foi solicitado VDRL, reator 1:64 e sorologia para HIV, não reatora.

O tratamento foi iniciado com penicilina benzatina 1.200.000 (UI), repetido em duas doses com intervalo de sete dias. Após a efetivação do tratamento houve melhora clínica e laboratorial, configurando cura.

Foi feito encaminhamento ao Setor de Neuropsiquiatria Infantil do HUAP, onde se encontra em acompanhamento, e ao Conselho Tutelar de São Gonçalo.

4.1.3. Paciente 3

J.M.S., 5 anos, sexo feminino, parda, natural de São Gonçalo, RJ, onde reside atualmente, estudante. Foi trazida ao Setor de DST/UFF por sua mãe. Prontuário número 4852, atendida em agosto de 1996. Vacinação completa para a idade; nascido de parto normal. Mãe realizou pré-natal, mas não há relato de VDRL ao nascimento.

História Patológica Progressa: Mãe não relata nenhuma doença digna de nota.

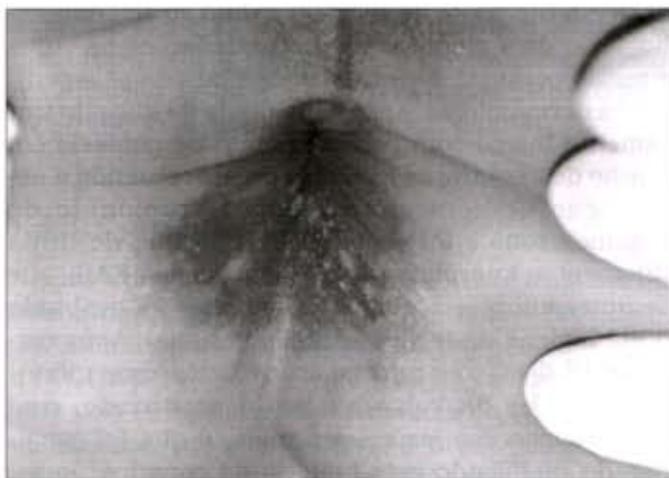


Foto 2 - J.S.C.N. - Condiloma plano

História da Doença Atual: Há cerca de 1 semana antes da consulta apresentou quadro com lesão próxima a vagina com ardência e discreto corrimento. Como a mãe é paciente do Setor DST/UFF, resolveu trazer a menor para consulta. Não havia feito uso de medicação até a consulta.

Ao exame apresentava na região vulvar lesão de bordas mal definidas, macerada, úmida, dolorida, típica de condiloma plano sifilítico. Adenomegalia inguinal bilateral acompanhava o quadro. O hímem se apresentava roto em 8 horas.



Foto 3 - J.S.C.N. - Roséola em língua



Foto 4 - J.S.C.N. - Adenomegalia inguinal

Foi solicitado VDRL, reator 1:64 e sorologia para HIV, não reatora.

O tratamento foi iniciado com penicilina benzatina 1.200.000 U, repetido em duas doses com intervalo de sete dias. Após a efetivação do tratamento houve melhora clínica e laboratorial, configurando cura.

Após entrevista de revelação realizada no Setor a menor relata ter mantidos contatos genitais com um primo de 15 anos, que, segundo ela ocorriam "há muito tempo" e "perto do quintal de casa". Foi feito encaminhamento ao Setor de Neuropsiquiatria Infantil do HUAP, e ao Conselho Tutelar do município de São Gonçalo.

A lesão mais frequentemente encontrada foi o condiloma plano, em 100% dos pacientes, seguido pela adenomegalia em 66% e as roséolas e o cancro duro em 33%. Como achados inespecíficos tivemos o relato de febre em um único paciente.

O exame realizado em todos os pacientes para diagnóstico de sífilis foi o VDRL, cuja positividade mostrou desnecessário a realização de outras investigações laboratoriais.

O tratamento com uso de penicilina benzatina foi eficaz nos 3 pacientes, com melhora clínica e laboratorial. Todos os pacientes tiveram suspeita de abuso sexual. Os casos foram portanto encaminhados ao Conselho Tutelar do município de moradia e, na sua inexistência, ao Juizado da Infância e Adolescência. Foi proposto também acompanhamento psicológico a todos os menores.



Foto 5 - J.M.S. - Condiloma plano

Os prováveis abusadores destes menores foram todos convocados a comparecer ao Setor de DST/UFF afim de realizar investigação clínica e laboratorial.

O provável abusador da paciente 1 só compareceu após mais de 6 meses, a partir de um mandato emitido pelo Delegado de Itaboraí, e apresentava, no momento do exame, exame clínico negativo e VDRL não reator. O mesmo era dono da casa onde morava a família da paciente e promoveu o despejo da mesma.



Foto 6 - J.M.S. - Condiloma plano.
Observa-se ainda rutura himenal em 7-8 horas



Foto 7 - Pesquisa direta de *Treponema pallidum*,
evidenciando a espiroqueta

Tabela 3 - Achados clínicos da sífilis adquirida na infância nos Pacientes atendidos no Setor de DST-UFF-Niterói - RJ - 1996

Paciente	Cancro	Roséolas	Adenomegalia	Condiloma Plano
1	sim*	não	não	sim
2	não	sim	sim	sim
3	não	não	sim	sim
Total	1	1	2	3

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF

* O cancro embora descrito pela família não foi visualizado no atendimento.

O primo do paciente 2 foi expulso de casa pela família e mudou-se para Macaê (sic), onde servia ao exército na época do retorno do paciente.

O provável abusador da paciente 3, foi "perdoado" pela família, contanto que não se aproximasse mais das crianças (sic).

A falta de acompanhamento psicológico destes abusadores é preocupante, pois o risco de repetição de tais atos com outras crianças é real.

5. DISCUSSÃO

A literatura registra 17 casos de sífilis adquirida na infância. A maior casuística foi registrada por White, *et al* em 1983 que apresentou 6 pacientes. Ginsburg em 1983 e Ackerman, *et al* em 1972 relataram 3 casos cada, e Aloi (1987), Echols, *et al* (1990) e Lande, *et al* (1992) apenas um. Nossa pesquisa apresentou a ocorrência de 3 casos.

Ainda que três destes autores tenham verificado a concomitância com outras DST, nós não encontramos nenhuma patologia associada aos nossos casos de sífilis adquirida.

Em relação aos achados clínicos o cancro duro e o condiloma plano foram os mais freqüentes, seguindo-se a adenomegalia e roséolas (tabela 3). Em nossa pesquisa, o condiloma plano foi um sinal clínico constante. Nosso único paciente a apresentar o cancro duro, não teve o mesmo visualizado, sendo considerado apenas pelo relato da lesão por parte da mãe da menor.

O segundo achado mais relatado foi a presença de roséolas sífilíticas, descrito em 29% dos pacientes. Apenas um (33%) dos pacientes que relatamos apresentavam esta lesão.

Foram descritos ainda 23,5% dos pacientes com adenomegalia inguinal e com condiloma plano. Estes achados também foram encontrados entre nossos pacientes, sendo vistos em 66% e 100%, respectivamente.

Echols, *et al* (1990) registra em um de seus pacientes a alopecia areata, não observada em nenhum de nossos pacientes.

No Setor de DST-UFF todas as crianças atendidas com DST recebem indicação para realizar sorologia para sífilis. Nos pacientes estudados o VDRL foi positivo na totalidade dos casos.

White, *et al* (1983) e Lande, *et al* (1992) relatam um total de seis casos de sífilis, confirmados laboratorialmente em crianças vítimas de abuso sexual em que não foi encontrado nenhum achado clínico (35% dos pacientes), o que mostra a importância de avaliar toda criança suspeita de estar sendo vitimizada. No Setor de DST-UFF toda criança investigada após abuso sexual ou portadora de qualquer

A sorologia positiva para sífilis assim como a suposição de abuso sexual foi observada na totalidade dos pacientes

DST recebe a indicação de realização da sorologia para sífilis. Mesmo assim, desde sua fundação, nenhum caso foi relatado, entre as 22 crianças estudadas.

O diagnóstico diferencial da doença é sempre necessário. Dois dos pacientes anteriormente a consulta no Setor de DST/UFF tiveram levantadas uma série de suspeitas, embora não tenha sido pensado na hipótese da sífilis. As dificuldades dos profissionais que atenderam anteriormente estes pacientes, na conclusão diagnóstica foram relacionados a hipótese de má higiene infantil e a possibilidade de dermatofitose (dois pacientes), tendo havido suspeita também de "alergia a supositório de dipirona", infecção de trato urinário, condiloma acuminado e fissuras devido a constipação intestinal.

Embora pouco freqüente, havendo poucos relatos na literatura, a sífilis adquirida na infância deve ser considerada uma realidade. Torna-se importante sua investigação diante de toda criança com história ou suspeita de abuso sexual, bem como diante de lesões em cavidade oral, região genital e perianal.

Todo médico que atende crianças, seja ele pediatra, ginecologista ou mesmo generalista deve ter em mente a sintomatologia clínica da sífilis adquirida, lembrando que os principais achados diagnósticos descritos na criança são o condiloma plano e o relato de cancro (normalmente não encontrado ao exame físico), a adenomegalia inguinal e as roséolas. Achado menos comum é a presença de alopecia areata. Convém destacar também que muitas vezes a sífilis pode se apresentar em seu período de latência, sem nenhuma sintomatologia clínica, devendo ser mesmo assim um diagnóstico a ser investigado. Além da clínica clássica, é importante o médico conhecer o tratamento empregado para sífilis, utilizando a penicilina benzatina; saber quando solicitar a sorologia para sífilis, e como efetuar o controle de cura, que deve ser realizado após três, seis e doze meses do tratamento.

Entendemos ainda que a sífilis adquirida não é doença comumente diagnosticada em nosso meio embora certamente exista subdiagnóstico clínico. Mesmo assim, por tratar-se de doença de fácil tratamento após estabelecido o seu diagnóstico, pela possível gravidade de suas complicações e seqüelas e devido a sua epidemiologia estar ligada a violência contra o menor é de grande valor o seu conhecimento por parte de todos aqueles que lidam com as crianças. A doença é pouco freqüente na criança, mas de maneira alguma deve passar despercebida por nós, como ocorre no relato de nosso primeiro paciente. Todos devem ter em mente uma frase popular antiga do Professor Eduardo Rabelo: "... qual-

quer lesão genital tem pelo menos 90% chance de ser sífilis, precisamos pensar sifiliticamente". Embora hoje em dia a incidência de sífilis tenha diminuído significativamente, não se pode postegar um

diagnóstico como nós relatamos.

O trabalho, apresenta, portanto relevância por despertar a atenção para um problema certamente subdiagnosticado e capaz de trazer graves seqüelas tanto do ponto de vista físico quanto psíquico. O trabalho também torna-se oportuno ao fazer uma revisão de diversos aspectos ligados ao tema, como a questão legal do abuso e do papel do médico diante dele, assunto hoje em dia tão em evidência a partir da implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente, e mesmo assim ignorado mesmo por pediatras.

6. CONCLUSÕES

A ocorrência de sífilis adquirida na infância no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense no período de 1987 a 1996, foi restrito a três casos.

Dos sinais clínicos o condiloma plano foi o mais freqüente, seguindo-se as adenomegalias inguinais. A literatura relata além destes o registro do cancro e os pacientes assintomáticos.

A sorologia positiva para sífilis assim como a suposição de abuso sexual foi observada na totalidade dos pacientes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A CARÍCIA que Destroi a Inocência. *Veja*, São Paulo, 31 jan. 1996, v.29, n.5., p.76-82.
- ACKERMAN, Bernard; GOLDFADEN, Gary; COSMIDES, James C. Acquired Syphilis in Early Childhood. *Archives of Dermatology*, v. 106, n.7, p.92-3, jul., 1972.
- ALMEIDA, José A. M. Agressão Sexual em Crianças e Adolescentes. *Jornal do CFM*, Brasília, set., 1995.
- ALOI, Filipo. Lip Syphilitic Chancre in a Child. *Pediatric Dermatology*, v.4, p.63, jan., 1987.
- ARUNELANTHAM, T. A Case of Asexually Transmitted Syphilis in a Child. *Ceylon Medical Journal*, v.23, p.136-8, 1978.
- ASSIS, Simone G.; SOUZA, Edmilsa R. Morbidade por Violência em Crianças e Adolescentes do Município do Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.71, n.6, p.303-312, nov. 1995.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PEDIATRIA. Comitê on Adolescence. Rape and Adolescent. *Pediatrics*, v. 81, n.4., p. 595-597, abr., 1988.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PEDIATRIA. Comitê on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children. *Pediatrics*, v. 87, n.2., p. 254-260, fev., 1991.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - ABRAPIA. *Maus-tratos Contra Crianças e Adolescentes: Proteção e Prevenção: Guia de Orientação para Profissionais de Saúde*. Petrópolis: Autores & Agentes Associados, 1992. 32 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - ABRAPIA. *Projeto Projicall - I Curso Introdutório à Prevenção da Violência Doméstica* Rio de Janeiro, 1992. 27 p. Apostila.
- BAYS, Jan; CHADWICK, David. Medical Diagnosis of The Sexually Abused Child. *Child Abuse & Neglect*, v.17, p. 91-110, 1993.
- BASTOS, Álvaro C.; RAMOS, Laudelino O.; TAKIUTI, Albertina D. *Ginecologia Infanto-Puberal*. São Paulo: Manole. 1976. 140 p.
- BECK-SAGUE, Consuelo; ALEXANDER, Russel. Sexually Transmitted Diseases in Children and Adolescents. *Infectious Disease Clinics of North America*. Philadelphia, v.1, n.1, p.277-304, mar. 1987.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 3 de janeiro, 1941.

- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Imprensa Nacional, 1991. 112 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Condutas Clínicas em Aids**. Criança. Brasília: 1994. 52 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o Diagnóstico e Tratamento das Principais Dermatoses da Infância de Interesse Sanitário**. Brasília: 1994. 62 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: 1997. 54 p.
- CARVALHO, Altamiro V. V. Sífilis Adquirida na Infância. In: CONGRESSO DST IN RIO, 1996, Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis - Anais do Congresso DST in Rio ...** Niterói: v.8, n.3, p.50, set. 1996.
- CARVALHO, Altamiro V. V.; PASSOS, Mauro R. L.; CARVALHO, Rodrigo, V. V. Sífilis Adquirida na Infância. Relato de Caso. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis** Niterói: v.8, n.2, p.47-8, jun. 1996.
- CHICRALA, M. A. **Atendimento Ambulatorial em Ginecologia Infantil e de Adolescentes**: Contribuição da Prática para o Planejamento. Rio de Janeiro, 1995. 62p. Tese (Mestrado em Medicina) - Instituto de Ginecologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- CHRISTIAN, Cindy W.; PINTO-MARTIN, Jennifer A.; MCGOWAN, Karin L. The Management of Prepubertal Children With Gonorrhoea. **Clinical Pediatrics**, v.34, n.8, p.415-418, ago., 1995.
- COOVADIA, Yacoub M.; KARIM, Salim S. A Community-based Seroprevalence Survey of Syphilis in Black Children. **Genitourinary Medicine**, v. 66, n.2, p. 124, 1990.
- CUPELLI, Jean M.; SEWELL, Pamela, M. One Thousand Fifty-nine Children with a Chief Complaint of Sexual Abuse. **Child Abuse & Neglect**, v.12, p.151-162., 1988.
- De JONG, Allan, R. Sexually Transmitted Diseases in Sexually Abused Children. **Sexually Transmitted Diseases**. Londres, v.13, n.3, jul./set., p. 123-126, 1986.
- DESLANDES, Sueli, F. **Prevenir a Violência. Um Desafio para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 42 p.
- DUBOWITZ, Howard. Papel do Pediatra na Prevenção de Maus-tratos à Criança. **Clínicas Pediátricas da América do Norte**. Rio de Janeiro, v.4, p.1073-1087, abr. 1990.
- ECHOLS, Sandra K.; SHUPP, David L.; SCHROETER, Arnold L. Acquired Secondary Syphilis in a Child. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 22, n.2, part 1, p.313-4, fev. 1990.
- ENGELKENS, Herman J. H.; et al. Disseminated Early Yaws: report of a Child with a Remarkable Genital Lesion Mimicking Venereal Syphilis. **Pediatric Dermatology**, v.7, n.1, p.60-2, mar. 1990.
- ENOS, William F.; CONRATH, Theodore B.; BYER, James, C. Forensic Evaluation of the Sexually Abused Child. **Pediatrics**, v.78, n.3, p.385-398, set., 1986.
- ESTREICH, S.; FORSTER, G. E. Sexually Transmitted Diseases in Children: Introduction. **Genitourinary Medicine**, v.68, jan., 2-8, 1992/4.
- FAHLBERG, Victoria. Histórico do Abuso Sexual. Documento distribuído no **Curso de Especialização em Atendimento à Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica** - PUC-RJ, 1996 [xerox]
- FEER, E. et al. **Tratado de Enfermidades de los Niños**. Barcelona: Manuel Martín Editora, 1928. 3 ed. p. 254.
- GREGERSEN, Edgar. **Práticas Sexuais: A História da Sexualidade Humana**. São Paulo: Roca, 1983. 326 p.
- GINSBURG C. Acquired Syphilis in Prepubertal Children. **Pediatric Infectious Disease**, v.2, p.232-4, 1983.
- HALPERIN, Daniel S. et al. Prevalence of Child Sexual Abuse Among Adolescents in Geneva: Results of a Cross Sectional Survey. **British Medical Journal**. Londres, v.312, p.1326-1329, mai., 1996.
- HAUGAARD, J. J.; REPUCCI, N. D. **The Sexual Abuse of Children**. Londres: Jossey-Bass, 1988.
- HOROWITZ, Susan; CHADWICK, David L. Syphilis as a Sole Indicator of Sexual Abuse: Two Cases with no Intervention. **Child Abuse and Neglect**, v.14, p.129-132, 1990.
- INGRAM, David, L. et al. Epidemiology of Adult Sexually Transmitted Disease Agents in Children Being Evaluated for Sexual Abuse. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v.11, n.11, nov., 945-950. 1992.
- KEMPE, Henry C. Sexual Abuse, Another hidden Pediatric Problem: The 1977 C. Anderson Aldrich Lecture. **Pediatrics**, v. 62, n.3, p.382-389, set., 1978.
- KEMPE, Henry C; et al. The Battered-Child Syndrome. **Journal of American Medical Association**, v. 181, n.1, p.105-112, jul., 1962.
- LANDE, Marc B.; RICHARDSON, Amy C.; WHITE, Kathleen C. The Role of Syphilis Serology in The Evaluation of Suspected Sexual Abuse. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v.11, n.2, p.125-127, fev. 1992.
- LEON, Flávia. Uma Cerimônia de Dor e Sangue. Modelo Somaliana Conta sua Experiência e Ressucita Campanha Contra a Mutilação Genital. **O Globo**, Rio de Janeiro, 2 mar. 1997. O Mundo, p. 56, c. 1, 2, 3, 4.
- LIMA, Lana L. G.; VENÂNCIO, Renato P. O Abandono das Crianças Negras no Rio de Janeiro. In: Del Priore, M. **História da Criança no Brasil**. Contexto. São Paulo, 1991. p.61-75.
- MARSHALL Jr., William. N.; PULS, Terry; DAVIDSON, Carol. New Child Abuse Spectrum in an Era of Increased Awareness. **American Journal of Disease in Children**, v.142, n.6, p.664-667, jun., 1988.
- MENEZES, Marina G. P.; et al. A Criança Vítima de Maus Tratos Atendida em Serviços de Emergência. **Pediatria São Paulo**, São Paulo, v.18, n.2, p.75-81, 1996.
- MONTEIRO, Maria da C. N.; CABRAL, Maria, A.A.; MORGADO, Anastácio F. Violência Contra Crianças e Adolescentes: uma Revisão Bibliográfica. **Arquivos Brasileiros de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 2; n.6, 153-156, nov., 1995.
- MOREIRA, Avani J. Doenças Sexualmente Transmissíveis na Infância e Adolescência. In: PASSOS, M. R. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Cultura Médica. 1985. 4ª ed. 560 p.
- ORR, Donald, P.; PRIETTO, Susan, V. Emergency Management of Sexually Abused Children. **American Journal of Disease in Children**, v.133, p.628-631, jun., 1979.
- PARACELUSUS. **The Hermetical and Alchemical Writings of Aureolus Philippus Theophrastus Bombast of Hoheenheim, Called Paracelsus the Great**. Londres. 1894.
- PARADISE, Jan E. Avaliação Médica de Crianças Vítimas de Abuso Sexual. **Clínicas Pediátricas da América do Norte**. Rio de Janeiro, v.4, p.911-936, abr. 1990.
- PARE, A. **The Works**. T Johnson (trans.) Londres: J Hindmarsh, 1691.
- PASSOS, Mauro R. L. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994. 552 p.
- PASSOS, Mauro R. L.; GOUVEÁ, Tegnus, V. D.; ALMEIDA FILHO, Gutemberg L. Sífilis II. In: **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994. p.86-120.
- PREFEITURA DA CIDADE DE NITERÓI. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Vigilância Epidemiológica. **Dados de Arquivo** - Sífilis Adquirida Notificados em Niterói - 1994-96.
- PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Workshop Sobre Maus-tratos Contra a Criança e Adolescente**. Rio de Janeiro: Imprensa da Cidade, 1996. 6 p.
- RAWSTRON, Sarah A.; BROMBERG, Kenneth; HAMMERSCHLAG, Margaret R. STD in Children: Syphilis and Gonorrhoea. **Genitourinary Medicine**, v.69, p.66-75, 1993.
- REINIGER, Anne; ROBINSON, Ester; MCHUGH, Margareth. Treinamento Obrigatório de Profissionais: Um Modo para Melhorar a Notificação de Crianças Vítimizadas. **Correios da SBP**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.4-7, jan./fev., 1996.
- RICHENS, J. Sexually Transmitted Diseases in Children in developing countries. **Genitourinary Medicine**, v.70, p.278-283, 1994.
- SANFILLIPO, Joseph, et al. **Ginecologia Pediátrica e da Adolescente**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 482 p.
- SANTOS, Hélio O.; PALHARES, Fortunato, A. B.; OLIVO, Lucenilda. Maus-tratos na Infância. Uma Proposta de Atuação Multidisciplinar a Nível Regional. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.21, n.1, p.29-37, jan. 1986.
- SCHAUDINN, F. R.; HOFFMANN, E. Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochaeten in syphilitischen krakheitsprodukten und bei Papillomen. **Arbeiten aus den kaiserlichen Gesundheitsamte**, v.22, p.527. 1905.
- SMITH, F. R. Acquired Syphilis in Children. **American Journal of Syphilis and Venereal Diseases**, v.23, p.165-185, 1939.
- SOCOLAR, Rebecca R. S.; CHAMPION, Michael; GREEN, Cynthia. Physicians Documentation of Sexual Abuse of Children. **Archives of Pediatric and Adolescent Medicine**, v.150, n.2, p.191-196, fev. 1996.
- TARONI, F. The Role of The Gynaecologist in The Diagnosis and Management of Child Sexual Abuse. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Londres, v.102, n.1, p.82-83, jan. 1995.
- WAUGH, J. R. Acquired Syphilis on Infancy and Childhood. **American Journal of Syphilis, Gonorrhoea and Venereal Diseases**, Saint Louis, v. 22, n.5., p.607-622, sep., 1938.
- WHITE, Susanne T.; et al. Sexually Transmitted Diseases in Sexually Abused Children. **Pediatrics**, v.72, n.1, p.16-20, jul., 1983.
- WOLF, Alan; et al. What Residents Know About Sexual Abuse. Implications of a survey of knowledge and attitudes. **American Journal of Disease in Children**, v.142, jun., 668-672, 1988.
- 8 - BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 jan. 1941.

Endereço para correspondência:

Altamiro VV Carvalho / Mauro RL Passos

Universidade Federal Fluminense

CCM / CMB / MIP - Setor DST

Outeiro São João Batista, s/n

Campus do Valonguinho - Centro

Niterói - RJ - CEP: 24210-150

e-mail: mipmaur@vm.uff.br

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



ARTIGO

Influence of human Papillomavirus infection and sexual intercourse on endocervical epithelial cell immune activity

Influência da Infecção por Papilomavírus humano e da relação sexual sobre a atividade imunológica de células epiteliais endocervicais

STEVEN S. WITKIN¹, IARA LINHARES², PAULO GIRALDO³ AND WILLIAM J. LEDGER³

RESUMO

Células epiteliais no cérvix humano produzem e liberam citocinas em resposta a estímulos externos, na mesma forma que à presença de citocinas exógenas de defesa da mucosa dentro do trato genital feminino. Infecção de células epiteliais cervicais com papilomavirus humano e a transformação maligna dessas células alteram sua capacidade de proteção e resposta a citocinas. Semelhantemente, a exposição do sêmen também muda a capacidade imune modular das células epiteliais. Relações sexuais induzem a transcrição do código genético para 70 quilo-daltons (kDa) heart shock protein no cérvix humano. Isto mais a produção interlenkin-10 em células linfóides, regulam a defesa imune do trato genital.

Palavras-chave: Papilomavirus Humano, Heart Shock Protein

ABSTRACT

Epithelial cells in the human cervix produce and release cytokines in response to external stimuli as well as react to the presence of exogenous cytokines. These cells, therefore, are components of the mucosal defense system within the female genital tract. Infection of cervical epithelial cells with human papillomavirus, and the malignant transformation of these cells, alters their ability to produce and respond to cytokines. Similarly, exposure to semen also changes the immune modulating capabilities of cervical epithelial cells. Sexual intercourse induces transcription of the gene coding for the 70 kDa heat shock protein in the human cervix. This, plus the induction of interleukin-10 production in lymphoid cells, down-regulates genital tract immune defenses.

Keywords: Human Papillomavirus, Heart Shock Protein

1. INTRODUCTION

Recent studies have highlighted the significant contributions made by epithelial cells to mucosal immunity. Specifically, the capacity of mucosal epithelial cells to secrete cytokines in response to external stimuli has now been clearly established

¹ Division of Immunology and Infectious Diseases, Weill Medical College of Cornell University, New York, New York, USA

² Department of Gynecology, Hospital das Clínicas, University of Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil

³ Department of Gynecology and Obstetrics, University of Campinas, Sao Paulo, Brazil University

The capacity for induced cytokine production in response to microorganisms is a general feature of epithelial cells

(1,2). A greater appreciation of the repertoire of immune modulators that can be produced by epithelial cells under the influence of different stimuli will lead to a greater understanding of the role played by mucosal epithelial cells in immune defense mechanisms. In this communication, cytokine production by epithelial cells in the human endocervix will be reviewed, along with the changes engendered by human papillomavirus (HPV) infection, malignant transformation and exposure to the male ejaculate.

2. CYTOKINE PRODUCTION BY CERVICAL EPITHELIAL CELLS

The human cervix is divided into three regions: ectocervix, transformation zone and endocervix. The ectocervix is lined with stratified squamous epithelium, the endocervix contains columnar secretory epithelium while the transformation zone is covered with metaplastic squamous epithelium. Cultures of freshly excised cervical tissue from healthy women have established that epithelial cells from each region release cytokines into the culture medium (3-5). Endocervical epithelial cells released high levels of interleukin (IL)-8, IL-1 receptor antagonist (IL-1ra) and granulocyte macrophage colony stimulating factor (GM-CSF) and lower levels of IL-1 α , IL-1 β , IL-6, the soluble IL-6 receptor (IL-6sR) and tumor necrosis factor- α (TNF- α). Each of these cytokines was also produced by exocervical cells, but at lower levels. Immunolocalization of cytokines in intact endo- and exocervical epithelium has also been accomplished (3), strongly suggesting that the in vitro cultures paralleled the in vivo situation.

Cytokine responses by cervical epithelial cells indicate that these cells actively participate in mucosal immunity and are a component of the innate immune defense system. It has been demonstrated that mice with specific defects in T or B lymphocyte function can still resist mucosal infection (1), demonstrating that non-immune cells (i.e., epithelial cells) are important contributors to mucosal defense. The capacity for induced cytokine production in response to microorganisms is a general feature of epithelial cells (1). In addition, analysis of tissue sections and primary cultures of ectocervix and endocervix epithelial cells revealed that these cells constitutively expressed major histocompatibility complex (MHC) class I molecules and could be induced by interferon γ to express MHC class II molecules (6). Since MHC class I and II molecules allow T lymphocytes to recognize and respond to antigens on cell surfaces, these studies

indicate that cervical epithelial cells are capable of initiating immune responses by presenting antigens to T cells. Thus, epithelial cells, by the cytokine-related recruitment and activation of pro-inflammatory cells and ability to present antigens to

lymphocytic cells participate in the local immune response to infection or injury.

3. INFLUENCE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS ON CYTOKINE PRODUCTION IN THE CERVIX

Human cervical epithelial cells that have been infected with HPV and have HPV DNA integrated into the genome, and carcinoma-derived, HPV-positive cervical epithelial cells, have altered cytokine responses as compared to non-infected cells. Integration of HPV type 16 and 18, the two HPV types highly associated with cervical cancer, resulted in a markedly reduced expression of IL-1 β , IL-6, GM-CSF and TNF- α by cervical epithelial cells (3). In contrast, IL-6 SR was released in significantly greater quantity by HPV-immortalized cervical cells than by uninfected cells (4). A recent study of cervical epithelial cells that had been infected with HPV type 16 demonstrated the constitutive expression of macrophage colony stimulating factor (M-CSF), transforming growth factor beta 1 (TGF- β 1), IL-8, IL-6 and prostaglandin E2 (7).

HPV-containing cervical epithelial cells also responded differently to cytokines than did uninfected cells. IL-1 α and TNF- α inhibited proliferation of ecto- and endocervical epithelial cells while stimulating growth of HPV 16- or 18-positive epithelial cell lines (8). The IL-1 α and TNF- α induced proliferation was inhibited by the addition of exogenous IL-1ra or the soluble TNF- α receptor (TNFr1). Interestingly, while IL-6 stimulated growth of both normal and HPV 16- and 18-containing cervical epithelial cells, IL-6SR inhibited proliferation of the normal cells but stimulated growth in HPV-immortalized and carcinoma-derived cell lines (4). It has been suggested that the over-expression of IL-6SR and decreased expression of, and altered response to, pro-inflammatory cytokines by HPV-containing cervical cells contribute to the persistence and proliferation of potentially oncogenic cells at this location (3,4,8).

4. MATRIX METALLOPROTEINASE PRODUCTION BY CERVICAL EPITHELIAL CELLS

The progression, migration and invasiveness of malignantly transformed cervical epithelial cells is dependent upon degradation of the extracellular

Seminal fluid was also shown to induce IL-10 gene transcription while inhibiting INF- γ mRNA production

matrix. This is accomplished by a family of zinc-dependent endopeptidase enzymes called matrix metalloproteinases (MMPs). Two of these enzymes, the gelatinases MMP-2 and MMP-9, have been linked with cervical cancer progression (9,10). Both enzymes were absent, or present at low levels, in non-malignant endocervical epithelia (10) but detected at high levels in malignantly transformed cervical epithelial cells (9,10).

The activity of MMPs in cancer cells is regulated by endogenous molecules called tissue inhibitors of MMPs (TIMPs). Specifically, TIMP-1 and TIMP-2 inhibited MMP-2- and MMP-9 in cervical cells (10,11). MMP-2, MMP-9 and TIMP gene transcription is regulated by cytokines. In HPV 18- containing HeLa cells, transforming growth factor β (TGF- α) induced both MMP-2 and MMP-9 mRNA (11). IL-10 has been shown to inhibit MMP-2 mRNA expression but it had no effect on MMP-9 transcription (12). TNF- α was demonstrated to stimulate MMP-9 production (13) and inhibit MMP-2 transcription (14).

5. EFFECT OF SEXUAL INTERCOURSE ON CERVICAL EPITHELIAL CELL CYTOKINE PRODUCTION

Human seminal fluid is immunosuppressive (15) and seminal fluid can be detected in cervico-vaginal washings up to 24 hr after intercourse (16). However, there are few studies on the effects of semen deposition (sexual intercourse) on cervical epithelial cell gene activity. Since, as stated above, cervical epithelial cells participate in immune defense mechanisms in the lower genital tract and both produce and respond to a number of cytokines, sexual intercourse would be expected to influence female lower genital tract immunity.

Studies on seminal fluid-somatic cell interaction demonstrated that individual seminal fluids induced transcription of the gene coding for the 70 kDa heat shock protein (hsp70) in an HPV 18-containing, malignantly transformed human cervical epithelial cell line (HeLa) (17), human endocervical cells in vivo following sexual intercourse (17) and peripheral blood mononuclear cells (18). Seminal fluid was also shown to induce IL-10 gene transcription while inhibiting INF- γ mRNA production (18). Kelly *et al* (19) has shown that seminal fluid induced IL-10 protein production in peripheral blood mononuclear cells. We also recently demonstrated that seminal fluid inhibited MMP-2 gene transcription in HeLa cells while stimulating MMP-9 mRNA production (20).

Both hsp 70 and IL-10 have been implicated in the down regulation of pro-inflammatory immune responses. Hsp70 gene transcription inhibited production of mRNA for IL-1 and TNF- α in monocytes/macrophages (21,22). IL-10 inhibited the release of IL-1, TNF- α and IL-6 from monocytes/macrophages (23) and suppressed the production of IFN- γ by T lymphocytes (24).

Some seminal fluids also contain immune mediators which may influence cytokine production by cervical epithelial cells. TGF- β (25), IFN- α (26), IFN- γ (26,27), IL-8 (25) and the TNF RI (28) have all been detected in seminal fluids, primarily in those men with poor semen quality and/or evidence of infection.

6. BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

- Hedges SR, Agace WW, Svanborgo C. Epithelial cytokine responses and mucosal cytokine networks. **Trends Microbiol** 3: 266-70, 1995.
- Stadnyk AW. Cytokine production by epithelial cells. **FASEB J** 8:1041-47, 1994.
- Woodworth CD, Simpson S. Comparative lymphokine secretion by cultured normal human cervical keratinocytes, papillomavirus-immortalized, and carcinoma cell lines. **Am J Pathol** 142: 1544-55, 1993.
- Iglesias M, Plowman GD, Woodworth CD. Interleukin-6 and interleukin-6 soluble receptor regulate proliferation of normal, human papillomavirus-immortalized, and carcinoma - derived cervical cells in vitro. **Am J Pathol** 146: 940-952, 1995.
- Pao CC, Lin CY, Yao DS, Tseng CJ. Differential expression of cytokine genes in cervical cancer tissues. **Biochem Biophys Res. Commun.** 214: 1146-51, 1995.
- Ljunggren G, Anderson DJ. Cytokine modulation of MHC class I and class II molecules on human cervical epithelial cells. **J reprod Immunol** 38: 123-38, 1998.
- Fichorova RN, Anderson DJ. Differential expression of immunobiological mediators by immortalized human cervical and vaginal epithelial cells. **Biol Reprod** 60: 508-14, 1999.
- Woodworth CD, McMullin E, Iglesias M, Plowman GD. Interleukin 1 α and tumor necrosis factor- α stimulate autocrine amphiregulin expression and proliferation of human papillomavirus - immortalized and carcinoma derived cervical epithelial cells. **Proc Natl Acad Sci. USA** 92: 2040-44, 1995.
- Nuovo GJ, Mac Connell PB, Simsis A, Vorlea F, French DL. Correlation of the in situ detection of polymerase chain reaction amplified metalloproteinase complementary DNAs and their inhibitors with prognosis in cervical carcinoma. **Cancer Res** 55: 267-75, 1995.
- Davidson B, Goldberg I, Liokumovich P, *et al*. Expression of metalloproteinases and their inhibitors in adenocarcinoma of the uterine cervix. **Int J Gynecol Pathol** 17: 295-301, 1998.
- Nuovo GJ. In situ detection of PCR-amplified metalloproteinase cDNAs, their inhibitors and human papillomavirus transcripts in cervical carcinoma cell lines. **Int J Cancer** 71: 1056-60, 1997.
- Wang M, Fudge K, Rhim JS, Stearns ME. Cytokine regulation of the matrix metalloproteinases and their inhibitors in human papillomavirus-18 transformed human prostatic tumor cell lines. **Oncol Res** 8: 303-15, 1996.
- Kawashima A, Nakanishi I, Tsuchiya H, Roessner A, Obata K, Okada Y. Expression of matrix metalloproteinase-7 induced by tumor necrosis factor alpha correlates with metastatic ability in a human osteosarcoma cell line. **Virchows Arch** 424: 547-52, 1994.
- Qin H, Moellinger JD, Wells A, Windsor LJ, Sun J, Benveniste EN. Transcriptional suppression of matrix metalloproteinase-2 gene expression in human astrogloma cells by TNF- α and IFN- γ . **J Immunol** 161: 6664-73, 1998.
- James K, Hargreave TB. Immunosuppression by seminal plasma and its possible clinical significance. **Immunol Today** 5: 357-65, 1984.
- Haimovic F, Anderson DJ. Detection of semen in cervicovaginal secretions. **J AIDS Hum Retroviral** 8: 236-8, 1995.
- Jeremias J, David SS, Toth M, Witkin SS. Induction of messenger RNA for the 70 kDa heat shock protein in HeLa cells and the human endocervix following exposure to semen: implications for antisperm antibody production and susceptibility to sexually transmitted infection. **Human Reprod** 12: 1915-19, 1997.

18. Jeremias J, Mockel S, Witkin SS. Human semen induces interleukin 10 and 70 kDa heat shock protein gene transcription and inhibits interferon- γ messenger RNA production in peripheral blood mononuclear cells. *Molec Human Reprod* 4:1084-88, 1998.
19. Kelly RN, Carr GC, Critchley HO. A cytokine switch induced by human seminal plasma: an immune modulation with implications for sexually transmitted disease. *Human Reprod* 12: 677-8, 1997.
20. Jeremias J and Witkin SS. Effect of human seminal fluid on production of messenger RNA for metalloproteinases-2 and -9 in cervical epithelial carcinoma cells. *Am J Obstet Gynecol* 181: 591-5, 1999.
21. Hall TJ. Role of hsp70 in cytokine production. *Experientia* 50: 1048-53, 1994.
22. Cahill MC, Waterman WR, Xie Y et al. Transcriptional repression of the prointerleukin 17 gene by heat shock factor 1. *J Biol Chem* 271: 24874-79, 1997.
23. Howard M, O'Garra A, Ishida H, de Waal Malefyt R, de Vries J. Biological properties of interleukin 10. *J Clin Immunol* 12: 239-45, 1992.
24. Taga K, Tosato G. IL-10 inhibits T cell proliferation and IL-2 production. *J Immunol* 148: 1143-48, 1992.
25. Srivastava MD, Lippes J, Srivastava BI. Cytokines of the human reproductive tract. *Am J Reprod Immunol* 36: 157-66, 1996.
26. Fujisawa M, Fujioka H, Tatsumi N et al. Levels of interferon alpha and gamma in seminal plasma of normozoospermic oligozoospermic and azoospermic men. *Arch Androl* 40: 11-14, 1998.
27. Paradisi R, Capelli M, Manini M, Bellavia E, Flamigni C. Increased levels of interferon-gamma in seminal plasma of infertile men. *Andrologia* 28: 157-61, 1997.
28. Tur-Kaapa I, Maor Y, Weissenberg R et al. High levels of soluble p55-TNF receptors in seminal and prostatic fluids of normal and infertile men. *J Urol* 155: 1436-8, 1996.

Correspondence:

Dr. Steven S. Witkin, Department of Obstetrics and Gynecology, Weill Medical College of Cornell University, 515 East 71st Street, New York, New York 10021, USA
 Fax: 212 746 8799 email: switkin@mail.med.cornell.edu



ARTIGO

Prevalências da infecção pelo HIV e da Soropositividade do VDRL em gestantes

HIV infection prevalence and VDRL postivity prevalence in pregnant women

MAURO CUNHA RAMOS¹, BEATRIZ LEÓNIDAS CURCIO², MADALENA TESSARO³, HELENA MENEGHETTI⁴,
LÚCIA COGO MARQUES⁵, THIAGO PEREIRA DUARTE⁶, TANIA FERRÊIRA CESTARI⁷

RESUMO

Objetivo: Estimar a soropositividade do VDRL e prevalência da infecção pelo HIV em mulheres no momento do parto como população sentinela. O Hospital Materno-infantil Presidente Vargas (HMIPV) faz parte do programa de vigilância sentinela anônimo e não-vinculado da infecção pelo HIV proposto pela Coordenação Nacional DST/Aids do Ministério da

Saúde. Os esforços deste programa foram aproveitados para obter dados sobre sífilis na população em estudo. **Métodos:** Estudo transversal vinculado e confidencial acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste. Foi utilizada uma amostragem consecutiva das pacientes que buscaram a maternidade para realização do parto durante dois períodos de 20 dias em março de 1997 e abril de 1998. No segundo inquérito transversal, foi obtido consentimento livre e esclarecido para a realização dos testes anti-HIV e um questionário foi aplicado. **Resultados:** Das duzentas amostras testadas pelo VDRL em março de 1997, sete resultaram positivas (3,5% - IC (95%) 1.42 - 7.09). Em abril de 1998, três soros resultaram reagentes para o VDRL dos 200 testados (1,5% - IC (95%) 0,31-4,68). Nesta segunda amostra, dos 200 testes anti-HIV realizados, 3 resultaram reagentes (1,5% - IC (95%) 0,31-4,68). A prevalência de gestantes com menos de 6 consultas pré-natal foi de 45% (90 gestantes). O teste anti-HIV foi oferecido durante o pré-natal para 103 gestantes (55,4%). Após aconselhamento, todas as 200 gestantes concordaram em realizar o teste. **Conclusão:** Os resultados apontam que ambas as infecções são prevalentes em nosso estado. Apontam ainda a necessidade de reforço e/ou estabelecimento dos programas para prevenção e tratamento da sífilis congênita bem como para diagnóstico da infecção pelo HIV e prevenção de sua transmissão vertical. É ne-

- ¹ Médico Dermatologista, Mestre em Saúde Pública pela Universidade da Califórnia em Berkeley. Doutrando em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- ² Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista de Iniciação Científica pela FAPERGS, processo 93/50359.2.
- ³ Bióloga. Responsável pelo Setor de Sorologia do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas do Ministério da Saúde - Porto Alegre.
- ⁴ Farmacêutica-bioquímica. Chefe do Serviço de Laboratório do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas do Ministério da Saúde - Porto Alegre.
- ⁵ Psicóloga do Ambulatório de DST do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas do Ministério da Saúde - Porto Alegre.
- ⁶ Médico. Residente de Ginecologia do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas do Ministério da Saúde Porto Alegre.
- ⁷ Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutora em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

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

cessário o envolvimento de todos os níveis de atenção (saúde da mulher, pré-natal, maternidades e saúde da criança).

Palavras-chave: Sífilis congênita, VDRL, HIV, Aids, DST, Transmissão Vertical

ABSTRACT

Objective: To estimate the seropositivity of VDRL and the prevalence of HIV infection in pregnant women at the delivery room. The hospital is public and is part of the sentinel surveillance system implemented by the National Program of STD/Aids of the Ministry of Health. This is an anonymous, unlinked surveillance system created in order to estimate the prevalence of HIV in different sentinel populations. The authors also obtained data on VDRL seropositivity in the study. **Methods:** A confidential and linked cross-sectional study with pre and post-test counseling. A consecutive sampling was used. All the patients that search for delivery care during two twenty-day periods in March of 1997 and April of 1998. In the second period, an informed consent was obtained for performing HIV testing and a questionnaire was applied. **Results:** Of the 200 samples tested by the VDRL in March of 1997, seven resulted reagents (3,5% - IC (95%) 1.42 - 7.09). In April of 1998, also among 200 samples, three were reagent for the VDRL (1,5% - IC (95%) 0,31-4,68). During this second sampling period, of the 200 HIV tests performed, 3 resulted reagent. (1,5% - IC (95%) 0,31-4,68). Ninety women (45%) had less than 6 pre-natal care visits. HIV testing was offered to 103 of the women (55,4%). During the study, after pre-testing counseling, all 200 women agreed of being HIV tested. **Conclusions:** The results confirm that both infection are prevalent in the state of Rio Grande do Sul. They also show the necessity of reinforcing the prevention and treatment programs for congenital syphilis as well as early diagnosing of HIV infection among pregnant women and implementing prevention of vertical transmission. Attention should be paid in order to reach all the health care system (gynecology, pre-natal, delivery and mother and child care services).

Keywords: Congenital Syphilis, VDRL, HIV, Aids, STD, Vertical Transmission

1. INTRODUÇÃO

A transmissão da sífilis aos filhos a partir de pais infectados é conhecida na Europa desde o século XV. A primeira descrição médica do *feto macerado* deve-

se a Falópio em 1507 (1). Divergências sobre a forma exata de transmissão da doença para o conceito persistiram até o século XIX, embora o diagnóstico sorológico da infecção materna esteja disponível

desde 1906, a partir dos estudos de Wasserman, Neisser e Bruck. A prevenção e tratamento da sífilis congênita com penicilina estão descritas na publicação de Lentz *et al.* (2), e sistematizadas ao longo do tempo. Ainda que haja relatos de falha terapêutica, é sabido que o tratamento intra-útero com penicilina benzatina possibilita o nascimento de crianças sem a doença (3).

Apesar do tempo decorrido desde o esclarecimento de sua etiologia e da disponibilidade de terapêutica adequada, a sífilis congênita está ainda longe de ser um problema resolvido. Continua sendo um grave problema de saúde pública, mesmo em alguns países industrializados. Apresenta, novamente, incidência crescente na Alemanha e Estados Unidos (4). Neste último país, a sífilis adquirida chegou a um pico de 20,3 casos de por 100.000 habitantes em 1990 (5). Este aumento está associado a mudanças no comportamento sexual, especialmente aquelas associadas à epidemia de uso de cocaína/*crack* e ao surgimento da infecção pelo Virus da Imunodeficiência Humana (HIV) (6). Na análise da série histórica de sífilis congênita de 1983 a 1991, os Centros de Controle de Doenças em Atlanta relatam um aumento anual de 35 a 131% na incidência de sífilis congênita. Este incremento deveu-se, em parte, a um aumento real da prevalência de sífilis em mulheres em idade fértil e, em parte, é um artefato devido à elevação da sensibilidade da definição de caso (7).

A prevalência em outros países é muito variável. Estudos em países não industrializados apresentaram prevalências de sífilis em gestantes variando de 3 a 19%.³ Em estudo retrospectivo realizado em Ribeirão Preto em 1985, Barreto *et al* identificaram 710 mulheres (4,36%) com testes não treponêmicos positivos em 16.290 mulheres grávidas em acompanhamento pré-natal. (8).

Apesar dos esforços empreendidos pela Coordenação de DST/Aids do Ministério da Saúde, os dados epidemiológicos existentes sobre sífilis congênita não são confiáveis. A subnotificação parece ser a regra e os números reais desconhecidos. No mesmo número do Boletim Epidemiológico de DST encontramos que, nos meses de setembro a dezembro de 1997, 697 casos de sífilis congênita foram diagnosticados em 114 maternidades que fazem parte de um sistema de vigilância aprimorada (Grupos de Investigação de Casos de Sífilis

*O desenho deste estudo
foi transversal, confidencial
e acompanhado
de aconselhamento
pré e pós-teste*

Congênita), perfazendo uma taxa de 4,8/1000 nascidos vivos. Contudo, no mesmo documento, para o ano de 1997 em todo o Brasil, foram notificados um total de 683 casos (9). Em que pese tratar-se de dados preliminares e, portanto, sujeitos a revisão, isto significaria que, em todas as maternidades brasileiras não participantes do sistema de vigilância aprimorada, teríamos uma notificação de apenas 6 casos, o que é verdadeiramente inaceitável.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA. Rapidamente tornou-se um problema de saúde pública de proporções mundiais, merecendo a denominação de pandemia (10). A infecção apresentou, inicialmente, um acometimento de indivíduos do sexo masculino através de relacionamento homossexual e compartilhamento de equipamento de injeção. A extensão da infecção, com o posterior acometimento de mulheres em idade fértil foi uma questão de tempo. No Brasil, o primeiro caso de Aids em indivíduo do sexo feminino ocorreu em 1983. Na época, a proporção era de 13 homens para cada mulher. Progressivamente, a proporção de mulheres atingidas aumentou, sendo que a razão homem/mulher atualmente é de 3/1 (11). Este aumento da prevalência na infecção pelo HIV em mulheres em idade fértil, associado a um maior índice de suspeição e diagnóstico perinatal, provocou uma elevação dos casos conhecidos em recém-nascidos.

A infecção pelo HIV também pode ser transmitida de forma vertical da mãe infectada durante a gestação, no momento do parto ou através da amamentação (12). Existem, provavelmente, fatores biológicos que aumentam a possibilidade de transmissão do HIV. Entre eles, foram aventados prejuízo da função imunológica, indicado por baixa contagem de CD4 materno (13), inflamação placentária (13) (que pode ocorrer, entre outras causas em doenças sexualmente transmissíveis, viroses e malária), uso de tabaco durante a gestação (15) e tempo de bolsa rota (15). Outros fatores, como tipo de parto, ainda encontram-se em investigação.

Estudos de coorte para avaliação do risco da transmissão vertical do HIV demonstraram que a taxa de transmissão da mãe infectada para o bebê encontra-se entre 7 e 42% nos EUA, entre 7 e 33% na Europa e 23 e 40% na África (16). Estudos de prevalência da infecção pelo HIV em gestantes em áreas urbanas selecionadas na África demonstraram dados que variaram, em 1990, de 5,0% em Kinshasa (Zaire) a 25% em Lusaka (Zâmbia). A vulnerabilidade da transmissão vertical do HIV (i.e. resposta às medidas terapêu-

ticas que visam sua redução) não é tão marcante quanto a vulnerabilidade da transmissão materno-fetal do *Treponema pallidum*. Os resultados obtidos pelos experimentos clínicos do Grupo para Investigação em

Aids Pediátrica do Instituto Nacional de Saúde, Maryland, EUA - especialmente através do "Protocolo 076 para Experimentos em Aids Pediátrica" - são, no entanto, encorajadores. Demonstrou-se que a transmissão do HIV pode ser reduzida em 67% das crianças quando a zidovudina (AZT) é usada adequadamente durante a gestação, intraparto e pelo recém-nascido (17). Esta situação demonstra a inequívoca necessidade de implantação de programas de vigilância epidemiológica, diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV em gestantes.

Frente ao exposto, é necessário que conheçamos as prevalências locais de sífilis e infecção pelo HIV em nosso meio como uma forma de alertar os profissionais de saúde para este importante problema de saúde pública, de maneira a de monitorar estas infecções em nosso meio.

Este estudo tem como objetivo avaliar as prevalências instantâneas da infecção pelo HIV e da soropositividade do VDRL em gestantes quando em sala de parto de hospital materno-infantil da rede pública em Porto Alegre.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O HMIPV faz parte da rede pública de assistência pré-natal e ao parto. São realizados aproximadamente 300 partos por mês, sendo que a clientela é formada principalmente por mulheres de baixa renda e sem cobertura por seguros de saúde privados. O HMIPV faz parte do Projeto de Vigilância Sentinela do HIV em Gestantes da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério de Saúde.

O desenho deste estudo foi transversal, confidencial e acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste. A amostragem utilizada foi a consecutiva, realizada nas pacientes que buscaram a maternidade para realização do parto durante dois períodos de aproximadamente 20 dias em março de 1997 e abril de 1998. No primeiro estudo, as pacientes foram somente testadas pelo VDRL; no segundo, realizaram VDRL e detecção de anticorpos para infecção pelo HIV.

A coleta das amostras de sangue em veia periférica foi obtida após aconselhamento pré-teste e obtenção de consentimento livre e esclarecido. Um questionário constando de 14 perguntas (tabela 2), na tentativa de obter dados demográficos e qualidade do aten-

dimento pré-natal recebido por estas pacientes, foi aplicado no segundo grupo estudado (abril de 1998).

O teste utilizado para o VDRL foi o fornecido pelo programa de controle de qualidade laboratorial do Ministério da Saúde (Laborclin); para a detecção de anticorpos anti-HIV, utilizou-se o método de ELISA (*Enzyme Linked Immune Assay*), marca *BioMérieux*. As técnicas de realização dos testes foram aquelas especificadas pelos fabricantes. As amostras que se revelaram reagentes para o teste de ELISA foram confirmadas pela imunofluorescência indireta no Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

Os resultados dos testes foram fornecidos com aconselhamento pós-teste por médico residente do HMIPV. As pacientes que obtiveram resultados positivos foram encaminhadas para o ambulatório de DST do HMIPV para posterior acompanhamento com equipe multidisciplinar.

3. RESULTADOS

Das duzentas amostras testadas em março de 1997, 7 (3,5%) resultaram positivas para o VDRL. Em abril de 1998, 2 (1,0%) apresentaram VDRL reagente e 3 (1,5%) resultaram positivas para a detecção de anticorpos anti-HIV.

Os resultados dos testes laboratoriais estão sumarizados na tabela 1, acompanhados dos Intervalos de Confiança para um alfa de 95% conforme teste de Fischer do pacote estatístico EPI-INFO (18).

Tabela 1 - Prevalência de soros reagentes ao VDRL e de infecção pelo HIV em 200 pacientes atendidas em sala de parto em Hospital Materno-infantil da rede pública em Porto Alegre. 1997 e 1998

Exames realizados (n = 200)	Amostras Reagentes Mar 1997 (%)	IC (95%)	Amostras Reagentes Abril 1998 (%)	IC (95%)
VDRL*	7 (3,5%)	1,42-7,09	2 (1%)	0,12-3,56
Anti-HIV**	-	-	3 (1,5%)	0,31-4,68

* Marca Boehringer

** Elisa confirmado por Imunofluorescência direta e/ou Western Blot para HIV

A faixa etária das duzentas mulheres estudadas em abril de 1998 variou entre 10 e 49 anos, com a seguinte distribuição por subgrupo etário: 24,5% entre 10 e 19 anos, 42% entre 20 e 29, 29% entre 30 e 39 anos e 4,5% entre 40 e 49 anos.

Em relação ao número de consultas pré-natais, observou-se que 14 pacientes (7%) não tiveram nenhuma consulta pré-natal, 46 (23%) tiveram de 1 a 3

A cobertura pré-natal, ao contrário do parto hospitalar, não é freqüente o suficiente para que os dados sejam extrapoláveis ao universo das gestantes do Estado

consultas; 50 pacientes (25%), tiveram de 4 a 6 consultas e 87 pacientes (43,5%), mais de 6 consultas pré-natais. Os dados referentes às perguntas mais significativas do questionário encontram-se na tabela 2.

Tabela 2 - Respostas obtidas através de questionários individuais aplicados confidencialmente por profissional treinado às 200 pacientes atendidas em sala de parto em Hospital Materno-infantil da rede pública em Porto Alegre. 1998

Pergunta	Resposta afirmativa (%)
Realizou pré-natal?	186 (93%)
Tinha algum conhecimento sobre Aids antes da gestação?	178 (89%)
No pré-natal, foi orientada sobre infecção pelo HIV?	60 (32,3%)
No pré-natal, foi oferecida a possibilidade de realizar o exame anti-HIV?	103 (55,4%)
Você já teve alguma destas doenças sexualmente transmissíveis*?	28 (14%)
Você concorda em realizar exame anti-HIV agora:	200 (100%)

* Sífilis, Gonorréia, Cancro Duro, Cancro Mole, Condiloma, Ferida no colo do útero, HPV, Herpes labial ou genital, Aids ou infecção pelo HIV.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Muitos exames devem fazer parte da rotina do acompanhamento pré-natal, incluindo a indicação do VDRL e a detecção de anticorpos anti-HIV. Em nosso hospital, faz parte da rotina a solicitação do VDRL para todas as parturientes que não realizaram o teste no terceiro trimestre de gestação e que não obtiveram registro deste durante o pré-natal. As prevalências encontradas em nossas amostras justificam este esforço. A realização do estudo em sala de parto não permite a ocorrência do viés de participação, uma vez que o parto domiciliar representa um evento raro no estado do Rio Grande do Sul. A eleição de uma população de estudo constituída por gestantes em acompanhamento pré-natal representaria o estabelecimento deste viés, ou seja, as gestantes que não têm acesso aos cuidados pré-natais apresentam, por este fato, muito maior risco de serem portadoras de doenças sexualmente transmissíveis. A cobertura pré-natal, ao contrário do parto hospitalar, não é freqüente o suficiente para que os dados sejam extrapoláveis ao universo das gestantes do Estado. Em nossa amostra, apenas 56,5% das gestantes tiveram mais do que seis consultas pré-natais, número

A prevalência da infecção pelo HIV em nossa amostra indica a necessidade de estabelecimento e/ou intensificação do diagnóstico pré-natal desta infecção

considerado mínimo para um atendimento pré-natal adequado.

Também em países desenvolvidos, as características das mães de crianças que nascem com o diagnóstico de sífilis congênita incluem um pré-natal de baixa qualidade. Por exemplo, em estudo no *Hospital for Sick Children*, Toronto - Canadá, 16 pacientes com sífilis congênita foram avaliados. Três pacientes com sinais de sífilis congênita nasceram de mães que fizeram pré-natal, quatro mulheres não tiveram atendimento pré-natal, três mulheres tinham comportamento de alto risco, uma mulher foi inadequadamente tratada e três tiveram doença próxima ao parto (19).

Além do impacto individual da sífilis congênita, há de se considerar o alto investimento financeiro no tratamento dessa doença. Estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que, para crianças com sífilis congênita, a média de custo não ajustada foi mais de três vezes maior do que a das crianças que nasceram sem sífilis congênita ($p < 0,01$). Após o ajuste, a doença foi associada com um tempo adicional de hospitalização de 7,5 dias e um custo US\$ 4690. Baseado no número de casos (1991 a 1994), a média anual do custo adicional para o tratamento de sífilis congênita é de aproximadamente US\$ 18,4 milhões nos Estados Unidos (20).

A associação entre as DST e a infecção pelo HIV foi demonstrada previamente em inúmeros trabalhos, inclusive em nosso meio (21), reforçando a necessidade de investigação do *status* sorológico para a infecção pelo HIV em pacientes portadores de outras DST. O presente trabalho, entretanto, não foi desenhado visando demonstrar esse tipo de associação. Testes treponêmicos não foram realizados, já que a meta do estudo foi verificar a prevalência instantânea da positividade para o VDRL com fins epidemiológicos, e não de diagnóstico individual. No entanto, os autores consideram que, em geral, o valor do VDRL é freqüentemente subestimado como instrumento diagnóstico. Especialmente em nosso meio, onde a dificuldade de acesso a serviços médicos é a regra, a discussão sobre a possibilidade de falso positivo biológico e a conseqüente perda de oportunidade de tratamento é inadmissível. O VDRL é um teste com sensibilidade de aproximadamente 100% e especificidade de 98% para sífilis secundária (22), sendo, portanto, o falso positivo biológico um evento raro. Como se sabe, a positividade do VDRL, por si só, não indica doença ativa, devendo ser considerada caso a caso. Outra crença freqüente é a de que títulos altos representem infecção ativa, enquanto que títulos baixos a excluam. A análise da dinâmica da infecção é mais importante do que a titulação como divisor de águas.

Um título baixo pode representar o início da infecção ativa, enquanto que títulos mais elevados podem ainda significar uma infecção recentemente tratada.

Com relação à detecção de anticorpos anti-HIV, política implantada mais recentemente, ainda enfrentamos problemas. Além de não estar completamente internalizada como necessária para os profissionais de saúde, a solicitação do exame anti-HIV deveria sempre ser acompanhada de aconselhamento pré e pós-teste (23). A solicitação do exame não é, entretanto, uma prática prevalente. Este fato pode ser observado também em nossa amostra, oriunda de vários serviços de saúde. Segundo o relato das próprias pacientes, para apenas 55,4% houve oferecimento do teste anti-HIV durante a gravidez. Isso passa a ser mais significativo se levarmos em consideração que 89% das gestantes tinham algum conhecimento sobre Aids antes da gestação, pelo menos 14% tinha apresentado alguma DST e a totalidade das pacientes teria aceito a realização do exame para a detecção de anticorpos anti-HIV (tabela 2).

A prevalência da infecção pelo HIV em nossa amostra indica a necessidade de estabelecimento e/ou intensificação do diagnóstico pré-natal desta infecção e, quando indicada, a instituição de profilaxia. Uma vez que a maioria dos casos de transmissão vertical dão-se próximo ao momento do parto, a inserção das maternidades neste programa é mandatória. As medidas são relativamente simples e as drogas têm sido disponibilizadas pelo Ministério de Saúde. Como foi visto, estudos prévios demonstraram a eficácia dessas medidas profiláticas (17), que podem reduzir a chance de transmissão vertical do HIV de aproximadamente 28% para 8%. Como todas as entrevistadas concordaram em realizar o teste anti-HIV, é bem provável que, durante o pré-natal, também o tivessem aceitado sem resistência apreciável. Apesar disto, as duas pacientes infectadas pelo vírus HIV na nossa amostra não obtiveram esse diagnóstico durante a gestação, apresentando risco máximo de transmissão vertical, com o conseqüente sofrimento e custo financeiro que acompanham a infecção pelo HIV.

Deve-se considerar, ainda, que a análise da distribuição dos casos de Aids apresenta um retardo de aproximadamente quatro a dez anos devido ao grande período de incubação apresentado pela infecção do HIV (10). Frente a este retardo, se desejarmos obter uma análise epidemiológica mais acurada, deveremos contar com outras formas de estudo mais apropriadas. Este é o caso dos estudos de prevalência em populações sentinelas (e.g. pacientes com doenças sexualmente transmissíveis, pacientes atendidos em salas de pronto socorro e, especialmente, gestantes).

Os estudos sentinela em gestantes são particularmente úteis porque oferecem um dado muito razoável para ser extrapolado à população sexualmente ativa, uma vez que, por definição, a população de gestantes não inclui situações de risco especiais, como é o caso dos outros dois grupos supracitados (pacientes com DST e/ou atendidas em sala de pronto-socorro).

Para que as medidas profiláticas redundem na diminuição do risco de transmissão vertical do HIV, há necessidade de estabelecimento um bom vínculo e de confiança mútua entre a paciente e o profissional de saúde. O aconselhamento é um passo fundamental para este processo. As características do exame e, especialmente, as suas repercussões na vida do indivíduo infectado, a ansiedade permanente, a ameaça de discriminação social e/ou familiar e a potencial dificuldade em obter cuidados médicos e odontológicos, conferem à solicitação do teste um caráter peculiar. A necessidade de adesão a um tratamento prolongado, com doses fracionadas diárias e, freqüentemente, associado a efeitos colaterais desagradáveis (especialmente náusea e anemia) reforçam a importância do aconselhamento. Consideramos, no entanto, que a realização do teste sem o necessário aconselhamento trará mais prejuízo do que benefícios para o binômio mãe-bebê. É certo que o apelo inerente à possibilidade de reduzir a chance de infecção no conceito é muito forte, fazendo com que as gestantes, via de regra, se engajem efetivamente nesta atividade de prevenção. Isto é verdadeiro, em especial, naquelas gestantes já motivadas e que, espontaneamente, buscaram assistência pré-natal, vencendo todas as dificuldades impostas pelo atual sistema de saúde.

No futuro, estudos de prevalência como o descrito aqui, se associados a novos inquéritos transversais na mesma população, poderão prover razoáveis estimativas da tendência secular da sífilis em gestantes no nosso meio. Esperamos que os dados apresentados contribuam para uma efetiva melhora na qualidade de atendimento pré-natal em nosso meio.

5. Referências Bibliográficas

1. MARTY LUIZ TORRES: In *Sífilis innata*. Editorial Modesto Usón, Barcelona, 1945. p. 14
2. LENTZ JW, INGRAHAM NR, BEERMAN H, STOKES J. Penicillin in the prevention and treatment of Congenital Syphilis. *JAMA*. 126 (4): 408-13. 1944
3. TEMMERMAN M, SUBHASH H, LAGA M. Sexually Transmitted Diseases in Pregnancy. In: DALLABETTA G, LARA M, LAMPTEY P. Control of Sexually Transmitted Diseases: a Handbook for the Design for the Design and Management of Programs. Washington: **Family Health International**, 1996: 169-186
4. HOFMANN B, SCHUPPE HC, RUZICKA T, KUHN A, LEHMANN P. Acquired syphilis II in early childhood: Reappearance of Syphilis brephrophica. *JAAD*, 38: 638-9. 1998
5. EVANS H, FRENKEL L. Congenital Syphilis. *Clin Perinat*. 21 (1):149-62. 1994
6. JOHNSON PC, FARNIE, MA. Testing for Syphilis. *Dermatologic Clinics*. 12 (5): 9-17. 1994
7. CDC. Surveillance for Geographic and Secular Trends in Congenital Syphilis - United States, 1983 -1991. *MMWR* . 42:59-70. 1993
8. DUARTE G, ELUCIR E, ALMEIDA AM, HAYASHIDA M, ZANETTI ML. Fetal Death from Syphilis: An Epidemiologic Evaluation in Ribeirão Preto, Brasil. *Bulletin of PAHO*. 28 (1): 42-9. 1994
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Boletim Epidemiológico de DST*. p. 5-16. 1997
10. STANECKI K, WAY P. The HIV pandemic: Status and Trends. In: Mann J, Tarantolla D, and Netter T, eds. *Aids in the world: A global report*. Cambridge: Harvard University Press, 11-15. 1992
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Boletim Epidemiológico de Aids*. 1998. p. 2-18
12. CONNOR EM, SPERLING RS, GELBER R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med*. 331:1173-80. 1994
13. TEMMERMAN M; NYONG'O AO; BWAYO J et al. Risk factors for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus-1 infection. *Am J Obstet Gynecol* . 172 (2 Pt 1):700-5 . 1995

Agradecimentos

Aos Enfermeiros Vera Tentardini, Leticia Motta, Maria Inês Voigt e Antônio Régis Paiva por sua colaboração na primeira fase do trabalho; ao Dr. Jair Ferreira pelos comentários de ordem estatística, ao Laboratório Central de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (Fundação Estadual Produção e Pesquisa em Saúde) pela realização dos exames confirmatórios para a infecção pelo HIV e à Coordenação de DST/Aids do Ministério da Saúde pelo financiamento parcial do estudo.

Endereço para correspondência:

Mauro Cunha Ramos

Av. Goethe, 111. CEP: 90430-100, Porto Alegre, RS

Tel/Fax: (51) 331 0015

E-mail:dermauro@ez.poa.com.br



ARTIGO

Compreendendo o portador HIV/Aids usuário de drogas

Comprehension of HIV/Aids barer behavior drugs users

NILZEMAR RIBEIRO DE SOUZA¹, EDNA PACIÊNCIA VIETTA²

RESUMO

Com o intuito de contribuir para a compreensão do comportamento do portador HIV/Aids diante de sua infecção/doença, buscou-se identificar os conhecimentos, atitudes, sentimentos e crenças que esses pacientes nutrem a respeito da doença, as concepções que influenciam na persistência do estigma e, das posturas negativas na interação com os seus familiares. Para direcionar a presente investigação utilizou-se como referencial teórico o "Modelo de Crenças em Saúde" proposto por Rosentock, 1996. Para a compreensão dos fenômenos estudados, recorreu-se aos depoimentos dos sujeitos, utilizando para tal a metodologia qualitativa. A pesquisa foi realizada no contexto do Ambulatório Escola - Escola de Enfermagem de Passos - UEMG, onde foram entrevistados 11 pacientes, usuários de drogas, com diagnóstico confirmado de HIV/Aids. O estudo permitiu compreender que, diante do diagnóstico, os sujeitos se afastam de seus amigos e familiares, temerosos de serem rejeitados. Muitas vezes são cobrados e lembrados de que são portadores da infecção/doença, o que parece aumentar ainda mais suas culpas. Quando mal informados, temem ainda mais se aproximar das pessoas que amam por receio de contaminá-las. Conclui-se com o trabalho que o enfermeiro precisa estar familiarizado com possíveis conflitos que se desencadeiam nestas situações, a fim de que perceba a influência da dinâ-

mica familiar que se estabelece em consequência dos problemas emocionais emergidos.

Palavras-chave: Portador HIV/Aids, drogas, Modelo de Crenças em Saúde

ABSTRACT

Aiming to cooperate to the comprehension of HIV/Aids barer behavior face to his/her illness, we tried to identify the knowledge, attitudes, feelings and beliefs these patients have about this illness, the conceptions that influence the persistence of the stigma and both, negative postures in the interaction with his/her relatives. To manage this present research we used as a theoretical reference the "Health Belief Model" suggested by Rosentock, 1996. We made use of patients' statements, to the comprehension of the subjects studied making use of a qualitative methodology. The research was made in the interior of the Scholl Ambulatory. Escola de Enfermagem de Passos - UEMG, where eleven patients, were interviewed, being all drug users and having a confirmed diagnosis of HIV/Aids. The study allowed to understand that facing the diagnosis, the HIV/Aids bearers get away from their friends and family, fearing to be refused by relatives, feeling sometimes to be questioned and frequently reminded that they are HIV/Aids bearers, what makes them increase their blames. When they don't have enough information, they are afraid of approaching to people they love fearing contaminate them. We concluded that nurses must be accustomed to possible conflicts that may happen in such situations feelings the influence of a family dynamic that appears as a consequence of emotional problems that arise.

Keywords: HIV/Aids barer, drugs, Health Belief Model

¹ Prof^a Mestre, Docente da Faculdade de Enfermagem de Passos - UEMG

² Prof^a Doutora, Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Depart. de Psiquiatria e Ciências Humanas

1. INTRODUÇÃO

A Aids, na atualidade, constitui-se um dos maiores problemas de Saúde Pública. Intensos esforços são aplicados na busca das soluções, e não obstante, o futuro do portador do HIV/Aids ainda continua incerto. O fato de afetar toda a população, faz da Aids causa de elevadíssima taxa de letalidade, pois não há até o momento tratamento ou vacina eficaz, além do que ainda não se avista, no horizonte turvo, a definitiva panacéia.

Devido as características de transmissibilidade, as medidas preventivas, embora imprescindíveis resultam em difícil implementação. A epidemia gera impacto social e econômico em todas as nações, constituindo-se em uma doença extremamente estigmatizadora. Verifica-se a presença de preconceito, acentuada rejeição e conseqüente discriminação, fatores que agravam a sobrevida destes pacientes e se constitui em problemas de ordem social de grandes dimensões.

O preconceito, faz com que os portadores/doentes se tornem, de si mesmos, algozes, carregados de culpa diante do que não podem reverter - culpa que a família, os amigos, a sociedade reforçam com cobranças, discriminação, isolamento e omissão.

Nosso interesse e motivação pelo presente estudo surgiram de reflexões realizadas ao longo de nossa experiência profissional; no exercício de atividades tanto de docência quanto assistencial. Nasceram, sobretudo, do nosso trabalho durante a supervisão de estágios do curso de graduação em Enfermagem na Clínica Médico-Cirúrgica, e, especialmente através da assistência prestada aos portadores de HIV e Aids hospitalizados nesta unidade.

No contexto do hospital a situação é bastante conflitante, o medo do contágio é determinado pela falta de informação e pelo desconhecimento. Apesar da epidemia ter mais de treze anos, observam-se ainda, as incertezas e dúvidas sobre a doença, prevalecendo o medo do contágio associado ao significado metafórico do HIV/Aids: doença, morte, uso de drogas, sexo ilícito, homossexualidade e castigo. Preocupados em utilizar normas de biossegurança e outras medidas de proteção, os profissionais muitas vezes esquecem-se do ser humano e de suas necessidades de aceitação, compreensão e amor.

Nossa indagação teve início ao conhecer uma paciente durante uma visita de rotina. Num quarto de final de corredor encontramos-na: tristonha, arredia e solitária naquele dia de visitas. Sua condição era degradante, evitava dialogar, mas ao ser indagada sobre seus familiares e amigos, acabou

Verifica-se a presença de preconceito, acentuada rejeição e conseqüente discriminação, fatores que agravam a sobrevida destes pacientes

informando que não possuía nem um nem outro. Percebemos a necessidade que aquela paciente sentia do apoio de um familiar ou amigo, por isto tentamos confortá-la, mas em vão... estávamos impotentes.

Outro fator que despertou nosso interesse, foi a observação dos procedimentos envolvidos no processo de admissão destes pacientes no hospital geral. Podemos constatar que estas internações mobilizam toda a equipe médica e de enfermagem que, de forma radical, adotam modificações na estrutura e no comportamento. No âmbito hospitalar, o preconceito surge do medo de assistir os indivíduos com HIV/Aids. Além de prejudiciais, tais atitudes não são desejadas, sendo importante humanizar os locais onde se presta atendimento a esses pacientes⁽⁶⁾. Não há procedimento de rotina para a internação para esses casos. O que existem são atitudes de imediato isolamento. Esses pacientes são acomodados, geralmente, em quartos afastados das enfermarias, a oscilação é de acordo com a infecção. Os portadores/doentes permanecem carentes de cuidados, privados do convívio dos demais e da equipe, abandonados com seus pensamentos.

Começamos a questionar a condição existencial do portador de HIV/Aids, principalmente o aspecto que apontava esta falta de interação e apoio dos familiares e amigos. Que estaria acontecendo? Que sentimentos estariam interferindo neste relacionamento, impedindo que os familiares comparecessem para saber de seu estado de saúde? Que crenças estariam nutrindo este comportamento, capazes de anular até mesmo os vínculos afetivos normais?

Nas interações estabelecidas com esses pacientes, podemos perceber quão carentes e necessitados estavam do apoio familiar, que pudesse ampará-los nos momentos difíceis. A doença é sofrimento para alguns e solidão para outros, podendo tornar-se maior onde o medo da contaminação impede que indivíduos se ajudem.

A angústia e a solidão do portador/doente, diante da indiferença aparente ou suposta de sua família, e todos aqueles outros aspectos abrangidos neste universo nos tocaram profundamente, despertando nosso interesse em entender esta atitude e estes sentimentos que, no fundo, certamente devem ser desconfortáveis e dolorosos para ambos, paciente e família.

No presente estudo, considerando ser de fundamental importância a atuação do enfermeiro como cuidador e testemunha dos problemas existenciais do portador do HIV/Aids, dada a sua íntima intera-

*Identificar as emoções
e sentimentos do portador
de HIV/Aids - usuário
de drogas relacionados
à convivência com
a família*

ção e a sua conscientização em agir em prol da saúde destas pessoas, faz-se necessário conhecer e compreender as razões que levam os pacientes portadores de HIV/Aids a agirem e comportarem de diversas maneiras em relação à doença.

Tentando colocar-nos na situação deste paciente, devido a importância de se estudar as crenças, sentimentos e atitudes do portador HIV/Aids e sua interação com os seus familiares, nos propusemos a realizar o presente estudo estabelecendo os seguintes **objetivos**: identificar o que o portador de HIV/Aids - usuário de drogas conhece sobre sua doença; detectar as crenças que o portador de HIV/Aids - usuário de drogas nutre a respeito desta patologia; identificar as emoções e sentimentos do portador de HIV/Aids - usuário de drogas relacionados à convivência com a família, que interferem na motivação externa da tomada de decisão em saúde.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para a investigação das crenças dos portadores de HIV/Aids e sua interação familiar, foi escolhido como campo de pesquisa, o Ambulatório Escola - Faculdade de Enfermagem de Passos - Universidade do Estado de Minas Gerais; por se tratar de um Centro de Referência para a cidade de Passos e região. Este ambulatório assiste pacientes dos hospitais da rede pública, de médicos particulares e cidades vizinhas que, após detectarem casos suspeitos ou confirmados, encaminham para o acompanhamento específico.

A coleta do presente estudo, teve a duração de três meses, com o objetivo de obter saturação dos dados. Foram investigados 11 pacientes cadastrados no Ambulatório Escola.

Para seleção dos sujeitos foram considerados os seguintes critérios:

- ter diagnóstico confirmado de HIV/Aids (através do critério estabelecido pelo Ministério da Saúde⁽³⁾ - Programa de DST/Aids);
- ter ciência de seu diagnóstico;
- ter idade igual ou superior 18 anos;
- ter esclarecimentos prévios sobre a pesquisa e aceitar participar voluntariamente;
- ser usuário de drogas em geral (devido predominância do uso de drogas entre os pacientes do ambulatório, optamos trabalhar com esta amostragem);
- os dados foram obtidos de pacientes que aguardavam na sala de espera para consulta médica ou de enfermagem. Foram excluídos,

pacientes em fase terminal, com impossibilidade de verbalizar ou com alterações de comportamento.

Utilizamos para coletar os dados a entrevista semi-estruturada, enfocando a temática das crenças, sendo orientada por um guia de assuntos ou roteiros de questões previamente elaborado, a partir de um plano piloto. As entrevistas foram gravadas, e transcritas pelas pesquisadoras, após cada sessão de entrevista. Após cada encontro com o paciente, era agendado seu retorno para o novo contato, conforme sua necessidade ou para complementação da entrevista.

Diante dos registros, o material foi submetido ao processo de categorização, que é um recurso imprescindível na garantia do rigor metodológico⁽⁷⁾. O material obtido foi então submetido a análise compreensiva tendo por base a interpretação do conteúdo, associado ao modelo de crenças em saúde de Rosenstock.

O modelo de crenças em saúde proposto por Rosenstock é utilizado para melhor compreender os fatores que influenciam na percepção e nas crenças das pessoas para se poder planejar efetivamente os cuidados para a manutenção ou reobtenção da Saúde. Considera-se crenças em saúde de uma pessoa, o fruto de suas idéias, condições e atitudes sobre saúde e doença. Segundo o autor, crenças em saúde podem ter como bases informações e desinformações, sendo comum numa dada comunidade ou família mitos, realidades vividas ou falsas concepções. O modelo de crenças em saúde revela a relação entre o que as pessoas acreditam e como elas agem. Portanto, as crenças tanto podem promover a saúde como influenciá-la negativamente. Neste Modelo é, portanto fundamental o conhecimento que os indivíduos têm a respeito da origem ou causa da doença. No caso dos portadores do HIV/Aids é sobretudo importante saber as crenças que o próprio doente tem a respeito de sua doença e como estas interferem no relacionamento familiar.

Adequar um referencial metodológico que nos desse a garantia do rigor metodológico nos levou a optar pelo ⁽¹⁰⁾ já que este se afigurava como adequado ao Estudo do comportamento do portador de HIV/Aids - usuário de drogas, diante de sua infecção/doença. Buscávamos indicar neste contexto os conhecimentos, atitudes, sentimentos e crenças que esses pacientes nutrem a respeito da doença, as concepções que influenciam na persistência do estigma e, das posturas negativas na interação com seus familiares, bem como as repercussões psicossociais que atingem esses portadores/doentes. Para a compreensão dos fenômenos estudados, utilizou-

se a metodologia qualitativa^(2, 8), História Oral Temática⁽⁸⁾. Dado seu caráter específico, a história oral temática tem características bem diferentes da História Oral de Vida. Detalhes da história pessoal do narrador apenas interessam na medida em que revelam aspectos úteis à informação temática central. A história oral temática não só admite o uso de questionário, como este se torna peça fundamental para a aquisição dos detalhes procurados.

O discurso é a forma através da qual o homem expressa, de maneira significativa, a inteligibilidade do ser-no-mundo

série, enquanto 07 não completaram o primário. Quanto à categoria de exposição, 02 sujeitos são declarantes homossexuais, 01 heterossexual, 02 prostitutas, 01 usuária de droga EV/prostituta, 04 usuários de drogas, 01 usuário

de droga/heterossexual. Destes todos são usuários de drogas entre elas: crack, maconha, artane, cocaína, álcool, drogas EV (não mencionadas); 03 sujeitos não mencionaram o tipo de droga utilizada; 02 deles são ex-presidiários.

Quanto à crença sobre a via de contaminação da doença: 05 sujeitos mencionaram a via sexual, enquanto 04 indicaram a contaminação por agulhas e seringas compartilhadas, 01 indicou como via agulhas e seringas compartilhadas /e via sexual, 01 sujeito diz ter sido contaminado por agulhas e seringas compartilhadas, porém é comprovado que sua esposa faleceu de Aids; Em relação à fase ou estágio da doença: 03 pacientes encontravam-se na fase II por ocasião da entrevista, 01 na fase III, 04 na fase IV - A, B, C1, 01 na fase IV B, C2 e 01 na fase IV-E. Estes dados foram apresentados visando a uma melhor caracterização dos sujeitos pesquisados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de melhor compreensibilidade dos resultados procedeu-se a análise temática dos discursos ou falas entendendo que o discurso é a forma através da qual o homem expressa, de maneira significativa, a inteligibilidade do ser-no-mundo. Foram apreendidos, na fala dos entrevistados, as vivências e emoções dos portadores de HIV/Aids e suas convivências com os familiares, sob o âmbito de suas crenças a respeito de sua infecção/doença. As questões abordadas serão analisadas e discutidas a seguir.

3.1. Características da amostra de pacientes portadores de HIV/Aids entrevistados

No quadro 1, apresentamos a caracterização demográfica dos portadores de HIV/Aids entrevistados que compreendem a amostra. Participaram deste estudo: 11 pacientes sendo: 07 do sexo masculino e 04 sexo feminino. A idade variou de 21 a 39 anos. Quanto ao estado civil 06 são solteiros, 04 amasiados e 01 viúvo. É importante mencionar que de um total de 11 sujeitos, 02 apresentaram 0 1º grau completo, 02 cursaram até a 6ª

3.2. Sinais e sintomas percebidos da doença

A situação vivida pelos sujeitos diante dos primeiros sinais e sintomas da Aids é bastante conflitante, porque a doença pode passar por um longo período assintomático. Nem todos sujeitos entrevistados obtiveram esta percepção

"Eu não senti nada. Minhas amigas começaram a fazer, me chamou e aí eu peguei e fiz. Eu fiz exame".

Quadro 1 - Características da amostra de pacientes portadores de Aids entrevistados

Nº de ordem	Iniciais nomes	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Categoria de Exposição	Droga utilizada	Via de contaminação	Estágio infecção
1	R.L.F.	Masc.	23	Solteiro	3º ano primário	Homossexual	Crack, maconha e artane	Sexual	Grupo III
2	E.I.R.	Masc.	31	Solteiro	8ª série	Homossexual	Maconha	Sexual	Subgrupo IV-C ₁
3	R.I.M.	Masc.	34	Amasiado	2º ano primário	Heterossexual	Cocaína, artane e maconha	Sexual	Subgrupo IV-C ₁
4	H.P.C.	Fem.	24	Amasiada	6ª série	Prostituta	Maconha, artane e cocaína	Sexual	Grupo II
5	P.B.S.	Fem.	39	Solteira	4º ano primário	Prostituta	Crack, maconha	Sexual	Grupo II
6	S.H.M.	Fem.	38	Amasiada	2º ano primário	Usuária de droga EV + prostituta	Droga EV + álcool	Agulhas e seringas	Subgrupo IV-C ₁
7	O.H.R.	Fem.	21	Solteira	8ª série	Usuária de droga EV	Não mencionou	Agulhas e seringas	Subgrupo IV-E
8	S.G.K.	Masc.	26	Solteiro	6ª série	Usuário de droga EV	Maconha, álcool, crack e cocaína	Agulhas e seringas	Grupo II
9	S.O.	Masc.	31	Amasiado	3º ano primário	Usuário de droga EV - ex-presidiário	Cocaína	Agulhas e seringas + sexual	Subgrupo IV-A-B-C ₁
10	L.C.M.	Masc.	30	Solteiro	3º ano primário	Usuário de droga EV-ex-presidiário	Não mencionou	Agulhas e seringas	Subgrupo IV-B-C ₁
11	C.A.M.	Masc.	37	Viúvo	2º ano primário	Usuário de droga-esposa faleceu de Aids	Não mencionou	Sexual/agulhas e seringas	Subgrupo IV-C ₁

O estigma que gira em torno da doença leva as pessoas infectadas muito mais a se esconderem do que se revelarem

"Eu... já tem 6 anos que tenho essa doença e nada. Eu simplesmente já tinha na cabeça que eu tinha ela, por causa que tomei muito na veia. Eu tomava muita cocaína na veia, em rodada de parceiros e os parceiros morreram todos com essa doença. Ouvi dizer que só restou eu mesma, que o resto foi tudo. E aí eu resolvi fazer o exame, eu já estava ciente que eu tinha. Aí eu fiz o exame, esperei a resposta e o B. entregou (...)"

O diagnóstico da soropositividade esteve bastante relacionado com o comportamento do indivíduo, que fez exames para detectar a infecção, sem ter percebido seus sinais e sintomas.

Segundo o modelo estudado é importante que o indivíduo perceba e acredite que ele seja susceptível à doença⁽¹⁰⁾. No presente estudo fica claro haver algumas suspeitas por parte dos sujeitos que os levaram a fazer exames, embora negassem estar sentindo algum sintoma. Apesar de estarem cientes da exposição ao risco e de terem medo de contrair a doença, o fato de não ter sintomas aparece como barreira para a busca de confirmação diagnóstica.

Podemos perceber que alguns sujeitos tinham a certeza de que há muito tempo já estavam contaminados, porém se negavam a buscar a confirmação.

O modelo estudado indica a importância de o indivíduo ter conhecimento da gravidade de sua doença para ter iniciativa de buscar ajuda. No presente estudo encontrou-se indivíduos que só procuraram auxílio após a doença se encontrar instalada, dificultando o processo de tratamento:

"Foi quando eu fiquei doente, eu internei na Santa Casa fizeram exame e deu positivo. Foi problema de... eu achei que estava com úlcera e gastrite, mas não foi eu acho que era problema de Aids..."

Na tentativa de negar sua própria condição de portador de Aids, o paciente procura inicialmente tratamentos alternativos. O estigma que gira em torno da doença leva as pessoas infectadas muito mais a se esconderem do que se revelarem. Tentando negar o diagnóstico, o paciente procura alternativas em diversas clínicas para solucionar problemas sintomáticos.

É importante ressaltar que uma das maiores preocupações dos sujeitos é a "perda de peso", que para eles é o que denuncia suas condições de portadores da doença, tornando-os imediatamente rotulados como "aidéticos" pela sociedade.

"... a gente emagrece muito, o pessoal da rua fica falando".

3.3. Crenças sobre o tratamento

O modelo de crença estudado afirma que o indivíduo para tomar ações de saúde necessita crer que uma determinada alternativa de tratamento será benéfica ou seja

lhe trará resultados efetivos como por exemplo melhora ou cura. Neste estudo seis pacientes informaram estar recebendo algum tipo de tratamento medicamentoso, dos quais, cinco acreditam que possa ser benéfico para sua patologia, mas revelam que às vezes esquecem ou não querem tomar o medicamento. Alguns acreditam que o remédio pode ajudar, mas a maioria parece não dar o devido valor à medicação:

"O tratamento serve para prolongar a vida das pessoas. Eu faço tratamento e confio mais ou menos nele, eu fico indo para o hospital".

Três pacientes se mostraram extremamente descrentes em relação ao tratamento, se negam a realizá-lo pois não conseguem ver benefícios com o seu uso. Acreditam que o medicamento pode até matar, por isso têm medo do tratamento, não tomam os remédios prescritos, não seguem a prescrição corretamente:

"O tratamento serve para matar a gente mais depressa. A maioria que eu conheço depois que fizeram tratamento já morreram. Eu tenho medo, eu não faço tratamento".

Podemos observar que os relatos vem de encontro ao referencial teórico^(10, 11), que afirma que quando o indivíduo apresenta um sintoma ele pode procurar auxílio médico para o seu diagnóstico, mas o tratamento pode não ser seguido por várias razões (barreiras), entre elas o fato de ser um recurso inútil pelo fato de a moléstia não ter cura. Os sujeitos entrevistados além de não acreditarem na cura, muitas vezes acreditam que os remédios matam.

No caso da Aids, estamos diante de uma doença ainda incurável, porém é sabido que pode variar em sua evolução se o tratamento é corretamente seguido e se o paciente deposita confiança na equipe. O relacionamento terapêutico que se estabelece auxilia, também o paciente a enfrentar os temores da doença⁽⁵⁾.

3.4. Percepção de mudança após adquirir a doença

Observamos uma atitude de isolamento dos sujeitos e uma mudança de comportamento em relação às pessoas que os rodeiam. Os sujeitos passam

As crenças que os familiares nutrem a respeito do HIV/Aids vão influenciar no comportamento dos membros da família

a se comportar diferentemente com as pessoas e a controlar o seu afeto que evitam expressar, receios de contaminar alguém:

"Meu comportamento, vícios, tudo mudou bastante, amigos. Hoje eu posso dizer que tenho três amigos. Antes eu tinha ... não por eles, eu é que escolhi assim (...);

"... eles não entenderiam à doença. Eles não cooperariam, não me apoiariam em nada, afastariam de mim. Então antes que fosse mais doloroso pra mim, eu preferi me afastar".

Percebemos uma certa indiferença quanto ao que mudou em suas vidas, o paciente lança mão de mecanismos que o auxiliam a diminuir o sofrimento ou a amenizar os acontecimentos:

"Não mudou nada, é a mesma coisa ... eu acho que não mudou, o que era antes eu sou agora".

Podemos observar, nos entrevistados, a necessidade de auxílio, para o qual poderia ser sugerido um suporte psicoterápico⁽¹⁾ baseado nas queixas do paciente, tais como culpa associada ao fato de admitir ser a Aids uma doença que pode ser evitada, relacionada com práticas sexuais ou abuso de drogas e, ainda pelo isolamento social do doente. Além de subsidiar o conhecimento do doente acerca de sua enfermidade, poderíamos ajudá-lo a manejar os sentimentos de medo, culpa e hostilidade.

Os profissionais de saúde deveriam atuar oferecendo assistência integral a este tipo de paciente e a sua família, atuando nos aspectos aqui levantados visando à diminuição de seus sofrimentos. A participação da família neste tipo de atendimento é de fundamental importância como suporte emocional. A aceitação da família em relação à situação do portador/doente é talvez a maior ajuda para o tratamento, desde que esta não o deixe ainda mais culpado pelo seu estado. Daí a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos quanto ao tipo de dinâmica familiar que estabelece.

3.5. Conhecimento da família sobre a doença

Notamos que a maioria dos familiares sabem sobre o diagnóstico dos sujeitos. Eles mesmos são os responsáveis pela comunicação. Alguns sujeitos optaram por não comunicar à família. Outros informaram que o distanciamento da família ocorreu antes do diagnóstico. Geralmente os companheiros (as) estão cientes do diagnóstico.

Os sujeitos expressaram que suas famílias sabem sobre os mecanismos evolutivos da doença,

mas escondem ou negam comportamento que os levou a adquiri-la.

Certos familiares oferecem uma superproteção para compensar sentimentos de culpa. Um dos primeiros sentimentos é o de não acreditarem no que estão ouvindo, o que

dificulta ainda mais a relação. Às vezes levam o portador para realizar exames em outros locais a fim de confirmar o diagnóstico:

"Meu pai não acreditou, minha mãe não acreditou, depois minha mãe começou a ir ao psicólogo comigo, meu pai. Depois ele me mandou para Ribeirão Preto fazer Wertern blot, um exame lá e acabou de confirmar".

As crenças que os familiares nutrem a respeito do HIV/Aids vão influenciar no comportamento dos membros da família e nas reações que terão diante da confirmação do diagnóstico. As atitudes poderão ser a de aceitação ou não do portador/doente. Tanto o conteúdo das crenças, quanto as atitudes subsequentes, podem ser fontes de stress na família, provocando desadaptação e rompimento da coesão entre seus membros.

3.6. Relacionamento com os familiares

Notamos que o relacionamento de alguns sujeitos com os familiares estava de alguma forma alterado mesmo antes da doença se instalar, portanto, parece não ter havido grandes mudanças após o diagnóstico. Em alguns casos, a família sente-se culpada pelo acontecimento, e tenta reparar a falha através da superproteção. Os sujeitos mostram-se receptivos a um bom relacionamento, desde que não recriminados por seus comportamentos. Incomodam-lhes a superproteção, que lhes lembram a todo momento ser um portador da infecção/doença:

"Eu morava com meu pai e minha mãe, eu quis mudar (...) Depois do resultado ficou melhor pra eles. Eles ficam querendo agradar. Pra mim é ruim porque toda hora eles ficam te lembrando aquilo. Eles fazem lembrar toda hora que sou portador do HIV. Eu não me sinto bem (...) Se eu ficar junto com eles eu não me sinto bem, é perigoso eu ficar doente".

Outros fatores que poderiam estar interferindo no relacionamento dos sujeitos com os seus familiares, são os seguintes fatos: o paciente querer poupar sofrimento à família; não querer deixar o vício, teve medo de contaminar os familiares.

Sabemos que é difícil estabelecer e manter vínculos em situações que envolvem conflitos de sen-

timentos e emoções, daí a necessidade de se compreender a dinâmica familiar dando suporte emocional, orientação e ajuda. Para que possamos diminuir o preconceito por parte da população e das pessoas que o assistem é aconselhável que o tratamento seja feito no domicílio. Este tratamento contribuirá para a reciclagem do indivíduo e da família na área de educação em saúde, fazendo com que estes tornem-se agentes de sua própria saúde⁽⁴⁾.

Podemos observar também que os sujeitos se mostram receptivos ao relacionar-se com outros portadores da doença, sentindo-se mais aceitos neste grupo.

4. CONCLUSÕES

A partir dos depoimentos dos sujeitos entrevistados, observamos que os pacientes já portavam anteriormente ao diagnóstico HIV positivo, dificuldades afetivas, que se agravaram com a nova situação.

O HIV e a Aids impõem uma mudança radical na vida de seus portadores. A doença evolui, de certa forma, diferente em cada indivíduo, nos levando a obter algumas respostas para a doença, não mais no vírus, mas sim nas características de cada sujeito.

Por ser uma patologia de caráter estigmatizante, onde os comportamentos dos indivíduos são questionados, suas crenças são fatores que interferem no comportamento do portador e à sua atitude diante da doença.

As crenças podem variar de pessoa para pessoa, de doença para doença, sendo importante estudar os fatores geradores de crenças para a compreensão das atitudes tomadas pelos sujeitos.

É importante que, ao ser oferecida, a assistên-

cia ao doente, os programas de saúde possam apresentar subsídios que compreendam as crenças e conseqüentes comportamentos que o portador do HIV/Aids adota diante da doença. A família sente-se ou não disposta e capaz de acei-

tar o enfermo. A nova condição de vida, depende não apenas da motivação e recursos internos, como da orientação dos serviços de saúde prestados para enfrentar os problemas que podem sobrevir⁽⁹⁾. Que esta assistência não seja voltada para um atendimento restrito ao cuidado físico mas orientado por um enfoque holístico que abranja também o emocional, o psicológico e o espiritual. Que as questões psicológicas sejam trabalhadas e estendidas a todos familiares.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguiar WM, Arnaldo RS, Dunningham W. Aspectos psiquiátricos da infecção pelo vírus HIV-1: estado atual do conhecimento. *Arq Bras Med* 1994; 68:102-6.
2. Bogdan RC, Biklen SK. *Investigação qualitativa em enfermagem: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Codex; 1994.
3. Brasil (PNDST/AIDS). **Revisão da definição nacional de caso de Aids em adulto**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1992.
4. Brasil (PNDST/AIDS). *Assistência domiciliar terapêutica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.
5. Ferreira VLF. **Aids e vida: um estudo clínico-psicanalítico com pacientes HIV**. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.
6. Gir E, Moriya TM, Figueiredo MAC. **Práticas sexuais e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana**. Goiânia: AB; 1994.
7. Lofland I. *Analysing social settings a guide to qualitative observation and analysis*. Belmont: E.A. Wadsworth Publishing, 1971.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: metodologia da pesquisa social (qualitativa) em saúde (tese)*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1989.
9. Pedrosa LAK. **Crenças das pessoas portadoras de hanseníase sobre sua doença: base para a compreensão de suas ações em saúde (dissertação)**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1991.
10. Rosenstock, IM. **Why people use health services**. *Milbank Mem Fund* 1996; 44:94-122.
11. Rosenstock IM. **Historical of the health belief model**. *Health Educ Monog* 1974; 2:328-35.

Endereço para correspondência:

Nilzemar Ribeiro de Souza

Rua Paraguaçu, 59, Vila Rica, Passos-MG
CEP: 37900-000



Syphilis continues to retreat: Nation sets sights on elimination cdc reports all-time syphilis lows and concentration in 1% of u.s. Counties

National Center of HIV, STD, and TB Prevention
Centers for Disease Control and Prevention - CDC, Atlanta USA

Syphilis rates have declined an additional 19 percent in 1998 paving the way toward a nation's goal of elimination. The national rate of 2.6 cases per 100,000 population, a drop from 3.2 cases in 1997, is the lowest level ever recorded, according to new data released today by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Less than one percent of U.S. counties account for half of reported syphilis cases. The October 8, 1999 CDC *Morbidity and Mortality Weekly Report* documents that half of all new syphilis cases are concentrated in 28 counties¹, mainly in the South and selected urban areas in other regions (*county and state data attached*). The ten counties with the highest number of syphilis cases reported in 1998 are home to the following cities (in descending order by number of cases reported): Baltimore (Independent City), Chicago (Cook County), Memphis (Shelby County), Nashville (Davidson County), Phoenix (Maricopa County), Detroit (Wayne County), Indianapolis (Marion County), Atlanta (Fulton County), Dallas (Dallas County), and Los Angeles (Los Angeles County). Researchers report that lower infection rates and geographic concentration signal continued progress toward syphilis elimination.

"At the close of this century, we have a brief window of opportunity to eliminate one of the public health threats we've been battling the longest," stressed Jeffrey Koplan, M.D., M.P.H., director of CDC. "But if we don't take the opportunity now, we will lose our chance. Another peak in syphilis cases is inevitable unless elimination becomes a reality."

CDC data indicates that African Americans are 34 times more likely to be reported with syphilis than whites (with rates of 17.1 cases per 10,000 and 0.5 cases per 100,000, respectively). Remarkably, the

gap has narrowed from rates as much as 64 times higher in the earlier part of this decade, but the continued burden of disease among African Americans remains extremely high.

"Syphilis is a completely preventable disease that can be cured with one dose of penicillin, yet it takes a staggering toll on the African-American community," stressed Helene Gayle, M.D., M.P.H., director of CDC's National Center for HIV, STD; and TB Prevention (NCHSTP). "Syphilis remains one of the most glaring examples of racial inequities in health status facing this nation. We can must commit to breaking the cycle of syphilis once and for all."

Syphilis elimination efforts are critical to improving infant health, slowing the spread of HIV infection, and reducing racial disparities in health. Untreated syphilis during pregnancy results in infant death in up to 40 percent of cases, and nearly two-thirds of cases of congenital syphilis are among African Americans. Moreover, syphilis accelerates the spread of the HIV epidemic. The presence of syphilis increases the chances of both acquiring and spreading HIV infection at least two-to five-fold.

To move the nation toward its goal of syphilis elimination, CDC has initiated new efforts targeting 33 states and cities² with either a heavy burden of syphilis or a high potential for re-emergence of syphilis. In addition, Nashville, Indianapolis, and Raleigh were selected as short-term demonstration cities to evaluate and refine national strategies for elimination efforts.

U.S. Surgeon General David Satcher, M.D., M.P.H., CDC Director Jeffrey P. Koplan, and other national and local public health and political leaders will join in an event today in Nashville, to announce the new

efforts as the first steps in a national plan to eliminate syphilis.

In the National Plan for Syphilis Elimination, CDC has identified the key strategies needed for elimination, including: expanding surveillance and outbreak response in each community, rapid screening in and out of medical settings, expanded laboratory services, improved agency partnerships, and enhanced community awareness and involvement in syphilis prevention.

"The time is now to eliminate syphilis from the United States", said Judith Wasserheit, M.D., M.P.H., director of NCHSTP's Division of STD Prevention. "No American should suffer from syphilis. Every stillborn baby, every infant infected, every man and woman infected with HIV because of syphilis should remind us of obligation to eliminate this disease."

¹ Baltimore and St. Louis are among the 28, but are independent cities and are not located within a county jurisdiction.

² Alabama, Arizona, Arkansas, Baltimore, California, Chicago, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Los Angeles, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Mississippi, Missouri, New Jersey, New York City, North Carolina, Ohio, Oklahoma, Philadelphia, Puerto Rico, San Francisco, South Carolina, Tennessee, Texas Virginia, Washington DC, and Wisconsin.

Contact:

NCHSTP Office of Communications 404-639-8895
National Center of HIV, STD, and
TB Prevention, Atlanta-USA



Syphilis continues to retreat: Nation sets sights on elimination cdc reports all-time syphilis lows and concentration in 1% of u.s. Counties

National Center of HIV, STD, and TB Prevention
Centers for Disease Control and Prevention - CDC, Atlanta USA

Syphilis rates have declined an additional 19 percent in 1998 paving the way toward a nation's goal of elimination. The national rate of 2.6 cases per 100,000 population, a drop from 3.2 cases in 1997, is the lowest level ever recorded, according to new data released today by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Less than one percent of U.S. counties account for half of reported syphilis cases. The October 8, 1999 CDC *Morbidity and Mortality Weekly Report* documents that half of all new syphilis cases are concentrated in 28 counties¹, mainly in the South and selected urban areas in other regions (*county and state data attached*). The ten counties with the highest number of syphilis cases reported in 1998 are home to the following cities (in descending order by number of cases reported): Baltimore (Independent City), Chicago (Cook County), Memphis (Shelby County), Nashville (Davidson County), Phoenix (Maricopa County), Detroit (Wayne County), Indianapolis (Marion County), Atlanta (Fulton County), Dallas (Dallas County), and Los Angeles (Los Angeles County). Researchers report that lower infection rates and geographic concentration signal continued progress toward syphilis elimination.

"At the close of this century, we have a brief window of opportunity to eliminate one of the public health threats we've been battling the longest," stressed Jeffrey Koplan, M.D., M.P.H., director of CDC. "But if we don't take the opportunity now, we will lose our chance. Another peak in syphilis cases is inevitable unless elimination becomes a reality."

CDC data indicates that African Americans are 34 times more likely to be reported with syphilis than whites (with rates of 17.1 cases per 10,000 and 0.5 cases per 100,000, respectively). Remarkably, the

gap has narrowed from rates as much as 64 times higher in the earlier part of this decade, but the continued burden of disease among African Americans remains extremely high.

"Syphilis is a completely preventable disease that can be cured with one dose of penicillin, yet it takes a staggering toll on the African-American community," stressed Helene Gayle, M.D., M.P.H., director of CDC's National Center for HIV, STD; and TB Prevention (NCHSTP). "Syphilis remains one of the most glaring examples of racial inequities in health status facing this nation. We can must commit to breaking the cycle of syphilis once and for all."

Syphilis elimination efforts are critical to improving infant health, slowing the spread of HIV infection, and reducing racial disparities in health. Untreated syphilis during pregnancy results in infant death in up to 40 percent of cases, and nearly two-thirds of cases of congenital syphilis are among African Americans. Moreover, syphilis accelerates the spread of the HIV epidemic. The presence of syphilis increases the chances of both acquiring and spreading HIV infection at least two-to five-fold.

To move the nation toward its goal of syphilis elimination, CDC has initiated new efforts targeting 33 states and cities² with either a heavy burden of syphilis or a high potential for re-emergence of syphilis. In addition, Nashville, Indianapolis, and Raleigh were selected as short-term demonstration cities to evaluate and refine national strategies for elimination efforts.

U.S. Surgeon General David Satcher, M.D., M.P.H., CDC Director Jeffrey P. Koplan, and other national and local public health and political leaders will join in an event today in Nashville, to announce the new

efforts as the first steps in a national plan to eliminate syphilis.

In the National Plan for Syphilis Elimination, CDC has identified the key strategies needed for elimination, including: expanding surveillance and outbreak response in each community, rapid screening in and out of medical settings, expanded laboratory services, improved agency partnerships, and enhanced community awareness and involvement in syphilis prevention.

"The time is now to eliminate syphilis from the United States", said Judith Wasserheit, M.D., M.P.H., director of NCHSTP's Division of STD Prevention. "No American should suffer from syphilis. Every stillborn baby, every infant infected, every man and woman infected with HIV because of syphilis should remind us of obligation to eliminate this disease."

¹ Baltimore and St. Louis are among the 28, but are independent cities and are not located within a county jurisdiction.

² Alabama, Arizona, Arkansas, Baltimore, California, Chicago, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Kentucky, Los Angeles, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Michigan, Mississippi, Missouri, New Jersey, New York City, North Carolina, Ohio, Oklahoma, Philadelphia, Puerto Rico, San Francisco, South Carolina, Tennessee, Texas Virginia, Washington DC, and Wisconsin.

Contact:

NCHSTP Office of Communications 404-639-8895
National Center of HIV, STD, and
TB Prevention, Atlanta-USA

NORMAS DE PUBLICAÇÃO



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 será enquanto estiver sendo considerada sua publicação pela JBDST; (d) que todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e que leram e aprovaram a versão final; (e) que não são omitidos quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse no material abordado no artigo; (f) que o JBDST passa a ter os direitos autorais, caso o artigo venha a ser publicado e (g) os artigos apresentados para publicação deverão conter na sua apresentação final a assinatura de todos os seus autores. A carta de apresentação deve indicar o autor responsável pelas negociações sobre adaptações do artigo para a publicação, fornecendo seu telefone e endereço.

DIRETRIZES PARA A PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

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

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

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

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

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

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

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

• Artigo em periódico

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

• Livro ou monografia

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

• Capítulo em livro

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

• Trabalho apresentado em congresso ou similar já publicado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEITURA RECOMENDADA AOS AUTORES

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

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

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

Os trabalhos deverão ser enviados para:

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