

DST

Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

VOLUME 12 - Nº 2 - 2000

INDEXADA: LILACS

- *Educação em Saúde no cotidiano educacional*
- *Gestantes e DST*
- *Conhecimento dos presidiários sobre DST / Aids*
- *Hábito Sexual e Risco de infecção pelo HIV*
- *Infecciones Cutáneas, Trasplante y HIV*
- *Mulheres, preconceitos e Aids*
- *38Th General Assembly IUSTI*

SUMÁRIO

EDITORIAL

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO QUOTIDIANO EDUCACIONAL 3
Vandira MS Pinheiro

ARTIGOS

GESTANTES ATENDIDAS NO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE 5
Pregnants Assisted at the Sexually Transmitted Disease Sector of the Universidade Federal Fluminense
Leonardo M Bastos, Mauro RL Passos, Alberto S Tibúrcio, Renata Q Varella, Vandira MS Pinheiro

CONHECIMENTO DOS PRESIDIÁRIOS SOBRE AS DST/HIV E AIDS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO, NUM SISTEMA PENITENCIÁRIO 13
The Convicts' Knowledge on DST/HIV and Aids and Prevention Measus, in a Penintetary System
Ana CN França, Darlina S Franco, Mary AC Silva, Rosinete F Souza, Creso M Lopes

A INFLUÊNCIA DO HÁBITO SEXUAL E O RISCO DE INFECCÃO PELO HIV: CONHECIMENTO DE UNIVERSITÁRIOS RECÉM-INGRESSOS NA UFAC, ANO 1999 19
The Influence of the Sexual Habit and the Risk of Infection for HIV: Knowledge of University Recently-Entrances in UFAC, year 1999
Luciano M Gadelha, Creso M Lopes

INFECCIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE Y EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR HIV ESTUDIO COMPARATIVO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 31
Infecções Cutâneas em Pacientes Submetidos a Transplante e em Pacientes com Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana: Estudo Comparativo e Revisão Bibliográfica
Maria del Carmen R Cerdeira, Yolanda C Feijóo

MULHERES, PRECONCEITOS E AIDS 40
Women, Prejudice and Aids
Marli TG Galmão, Jussara M Marcondes

REPORT OF THE PRESIDENT OF THE INTERNATIONAL UNION AGAINST SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS FROM NOVEMBER 1999 (38TH GENERAL ASSEMBLY, SUN CITY, SOUTH AFRICA) TO SEPTEMBER 2000 (EXECUTIVE COMMITTEE MEETING, BUDAPEST, HUNGARY) 41

ASSINE DST 46

LANÇAMENTO DE LIVROS 47

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO 48



Editorial

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO QUOTIDIANO EDUCACIONAL

Vários estudos e programas de saúde, chamam a atenção para a necessidade de capacitar particularmente o segmento infante-juvenil, para enfrentar situações de risco, que surgem em determinado momento de sua evolução histórica. E cita, entre outros exemplos destes fatos, as DST e a Aids, o consumo de drogas e as perdas dos valores de convivência, as agressões ao meio ambiente.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as DST estão entre os problemas mais comuns de saúde pública em todo o mundo embora, *não se conheça a real magnitude do problema*. Estima-se que nos países em desenvolvimento as DST estão entre as cinco causas mais freqüentes de procura por serviço de saúde. E no Brasil, particularmente, há, a grosso modo, *previsão de ocorrência por ano de 3,5 a 4 milhões de episódios de doenças sexualmente transmissíveis*. O desconhecimento dos padrões de comportamento, crenças e atitudes sexuais aliados à alta concentração da população nos grandes centros urbanos, sugerem a necessidade de grande esforço para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção de riscos e agravos à saúde na área das DST e Aids. Nas grandes cidades, até um terço das pessoas entre 13 e 35 anos poderão apresentar uma DST a qualquer momento.

Diante do desafio que se afigura ante o alarmante cenário da vida sexual de adolescentes e jovens, mais do que nunca os setores Saúde e Educação se fazem impelidos a unir esforços em torno de programas preventivos das causas, em lugar de usuais projetos remediadores dos efeitos de práticas sexuais mal conduzidas.

Longe de medidas paliativas, mais voltadas à camuflagem dos casos irremediavelmente já acontecidos, a demanda atual se faz sentir numa mobilização conjunta da equipes de profissionais de saúde e educação em torno de uma política de orientação sexual, remontante a bases sistemáticas de ação.

Em vez das tradicionais abordagens episódicas sobre as drogas, a sexualidade e os modos de transmissão das doenças em evidência entre outros assuntos, tem-se em mente a defesa de um trabalho educativo interdisciplinar voltado para o desenvolvimento de atitudes sadias e para a vivência plena da sexualidade, melhor dizendo, para a educação em saúde sexual e reprodutiva.

A OMS define saúde como *"um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença"*. A saúde

sexual está relacionada a este estado de bem-estar na vida sexual de uma pessoa, o sentir-se à vontade e confiante em relação ao sexo e à sexualidade. Assim, a promoção da saúde sexual e reprodutiva requer conhecimentos sobre o próprio corpo, informações adequadas, atitudes preventivas e acesso aos serviços de saúde de boa qualidade.

No momento em que a aids pôs em evidência as questões relacionadas ao exercício e/ou vivência da sexualidade, o simples despertar acentua as indagações e, na falta de respostas, multiplicam-se cada vez mais incontroláveis as DST, abortos, gravidezes indesejadas, entre outros agravos à saúde. A informação nesse caso, pode preceder ao amadurecimento, no sentido de levar o adolescente e/ou jovem a aquilatar as conseqüências de determinadas práticas.

Espera-se, portanto, dos profissionais de saúde pública e dos educadores, ações coordenadas de intervenção no cotidiano, sobretudo quando a puberdade precoce é hoje um fenômeno cada vez mais comum com a *"superexposição a imagens eróticas"* que de acordo com alguns autores fazem desencadear a *produção de hormônios sexuais precocemente*.

Uma vez somados o imperativo da demanda, provocado pelo aumento progressivo da incidência de DST, e o foro dos direitos e deveres determinantes da responsabilidade moral e social de todos os segmentos profissionais, concernentes à Educação em Saúde, sobretudo em sua dimensão preventiva, a idéia é desenvolver a processo de conscientização para a prevenção de DST/Aids nas diferentes fases de desenvolvimento humano e, em especial, na adolescência.

Logo, a prevenção, pela progressão possível de casos, chega ao estatuto de um desafio para a sociedade que faz da educação sexual um campo de demandas imediatas na busca de intervenções mutuamente produtivas, a orientação em saúde no cotidiano educacional, particularmente quando em família pouco ou nada se fala abertamente sobre sexo, abrindo espaço para o silêncio, ao ressentimento e até mesmo à hipocrisia.

Vandira Maria dos Santos Pinheiro

Prof^a Convidada do PPG em DST
Setor de DST-UFF



SBDST

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

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

DIRETORIA SBDST

Presidente:

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

1º Vice-Presidente:

Adele Benzakem (AM)

2º Vice-Presidente:

Mauro Cunha Ramos (RS)

1º Secretário:

Geraldo Duarte (SP)

2º Secretário:

Paulo Giraldo (SP)

1º Tesoureiro:

Telma Queiroz (CE)

2º Tesoureiro:

José Carlos Sardinha (AM)

Diretor Científico:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

Geraldo Duarte (SP)
Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)
Humberto Jonas Abrão (MG)
Luiz Carlos Moreira (RJ)
Nero Araújo Barreto (RJ)
Paulo da Costa Lopes (RJ)
Roberto de Souza Salles (RJ)
Rubem de Avelar Goulart Filho (RJ)
Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Comissão Editorial:

Anna Ricordi Bazin (RJ)
Antonio Carlos Pereira Júnior (RJ)
Cícero Carlos de Freitas (RJ)
Délcio Nacif Sarruf (RJ)
Eva Mila Miranda Sá (RJ)
Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Gilberto Ottoni de Brito (RJ)
Iara Moreno Linhares (SP)
Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)
Izabel Cristina F. Paixão (RJ)
José Antônio Simões (SP)
José Augusto Pantaleão (RJ)
José Trindade Filho (RJ)
Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)
Neide Kalil (RJ)
Ney Francisco Pinto Costa (RJ)
Paulo Canella (RJ)
Paulo César Giraldo (SP)
Pedro Chequer (DF)
Raimundo Diogo Machado (RJ)
Renata de Queiroz Varella (RJ)
René Garrido Neves (RJ)
Sílvia Maria Baeta Cavalcanti (RJ)
Solange Artimos de Oliveira (RJ)
Tomaz Barbosa Isolan (RS)
Vilma Duarte Câmara (RJ)
Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional

Evelio Perea (Espanha)
Juan Carlos Flichmann (Argentina)
Ken Boechar (EUA)
Luis Olmos (Espanha)
Peter Piot (UNAIDS - Suíça)
Rui Bastos (Moçambique)
Steven Witkin (EUA)

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

**MIP / CMB / CCM
Universidade Federal
Fluminense**

Outeiro de S. João Batista, s/nº
Campus do Valonguinho - Centro
Niterói - RJ - 24210-150
Tel.: (21) 719-4433 (Fax): (21) 719-2588
Tel.: (21) 620-8080 - Ramal 298
e-mail: MIPMAUR@VM.UFF.BR
<http://www.uff.br/dst/>

Reitor da UFF:

Cícero Mauro Fialho Rodrigues

Vice-Reitor da UFF

Antonio José dos Santos Peçanha

Pró-Reitor de Pesquisas e

Pós-Graduação:

Jésus de Alvarenga Bastos

Pró-Reitor de Planejamento:

Clínio Freitas Brasil

Pró-Reitor de Assuntos Acadêmicos:

Esther Hermes Luck

Pró-Reitor de Extensão:

Firmino Marsico Filho

Diretor do CCM:

Maximus Taveira Santiago

Diretor do Instituto Biomédico:
Tarcisio Rivello

Chefe do MIP:
Otilio Machado Pereira Bastos

Chefe do Setor do DST:
Mauro Romero Leal Passos

Secretária do JBDST:
Dayse Dacache Felício

Diretor do HUAP:
Francisco Luiz Gonzaga da Silva

Diretor da Faculdade de Medicina:
José Carlos Carraro Eduardo

Prefeito do Campus Universitário:
José Carlos Batista Xavier

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

José Serra

COORDENAÇÃO NACIONAL DE

DST/Aids

Paulo Roberto Teixeira



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

Presidente:

Ross Philpot

Secretário Geral:

Ron Ballard

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

Direcionamento e Distribuição:

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

**Pede-se permuta
Exchange requested
On prie l'échange
Se solicita el canje
Man bitet un Austausch
Si prega lo seambio**

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

GESTANTES ATENDIDAS NO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

PREGNANTS ASSISTED AT THE SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE SECTOR OF THE UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Leonardo M Bastos¹, Mauro RL Passos², Alberto S Tibúrcio³, Renata Q Varella¹
Vandira MS Pinheiro⁴

RESUMO

Introdução: infecções genitais/DST e suas possíveis complicações para a gravidez são frequentes em países com dificuldades na atenção a saúde pública. **Objetivos:** identificar motivos que levam as gestantes a procurar atendimento no Setor de DST-UFF, definir os diagnósticos mais comuns nestas pacientes, identificar o perfil socioeconômico e sexuais das gestantes que procuram o Setor. **Metodologia:** Foi realizado um estudo retrospectivo, através de levantamento de todos os prontuários abertos no Setor de DST-UFF entre 1995 e 1998 (4837 prontuários), destes foram selecionadas as pacientes que apresentavam diagnóstico de gravidez (157 pacientes), foram analisados vários dados para sabermos as características socioeconômicas e culturais, assim como dados do diagnóstico das pacientes. **Resultados:** A nossa pesquisa revelou que as gestantes formam parcela considerável da clientela do Setor de DST-UFF, representando 5% (157/3.214) do total de mulheres atendidas, notamos que 91% das pacientes apresentavam alguma infecção genital, e que os diagnósticos mais frequentes foram condiloma acuminado, seguido de vaginose bacteriana e sífilis, o local de domicílio foi Niterói, a faixa etária de 17 a 20 anos, estado civil solteira, escolaridade primeiro grau incompleto, renda até dois salários mínimos, e tinham apenas um parceiro. **Conclusão:** o motivo mais comum de procura ao Setor foi verrugas genitais, o diagnóstico mais frequente foi condiloma acuminado, as pacientes não tinham mais de um parceiro, a idade mais comum foi 17 anos, e a renda familiar de até dois salários mínimos.

Palavras-chave: DST, gravidez, epidemiologia

ABSTRACT

Introduction: genital infection/STD and their possible complications for the pregnancy, are frequently in countries with difficulties in attention in public health. **Objectives:** to identify the reason for the pregnant goes to STD-UFF Section, research the most common diagnosis in these patients, to identify the social and economical profiles of the promptuaries that was created in the STD-UFF Section between 1995 and 1998 (4837 promptuaries), it was selected the pregnant womem (157 patients), it was analysed some data to know the social, economical and culture characterization, and data of diagnosis. **Results:** our research had revealed that pregnant are a significant piece of the womem patients (5%) (157/3.214), we note that 91% had genital infection and the most frequently diagnosis was HPV infection, followed by vaginosis and syphilis, they have 17-20 years-old, single womem, with low family income, low educational rate, and single exclusive partner. **Conclusion:** the most common reason of they go to STD Section was genital HPV lesions, the most frequently diagnosis was HPV infection, the patients have single sexual partner, the most common age was 17 years old and low education and income levels.

Keyword: STD, pregnancy, epidemiology

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 12(2):5-12, 2000

INTRODUÇÃO

Várias complicações do ciclo grávido-puerperal podem ter sua origem nas Doenças Sexualmente Transmissíveis, como

por exemplo: papiloma laríngeo do recém nascido e da infância, prenhez ectópica, endometrite puerperal, amniocoronite, rotura prematura de membranas, sífilis congênita, transmissão do HIV, entre outras.

Coste *et al.*¹ analisaram um grupo de 624 pacientes com prenhez ectópica e estudaram os fatores de risco associados. Concluíram que as DST estão envolvidas na maioria dos casos de prenhez ectópica, sendo o fator de risco mais importante, e que os riscos são particularmente maiores no caso da infecção por *C. trachomatis*.

¹ Médico, Ginecologista e Obstetra, Especialista em DST.

² Prof. Dr. Adjunto do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da UFF, Chefe do Setor de DST-UFF.

³ Médico Infectologista, Especialista em DST, mestre em DIP.

⁴ Professora convidada, Programa de Pós-Graduação em DST/MIP/CMB/CCM/UFF.

Em estudo realizado em 1996 por Alberico *et al.*², sobre a transmissão vertical do HPV, foram colhidas amostras (biópsia) de colo durante a gestação e no momento do parto e amostra da secreção orofaríngea dos seus neonatos, as amostras foram testadas para detecção do DNA viral e tiveram como resultados 30% de infecção materna pelo HPV e, nas pacientes com testes positivos para o HPV os recém-natos apresentaram uma positividade em 57% dos casos. Os autores concluíram que a possibilidade da transmissão do HPV da mãe para o feto é alta, principalmente, quando o PCR é positivo no momento do nascimento, na presença de alta carga viral e que estes fatores justificam a necessidade de monitorar esta infecção em gestantes afetadas pelo condiloma acuminado ou com colpocitologia sugestiva de HPV.

Quando compara-se a incidência de certas doenças em vários países, novamente notamos a importância do estudo ser desenvolvido na nossa realidade. Nos países em desenvolvimento, a incidência de sífilis é de 2,5 a 15,3%^{3,4}, o que chega a ser um absurdo se comparado aos índices dos países desenvolvidos, que é de 0,2 a 0,4%⁴. Em estudo realizado no Hospital Universitário Antônio Pedro, por Freitas *et al.*⁵ entre 1990 e 1992, a soroprevalência ao VDRL dos recém natos ficou entre 1,3 e 2,1%.

Podemos citar, além destes, outros estudos realizados em maternidades de Porto Alegre (RS) e Juiz de Fora (MG)⁶, sobre a incidência de DST em gestantes, demonstrando uma variação de 7,1 a 12% para colpite bacteriana, de 5 a 22% para candidíase vaginal, e de 8 a 17% para tricomoníase.

Em um levantamento com 1459 amostras sanguíneas de gestantes atendidas em Hospitais públicos da cidade de Goiânia - GO, testados para HBsAg e anti- HBs foram encontradas 109 amostras positivas, Cardosa *et al.*⁷ ressaltam que estes resultados justificam a triagem para Hepatite B como rotina no Pré-natal.

O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde⁸ demonstrou um aumento na transmissão do HIV no período de 1980 a 1994. Até agosto de 1996 a transmissão perinatal do HIV correspondeu a 2,3% dos casos diagnosticados de aids no Brasil. A prevenção da transmissão do vírus HIV na gestação/parto só pode ser feita se houver o diagnóstico da infecção materna, por isso preconiza-se, hoje em dia, a dosagem de anticorpos anti-HIV de rotina em todas as gestantes.

Um estudo comparativo realizado em Indianápolis, EUA, no ano de 1996⁹, com 739 pacientes divididas em três grupos: gestantes, pacientes atendidas em ambulatório geral de Ginecologia e pacientes atendidas em ambulatórios de DST, demonstrou que a gestação é um fator de risco para a positividade de infecção pelo HPV e de alto risco para câncer de colo devido às modificações hormonais e imunológicas associadas à gestação.

A primeira ocorrência de transmissão perinatal do HIV, registrada no Brasil, data de 1985¹⁰. Ocorreu, de lá para cá, um aumento da frequência deste tipo de transmissão, chegando, segundo o Ministério da Saúde, a 3,6% em 1996. O Ministério da Saúde tem um projeto de vigilância do HIV por rede sentinela nacional, para monitorar os índices de infecção pelo HIV. Este projeto, iniciado no ano de 1992, conta com

sítios de pesquisa em pacientes de pronto-socorro, de maternidades e de clínicas de DST. Em relação às parturientes, apresentou-se uma prevalência de 1,2%, e no segundo corte uma prevalência de 1,7%, demonstrando um aumento estatisticamente significativo¹⁰.

Em estudo realizado no ano de 1995 em uma maternidade do centro da cidade do Rio de Janeiro (Pró-Matre), onde foram testados o sangue de 742 pacientes, para positividade de anticorpos anti-HIV, ficou demonstrado uma prevalência de 2,7% de positividade¹¹. **Objetivos** – identificar quais queixas levam as gestantes a procurar o atendimento no ambulatório de DST UFF.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo retrospectivo, realizada através da análise de prontuários. As pacientes incluídas neste estudo foram as que abriram prontuário no Setor de DST - UFF entre 1 de janeiro de 1995 e 31 de dezembro de 1998, já com diagnóstico confirmado de gravidez, assim como as que tiveram o diagnóstico realizado no Setor de DST - UFF. Não foi considerado critério de inclusão a presença de DST, este dado foi relatado no decorrer da análise dos dados.

No período da pesquisa foram atendidos, pela primeira vez no ambulatório de DST da Universidade Federal Fluminense, 4837 pacientes de primeira vez, e daí separadas 3214 pacientes do sexo feminino, todas tiveram seus prontuários examinados, para retirarmos as que estivessem no critério de inclusão. Das 3214 pacientes, 157 apresentaram os critérios para inclusão no estudo, ou seja, tinham diagnóstico de gravidez.

Foram retirados dos prontuários os seguintes dados: motivo da consulta, município de residência, profissão, número de parceiros, idade, grau de instrução, nível de educação sexual, renda familiar, estado civil e diagnóstico.

Após o levantamento, os dados foram organizados em planilhas e agrupados, com o propósito de facilitar a análise das informações. Ao final da pesquisa, os resultados foram organizados em tabelas e analisados descritivamente.

RESULTADOS

Motivo da consulta

Neste tópico os dados foram relacionados de acordo com o que a paciente relatava no momento da anamnese, como sendo o fato que a levou a procurar o Setor, e estes fatos foram agrupados, muitas vezes utilizaram-se sinônimos para expressar um mesmo dado, como por exemplo: "úlceras genitais, ferida na vagina, machucado na vagina; leucorréia, corrimento, inflamação; verruga na vagina, crista de galo, condiloma". Quando as pacientes relataram mais de um motivo para a consulta, foram inseridos os dados de todos os motivos.

Ao examinarmos **tabela 1**, notamos que o motivo de procura ao Setor de DST mais frequente, foi a presença de verrugas genitais, e que a grande maioria das pacientes (91%) apresen-

Tabela 1 – Distribuição das gestantes por motivo da consulta. Niterói-RJ, 2000

Motivo da Consulta	n	%
Verrugas genitais	61	36,5
Leucorréia	40	24,0
Prurido vulvar	18	10,7
Outras	15	9,0
Parceiro com DST	11	6,5
Tratar sífilis	7	4,2
Realizar preventivo	6	3,6
Úlcera genital	5	3,0
Dispareunia	4	2,4
Total	167	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

tava algum sinal ou sintoma sugestivo de DST, incluídas neste percentual algumas pacientes classificadas na tabela no item "outras", como por exemplo: "caroço na vulva, edema de vulva, vesículas genitais, e pápulas vulvares", com uma paciente apresentando cada uma destas queixas.

Algumas pacientes já chegaram ao Setor com os diagnósticos de gravidez e de DST confirmados, tendo sido encaminhadas ao Setor por outro serviço de saúde para que fosse realizado o tratamento.

Local de domicílio

Das pacientes atendidas, a maior parte reside na cidade de Niterói, RJ, local de realização do levantamento, porém na nossa casuística estiveram presentes nove pacientes que vieram da cidade do Rio de Janeiro e doze pacientes provenientes do interior do estado (**tabela 2**), demonstrando a abrangência da atuação do serviço no Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 2 – Distribuição das gestantes por local de domicílio. Niterói-RJ, 2000

Residência	n	%
Niterói	90	57,32
São Gonçalo	42	26,75
Rio de Janeiro	11	7,01
Outros Municípios	14	8,92
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

Idade

A **tabela 3** demonstra a idade, separada por faixa etária, das pacientes atendidas, podemos notar que: a maioria (54,1%) das pacientes têm menos de 21 anos de idade.

A idade mais frequentemente aferida foi 17 anos, com dezoito pacientes apresentando tal idade, seguida de 16 anos com dezesseis pacientes. Devemos destacar que houve dois casos de gravidez com treze anos de idade, e que tais pacientes eram portadoras de DST. A paciente com idade mais avançada estava com 39 anos.

Profissão

Na **tabela 4** foram demonstradas as profissões, que foram agrupadas em: donas de casa, atividades técnico científicas, setor de serviços e comércio, estudantes e atividade ignorada ou sem ocupação.

Nos nossos resultados encontramos como ocupação mais comum a de dona de casa com 36,3% das pacientes desem-

Tabela 3 – Distribuição das gestantes por idade. Niterói-RJ. 2000

Idade	n	%
13 a 16 anos	28	17,8
17 a 20 anos	57	36,3
21 a 24 anos	41	26,1
25 a 28 anos	11	7,0
Acima de 29 anos	20	12,7
Total	157	100,0

Tabela 4 – Distribuição da gestante por ocupação ou profissão. Niterói-RJ. 2000

Ocupação ou Profissão	n	%
Dona de casa	57	36,3
Serviços / comércio	46	29,3
Estudantes	29	18,5
Ignorada/ sem ocupação	17	10,8
Técnico / científicas	8	5,1
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

penhando tal função, seguidas de 29,3% do setor de serviços e comércio, notamos uma pequena presença de pacientes que ocupam-se de atividades mais especializadas, aparecendo em apenas 5,1% de nossa casuística.

Estado civil

A **tabela 5** expõe os dados referentes ao estado civil das pacientes, que foram agrupados de acordo com o prontuário do Setor de DST-UFF, que divide-se em: solteiras, casadas,

solteiras que moram com companheiro, separadas legalmente ou não, e viúvas.

Os resultados demonstram que as gestantes atendidas no Setor eram predominantemente solteiras, com ou sem companheiro, o que é compatível com outro levantamento realizado, anteriormente neste serviço. As pacientes casadas oficialmente também representaram uma parcela significativa, sendo que 19,1% das pacientes relataram ser este o seu estado civil. Os resultados estão de acordo com o esperado na nossa população alvo, as gestantes.

Tabela 5 – Distribuição das gestantes por estado civil. Niterói-RJ. 2000

Estado Civil	n	%
Solteira	61	38,9
Casada	30	19,1
Separada	3	1,9
Solt. c/ companheiro	61	38,9
Viúva	2	1,3
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

Escolaridade

A escolaridade que foi aferida na população estudada foi baixa, já que 72% das pacientes tinham apenas o primeiro grau completo ou menor escolaridade. Como é demonstrado na tabela 6, a faixa de escolaridade mais frequente é a do primeiro grau incompleto, fica também claro que é pequena a parcela de nossa clientela que tem 3º grau, completo ou não (3,2%).

Devido ao fato do atendimento ser à população do serviço público, este dado é um dos que não deve ser transportado para outro tipo de clientela, ao mesmo tempo em que poderá ser considerado em outros estudos com pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde. Não deve ficar entendido, no entanto, que as DST escolhem as pacientes do SUS para afetar, e sim que as pacientes são atendidas no Setor têm estas características. Houve apenas uma paciente analfabeta.

Renda familiar

A renda familiar das pacientes foi dividida em faixas salariais tendo como referência o salário mínimo vigente na época da consulta, notamos que a maioria das pacientes apresentou renda familiar igual ou inferior a cinco salários mínimos (74,5%), e que a faixa de renda mais comum foi a com menos de dois salários mínimos mensais. Este dado é compatível

com a população geral do país que tem a sua renda nestes patamares. Apenas três pacientes (2,5%), das 157 estudadas apresentavam renda familiar acima de dez salários mínimos.

Educação sexual

A padronização, adotada pelo Setor de DST-UFF para dados sobre educação sexual é a seguinte: nenhum conhecimento sobre o assunto, pouco conhecimento, médio ou bom conhecimento sobre sexo/Doenças Sexualmente Transmissíveis. Dentro desta padronização mantivemos análise, a qual demonstrou que 60% das gestantes atendidas no Setor tinham pouca ou nenhuma educação sexual, porém, para nossa surpresa 37% das pacientes relataram ter uma educação sexual que consideravam média ou boa.

Número de parceiros

A questão do número de parceiros foi dividida em: fixo exclusivo, fixo não exclusivo, múltiplos, atualmente sem. A resposta das pacientes a esta pergunta foi, em 82,1% das vezes, que mantinham relações sexuais com apenas um parceiro, e se somarmos a estas as que relataram não terem parceiros sexuais, na atualidade, o grupo representará 93% das gestantes atendidas no período estudado. Apenas duas

Tabela 6 – Distribuição das gestantes por escolaridade. Niterói-RJ. 2000

Escolaridade	n	%
1º Grau completo	5	3,2
1º Grau incompleto	11	7,0
2º Grau incompleto	28	17,8
2º Grau completo	24	15,3
3º Grau	89	56,7
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

Tabela 7 – Distribuição das gestantes por renda familiar. Niterói-RJ. 2000

Renda Familiar	n	%
Até 2 salários	70	44,6
3 a 5 salários	47	29,9
6 a 9 salários	11	7,0
Mais de 10 salários	4	2,5
Ignorada	25	15,9
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

Tabela 8 – Distribuição das gestantes por nível de educação sexual. Niterói, RJ. 2000

Educação Sexual	n	%
Nenhuma	43	27,4
Pouca	52	33,1
Média	29	18,5
Boa	29	18,5
Ignorada	4	2,5
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

Tabela 9 – Distribuição das gestantes por número de parceiros. Niterói-RJ. 2000

Número de Parceiros	n	%
Fixo exclusivo	129	82,17
Fixo não exclusivo	9	5,73
Múltiplos	2	1,27
Atualmente sem	17	10,83
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

pacientes disseram manter relações sexuais com mais de dois parceiros.

Estes dados demonstram que o desenvolvimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis na gestação não está vinculado à promiscuidade da paciente. Apesar disto, devemos observar, que algumas DST podem permanecer em estado latente, e aparecer somente quando há uma baixa na imunidade.

Diagnóstico

O diagnóstico descrito no prontuário das pacientes, mais frequentemente, foi o de infecção pelo *Papilomavírus Humano* (32,5%), o condiloma acuminado foi encontrado em todas estas pacientes, em vagina, vulva, ou colo. Em apenas duas pacientes houve diagnóstico de displasia leve, não sendo encontrado outras alterações no colo uterino, que não fossem

condilomas. A vaginose bacteriana foi o segundo diagnóstico mais comum, representando 19,5% das pacientes estudadas, foi seguida na prevalência pela infecção pelo *Treponema pallidum*, que esteve presente em 13% das pacientes, a candidíase vaginal foi o diagnóstico em dezoito pacientes, que significam 11,2% da amostra. Da população estudada, dezesseis pacientes (10%) não apresentavam-se com DST.

Algumas pacientes tinham mais de um diagnóstico em seu prontuário, nestes casos foram descritos todos, por este motivo encontramos mais diagnósticos do que pacientes. Entre as pacientes que tiveram mais de um diagnóstico devemos destacar uma paciente que foi atendida pela primeira vez no Setor em 6 de abril de 1995, já com o diagnóstico de gravidez confirmado, apresentava um quadro de miíase vaginal, associada a sífilis, condiloma acuminado vulvar, sorologia para HIV positiva, VDRL positivo, tricomoníase e candidíase vaginal associada à sífilis, tendo seu caso publicado por Passos *et al.*^{11,12}

Tabela 10 – Distribuição das gestantes por diagnóstico. Niterói-RJ. 2000

Diagnóstico	n	%
HPV	69	34,3
Vaginose	34	16,9
Sífilis	27	13,4
Candidíase	23	11,4
Sem DST	18	8,9
Tricomoníase	12	5,9
Gonorréia	9	4,4
Herpes	4	2,9
HIV	2	1,0
Outras DST	3	1,5
Total	201	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

DISCUSSÃO

Não encontramos após pesquisa na base de dados Medline em abril de 2000 trabalho sobre gestantes atendidas em setores específicos de DST, com exceção de trabalho produzido no próprio Setor¹¹, por isso tivemos dificuldade para comparar os dados com os da literatura.

Fazendo uma comparação entre as gestantes atendidas no Setor e as não gestantes, os resultados não são semelhantes, ao levantamento realizado no ano de 1995¹³, no qual foram analisadas 694 pacientes não-gestantes atendidas no Setor, encontrou-se uma maior prevalência de vaginose bacteriana que representou 36,4% da população estudada, seguida de candidíase vaginal em 15%, a infecção pelo *Papilomavírus Humano* deteve 8,9% dos casos, a tricomoníase 7,3%, e a sífilis 3,7%.

Um tema que gera muita discussão em torno das DST no ciclo grávido puerperal é o tratamento ou não da vaginose bacteriana assintomática e qual seria o melhor tratamento durante a gestação. Tahate *et al.*¹⁴ realizaram um estudo longitudinal, prospectivo com 1196 pacientes e tiveram como resultado, que a vaginose bacteriana estava associada a maiores índices de soroconversão de pacientes gestantes HIV negativo em HIV positivo e concluíram que é extremamente importante o tratamento desta patologia para restaurar a flora vaginal e diminuir a suscetibilidade à infecção pelo HIV.

Hay *et al.*¹⁵ estudaram longitudinalmente, 718 pacientes para verificar o comportamento da vaginose bacteriana durante a gravidez, e encontraram uma prevalência de 12% , usando a coloração pelo Gram em gestações de até 16 semanas. Este trabalho demonstrou que quando tomamos uma conduta expectante, aproximadamente 50% das pacientes com vaginose têm sua flora normal restaurada quando colhida amostra com 36 semanas de gestação. Os resultados também demonstraram uma diferença significativa na prevalência de cultura positiva para *Mycoplasma hominis* entre as pacientes que tinham vaginose e as que não apresentavam alterações deste tipo, quando tinham sua secreção vaginal corada pelo método de Gram.

Riduam *et al.*¹⁶ avaliaram a associação entre vaginose bacteriana e parto pré-termo (idade gestacional menor a 37 semanas), e concluíram que as pacientes que apresentavam vaginose bacteriana entre 16 e 20 semanas de gestação tinham uma maior predisposição ao parto prematuro. Simões *et al.*¹⁷ realizaram um estudo em 1998 e demonstraram que o grupo que apresentava vaginose bacteriana esteve associado ao trabalho de parto prematuro, Amniorrexe prematura, prematuridade e recém-nato de baixo peso, em uma porcentagem significativamente maior do que a do grupo controle.

Schlicht¹⁸ estudou o tratamento da vaginose bacteriana e relata que o tratamento das vaginoses em pacientes assintomáticas é controverso, mas que pode ser justificado em populações de alto risco, pois a vaginose encontra-se associada a uma maior morbidade. Indica o uso de creme vaginal a base de metronidazol ou clindamicina com tratamento seguro, porém mais dispendioso do que o tratamento oral.

A queda do perfil imunológico, facilitando o aparecimento das lesões do Papilomavírus humano, poderia de certa forma explicar o aumento de sua prevalência durante a gravidez. A

realização de rotina da sorologia para sífilis no pré-natal, poderia indicar o índice de infecção na população que não é diagnosticado por não ser pesquisado, o que nos faz pensar se todos não deveriam solicitar este exame rotineiramente nos pacientes com DST, assim como é a rotina do nosso Setor.

Estudos sobre a prevalência de gestantes portadoras do HIV são realizados em várias partes do mundo, porém o estudo realizado no período de abril de 1991 a fevereiro de 1994, nos Estados Unidos, pelo Aids Clinical Trial Group (ACTG) 076, patrocinado pelo National Institute of Allergy and Infections Diseases¹¹, é um dos mais importantes na área, até hoje. Este estudo, multicêntrico, randomizado e duplo cego, conseguiu diminuir a incidência de transmissão vertical do vírus HIV de 30% para menos de 8%, utilizando-se para isto de medidas como: utilização de AZT na mãe, durante a gestação e no trabalho de parto, e no feto; contra indicação de aleitamento materno e de procedimentos invasivos na gestação; evitar trabalho de parto prolongado, tempo de bolsa rota maior do que 4 horas, e episiotomia, limpeza e aspiração imediata do recém-nato.

A via de parto, e sua relação com a transmissão vertical das DST também é um assunto polêmico, os resultados do European Collaborative Study¹⁹ indicaram que a cesarea conseguiu diminuir a transmissão vertical do HIV-1 em 4,9%, já os resultados de Landesman *et al.*²⁰ não são concordantes. Os que defendem a via baixa usam como argumento a maior morbidade, causada pela cesariana, principalmente, nas pacientes imunodeprimidas, esta é a opinião de De Muylder²¹, por exemplo. Duarte²² acredita que o parto normal ainda é o indicado para pacientes HIV positivo em nosso meio.

CONCLUSÃO

- Verrugas genitais foi o motivo da consulta mais frequentemente relatado nas gestantes que procuraram o Setor (61/167=36,5%), seguido de corrimento vaginal (40/167=24%).

- O diagnóstico mais comum foi condiloma acuminado (69/201 = 34,3%), seguido de vaginose bacteriana (34/201=16,9%), e sífilis (27/201=13,4%).

- O grupo mais comum na nossa pesquisa tinha idade entre 17 e 20 anos de idade, morando em Niterói, solteira, dona de casa, estudou até o primeiro grau incompleto, renda familiar de até dois salários mínimos, relatando um parceiro sexual, e com pouca informação sobre educação sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coste J, Laumon B, Brémond A, *et al.* Sexually transmitted diseases as major causes of ectopic pregnancy: results from a large case-control study in France. *Fertil Steril* Aug, 62:2, 289-95, 1994.
2. Alberico S, *et al.* Maternal Fetal transmission of human papillomavirus. *Minerva Ginecol*, 48 (5): 199-204, 1996 May.

3. Brasil. Ministério da Saúde. **Bases Técnicas para Eliminação da Sífilis Congênita**. Brasília,DF. 1993. 28 p.
4. Sífilis Congênita (Reunião Internacional de Especialistas). **DST - J. bras Doenças Sex Transm**. Niterói-RJ, v. 6, n. 1 p. 22-4. 19??
5. Freitas, Fátima P, Vasconcellos, Jacqueline, Coutinho, Kátia N. T., Mattos, Marize L. V. *et al*. Sífilis congênita: levantamento no berçário do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense no período: 1990/1992. **DST - J. bras. Doenças Sex Transm**. Niterói-RJ. v.6, n. 3, 23-41, 19??
6. Kruse W, Naud P, Passos E, Ramos JGL. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 36p. 410-22.
7. Cardoso D das D, de Faria EI, de Azevedo MS, *et al*. Seroepidemiology for the hepatitis B vírus (HBV) in pregnant women/parturients and its transmission to newborns in Goiânia, GO. **Rev. Soc Bras Med Trop**, 29(4): 349-53, 1996, Jul-Aug.
8. Brasil. Ministério da Saúde. **Aids Boletim Epidemiológico**. Brasília,DF. Ano IX, n. 3, jun. a ago/96. 32p.
9. Fife KH, Katz BP, Rousch VD, Brow DR, Hansell R. Cancer associated human papillomavirus types are selectively increased in cervix of women in the first of pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, 174:5, 1487-93. 1996 May.
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Aids no Brasil: um esforço conjunto governo - sociedade**. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília. 1998.
11. J. Lambert, Lambert JS e Nogueira S. A. **Manual para o acompanhamento clínico da gestante infectada pelo HIV**. Rio de Janeiro, 1996.
12. Passos MR, Carvalho AV, Dutra AL, *et al*. Vulvar myiasis. **Infect Dis Obstet Gynecol**, 1998, 6:2, 69-71.
13. Tibúrcio, Alberto S. **Estudo Epidemiológico de 1182 Pacientes atendidos no Setor de DST - UFF em 1995**. Niterói, 1997. 117 p. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias), Universidade Federal Fluminense.
14. Tahate, Hoover DR, Dallabetta GA, *et al*. Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of HIV. **Aids**, 12 (13): 1699-706. SEP 10. 1998
15. Hay PE, Morgan DJ, Ison CA, *et al*. A longitudinal study of bacterial vaginosis during pregnancy. **Br Obstet Gynaecol**, 101:12, 1048-53. 1994 Dec
16. Riduan JM, Hillier SL, Utomo B, *et al*. Bacterial vaginosis a prematurity in Indonésia: association in early and late pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, 193 Jul, 169:1, 175-8.
17. Simões José Antônio. Complicações perinatais em gestantes com e sem vaginose bacteriana. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** v. 20 nº 8: 437. setembro, 1998.
18. Schlicht JR. Treatment of bacterial vaginosis. **Ann Pharmacother** 28:4, 483-7 Apr 1994.
19. European Collaboratives Study. Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV infection. **Lancet**, 343: 1467-7, 1994.
20. Landesman SH, Kalish LA, *et al*. Obstetrical factors and the transmission of HIV-1 from mother to child. **N. Engl. J. Med.**, 334: 1664-5, 1996.
21. Demuylder X. Caesarean sections in developing countries: some considerations. **Health Publ. Plan.**, 8: 101- 12, 1993.
22. Duarte, G. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. In: Duarte, G.(ed.) **Diagnóstico e condutas nas infecções ginecológicas e obstétricas**. Ribeirão Preto, Scala. 1988. p. 1-10.

Endereço para correspondência:

Leonardo Martins Bastos

lmartins@brfree.com.br

CONHECIMENTO DOS PRESIDIÁRIOS SOBRE AS DST/HIV E AÍDS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO, NUM SISTEMA PENITENCIÁRIO

THE PRISONERS' KNOWLEDGE ON DST / HIV AND AIDS AND PREVENTION MEASURES, IN A PENITENTIARY SYSTEM

Ana C N França,¹ Darlinda S Franco²,
Mary A C Silva³, Rosinete F Souza⁴, Creso M Lopes⁵

RESUMO

O estudo piloto teve como objetivo verificar o conhecimento dos presos sobre as DST/HIV e Aids e as medidas de prevenção, em um Sistema Penitenciário de Rio Branco - Acre - Brasil. Foram estudados 18 detentos, sendo 9 masculinos e 9 femininos. Os resultados mostram uma população jovens, solteiros e com menos de um ano de prisão. As doenças mais citadas foram a gonorréia, HIV, sífilis e hepatite, onde ressalta o baixo uso de preservativos nas suas práticas sexuais. Os presos gostaram desta experiência, se sentiram motivados e estimulados e se prontificaram a participar de campanhas internas de prevenção junto a um programa de extensão universitária.

Palavras-chave: DST, sexo, educação sexual

ABSTRACT

The study pilot had as objective to verify the prisoners' knowledge on DST/HIV and Sida and the prevention measures, in a Penitentiary System of Rio Branco - Acre - Brazil. The results show a young, single population and with less than a year of prison. The diseases more mentioned by them they went to gonorrhoea, HIV, syphilis and hepatitis, where it stands out the bass use of preservatives in its sexual practices. The prisoners liked this experience, was motivated, stimulated and until they would like to participate in internal campaigns of prevention, close to a programs of university extension

Keywords: STD, sex, sexual education

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 12(2):13-18, 2000

INTRODUÇÃO

Questões relacionadas à sexualidade, DST/HIV e Aids, uso de drogas injetáveis e até mesmo a associação de ambos, têm sido estudadas como problemas de vulnerabilidade a que estão sujeitos, não só os presidiários como também a própria comunidade de forma em geral, conforme dados publicados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1999).

Com relação aos presidiários, uma outra preocupação também tem que ser levada em consideração pela exposição a que estas pessoas estão sujeitas, como é o caso da marginalidade,

o crime, à prostituição e até mesmo a promiscuidade no interior dos presídios.

Por outro lado, a vida de reclusão dos detentos tem levado a uma desestruturação familiar, com comprometimento educacional dos filhos, dificuldade de assistência à saúde, preocupação com o sustento da família, discriminação social como sendo a mais elevada, tendo em vista as poucas perspectivas de recuperação e reinserção na sociedade, além das possíveis exposições às DST/HIV e Aids a que estão submetidos dentro do sistema penitenciário, não só pela precária assistência à saúde como também às próprias condições higiênicas dos presídios.

Assim, sensibilizados por esta problemática, pode-se dizer que o ponto de partida desta pesquisa foi a constatação *in loco* do baixo conhecimento dos detentos sobre as Doenças

Sexualmente Transmissíveis, a possibilidade de trocas de parceiros, o compartilhamento de seringas, uso de drogas, o

¹ a ⁴ Graduandas do 4º Período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Acre.

⁵ Prof. Dr. do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre.

baixo uso de preservativos nas relações sexuais, as práticas promíscuas comuns a esta clientela, além da necessidade de proporcionar informações sobre esta problemática e mostrar o papel da enfermagem no assistir, cuidar, prevenir, acompanhar e compreender o lado sentimental e psicológico do ser humano enquanto cidadão, independente de ter ou não cometido um ato ilícito.

Um outro ponto a destacar na sua realização, diz respeito a pouca existência de estudos e de ações sistemáticas e permanentes voltadas a esta clientela em nosso meio, o que de certa forma com a sua realização, importantes informações poderão contribuir na proposta de atenção à saúde junto a estes presidiários.

Desta forma, a motivação para a realização desta pesquisa, surgiu não só em virtude do oferecimento da Disciplina: Metodologia da Pesquisa em Enfermagem, mas, sobretudo, na possibilidade de se conhecer como esta realidade se apresenta, bem como desenvolver um trabalho de extensão universitária mais sistemático, voltado para a informação e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis em presídios, integrados com a Coordenadoria Estadual de DST e Aids e com a Secretaria de Segurança e Justiça Pública.

Portanto, para o desenvolvimento desta pesquisa estabeleceu-se como **Objetivo Geral** - Averiguar o conhecimento sobre as DST / HIV e Aids e medidas de prevenção, em presidiários da Penitenciária de Rio Branco - Acre - Brasil, e como **Objetivos Específicos** - Caracterizar a clientela estudada e Propor um programa de extensão universitária voltado a informação, prevenção e assistência às doenças sexualmente transmissíveis, integrados com a Secretaria de Segurança e Justiça Pública e com a Coordenadoria Estadual de DST e Aids.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, desenvolvido junto a 18 detentos do Sistema Penitenciário Dr. Francisco de Oliveira Conde em Rio Branco - Acre - Brasil, sendo 9 do sexo masculino e 9 feminino.

Para sua realização, foi solicitada permissão junto à direção, a qual prontamente se colocou à disposição, dado a relevância que sua futura ação poderia proporcionar aos detentos.

Todas as detentas do sexo feminino participaram do estudo, os do sexo masculino, foram excluídos por indicação do Diretor da Penitenciária, atendendo critérios internos de segurança, delito cometido, periculosidade, aceitação pelo próprio presidiário e outros mais.

Sob o ponto de vista ético da pesquisa, além da aceitação foi garantido o anonimato dos participantes, a promessa de devolução dos resultados à direção, bem como empreender um programa de extensão com informação e prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário, composto por perguntas abertas e fechadas o qual foi aplicado pelas autoras da pesquisa.

A análise dos dados foi feita de forma manual, em que fez-se uso de dados quantitativos, com apresentação de frequência, percentual, os qualitativos foram agrupados por semelhança de conteúdo e apresentados em quadros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere a caracterização dos dados de identificação da clientela, dos 18 presidiários estudados, 9 (50,0%) eram do sexo feminino e os outros 9 (50,0%) do sexo masculino.

A questão da sexualidade feminina merece destaque nesta pesquisa, tendo em vista o que foi publicado por Pinho *apud* Bueno e Giordani (1998) ao afirmar que a velocidade de disseminação do HIV, do vírus da Aids é tão assustadora entre as mulheres, pois a cerca de 15 anos atras, a sua propagação era de 1 (uma) mulher para 70 (setenta) homens, e que hoje esta incidência caiu de um para dois.

Um outro dado mencionado por estes autores e que guarda pertinência com a temática em estudo, diz que uma mulher com infecção ginecológica facilita em até dez vezes a possibilidade de se infectar por HIV, tendo em vista que o processo infeccioso costuma provocar lesões na mucosa vaginal, favorecendo a penetração do vírus. Aliado a isso, a própria fisiologia da genitália feminina pelo seu formato e constituição representa uma porta de entrada propícia a este vírus.

Informações publicadas pelo Ministério da Saúde, Brasil (1998) menciona que essa queda "tem sido considerada como indicador do aumento da transmissão heterossexual em mulheres, que são infectadas pelo HIV como consequência das altas taxas de prevalência do HIV entre os bissexuais masculinos e entre os heterossexuais usuários de drogas injetáveis que mantêm um relacionamento sexual estável. Essa conclusão deve ser assumida com cautela, uma vez que, dos casos de Aids em mulheres notificadas ao Ministério da Saúde, no período de 1980 a Fevereiro de 1995, 26% são usuárias de drogas, e menos de 12% são parceiros de bissexuais masculinos".

Prosseguindo nas descrições desta pesquisa, com relação a idade encontrou-se que o maior percentual está compreendido na faixa etária de 18-35 anos, com 14 representando 77,9%, seguida pela de 36-45 com 3 (16,6%) e 1 (5,5%) na de mais de 45 anos, evidenciando ser assim uma população jovem e economicamente ativa, proporcionando graves prejuízos à nação no que se refere a produção e consumo.

O documento publicado pelo Ministério da Saúde, Brasil (1998), no que se refere a distribuição por idade, descreve que desde quando iniciou a epidemia de Aids, a faixa etária mais acometida era a de 20 a 29 anos, representando 71% do total de casos notificados no Ministério da Saúde até fevereiro de 1998. Acrescenta ainda que tem-se observado um progressivo aumento da frequência relativa de pacientes com idade mais jovens, incluídos na faixa de 20 a 29 anos, redundando inclusive com tendência à estabilização a partir de 1991.

Ao discorrer sobre a condição marital, 8 (44,4%) eram solteiros, sendo mais representativo para o sexo masculino. Cabe destacar também os 8 (44,4%) para ambos os sexos, que se

encontravam na condição de outros, sendo possivelmente amasiados e etc, e que apenas 2 (11,1%) eram casadas sendo por parte do sexo feminino.

Quanto ao tempo de detenção, 9 (50,0%) possuíam menos de um ano de prisão, sendo mais acentuado para o sexo feminino, com 7 (77,7%), enquanto que 6 (33,3%) os estavam de 1-2 anos e 3 (16,7%) na faixa de 6-8 anos.

Ao direcionar às informações questionando sobre o que significa uma DST/HIV e Aids, as respostas estão contidas no quadro 1.

Dentre as respostas emitidas, cabe destacar os três respondentes do sexo masculino que não souberam responder, o que mostra que o seu desconhecimento pode contribuir para o perigo de se infectar e disseminar uma DST/HIV e Aids, revelando assim a necessidade de maiores informações.

Por sua vez, aqueles que referiram conhecimentos, sabiam seu significado e meio de transmissão, informações estas obtidas ainda na escola.

Quanto as detentas, vale ressaltar a resposta dita que somente se infecta quem é usuário de droga, demonstrando inclusive até dúvida e que esta era inclusive uma doença passageira. Enquanto outras disseram que a transmissão é pelo ato sexual, que todos estão sujeitos a se infectar, que causa medo, discriminação e até a morte.

De forma geral, as detentas pareceram mais informadas do que os detentos, mas que ambos carecem de informações sobre as medidas de prevenção, perigo de se infectarem pelo uso de droga injetáveis em grupo, incentivo ao uso e distribuição gratuita de preservativos nos presídios para as práticas sexuais, e inclusive orientações para mudanças de comportamento promíscuos dentro do presídio.

Considerações sobre a informação, educação e comunicação, o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, reconhece o valor do processo comunicativo-educativo, oportunidade em que destina grande quantidade de recursos humanos e financeiros para as atividades de comunicação

social, onde inclusive prioriza três linhas de ação, ou seja: produção de campanhas de massa, intervenções comportamentais e assessoria de imprensa (Brasil, 1998).

Em estudo efetuado por Oliveira e Bueno (1997), afirmam que a falta de informação representa um peso significativo no processo de comunicação, o qual favorece a vulnerabilidade ao risco de contaminação, em adquirir doenças, sobretudo as DST/Aids.

Para estes autores, com relação a comunicação de massa do tipo televisiva (TV, vídeos) ou na escrita e falada (rádio, jornal, revista e outras), tem contribuído na divulgação de mensagens a respeito destas questões, mas que por outro lado, a maioria destas mensagens, mesmo importantes, têm trazido à tona dados mais quantitativos do que qualitativos. Comentam ainda que se tem divulgado mais números do que proporcionado a discussão, reflexão e comentários sobre os mesmos, onde o ideal seria que destacassem mais conhecimentos específicos, avanços e habilidades sobre estes assuntos, garantindo assim a educação em saúde coletiva de forma mais efetiva, tendo em vista o alto poder de persuasão na divulgação, formação e transformação, atingindo assim, índices consideráveis da população ao mesmo tempo. E que esses veículos de divulgação influenciam de forma significativa, na mudança de comportamento das pessoas, em geral de forma acelerada.

Ainda sobre esta temática, Gir *et al* (1999) mencionam que "a educação é uma função inerente aos profissionais de saúde, e embora aparentemente simples e fácil, é um processo complexo que envolve numerosos aspectos inerentes ao comunicador, a comunicação e a audiência para que as metas se tornem factíveis e atinjam os objetivos esperados". "Conforme refere Pompidou (1988), não basta simplesmente oferecer informações, pois "estar informado não significa necessariamente conhecer; estar ciente não significa necessariamente tomar medidas, decidir a tomar medidas não significa necessariamente fazer". "Portanto, é necessário desenvolver o senso de responsabilidade individual e grupal; só esse

Quadro 1 – Respostas dos presidiários segundo o sexo, sobre o que significa uma DST/HIV e Aids em Rio Branco Acre – Brasil, 1999

n°	Sexo	
	Masculino	Feminino
1	" não entendo nada "	" há morte, porque não tem cura "
2	" não entendo "	" é muito perigosa "
3	" é uma doença que se transmite através do sexo, que passa quando há trocas de parceiros, quanto é só com um é mais difícil de pegar "	" acho que não deveriam existir, pois elas são ruins "
4	"nada, pois nunca peguei"	" são doenças adquiridas pelo ato sexual. É uma catástrofe, uma doença de medo e discriminatória "
5	" significa uma das doenças mais graves que é a Aids "	" a saúde deve ser cuidada por nós mesmos, devemos saber nos cuidar "
6	" é uma doença transmissível, e tem que se cuidar para não pegar essas doenças "	" horrível "
7	" muito perigosa "	" prá mim só é transmitida pela droga injetável e não pelo sexo. Sinto-me em dúvida "
8	" não sei "	" perigosa, é tudo "
9	" prevenção que a gente deve ter para a saúde "	" achava que era coisa passageira, mas agora devemos nos cuidar bastante, pois qualquer pessoa pode pegar essas doenças se não se cuidar "

compromisso pode conduzir às mais efetivas e aceitas mudanças de comportamento, uma vez que se baseia em aceitação e não em obrigação."

Corroborando com este assunto, Gir *et al.* (1994) mencionam que "embora o conhecimento seja um dos aspectos fundamentais para provocar mudanças de atitudes ou comportamentos, por outro lado, sabe-se que muitas pessoas resistem ou ignoram o conhecimento adquirido sobre transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, por ocasião dos eventos das relações sexuais e uso endovenoso de drogas ilícitas, subestimando a sua probabilidade em infectar-se e acreditando que a Aids está distante de si e que não vai acontecer consigo. Certamente que questões referentes ao comportamento sexual são complexas porque muitas vezes o indivíduo compreende a situação, porém não consegue introjetar ou colocar em prática o que a ciência comprova, com vistas à promoção à saúde.

Conforme Pompidou *apud* Gir *et al.* (1998) "a mudança de atitudes, sobretudo é gerada a partir do senso de responsabilidade despertado e assumido pelo indivíduo e não por imposição ou obrigação".

Ao questionar sobre as condições de higiene do presídio, estes mencionaram a sua falta e até mesmo a necessidade de saneamento local.

Em estudo semelhante desenvolvido por Bueno e Giordani (1998), encontraram também que as detentas reclamaram da falta de higiene e de saneamento local, citaram a inexistência de sanitários adequados, umidade e colchão no chão, presença de duas ou quatro detentas em cada cela, alimentação e higiene feita no próprio local por elas mesmas e sem as mínimas condições.

Foi possível identificar também que os detentos apesar de seguros nas respostas, se mostraram continuamente ansiosos, com medo, alguns encontravam-se ociosos e insatisfeitos com o serviço de assistência à saúde recebidos.

Ao discorrer sobre quais as DST que os detentos conheciam, observa-se que eles mencionaram mais doenças do que as detentas. Vale destacar também as respostas assinaladas que não são sexualmente transmissíveis, conforme descrito adiante.

Um outro fato a acrescentar é que as doenças realmente transmissíveis pela via sexual assinaladas pelos detentos foram: a Gonorréia com 8 (16,7%), seguida pela Sífilis, HIV e Hepatite com 5 cada (10,4%) e a Candidíase, Herpes e Crista de Galo (Condiloma Acuminado) com 3 (7,5%). Enquanto que para as detentas foram: a Gonorréia com 9 (22,5%), seguida pelo HIV com 8 (20,0%), a Sífilis com 6 (15,0%) e a Herpes e Hepatite com 3 cada, representando (7,5%).

Cabe ressaltar ainda: os 16 (33,3%) detentos que assinalaram erroneamente a pneumonia, malária, meningite e tuberculose e 7 (17,5%) detentas que mencionaram a tuberculose, malária, lepra e pneumonia como sendo doenças sexualmente transmissíveis, demonstrando assim a necessidade de maiores informações para ambos os sexos.

Quando interrogou se já haviam tido alguma destas doenças, para os detentos, 3 (33,3%) mencionaram sim, sendo citada a gonorréia e 6 (66,7%) não, enquanto que para as detentas,

4 (44,4%) que referiram sim, citaram a hepatite e gonorréia e 5 (55,6%) não tiveram.

Ao levantar o número de vezes que as tiveram, dois detentos mencionaram uma vez e um duas vezes, enquanto que por sua vez para as detentas, três tiveram uma vez, e uma com mais de três vezes.

Para os três detentos que tiveram DST mencionaram as seguintes reações: "fica meio ruim, ficou assustado e correu para a farmácia, pegou um bom farmacêutico e agiu de forma normal", enquanto que para as quatro detentas, as respostas foram: "ficaram nervosa, preocupada e assustada, respondeu que era o mesmo que nada e também mencionou normal".

Quanto as respostas dos detentos vale destacar ainda a antiga prática de procurar por um farmacêutico, entendido aqui para nós o balconista de farmácia, se constituindo assim numa prática perigosa se não tratada adequadamente.

Não pode-se deixar de citar a dificuldade e/ou mesmo a inexistência de um serviço sistematizado de atenção às DST em nível ambulatorial que viesse atender plenamente a clientela.

Assim, acredita-se que mesmo com todo empenho por parte da Secretaria Estadual de Saúde e Saneamento e da Coordenadoria Estadual de DST/Aids, ainda há necessidade de uma maior dinamização deste serviço, em nível das Unidades Básicas de Saúde.

Ao interrogar se os detentos já conviveram numa mesma cela com pessoas portadoras de DST/Aids, 13 (72,2%) de ambos os detentos mencionaram não e 5 (27,8%) sim.

Quando levantou se junto aos detentos, quantas relações sexuais eles têm semanalmente. Por parte dos detentos, 2 (22,2%) mencionaram um vez, 6 (66,7%) duas vezes e 1 (11,1%) nenhuma vez.

Por sua vez, para as detentas, 4 (44,4%) afirmaram uma vez, 2 (22,2%) e 3 (33,4%) nenhuma vez.

Ao questionar se eles já haviam participado de alguma orgia (sexo grupal), apenas 3 (16,7%) do sexo masculino afirmaram positivamente, contra 15 (83,3%) de ambos os sexos que não experimentaram tal prática.

O uso de preservativos nas relações sexuais pelos detentos foram assim mencionados, 1 (11,1%) em todas as vezes, 5 (55,6%) na maioria das vezes e 3 (33,3%) em nenhuma vez. Enquanto que para as detentas, 5 (55,6%) utilizam na maioria das vezes e 4 (44,4%) em nenhuma das vezes.

Ao analisar estas respostas negativas, é preocupante pois ao agir desta forma correm sérios riscos de não só se infectarem com uma DST/HIV e Aids, como também provocar a sua disseminação.

Com relação ao uso de preservativos, esta é uma prática incentivada não só pela Coordenadoria Nacional de DST/Aids, como também pelas Coordenadorias Estadual e Municipais, além de ser amplamente divulgada pelos meios de comunicação de massa.

Como fruto do incentivo ao uso de preservativos, conforme está descrito no documento publicado pelo Ministério da Saúde, Brasil (1998), "observações demonstram o crescimento constante de sua produção e venda, nos últimos cinco anos".

Uma outra análise destas respostas, está relacionada não só a sua própria assistência à saúde, como também a dificuldade de receber preservativos por parte destes detentos, principalmente pela sua própria condição de reclusão e nível socioeconômico, além da falta de um trabalho multiprofissional e integrado.

Ao levantar se no ato sexual não tiver preservativo mesmo assim o praticavam, 13 (72,2%) dos detentos de ambos os sexos afirmaram sim e 5 (27,8%) não o fazem.

Diante destas respostas, vemos o quanto estes detentos estão correndo o risco de adquirir uma DST/HIV e Aids.

Ao levantar se as informações preventivas que possuem são compartilhadas com seus colegas, 13 (72,2%) de ambos os sexos o fazem, contra 5 (27,8%) que não.

Estas respostas são salutar, pois este compartilhar de conhecimentos é extremamente importante, sendo inclusive um momento significativo e psicológico para distribuição de material informativo.

Em outras questões, levantou se já haviam participado de algum encontro informativo sobre DST/HIV e Aids antes de se encontrarem presos, para ambos os detentos, 9 (50,0%) referiram sim e os outro 9 (50,0%) não. Para as respostas afirmativas mencionaram na escola e no Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC. Esses dados também mostram a necessidade de maiores informações sobre a prevenção das DST/HIV e Aids.

Ao levantar questões relacionadas ao conhecimento da transmissão e prevenção das DST/HIV e Aids, notou-se que não houve conhecimento consistente sobre as mesmas, e o pouco que foi mencionado ainda era oriundo da época escolar.

Tendo em vista o desconhecimento de tais medidas, bem como a não assistência a saúde, esta clientela se torna vulnerável, constituindo-se assim numa fonte de possível infecção e contaminação a outros parceiros.

Desta forma, esta situação por si só já mostra a importância e necessidade de efetuar um trabalho de extensão, educativo e de informação, visando a diminuição do risco.

Quando levantou se já foi realizado alguma palestra ou campanha informativa sobre DST/HIV e Aids no presídio, dos entrevistados, 3 (16,6%) do sexo masculino mencionaram sim e 15 (83,4%) de ambos os sexos não, sendo porém mais acentuado para o sexo feminino, com 9, contra 6 do sexo masculino.

Conforme informação verbal da Coordenadoria Estadual de DST e Aids, já foram realizadas palestras para os detentos, sendo inclusive treinando voluntário para desenvolver esta atividade.

Ao interrogar se no presídio recebe assistência das instituições de saúde, 13 (72,2%) de ambos os sexos mencionaram nenhuma, 3 (16,6%) citaram assistência da Secretaria Estadual de Saúde e apenas 2 (11,2%) mencionaram outras, citando a SUCAM (FNS) e Coordenadoria Estadual de DST/Aids.

A esse respeito, não se pode negar a existência do Posto Médico dentro do presídio, onde conta com médico, assistente social, necessitando assim de outros profissionais.

Estes dados mostram a necessidade de uma melhor assistência à saúde de forma integral e não só às DST/Aids, por parte das instituições governamentais e não governamentais.

Ao levantar se fosse convidado participaria de alguma campanha preventiva sobre as DST/Aids, em suas respostas encontrou-se que 16 (88,9%) de ambos os sexos gostariam de participar, enquanto que 2 (11,1%) apenas do sexo masculino não se prontificou.

Quando foi interrogado se gostariam de participar em palestras preventivas, 12 (66,7%) referiram sim, sendo porém mais acentuado para o sexo feminino, e 6 (33,3%) mencionaram não, sendo mais representativo para o sexo masculino.

Por sua vez ao verificar se já havia efetuado algum trabalho desta natureza no presídio, 17 (94,4%) referiram que não, enquanto que apenas 1 (5,6%) afirmou positivamente, para o sexo feminino.

Ao perguntar como se sentiu ao participar deste trabalho, as respostas encontram-se descritas no **quadro 2**.

Quadro 2 – Distribuição das respostas dos detentos segundo o sexo, quanto aos sentimentos por ter participado da pesquisa em penitenciária de Rio Branco – Acre – Brasil, em 1999

n°	Sexo	
	Masculino	Feminino
1	“ é bom, ótimo, tanto vai ajudar a mim como meus parceiros que estão aqui dentro “	“ bem, pois é mais um esclarecimento para nós “
2	“ foi bom “	“melhor e queremos mais visitas“
3	“ ter colaborado um pouco, e para que possam voltar mais vezes para informar a outros, e pela contribuição ao trabalho de vocês “	“ é legal saber as informações que estão por todo mundo. Seria bom vir com mais palestras “
4	“ me sinto bem, mas tem doenças que a senhora falou que nunca vi “	“ me sinto feliz porque vocês não esqueceram da cidadania “
5	“ me sinto grato em Ter sido escolhida para colaborar com este trabalho “	“ é muito importante, pois há uma diferença grande de classes sociais, geralmente quem vem para cá são pessoas desinformadas e de baixa renda que necessitam dessas informações “
6	“ me sinto bem, pois cada vez eu aprendo mais “	“ legal, por ter sido pela primeira vez “
7	“ bem melhor para nossa saúde “	“ achei ótimo, pois nos sentimos mais informadas “
8	“ não sabe dizer “	“ me sinto bem por ver que alguém está se preocupando com a gente “
9	“ bem em Ter participado desse trabalho “	“ bem, e que as pessoas viessem sempre porque muitos não conhecem as DST em muitos ainda não se previnem “

Como questão final solicitou-se que dessem sugestões de outros temas para serem abordados junto aos detentos, cujas respostas encontram-se descritas no **quadro 3**.

Diante destas respostas, cabe destacar a satisfação e espontaneidade ao participar desta pesquisa, pois foi possível não só levantar seu nível de conhecimento, como também identificar a necessidade de novas informações.

Com isso mencionaram ainda a importância dos autores terem recuperado a cidadania deles, que os conhecimentos proporcionaram ajuda e novos conhecimentos pessoais, aos parceiros, além de solicitarem novas palestras e que voltassem outras vezes.

Quadro 3 – Distribuição das respostas dos detentos segundo o sexo, se tem sugestões para desenvolvimento de outros temas, em penitenciária de Rio Branco – Acre, 1999

nº	Sexo	
	Masculino	Feminino
1	“ não ”	“ dar continuidade a esse ”
2	“ não ”	“ câncer, limpeza de esgoto e água e outros conhecimentos da saúde, alimentação (higiene) ”
3	“ não só as DST, mas outras doenças, como tuberculose, pois tem muita gente que não conhece as doenças, não sabem se a doença tem ou não cura ”	“ sobre os nenês que estão sendo gerados nas mães, se eles podem ter aids, quanto tempo eles vivem no útero, se nascem ... ”
4	“ tudo que aparecer é bom, pois não temos assistência de saúde aqui dentro. O médico vem e passa dois meses e vai embora ”	“ higiene pessoal e consequentemente ambiental, trazer atividades variadas, empréstimos de livros e o que for possível para sair da rotina ”
5	“ gostaria que mensalmente viesse uma esuipe para vacinar os detentos contra as doenças contagiosas ”	“ higiene, terapia ocupacional, acompanhamento psicológico, assistência médica no interior do presídio, presença de medicamentos, bíblias ”
6	“ um grupo de saúde, para ver outras doenças, como o caso de um tuberculoso que tem aí ”	“ sim, câncer e outros ”
7	“ sim, com saúde porque a gente vai ao hospital, e só assina um papel, s não tiver dinheiro, volta prá cá e não toma remédio nenhum, então não adianta ir lá pra fora pra ver a saúde da gente pois volta do mesmo jeito, tem um médico agora, mas não resolve muito ”	“ queria aprender um pouco da psicologia, sobre alimentação, sobre limpeza dos vasos sanitários ”
8	“ não ”	“ aprender mais sobre saúde, primeiros socorros ”
9	“ informação com vídeo, com todas as DST existentes ”	“ assistência médica, fazer todos os trabalhos para verificar se está tudo bem, principalmente na área ginecológica, cursos de aprendizagem ”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo piloto foi possível conhecer aspectos relevantes acerca dos conhecimentos sobre sexualidade e medidas de prevenção às DST / HIV e Aids, junto aos presidiários, onde encontrou uma população de 77,8% de jovens, 44,4% solteiros e que 50,0% possuíam menos de um ano de prisão.

As detentas se mostraram mais informadas do que os detentos, cujos conhecimentos ainda eram oriundos da escola, mas que ambos carecem de informações para mudanças de comportamento.

Dentre as doenças por eles acometidas cita-se a Gonorréia com 3 (33,3%), e para o sexo feminino a Hepatite e a Gonorréia com 4 (44,4%). Cabe destacar a prática de não se usar preservativo nas relações sexuais, aliada aos 72,2% que mesmo não tendo preservativos, realizariam tal prática.

Cabe informar ainda que, mesmo com os poucos conhecimentos, 72,2% compartilhariam os conhecimentos com seus colegas detentos, associado aos 88,9% que gostariam de participar de programas preventivos, apesar de 94,4% não ter tido esta oportunidade.

Dado a motivação e o bom relacionamento entre as partes, inclusive com a valorização de sua cidadania, os detentos gostaram deste tipo de trabalho, solicitaram que fossem desenvolvidos outros, pois sempre aprendem novos conhecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aids no Brasil: um esforço conjunto governo – sociedade**. Brasília. 1998, 106p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Treinamento para o manejo de casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Anamnese, exame físico e aconselhamento do portador de dst. Módulo 2. Versão Preliminar – Circulação Restrita. Junho de 1999. 25p.
- Giordani, A e Bueno, S. M. V. Sexualidade, DST/Aids e drogas com mulheres em sistema penitenciário brasileiro. **DST - J. bras. Doenças Sex. Transm.** v.10, n.6. p:4-19, 1998.
- Gir, E. et al. **Práticas sexuais e a infecção pelo Vírus da Imuno – deficiência Humana**. A.B. Goiânia. 1994.
- _____. Medidas preventivas contra a aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde. **Rev. Latino-am.enfermagem.** v.7, n.1. p:11-17, 1999.
- Oliveira, M. A. F. C. e Bueno, S. M. V. Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual do escolar. **Rev. latino- am.enfermagem.** v.5, n.3. p:71-81, 1997.

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Creso Machado Lopes

Rua das Palmeiras Q – 7; C – 20 ou nº 598

Jardim Tropical II, Bairro São Francisco

69910 – 540 - Rio Branco-Acre-Brasil

Tel/Fax:(0xx68) 224-1650

E-mail: creso@ufac.br

A INFLUÊNCIA DO HÁBITO SEXUAL E O RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV: CONHECIMENTO DE UNIVERSITÁRIOS RECÉM-INGRESSOS NA UFAC, ANO 1999

THE INFLUENCE OF THE SEXUAL HABIT AND THE RISK OF INFECTION FOR HIV: KNOWLEDGE OF UNIVERISTY RECENTLY-ENTRANCES IN UFAC, YEAR 1999

Luciano M Gadelha¹, Creso M Lopes²

RESUMO

Estudo realizado junto a 550 (76,9%) alunos recém-ingressos nos 21 cursos da Universidade Federal do Acre, no ano de 1999, com o objetivo de verificar o conhecimento da influência do hábito sexual e o risco de adquirir DST/Aids. Para a coleta de dados fez-se uso de uma Escala de Likert, adaptada de Gir, Moriya e Figueiredo (1994), a qual constou de dados de identificação e 25 questões versando sobre a prática sexual. Estas questões foram agrupadas em 7 fatores e uma que não foi incluída como fator. As respostas da escala com escores +3 e +2 foram consideradas de Alto Risco, as de +1, 0 e -1 de Médio Risco e as -2 e -3 como de Baixo Risco. Os resultados demonstraram que, 55,6% eram do gênero feminino, 44,4% do masculino, 42,4% estavam na faixa de 20-24 anos e 30,6% na de 17-19 anos, enquanto que 74,2% eram solteiros e 18,9% casados. Para o Sexo Oral, o Sexo Promíscuo e o Sexo com Penetração as respostas dos Universitários do Acre foram para o Alto Risco. Por sua vez, para o Sexo com Preservativo, o Contato Boca-a-Boca e a Estimulação Manual, as respostas foram para o Médio Risco. Já a Auto Estimulação obteve resposta para o Baixo Risco enquanto os Itens não Incluídos como Fatores, tenderam para o Alto Risco.

Palavras-chave: DST, sexualidade, educação sexual

ABSTRACT

The realized studying 550 close to 76.9% students recently-entrances in the 21 courses of the Federal University of Acre the year of 1999, with the objective of verifying the knowledge of the influence of the sexual habit and the risk of acquiring DST's/ Aids. For the collection of data it has been made use of a Scale of Likert, adapted of Gir, Moriya e Figueiredo (1994), which consisted of identification data and 25 subjects turning on the sexual practice. These subjects were contained in 7 factors one that was not included as factor. The answers of the scale to the scores +3 and +2 were considered of High Risk, the one +1, 0 e -1 of Medium Risk and -2 -3 as of Low Risk. The results demonstrated that: 55.6% were of the feminine gender, 44.4% of the masculine, 42.4% were in the 20-24 year-old age group, 30.6% in the one of 17-19 years, while 74.2% single and 18.9% married. For the Oral Sex, the Promiscuous Sex and the Sex with Penetration the answers of the University Students from Acre, went to the High Risk. For its time the Sex with Preservative, at the Mouth to Mouth Contact and the Hand Stimulating, the answers went to the Medium Risk. For its time, to Self-Estimulating obtained answer for the Low Risk. while last to the not Included Items as Factors the answers went to High Risk.

Keywords: STD, sexuality, sexual education

ISSN: 0103-0465

DST - *J bras Doenças Sex Transm* 12(2):19-30, 2000

INTRODUÇÃO

As práticas sexuais junto aos diferentes povos, apresentam uma trajetória milenar, com demarcação na arte e na literatura, e que também de forma geral, estão vinculadas ao aspecto religioso ou cultural.

Assim, "na China, antes do século XVII, o coito anal e a felação eram permitidos desde que não houvesse ejaculação,

¹ Graduando em Enfermagem da Universidade Federal do Acre. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq - 1999/2000.

² Prof. Dr. do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre. Orientador.

já que era considerado prejudicial à saúde a perda do sêmen. A Cunilíngua também era uma prática aceita, da mesma forma que a homossexualidade masculina e feminina eram comuns entre os antigos chineses durante alguns períodos de sua história. Na França e na Grécia medievais e pós-medievais, o coito anal foi muito usado como método de controle da natalidade. No hemisfério ocidental, a população pré-colombiana dos Andes, quer homo ou heterossexuais, também praticava o coito anal e sexo oro-genital, podendo-se afirmar tal fato pelas mostras de pinturas destas práticas na arte e na cerâmica, Tannahill; Glasel, *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo 1994).

De acordo com a literatura, “o comportamento sexual humano foi pela primeira vez estudado nos Estados Unidos por Alfred Kinsey *et al.*, durante o período de 1938 a 1949 Kinsey *et al.* *apud* Gir, Moriya e Figueiredo, 1994. Dessas pesquisas, onde um total de 11.200 homens e mulheres foram entrevistados, resultando no Relatório Kinsey. Sobre o sexo oral, eles evidenciaram que se tratava de uma atividade comum entre os heterossexuais americanos, sendo que 50% dos entrevistados referiram já ter praticado felação ou cunilíngua. O mesmo foi válido para os homossexuais, onde encontraram uma porcentagem de 48% de indivíduos que exerciam o sexo oro-genital, quer de forma ativa ou passiva. No que diz respeito ao coito anal, apenas 8% admitiram incluir este hábito sobre estimulação anal, houve manifestação de homens e mulheres referindo ser tanto o estímulo anal como o vaginal excitantes, Glasel” *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994).

Prosseguindo, a mesma autora acima citada, menciona que “cerca de três décadas após, em 1972, Hunt realizou outra pesquisa sobre o comportamento sexual de 2.026 americanos, tendo publicado os achados sob o título de “Sexual Behavior in the 1970’s”, Hunt *apud* Gir, Moriya e Figueiredo, 1994. Hunt observou um aumento significativo de realização das práticas: sexo oral 70%, sexo anal entre heterossexuais 25% e homossexuais 50%”, Glasel *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994).

Um outro ponto acrescentado por Gir, Moriya e Figueiredo (1994) é que: “a revolução dos anos 70 trouxe consigo o início de uma série de pesquisas das práticas e comportamento sexual, da mesma forma que relatórios também elaborados e publicados “. Sendo assim, o efeito da revolução sexual ou era do sexo pelo sexo e talvez o momento da liberação da mulher, projetou-se na publicação de diversas pesquisas, conforme cita (Glasel 1991). Tais pesquisas vieram demonstrar que o contato oro-genital (felação e cunilíngua) e coito anal são práticas realizadas por um número considerável tanto de mulheres como de homens, homo ou heterossexuais.

Neste contexto, se os preconceitos e as concepções errôneas foram as características expressivas das práticas sexuais, nos dias de hoje, elas desempenham papel importante e novo na história dos povos, ou seja, são capazes de colocar as pessoas em risco de adquirir o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, cuja síndrome ainda se constitui numa doença incurável e com alto grau de letalidade.

Sob o ponto de vista histórico, “a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids foi diagnosticada e descrita como uma nova entidade clínica em julho de 1981, Gottlieb

et al. (1981), quando o Center for Disease Control – CDC, recebeu, notificação de múltiplos casos de duas doenças raras, a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e o Sarcoma de Kaposi entre homossexuais masculinos, de Nova York e Califórnia, CDC(1981a). No ano seguinte, foi identificada entre usuários de drogas, endovenosas (EV) e indivíduos procedentes do Haiti, Center for Disease Control,” *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994).

Prosseguindo na evolução histórica da Aids, Gir, Moriya e Figueiredo (1994) assim descrevem: “em meados de 1982, foi evidenciada entre receptores de transfusão de sangue e hemoderivados CDC (1982c,d), crianças nascidas de mães de risco CDC (1982e), parceiros(as) sexuais heterossexuais de pacientes com Aids, CDC (1983) e Africanos, Clumeck *et al.* (1983). Estes grupos foram denominados “grupo de risco” embora a análise precisa das vias de transmissão exigisse a identificação de um agente infeccioso veiculado pelo sangue, contato sexual e eventos perinatais, Friedland e Klein *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994)”.

Ainda sob essa mesma ótica, “o aparecimento da Aids em populações distintas, associada aos meios de transmissão constituíram os fragmentos iniciais das evidências sugestivas de uma doença de causa infecciosa, Friedland e Klein *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994) cujas prováveis vias de transmissão foram definidas antes da identificação de seu agente etiológico.”

Continuando na descrição histórica da Aids, “em 1983, o agente etiológico foi isolado por um grupo de pesquisadores da França, que denominavam de LAV em um outro grupo nos Estados Unidos da América que denominaram de HTLV – III, Barré-Sinoussi *et al.*; Gallo *et al.*, *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994)”.

Conforme menciona Gir, Moriya e Figueiredo (1994) “notórios conflitos entre ambas as equipes e até pendências judiciais decorreram a autoria da descoberta deste vírus. Em 1986 um grupo internacional para taxonomia em vírus, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde – OMS, estudou e designou o vírus HIV, CDC; WHO *apud* Izazola-Licea *et al.* (1988), e desde então, esta terminologia passou a ser usada a nível mundial, sendo as duas anteriores abandonadas. A descoberta do HIV tipo 1, sem dúvida, constitui-se uma notável conquista científica”.

Por sua vez, “o HIV – tipo 2 foi isolado três anos após Clavel *et al.* (1986) e apesar de terem características diferentes, ambos relacionaram-se com a etiopatogenia da Aids, Clavel *et al.*; O’Brien *et al.* *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994)”.

Segundo a autora acima citada, “HIV – 1 já foi isolado do sêmen Zagury *et al.* (1984), Ho *et al.* (1984); saliva Groopamn *et al.*, (1984); lágrima Fujikama *et al.* (1985); líquido céfalo-raquiano Levy (1987); jollander (1987); leite materno Thiry *et al.* (1985); líquido amniótico Mundy *et al.* (1987); urina Levy *et al.* (1985b); secreção vaginal/cervical Vogt *et al.* (1986, 1987); Wofsy *et al.* (1986) e fluido bronco-alveolar (Dean *et al.*, 1988)”.

A referida autora acrescenta ainda que “de maneira geral, os linfócitos constituem a principal sede desse vírus, embora

Hollander (1990) e Osmond (1990^a) referiram já terem evidenciado o vírus no meio extracelular, mais notadamente no líquido céfalo-raquiano, nos levando a crer que todos fluídos contendo linfócitos contaminados, eventualmente possam alojá-lo”.

Assim “a transmissão pode teoricamente ocorrer a partir de um comportamento que envolva o contato com quaisquer desses fluídos, sobretudo os casos documentados indicam que a transmissão ocorre basicamente através do sangue, sêmen, secreção vaginal. Sabe-se que a concentração do vírus encontrado na saliva, lágrima é extremamente baixa ao passo que significativamente grande a sua concentração do sêmen e secreção vaginal”, (Osmond, 1990”).

Cabe esclarecer que a descoberta do agente infeccioso trouxe importantes contribuições ao conhecimento sobre o comportamento da doença, confirmando inclusive hipóteses acerca das vias particulares de transmissão.

Com relação a ocorrência da Aids no Brasil, podemos afirmar que o primeiro caso autóide registrado ocorreu em 1983, (Amato Neto *et al.* 1983). Na época o Brasil ocupava o quarto lugar no mundo em número de casos, cabendo aos Estados Unidos essa liderança, seguida pela Tanzânia e Uganda.

Por sua vez, “desde as evidências iniciais da doença, três categorias de exposição (sexual, sangüínea e perinatal) foram percebidas e descritas e estas ainda permanecem configurando-se como as formas que têm substanciado e fortalecido a caracterização epidemiológica da síndrome, (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994)”.

Um outro dado a acrescentar, descrito pela autora acima refere-se aos dados epidemiológicos, cuja proporção homem/mulher em relação aos casos de Aids é crescente, sendo que no Brasil a razão era de 4:1, em contrapartida à razão de 125:1 publicada em 1984, (Brasil, 1994) por sua vez, dados atuais, Brasil (1998), revelam que a proporção homem/mulher é de 2:1, e com forte tendência de se igualar, tendo em vista a grande transmissão do homem para a mulher, sobretudo as casadas.

Dados recentes do Ministério da Saúde, Brasil (1999) sobre a distribuição proporcional dos casos de Aids, segundo o sexo e idade, no período de 1980 a 1999, foram registrados 174.541 casos.

A autora ainda menciona que, o prognóstico da infecção na mulher tende a agravar-se, uma vez que a hipótese da transmissão ocorre mais eficazmente do homem para a mulher do que o inverso, conforme apontam (Wofsy *et al.*, 1986).

A partir da identificação da Aids e seu agente causador, o HIV, a OMS sugeriu a existência de dois padrões epidemiológicos distintos no mundo Simonsen *et al.* (1988). O Padrão I caracterizava-se predominantemente por usuários de drogas endovenosas e homossexuais masculinos que se expõem ao HIV através do coito anal receptivo, Curran *et al.* (1985). No entender destes autores, este padrão configura-se basicamente na América do Norte e Europa, e que segundo Osmond (1990c) este também é característico em certas localidades da América do Sul, Europa Ocidental, Escandinávia, Austrália e Nova Zelândia.

Já o Padrão II, prevalente na África, Caribe e alguns países da América do Sul, configura-se pela transmissão heterossexual incluindo como fatores de risco o exercício da promiscuidade sexual, prostituição e seus clientes, (Piot *et al.*, 1984, Kreiss *et al.*, 1986 e Osmond, 1990c).

No entender de Osmond (1990d), soma-se a estes padrões, o Padrão III, como sendo o típico do Oriente e do Norte da Europa, centro da África, Ásia e Pacífico (com exclusão da Austrália e Nova Zelândia).

Prosseguindo, o HIV pode ser transmitido em qualquer tipo de relação sexual desde que haja trocas de secreção vaginal ou cervical uterina, sêmen ou sangue infectados por esse vírus. Além do leite materno.

Assim pode-se dizer que o risco de uma pessoa se infectar como resultado da relação sexual está na dependência principalmente de quatro aspectos: a) parceiro(a) sexual estar infectado(a); b) tipo de contato sexual envolvido; c) a quantidade de carga viral presente no(a) parceiro(a) infectado(a); d) a presença de co-fatores como lesões genitais e DST ulcerativas que facilitam a aquisição do vírus, (OMS, 1990).

Diante do exposto Gir, Moriya e Figueiredo (1994) mencionam que “a Aids sem dúvida, trata-se da doença melhor documentada no mundo, tendo sido alvo de importantes mobilizações científicas e governamentais visando à obtenção de medidas direcionadas à prevenção, ao controle e ao delinear de seu comportamento. A título de exemplo, é uma das poucas, senão a única doença que conseguiu atrair mais de 13.000 cientistas de todas as partes da terra para participar de Conferência Internacional”.

Um outro dado mencionado pela autora acima, diz que “apesar da hipervalorização de esforços envidados à Aids, com certeza este não constitui o maior e único problema de saúde pública que a humanidade inclui em sua trajetória; não obstante configura-se como um relevante problema que traduz o futuro dos infectados em incertezas, dificuldades e desafios. Merece portanto atenção especial, pois vem sobretudo afetando predominantemente indivíduos em faixas etárias jovens, a eles impondo debilidade física, psíquica, emocional e principalmente social, conferindo aos portadores do vírus uma carga expressiva de preconceito e estigma”.

Para Rodrigues (1988a), “a Aids tornou-se o grande problema sócio-político do nosso tempo, uma linha decisória para os religiosos, um campo de batalha para os pesquisadores, um campo fértil para as demonstrações freqüentes do nível de desumanização do homem para com o homem”.

Prosseguindo, os dados epidemiológicos por si só seriam suficientes para considerar-se a Aids como um dos grandes problemas de saúde pública. Em adição às estatísticas, Rodrigues (1998), declara que a epidemia do HIV ultrapassa os limites da saúde pública, desafiando o nosso mais amplo conceito de bem estar, entendo que este significa saúde não só física, mas a sua interface com o bem-estar psicológico, social, cultural, econômico e político. A Aids impõe desafios sob três dimensões: científico (desenvolvimento de terapias e vacinas efetivas); desafio social (desenvolvimento de estratégias preventivas efetivas associadas às respostas humanísticas) e desafio à saúde pública.

Neste sentido, apesar das muitas incursões realizadas pelos cientistas no processo de aprendizagem sobre o comportamento do HIV no organismo humano, os dilemas psicológicos, sociais e éticos são pouco explorados, fazendo com que a Aids seja encarada como um fenômeno que abala os medos e preconceitos e não somente uma infecção viral, e que segundo a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA (1990) "não é pois, um problema só da ciência, mas da sociedade".

Em face a isso, este dilema vinculado ao medo das pessoas contraírem a doença leva os pacientes a serem subestimados e rejeitados pela sociedade, abandonados pela família e amigos e sentirem-se inferiorizados, Crhist e Wiener, (1985), Rosner *et al.*, (1985).

Aliado a estes aspectos, tais preconceitos são extensivos também a muitos profissionais de saúde, que até se recusam assistir pacientes contaminados ou com a síndrome instalada, Gillon (1987), (Kelly *et al.*, 1987).

Vale ressaltar ainda que no âmbito hospitalar este fato não é divergente, pois aliado ao preconceito surgiu o medo de assistir estes indivíduos. Estas atitudes são indesejadas e prejudiciais, urgindo-se portanto, a humanização nos hospitais e serviços que prestam atendimento à saúde.

Assim, acredita-se que atitudes de repúdio das pessoas para com o indivíduo e a sua doença, atitudes anti-éticas e até desumanas, geradoras de rupturas no compromisso do homem para com o seu semelhante sejam fundamentadas principalmente na desinformação e ignorância, (Gir *et al.*, 1989).

Neste contexto, pode-se afirmar que tais atitudes não se associam somente às pessoas de baixo nível sócio, econômico e cultural, pois percebe-se, pelo que foi anteriormente exposto, que os desagravos à humanidade também são provocados por profissionais da saúde, de nível universitário.

Uma vez traçado o panorama das práticas sexuais e do risco da infecção pela Aids em nível mundial e no Brasil, e ao discorrer mais particularmente na região acreana, pode-se afirmar que segundo dados da Coordenadoria Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis / Aids do Estado do Acre, de 1987 a 1999, já haviam sido registrados 90 casos, sendo que destes, 69 (76,7%) para o sexo masculino e 21 (23,3%) para o feminino, com razão de 3/1, e que 78% são oriundos da capital e 12% do interior do Estado, onde dos 24 municípios, 9 (37,5%) possuem casos confirmados de Aids, (ACRE, 2000).

Conforme pode-se depreender das descrições acima mencionadas, vale ressaltar que o início nesta linha de pesquisa deu-se no período de 1996/97, e que a partir desta data, novas intenções foram surgindo, a ponto de em outubro de 1998, tendo em vista o Programa UNIVERSIDAIDS da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, foi elaborado e aprovado o Projeto: Capacitação de Recursos Humanos em Prevenção e Controle de DST/HIV/Aids no Estado do Acre do Departamento de Ciências da Saúde.

É neste contexto inicial, que desenvolvemos esta pesquisa, visando dar continuidade às propostas almejadas, onde entre elas, se destaca a investigação científica e sua aplicação em prol da humanidade.

Um outro ponto relevante, é o de introduzir o aluno de graduação em enfermagem, na vasta leitura sob o tema em apreço, afim de incorporar novos conhecimentos e alcançar possíveis descobertas.

Motivados pela operacionalização, é que fez-se a réplica da pesquisa sobre os hábitos sexuais e o risco de infecção ao se adquirir DST/Aids, empreendido por Gir, Moriya e Figueiredo (1994), junto aos alunos recém-ingressos nos 21 cursos de graduação da UFAC, oriundos do vestibular de 1999.

A escolha destes tema deu-se em virtude de serem futuros profissionais, e que além disso também estão numa faixa etária vulnerável a se infectarem por doenças sexualmente transmissíveis e sobretudo o HIV.

OBJETIVOS

Para o desenvolvimento desta pesquisa, estabeleceu-se seguintes objetivos: **Geral** - Verificar os conhecimentos da influência do hábito sexual e o risco de adquirir DST/Aids, em universitários recém-ingressos na UFAC, no ano de 1999. **Específicos** - Estabelecer o perfil dos universitários estudando as variáveis: sexo, idade, condição marital e curso de graduação; Determinar a média do grau de conhecimento dos universitários a respeito dos hábitos sexuais e o risco de adquirir DST/Aids; Efetuar a réplica de uma pesquisa, comparando os dados com o universo de alunos estudados na UFAC; e Subsidiar o Polo de Capacitação de Recursos Humanos na Prevenção e Controle das DST/ HIV/Aids, da Universidade Federal do Acre, bem como as Coordenarias Estadual e Municipais de DST/Aids.

METODOLOGIA

A pesquisa científica do tipo exploratório-descritiva, foi desenvolvida junto a 550 (76,9%) alunos, das 715 vagas oferecidas nos 21 Cursos de Graduação na Universidade Federal do Acre, no ano de 1999.

Para coletar os dados, utilizou-se um instrumento de pesquisa tipo - Escala de Likert - adaptado de Gir, Moriya e Figueiredo (1994), o qual constou de dados de identificação, tais como: idade, sexo, condição marital e curso de graduação, além de 25 questões acerca das informações sobre os hábitos sexuais e o risco de infecção pelas DST/HIV e Aids.

Estas, por sua vez, foram agrupadas em sete fatores: Sexo Oral, Sexo Promíscuo, Sexo com Preservativo, Auto-Estimulação, Contato Boca-a-Boca, Estimulação Manual, Sexo com Penetração e uma que não foi incluída como fator.

As respostas +3 e +2 da escala, foram consideradas de Alto Risco, as +1, 0 e -1 como de Médio Risco e as -2 e -3 como de Baixo Risco.

A aplicação dos questionários só era exercida após autorização dos docentes das disciplinas. Antes porém, era explicado os objetivos da pesquisa, solicitadas as respostas, além de facultar a participação e garantir o anonimato, como também, o comprometimento em lhes devolver os resultados.

Os dados coletados pelo aluno bolsista, bem como outros alunos do Curso de Enfermagem da UFAC, envolvidos e voluntários em projetos do orientador, demonstram riqueza de informações.

Para a análise dos dados, fez-se uso do Programa Dbase, o qual proporcionou efetuar a análise quantitativa, com apresentação de tabelas em frequência e percentual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao discorrer sobre os 715 alunos matriculados nos 21 Cursos de Graduação da Universidade Federal do Acre, trabalhou-se com 550, representando um total de 76,9%.

Ao questionar a questão de gênero, dos 549 respondentes, 305 (55,6%) eram do sexo feminino, enquanto que para o masculino, o total foi 244 (44,4%). Informamos que um aluno não respondeu esta questão.

No que se refere a faixa etária, cabe salientar que dos 548 alunos que responderam a esta questão, destacamos os 231 (42,4%) que estavam compreendidos na faixa de 20-24 anos, seguido por 168 (30,6%) na de 17-19 anos e 77 (14,0%) na de 25-29 anos. Vale ressaltar que dois alunos não responderam a esta questão.

Ao analisar a condição marital, dentre os cursos de graduação por Áreas do Conhecimento do CNPq, dos 548 alunos, um total de 406 (74,2%) eram solteiros, enquanto os casados, obtinham 104 (18,9%) do total. Cabe salientar que 32 (5,8%) dos respondentes estavam na condição de juntado/amasiado.

Estes dados, já eram de se esperar, pois 42,4% dos alunos estavam compreendidos na faixa de 20-24 anos, sendo portanto jovens e em pleno período de graduação. Vale lembrar ao leitor que dois alunos não responderam esta questão.

Foi de nosso interesse agrupar os Cursos de Graduação por Áreas de Conhecimento do CNPq, onde a mais representativa

foi a Área das Ciências Humanas com 169 (30,9%), seguida pela de Lingüística, Letras e Artes, com 72 (13,1%) e em terceiro as Ciências da Saúde, com 70 (12,7%) onde juntas representam 56,7% do total.

Com relação aos dados envolvendo a questão Áreas de Conhecimento por Gênero, aqueles cursos com características masculina tais como: Matemática, Análise de Sistema, Direito, Economia e Engenharias, obtiveram 117 (21,3%), enquanto os de natureza feminina, tais como: Ciências Biológicas, Ciências, Pedagogia, Letras Vernáculo, Português / Espanhol, Enfermagem, Letras / Francês e Geografia Licenciatura totalizaram 187 alunas, representando 34,1%. Por sua vez nos demais cursos a distribuição por gênero é quase equitativa.

Ao discorrer sobre os dados da **tabela 1**, no que diz respeito ao **FATOR I - Sexo Oral**, onde estão incluídos a estimulação da vagina, ânus e pênis com a língua ou boca; contato da boca com a urina do parceiro e ejaculação na boca do parceiro, as respostas dos Universitários de Rio Branco Acre, obtiveram numa média de 50,6% para o Alto Risco, enquanto que na **tabela 2**, para os Especialistas, a resposta mais significativa foi para o Médio Risco, com média de 49,0% e que para os Universitários de Ribeirão Preto este fator atingiu 50,8%, como sendo de Médio Risco, conforme **tabela 3**.

Diante destes dados, observou-se concordância entre Especialistas e Universitários de Ribeirão Preto, para o Fator I - Sexo Oral, como sendo de Médio Risco, ao passo que para os Universitários do Acre, para este fator, eles responderam como sendo de Alto Risco.

Por sua vez, sabe-se que a prática do sexo oro-genital proporciona uma excitação produzida pela estimulação da genitália através da boca ou língua, por se tratar de uma região erógena, onde normalmente antecede o coito.

A este respeito, segundo Rodrigues Júnior *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), menciona que nas diferentes cul-

Tabela 1 - Distribuição das médias das respostas das questões por fatores, segundo o grau de risco, em universitários de Rio Branco- Acre-Brasil. 1999.

Questões por Fatores	Média das Respostas Segundo o Grau de Risco		
	Alto Risco	Médio Risco	Baixo Risco
Fator I	50,6	39,6	9,8
Fator II	87,7	10,4	1,9
Fator III	7,5	47,4	45,1
Fator IV	4,4	37,5	58,1
Fator V	9,6	59,2	31,2
Fator VI	8,4	52,0	39,6
Fator VII	87,6	11,0	1,4
Fator VIII	48,9	19,5	31,6

Legenda: Fator I - Sexo Oral, Fator II - Sexo Promíscuo, Fator III - Sexo Com Preservativo, Fator IV - Auto-Estimulação, Fator V - Contato Boca a Boca, Fator VI - Estimulação Manual, Fator VII - Sexo com Penetração, Fator VIII - Itens não Incluídos como Fatores.

Tabela 2 - Distribuição das médias das respostas das questões por fatores, segundo o grau de risco, em especialistas (Literaturas / Médicos) de Ribeirão Preto – São Paulo.

Questões por Fatores	Média das Respostas Segundo o Grau de Risco		
	Alto Risco	Médio Risco	Baixo Risco
Fator I	48,8	49,0	2,2
Fator II	80,5	19,5	-
Fator III	-	86,0	14,0
Fator IV	8,9	22,0	69,1
Fator V	-	90,0	10,0
Fator VI	45,8	26,4	27,8
Fator VII	74,1	22,2	3,7
Fator VIII	29,3	30,1	40,6

Legenda: Fator I - Sexo Oral, Fator II - Sexo Promíscuo, Fator III - Sexo Com Preservativo, Fator IV - Auto-Estimulação, Fator V Contato Boca a Boca, Fator VI - Estimulação Manual, Fator VII - Sexo com Penetração, Fator VIII - Itens não Incluídos como Fatores.

Tabela 3 - distribuição das médias das respostas das questões por fatores, segundo o grau de risco, em universitários de Ribeirão Preto – São Paulo.

Questões por Fatores	Média das Respostas Segundo o Grau de Risco		
	Alto Risco	Médio Risco	Baixo Risco
Fator I	33,2	50,8	16,0
Fator II	90,5	8,9	0,6
Fator III	4,1	58,1	37,8
Fator IV	2,6	22,5	74,9
Fator V	1,7	46,2	52,1
Fator VI	5,0	44,9	50,1
Fator VII	74,7	24,0	1,3
Fator VIII	29,1	48,5	22,4

Legenda: Fator I - Sexo Oral, Fator II - Sexo Promíscuo, Fator III - Sexo Com Preservativo, Fator IV - Auto-Estimulação, Fator V Contato Boca a Boca, Fator VI - Estimulação Manual, Fator VII - Sexo com Penetração, Fator VIII - Itens não Incluídos como Fatores.

turas esta prática representa uma mistura de comportamentos resultantes de heranças seculares, por interpretação de sábios e religiosos, gerando censura pública.

Convém esclarecer que a prática do sexo oro-genital, é conhecida como felação, a qual vem do latim *fellare* que significa sugar. Já prática da irrumação representa a introdução do pênis na boca.

Há algum tempo atrás tem sido descrito na literatura que o HIV foi isolado das secreções vaginais/cervicais de mulheres soropositivas ou de alto risco, inclusive durante o período menstrual, o que teoricamente pode levar à infecção.

Segundo Cohen *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), os fluídos corporais contendo HIV, quando ingeridos pela via oral, acredita-se que eles sejam inativados pelas enzimas e ácidos, contidos no sistema digestivo. Descreve ainda que a existên-

tência de pequenas ulcerações nas mucosas podem facilitar a chegada do vírus à corrente sanguínea.

Um outro ponto a ser destacado e que vem ao encontro das respostas dos Universitários do Acre, foi descrito em estudos efetuados pelo Instituto de Estudos Avançados da Sexualidade Humana-IEASH; Aids Coordinating Office; Catania *et al.*, Cohen *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), onde mencionam que a prática do sexo oral também representa Alto Risco de infecção pelo HIV. Por sua vez vale ressaltar que outros autores, Stall *et al.*, (1986). Greig (1987); IEASH (1991) e a OPS (1993) também os classificam com sendo de Médio Risco.

A respeito do contato da boca com a urina infectada, denominada urolagnia, urofilia, segundo Glasel (1991), esta prática

pode se tornar fator de risco de infecção, desde de que haja contato com a pele e mucosa não íntactas.

Diante destas informações, Hepworth e Shernoff (1989) *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), afirmam que para a realização de tais práticas se faz necessário o uso de proteção.

Nestas descrições, a prática do cunilingus, a qual também produz excitação sexual, vem do latim *cunnus* (vulva) e *ingere* (lamber) significa estimulação dos genitais femininos, tais como: clitóris, pequenos lábios, vestibulo e introito vaginal.

Com relação aos respondentes, este estudo trata-se de um grupo privilegiado, pela facilidade de obter informações e conhecimentos sobre a temática em estudo.

Ainda sobre esta problemática, Gir *et al.* *apud* Gir *et al.* (1999) em outra pesquisa “evidenciaram que 60% dos universitários de um município paulista, apresentaram conhecimento correto sobre práticas sexuais orais e os riscos específicos que conferem à infecção pelo HIV-1”.

Seguindo a descrição das respostas, agora para o **FATOR II - Sexo Promíscuo**, temos a relação sexual com prostitutas, sexo em grupo, número de parceiros sexuais e relação sexual com pessoa do mesmo sexo, tanto os Universitários de Rio Branco – Acre, como os Universitários de Ribeirão Preto e Especialistas, consideraram as seguintes médias para o fator Alto Risco: 87,7%, 90,5% e 80,5% respectivamente, o que demonstra a coerência e conhecimento nas respostas entre eles, conforme dados nas **tabelas de 1 a 3**.

A esse respeito, esta temática constitui um assunto complexo a ser discutido, pois não é somente um hábito ou prática, mas um comportamento de risco, tendo em vista o envolvimento de uma série de outras atividades sexuais que estão em jogo.

Por sua vez, Paiva (1999) menciona que “no início, a doença esteve relacionada aos chamados grupos de risco, idéia que servia para isolar e discriminar as vítimas. Hoje, deixou de ser importante qual o grupo que foi ou é o mais afetado, fala-se em comportamento de risco e, sabe-se que todas as pessoas podem vir a ser infectadas por esta epidemia, sejam elas homens ou mulheres, heterossexuais, bissexuais ou homossexuais”.

No entender de Wiley e Herschkorn *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994) consideram a promiscuidade como fator de alto risco para a infecção pelo HIV, sugerem que as usuárias de drogas, acentuam ainda mais a susceptibilidade pela infecção.

Para Padian *et al.*, European Study Group *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994) as seguintes práticas comportamentais contribuem para o baixo grau de infecção pelo HIV, assim descritos: ausência ou uso raro de drogas endovenosas; baixo número de contatos sexuais com diferentes parceiros e não prática de coito anal receptivo. Padian *et al.*, (1987b) ainda ressaltam que a concentração do vírus no sêmen é 100 vezes maior que na secreção vaginal, o que de certa forma reforça a maior probabilidade das mulheres serem infectadas pelos homens.

Em estudo realizado por Morse *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994) mencionam que além da droga, o uso de álcool, o inadequado e inconsistente uso do preservativo, com-

portamentos sexuais inseguros e os riscos intrínsecos dos parceiros também aumentam o risco de infecção pelo HIV.

Um outro ponto importante a se destacar descrito por Simonsen *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), é que uma prostituta infectada pelo HIV e portadora de outras DST, durante uma prática sexual, apresenta alta chance de infectar seu parceiro.

Cabe ressaltar, que o sexo em grupo, sexo coletivo, a troca de casais, o número de parceiros sexuais e a associação com o coito anal, também representam comportamentos que predisponem a infecção pelo HIV e por outras DST.

Corroborando com esta problemática, a relação sexual com pessoa do mesmo sexo, como é o caso do coito anal receptivo, representa a prática do mais alto risco para a infecção pelo HIV e por outras DST, acrescido ainda a ocorrência de sangramentos e microfissuras locais que normalmente acontecem.

Com relação as lésbicas, a homossexualidade parece não ser um fator de risco para as DST, ao contrário do homossexualismo masculino, no entender de Robertson e Schachter; Aral e Holmes *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Por sua vez, em se tratando do HIV os riscos são os mesmos, haja vista que a probabilidade de lesões na pele e mucosa oriundas de dedos na vagina ou roçar dos genitais, na visão de Masters *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994). Entretanto na visão de Eskenazi *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), elas constituem um grupo de baixo risco à infecção pelo HIV. Já na visão de Lifson *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), a infecção pode ocorrer devido a outra exposições.

Xavier *et al.*, (1994) mencionam que para combater o HIV/Aids se faz necessário uma política de solidariedade baseada no respeito à diferença cultural e na luta por justiça social. Também é importante considerar a Aids como uma ameaça social e que necessite de uma verdadeira revolução científica.

Um outro ponto que não se pode deixar de mencionar com relação ao sexo promíscuo, diz respeito as reações emocionais dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis, no momento da confirmação do seu diagnóstico, conforme evidenciado por Oliveira *et al.* (1987) em que “neste caso o paciente tem que enfrentar as reações quase sempre imprevisíveis de seus parceiros. Os sentimentos de raiva em relação ao parceiro que transmitiu a doença, gerou na quase totalidade dos pacientes na amostra, atitudes de agressividade como: “querer bater, matar, prejudicar, vingar-se”, manifestos através da rejeição, desprezo, negação do outro, pena e revolta. Alguns manifestaram sua revolta através do desejo de transmitir a doença a outras pessoas (vingança)”.

Prosseguindo, ao discorrer sobre o **FATOR III**, o qual guarda pertinência com o **Sexo com Preservativo**, onde estão incluídas as questões relacionadas ao sexo vaginal e anal com camisinha, averigou-se que a resposta para o grau Médio Risco foi a mais obtida pelos três segmentos, ou seja: Universitários de Rio Branco, média de 47,4%; Especialistas com média de 86,0% e Universitários de Ribeirão Preto com 58,1%, conforme dados nas **tabelas de 1 a 3**.

A esse respeito, a literatura científica tem demonstrado que o uso de preservativos conferem valor substancial quando usados como medidas profiláticas contra as DST, quando seu papel protetor pode contribuir para reduzir o risco nos casos em que há contato do pênis à região cervical, vaginal, vulvar, anal; ressaltando-se que esta proteção está diretamente relacionada não só ao uso correto do condom, como também à sua qualidade.

Por outro lado, diversas pesquisas ressaltam que os usuários de preservativos e parceiros apresentam menor frequência a contraírem as DST, tais como: gonorréia, infecção por *ureaplasma*, doença inflamatória pélvica e cervical, e que esse fator protetor está relacionado à mínima permeabilidade do preservativo, e inclusive no tratamento da infertilidade feminina, conforme mencionado por Cohen *et al.*, Goldsmith, Sherris *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Com relação ao aspecto histórico do uso do condom, estes foram confeccionados por diversos materiais, tais como: linho, seda, intestino de animal e outros, mas que sua produção foi discreta até meados do século XIX, quando então houve a vulcanização da borracha e a fabricação de condom de látex, proporcionando assim grande produção, segundo Dumm *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Por sua vez, com a excessiva divulgação do uso do preservativo como medida profilática, este tem aumentado na prevenção das DST, e se constitui atualmente como o único meio efetivo para prevenir a infecção pelo HIV, pois a prática da abstinência sexual é considerada como utópica.

A respeito do uso de preservativo, sob o ponto de vista histórico, o seu uso esteve tradicionalmente associado à prostituição, promiscuidade, relações extraconjugais acarretando uma má reputação ao seu usuário, conforme Free e Alexander, Sherris *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Assim, fica claro os estereótipos negativos atribuídos ao uso do preservativo, de certa forma contribui para a sua restrição, mas que hoje graças a ampla campanha de divulgação e o seu importante fator de proteção, tem aumentado a sua utilização, mesmo assim, é bom esquecer que sua eficácia depende do uso correto, associado com a adoção de comportamento sexual seguro.

Para Gir *et al.* (1999) “ a educação é uma função inerente aos profissionais de saúde, e embora aparentemente simples e fácil, é um processo complexo que envolve numerosos aspectos inerentes ao comunicador, a comunicação é a audiência para que as medidas se tornem factíveis e atinjam os objetivos esperados. Conforme refere Pompidou (1988), não basta simplesmente oferece informações, pois “ estar informado não significa necessariamente conhecer; estar ciente não significa necessariamente tomar medidas, decidir a tomar medidas não significa necessariamente fazer “. Portanto, é necessário desenvolver o senso de responsabilidade individual e grupal; só esse compromisso pode conduzir às mais efetivas e aceitas mudanças de comportamento, uma vez que se baseia em aceitação e não em obrigação. “

Ainda sobre o uso de preservativo, Guimarães *apud* Paiva (1999), “ chama atenção para o fato de que o uso do condom masculino não corresponde aos valores e atitudes pautadas no

modelo conjugal monogâmico, sustentado pelos pilares de fidelidade e de confiança mútua, estando muito assim associado à idéia de comportamentos sexuais promíscuos, irregulares ou desviantes do padrão monogâmico ”.

Dando continuidade nas análises, para o **FATOR IV**, relacionado a **Auto-Estimulação**, onde são destacados as práticas da masturbação e a introdução de objetos na vagina e no ânus, a média das respostas para os Universitários do Acre, para os Especialistas e Universitários de Ribeirão Preto, foi para o fator Baixo Risco, com 58,1%, 69,1% e 74,9% respectivamente, sendo que a média mais baixa foi obtida pelos alunos do Acre., conforme dados constantes nas **tabelas de 1 a 3**.

Desta forma, segundo a OMS (1990), a auto masturbação como prática exclusiva não favorece o risco de infecção pelo HIV, e que esta tanto pode ser praticada através das mãos, como pelo uso de objetos como auxiliares na estimulação genital.

No entender de Paiva (1999) “ um outro aspecto pouco explorado e que gostaríamos de chamar atenção, é o de que a prevenção da Aids se faz a partir de práticas sexuais não penetrativas e do uso de condom, o que traz os seguintes questionamentos: como fazer prevenção quando as mulheres estão no período reprodutivo, principalmente as mais jovens, que desejam construir uma família? E as que estão na idade fértil e já se encontram laqueadas, para as quais o condom parece não ter o menor sentido? Situação mais complicada ainda é das mulheres que já se encontram na menopausa e com a vida sexual ativa, de que forma negociar o uso do condom? E as que descobrem sua condição de soropositiva quando já estão grávidas “?

Com relação ao uso destas práticas, dependendo da natureza do objeto, da profundidade da penetração e do método e força utilizados, podem provocar trauma e sangramento no reto ou vagina e com isso aumentar o risco de transmissão do HIV durante o coito com o parceiro infectado. Cabe salientar ainda, que para que estas práticas sejam seguras e não ofereçam riscos à infecção pelo HIV, os objetos não devem ser compartilhados, e se o forem, devem ser desinfetados, ainda lembrando que a proteção deve ser conferida a eles com o preservativo, segundo Glasel (1991).

Ao abordar o **FATOR V – Contato boca a boca**, com apenas um item, ou seja, o beijo na boca, dois segmentos dos respondentes se equívalem nas respostas - Universitários de Rio Branco e Especialistas - ao considerarem como fator de Médio Risco, ao contrário dos Universitários de Ribeirão Preto, ao assinalarem como de Baixo Risco, conforme **tabelas de 1 a 3**.

A esse respeito, pode-se dizer que o beijo social ou seco não se apresenta como fator de risco a infecção pelo HIV, por não propiciar a troca de saliva, segundo IEASH; Greigg; Bjorklund; Cohen; OPS *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), mas que todavia, o beijo de língua conhecido também como beijo francês, beijo molhado, beijo profundo, constitui a inserção da língua na boca do parceiro possibilitando troca de saliva e por isso deve ser considerado no mínimo como uma atividade de baixo risco, não podendo ser entendida como ati-

vidade completamente segura, IEASH; Greigg; Kus e Cohen *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Pode-se afirmar ainda que, a transmissão poderia ocorrer quando houvesse comportamento sexual que envolvesse contato com fluídos do corpo com a presença do HIV (sangue, sêmen, secreção vaginal, urina, líquido céfalo-raquidiano, saliva, lágrima, leite materno, etc.), mas a concentração do HIV na saliva é extremamente baixa, Wofsy *et al.*; Cohen *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Vale ressaltar que segundo a OMS *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), embora a saliva represente pequena probabilidade de transmissão do HIV, o risco teoricamente existente durante um beijo molhado não deve ser ignorado.

No entender de Gir, Moriya e Figueiredo (1994) quando o beijo é muito violento pode provocar lacerações ou pequenas lesões, acompanhadas de sangramento, o que intensifica o risco. Ressalta ainda, que o beijo não se constitui na única atividade durante um relacionamento sexual, o que dificulta comprovar a sua responsabilidade exclusiva pela transmissão do HIV.

As discussões que se seguem, dizem respeito ao **FATOR VI**, ou seja a **Estimulação Manual**, onde são destacadas a introdução da mão e do dedo no ânus ou na vagina.

Para esta questão houve uma certa divergência nas respostas, onde para os Universitários de Rio Branco a média encontrada foi de 52,0% para o Médio Risco, seguido pelos Universitários de Ribeirão Preto, com média de 50,1% para o Baixo Risco, enquanto que para os Especialistas estes deram 45,8%, para o Alto Risco, conforme **tabelas de 1 a 3**.

Com relação a esta prática, Masters *et al.*, *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994), assinalam que o manuseio dos genitais possibilita o contato com as secreções dos mesmos, as quais podem estar infectadas, e ao tocar o corpo onde há solução de continuidade, pode resultar em infecção.

Convém esclarecer também que esta conduta também facilita a ocorrência de lacerações, abrasões, sangramentos, fissuras anais e até perfurações intestinais com complicações tipo peritonite, as quais favorecem o alcance do HIV aos sistemas sanguíneo e linfático, no entender de Ross; Darrow *et al.*, e Glasel e Kwan e Lowe *apud* Gir, Moriya e Figueiredo (1994).

Assim, pode-se concluir que esta prática não deixa de ser perigosa dadas a graves conseqüências que podem advir, por isso deve-se concordar com as respostas dos Especialistas, e preocupar-se com o grau de informação dos Universitários de Ribeirão Preto, ao assinalar Baixo Risco.

Ao reportar ao **FATOR VII – Sexo com Penetração**, onde estão incluídas as questões sobre a relação sexual com pessoa do sexo oposto, sexo vaginal (pênis-vagina) e anal (pênis-ânus) com ejaculação, tivemos nos três segmentos, o alto risco com os seguintes percentuais: 87,6% para os Universitários de Rio Branco, 74,7% para os Universitários de Ribeirão Preto e 74,1% para os Especialistas, mostrando coerência e o bom nível de conhecimento entre eles, conforme **tabelas de 1 a 3**.

A esse respeito, o risco e a gravidade da infecção pelo HIV, depende de alguns fatores, tais como: a infectividade e a viru-

lência do agente; tamanho e/ou quantidade da carga recebida e a susceptibilidade do hospedeiro.

Para Paiva (1999) com relação a transmissão e prevenção da Aids em mulheres, menciona que “ a transmissão da Aids para as mulheres, em geral, advém de duas formas, a sanguínea (uso de drogas injetáveis e de derivados do sangue) e a sexual, podendo, muito raramente, ocorrer através do cuidado”.

Acrescenta ainda que “ o vírus da aids pode ser encontrado tanto na ejaculação masculina quanto na lubrificação, na ejaculação feminina e na menstruação que contém linfócitos T4 que podem conter o HIV. Portanto, uma mulher pode se contaminar com os homens (hetero e bissexuais) ou com mulheres (homo e bissexuais). Por isso, é urgente que as campanhas educativas incluam as mulheres e que elas se organizem para encontrar os seus meios de prevenção “.

Prosseguindo nas descrições, as DST que provocam rupturas da epiderme e integridade da membrana mucosa, geram ulcerações que predis põem o indivíduo a se infectar pelo HIV, onde vale assinalar que não é a aids que favorece as DST e sim as DST que favorecem a Aids.

Para Paiva (1999) “ as doenças sexualmente transmissíveis - DST pareciam ser um problema controlado a partir do advento dos antibióticos, porém hoje, elas aumentaram sua incidência e com o crescimento da aids em mulheres, a atenção para a sua prevenção, diagnóstico e tratamento na população feminina tem sido maior, considerando que as DST podem trazer conseqüências, tais como, a infertilidade e a própria Aids, pois, elas podem facilitar a entrada do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) “.

Convém acrescentar o que dizem Gir *et al.* (1999) que “ de maneira geral, as DST são consideradas hoje como fatores de risco para a aquisição do HIV-1, aspecto este comprovado por Costa *et al.*, e (Gir, Moriya e Figueiredo , 1994).

Cruzios *apud* Gir *et al.*, (1999) ainda enfatiza que “ a infecção e a transmissão do HIV são facilitadas por condições ulcerativas e erosivas dos genitais, ficando portanto, o controle da Aids na dependência também das DST “.

Salienta ainda que estas ulcerações normalmente são causadas pelo *Haemophilus ducreyi*, *Treponema pallidum* e o *Vírus do Herpes Simples*.

Sobre este fator, existem outras maneiras de favorecer a disseminação do HIV, onde destacamos os comportamentos de risco, o número de parceiros, o tipo de atividade sexual desprotegida e a relação com mulher no período menstrual.

Ainda sobre esta problemática, vale ressaltar a transmissão heterossexual entre casados, onde hoje a mulher tem se tornado vítima ao ser infectada pelo marido, tornando-se assim uma preocupação a mais das autoridades sanitárias nacionais e internacionais.

Corroborando com esta problemática, ainda há que se considerar a transmissão vertical – mãe/filho, que também tem se tornado um problema de grandes proporções.

Como forma de procurar amenizar esta transmissão, o uso de preservativo é o mais indicado, apesar de existir preconceito e desconfiança do marido, quando a mulher solicita que faça uso do mesmo.

Quanto ao sexo vaginal e/o anal com ejaculação, é sabido que este pode transmitir o HIV, mas não pode deixar de citar que é muito mais fácil o homem transmitir o HIV para a mulher, do que esta para ele, apesar de não isentá-lo de tal risco.

Vale ressaltar também que a prática do coito anal entre os povos, possui diferentes finalidades, como: prazer, contracepção, evitar sangramento menstrual e a preservação da integridade himenal, segundo Voeller *apud*, (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994).

Sobre esta forma de transmissão, o sêmen atinge o sistema linfático e sanguíneo, como resultado de abrasões da mucosa retal. A região retal possui uma única camada de célula, que não oferece grande proteção contra abrasões.

Ainda sobre esta prática, o coito anal talvez seja a causa principal e modo mais eficiente de transmissão heterossexual do HIV.

Além do mais, as mulheres com esta prática podem adquirir o HIV de homens bissexuais, hemofílicos, usuários de drogas – EV, dentre outros infectados.

Como questão final temos o **FATOR VIII – Itens não Incluídos como Fatores**, onde estão a escolha de parceiros para ter relação sexual, lavagem intestinal antes da relação anal, masturbação a dois, frequência de relações sexuais e relação sexual com animais.

Assim, em suas respostas, encontramos divergências, onde para os Universitários de Rio Branco – Acre, encontramos a média de 48,9% para o Alto Risco, seguida pelos Universitários de Ribeirão Preto, com média de 48,5% para o Médio Risco e para os Especialistas a média de 40,6%, para o Baixo Risco, conforme **tabelas de 1 a 3**.

Com relação a literatura, para explicar estes fatos, sabe-se que a prática sexual com diferentes indivíduos, predispõe alta taxa de infecção pelo HIV e por outras DST, principalmente se o fizer de forma desprotegida.

Ao se falar da escolha de parceiros, também não proporciona nenhuma segurança, pois não é um fator externo e sim interno ao indivíduo, escapando assim de maiores conhecimentos do seu comportamento.

Quanto a prática da lavagem intestinal antes da relação anal, no entender de Glasel (1991), diz que esta prática promove a limpeza da região retal, antes do coito anal, e que a prática do uso de óleo mineral, favorece a penetração pela lubrificação.

Convém esclarecer que esta prática compromete a mucosa retal por provocar trauma, irritação, inflamação da mucosa retal, provocando abrasões, ulcerações, fissuras ou lacerações o que favorece a entrada do HIV, segundo Holmberg *et al.*, Alexander, Kohen e Glasel *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo , 1994).

Prosseguindo neste fator, a masturbação a dois também favorece a infecção pelo HIV, uma vez que propicia o contato com o sêmen e a secreção vaginal infectados. Vale ressaltar que o uso de dispositivos compartilhados também favorece a infecção, tendo em vista a possibilidade de ocorrer lesões na mucosa.

Com respeito a frequência de relações podem acarretar em infecção, tendo em vista a exposição ao HIV, proveniente de vários parceiros.

Aliado a esta prática, não se pode negar também a possibilidade de se infectar com as outras DST, e através delas adquirir o HIV, principalmente naquelas que produzem ulcerações.

Como questão final deste fator temos o sexo com animais, conhecido como Zoofilia, o qual é muito praticado por meninos e adolescentes que residem na zona rural.

Para esta prática, os animais mais comumente utilizados são: égua, vaca, mula, galinha, ovelha, cão, porco, burro, bode, gato, coelho, pata e o ganso.

Vale assinalar que esta prática conduz a um desvio do comportamento sexual, como um caso patológico, sendo considerado na literatura como “desvio do objeto”, quando há procura por um “objeto sexual” diferente do adulto de sexo complementar, no entender de Ellia e Waynberg *apud* (Gir, Moriya e Figueiredo , 1994).

Finalizando, no que se refere ao risco desta prática sexual relacionada a infecção pelo HIV, não foi encontrado nenhum artigo na literatura que trouxesse o assunto à discussão. Pelas evidências documentadas até o momento, sabe-se que os animais não desenvolvem Aids e nem albergam o HIV, conforme descrito por (Gir, Moriya e Figueiredo, 1994).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O realizar a presente réplica de pesquisa de Gir, Moriya e Figueiredo (1994), foi extremamente relevante pelo fato de não só proporcionar a introdução de aluno via Bolsa de Iniciação Científica do CNPq, como também efetuar a comparação dos resultados da pesquisa junto a três segmentos.

Desta forma, dos 715 alunos matriculados no ano de 1999, investigou-se 550, o que representou 76,9%, sendo altamente representativo.

Convém destacar, que dos 549 alunos que responderam a esta questão, 55,6% eram do gênero feminino e 44,4% masculino e para 548 respondentes, 42,4% estavam na faixa etária de 20-24 anos, seguido por 30,6% na de 17-19 anos.

Deste mesmo total de respondentes, 74,6% eram solteiros e 18,9% casados, no qual vale destacar também os 5,8% que estavam na condição de juntado/amasiado.

Quanto a distribuição dos 550 alunos mais representativos por Área de Conhecimento do CNPq, 169 (30,9%) estavam na Área das Ciências Humanas, seguida por 72 (13,1%) na de Linguística, Letras e Artes e com 70 (12,7%) nas Ciências da Saúde.

Ao discorrer sobre o **FATOR I – SEXO ORAL**, houve concordância nas respostas entre os Especialistas e Universitários de Ribeirão Preto, com sendo fator de Médio Risco, ao passo que para os Universitários do Acre, este foi para o fator Alto Risco, o que vem ao encontro da literatura, ao afirmar que ulcerações nas mucosas podem facilitar a entrada do vírus e atingir a corrente sanguínea.

Já para o **FATOR II – SEXO PROMÍSCUO**, a média das respostas foi equivalente para os três segmentos, ao considera-

rem como de Alto Risco, tendo em vista este representar um tipo de relacionamento altamente propício à infecção pelo HIV.

Por sua vez, para o **FATOR III – SEXO COM PRESERVATIVO**, as respostas para os três segmentos foram equivalentes, sendo considerada como de Médio Risco, o que nos parece aceitável quando esta prática é feita de forma segura, correta e protegida.

Prosseguindo nas descrições, para o **FATOR IV – AUTOESTIMULAÇÃO**, as respostas para ambos foram para o fator de Baixo Risco, tendo em vista que dependendo da natureza do objeto, profundidade, força e método podem provocar trauma e sangramento e predispor a infecção pelo HIV.

No que diz respeito ao **FATOR V – CONTATO BOCA-A-BOCA**, as respostas dos Universitários de Rio Branco e dos Especialistas, foram para o fator Médio Risco, portanto diferente da dos Universitários de Ribeirão Preto, ao assinalar como sendo de Baixo Risco.

Para esta questão, segundo a literatura, há duas versões, no caso do beijo social ou seco, não há fator de risco para a infecção pelo HIV, diferente do beijo francês ou de língua, em que há possibilidade de troca de saliva e que se houver lesão na mucosa oral, pode predispor a sangramentos e com isso levar a infecção, o que não se pode deixar de levar em consideração.

Para o **FATOR VI – representado pela ESTIMULAÇÃO MANUAL**, houve uma certa divergência nas respostas dos três segmentos, onde os Universitários de Rio Branco consideraram como fator de Médio Risco, os de Ribeirão Preto como de Baixo Risco, sendo ambos diferentes do obtido pelos Especialistas, que o consideraram de Alto Risco, cuja última resposta guarda uma certa pertinência, pois o manuseio da genitália pode levar a lacerações, favorecer o contato com secreções e com isso facilitar a entrada do HIV.

No que se refere ao **FATOR VII – SEXO COM PENETRAÇÃO**, os três segmentos a consideraram com fator de Alto Risco, o que mostra a coerência entre os respondentes, haja vista que no caso das DST estas provocam rupturas na epiderme e integridade da mucosa, gerando ulcerações e predispondo os indivíduos a se infectarem com o HIV.

Como questão final, ao **FATOR VIII – ITENS NÃO INCLUÍDOS COMO FATORES**, houve uma certa divergência nas respostas, sendo que os Universitários de Rio Branco o consideraram como de Alto Risco, seguido pelos de Ribeirão Preto que assinalaram Médio Risco, enquanto que para os Especialistas a resposta foi o Baixo Risco.

As justificativas para estes itens, referem que a prática sexual com diferentes pessoas, predis põe não só a alta taxa de infecção pelo HIV, como também para as outras DST, principalmente quando esta é praticada de forma desprotegida.

Assim, ao concluir esta pesquisa, é certo que apesar de atingir os objetivos a que se propôs, a temática em questão não foi esgotada, e os resultados podem subsidiar atividades de ensino de graduação, pós-graduação, extensão universitária e novas pesquisas que venham desenvolver a problemática em estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acre. Governo do Estado. Programa Estadual de DST/Aids. **Dados Informativo – Sessão Pôster**, 2000
- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. A VI Conferência Internacional sobre Aids e os Direitos Humanos. **Ação anti-Aids**, n.9, p.7, 1990
- Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids**. Semana Epidemiológica 22-34 - Ano XI, n.3, junho a agosto. 1998
- _____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids**. Semana Epidemiológica 35 a 47 - Ano XII, n.4, setembro a novembro. 1999
- Christ, G.H.; Winer, L.S. Psychosocial issues in Aids. In: De Vita, V.; Helman, S.; Rosemberge, S.A. **Aids: etiology, diagnosis, treatment and prevention**. Philadelphia, Lippincott, 1985. cap. 12, p.275-95
- Curran, J.W. *et al.* The Epidemiology of Aids: current status and future prospects. **Science**. v.229, n.4720, p.1352-7, 1985
- Glasel, N. Práticas sexuais de alto risco na transmissão da Aids / SIDA. In: De Vita, V.T.; Hellman, S.; Rosemberg, S.A. **Aids / SIDA: etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção**. 2ed., Rio de Janeiro, Revinter, 1991. Cap. 21, p.363-76
- Gillon, R. Refusal to treat Aids and HIV positive patient. **Br. Med. J.**, v.294, n.6583, p.1332-3, 1987
- Gir, E.; Moriya, T.M.; Figueiredo, M.A.de C. **Práticas sexuais e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana**. Goiânia, AB 1994
- Gir, E. *et al.* Medidas preventivas contra a Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde. **Rev.latino-am.enfermagem**. v.7, n.1, p11-17, jan. 1999
- Greig, J. D. **Aids: what every responsible canadian should know**. Ottawa, Summerhill Press, 1987
- Instituto de Estudos Avançados da Sexualidade Humana. **Guia completo do sexo seguro**. São Paulo, GAPA, 1991
- Kelly, J.A. *et al.* Stigmatization of Aids patients by physicians. **Am. J. Public Health**, v.77, n.7, p.789-91, 1987
- Kreiss, J. K. *et al.* Aids virus infection in Nairobi prostitutes: Spread of the epidemic to East Africa. **N. Eng. J. Med.**, v. 314, n.7, p.414-8, 1986
- Oliveira, M.H.P.de. *et al.* Reações emocionais dos portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis no momento da confirmação do seu diagnóstico. **Rev. Bras. Enf.** v.40, n.1, p.38-42, jan./ fev./ mar. 1987
- Organización Panamericana De La Salud. **Sida: la epidemia de los tiempos modernos**. Washington / Comunicación para la salud, n.5/. 1993
- Osmond, D. Transmission of HIV in body fluids. In: Cohen, P.T.; Sande, M. A.; Volberding, P. A. (ed.). **The Aids Knowledge Base. Waltham, Edwards Brothers**, 1990b. cap. 1.2.1, p1.2.1-1 a 3.
- International Epidemiology of Aids. In: Cohen, P.T.; Sande, M. A.; Volberding, P. A. (ed.). **The Aids Knowledge Base**. Waltham, Edwards Brothers, 1990c. cap. 1.1.3, p.1.1.3-1 a 8
- Aids in Africa. In: Cohen, P. T.; Sande, M. A.; Volberding, P.A.(ed.). **The Aids knowledge base**. Waltham, Edwards Brothers, 1990d. cap.1.1.4, p.1.1.4-1 a 10
- Paiva, M. S. A feminilização da Aids: uma questão de gênero? **Rev. Bras. Enf.** v.52, n.1, jan./mar., p.7-13, 1999
- Padian, N. *et al.* Male – to – female transmission of human Immunodeficiency virus. **JAMA**, v.258, n.6, p.781-90, 1987b
- Piot, P. *et al.* Acquired immunodeficiency syndrome in a Heterosexual population in Zaire. **Lancet**, v.2, n.8394, p.65-9, 1984

- Pompidou, A. National Aids information programme in France. In: WHO. **Aids: prevention and control**. United States Pergamon Press, p.28-31, 1988
- Rodrigues, A. **Psicologia social**. 12ed. Petrópolis, Vozes, 1988
- Rodrigues, L. G. M. Aids: a face da discriminação. **Bol. Epidemiol. Aids**, n.5, p.1-2, 1988a
- Simonsen, J.N. *et al.* Human immunodeficiency virus infection among Men with sexually transmitted diseases: experience from a center in Africa. **N. Eng. J. Med.**, v.319, n.5, p.274-8, 1988
- Stall, R. *et al.* Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe sex guidelines for Aids: the Aids behavioral research project. **Health Educ.Q.** v.13, n.4, p.359-71, 1986
- Xavier, I.de M. Aids: paradigma emergente. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.198-205, 1994
- Wofsy, C.B. *et al.* Isolation of Aids – associated retrovirus from genital secretions of women with antibodies to the virus. **Lancet**. v.1, n.8480, p.527-9, 1986

Endereço para Correspondência:**Prof. Dr. Creso Machado Lopes**

Rua das Palmeiras, Q-7; C-20 ou nº 598

Jardim Tropical II, Bairro São Francisco

69910-540 – Rio Branco-Acre-Brasil

Tel/Fax: (0xx68) 224-1650

E-mail: creso@ufac.br

INFECCIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE Y EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR HIV ESTUDIO COMPARATIVO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

INFEÇÕES CUTÂNEAS EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE E EM PACIENTES COM INFEÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: ESTUDO COMPARATIVO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA CUTANEOUS INFECTIONS IN TRANSPLANTS PATIENTS RECIPIENTS AND HIV POSITIVE PATIENTS COMPARATIVE STUDY AND BIBLYOGRAPHIC REVIEW

Maria del Carmen R Cerdeira¹, Yolanda C Feijóo²

RESUMEM

Realizamos un estudio comparativo entre dos grupos de pacientes. El primero estaba constituido por pacientes sometidos a trasplantes de diferentes órganos y el segundo, por portadores de HIV; ambos con alteraciones inmunitarias. Efectuamos también un estudio sobre la frecuencia de las infecciones cutáneas, así como de los gérmenes más comunes. Se revisó pormenorizadamente la bibliografía existente sobre estas patologías.

Palabras clave: Inmunodeficiencia, manifestaciones cutáneas, HIV, trasplantes

RESUMO

Realizamos um estudo comparativo entre dois grupos de pacientes. O primeiro era constituído por pacientes submetidos a trasplantes de diferentes órgãos e o segundo, por portadores de HIV, ambos com alterações imunitárias. Efetuamos também um estudo sobre a frequência das infeções cutâneas, assim como dos germes mais comuns. Reviu-se pormenorizadamente a bibliografia existente sobre estas patologias.

Palavras-chave: Imunodeficiência, manifestações cutâneas, HIV, trasplantes

ABSTRACT

We made a comparative study between two groups of patients. One group with patients who had been submitted to transplants of different organs, and the other formed by HIV-infected, both with immunity alterations. We carried out an assessment about the frequency of the cutaneous infections, as well as another about the most common germs. We made an exhaustive revision of the existing bibliography referring to these pathologies.

Keywords: immunodeficiency, cutaneous manifestations, HIV, transplants

ISSN: 0103-0465

DST - *J bras Doenças Sex Transm* 12(2):31-39, 2000

INTRODUCCIÓN

Tanto la aparición de infecciones como el rechazo constituyen las principales complicaciones en el trasplante de órgano sólido y de médula ósea. En este tipo de intervenciones la inmu-

nosupresión y la enfermedad de base del paciente son factores que predisponen a la aparición de infecciones. Igualmente, el tipo de trasplante determina la naturaleza posterior de la infección. Así, en los receptores de trasplante renal la infección se localiza, fundamentalmente, en el tracto urinario; en los receptores de trasplante hepático son frecuentes las infecciones abdominales; y en los receptores de pulmón y corazón, las infeccio-

¹ Servicio de Dermatología. Hospital do Mexoeiro - Vigo España.

² Servicio de Micología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, España

nes pulmonares. Otro tanto ocurre en los pacientes con trasplante de médula ósea, en los cuales la leucopenia y la inmunosupresión favorecen la aparición de una gran variedad de infecciones¹. Estas y otras complicaciones surgen especialmente en los primeros tres o cuatro meses postrasplante.

Tampoco la Dermatología es ajena a dichos procesos, pues las infecciones de piel no son infrecuentes en más de un tercio de los pacientes inmunodeprimidos². De hecho, en los pacientes sometidos a trasplante las infecciones cutáneas por virus y hongos resultan más frecuentes que las causadas por bacterias, y ocurren, generalmente, por diseminación secundaria, después de una infección inicial de los pulmones e de otro órgano.

La infección cutánea primaria producida por inoculación directa es rara. Por ello, la presencia de lesiones cutáneas en un paciente trasplantado nos tiene que llevar a la búsqueda de la localización de la infección primaria desde la cual el patógeno podría haberse diseminado. En el caso de individuos infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), las infecciones cutáneas son comunes y su incidencia aumenta de forma paralela con el deterioro del sistema inmunitario. Los principales agentes responsables son bacterias, hongos y virus. Estas infecciones ocurren con mayor frecuencia en individuos HIV positivos que encuentran en fases avanzadas de la infección y con el sistema inmune muy debilitado. De esta forma, el 64% de los pacientes con infección por HIV tienen una o más infecciones cutáneas³. Las infecciones cutáneas pueden ser debidas a dos tipos de flora. Por un lado, la flora endógena, que coloniza las membranas mucosas del tracto gastrointestinal, orofaringe, cavidad oral y piel (esta es la fuente de los organismos patógenos infectantes más importante); y por el otro, la flora procedente de infecciones latentes, que pueden reactivarse cuando el paciente esta inmunosuprimido, como los herpes virus, *Toxoplasma* y *Mycobacterium*⁴.

INFECCIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE

Trasplante renal

Las infecciones cutáneas desempeñan, a modo de indicadores, un importante papel en la supervivencia de este grupo de pacientes, ya que en muchos de ellos suelen indicar infecciones sistémicas^{5,6}. Es frecuente la celulitis⁷ por cocos grampositivos, como estafilococos (habitualmente *Staphylococcus aureus*) o estreptococos. También Actinomycetes, *Pseudomonas aeruginosa* y micobacterias atípicas. El virus del herpes simple (HSV) provoca lesiones mucocutáneas en la mitad de los receptores entre los 30 y 60 días posteriores al trasplante, y en casi todos se produce reactivación del virus latente⁸. La infección primaria por el virus varicela zóster (VZV) es poco frecuente, y la reactivación se produce en un 10% de los pacientes trasplantados en el período comprendido entre los dos meses y los tres años postrasplante. La detección de las formas atípicas se puede hacer mediante técnicas de PCR⁹. El uso de terapias inmunosupresoras prolongadas altera los mecanismos inmunes del huésped, quien, de esta forma,

presenta un alto riesgo de infección por papilomavirus (HPV): éste actúa como carcinógeno en el desarrollo de cáncer de piel¹⁰. Igualmente, la incidencia de neoplasias de piel ha sido descrita entre un 3 a un 10% de estos pacientes, y también el riesgo de cáncer es de 20 a 40 veces más alto en ellos que en individuos inmunocompetentes¹¹.

La infección por HPV afecta entre un 20-92% de los receptores de trasplante renal¹². En estos casos, los tipos de HPV encontrados son en 1, 2, 3, 4, 5, 10, 14 y 36: también el tipo 16 y 18, que se han asociado con carcinomas invasivos de cérvix¹³. La detección de HPV en un 60% de los tumores de piel sugiere que el virus juega un papel relevante en la patogénesis del cáncer de piel en estos pacientes. Barba *et al.*¹⁴ realizaron un estudio sobre las infecciones de piel en este grupo de pacientes, durante un período de 5 años, sobre 285 individuos, y observaron que la prevalencia de HPV era del 9,7% al 53% entre el tercero y noveno año posterior al trasplante. Otro estudio, realizado por Marmol *et al.*¹⁵ durante un período de 5 años, dio como resultado el establecimiento de cuatro grupos de infecciones, de acuerdo con el período de tiempo postrasplante. Siguiendo este estudio, se deduce que, hasta los dos meses postrasplante, las infecciones urinarias representan el 50%; el HSV tipo 1, el 10%; y las infecciones de heridas, el 12%. De 3 a 6 meses después del trasplante, las infecciones víricas hepáticas suponen el 6,4%; De 6 meses en adelante, sin embargo, se constata una predominancia de las infecciones hepáticas y cutáneas. En el tracto genital existe también una alta prevalencia de infección cervical por HPV en los trasplantados renales, sin que se conozcan factores de riesgo.

En relación con la infección por hongos en los trasplantados renales, cabe decir que se asocia a una incidencia no superior al 5%¹⁶. La candidiasis cutánea afecta a un 13% de estos pacientes. También presentan micosis como la pitiriasis versicolor y dermatofitosis por *Trichophyton rubrum*. Las micosis sistémicas son debidas a *Candida albicans*, *Aspergillus* y *Cryptococcus*, como demuestran Nampoory *et al.*¹⁷, y menos frecuentemente a *Coccidioides* e *Histoplasma*. Un hecho importante es la frecuente asociación observada entre candidiasis e infección por Citomegalovirus (CMV), que en este estudio es de un 75%. Se puede producir infección sistémica subsiguiente a una infección cutánea por *Aspergillus*, *Candida* y *Zigomycetes*.

Trasplante cardíaco

Estudios realizados por Dunmer¹⁸ y Miller¹⁹ acerca de la incidencia de infecciones en pacientes post trasplante cardíaco concluyeron que las infecciones más frecuentes son las bacterianas, seguidas de las víricas y fúngicas y por último las protozoarias. La de afectación cutánea supera el 8%, con una mortalidad del 3%.

En una revisión efectuada sobre 502 pacientes sometidos a trasplante cardíaco, Novick *et al.*²⁰ observaron 14 casos de infección por *Mycobacterium* no tuberculosos. Las manifestaciones pulmonares y cutáneas estaban presentes en un 57% de

los pacientes. También el *Mycobacterium haemophilum* ha sido descrito en estos pacientes²¹.

El servicio de trasplante cardíaco de la Universidad de Stanfor ha descrito nocardiosis en un 13% de los pacientes estudiados²².

La incidencia de infección fúngica en el trasplante cardíaco ha descendido desde la introducción de la ciclosporina. El organismo predominante es *Aspergillus*, que suele aparecer más precozmente que las infecciones causadas por *Candida*. El *Aspergillus* es el responsable de infecciones del tracto respiratorio inferior, y a partir de esta localización puede diseminarse al sistema nervioso central o a la piel. Las infecciones producidas por *Candida* aparecen como infecciones mucocutáneas o como candidiasis deseminadas¹⁹. La mucormicosis se ha descrito ocasionalmente en el trasplante cardíaco²³.

Han sido descritas infecciones parasitarias como la leishmaniasis cutánea²⁴, aunque la infección por *Leishmania spp.* es muy rara en el paciente con trasplante. La toxoplasmosis diseminada afecta con mayor frecuencia a estos pacientes, aunque también puede afectar a pacientes con trasplante renal o hepático.

Trasplante pulmonar

Maurer *et al.*²⁵, en un estudio realizado sobre 40 pacientes sometidos a trasplante de pulmón entre 1983 y 1989, han encontrado que las infecciones bacterianas son más frecuentes y tienen una mortalidad más baja que las infecciones víricas y fúngicas. Se producen sobre todo infecciones respiratorias por bacterias como *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas spp.*, *Acinetobacter spp.* y *Staphylococcus aureus*.

En los receptores de trasplante de corazón y pulmón, las bacterias gramnegativas son las más frecuentemente aisladas, sobre todo *Pseudomonas aeruginosa* y *Serratia marcescens*.

Los receptores de trasplante de pulmón o de corazón y pulmón tienen una mayor incidencia de infecciones fúngicas que los pacientes con trasplante cardíaco²⁶. Destacan *Candida*, que produce cuadros de muerte súbita por anastomosis aórtica, y *Aspergillus* a nivel respiratorio, que puede diseminarse.

Shreeniwas *et al.*²⁷, en un estudio realizado durante un período de cuatro años sobre 77 pacientes sometidos a trasplante pulmonar, han observado que 27 (35%) presentaron diferentes episodios de infecciones broncopulmonares. El patógeno más comúnmente aislado ha sido: CMV, seguido por *Aspergillus*, *Pneumocystis carinii*, HSV, *Mycobacterium avium* y *Mycobacterium tuberculosis*.

Trasplante hepático

La incidencia de infección después del trasplante hepático es más alta que después de otros tipos de trasplante de órgano sólido. Esto está relacionado con la complejidad del proceso quirúrgico, la enorme posibilidad de contaminación y la situación clínica de los receptores del trasplante²⁸. De hecho,

aproximadamente dos tercios de los pacientes con trasplantes hepáticos experimentan al menos un episodio de infección.

Las infecciones bacterianas son las más comunes, con una incidencia del 35% al 70%²⁹. Los patógenos más frecuentes son organismos grampositivos aerobios como *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulasa negativos* y *estreptococos*; y bacilos gramnegativos aerobios como Enterobacterias y *Pseudomonas aeruginosa*. La gran mayoría de las infecciones en receptores de trasplante hepático están constituidas por infecciones abdominales, peritonitis, neumonías (sobre todo causadas por *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterobacter*) y bacteriemias, cuyo foco inicial suele ser el abdomen.

La incidencia de infecciones fúngicas se encuentra entre un 20% y un 42%³⁰. *Candida spp.* representa el 80% de todas las micosis; *Aspergillus* causa el 15%. Menos frecuentes son *Cryptococcus*, *Mucorales*, *Trichosporon* y *Pseudoallescheria*.

La infección por CMV después del trasplante es del 23% al 85%, y la mitad de estos pacientes desarrollan enfermedad clínica³¹. El factor de riesgo más importante para el desarrollo de la infección es el estado serológico del donante y del receptor, y el estado de inmunosupresión postrasplante. En un estudio realizado sobre 218 pacientes receptores de trasplante hepático en la clínica Mayo, Marin *et al.*³² observaron que la infección ocurría en un 53% de los pacientes y la enfermedad en un 25% de ellos.

Los receptores de trasplante hepático son, junto a los receptores de trasplante pancreático, los que presentan un porcentaje más elevado de infección por hongos. La localización de las micosis es fundamentalmente intraabdominal, aunque después pueden diseminarse. El agente más frecuente es *Candida*, que coloniza el tracto gastrointestinal³³.

Los pacientes sometidos a trasplantes hepáticos tienen un riesgo muy superior que los que reciben trasplante renal de padecer infecciones por *Aspergillus*, con una tendencia también más elevada hacia la diseminación hematogena³⁴.

Trasplante de páncreas

El trasplante de páncreas desempeña un importante papel en la prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo I, pero el desarrollo de infecciones representa todavía un problema. En una revisión de 100 pacientes con trasplante pancreático en Nebraska, un 10% presentaba infecciones quirúrgicas y un 25% infecciones oportunistas³⁵.

Lumbreras *et al.*³⁶, en un estudio con 34 pacientes sometidos a trasplante pancreático, observaron que un 79% de ellos desarrollaban 2,1 episodios de infección, de los cuales el 33% tenían un origen bacteriano. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron infecciones de herida quirúrgica, infecciones del tracto urinario, osteomielitis, artritis, absceso intraperitoneal, absceso peripancreático, absceso pélvico, celulitis severa, peritonitis, absceso perirrectal y úlcera de córnea. La mayoría de las infecciones fueron producidas por bacterias grampositivas como *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulasa negativa*, *Enterococcus* y *Streptococcus spp.* Entre los gramnegativos destacan *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*

lis, *Pseudomonas aeruginosa* y *Morganella* spp. En esta revisión, el 27% de las complicaciones infecciosas se debieron a un hongo: *Candida* spp. fue el responsable del 87% de los casos.

Trasplante de médula ósea

Las infecciones bacterianas se producen en el período inmediato postrasplante, siendo la sepsis la más frecuente. En la década de los 60 y primeros años de los 70, los gérmenes entéricos gramnegativos fueron los más frecuentemente aislados en los hemocultivos. Desde entonces, se ha producido un cambio en el espectro de gérmenes aislados desde bacilos gramnegativos a cocos grampositivos. No se conoce la causa de este cambio, pero se cree que el uso de catéteres venosos centrales tiene una gran importancia³⁷, ya que permiten la entrada de microorganismos cutáneos como estafilococos coagulasa negativos. Los estreptococos del grupo viridans también son una causa frecuente de infección en los pacientes sometidos a un trasplante de médula ósea (TMO).

Las infecciones por bacilos gramnegativos que ocurren durante la fase de neutropenia se originan en el tracto digestivo de los pacientes³⁸, y representan una elevada mortalidad. Aunque es poco frecuente, han sido descritos casos de nocardiosis cutánea en estos pacientes³⁹. La deficiente inmunidad celular actúa como un factor de riesgo para la adquisición de infecciones por *Legionella*⁴⁰.

La neutropenia prolongada y profunda sufrida inmediatamente en el período postrasplante constituye el mayor factor de riesgo para el desarrollo de fungemia e invasión tisular por *Candida* y otros hongos. La candidiasis constituye la infección más frecuente, y varía desde infección superficial de las mucosas a fungemia transitoria. La edad, la enfermedad subyacente, el régimen de acondicionamiento pretrasplante y el grado de compatibilidad con el donante son factores que favorecen la infección invasiva por *Candida*⁴¹.

Candida albicans ha sido la especie aislada con mayor frecuencia, seguida de *Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis* y *Candida glabrata*, todas ellas asociadas habitualmente al uso de catéteres venosos centrales. *Candida krusei* ha sido aislada en pacientes que habían recibido tratamiento previo con azoles⁴².

La aspergilosis pulmonar invasiva es la principal forma de presentación de las infecciones por *Aspergillus*^{43,44}.

Con respecto a las infecciones virales, el HSV es muy frecuente durante el período inmediato postrasplante: tanto el tipo 1 como el 2 causan infecciones orofaríngeas y genitales⁴⁵. La infección por VZV ocurre en la fase tardía y afecta a un tercio de los pacientes. Por técnicas de PCR podemos detectar estadios subclínicos⁴⁶.

La infección por CMV puede ocurrir por reactivación de un virus endógeno latente o por adquisición de un virus exógeno a través de los productos hemoterápicos. Aproximadamente el 50% de receptores seronegativos de un inóculo medular procedente de un donante seropositivo desarrolla infección activa. Es la causa más frecuente de mortalidad, en cambio es infre-

cuente con el virus de Epstein-Barr (VEB), que se ha asociado a la aparición de síndromes linfoproliferativos después del trasplante⁴⁷.

La hepatitis viral secundaria a transfusiones se observa con frecuencia en estos pacientes⁴⁸.

Mossad *et al.*⁴⁹ realizaron un estudio para conocer las complicaciones infecciosas tempranas que ocurren en los primeros 30 días postrasplante sobre pacientes sometidos a trasplante autólogo de médula ósea en un período de cuatro años. La septicemia se manifestó en un 7,8% de los pacientes; la neumonía, en un 2,7%; infecciones de piel, en un 1,8%; otras infecciones, en un 2,7%; y episodios febriles, en un 20,1%. Las infecciones fúngicas invasivas sólo ocurrieron en un 2,3% de los pacientes, y no se describieron infecciones víricas.

INFECCIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR HIV

Infecciones virales

En la mayoría de los pacientes, la infección primaria por HIV es asintomática. Sin embargo, el 75% de los pacientes con infección primaria sintomática tienen lesiones cutáneas. La infección por el HSV tipos I y II presenta una morbilidad significativa con lesiones crónicas y progresivas, sobre todo en las áreas perianal, genital, orofacial y digital⁵⁰. En la infección precoz por HIV, las infecciones por HSV suelen ser autolimitadas, no obstante, en la infección tardía, las lesiones mucocutáneas permanecen más de un mes⁵¹. Las infecciones por el virus varicela zóster (VZV) siguen un curso benigno, aunque las complicaciones pulmonares y hepáticas tienen evolución fatal. Las lesiones tienen mayor diámetro y carácter necrótico. Afecta a un 22% de estos pacientes.

La leucoplasia oral vellosa ocurre de forma temprana en los individuos infectados por HIV. Es causada por el VEB⁵². Suele ser asintomática y se caracteriza por la aparición de placas blanquesinas en la cara lateral de la lengua.

La infección cutánea por CMV es rara, y, cuando se produce en forma de ulceraciones persistentes en la zona perianal, indica mal pronóstico. Es más frecuente la enfermedad sistémica con afectación ocular, pulmonar y gastrointestinal⁵³. Aproximadamente el 100% de los varones homosexuales infectados por HIV son seropositivos para el CMV.

El HPV produce verrugas vulgares y condilomas acuminados con elevada frecuencia en individuos HIV positivos. Las lesiones son numerosas, extensas, de mayor severidad y de localizaciones inusuales. Algunos tipos de HPV son oncogénicos, causando carcinomas anal y genital. Los tipos oncogénicos 16 y 18 son los más comúnmente encontrados en estos pacientes. La frecuencia y la progresión de las lesiones cervicales asociadas al HPV se correlaciona con el nivel de inmunosupresión⁵⁴. Hay una alta incidencia de CIN⁵⁵.

La infección por *Molluscum Contagiosum* se ha descrito con una forma autolimitada en individuos inmunocompetentes, que se manifiesta principalmente en niños. Afecta a un 20% de los pacientes HIV positivos, y se cree que existe una

relación inversa entre la extensión de las lesiones y la inmunidad celular⁵⁶. Se localiza, sobre todo, en cabeza y cuello, llegando a alcanzar tamaños considerables y con pobre respuesta al tratamiento.

Infecciones bacterianas

La angiomatosis bacilar es una enfermedad que predomina en pacientes inmunodeprimidos en estadios tardíos de infección por HIV. Su agente causal ha sido identificado mediante técnicas de reacción en cadena de la polimerasa: se trata de un organismo de tipo *Rickettsia* relacionado con *Rochalimaea quintana* y *Rochalimaea henselae*⁵⁷. Afecta la piel y, con menos frecuencia, a nivel óseo, visceral y del SNC.

Staphylococcus aureus es el patógeno bacteriano más común en infecciones cutáneas y sistémicas en individuos HIV positivos. La tasa de portadores nasales es del 50%⁵⁸. Las lesiones producidas por *Staphylococcus aureus* en HIV positivos son similares a las encontradas en personas HIV negativas. Sin embargo, además de las lesiones comunes como foliculitis, abscesos, impétigo y celulitis, puede causar patrones clínicos inusuales como botriomicosis, lesiones "plaquelike" atípicas y piomiositis⁵⁹. La infección sistémica se ha observado en un 50% de los pacientes con SIDA en la necropsia.

Otros patógenos importantes son el *streptococo betahemolítico*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Serratia marcescens*, que producen una erupción papular diseminada⁶⁰.

Las formas diseminadas de *Mycobacterium tuberculosis* pueden tener distintas manifestaciones cutáneas⁶¹. Es característica la afectación extrapulmonar y de los ganglios linfáticos.

Mycobacterium avium-intracellulare produce alteraciones cutáneas inespecíficas: hasta un 30% de los casos observados de enfermedad sistémica tenían afectación cutánea^{62, 63}.

Otras especies como *Mycobacterium marinum*, *Mycobacterium kansasii*, *Mucobacterium fortuitum* y *Mycobacterium haemophilum* causan lesiones cutáneas en estos pacientes⁶⁴.

Los signos cutáneos de la sífilis son extensos y atípicos, y la serología con falsos-negativos^{65, 66}.

Infecciones fúngicas

La candidiasis oral es la manifestación más común en pacientes infectados por HIV, presentándose en un 50% de los pacientes⁶⁷. En un 10% de ellos, ésta es la primera manifestación de infección por HIV. La candidiasis oral y vulvovaginal son las más frecuentes, pero también puede afectar a la piel de espacios intertriginosos, axilas y regiones inflamatorias.

Los pacientes HIV positivos tienen una mayor incidencia de infecciones por dermatofitos, hasta un 25-40%⁶⁸. Afectan sobre todo a pies y manos, siendo *Trichophyton rubrum* el agente más frecuente. También es común la onicomicosis. Las lesiones pueden ser crónicas y extensas, y es más severa que en individuos inmunocompetentes.

Pityrosporum ovale causa foliculitis, tiña versicolor.

Cryptococcus neoformans es la segunda infección fúngica oportunista más común en pacientes VIH positivos. Las lesiones cutáneas se observan en un 10-20% de los pacientes con criptococosis diseminada. Se localizan en cabeza y cuello principalmente^{69, 70}.

Mientras la coccidioidomicosis, la histoplasmosis y *Penicillium marneffeii* se encuentran restringidas a áreas endémicas, la criptococosis es cosmopolita y constituye una causa importante de mortalidad y morbilidad. La candidiasis sistémica se ha descrito en pacientes drogadictos activos, quienes presentan afectación ocular, osteoarticular y cutánea relacionada con el consumo de heroína marrón disuelta en zumo de limón⁷¹.

Infecciones protozoarias

Pneumocystis carinii, aunque casi siempre causa infección pulmonar, puede llegar a diseminarse y producir pápulas verrucosas traslúcidas⁷². La infección por *Leishmania donovani* también ha sido descrita en pacientes infectados por HIV⁷³. La toxoplasmosis es la causa más común de encefalitis focal en momento de su evolución⁷⁴. Las lesiones cutáneas son poco frecuentes y consisten en placas eritematosas induradas o nódulos subcutáneos⁷⁵.

Infecciones por artrópodos

La escabiosis producida por *Sarcoptes scabiei* se presenta en estos pacientes más difusa y agresiva, a veces costrosa⁷⁶.

DISCUSIÓN

Las infecciones bacterianas son frecuentes en los receptores de trasplantes de corazón, pulmón, riñón, hígado y páncreas. Sin duda, se trata de los microorganismos aislados con más frecuencia en los pacientes sometidos a trasplante cardíaco (31%), sobre todo bacterias grampositivas y, principalmente, *Staphylococcus aureus*⁷⁷. En el trasplante renal, donde las infecciones del tracto urinario presentan la mayor importancia, predominan las enterobacterias. En el trasplante pulmonar, la incidencia de infección bacteriana es muy elevada y debida, sobre todo, a *Streptococcus pneumoniae* y a microorganismos gramnegativos con o *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter spp.* En el trasplante hepático, las infecciones bacterianas representan el 35-70%⁷⁸, y en el trasplante pancreático las complicaciones infecciosas bacterianas representan el 33%⁷⁹.

En el trasplante de médula ósea, un 30% de estas infecciones cursa con bacteriemia, donde los microorganismos grampositivos predominan sobre los gramnegativos⁸⁰. El espectro de bacterias causantes de infecciones cutáneas es similar en los diferentes tipos de trasplante, aunque destacan especialmente los grampositivos en los receptores de trasplante cardíaco, y los gramnegativos en los receptores de trasplante hepático.

En pacientes HIV positivos, el patógeno bacteriano más común es *Staphylococcus aureus*, que causa infecciones cutáneas con una frecuencia del 16%, pero, a diferencia de las infecciones observadas en individuos sometidos a trasplante, existen patrones clínicos diferentes como son la botriomicosis o la piomiositis⁸¹.

La angiomatosis bacilar es un síndrome recientemente descrito. Prácticamente todos los pacientes con esta enfermedad son HIV positivos, aunque se han descrito en otros tipos de pacientes inmunodeprimidos e inmunocompetentes⁸².

Las micobacterias se observan tanto en individuos sometidos a trasplante como en pacientes HIV positivos; sin embargo, mientras la incidencia global en los primeros es del 0,8%⁸³ (téngase en cuenta, no obstante, que existen pocos datos publicados al respecto), *Mycobacterium tuberculosis* se observa con una frecuencia creciente en pacientes HIV positivos. Aproximadamente el 20-45% de todos los aislamientos de *Mycobacterium tuberculosis* corresponden a pacientes con infección por HIV⁸⁴. La respuesta serológica y la evolución de la sífilis también pueden verse alteradas en el paciente HIV positivo.

Con respecto a las infecciones víricas, el CMV es la causa más frecuente de infección en el paciente sometido a trasplante, ya que su incidencia es superior al 60%. Las causadas por el VHS tienen una incidencia del 70-80% en individuos receptores de TMO, y un 60% del total de los receptores de trasplantes desarrollan lesiones mucocutáneas. EL VZV se presenta en un 10% de los pacientes sometidos a trasplante renal, y en un 30-40% en los TMO. El herpes zóster se da en un 7-16% de los receptores de trasplante de órgano sólido, y en un 17-50% en los TMO⁸⁵. Otro virus productor de lesiones cutáneas es el HPV, con una incidencia muy elevada (20-92%). La prevalencia del VEB es del 60%⁸⁶.

En pacientes HIV positivos, las infecciones víricas más frecuentes son también las producidas por los virus del grupo herpes, como el CMV, con una incidencia inferior a la de los pacientes sometidos a trasplante (40%), el HSV y el VZV, con la extensas y, a veces, se cronifican.

La leucoplasia oral vellosa causada por el VEB es casi exclusiva de los pacientes HIV positivos, y su incidencia es del 25%⁸⁷.

El *Molluscum contagiosum* se ha descrito en un 20% de los pacientes HIV positivos, y su incidencia es mayor que en otros pacientes inmunodeprimidos.

Las lesiones producidas por el HPV son numerosas, extensas y de mayor severidad en individuos infectados por HIV, en los que resulta común que aparezca en localizaciones inusuales.

La incidencia más elevada de infecciones fúngicas ocurre en los pacientes sometidos a trasplante de hígado (7-42%)⁸⁸ y de páncreas (18-38%). En los otros tipos de trasplante la incidencia es del 14% en los renales, 32% en los cardíacos y de un 15-35% en los pulmonares (70). Los hongos predominantes son *Candida spp.* en primer lugar, y *Aspergillus spp.* a continuación, tanto en los pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido como de médula ósea, incluso en niños⁸⁹. Se excluyen los receptores de trasplante cardíaco, en los que predomi-

na *Aspergillus spp.*, y en los de páncreas, donde sólo se ha aislado *Candida spp.*

En los pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido son frecuentes las micosis deseminadas por *Candida*, *Aspergillus*, *Cryptococcus* o *Mucoraceae*⁹⁰. También micosis regionales como coccidioidomicosis, blastomicosis e histoplasmosis⁹¹.

En los pacientes HIV positivos, al igual que en los pacientes sometidos a trasplante, la candidiasis es la infección más frecuente, presentándose en un 50% de ellos. Suele tratarse de formas mucosas que afectan a la boca, faringe, esófago, recto o vagina.

A diferencia de los pacientes receptores de trasplante, la incidencia de aspergilosis es baja (2-8%), teniendo en cuenta el carácter oportunista del hongo y su elevada morbimortalidad en pacientes inmunodeprimidos, y las micosis sistémicas son infrecuentes. La candidiasis invasiva sólo se observa, en fases muy avanzadas de la enfermedad, en pacientes neutropénicos, o bien es secundaria a infecciones de catéteres. Es común en individuos adictos a drogas por vía parenteral. La afectación cutánea por *Cryptococcus neoformans* se observa en un 6-10% de los pacientes VIH positivos con infección sistémica. Las infecciones por dermatofitos tienen una mayor incidencia en estos pacientes (25-40%).

CONCLUSIONES

Las complicaciones infecciosas en los pacientes inmunocomprometidos pueden presentar dificultades en su diagnóstico debido a:

1. El rango tan extenso de los patógenos, que abarca desde los más comunes hasta las bacterias o protozoos más exóticos.
2. La presentación y el curso clínico, que puede ser modificado u oscurecido por factores asociados a la propia enfermedad o a su tratamiento.

En cuanto a los trasplantes, aunque las mayores series bibliográficas están referidas a los renales, resultados similares se obtienen tras el trasplante de otros órganos, sobre todo al recibir el mismo tratamiento.

Por último, de acuerdo con Wolfson⁷ y Grossman⁹², pueden establecerse, según el agente microbiano encontrado, cuatro tipos de infecciones cutáneas.

1. Infecciones cuyo origen primario es en la piel, pero que presentan una clínica más florida y con consecuencias más graves que en los sujetos inmunocompetentes. En ambos grupos el germen más frecuentemente aislado es el *Staphylococcus aureus*.
2. Lesiones extensas o generalizadas producidas por *Papillomavirus*, *HSV*, *VZV* y *Molluscum Contagiosum*, siendo más extensas en los pacientes portadores de HIV y en localizaciones inusuales.
3. Infecciones originadas en la piel y causadas por gérmenes oportunistas, que pueden diseminarse. En los dos grupos

los gérmenes más frecuentemente aislados fueron la *Candida* y *Aspergillus*, aunque en los pacientes HIV y en los portadores de trasplante pancreático apenas se aísla.

4. Diseminación metastásica de la infección, vía hematológica, desde la piel a lugares distantes. Tres grupos de gérmenes responsables podemos citar en estos grupos de pacientes. El primero estaría encabezado en ambos grupos por la *Pseudomona aureaginosa*. Otros por orden de frecuencia serían el *Aspergillus*, *Criptococcus neoformans* y *Candida*. Por último, son menos frecuentes *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides immitis* y *Blastomyces dermatidis*.

REFERÊNCIAS

- Dummer JS, Ho M, Simmons RL. Infections in solid organ transplant recipients. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. **Principles and practice of infectious diseases**. Nueva York: Churchill Livingstone, 2722-2732. 1990
- Koranda F, Dehmel E, Kahn G. Cutaneous complications in immunosuppressed renal homograft recipients. **JAMA** 229: 410. 1974
- Myskowski PL, Ahkami R. Dermatologic complications of HIV infection. **Med Clin North Am** 80: 1415-1435. 1996
- Dummer JS, Erb S, Breinig MK *et al*. Infection with human immunodeficiency virus in the Pittsburgh transplant population: A study of 583 donors and 1043 recipients. **Transplantation** 47: 134-139. 1989
- Svin JA *et al*. Immunosuppression and skin infection. **Br J Dermatol** 1975; 93: 115-120.
- Abel EA. Cutaneous manifestations of immunosuppression in organ transplant recipients. **J Am Acad Dermatol** 21: 167-179. 1989
- Wolfson JS, Sobeer AAJ, Rubin RH. Dermatologic manifestations of infection in the compromised host. **Ann Rev Med** 34: 205-217. 1983
- Jirasiritham S, Sumethkull V *et al*. Prevention Of recurrent herpes infection after transplantation by low-dose oral acyclovir. **Transplant Proc** 26: 2125-6. 1994
- C O'Neill HJ, Shirodaria PV. Virus specific antibodies to Epstein-Barr virus, varicella-zoster virus and rubella virus in renal transplant patients with cytomegalovirus infections. **J Infect** 24: 301-9. 1992
- Tieben LM, Berkhout RJ, Smits HL. Detection of epidermodysplasia verruciformis-like human papillomavirus types malignant and premalignant skin lesions of renal transplant recipients. **Br J Dermatol** 131: 226-30. 1994
- Hoyo E, Kanitakis J, Euvrard S, Thivolet J. Proliferation characteristics of cutaneous squamous cell carcinomas developing in organ graft recipients. **Arch Dermatol** 129: 324-327. 1993
- Dyall P, Trowell H, Dyall ML. Benign human papillomavirus in renal transplant recipients. **Int J Dermatol** 30: 785-789. 1991
- Orozco R, Archer C, Valadez N, Hernández H, Orozco H, Gabilondo F. Cutaneous neoplasms and human papillomavirus in renal transplant patients: experience of one Center in Mexico. **Transplant Proc** 28: 3314-3316. 1996
- Barba A, Tessari G, Boschiero L, Chiericato GC. Renal transplantation and skin diseases: review of the literature and results of a 5-year follow-up of 285 patients. **Nephron** 73:131-136. 1996
- Marmol A, Hernández VC, Alfonso J, Moreno D, Bernaza J. Infectious disease complications post renal transplant in 220 patients. **Transplant Proc** 28: 3304. 1996
- Cohen J, Hopkin J, Kurtz J. Infectious complications after renal transplantation. En: Morris PJ. Ed. **Kidney transplantation: principles and practice**, 3rd Ed. Philadelphia: WB Saunders 533-573. 1988
- Nampoory MR, Khan ZU, Johny KV, Constandi JN, Gupta RK. Invasive fungal infections in renal transplant recipients. **J Infect** 33: 95-101. 1996
- Dummer JS. Infections complications of transplantation. **Cardiovascular Clin** 20: 163-78. 1990
- Miller LW, Naaftek DC. Infection after heart transplantation: a multiinstitutional study. **J Heart Lung Transplant** 13: 381-93. 1994
- Novick Rj, Moreno-Cabral CE, Stinson EB. Nontuberculous mycobacterial infections in heart transplant recipients: A seventeen year experience. **J Heart Transplant** 9: 357-363. 1990
- Lederman C, Spitz JL, Sculli B, Schulman LL, Della-Latta P. Mycobacterium haemophilum cellulitis in a heart transplant recipient. **J Am Acad Dermatol** 8: 637-654. 1994
- Warnock DW. Fungal complications of transplantation: diagnosis, treatment and prevention. **J. Antimicrob Chemother** 36: 73-90. 1995
- Golino A, Duncan JM, Zeluff B. Leishmaniasis in a heart transplant patient. **J Heart Lung Transplant** 11: 820-823. 1992
- Maurer JR, Tullis DE, Grossman RF. Infectious complications following isolated lung transplantation. **Chest** 101: 1056-1059. 1992
- Kramer MR, Marshall SE, Starnes VA. Infectious complications in heart-lung transplantation. **Arch Intern Med** 153:2010-2016. 1993
- Shreenivas R, Schulman LL, Berkmen YM, Mc Gregor CC, Austin JH. Opportunistic bronchopulmonary infections after lung transplantation: clinical and radiographic findings. **Radiology** 200: 349-356. 1996
- Winston DJ, Emmanouilides C, Busittil RW. Infections in liver transplant recipients. **Clin Infect Dis** 21: 1077-1091. 1995
- Georg DL, Arnow PM, Fox AS. Bacterial infection as a complication of liver transplantation: epidemiology and risk factor. **Rev. Infect Dis** 13: 387-396. 1991
- Collins LA, Somare MH, Roberts MS. Risk factor for invasive fungal infections complicating orthotopic liver transplantation. **J Infect Dis** 170: 644-652. 1994
- Kanj SS, Sharara AI, Clavien PA, Hamilton JD. Cytomegalovirus infection following transplantation; review of the literature. **Clin Infect Dis** 22:537-549. 1996
- Marin E, Wiesner R, Porayko M. Cytomegalovirus infection after liver transplantation: incidence, timing and prediction of disease severity. **J Hepatol** 13: S50. 1991
- Patel R, Portela D *et al*. Risk factor of invasive *Candida* and non *Candida* fungal infections after liver transplantation. **Transplantation** 62: 926-34. 1996
- Pla MP, Berenguer J *et al*. Surgical wound infection by *Aspergillus fumigatus* in liver transplant recipients. **Diagn Microbiol Infect Dis** 15: 703-6. 1992
- Ozaki CF, Stratta RJ, Taylos RJ. Surgical complications in solitary pancreas and combined pancreas-kidney transplantations. **Am J Surg** 164: 546-551. 1992
- Lumbrear C, Fernández I, Velosa J, Munn S, Steriof S, Paya CV. Infections complications following pancreatic transplantation:

- incidence, microbiological and clinical characteristics and outcome. **Clin Infect Dis** 20: 514-520. 1995
37. Vassilomanolakis M, Plataniotis F *et al*. Central venous catheter related infections after bone marrow transplantation in patients with malignancies: A prospective study with short course vancomycin prophylaxis. **Bone Marrow Transplant** 15: 77-80. 1995
 38. Donnelly JP. Bacterial complications of transplantation: Diagnosis and treatment. **J Antimicrob Chemoter** 36:59-72. 1995
 39. Freitas V, Sumoza A, Bisotti R, Mujica M, Cabrera A, Costa M. Subcutaneous Nocardia asteroides abscess in a bone marrow transplant recipient. **Bone Marrow Transplant**. 15: 135-136. 1995
 40. Harrington RD, Woolfrey AE, Bowden R, Mc Dowell MG, Hachman RC. Legionellosis in a bone marrow transplant center. **Bone Marrow Transplant** 18: 361-368. 15. 1996
 - Castagnola E, Bucci B *et al*. Fungal infections in patients undergoing bone marrow transplantation an approach to a rational management protocol. **Bone marrow Transplant** 18: 97-106. 1996
 41. Castagnola E, Bucci B *et al*. Fungal infections in patients undergoing bone marrow transplantation an approach to a rational management protocol. **Bone marrow Transplant** 18: 97-106. 1996
 42. Fotedar R, Banerjee U *et al*. Changing pattern in a bone marrow transplant patient. **J Infect**: 21: 243-5. 1996
 43. Choucino C, Goodman SA *et al*. Nocardial infections in bone marrow transplant recipients. **Clin Infect Dis** 23: 1012-9. 1996
 44. Dewnning DV, Evans EG, Kibbler CC *et al*. Guidelines for the investigation of invasive fungal infections in haematological malignancy and solid organ transplantation. British Society of Medical Microbiol. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis** 16: 424-36. 1997
 45. Naik HR, Chandrasekar PH. Herpes simplex virus (HSV) colitis in a bone marrow transplant recipient. **Bone Marrow Transplant** 17: 285-286. 1996
 46. Wilson A, Sharp M *et al*. Subclinical varicella zoster virus viremia, herpes zoster and T lymphocyte immunity to varicella zoster viral antigens after bone marrow transplantation. **J Infect Dis** 165: 119-26. 1992
 47. Ducombe AS, Grundy JE *et al*. Bone marrow recipients have defective MHC-unrestricted cytotoxic responses against cytomegalovirus in comparison with Epstein-Barr virus: The importance of target cell expression of lymphocyte function associated antigen 1 (LFA1). **Blood** 79: 3059-66. 1992
 48. Shuart MC, Muerson D, Spurgeon CL, Bevan CA, Sayer MH, McDonald GB. Hepatitis C virus (HCV) infection in bone marrow transplant patients after transfusions from anti-HCV-positive blood donors. **Bone Marrow Transplant** 17: 601-606. 1996
 49. Mossad SB, Longworth DL, Goormastic M, Serkey JM, Keys TF. Early infectious complications in autologous bone marrow transplantation: a review of 219 patients. **Bone Marrow Transplant** 18: 265-271. 1996
 50. Langtry JAA, Ostlere LS, Hawkins DA. The difficulty in diagnosis of cutaneous herpes simplex virus infection in patients with Aids. **Clin Exp Dermatol** 19: 224-226. 1994
 51. De Troya M, Bosch RJ, Herrera R. Manifestaciones mucocutáneas de la infección herpética en el SIDA. **Piel** 22: 153-1260. 1995
 52. Itin PH. Oral hairy leukoplakia-10 years on. **Dermatology** 187: 159-163. 1993
 53. Katlama C. Cytomegalovirus infection in acquired immunodeficiency syndrome. **J Med Virol** 1: 128-133. 1993
 54. Petry KV, Scheffel D, Bode U. Cellular immunodeficiency enhances the progression of human papillomavirus-associated cervical lesions. **Int J Cancer** 57: 836-840. 1994
 55. Spurrett B, Jones DS, Stewart G *et al*. Cervical dysplasia and HIV infection. **Lancet** 1: 237-238. 1988
 56. Schwartz JJ, Myskowski PL. Molluscum contagiosum in patients with human immunodeficiency virus infection. **J Am Acad Dermatol** 27: 583-588. 1992
 57. Koehler JE *et al*. Isolation of Rochalimaea species from cutaneous and osseous lesions of bacillary angiomatosis. **N Engl J Med** 327: 1625. 1992
 58. Bibbel DJ, Aly R, Conant MA. From HIV infection to Aids: changes in the microbial ecology of skin and nose. **Microbiol Health Dis** 4: 9-17. 1991
 59. Becker BA, Frieden IJ, Odom RB, Berger TG. Atypical plaque-like staphylococcal folliculitis in human immunodeficiency virus-infected persons. **J Am Acad Dermatol** 21: 1024. 1989
 60. Janssen F, Zelinsky-Gurung A, Caumes E, Decazes JM. Group A streptococcal cellulitis-adenitis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. **J Am Acad Dermatol** 24: 363. 1991
 61. Inwald D, Nelson M, Cramp M, Francis N, Gazzard B. Cutaneous manifestations of mycobacterial infection in patients with Aids. **Br J Dermatol** 130: 111-114. 1994
 62. DeCoste SD, Dover JS. Kaposi's sarcoma and MAI with cellulitis in a patient with Aids. **J Am Acad Dermatol** 21: 247. 1989
 63. Piketty C *et al*. Sporotrichosis-like infection caused by Mycobacterium avium in the acquired immunodeficiency syndrome. **Arch Dermatol** 129: 1343. 1993
 64. Rodríguez-Barradas MC, Clarridge J, Darouiche R. Disseminated Mycobacterium fortuitum disease in an Aids patient. **Am J Med** 93: 473. 1992
 65. Hutchinson CM, Hook EW, Shepherd M. Altered clinical presentation of early syphilis in patients with human immunodeficiency virus infection. **Ann Intern Med** 121: 94-99. 1994
 66. Zalka A, Grossmann M, Silvers DN. Seronegative syphilis in Aids. **Ann Intern Med** 114: 521-3. 1991
 67. Greenspan D, Greenspan JS. HIV-related oral disease. **Lancet** 348: 729-733. 1996
 68. Borton LK, Wintrob BU. Disseminated cryptococcosis presenting as herpeticiform lesions in a homosexual man with acquired immunodeficiency syndrome. **J Am Acad Dermatol** 10: 387. 1984
 69. Jones C *et al*. Cutaneous cryptococcosis simulating Kaposi's sarcoma in the acquired immunodeficiency syndrome. **Cutis** 45: 163. 1990
 70. Tappero JW, Perkins BA, Wenger JD, Berger TG. Cutaneous manifestations of opportunistic infections in patients infected with human immunodeficiency virus. **Clin Microb Rev** 8: 440-450. 1995
 71. Spijkerman IJB, van Ameijden E, Mientjes GH, Coutinho RA. Human immunodeficiency virus infection and other risk factors for skin abscesses and endocarditis among injection drug users. **J Clin Epidemiol** 49: 1149-1154. 1996
 72. Hennessey NP, Parro EL, Cockerell CJ. Cutaneous Pneumocystis carinii infection in patients with acquired immunodeficiency syndrome. **Arch Dermatol** 127: 1699. 1991

73. Penneys NS. Disseminated fungal and protozoal infections. In: Skin manifestations of Aids. Philadelphia, JB Lippincot p. 25-34. 1990
74. Renold C, Sugar A, *et al*. Toxoplasma encephalitis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. **Medicine Baltimore** 15: 211-22. 1992
75. Rabaud C, May T, Amiel C *et al*. Extracerebral toxoplasmosis in patients infected with HIV. A French National Survey. **Medicine Baltimore** 73: 306-14. 1994
76. Hulbert TV, Larsen RA. Hyperkeratotic (Norwegian) scabies with Gram-negative bacteremia as the initial presentation of Aids. **Clin Infect Dis** 14: 1164. 1992
77. Miller LW, Naftel DC, Bourge RC, Kirklin JK, Brozena SC, Jarcho J. Infection after heart transplantation: a multiinstitutional study. **Heart Lung Transplant** 13: 381-393. 1994
78. Mason JW, Stinson EB, Hung SA. Infections after cardiac transplantation: relation to rejection therapy. **Ann Intern Med** 85: 69-74. 1976
79. Lumbreras C, Fernández I, Velosa J, Munn S, Sterioff S, Paya CV. Infectious complications following pancreatic transplantation: incidence, microbiological and clinical characteristics and outcome. **Clin Infect Dis** 20: 514-520. 1995
80. Winston DJ. Prophylaxis and treatment of infection in the bone marrow transplant recipient. **Curr Clin Top Infect Dis** 13: 293-321. 1993
81. Fish DN, Danziger LH. Neglected pathogens: bacterial infections in persons with human immunodeficiency virus infection. A review of the literature. **Pharmacotherapy** 13: 543-563. 1993
82. Tappero JW, Koehler JE, Berger TJ. Bacillary angiomatosis and bacillary splenitis in immunocompetent adults. **Ann Intern Med** 118: 363-365. 1993
83. Sinnott JT, Emmanuel PJ. Mycobacterial infections in the transplant patient. **Semin Respir Infect** 5: 65-73. 1990
84. Chaisson RE, Slutkin G. Tuberculosis and human immunodeficiency virus infection. **J Infect Dis** 159: 96. 1989
85. Dummer JS. Infectious complications of transplantation. In: AN, ed. **Cardiovascular Clinics** 163-179. 1988
86. Stranch B, Andrews LL, Siegel N, Miller G. Oropharyngeal excretion of Epstein-Barr virus by renal transplant recipients and other patients treated with immunosuppressive drugs. **Lancet** 1: 234. 1974
87. Itin P, Ruffli T, Rudlinger R, Cathomas G, Huser B, Podvinec M. Oral hairy leukoplakia in a HIV-negative renal transplant patient: a marker for immunosuppression?. **Dermatologica** 177: 126-128. 1988
88. Wade JJ, Rolando N, Hayllar K, Williams R, Swinson H *et al*. Bacterial and fungal infections after liver transplantation: An analysis of 284 patients. **Hepatology** 21: 1328-36. 1995
89. Engelhar D. Bacterial and fungal infections in children undergoing bone marrow transplantation. **Bone-Marrow Transplant** 212 : 578-80. 1998
90. Paya CV. Fungal infections in solid organ transplantation. **Clin Infect Dis** 16: 671-88. 1993
91. Farr B, Beachman BE, Atuk No. Cutaneous histoplasmosis after renal transplantation. **South Med J** . 74: 635-7. 1981
92. Grossman ME, Joth J. **Cutaneous Manifestations of Infections in the Immunocompromised Host**. Baltimore: Willians e Wilkins, 1998

Dirección:**Drª Maria Del Carmen Rodrigues Cerdeira**

Dirección Médica/Servicio de Dermatología

Hospital Mexoeiro

36 700 - Vigo, Espanha

THE REGIONS

The Regional Director, Dr. Maria Del Carmen Rodrigues Cerdeira, is pleased to announce the participation of the following countries in the 12th International Congress on Sexually Transmitted Diseases, to be held in Vigo, Spain, from 13 to 17 October 2000.

EUROPE

The European Branch comprises: **France**, as evidenced by the excellent scientific programme in Toulouse, and the **World Health Organization** is pleased to announce its Branch is holding its 10th meeting here. We thank and congratulate Professor Anita Horsfield and Dr Willem Van't Hof for the excellent programme.

LATIN AMERICA

Professor Wilsa Abreu Jussuph is pleased to announce the participation of the following countries in the 12th International Congress on Sexually Transmitted Diseases, to be held in Vigo, Spain, from 13 to 17 October 2000.

*Carta ao Editor***MULHERES, PRECONCEITOS E AIDS**
WOMEN, PREJUDICE AND AIDS

Desde o início dos anos 90 a epidemia de Aids tem se expandido entre as mulheres. No Brasil, os casos de aids entre elas representam 1/5 do total das notificações realizadas no período de 1980 a 1997. O Ministério da Saúde estima que aproximadamente 204.000 mulheres com idade entre 15 e 49 anos estão vivendo com HIV no Brasil. A forma que mais tem contribuído para a ocorrência dos casos entre elas é a relação heterossexual.

Pesquisa desenvolvida no Ambulatório Especial de MI da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, revela que as mulheres com HIV/aids sofre mais preconceito e está menos preparada para enfrentar a doença do que o homem.

O estudo avaliou o perfil de 132 pacientes, 82 homens e 50 mulheres e apontou que o sexo feminino, além de sofrer mais preconceitos, enfrenta maior dificuldade para lidar com a doença provavelmente por baixa escolaridade, inserção no mercado de trabalho e baixas condições socioeconômicas.

A mulher também enfrenta dificuldades no que se refere ao comportamento da família e do companheiro diante da revelação do diagnóstico. Das mulheres entrevistadas, 12% afirmaram que foram rejeitadas pela família e; 10% deixadas pelos companheiros, entretanto, entre os homens, esta percentagem foi de apenas 3,6% e 1,2%, respectivamente.

O estudo, ainda, revela que o desamparo da mulher é agravado pela dependência econômica e pelo baixo nível de escolaridade. Das entrevistadas, a maioria era dona de casa, contrastando com apenas 8,5% dos homens, que não tinham emprego. Também ficou claro que 68% delas cursaram algumas séries do primeiro grau, enquanto que 61% dos homens haviam realizado o 2º ou 3º graus.

No momento de cuidar da saúde, a mulher também mostrou-se menos preparada do que o homem. Quase metade das entrevistadas (44%) não fez nada para controlar a evolução da

doença, enquanto, entre os homens, esta conduta foi observada em 25,6% dos casos. Os homens foram aqueles que mais usaram medicamentos, preocuparam-se com o equilíbrio emocional, mudaram seus hábitos e mostram-se interessados em melhorar sua condição física.

Para as autoras, o comportamento passivo da mulher pode representar uma tentativa de negar o problema, fato que pode ser agravado pela imaturidade, pois a maioria das entrevistadas era mais jovem do que o indivíduo do sexo masculino. Ressaltaram, ainda, que o grau de desinformação é significativo em ambos os sexos. Entre as medidas adotadas para evitar o contágio da doença, apenas 40,2% citaram a "camisinha" como a principal medida de prevenção, mas, poucos (13%), lembraram que não deviam doar sangue ou órgão, também meios de evitar a transmissão do HIV. Por outro lado, as medidas que não trazem prevenção como compartilhar talheres, por exemplo, foram frequentemente citadas.

Na avaliação das autoras, a mulher ficou em desvantagem em quase todos os aspectos analisados na pesquisa. E como se não bastasse o preconceito e o abismo socioeconômico, o sexo feminino não pode contar com a honestidade do parceiro. É que na hora de contar a verdade, pouco mais da metade dos homens (58%) teve a coragem de revelar o diagnóstico à parceira, no entanto, entre as mulheres este índice foi de 82%.

Marli TG Galvão

Profª Assistente Departamento de Enfermagem UNESP/Botucatu

Jussara M Marcondes

Profª Assistente Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem UNESP/Botucatu.

E-mail: cenf@fmb.unesp.br

REPORT OF THE PRESIDENT OF THE INTERNATIONAL UNION AGAINST SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS FROM NOVEMBER 1999 (38TH GENERAL ASSEMBLY, SUN CITY, SOUTH AFRICA) TO SEPTEMBER 2000 (EXECUTIVE COMMITTEE MEETING, BUDAPEST, HUNGARY)

Monday 4 September 2000 at 9.00am in the Conference Venue, Pesti Vigadó, Budapest.

EXECUTIVE COMMITTEE MEETINGS

The new Executive Committee met after the last General Assembly at the Sun City Convention Centre, and will meet again just before the next (39th) General Assembly in Berlin next June, in association with the 9th IUSTI World STD/AIDS Congress, and the meeting of the ISSTD.

The meeting in Sun City was the first time the Union's Executive Committee had ever met in the African Region.

It is a great pleasure to thank and acknowledge the work done by The President of the Congress, **Professor Attila Horvath**, and the organising Secretary, **Dr Viktoria Varkonyi**, and their Committee members, for this European Regional IUSTI meeting in Budapest. This Scientific Conference has been highly successful, with papers presented from many nations in Central and Eastern Europe (Hungary, Austria, Azerbaijan, Belgium, Croatia, Estonia, Germany, Great Britain, Latvia, Poland, Romania, Russia, Slovenia, Sweden, Ukraine, Yugoslavia) and also from Africa (Tanzania), Asia-Pacific (Thailand, Philippines and Australia), Latin America (Brazil), and North America (USA).

THE REGIONS

All Regional Directors' terms of office expire at the next General Assembly in Berlin, and the current holders or new nominees are eligible for re-election or election as appropriate.

EUROPE

The European Branch continues to flourish, as evidenced by this excellent Scientific Conference in Budapest, and the World Executive Committee is pleased to support the Branch by holding our meeting here. We thank and congratulate **Professor Attila Horvath** and **Dr Viktoria Varkonyi** for the success of this meeting.

I have a strong commitment as current President to maintain and where possible enhance the ever valuable contributions of European Branch members to the effective functioning of the Executive Committee and to the IUSTI as a whole.

This region is also poised to hold the 7th IUSTI World STD/AIDS Congress and 39th General Assembly in June next year, kindly hosted by **Peter Kohl** and his Organising Committee in Berlin. At the Sun City General Assembly he handed over the Regional Directorship to **Dr Angelika Stary**, Treasurer of the European Branch Committee. **Dr Jean-Marc Bohbot** continues as European Branch Committee Chair, and this Committee has held its business meeting in Budapest too, officiated by **Dr Angelika Stary** and **Dr Geo von Grogh**.

AFRICA

We offer our warmest thanks and congratulations to **Ron Ballard** and his Organising Committee for the great success of last November's Congress and business meetings, in Sun City.

Dr Ibra Ndoye continues to hold both the positions of Regional Director and also Chair of the Branch Committee, viz. the African Union against Sexually Transmitted Infections (AUSTI).

ASIA-PACIFIC. The new Regional Director is **Professor Verapol Chandeying** (cverapol@ratree.psu.ac.th). Thanks go to **Dr T Thirumorthy** for his term as previous Asia-Pacific Regional Director. **Dr Janet Say** (pjanetsay@hotmail.com) continues as Asia-Pacific Branch Committee Chair.

India is hosting the 11th Asia-Pacific Regional Meeting from the 13-15th of next month in Chandigarh. The Organising Secretary is **Dr Bhushan Kumar**. Further details are obtainable at medinst@pgi.chd.nic.in

Plans are underway for further regional meetings in Beijing courtesy of **Professor Xue-Yun Zhu** and in Thailand courtesy of **Professor Verapol Chandeying**.

LATIN AMERICA

Professor Hilda Abreu (abreuh@adinet.com.uy) is the new Chair of ULACETS, the Latin American Branch

Committee. **Dr Juan Carlos Flichman** (ulacets@maste-rint.org) continues as the Regional Director.

The members of ULACETS continue their long series of successful Scientific Conferences on STD and HIV/AIDS, with the next one scheduled to be held in Mexico City, in August 2001.

The most exciting development for Latin America from the Union's point of view is that the 40th General Assembly and 8th IUSTI World STD/AIDS Congress will be held in Punta del Este, Uruguay, in December 2003. History will be made by this being the first time the Union has ever held a General Assembly in the Latin American Region.

NORTH AMERICA

History was also made at the Sun City General Assembly when a IUSTI Branch Committee was formally designated for the North American Region, namely the American STD Association (ASTDA), with **Professor Julius Schachter** as its Chair (jsch@itsa.ucsf.edu). Simultaneously that Association's journal, *Sexually Transmitted Diseases*, of which **Professor Julius Schachter** is Editor, was designated as the official scientific journal of the IUSTI for the region.

LIAISON WITH OTHER ORGANISATIONS

WORLD HEALTH ORGANISATION. It is again a great pleasure to acknowledge the special contribution to the Union's work of our Liaison Officer to the WHO, **Dr Mike Antal**. Effective representation of the five regions on the Executive Committee by its general elected membership, as well as by their Regional Directors and Branch Committee Chairs, would make his task much easier, in compiling the essential ongoing Schedule of Collaborative Activities between the IUSTI and the WHO. The Official Plan for Collaboration between our two bodies is published on our internet website, as well as in the *Int J STD & AIDS* and in our Russian language journal *Sexually Transmitted Diseases* (SANAM/CAHAM). **Dr Antonio Gerbase** is currently the Officer responsible for STDs in the WHO.

UN & UNAIDS. **Dr Francis Ndowa** is the current contact person in Geneva, and **Professor Lew Drusin** continues as our Union's main representative to the United Nations in New York.

ILDS. Immediate Past President **Dr Michael Waugh** has succeeded **Professor Detlef Petzoldt** as Liaison Officer to the International League of Dermatological Societies.

ISSTDR. **Dr Peter Kohl**, our new Honorary Treasurer, is currently our main liaison member to the International Society for STD Research.

Written reports from all these IUSTI representative are to be submitted at the next meeting in Berlin, in June 2001.

COMPOSITION AND CONSTITUTION OF THE WORLD EXECUTIVE COMMITTEE

COMPOSITION

In Sun City **Professor Ron Ballard** was elected Acting Secretary General, and he has since been appointed Secretary General (rballard@mweb.co.za), which left the Assistant Secretary position vacant, to be filled at this Executive Committee meeting, and this completes the recently increased complement of six Office-Bearers, as laid down in the amendments to the Statutes made at the 38th General Assembly. **Professor Hilda Abreu** is now the elected Assistant Secretary, the first time the Union has had an office bearer from the Latin American Region.

It is further noted with interest that this is the first time in the seventy-seven years of the Union that the Executive Committee of the Union has had a President from other than Europe or North America, and the first time there has been an Office-Bearer from the African Region. The Treasurer **Dr Peter Kohl** (peterkohl@knk-berlin.de), Past President **Michael Waugh** (waughmi@ulth.northy.nhs.uk), and President Elect **James Bingham** (james.bingham@gstt.sthames.nhs.uk), still maintain the high profile of the Union's traditional strong support from the European Region. It is also a healthy reflection of the progressive global internationalisation of the Union, that the composition of the Executive Committee as a whole now more equitably reflects the reality of the five regions of the Union.

CONSTITUTION

Michael Waugh has continued the previous sterling work of **Detlef Petzoldt**, by re-examining the Union's Statutes, with a view to beginning to update them for the start of this new millennium. He has put forward specific proposals about voting procedures for consideration at this meeting and subsequently at next year's General Assembly. These and further possible revisions take into account the observations and suggestions from our Honorary Legal Advisor, **The Honourable Justice Michael Kirby**, when he examined the 1995 Singapore Statutes for us in detail. Improvements to voting have been implemented, by including more formal nominating procedures, and extending voting to make provision for proxy votes, and for postal votes (by fax, email, surface mail or air mail).

PUBLICATIONS AND OTHER COMMUNICATIONS

JOURNALS AND NEWSLETTERS

Since the last General Assembly the IUSTI has had an additional official scientific journal, viz. *Sexually Transmitted Diseases* of the American STD Association, with Editor **Professor Julius Schachter**, (jsch@itsa.ucsf.edu). This is now added to the Russian language journal of SANAM/CAHAM *Sexually Transmitted Diseases*, Editor **Dr Mikhail Gomberg**, (mgomberg@css-mps.ru); *Jornal*

Brasileiro de Doencas Sexualmente Transmissiveis, Editor **Dr Mauro Passos** (mipmaur@vm.uff.br); *Venereology*, edited by **Professor Basil Donovan** and **Mrs Juliet Richters**; (donovanb@sesahs.nsw.gov.au and j.richters@unsw.edu.au), and *Int J STD & AIDS*, edited by **Dr Wallace Dinsmore** (101631.2261@compuserve.com) as official scientific journals of the Union. Subscriptions to the *Int J STD & AIDS* can now be made through its secure site at <https://www.securehosting.com/secureforms/sh100011/orderjnl.htm>.

The Asia-Pacific Region has recently published a further edition of its Newsletter, (Volume 10, No. 1, June 2000). This has been showcased on the Union's internet website, in addition to having 2,000 hard copies printed for distribution world-wide, particularly at the forthcoming Asia-Pacific Regional meeting in Chandigarh, India, next month.

INTERNET WEBSITE

Our website is emerging as a wonderful source of information for IUSTI members and non-members alike. Several significant changes have taken place since last year's General Assembly.

- the web address has been simplified to <http://www.iusti.org/>
- the email address of the Union is iusti@ozemail.com.au
- the contents have been made more user-accessible, including the Membership Register, the Who's Who of the Executive Committee, the Statutes, and now also the above-mentioned IUSTI Regional Newsletter, *The Asia-Pacific Venereologist*.
- the IUSTI website overall has been given a "facelift" inspired by the colourful new edition of the Asia-Pacific Newsletter.
- there has been an increase in number of links to other sites, now including the MSSVD in the United Kingdom, the Australasian College of Sexual Health Physicians, and others.
- an anti-retroviral drug checklist has been included, and recently updated
- There is now a special link from the IUSTI site to forthcoming events pages elsewhere, via www.iusti.org/events

The composition on the Website Working Group has been expanded, with new members including the Asia-Pacific Regional Director **Professor Verapol Chandeying**, the Chair of the Latin American Branch Committee (ULACETS), **Professor Hilda Abreu**, plus **Professor Basil Donovan** and **Dr Simon Barton**, in addition to the original two members, myself and Webmaster **Dr Christopher Miller** (Chris.Miller@iusti.org). Several of us, including Professor Chandeying, held discussions at the Annual Scientific Conference of the Australasian Sexual Health Physicians in Darwin, Australia, in June. At that meeting I also held discussions with the Honorary Secretary/Treasurer of the ASTDA **Dr Stephen Morse**, of the Centers for Disease Control,

Atlanta, Georgia, regarding proposed links to American internet sites, among other international issues.

Dr Russell Waddell in Adelaide, South Australia, continues to deal with clinical enquiries directed to the Union via our website and email address. He is also available through the Australasian College of Sexual Health Physicians on secretariat@acshp.org.au, at which **Dr Chris Miller** is also the Webmaster.

Future features could include a protected members-only area of the site for internal material. This area could be accessed by means of a user name and password-protected combination. Internet access to the Union's scientific journals is mentioned also in items 3.1 and 5.2.

Our new server at www.iusti.org allows us some features not previously available on the old one:

- statistics for site accesses (there is a link to the statistics report from the bottom of every page on the site).
- a search engine
- another future addition could be an online database (eg of IUSTI members) which would allow anyone to search for specific information, rather than downloading the whole page of information (which currently takes several minutes)
- At this stage the Working Party would be grateful for any feedback or suggestions about the site. Also let us know if you have any favourite sites you would like to add to our links section, and provide us with a brief comment on the site for other IUSTI members.

PROFESSIONAL EDUCATION

CD ROM

The CD ROM *Sexually Transmitted Infections and Genitoanal Dermatoses - Diagnosis and Therapy*, ISBN 90-74512-44-5, is officially endorsed by the IUSTI. This educational resource is introduced by **Michael Waugh**, and authored by **Peter Kohl**, (Editor-in-Chief) together with **James Bingham**, **Jorma Paavonen** (jpaavone@cc.helsinki.fi), **Ross Philpot** and **Jonathon Zenilman** (jzenilma@jhmi.edu). It continues to be available from Lasion Europe NV in Belgium, info@lasion.be, tel: +32 3 877 0555, fax: +32 3 887 8705. Kontichsesteenweg 40, B-2630 Artselarr, Belgium.

We are being asked for permission to use some material from the CD ROM for education by other organisations eg. AIDS council resources for gay men and by CAHAM in Russian language translation.

FUTURE EDUCATIONAL ACTIVITIES

The Executive Committee of the Union might do well to support or sponsor other CD ROMs and other educational publications, as well as adding to the current modest educational contents of the website itself. The CD ROM is already represented on the website, and there is potential for more

electronic education to be promoted through this valuable communication tool. The various IUSTI journals, or at least abstracts of their articles, could be made available online via the website, and the *Int J STD & AIDS* is already accessible in this way by registering with CatchWord, and following the protocol explained on <http://www.rsm.ac.uk/pub/std.htm>.

Every government in every one of the three hundred nations around the world should have email and website facilities. So should every university. So should every major hospital, and in time all public Sexual Health Clinics and private Sexual Health Services. The IUSTI should therefore make it part of its role to assist our fellow health professionals in all these areas to do their jobs as effectively as possible, by providing high quality relevant educational and resource material by electronic access.

This is a challenge to each of us on this Executive Committee, to support the website and Internet Working Group in this important task.

BOOKS ON REGIONAL INTERNATIONAL VENERELOGY

I would like to draw attention to some books and text book chapters on international aspects of Venereology;

Sex, Disease and Society. A comparative history of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS in Asia and the Pacific, edited by **Milton Lewis, Scott Bamber** and **Michael Waugh**, Greenwood Press, Connecticut, USA, 1997, ISBN 0-313-29442-9;

Sexually Transmitted Diseases in Asia and the Pacific, edited by **Brian Mulhall, Roy Chan, David Plummer, Rabin Sarda, Weravit Sittitjai, Tim Brown** and **Doris**

Mugrditchian, Venereology Publishing Inc, New South Wales, Australia, 998, ISBN 0-646-34972-4. Colleagues in other regions may care to emulate the lead provided by these authors in documenting Sexual Health Medicine on an international scale.

Aral S O, Holmes K K. Chapter 4. Social and technical determinants of the epidemic of STDs: individualised and developing countries, 39-76; and **Way P O, Schwartlander D, Piot P**. Chapter 5. The global epidemiology of HIV and AIDS, 77-103 in **Holmes K K, Sparling P F, Mårdh P-A** et al. *Sexually Transmitted Diseases*, 3rd Edition 1999. McGraw-Hill. New York and seventeen other countries.

COMING MEETINGS OF THIS EXECUTIVE COMMITTEE

BERLIN

June 2001, as mentioned above (4.1).

The organising agency in Berlin is:

Elke Schmeckenbecher

Congress Partner GMBH

Boyenstrae 41

D - 10115 Berlin

Telephone: +49 30 20 450041

Fax: +49 30 20 450042

Email: schmeckenbecher@cpb.de, or Berlin@cpb.de, website <http://www.cpb.de> or email peterkohl@knk-berlin.de

In accordance with the amendments to the Statutes adopted in Sun City, the President's term of office is two years, so at the next General Assembly I will become Immediate Past President. **James Bingham** will become the new President,

TABLE 1
VENUES OF GENERAL ASSEMBLIES 1972-2003

No. in series	Year	Dates	City	Country	Region
27	1972	May 27-31	Venice	Italy	Europe
28	1975	April 13-18	Valletta	Malta	Europe
29	1978	May 21-25	Leeds	United Kingdom	Europe
30	1980	June 6-11	Berlin	Germany	Europe
31	1982	June 25-29	Dublin	Ireland	Europe
32	1984	June 17-21	Montreal	Canada	North America
33	1986	June 25-29	Paris	France	Europe
34	1988	June 3-4	Cannes	France	Europe
35	1990	May 9-11	London	United Kingdom	Europe
36	1995	March 18-22	Singapore	Singapore	Asia Pacific
37	1997	June 26-28	Melbourne	Australia	Asia Pacific
38	1999	Nov 21-24	Sun City	South Africa	Africa
39	2001	June 24-27	Berlin	Germany	Europe
40	2003	December 2-5	Punta del Este	Uruguay	Latin America

and the Assembly will vote for a new President Elect to serve until becoming the following President in 2003.

In Berlin there will also be elections for all five Regional Directors, as well as for a number of other Executive Committee members whose terms of office expire at the 39th General Assembly.

In Budapest **Peter Kohl** and I discussed preparations for this Congress, and we met again in Berlin, before and after a tour of inspection of the excellent meeting venue and hotel accommodation.

Este, Uruguay, in association with the 14th Latin American Congress of Sexually Transmitted Diseases/ULACETS. In Budapest **Professor Hilda Abreu** and I discussed plans for the Congress venue. We had previously made a tour of inspection of the venue together in October 1998. Further details are available from **Professor Hilda Abreu** on abreuh@adinet.com.uy - phone/fax +598 2 350 4018, Artigas 572, Durazno, Uruguay, Sud America.

Dr Ross Philpot - carlisle@chariot.net.au
August 2000

EXECUTIVE COMMITTEE MEETING IN 2002. To be arranged.

PUNTA DEL ESTE

December 2003. 40th World General Assembly and 8th IUSTI World STD/AIDS Congress, will be held in Punta del



I.U.S.T.I.

INTERNATIONAL UNION AGAINST
SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

<http://www.iusti.org/>



Founded in 1923 for international cooperation in the
control of sexually transmissible diseases

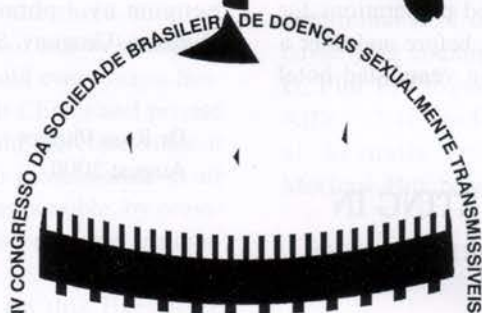
*Admitted into official relations with the World Health Organisation in 1948
On the Roster of the United Nations Economic and Social Council*

Dr Ross Philpot 135 Hutt Street, Adelaide, SA 5000.

Phone: +61 8 8232 4511 Fax: +61 8 8232 3273

Email: carlisle@chariot.net.au

DST4



Manaus 2002

Contatos para: Fundação Alfredo da Matta – FUAM –, Av. Codajás, 24, Cachoeirinha
CEP 69065-130 – Manaus – AM. Fone/fax (92) 663-8922; e-mail: fuam@prodamnet.com.br

Assine o DST

JORNAL BRASILEIRO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

ASSINATURAS

Anual individual R\$ 60,00 / Institucional R\$ 80,00

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ FAX: _____

Enviar cheque nominal (cruzado) à Sociedade Brasileira de DST:
Av. Roberto Silveira 123, Icaraí – Niterói – RJ – CEP 24340-160

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

DIRETRIZES PARA A PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

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

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

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

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

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

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

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

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Terão prioridade para publicação os artigos com Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Contudo, caso isso não seja possível, a comissão editorial do JBDST, antes de avaliar o mérito científico, apreciará o mérito ético

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