
SUMÁRIO

EDITORIAL

ABORDAGEM ATUAL DA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	3
<i>Isabel C C Val, Gutemberg L Almeida Filho</i>	

ARTIGOS

SÍFILIS E GRAVIDEZ: AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO NAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DE ESCOLA – UFRJ	6
<i>Syphilis and pregnancy - estimate of occurrence and risk factors in pregnant women under the care of Maternidade Escola - UFRJ</i>	
<i>Renato AM Sá, Rita BG Bornia, Alfredo A Cunha, Cristiane A Oliveira, Guilherme PG Rocha, Eduardo B Giordano</i>	
PERFIL DO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE NO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE	9
<i>Adolescents at the STD Sector of the Universidade Federal Fluminense</i>	
<i>Tomaz B Isolan, Altamiro VV Carvalho, Gutemberg L Almeida Filho, Mauro RL Passos, Renato S Bravo, Vandira MS Pinheiro</i>	
PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO PELO HIV E SÍFILIS EM SISTEMA CORRECIONAL PARA ADOLESCENTES	35
<i>Prevalence of hiv infection and syphilis among adolescents in a juvenile justice system</i>	
<i>Angélica E Miranda, Adriana M Zago</i>	
VIOLÊNCIA SEXUAL, VULNERABILIDADE E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	40
<i>Sex offenses, vulnerability and sexually transmitted diseases</i>	
<i>Jair N Reis, Carmen CS Martin, Sônia MV Bueno</i>	
SEXUALIDADE, DST/AIDS E ADOLESCÊNCIA: NÃO QUERO FALAR, TENHO VERGONHA	46
<i>Sexuality, STD/Aids and adolescent: i don't want to talk, i'm ashamed</i>	
<i>Neiva FC Vieira Tereza CH Paiva Maria SM Sherlock</i>	
NEUROSSÍFILIS APRESENTAÇÃO COMO POLIRRADICULOPATIA LOMBAR: RELATO DE CASO ..	52
<i>Neurosyphilis as a lumbar polyradiculopathy: case report</i>	
<i>Luiz AC Barra, Eleni A Bedaque, Fabio LB Martinelli, Débora C Macedo, Augusto CP Oliveira</i>	
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS AO PARVOVÍRUS HUMANO B19, INCLUINDO A ANEMIA PERSISTENTE NA AIDS E EM OUTRAS FORMAS DE IMUNODEPRESSÃO	55
<i>Clinical problems related to Human Parvovirus B19, including protracted anemia in Aids and other forms of immunodeficiency</i>	
<i>Sérgio Setúbal, Solange A Oliveira, Flávia De Angelis, Ana Cristina Seródio, Jussara P Nascimento</i>	
CARTA AO EDITOR	61
<i>Steven S. Witkin</i>	
ASSINE DST/EVENTOS	62
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	64

Editorial

Abordagem Atual da Candidíase Vulvovaginal

A importância do conhecimento acerca da vulvovaginite causada por *Candida*, situa-se principalmente em relação à sua frequência e à sua recorrência.

A *Candida* é classificada como fungo gram positivo, dimorfo, saprófita, com virulência limitada, sendo encontrada na vagina em 20% de mulheres sadias e assintomáticas (Sobel *et al*, 1998; Spinillo *et al*, 1992).

Existe na forma de esporos e de hifas, estas quando agrupadas, formam os micélios. Estes últimos são os responsáveis pela invasão da mucosa vaginal ocasionando o prurido (Sobel, 1990).

EPIDEMIOLOGIA

A candidíase é a segunda causa mais freqüente de vulvovaginite no menacme, podendo ser ainda maior durante a gravidez (Sobel, 1990; Swedberg *et al*, 1991; Spinillo *et al*, 1992; Reed *et al*, 1993).

O termo *Candida* refere-se ao gênero. A espécie mais comum é a *albicans*, responsável por 85% dos casos de candidíase. As espécies *glabrata* e *tropicalis* correspondem a 10 – 15%. Outras espécies menos comuns são a *krusei* e a *lusitânia*.

FISIOPATOLOGIA

A microbiota vaginal normal é rica em lactobacillus produtores de peróxido (bacilos de Döderlein), os quais formam ácido láctico a partir do glicogênio, cuja produção e secreção é estimulada pelos estrogênios. Esse mecanismo propicia uma acidez adequada (pH 4,5) do ambiente vaginal, dificultando a proliferação da maioria dos patógenos. A *Candida* é exceção, pois prolifera em ambiente ácido.

Além do equilíbrio microbiológico da microbiota vaginal, outros fatores contribuem para a defesa vaginal: integridade da mucosa, presença das imunoglobulinas A e G e dos polimorfonucleados e monócitos.

Entretanto, existem situações que predis põem ao aparecimento da candidíase (Sobel, 1990; Swedberg *et al*, 1991; Spinillo *et al*, 1992; Reed *et al*, 1993). A gravidez, o uso de anticoncepcionais orais com altas doses de estrogênio e o diabetes propiciam aumento na concentração de glicogênio vagi-

nal, com conseqüente acidificação do meio e proliferação da levedura. Da mesma forma, o uso de dispositivos intra-uterinos (Spinillo *et al*, 1992), doenças da tireóide, obesidade, corticoterapia e drogas imunossupressoras, parecem aumentar o risco de infecção causada por *Candida*.

O uso de antibióticos, também, pode atuar como fator de risco para o desenvolvimento de candidíase em algumas mulheres. Contudo, o mecanismo exato para esta associação ainda não está bem estabelecido. Parece que seu uso determina redução da população bacteriana vaginal normal, particularmente dos bacilos de Döderlein, diminuindo a competição por nutrientes, facilitando a proliferação da *Candida* (Sobel, 1990).

Por outro lado, o uso de duchas vaginais parece não ter relação com o aparecimento de candidíase exceto em mulheres que apresentam predisposição à forma complicada (recorrente ou de repetição). Da mesma forma, as roupas justas e o uso de absorventes, também, não contribuem como fator de risco para a candidíase (Sobel, 1998 e 1999).

FORMAS DE APRESENTAÇÃO

Segundo a forma de apresentação a *Candida* é assim classificada (Sobel, 1998):

*Não complicada

- Candidíase vulvovaginal esporádica
- Candidíase vulvovaginal de grau leve à moderado
- Candidíase frequentemente associada à *C. albicans*
- Candidíase na ausência de gravidez

*Complicada

- Candidíase vulvovaginal recorrente
- Candidíase vulvovaginal severa
- Candidíase não-albicans
- Alterações do hospedeiro (diabetes, imunodepressão, gravidez)

No que diz respeito à candidíase vulvovaginal recorrente esta é definida como infecção por *Candida* caracterizada por quatro ou mais episódios em período de 12 meses. Ocorre quando o fungo não é completamente eliminado da vagina permanecendo baixas concentrações de microrganismos. Esta forma relaciona-se com fatores inerentes ao hospedeiro (imunológicos ou não) e não com a virulência do hospedeiro.

¹ Doutora em Ginecologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro

² Professor Adjunto Doutor da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Chefe do ambulatório de Patologia Vulvar do IG-UFRJ

Já o termo *reinfecção* é considerado quando a *Candida* é completamente erradicada da vagina e novamente introduzida através da via sexual ou do trato gastrointestinal.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

*Prurido e ardor vulvovaginal intensos, principalmente à micção

*Escoriação, edema e eritema vulvar

*Dispareunia

*Secreção vaginal branca, floculada, espessa e inodora

*pH abaixo de 4,5

*Microscopia direta: ? com solução salina: a candidíase caracteriza-se por esfregaço com grande número de células epiteliais, esporos, micélio e leucócitos (Jovanovic *et al*, 1991).

– com adição de KOH a 10%: facilita a observação dos elementos fúngicos, clareando o material a ser examinado por dissolução dos grumos de células epiteliais, tornando-as transparentes, dissolvendo piócitos e hemácias, permitindo melhor visualização de hifas e esporos que adquirem aspecto intumescido.

TRATAMENTO

A colonização vaginal da *Candida* em mulheres não-grávidas é de 15 a 20%, não se justificando, portanto, o tratamento rotineiro nos casos assintomáticos.

1) Candidíase não-complicada

Os agentes orais são altamente eficazes e de maior praticidade não havendo, portanto, necessidade de terapia antifúngica tópica concomitante.

Agentes orais

- Fluconazol - 150 mg (dose única)
- Itraconazol – 200 mg 2x / dia (1 dia) ou 200 mg / dia (3 dias)
- Cetoconazol 200mg – 400 mg / dia (5 dias)

Agentes locais

*Antimicóticos Azólicos

- Clotrimazol creme à 1% - 5 g à noite (6 noites)
- Clotrimazol comp.vaginal – 1 comp. em dose única
- Fenticonazol creme – 1 aplicação à noite (7 dias)
- Fenticonazol óvulo – 1 óvulo à noite (dose única)
- Isoconazol creme – 1 aplicação à noite (7 dias)
- Isoconazol óvulo – 1 óvulo à noite (dose única)
- Miconazol creme à 2% - 5 g à noite (7 – 14 dias)
- Terconazol - 5 g à noite (5 dias)
- Tioconazol pomada a 6,5% ou óvulo 300 mg – 1 aplicação à noite

*Antimicóticos Poliênicos

- Nistatina creme – 5 g à noite (12 dias)
- Anfotericina B – 4 g à noite (7 – 10 dias)

2) Candidíase complicada

A escolha apropriada da droga, da via de administração e da duração do tratamento são de extrema importância para a resposta clínica e cura micológica da doença.

Existem, entretanto, situações próprias do hospedeiro, tais como história de candidíase vulvovaginal recorrente e severa que podem contribuir para a redução da eficácia do tratamento. Portanto, pacientes portadoras de candidíase de repetição deverão ser tratadas com doses prolongadas de antimicótico independentemente da via de administração.

a) Candidíase vulvovaginal severa

Nas situações de candidíase com comprometimento vulvar importante, os derivados azóis tópicos podem exacerbar os sintomas de queimação e prurido. Se a via de administração escolhida for a tópica, os antimicóticos poliênicos (nistatina) associados à banhos de assento com solução de bicarbonato de sódio (30 à 60 g, dissolvido em 1000 ml de água), geralmente, oferecem resultados imediatos melhores. Caso a opção seja a via oral, o tratamento não deverá ser o de dose única (Sobel, 1998 e 1999).

As formulações com derivados azóis, sejam tópicos ou orais, somente proporcionarão alívio dos sintomas cerca de 24 – 48 h após o início do tratamento.

Os corticosteroídeos tópicos de baixa potência podem ser utilizados com a finalidade de proporcionar alívio mais imediato dos sintomas. Entretanto, os mais potentes podem desencadear piora significativa do ardor vulvovaginal.

b) Candidíase recorrente

• Tratamento primário

Tem como finalidade garantir a remissão clínica e microbiológica da candidíase.

* Local – 14 noites consecutivas qualquer que seja a droga escolhida.

OU

- * Oral Fluconazol – 150 mg a cada 2 dias (3 cápsulas) ou
- Itraconazol – 200 mg / dia (14 dias) *ou*
- Cetoconazol – 400 mg / dia (14 dias)

Preconiza-se esquema oral ou local de terapia antifúngica azólica supressiva.

• Tratamento supressivo

* Local Clotrimazol comp. vaginal 500 mg 1 x / semana (6 meses)

- * Oral Cetoconazol 100 mg / dia (6 meses)
- Itraconazol 50 - 100 mg / dia (6 meses)
- Fluconazol 100 mg / semana (6 meses)

c) Candidíase não-albicans (*glabrata e krusei*)

- Ácido bórico :cápsula vaginal- 600 mg / dia (durante 14 dias)
- Nistatina creme vaginal- 5 g à noite (12 – 14 dias)

d) *Candidíase na gravidez*

- * Tópico de longa duração.
 - * Nos casos de recorrência orienta-se repetir o tratamento tópico de longa duração seguido esquema de manutenção com:
 - Clotrimazol comp. vaginal 500 mg 1 x / semana *ou*
 - Isoconazol, fentizol, miconazol ou terconazol 2x / semana
- Este esquema deverá ser mantido até o término da gravidez.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- * Regimes profiláticos diários ou semanais parecem obter melhores resultados na prevenção da recorrência da candidíase.
 - * Reduzir terapêutica estrogênica, principalmente os contraceptivos orais com altas concentrações de estrogênio.
 - * Violeta de genciana à 0.5% esta licenciada para uso apenas em pele íntegra e não para aplicação sobre mucosas.
 - * Controle clínico rigoroso do diabetes e suspensão de corticóides sistêmicos.
- *Em grande parte dos casos, tanto o tratamento antifúngico tópico como sistêmico de parceiros masculinos não têm qualquer influência sobre os índices de recorrência em mulheres afetadas.
- * Cultura está indicada somente nos casos de resistência o que, na verdade, é raro.
- E, quando o quadro clínico é sugestivo de candidíase contudo, o pH vaginal é normal e a microscopia à fresco não evidencia a presença de hifas ou esporos.

* Uso de formulações tópicas combinadas não é boa prática, pois é infreqüente a associação de candidíase e vaginose bacteriana ou tricomoníase.

* Terapêutica antimicótica profilática só é indicada para pacientes com história prévia de vulvovaginite causada por *Candida* induzida por uso de antibióticos.

**ISABEL CC VAL e
GUTEMBERG L ALMEIDA FILHO**
Instituto de Ginecologia da UFRJ

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jovanovic R, Congema E & Nguyen HT. Antifungal Agents vs Boric Acid for Treating Chronic Mycotic Vulvovaginitis. **J Repro Med**, 36:593-597, 1991.
2. Reed BD & Eyler A. Vaginal Infections: Diagnosis and Management. **Am Fam Physician**, 47:1805-1816, 1993.
3. Sobel JD. Vaginal Infections in Adult Women. **Med Clin North Am**, 74:1573-1602, 1990.
4. Sobel JD, Faro S, Force RW *et al.* Vulvovaginal candidiasis: Epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations. **Am J Obstet Gynecol**, 178:203-211, 1998.
5. Sobel JD. Vulvovaginitis in Healthy Women. **Comp Ther**, 25:335-346, 1999.
6. Swedberg JA & Petravage JB. Vulvovaginitis: Diagnosis and Management. **Comp Ther**, 17:17-21, 1991.
7. Spinillo A, Carratta L, Pizzoli G *et al.* Recurrent Vaginal Candidiasis. Results of a Cohort Study of Sexual Transmission and Intestinal Reservoir. **J Repro Med**, 37:343-347, 1992.

SÍFILIS E GRAVIDEZ: AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO NAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DE ESCOLA – UFRJ

SYPHILIS AND PREGNANCY - ESTIMATE OF OCURENCE AND RISK FACTORS IN PREGNANT WOMEN UNDER THE CARE OF MATERNIDADE ESCOLA - UFRJ

*Renato AM Sá¹, Rita BG Bornia², Alfredo A Cunha³, Cristiane A Oliveira⁴,
Guilherme PG Rocha⁴, Eduardo B Giordano⁴*

RESUMO

Fundamento: A sífilis é uma infecção sexualmente transmitida que, na gestação, pode trazer efeitos desastrosos para o feto. Sua prevalência é estimada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 5%. Este conhecimento permite melhor abordagem no seu diagnóstico e tratamento. **Objetivo:** Determinar a prevalência de sífilis e fatores de risco no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1999, na Maternidade-Escola da UFRJ. **Método:** Foram incluídas no estudo 5.519 mulheres que tiveram seus partos em nosso serviço. Foi considerada como portadora da infecção, toda paciente com o teste não treponêmico (VDRL) positivo, em qualquer momento da gestação, e com qualquer titulação. A positividade do VDRL foi correlacionada com a ocorrência de óbito neonatal, a idade materna, o estado civil da mãe, grau de instrução materno e a realização de acompanhamento pré-natal. **Resultados:** Dentre as 5.519 gestantes, observamos positividade de 2,2% do VDRL. Foi observada correlação estatisticamente significativa entre o VDRL positivo e o grau de instrução materno, assim como o número de consultas de pré-natal. **Conclusões:** A escolaridade da mãe e a qualidade do atendimento pré-natal são fatores de risco para a infecção sífilítica durante a gestação.

Palavras-chave: sífilis congênita, sífilis na gestação, DST

ABSTRACT

Background: Syphilis is a sexually transmissible disease which, during pregnancy, may have disastrous effects on the fetus. Its occurrence rate is reckoned at 5% by the City Health Secretariat. Knowledge of that rate favors a better approach to both diagnosis and treatment of the disease. **Objective:** Determine the rate of syphilis occurrence and risk factors in the Maternidade Escola – UFRJ, from January 1994 to December 1999. **Method:** Our study covered 5,519 women who went into labor under our care. Every patient who tested positive for VDRL with anytime during pregnancy was considered infected. VDRL-positiveness was cross-referred to neonatal death occurrence, mother's age, marital status and education, as well as to pre-birth assistance. **Results:** a 2.2% VDRL-positive rate was found among the 5,519 pregnant women. A statistically significant correlation between VDRL positiveness and the mother's education level, as well as between VDRL positiveness and the number of pre-birth appointment **Conclusions:** Education levels as well as the quality of pre-birth assistance are risk factors for syphilis infection during pregnancy.

Keywords: congenital syphilis, syphilis infection during pregnancy, STD

ISSN: 0103-0465

DST – *J bras Doenças Sex Transm* 13(4):6-8, 2001

INTRODUÇÃO

Na população geral, as doenças infecto-parasitárias figuram como importante causa de morbiletalidade, tendo a sífilis algumas características que lhe dão destaque. É doença de elevada prevalência, com importante morbiletalidade na popula-

ção acometida, exibindo contudo, diagnóstico e terapêutica de fácil execução e baixo custo. Isto implica em grande benefício à população exposta, com baixo custo, além de se evitar os altíssimos custos relativos ao tratamento das seqüelas desta infecção.¹

No ano de 1999, o coeficiente de natalidade no município do Rio de Janeiro foi de 18,2:1000 habitantes para uma população total estimada em 5,5 milhões de habitantes, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ). Estima-se no Município do Rio de Janeiro, uma positividade de 5,0%

¹ Mestre em Clínica Obstétrica – UFRJ

² Doutor em Clínica Obstétrica – UFRJ

³ Doutor em Obstetrícia – EPM

⁴ Residente Ginecologia-Obstetrícia – UFRJ

dos testes para sífilis aplicados em gestantes, alcançando estas cifras 10% em algumas áreas (SMS/RJ-99).²

Quanto à infecção congênita, que acomete o feto durante o desenvolvimento intra-uterino, houve, em 1998, um total de 749 casos notificados. Destes, 82 (11%) compunham-se de óbitos fetais e 42 (5,7%) de óbitos neonatais. É notável que em mais de 70% dos casos notificados, as gestantes freqüentaram serviço de assistência pré-natal durante a gravidez.²

Há vários fatores associados a este dado. Dentre eles, podemos citar as dificuldades de diagnóstico intrínsecas ao método, a circulação destas informações na rede de saúde e o início tardio do acompanhamento pré-natal destas gestantes. Na rede pública municipal de saúde, o diagnóstico da sífilis é feito através do teste sorológico não treponêmico, *Veneral Disease Research Laboratory*, o VDRL. Como parâmetro de atividade da doença utilizou-se titulação de 1:4 ou superior, assim como, a elevação de quatro vezes da titulação inicial em dosagens seqüenciais. Valores mais baixos podem representar ascendentes ou decrescentes após tratamento, doença latente em fase tardia, cicatriz imunológica ou, mais raramente, falso positivo.³

Em situações de dúvida diagnóstica, está recomendada a confirmação com o teste treponêmico (FTAAbs), mais específico que, no entanto, não está disponível na maioria das unidades da rede pública.³

Em função da dificuldade de realização de FTAAbs, da facilidade e baixo custo da terapêutica, é recomendado que toda gestante com VDRL positivo seja tratada, com qualquer titulação, a menos que haja documentação de tratamento anterior e títulos em declínio.⁴

A determinação da prevalência de sífilis, através da positividade do VDRL, e dos fatores causais relacionados a esta, são passos essenciais ao desenvolvimento de estratégias e implantação de medidas nos vários níveis de prevenção. Tais medidas repercutirão positivamente nas taxas de infecção vertical e, conseqüentemente, na morbi-mortalidade infantil.

O objetivo deste estudo é determinar a prevalência de sífilis e os principais fatores de risco associados na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1999, através da positividade do teste não treponêmico (VDRL) e sua possível correlação com óbito neonatal.

PACIENTES E MÉTODO

Foram incluídas no estudo 5519 mulheres que deram à luz em nosso serviço, de janeiro de 1994 a dezembro de 1999. Deve-se ressaltar que este número configura o total de partos ocorridos na instituição. A testagem para sífilis, na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, é realizada em todas as gestantes, durante o pré-natal, como rotina da instituição, assim como, em toda gestante externa no momento de sua admissão.

Foi considerada para o estudo, toda gestante que exibiu testagem positiva, com qualquer titulação, durante o acompanhamento pré-natal ou na testagem realizada na admissão.

A positividade do VDRL foi correlacionada com os dados a seguir:

- óbito neonatal
- idade materna
- estado civil materno
- grau de instrução materno
- freqüência de acompanhamento pré-natal

Em relação ao estado civil, as gestantes foram classificadas em dois grupos:

- Grupo 1 – casadas ou com união estável
- Grupo 2 – solteiras

Em relação à freqüência em serviço de pré-natal definimos igualmente:

- Grupo 1 – freqüência até três consultas de pré-natal
- Grupo 2 – freqüência em mais de três consultas de pré-natal

RESULTADOS

Dentre as 5519 gestantes testadas 119 (2,2%) tiveram o VDRL positivo em algum momento da gestação. Cinco óbitos neonatais foram correlacionados ao VDRL positivo e 112 encontrados nas gestantes com VDRL negativo. Não houve alteração na freqüência de óbito neonatal pela presença do VDRL positivo durante a gestação (Tabela 1).

Também não foi observada correlação entre a idade materna e VDRL positivo durante a gravidez ($p=0,46$).

Com relação ao estado civil, entre as gestantes estudadas, 60,4% foram classificadas como casadas e 39,6% como solteiras. A freqüência de positividade do VDRL foi de 1,8% nas casadas e de 2,6% nas demais, não sendo estatisticamente significativa a diferença encontrada entre os dois grupos (Tabela 2).

Quanto ao grau de instrução observamos que 1,5% delas eram analfabetas, 69,9% tinham educação primária, 25,8% freqüentaram o segundo grau e apenas 3,5% tinham nível superior. As freqüências de VDRL positivo foram respectivamente 3,5%, 2,5%, 1,5% e 1,5%. Como se pode observar a positividade do VDRL é tanto mais freqüente quanto menor é o grau de instrução da gestante, associação que se mostrou estatisticamente significativa (Tabela 3).

Dentre nossas gestantes, 18,8% tiveram entre nenhuma e três consultas de pré-natal, enquanto 81,2% foram atendidas em mais de quatro oportunidades. Observamos freqüência de VDRL positivo muito maior entre aquelas gestantes que tiveram três ou menos consultas de pré-natal, consideradas como não tendo feito acompanhamento pré-natal. (Tabela 4)

DISCUSSÃO

O primeiro ponto a ser observado é que a grande maioria da população atendida mora nas proximidades da Instituição. Isto é um diferencial pois a mesma se localiza na área AP 2.1, correspondente à zona sul da cidade, onde observamos melhor infraestrutura sanitária e de saúde, além de ser a área com maior concentração de renda e maior nível de escolaridade no município. Para ilustrar esta observação registre-se que nesta área, temos as maiores taxas de morte por doenças cardiovasculares e neoplásicas, mostrando também as menores taxas de morte por causas externas e por causas mal definidas. Esta área também apresenta os menores índices de mortalidade infantil além de ter coeficiente de mortalidade materna igual a zero.²

Por estes motivos, a população atendida em nosso serviço e incluída no estudo, sofre um viés de seleção em relação as demais áreas do município, sem contudo, invalidar os resultados obtidos.

Observamos prevalência de VDRL positivo de 2,2%, que foi a metade dos 5,3% que a Secretaria Municipal de Saúde estimou em 1999 para a população do município. Para explicar essa diferença dois fatores podem ser considerados: em primeiro lugar melhores indicadores de saúde relacionados a esta região da cidade²; e a taxa de cobertura da testagem do VDRL nas gestantes. As taxas de cobertura da testagem do VDRL no município giram em torno de 10% do total de gestantes. Já em nosso serviço a taxa de cobertura é de 100%, uma vez que todas as gestantes são testadas pelo menos uma vez. Portanto, nossos resultados exprimem, absolutamente, a prevalência da infecção nas gestantes assistidas no ambulatório de pré-natal.

Dentre os fatores estudados, observamos uma relação estatisticamente significativa entre a positividade do VDRL e o grau de instrução materno e o número de consultas de pré-natal. Observamos que quanto maior o grau de instrução materno e o número de consultas de pré-natal (este último observado como um dos critérios de qualidade da assistência pré-natal) menor foi a prevalência de VDRL positivo encontrada.

A assistência pré-natal deve ser encarada como uma oportunidade ímpar para a implementação de ações preventivas de saúde. É ocasião em que, tradicionalmente, a mulher procura o serviço de saúde, as vezes seu primeiro e único contato com o mesmo. É nesta ocasião única que pode o médico orientar a mulher quanto a hábitos de vida e também identificar, ainda em fase inicial, uma série de fatores mórbidos que podem acometer a gestante. Daí o rastreamento de sífilis e a prevenção do câncer de colo uterino através da colpocitologia oncótica. Também tem o pré-natalista a oportunidade de informar sobre planejamento familiar e esclarecer dúvidas sobre o curso normal e as intercorrências possíveis na gestação.

O grau de instrução pode ser avaliado como indicador de qualidade de vida. Isto permite que a gestante compreenda melhor fatos como as modificações em seu corpo durante a gravidez, eventos que deve considerar normais ou não, auxiliando assim seu pré-natalista na identificação e tratamento

precoce dos eventos deletérios que podem intercorrer na gestação.

Epidemiologicamente, uma das maneiras de medir o grau de desenvolvimento de uma população, é a análise das causas de morte na mesma. Com os progressos alcançados nas áreas de saúde pública e medicina a partir da Segunda Guerra Mundial, observou-se uma progressiva queda nas mortes por doenças infecto-parasitárias e aumento nas mortes por doenças crônico-degenerativas. O barateamento e disseminação dessas tecnologias permitiram que os países ditos “em desenvolvimento”, entre eles o Brasil, seguissem esse perfil. Também se sabe que essas mudanças são acessíveis primeiro àquela parcela da população dotada de maior renda e de maior escolaridade, alcançando, posteriormente, as parcelas menos favorecidas.

A sífilis, como doença infecto-parasitária, sofre influência direta dos fatores citados, justificando ações sociais de longo, médio e curto prazos que certamente influenciariam a prevalência desta infecção.

Em prazo menor, é desejável a ampliação da rede de assistência e da qualidade da mesma, que permitirão melhoria no diagnóstico e tratamento da sífilis, reduzindo sua morbimortalidade.

Uma política de informação, através de campanhas para atrair as gestantes ao serviço de saúde e o desejo do médico de cuidar, informar, enfim, de prestar um bom atendimento às suas pacientes são fatores que contribuiriam para a diminuição da sífilis em nosso município.

CONCLUSÃO

Em nosso estudo, observamos uma prevalência de sífilis de 2,2%. Também foi observada correlação estatisticamente significativa entre a presença de VDRL positivo durante a gestação e o grau de instrução materno, assim como, o número de consultas de pré-natal realizadas pela gestante. O menor grau de instrução e a ausência ou baixo número de consultas de pré-natal, mostraram-se fatores de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Bases Técnicas para Eliminação da Sífilis Congênita**. Brasília, DF, 1999.
2. Rio de Janeiro. S/SSC/Coordenação de Programas de Epidemiologia. SMS/RJ, 1999.
3. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 1998 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. **MMWR** 1998; 38(s8):1-43.
4. Nogueira S. A, Reis M.A.B & Lambert J.S. **Manual para diagnóstico e tratamento de infecções na gravidez**. Rio de Janeiro, 2000. p.20-25

Endereço para correspondência:

Renato AM Sá

E-mail: rsa.ntg@terra.com.br

PERFIL DO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE NO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

ADOLESCENTS AT THE STD SECTOR OF THE UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Tomaz B Isolan¹, Altamiro VV Carvalho², Gutemberg L Almeida Filho³, Mauro RL Passos⁴, Renato S Bravo⁵, Vandira MS Pinheiro⁶

RESUMO

Introdução: A importância das DST, na faixa etária adolescente, dá-se pelo aumento da precocidade nas relações sexuais, o aumento no número de parceiros e a falta do uso constante do preservativo. Dados da OMS relatam o aumento da frequência de DST entre os adolescentes. É relatado que um terço das DST acometem adolescentes, sendo que um em cada quatro deles contrai uma DST até a vida adulta. **Objetivo:** Caracterizar o atendimento do adolescente de ambos os sexos no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense no ano de 1995. **Metodologia:** Realizou-se um levantamento a partir da revisão dos prontuários de todos os adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF no ano de 1995. Foram coletados os dados referentes a sexo; idade; idade que iniciou as relações sexuais; cor; estado civil; município de moradia; método contraceptivo; forma de encaminhamento ao setor; profissão; fidelidade ao parceiro; número de retornos ao serviço; número de gestações; queixa principal; história prévia de DST; e patologia diagnosticada. **Resultados:** Durante o ano de 1995, foram atendidos no setor 1.187 pacientes; sendo 201 adolescentes — 16,9 % do total de atendimentos, três crianças (idade entre 0 e 9 anos) — 0,2% das pessoas atendidas e o restante de adultos (82,9%). Entre os adolescentes atendidos 57 eram do sexo masculino (28,4%), e 144 do feminino (71,6%). Dos adolescentes que procuraram o setor, 44,6% residiam em Niterói e 43,2% em São Gonçalo, sendo que 12,2% residiam em outros municípios incluindo o Rio de Janeiro. A idade média do início das relações sexuais foi de 14,3 anos. Setenta e três por cento relataram ter parceiro único (45% para os rapazes e 84,4% para as moças). Amigos e pacientes encaminharam 28,7% dos adolescentes; médicos de clínicas particulares encaminharam 4,2% do total (12,8% dos rapazes e 0,8% das moças). Quanto aos métodos anticoncepcionais, 35,2% das moças nada utilizam, 22,8% usavam pílula e 13,8% estavam grávidas. Relataram uso rotineiro de preservativo apenas 10,5%, sendo que 86% informaram que não utilizavam camisinha em suas relações. Oito moças informaram que já haviam tido abortamento. O relato de ter sido vítima de violência sexual foi de 2,7%, sendo todas moças. Do total de pacientes, 6% informaram infecção genital prévia, em que cinco casos foram de sífilis e três de gonorréia. Entre as moças 32% procuraram o serviço por queixa de corrimento vaginal, já aos rapazes 35% foi por uretrite. Entre as moças 57% apresentavam quadro de vulvovaginite, 9,6% de HPV, 9% de sífilis, 3,6% de gonorréia e um caso de HIV positivo. Onze moças tinham mais de uma infecção. Quanto aos rapazes, 29,3% tinham gonorréia, 20,7% HPV, 10,4% sífilis e nenhum mostrou-se HIV positivo. A taxa de retorno foi de 58%. **Conclusão:** O total de 201 adolescentes correspondiam a 16,9% do total de atendimentos. A maioria 55,4% era de fora do município de Niterói; 51,3% eram estudantes, 30,8% eram trabalhadores; 32,5% dos adolescentes não usavam qualquer método contraceptivo, mas, 8,3% informaram que eram virgens; 86% dos adolescentes negou uso de preservativo; 13,9% das adolescentes estavam grávidas na primeira consulta; 2,7% das moças já haviam sofrido violência sexual; o principal diagnóstico nas moças foi de vulvovaginites e nos rapazes foi gonorréia; 10% das moças e 17,3% dos rapazes não apresentaram quaisquer infecções. Como muitos não apresentaram DST clínica ou outra infecção a taxa de retorno de 58% foi considerada excelente.

Palavras-chave: adolescente, DST, infecção genital, assistência

ABSTRACT

Introduction: The relevance of STDs for the teenage age group manifests itself due to the increasing precocity of sexual relations, the increase in the number of sexual partners and the lack of constancy in the use of preservatives. OMS data report an increase in the frequency of STDs among teenagers. One third of all STDs occur in this age group, and one adolescent in four contracts an STD before becoming an adult. **Objective:** To describe the care given to teenagers of both sexes at the STD Sector of the Universidade Federal Fluminense during the year 1995. **Methodology:** Data were collected from a analysis of all teenage patient records seen at the STD Sector on 1995. Data collected included: sex; age; age at the first sexual relation; color; marital status; residential district; contraceptive use and method; how the patient was referred to the Sector; profession; fidelity to the partner; number of visits to the Sector; number of gestations; chief complaint; previous STDs and diagnosed disease. **Results:** In 1995, of the 1187 patients seen at the STD Sector, 201 were teenagers - 16.9% of the total; 3 were children - 0.2% of the total. The rest were adults - 82.9%. Among the teenagers, 57 were male (28.4%) and 144 female (71.6%). Of all adolescents, 44.6% lived in the city of Niterói, 43.2% in the city of São Gonçalo and 12.2% lived in other districts of the state of Rio de Janeiro. The median age at the time of the first sexual relation was 14.3 years. 73% reported having only one partner (45% of the male and 84.4% of female adolescent patients). Friends and other patients referred 28.7% of all teenagers to the Sector; doctors from private clinics referred 4.2% of the total (12.8% of male and 0.8% of female patients). Concerning contraceptive use, 35.2% of the girls reported not using any method; 22.8% used oral contraceptives and 13.8% were pregnant. Only 10.5% of the girls reported condoms were routinely used for their

sexual relations; 86% informed condoms were not used. 8 female adolescents reported having had an abortion. Of all teenagers, 2.7%, all of them female, informed having been victims of sexual violence. 6% reported previous genital infection, being 5 cases of syphilis and 3 of gonorrhoea. 32% of all female adolescents sought medical care at the Sector for vaginal discharge; 35% of the male adolescents for urethritis. 57% of the girls had vulvovaginitis diagnosed, 9.6% HPV infection, 9% syphilis, 3.6% gonorrhoea and one of them was HIV-positive. 11 female patients had more than one genital infection. 23.9% of the male adolescents had gonorrhoea, 20.7% HPV infection, 10.4% syphilis. None was HIV-positive. The return rate was 58%. **Conclusion:** The total of 201 teenagers represented 16.9% of all patients seen in 1995. The majority (55.4%) of teenagers were from outside the district of Niterói; 51.3% were students; 30.8% workers; 32.5% of all teenagers did not use any contraceptive method; 8.3% reported being virgin; 86% denied using preservatives; 13.9% of the female adolescents were pregnant at the time of the first visit to our Sector; 2.7% of the girls reported having been victims of sexual violence; the most common diagnosis was vulvovaginitis among females and urethritis among males; 10% of the female and 17.3% of the male teenagers presented no genital infections. As many did not have clinical STDs or other infections the return rate of 58% was considered excellent.

Keywords: adolescent, STD, genital infection, assistance

ISSN: 0103-0465

DST – *J bras Doenças Sex Transm* 13(4):9-30, 2001

INTRODUÇÃO

Adolescência foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, sendo o período intermediário entre a infância e a idade adulta.

No mundo todo havia em 1986, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), 938 milhões de adolescentes, encontrando-se 73 milhões na América Latina, que correspondem a cerca de 25% da população¹⁰.

No município de Niterói, em 1996, havia, segundo dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 76.441 adolescentes (IBGE - Contagem de População, Biblioteca e Livraria IBGE, Rio de Janeiro, 1996 - Material disponível em disquete), mostrando que esta faixa etária representa uma importante parcela da população, merecendo atendimento de profissionais especializados em seu atendimento².

Devido à grandeza desses números, e pelas características próprias dessa faixa etária, a importância da saúde dos adolescentes já é reconhecida por várias organizações internacionais, a ponto da OMS ter incorporado, em seu plano de ação para 1990-1995, o seu Oitavo Programa Geral de Trabalho - Saúde do Adolescente⁹.

O significado da saúde do adolescente deve ser visto, desde o ponto de vista da sua transcendência, como um elemento básico para o desenvolvimento social dos países e do mundo em geral³⁴.

Como ponto de grande importância na promoção de saúde ao adolescente, estão as questões ligadas à sexualidade, reprodução, anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis. Tais temas vêm apresentando interesse generalizado, ganhando destaque na imprensa leiga e científica nacional e internacional.

Frisa-se que, enquanto temos uma maior liberdade de atuação sexual, não vemos este fato acompanhado da derrubada de antigos preconceitos, comuns na época da repressão sexual. Com a falta de diálogo sobre as questões ligadas à sexualidade na família e na escola, a maioria dos jovens permanece relativamente ignorante sobre fatos básicos da sexualidade, o que provoca conflitos em seus comportamentos, pois não conseguem definir até onde vão seus limites e responsabilidades²³.

Para melhor assistir a população adolescente brasileira — estimada segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 27,8 milhões de pessoas em 1980 (com projeções para cerca de 30 milhões no ano 2000) constituindo 23% da população total - o Ministério da Saúde criou em 1986 o Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente, dentro do contexto dos Programas de Atenção à Saúde Integral da Mulher e da Criança³⁶.

Com a oficialização do Programa de Saúde do Adolescente PROSAD - que após criado em 1986, foi oficializado em cumprimento à Constituição Federal de 1988 — aumentaram os serviços oferecidos a esta significativa parcela da população em todo o Brasil. Dentre as áreas destacadas pelo programa, são de especial interesse as áreas de Saúde Reprodutiva e de Sexualidade, por se enquadrarem na área de atuação do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense (Setor de DST/UFF).

Dentre as iniciativas no Estado do Rio de Janeiro, destaca-se como pioneira a antiga Unidade Clínica do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; hoje atuando como Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) com um maior campo de atuação. Tal unidade possui, desde janeiro de

¹ Prof. Adjunto Urologia - UFPel, Mestre em DST- UFF

² Médico Pediatra, Mestre em DST - UFF

³ Prof. Adjunto Doutor – Chefe do Setor de Ginecologia da UFRJ

⁴ Prof. Adjunto, Doutor – Chefe do Setor de DST-, Coord. PPG em DST-UFF

⁵ Prof. Adjunto Doutor em Ginecologia -UFF

⁶ Prof^a Colaboradora do PPG em DST/Setor de DST-UFF, Mestre em Educação - UFRJ

1975, a Enfermaria de Adolescentes Professor Aloysio Amâncio, constituindo a primeira do gênero no Brasil.

O Setor de DST-UFF foi criado em setembro de 1988, sendo considerado hoje referência nacional em Doenças Sexualmente Transmissíveis para a Coordenação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

Dentro da sua proposta de implementação, o Setor de DST/UFF propõe-se a trabalhar na medicina preventiva (educativa), devido à falta de base educacional, em toda a população, principalmente entre os adolescentes, que por estarem se iniciando na vida sexual, situam-se então como prioridade para as ações do Setor, sendo a Educação em Saúde Pública o primeiro dos seis subprogramas desenvolvidos. Além disso, em sua vertente assistencial — sexto subprograma desenvolvido —, o atendimento a todos os indivíduos com DST incluirá obrigatoriamente o atendimento a faixa etária em questão, pois há “grande frequência de adolescentes com estas doenças”, como por exemplo a gonorréia, onde “cerca de 90% dos casos ocorrem em pessoas entre 15 e 30 anos”³⁷.

Como DST classificamos as doenças transmitidas essencialmente através de relações sexuais como a sífilis e a gonorréia; aquelas transmitidas frequentemente pela via sexual, como hepatite B, condiloma acuminado e herpes genital; e aquelas eventualmente transmitidas por contágio sexual, como o molusco contagioso, a escabiose e a pediculose.

A importância das DST, na faixa etária adolescente, dá-se pelo aumento da precocidade nas relações sexuais, o aumento no número de parceiros e a falta do uso constante do preservativo. Dados da OMS relatam o aumento da frequência de DST entre os adolescentes⁹. Nos Estados Unidos da América (EUA), é relatado que um terço das DST acometem adolescentes, sendo que um em cada quatro deles contrai uma DST até a vida adulta³⁴.

OBJETIVO

– Caracterizar o atendimento do adolescente de ambos os sexos no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense.

METODOLOGIA

Realizou-se um levantamento a partir da revisão dos prontuários de todos os adolescentes (faixa etária compreendida entre os 10 e 19 anos completos) atendidos no Setor de DST/UFF no ano de 1995.

Foram coletados os dados referentes a sexo; idade; idade que iniciou as relações sexuais; cor; estado civil; município de moradia; método contraceptivo; forma de encaminhamento ao setor; profissão; fidelidade ao parceiro; número de retornos ao serviço; número de gestações; queixa principal; história prévia de DST; e patologia diagnosticada.

Os pacientes que tiveram mais de uma queixa principal, mais de uma patologia diagnosticada e mais de uma ocupação

tiveram estes dados relacionados em diversos grupos. Desta forma, considerou-se um determinado evento cada vez que ele apareceu isolado ou associado a outro. Assim, um adolescente que apresente gonorréia e herpes terá as duas patologias sendo computadas isoladamente. Esta opção, por estudar tais dados isoladamente, leva a um número maior de patologias/queixas e ocupações maiores do que o número de pacientes estudados.

Os dados, uma vez levantados, foram tabelados e analisados descritivamente e, em seguida, confrontados com os da literatura nacional e internacional disponíveis.

Para a análise, foram considerados apenas os prontuários corretamente preenchidos, excluindo-se aqueles com dados ausentes ou incorretamente preenchidos.

RESULTADOS

Durante o ano de 1995, foram atendidos no Setor de DST-UFF 1.187 pacientes; sendo 201 adolescentes — 16,9 % do total de atendimentos, três crianças (idade entre 0 e 9 anos) — 0,2% das pessoas atendidas e o restante de adultos (com 20 anos ou mais velhos) — 82,9% (Tabela 1). Tal amostra tem um valor de grande significado quando constatamos que não há uma rotina especial para o atendimento dos adolescentes, o que seria um facilitador para sua presença no serviço.

SEXO

Entre os adolescentes atendidos 57 eram do sexo masculino (28,4%), e 144 do feminino (71,6%). A procura maior do sexo feminino se deu também por motivos preventivos; com várias procuras para orientação anticoncepcional e realização de exame ginecológico de rotina (Tabela 2).

Já é hábito em nossa sociedade a procura de serviço de saúde por parte da mulher, para realização de exames ginecológicos, que funcionam como importante triagem na detecção de DST. O papel da mulher como usuária do sistema de saúde é destacado, sendo reforçada a ênfase da adolescência na importância da consulta ginecológica¹, que não encontra estímulo similar em relação à população masculina.

Dados do IBGE entretanto mostram que entre a população brasileira atendida nos órgãos públicos em 1981, 27,5% do total de atendimentos foram realizados em adolescentes, sendo 14,9% do sexo masculino e 12,6% do sexo feminino².

COR

Do total de pacientes atendidos no Setor de DST-UFF, 52,2% dos adolescentes eram brancos, 32,8% pardos e 15% negros. A cor dos homens atendidos foi predominantemente branca (52,6%), seguidos de negros e pardos (22,8 e 24,6%, respectivamente). Entre as mulheres, 52% eram brancas, 36% pardas e 12% negras (Tabela 3).

TABELA 1
Distribuição dos pacientes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por fase de desenvolvimento. Niterói, RJ, 2001

FASES DE DESENVOLVIMENTO	n	%
Infância	3	0.2
Adolescência	201	16.9
Adulta	983	82.9
TOTAL	1187	100.0

TABELA 2
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por sexo. Niterói, RJ, 2001.

SEXO	n	%
Masculino	57	28.4
Feminino	144	71.6
TOTAL	201	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

MORADIA

Os principais usuários do Setor de DST-UFF foram os moradores de Niterói e São Gonçalo, que correspondem 44,6 e 43,2% dos adolescentes atendidos, respectivamente (Tabela 4).

Entre do sexo feminino, Niterói aparece como o município de moradia de 49% das pacientes; seguido de São Gonçalo, com 36,8%. Outros municípios, como Campos, Rio de Janeiro, Itaboraí e Nova Iguaçu também aparecem, porém com menor representatividade, com 14,2%.

A situação do sexo feminino é bastante parecida, alterando apenas São Gonçalo por Niterói como principal moradia (respectivamente 45,7 e 42,8%), vindo após Rio de Janeiro, Cabo Frio, Nova Iguaçu, Saquarema e Itaboraí com 11,5%. Não há informação sobre o município de moradia de quatro moças, razão pela qual foram excluídas (Tabela 4)

IDADE

A procura foi maior na mesma proporção que ocorreu aumento na faixa etária. Tal fato é evidente, pois 66,6% dos pacientes apresentavam entre 17 e 19 anos no momento da primeira consulta. O adolescente mais novo apresentava 11 anos e os mais velhos 19 anos, com média de idade aos 17,1 anos (Tabela 5).

Na população feminina, 60,4% das pacientes estudadas tem 17-19 anos, com média de idade de 16,9 anos. Entretanto, no grupo, aparecem pacientes com idade entre 11 e 13 anos na data da primeira consulta, fato que não ocorreu no grupo masculino (Tabela 5).

No grupo masculino destaca-se a faixa etária dos 17-19 anos (82,5%). Tal fato justifica que neste grupo, a média de idade tenha sido mais alta do que no sexo feminino, apresentando o valor de 17,7 anos (Tabela 5).

IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

A idade média para o início das relações sexuais na população estudada foi de 14,3 anos. Quando vemos que o início das relações para os rapazes iniciou em média aos 14,8 anos, com o mais novo iniciando aos 11 anos e o mais velho aos 19 anos; e comparamos com as moças, que apresentaram média de início de relações sexuais aos 14,1 anos, com a mais nova iniciando sua vida sexual ativa aos 11 anos e a mais velha aos 19 anos, encontramos valores muito parecidos.

Entre os pacientes estudados a idade da primeira relação sexual não estava preenchida em dois prontuários, e destaca-se o fato de três rapazes não quando iniciaram as relações sexuais. Estes pacientes não foram considerados no presente estudo. Notamos ainda o pequeno número de início de rela-

TABELA 3
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por cor. Niterói, RJ, 2001

COR	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
branca	30	52,6	75	52,0	105	52,2
parda	14	24,6	52	36,0	66	32,8
negra	13	22,8	17	12,0	30	15,0
TOTAL	57	100,0	144	100,0	201	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 4
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por município de moradia. Niterói, RJ, 2001

MUNICÍPIO	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Niterói	28	49,0	60	42,8	88	44,6
São Gonçalo	21	36,8	64	45,7	85	43,2
Outros	57	14,2	16	11,5	24	12,2
TOTAL	57	100,0	140	100,0	197	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

ções sexuais ainda aos 11 anos e aos 19. O fato de poucos começarem suas relações aos dezenove anos, pode ser justificado pelo fato de terem iniciado as relações pouco antes da primeira consulta (há menos de um ano).

Ressalta-se ainda o fato de que, na população feminina, 12 adolescentes apresentarem-se virgens (8,3% das pacientes), fato que não ocorreu entre a população masculina estudada. Em três prontuários, tal dado não está preenchido. Estas 15 pacientes não foram consideradas nesta análise.

ESTADO CIVIL

A maioria da população estudada é solteira (75,6%), sendo uma porcentagem menor casada (6,4%) ou solteira com companheiro (17,5%). Aparece, ainda, uma única moça já separada aos 19 anos (0,5%).

Observa-se, na Tabela 7, que entre os homens a maioria (86%) são solteiros; proporção que reduz as mulheres (71,6%).

TIPOS DE PARCEIROS

Dentre os pacientes, 72,5% relatam ter um parceiro fixo exclusivo; 8,6%, fixo não exclusivo; 9,2%, múltiplos, e 9,7% sem parceiro no momento da consulta. Além destes há outros quatro prontuários em que tal dado não foi preenchido, 12 também foram excluídos por serem de pacientes virgens.

Na Tabela 8, observa-se que a população feminina mostrou-se, em sua maioria, fiel ao companheiro, com 84,4% dizendo manter o único parceiro, e apenas 2,3% múltiplos. Entre a população masculina, embora com predomínio de pacientes que declaram fidelidade a suas parceiras (45,7%), há um número grande que relata ter parceira fixa mas não exclu-

TABELA 5
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por grupo de idade. Niterói, RJ, 2001

GRUPO DE IDADE	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
11-13	-	-	6	4.2	6	3.0
14-16	10	17.5	51	35.4	61	30.4
17-19	47	82.5	87	60.4	134	66.6
TOTAL	57	100.0	144	100.0	201	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 6
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por grupo de idade da primeira relação. Niterói, RJ, 2001

GRUPO DE IDADE	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
11-13	13	25.1	17	13.2	30	16.6
14-16	33	63.5	81	62.8	114	62.9
17-19	6	11.4	31	24.0	37	20.5
TOTAL	52	100.0	129	100.0	181	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

siva (17,5%), múltiplas parceiras (24,6%), sem parceira (12,2%).

PROFISSÃO

Pouco mais da metade dos jovens de ambos os sexos ainda é estudante (51,3%); sendo 80 mulheres (55,5% da população feminina) e 23 homens (40,3% da homens). Quatro moças, além de estudar, apresentam outra ocupação, o mesmo ocorrendo com dois rapazes, o que levou ao aumento do número de dados considerados (Tabela 9).

Entre os homens, além dos estudantes 12,2% encontravam-se desempregados; ficando o restante (47,5%), ocupando profissões que não exigem formação escolar, não tendo realizado na maioria dos casos, cursos técnicos ou profissionalizantes. É o que ocorre com os jovens que trabalham como, por exemplo, faxineiro, vendedor; operador de piscinas, salgadeiro,

camelô, artesão, pedreiro, pescador. Dois trabalham em duas profissões (borracheiro e balconista, borracheiro e salgadeiro), tendo estas profissões consideradas isoladamente (Tabela 9a).

Entre as mulheres, não há relatos de desempregadas. Entretanto, 18% afirmam ser do lar, e 4,8% sem profissão. Tal fato mostra a saída precoce da sala de aula, muitas vezes sem concluir os estudos ou sua profissionalização. Posteriormente estes dados deveriam ser correlacionados com a escolaridade e com alguma possível gravidez, a fim de relatar sua inter-relação. Outras 24,3% das moças, trabalham em ocupações diversas. Embora a maioria trabalhe em profissões que não requerem estudos, como, por exemplo; balconista, comerciária, babá, doméstica, vendedora, agindo como mão de obra desqualificada, notamos, entretanto, que, ao contrário dos homens, já existe uma porcentagem de moças com profissões que pressupõem um possível curso técnico ou profissionalizante, como esteticista, telefonista, recepcionista e professora (Tabela 9b)

TABELA 7
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por estado civil. Niterói, RJ, 2001

ESTADO CIVIL	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Casado	1	1.8	12	8.3	13	6.4
Solteiro	49	86.0	103	71.6	152	75.6
Solteiro com companheiro	7	12.2	28	19.4	35	17.5
Separado	-	-	1	0.7	1	0.5
TOTAL	57	100.0	144	100.0	201	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 8
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por tipo de parcerias. Niterói, RJ, 2001

TIPOS DE PARCEIROS	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Fixo exclusivo	26	45.7	108	84.4	134	72.5
Fixo não exclusivo	10	17.5	6	4.6	16	8.6
Múltiplos	14	24.6	3	2.3	17	9.2
Sem parceiro	7	12.2	11	8.7	18	9.7
TOTAL	57	100.0	128	100.0	185	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 9
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por ocupação. Niterói, RJ, 2001

OCUPAÇÃO	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Estudante	23	40.3	80	55.5	103	51.3
Sem ocupação	7	12.2	7	4.8	14	7.0
Trabalhadores	27	47.5	35	24.3	62	30.8
Do lar	-	-	26	18.0	26	13.0
TOTAL	57	100.0	148	100.0	205	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 9a
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF
no ano de 1995, por profissão. Niterói, RJ, 2001

PROFISSÃO	n
Balconista/vendedor	4
Borracheiro	2
Faxineiro	2
Pintor	2
Aprendiz de mecânico	1
Artesão	1
Autônomo	1
Auxiliar de produção	1
Auxiliar de serviços gerais	1
Camelô	1
Digitador	1
Encanador	1
Entregador	1
Impressor gráfico	1
Mecânico	1
Militar	1
Operador de piscinas	1
Overloquista/costureiro	1
Pedreiro	1
Pescador	1
Salgadeira	1
Servente	1
Soldador	1
TOTAL	29

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 9b
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por profissão. Niterói, RJ, 2001

PROFISSÃO	n
Empregada doméstica	12
Secretária	3
Vendedora	3
Babá	2
Balconista	2
Acabadeira	1
Atendente de consultório	1
Auxiliar de escritório	1
Comerciária	1
Corretora de seguros	1
Costureira	1
Esteticista	1
Manicure	1
Professora	1
Recepcionista	1
Telefonista	1
Telemarketing	1
TOTAL	34

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

ENCAMINHAMENTO

A principal fonte de referência ao Setor é a propaganda boca-a-boca, realizada por amigos e parentes dos pacientes. Registramos, na população total, 28,7% encaminhamentos dessa forma, sendo 23,7% dos homens e 30,7% das mulheres (Tabela 10).

Outra fonte de encaminhamento são os próprios parceiros dos pacientes, que muitas vezes os encaminham para investigação de possível contaminação do casal (10,4% da população estudada; 9% dos homens e 10,9% das mulheres)

Os funcionários do Setor de DST-UFF - médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e profissionais técnicos e os alunos de graduação e pós-graduação também são fonte de encaminhamento, o que demonstra o seu envolvimento com a instituição (7,3% do total), sendo que os parceiros contribuíram com 10,4%, destacando-se as palestras e os cartazes com 12% do total dos encaminhamentos.

Por outro lado, fora os cartazes do Setor e vídeos exibidos na sala de espera, existe pouca propaganda que chame a atenção dos jovens, utilizando sua linguagem.

Dentre unidades de saúde, a principal fonte de referência ao Setor de DST-UFF foi o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) (10,9% dos pacientes). Tal dado pode ser explicado pelo fato de ambos serem vinculados à mesma instituição e haver um intercâmbio no seu corpo clínico, com muitos dos internos e residentes da ginecologia conhecendo bem o

serviço e muitos alunos da pós-graduação em DST serem ou terem sido alunos de graduação ou pós-graduação no referido Hospital.

- Outras unidades públicas de Niterói também foram importante fonte de referência; vindo a seguir médicos particulares, unidades de saúde de São Gonçalo e unidades particulares de Niterói.

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

No grupo feminino, (45%) não utiliza nenhum tipo de método anticoncepcional (Tabela 11). Outras 20 se encontravam gestantes no momento da primeira consulta; não havendo dados sobre possíveis métodos utilizados antes da concepção, podendo-se, entretanto, pressupor, até mesmo comparando com as demais adolescentes, que deveria ser baixa a taxa de utilização, tendo até mesmo por isso engravidado. Tais pacientes não foram consideradas nesta amostragem. Também foram desconsideradas as 12 pacientes virgens e as duas que não têm tal dado registrado em seu prontuário. Uma paciente utilizava mais de um método, preservativo mais tabela, tendo sido considerados na listagem os dois métodos.

O anticoncepcional oral apareceu como o método mais usado pelos adolescentes do sexo feminino (29,8% das moças) e o preservativo (14,4% dos adolescentes). Vários outros métodos também foram utilizados, todos com menor índice de

TABELA 10
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF, no ano de 1995, por encaminhamento. Niterói, RJ, 2001

ENCAMINHAMENTO	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Amigos e parentes	13	23.7	42	30.7	55	28.7
Parceiros	5	9.0	15	10.9	20	10.4
Funcionários do Setor DST	2	3.6	12	8.7	14	7.3
Alunos e funcionários da UFF	1	1.8	6	4.4	7	3.6
Palestras e cartazes	2	3.6	21	15.3	23	12.0
Hospital Universitário Antonio Pedro	8	14.6	13	9.4	21	10.9
Outras unidades de saúde de Niterói	11	20.0	1	0.8	12	6.3
Unidades de saúde de São Gonçalo	3	5.5	7	5.2	10	5.2
Médicos Particulares	7	12.8	1	0.8	8	4.2
Unidades de saúde particulares de Niterói	2	3.6	4	2.9	6	3.1
Outros	1	1.8	15	10.9	18	8.3
TOTAL	55	100.0	137	100.0	192	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 11
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF
no ano de 1995, por métodos anticoncepcionais. Niterói, RJ, 2001

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	n	%
Anticoncepcional oral	33	22.8
Preservativo masculino	16	11.0
Coito interrompido	5	3.4
Anticoncepcional injetável	3	2.0
Tabela	2	1.4
Dispositivo Intra-Uterino	1	0.7
Não utiliza	51	35.2
Gestantes	20	13.8
Virgens	12	8.3
Ign	2	1.4
TOTAL	145	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 12
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por uso de preservativo. Niterói, RJ, 2001

USO DE PRESERVATIVO	n	%
Uso rotineiro	6	10.5
Uso ocasional	2	3.5
Não utiliza	49	86.0
TOTAL	57	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor DST/UFF

adesão. Dentre estas, destaca-se uma paciente histerectomizada por apresentar carcinoma de ovário na puberdade.

Na população masculina estudada, a maioria, 86%, nega uso de preservativo, 3,5% usam ocasionalmente e 10,5% são usuários rotineiros (Tabela 12). Tais dados são alarmantes se considerarmos o percentual que relata múltiplos parceiros (já destacado anteriormente) e mostra a falta de cuidado dos jovens.

Tais dados correspondem aos da literatura, que citam a taxa de uso de métodos contraceptivos em adolescentes como muito baixa^{3, 5}.

Os métodos anticoncepcionais permitem uma boa margem de segurança, oferecendo grande liberdade à mulher. Embora, por vezes, as adolescentes não tenham conhecimento de como utilizar os métodos contraceptivos, mesmo que exista tal conhecimento, muitas vezes as jovens acabam engravidando. Há estudo demonstrando que, apesar de a maioria dos estudantes ter algum conhecimento sobre métodos anticoncepcio-

nais, menos da metade destes fará uso de algum método contraceptivo no seu primeiro relacionamento sexual^{6,7}, ou mesmo no primeiro ano de vida sexual, sendo que grande número de adolescentes ficarão grávidas nos seis primeiros meses de vida sexual.⁸ Uma das justificativas para o baixo uso de contraceptivos é o fato de que muitas adolescentes sentem culpa do que estão fazendo (de sua vida sexual ativa), e usar anticoncepcionais seria atestar sua vida sexual⁵.

GRAVIDEZ

A maioria das moças nega ter engravidado alguma vez (70,3%). Outras (26,9%) relatam uma gestação; tendo outras quatro (2,8%) engravidado duas vezes. (Tabela 13). Não foi preenchido o dado em seis dos prontuários analisados na pesquisa, não sendo considerados.

TABELA 13
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF
no ano de 1995, por número de gestações. Niterói, RJ, 2001.

GESTAÇÕES	n	%
Gesta I para 0 aborto 0	20	14.5
Gesta I para I aborto 0	11	8.0
Gesta I para 0 aborto I	6	4.4
Gesta II para 0 aborto 0	2	1.4
Gesta II para 0 aborto I	1	0.7
Gesta II para 0 aborto II	1	0.7
Gesta 0	90	70.3
TOTAL	138	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

A taxa de aborto não foi baixa entre a população estudada (nove abortos em oito pacientes), sendo digno de nota o fato de que a maioria das moças não utilizava nenhum método contraceptivo, estando vulnerável a uma gravidez indesejável. É interessante notar que tais dados não estão de acordo com os de outros autores, que relatam aumento no número de gestações na adolescência⁹, desejadas ou não.

RETORNOS AO SETOR (adesão do paciente)

Cinquenta e oito por cento (54,3% dos homens e 59% das mulheres) retornaram ao Setor de DST após a primeira consulta (Tabela 14). Destaca-se que mais de 30% de ambos os sexos retornaram mais de uma vez.

Na verificação dos dados desse item encontramos que os pacientes, de ambos os sexos que mais retornaram ao Setor de DST eram portadores de sífilis ou de condiloma acuminado.

VIOLÊNCIA SEXUAL

Nenhum dos rapazes atendidos relatou ter sido vítima de violência sexual. Dentre as moças, a taxa foi de 2,7%, correspondendo a quatro delas.

Temos consciência de que esses números podem estar aquém do verdadeiro, uma vez que é um assunto de difícil abordagem. Entretanto, devemos citar que o ambiente de atendimento do Setor de DST é tranqüilo, possui salas com razoável isolamento acústico, o que na nossa opinião não causa

TABELA 14
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por número de retorno. Niterói, RJ, 2001

Nº DE RETORNO	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Nenhum	26	45.7	59	40.9	85	42.2
1	13	22.9	42	29.2	55	27.4
2	14	24.6	21	14.6	35	17.5
3	1	1.7	11	7.6	12	5.9
4	1	1.7	5	3.5	6	3.0
5	1	1.7	1	0.7	2	1.0
6	—	—	2	1.4	2	1.0
7	—	—	1	0.7	1	0.5
8	1	1.7	—	—	1	0.5
9	—	—	2	1.4	2	1.0
TOTAL	57	100.0	144	100.0	201	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

obstáculo para uma resposta verdadeira neste item. Contudo, acreditamos que alguns adolescentes prefeririam omitir uma verdadeira resposta.

INFECÇÃO GENITAL PRÉVIA

Do total de pacientes, doze (7 mulheres 4,9%, e 5 homens, 8,8%) apresentaram alguma infecção genital prévia (Tabelas 15 e 16). Uma paciente apresentou duas DST prévias, tendo sido as mesmas computadas isoladamente.

MOTIVO DA CONSULTA

As tabelas 17 e 18 apresentam a queixa mais freqüente na população feminina: o corrimento, associado ou não a outros fatores, representando, 31,9% dos motivos de busca ao serviço. Em seguida, as adolescentes que vieram para investiga-

ção por seu parceiro apresentar alguma DST (9,7%), chegaram ao serviço com encaminhamento para a realização do acompanhamento e tratamento de infecção por papilomavírus humano (HPV); e outras 10 (7%) vieram para tratar verrugas em diversas localizações (vulva, vagina, perianal, coxas, nádegas). No grupo encaminhado para tratamento destacam-se as pacientes referenciadas pelo HUAP, a partir do diagnóstico realizado durante o pré-natal. Vários outros sintomas motivaram consultas (Tabela 19) como prurido, feridas, dispareunia, disúria e tratamento de doenças, como sífilis e gonorréia.

Entre a população masculina (Tabela 20), a síndrome de corrimento uretral, caracterizando uretrites, somaram 20 queixas (35%). Outras queixas freqüentes foram as "bolinhas" no pênis, que motivaram a consulta de 10,5% dos pacientes e que tiveram diversas etiologias. O HPV, como causador de verrugas, foi justificativa de 5 pacientes que procuraram o Setor. Outras causas levaram à procura (Tabela 21), como ferida na boca, irritação no prepúcio, tratamento de sífilis, caroços no escroto, pênis inchado e manchas no pênis. Também foi

TABELA 15
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF, no ano de 1995, por infecção genital prévia. Niterói, RJ, 2001

DST PRÉVIA	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sim	5	8.8	7	4.9	12	6.0
Não	52	91.2	137	95.1	189	94.0
Total	57	100.0	144	100.0	201	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 16
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF no ano de 1995, por tipo de infecção genital prévia. Niterói, RJ, 2001

DST PRÉVIA	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sífilis	3	60.0	2	25.0	5	38.5
Gonorréia	2	40.0	1	12.5	3	23.0
Condiloma acuminado	—	—	2	25.0	3	15.4
Condilose	—	—	2	25.0	3	15.4
Herpes genital	—	—	1	12.5	3	7.7
TOTAL	5	100.0	8	100.0	13	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 17
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por motivo da consulta. Niterói, RJ, 2001

MOTIVO DA CONSULTA	n	%
Corrimento	46	31.9
Coleta de exame preventivo	28	19.5
Papilomavírus	24	16.7
Parceiro com DST	14	9.7
Orientação para anticoncepção	4	2.8
Investigação para a gravidez	3	2.1
Outros	25	17.3
TOTAL	144	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 18
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por queixa associada ao corrimento. Niterói, RJ, 2001

QUEIXA ASSOCIADA AO CORRIMENTO	n	%
Corrimento isolado	19	41.3
Corrimento + odor	7	15.2
Corrimento + dispaurenia	6	13.0
Corrimento + prurido	5	10.8
Corrimento + dor abdominal	4	8.7
Corrimento + disúria	2	4.4
Corrimento + menstruação irregular	2	4.4
Corrimento + feridas na vagina	1	2.2
TOTAL	46	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 19
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por outros motivos de consulta. Niterói, RJ, 2001

OUTROS MOTIVOS DE CONSULTA	n	%
Feridas na região genital	6	24
Pruridos na região genital e periana	5	20
Dor abdominal	4	16
Disúria	2	8
Tratamento de sífilis	2	8
Tratamento de gonorréia	1	4
Tratamento de herpes genital	1	4
Dispaurenia	1	4
Falta de prazer	1	4
"Bola" na vagina	1	4
TOTAL	25	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 20
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por motivos da consulta. Niterói, RJ, 2001

MOTIVOS DA CONSULTA	n	%
Uretrite	20	35.1
Parceiras com DST	9	15.8
"Bolinhas no pênis"	6	10.5
Papilomavírus	6	10.5
Outros	16	28.1
TOTAL	57	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 21
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por outros motivos de consulta. Niterói, RJ, 2001

OUTROS MOTIVOS DA CONSULTA	n	%
Ferida no pênis	3	18.8
Cocceira no pênis	2	12.6
Controle de sífilis	2	12.6
"Irritação" no prepúcio	2	12.6
"Nódulos" no pênis	2	6.2
"Caroços" no escroto	1	6.2
Manchas no pênis	1	6.2
Pênis inchado	1	6.2
Feridas na boca	1	6.2
Exames pré-nupciais	1	6.2
Realização de exames	1	6.2
TOTAL	16	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

importante a procura do Setor de DST-UFF por pacientes cujas parceiras apresentaram DST, constituindo 15.8% da população estudada (em oito casos a parceira apresentava HPV, e no outro sífilis).

DIAGNÓSTICO

Do total de 144 adolescentes atendidas não foi possível definir o diagnóstico em 16 deles. Assim, dentre as 128 demais, 11 (8,6%) apresentavam duas ou mais patologias, sejam DST ou não, sendo que duas apresentavam três patologias e outra apresentava cinco patologias (Tabelas 22, 23 e 24), tais doenças foram listadas isoladamente.

Na população feminina a patologia mais comumente encontrada foi a vulvovaginite inespecífica, que pode ser cau-

sada por um desequilíbrio na flora bacteriana normal da vagina; não sendo obrigatoriamente uma DST, que atingia 36 moças (21,5% da população estudada).

Vinte e cinco adolescentes tiveram firmado o diagnóstico de candidíase (15% do total de adolescentes do sexo feminino); e 18 apresentaram vaginose bacteriana (10,8% das moças).

Citamos que 17 (10,1%) moças não apresentaram nenhuma patologia, vindo ao serviço por outros motivos ou para investigação que se apresentou negativa, após exames clínicos e laboratoriais (Tabela 23).

Dos 57 adolescentes atendidos, 44 (77,2%) tiveram diagnóstico confirmado de DST; 17,6% não apresentaram DST; em 5,2% foram diagnosticadas outras nosologias (Tabela 25).

Entre os adolescentes do sexo masculino, 17 (29,3%) apresentaram gonorréia; 12 (20,7%) HPV, e 6 (10,4%) sífilis. Os resultados são apresentados na tabela 26.

TABELA 22
 Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
 no ano de 1995, por presença de infecção. Niterói, RJ, 2001

PRESENÇA DE INFEÇÃO	n	%
Presença de 1 infecção	93	72.6
Presença de 2 infecção	15	11.7
Presença de 3 infecção	2	1.6
Presença de 5 infecção	1	0.8
Sem presença de infecção	17	13.3
TOTAL	128	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 23
 Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
 no ano de 1995, por diagnóstico. Niterói, RJ, 2001

DIAGNÓSTICO	n	%
Vulvovaginite	36	21.5
Candidíase	25	15.0
Vaginose bacteriana	18	10.8
HPV	16	9.6
Sífilis	15	9.0
Tricomoníase	12	7.2
Gonorréia	6	3.6
Piodermite	3	1.8
Escabiose	1	0.6
HIV	1	0.6
Milíase	1	0.6
Não houve diagnóstico	16	9.6
Não apresentou DST	17	10.1
TOTAL	167	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

DISCUSSÃO

Para muitos, um trabalho como esse pode ser encarado como de menor importância, principalmente hoje, quando são desvendados importantes dados do genoma humano e de inúmeros outros seres.

Todavia, para alunos, professores, funcionários do Setor de DST, funcionários das coordenações municipal, estadual e nacional, bem como epidemiologistas e gestores de saúde pública, o conhecimento de dados epidemiológicos mínimos

verdadeiramente devem ser bem conhecidos antes de qualquer avanço tecnológico.

Tais dados são as bases para todas as ações de planejamento em saúde coletiva. Por isso, o trabalho passa a ter valor, visto que é no meio que analisa a questão do atendimento a adolescentes de ambos os sexos que procuram uma típica clínica de DST.

Fica muito difícil comparar estes dados, pois publicações de dados como os nossos, de uma clínica de DST, não foram conseguidos recuperar, usando-se as bases de dados disponíveis (Index Medicus, Medline, Lilacs).

TABELA 24
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por apresentação de mais de uma infecção. Niterói, RJ, 2001

DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UMA INFECÇÃO	n	%
Vaginose bacteriana + candidíase	2	18,2
Sífilis + vulvovaginite inespecífica	2	18,2
Trocomoníase + candidíase + gonorréia	2	18,2
Vulvovaginite inespecífica + escabiose	1	9,1
Vaginose bacteriana + tricomoníase	1	9,1
Gonorréia + tricomoníase	1	9,1
Candidíase + HPV	1	9,1
HIV + sífilis + tricomoníase + candidíase + miíase	1	9,1
TOTAL	11	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 25
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por presença de infecção genital. Niterói, RJ, 2001

PRESEÇA DE DST	n	%
Apresentou DST	44	77,2
Outro diagnóstico	3	5,2
Não apresentou DST	10	17,6
TOTAL	57	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

Entre os adolescentes do sexo masculino, 17 (29,3%) apresentaram gonorréia; 12 (20,7%) HPV, e 6 (10,4%) sífilis. Os resultados são apresentados na tabela 26.

TABELA 26
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por diagnóstico. Niterói, RJ, 2001

DIAGNÓSTICO	n	%
Gonorréia	17	29,3
HPV	12	20,7
Sífilis	6	10,4
Balanopostite por candidíase	4	6,9
Cancro mole	2	3,4
Herpes genital	2	3,4
Dermatofitose	1	1,7
Piodermite	1	1,7
Outras doenças (dermatite alérgica)	3	5,2
Não apresentou DST	10	17,3
TOTAL	58	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

A presença significativa de 16,9% de adolescentes, entre a população total que é atendida pelo Setor de DST-UFF, possui um valor de grande significado quando se constata que não há uma rotina especial para o atendimento dos adolescentes, o que seria um facilitador para a sua presença no serviço.

A procura maior por pacientes do sexo feminino (71,4% de moças e 28,4% de rapazes), ocorreu também por motivos preventivos, pois várias consultas ocorreram para orientação anti-concepcional e realização de exame ginecológico de rotina. Já é hábito na sociedade a procura de serviço de saúde por parte da mulher para realização de exames ginecológicos, que funcionam como importante triagem na detecção de DST. O papel da mulher como usuária do sistema de saúde é destacado, sendo enfatizada na adolescência a importância da consulta ginecológica¹, que não encontra estímulo similar em relação à população masculina.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que entre a população brasileira atendida nos órgãos públicos em 1991, 27,5% do total de atendimento foi realizado em adolescentes, sendo 14,9% do sexo masculino e 12,% do sexo feminino²⁶. Não devemos comparar esses dados com os nossos porque o atendimento citado pelo IBGE são por motivos diversos e não somente as DST e Aids ou sexualidade.

A distribuição geográfica de moradia dos pacientes, privilegiando Niterói e em seguida os moradores de São Gonçalo, deve-se, em primeiro lugar, por Niterói ser o município sede do serviço. A grande procura dos pacientes de São Gonçalo deve-se ao fato de parte de seus moradores utilizar a rede pública de Niterói como referência.

Fato difícil de mensurar, mas possível de imaginar, está na referência de que o chefe do Setor de DST foi, durante a década de 80, também chefe de um serviço de DST no principal hospital da rede pública de São Gonçalo. Isso, com frequência, faz com que a população procure os préstimos profissionais na área das infecções genitais do referido professor.

A procura de pacientes de outros municípios deve-se também ao fato da atuação do Setor como serviço de referência nacional, o que leva a muitas indicações de colegas de outros serviços.

A procura ao serviço, por pacientes bem jovens pode ser justificada pelo fato de que os jovens vêm iniciando sua vida sexual entre si, e não com pessoas mais velhas como antigamente. Essa ocorrência é descrita por Ozcebe e Dervisaglu³, em jovens do Oriente Médio e Norte da África. Discordando de nossa casuística, pesquisa realizada no Pará⁴ mostra que, apesar de 35% das adolescentes terem iniciado sua vida sexual com seus namorados adolescentes, outras 63,3% iniciaram com homens de 20 a 30 anos.

Tem-se notado um aumento na incidência de relações sexuais na adolescente solteira, com o início da vida sexual cada vez mais prematuro^{3,5,10,21,26}, em especial nas jovens de baixa escolaridade¹⁴, o que facilita a gravidez precoce.

Confrontando nossos dados com a literatura disponível, vemos que nos Estados Unidos, em 1982, cerca de três quartos das mulheres de 19 anos, solteiras, já tinham tido relações sexuais^{9,14}, sendo a média de idade da primeira relação sexual

de 16,1 anos no homem, e 16,9 na mulher^{28,11}. Em alguns países da África, 50 a 80% das pessoas, entre 15 e 19 anos, já tiveram relações sexuais. Em recente estudo comportamental do adolescente brasileiro, Zagury³¹ relata que entre 943 jovens de quinze cidades brasileiras, com idade entre 14 e 18 anos, apenas 35,8% já havia tido sua primeira experiência sexual, destacando-se que 21% relata que a mesma ocorreu antes dos 14 anos. No estado de São Paulo, em pesquisa realizada com 200 adolescentes, 47,2% já possuíam vida sexual ativa³². Em um estudo realizado na favela da Rocinha, no município do Rio de Janeiro, 75% das moças relatam o início da atividade sexual antes dos 15 anos, ocorrendo o mesmo com 67% dos rapazes na mesma faixa etária³³. Entre os adolescentes cadastrados para recebimento de preservativos pelo NESA, 50% iniciaram sua vida sexual entre 13 e 16 anos⁶. A tendência a iniciar a vida sexual no Brasil baixou de 16 para 15 anos, de 1990 para 1995³².

A iniciação sexual na adolescência ocorre por vários motivos, destacando-se a curiosidade natural diante do desenvolvimento físico e da maturação sexual, bem como a partir de uma expressão de amor e confiança em seu companheiro, que muitas vezes ainda supre carências como as da solidão, carência afetiva e necessidade de auto-afirmação⁴.

O grande número de mulheres casadas, ao contrário dos homens, está de acordo com os dados do *World Fertility Survey*, que relata que 30% das mulheres latino-americanas casam-se antes dos 18 anos, enquanto os homens tendem a casar-se mais tardiamente³⁴. No ano de 1994, dentre as adolescentes atendidas nas unidades de saúde do município de Rio de Janeiro, 60% já morava com companheiro³⁵.

A Organização Mundial de Saúde relata que a educação formal das meninas geralmente termina com o casamento⁹. Desta forma, se o casamento resulta de uma gravidez indesejável, temos claro que a anticoncepção é fundamental para permitir que a jovem avance em sua escolaridade.

Os nossos dados mostram grande número de adolescentes com parceiro fixo exclusivo, em especial no sexo feminino (84,4%). Ao compararmos com relatos de literatura, os achados são discrepantes. A adolescência é conhecida como uma fase de intensa rotatividade, e não de fixação de parceiros. Podemos encontrar uma justificativa na forma de se responder a anamnese. Como não é inquirido sobre o tempo da exclusividade, pode-se concluir que, para uma determinada jovem, ter um parceiro há um mês significa ter parceiro fixo exclusivo. Podem ser relacionamentos de curta duração, embora exclusivos durante tal período.

Tal dado também é reforçado por Rodrigues *et al.*,¹⁴ destacando que as jovens, “apesar de namorarem muito, geralmente são monogâmicas (fiéis ao atual namorado)”. Por esse motivo, tal abordagem pode ter valor limitado, na caracterização da população alvo, sendo sugerida a alteração da forma de obter esta informação na anamnese.

No que diz respeito ao encaminhamento dos adolescentes ao Setor de DST, a principal forma foi a indicação pessoal, perfazendo um total de 50% (amigos e parentes) 28,7%, parceiros 10%, funcionários do DST 7,3%, alunos e outros funcionários da UFF 3,6%). As palestras educativas da equipe do

DST, assim como os cartazes afixados em escolas principalmente, ou durante a Semana de Combate à DST, que ocorre na primeira semana de abril, foram responsáveis por uma procura de 12%.

Porém, ao analisarmos por sexo descobrimos que a sensibilização desse meio foi significativamente maior para as moças (15,3%) do que para os rapazes (3,6%). O inverso ocorreu no encaminhamento por outras unidades de saúde de Niterói (exceto o HUAP, que na média foi responsável por 10% do encaminhamento) que encaminhou mais adolescentes do sexo masculino (20%) do que do sexo feminino (6,3%).

Dado que merece destaque é o encaminhamento pela rede privada 16,4% dos rapazes, e 7,3% das moças. Isso com certeza traduz a boa qualidade e reputação do atendimento do Setor de DST da UFF.

Os números encontrados correspondentes ao uso de métodos anticoncepcionais, em especial o preservativo entre os jovens estudados, é pequeno. Tais dados correspondem aos da literatura, que citam a taxa de uso de métodos contraceptivos em adolescentes como muito baixas^{3,5}. Os métodos anticoncepcionais permitem uma boa margem de segurança, oferecendo grande liberdade à mulher.

Por vezes, as adolescentes não têm conhecimento de como utilizar os métodos contraceptivos, mesmo quando existe tal conhecimento, muitas vezes as jovens acabam engravidando. Alguns estudos demonstram que, apesar de a maioria dos estudantes ter algum conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, menos da metade destes fará uso de algum método contraceptivo no seu primeiro relacionamento sexual^{6,7}, ou mesmo no primeiro ano de vida sexual, sendo que grande número de adolescentes ficará grávida nos seis primeiros meses de vida sexual¹.

Uma das justificativas para o baixo uso é o fato de que muitas adolescentes sentem culpa do que estão fazendo (de sua vida sexual ativa), e usar anticoncepcionais seria atestar sua vida sexual⁵. Aldrighi¹ descreve entre adolescentes que sofreram ou provocaram aborto, que 45,5% estavam em uso de métodos anticoncepcionais, utilizados porém de maneira inadequada. Bursztyn³³ cita que, dentre os motivos alegados pelas jovens de seu estudo para não uso do contraceptivo, destaca-se que apenas 24% alegam falta de informação, destacando as demais, o desejo consciente de engravidar, a dificuldade no uso do anticoncepcional e a falta de diálogo com pais e parceiros.

Campanhas direcionadas a esse público alvo devem ser feitas junto aos usuários do setor, e aos adolescentes de uma maneira geral, visando um maior esclarecimento e maior adesão ao uso de métodos anticoncepcionais. Os vários métodos devem ser apresentados aos jovens, devendo ser fornecido aquele escolhido pelo(a) adolescente e seu(sua) companheiro(a).

Os adolescentes devem ser alertados de que os anticoncepcionais orais, apesar de comprovadamente eficazes na prevenção da gravidez, não são preventivos de nenhuma DST, tornando a jovem vulnerável a uma infecção. Especial ênfase deve ser dada ao uso do preservativo, pelo fato de ainda agir

como prevenção à DST/Aids, e a relutância ao seu uso por parte de alguns jovens.

O estudo de Beach *et al.*²⁸ demonstra que somente 48% dos homens e 40% das mulheres jovens usaram preservativo em sua última relação²⁸, enquanto Aldrighi, *et al.* relatam o uso de preservativo por apenas 26% dos jovens de seu estudo⁸. É importante destacar, junto ao adolescente, a forma correta do uso do preservativo, demonstrando em um modelo, pois são muitos os jovens que utilizam-no de forma inadequada.

Lembramos ainda que a mudança de pensar em relação à prevenção das DST e de uma possível gravidez devem ocorrer em toda a sociedade, inclusive a partir dos meios de comunicação. O apelo erótico excessivo, usualmente apresentado na televisão vem acompanhado da idéia de que sexo não se planeja, simplesmente acontece, impossibilitando qualquer forma de prevenção.

O encontro de 20 em 144 (13,9%) de adolescentes grávidas, no momento da primeira consulta não pode passar sem destaque. Para nós é um sinalizador, mais do que importante, do processo de educação e até de profunda reflexão. A situação agrava-se se pensarmos nos dados de que, relatando virgindade, encontramos 8,3%. Óbvio que, sendo um Setor clássico de DST, imagina-se que as pessoas que nos procuram já tenham atividade sexual, todavia, o Setor atende a uma demanda variada, que historicamente tem a porcentagem de 30% do volume do atendimento, estar ligada a alterações ou atenção em saúde que não seja exclusivamente DST.

Se juntarmos todos os dados de gravidezes, incluímos os abortamentos ocorreram para 138 adolescentes (excluímos seis por não terem esses dados assinalados no prontuário) 45 gravidezes, o que confere uma taxa de gravidez em cada 3 adolescentes feminina.

Oito em 138 adolescentes (5,8%) tiveram abortamento, sendo que em uma adolescente ocorreram dois abortamentos. Assim, o número de abortos totais foi de 9/138, o que equivale a 6,5%. Com isso, ocorreu um abortamento para cada grupo de 15 adolescentes.

É interessante notar que tais dados estão de acordo com os de outros autores, que relatam aumento no número de gestações na adolescência⁹, desejadas ou não. Estima-se que no mundo, 13 milhões de crianças a cada ano são geradas por jovens de 15 a 19 anos¹⁰. Aproximadamente 1 milhão de adolescentes engravidam, anualmente nos EUA¹¹. Em alguns países da África, mais de 20% das jovens de 15 a 19 anos dá a luz¹². Na América Latina aproximadamente, 30% do total de gestações ocorre em mães adolescentes¹.

No Brasil, em 1985, 14,5% das gestações verificou-se em jovens até 19 anos⁴, sendo que no ano de 1994, no município do Rio de Janeiro, 16,64% das gestações ocorreram em jovens abaixo dos 20 anos¹³.

Sabemos que gestações indesejadas muitas vezes são interrompidas por abortos clandestinos e ilegais, colocando em risco a saúde da mãe. Entre as gravidezes de adolescentes nos Estados Unidos, 40% recorre a abortos provocados como método para interrupção¹⁰. Preferimos chamar essa gravidez adolescente de indesejável, pois afinal, muitas vezes a gravi-

dez é desejada, consciente ou inconscientemente; mas traz efeitos indesejáveis, como a evasão escolar e a má qualificação profissional que levam, muitas das vezes a uma piora do padrão familiar, financeiro e social.

O levantamento mundial sobre fertilidade observou uma relação inversa entre fertilidade e nível educacional das mulheres: mulheres sem educação formal têm, em média, o dobro do número de filhos do que aquelas com sete ou mais anos de escolaridade. Da mesma forma, mulheres que casam com 22 anos ou mais tem menos filhos do que mulheres que se casam com 18 ou 19 anos⁹. A gravidez na adolescência perpetua o ciclo da pobreza, gravidez na adolescência, baixa escolaridade, subemprego, lar desfeito, pobreza, nova gravidez¹⁰.

A gravidez nesta faixa etária está associada a taxas de mortalidade materna e morbidade altas⁹. Em nosso país é 30% maior a mortalidade materna entre as adolescentes do que entre as mulheres de 20 a 29 anos, sendo a décima causa de óbitos em adolescentes em geral e aumentando para a sexta causa na faixa dos 15 aos 19 anos¹⁴.

Devemos então, a partir da chegada da adolescente ao Setor de DST-UFF afim de se cuidar, promover sua saúde, uma oportunidade ímpar para discutir sua saúde sexual, abordando daí o tema da anticoncepção.

Destaca-se ainda que, mesmo entre aquelas que já possuem um filho é premente a necessidade de orientar-se quanto à contracepção, pois estudos têm demonstrado que significativo número de adolescentes possui três ou mais filhos antes dos vinte anos¹⁴.

Poucas pacientes em nosso estudo relatam ter sido vítimas de algum tipo de abuso sexual. Tais valores encontram-se bastante aquém dos valores encontrados nos EUA¹⁵. No município do Rio de Janeiro, em 1990, 21.6% de cada 100.000 crianças e adolescentes sofreram abuso sexual registrado em delegacia policial¹⁶. Tais números mostram que a omissão pode estar ocorrendo entre os pacientes atendidos no Setor; e este dado poderia ser importante para uma elucidação diagnóstica.

A Senadora Benedita da Silva, em discurso proferido na Semana da Criança de 1995, no Senado, relatou que, segundo informações da Casa da Passagem, em Recife, de 45 a 70% das prostitutas da região tinham menos de 20 anos. A situação é tão grave de violência contra jovens prostituídos (meninos e meninas, rapazes e moças), que foi criada em 1993 uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) destinada a apurar responsabilidade pela exploração e prostituição infantil¹⁷.

Também destacamos que, segundo o Código Penal Brasileiro, toda jovem de menos de 14 anos que mantém relação sexual é considerada vítima de estupro, por ser considerada presunção de violência perante a Lei¹⁸.

Dentre os diagnósticos, procuramos destacar o de infecções por *Chlamydia*. Hoje em dia a infecção por *Chlamydia trachomatis* é considerada problema de saúde pública nos EUA, onde se calcula uma média de quatro milhões de novos casos por ano¹⁹, com 70% de infecções assintomáticas²⁰. As estimativas de prevalência da infecção por *C. trachomatis* entre adolescentes sexualmente ativos variam entre 8 e 35% nos sintomáticos e 8 a 20% nos assintomáticos^{7,21}.

Os planos do *Centers of Diseases Control and Prevention CDC- USA* de instituir um programa de controle nacional comparável aos existentes para gonorréia e sífilis foram frustrados pela epidemia de HIV. Estudos realizados²² têm sugerido que toda adolescente sexualmente ativa deva ser reinvestigada com frequência para infecção genitourinária por *Chlamydia*, independente da história de comportamento sexual. A infecção por *Chlamydia* é a DST que acarreta maior impacto sobre a saúde reprodutiva das adolescentes, levando frequentemente a processos de esterilidade feminina^{7,20}.

A *Chlamydia trachomatis* é um patógeno do aparelho reprodutor implicado em processos de cervicite e salpingite, podendo também ser transmitida no momento do parto através do canal vaginal à criança, que pode vir a desenvolver conjuntivite e pneumonia.

Atualmente, a infecção por *Chlamydia trachomatis* é considerada problema de saúde pública nos EUA; onde se calcula uma média de quatro milhões de novos casos por ano¹⁹, com 70% de infecções assintomáticas²⁰. As estimativas de prevalência da infecção por *Chlamydia trachomatis* entre adolescentes sexualmente ativos, variam entre 8 e 35% nos sintomáticos e 8 a 20% nos assintomáticos^{21,7}.

Estudos realizados²² têm sugerido que, toda adolescente sexualmente ativa, deva ser reinvestigada com frequência para infecção genitourinária por *Chlamydia*, independente da história de comportamento sexual.

Mesmo assim, da população total, apenas dois (um homem e uma mulher) correspondendo a 0,9% dos estudados, tiveram seu exame solicitado, ambos com diagnóstico negativo. Certamente estamos diante de um número baixo de suspeição para *C. trachomatis* por parte dos profissionais do Setor.

Conhecendo toda a estrutura do Setor de DST, há convicção em afirmar que a baixa suspeição de infecção por *Chlamydia*, prende-se à extrema dificuldade que o serviço tem para conferir seu diagnóstico. Para piorar a situação, nem a rede pública ou laboratório central dispõem de insumos para a realização dos testes numa rotina médica. Com isso, na vivência do Setor de DST, por pura dificuldade técnica a pesquisa de *Chlamydia trachomatis* não se constitui em uma rotina de saúde pública. Aliás, tal dificuldade também é vivenciada em países desenvolvidos.

Já é demonstrado que os adolescentes com história prévia de DST estão sob maior risco de outras DST^{21,24}. Tais pacientes certamente estão envolvidos em comportamento de risco (ou possuem parceiros que estão) e deveriam receber orientações reforçadas sobre a importância do sexo seguro para prevenção de novas patologias.

As descargas vaginais ou corrimentos são extremamente comuns nas adolescentes, sendo importante motivo de consulta, também observado por outros autores²¹. Esta secreção ocorre por aumento da atividade hormonal ovariana, sendo constituída por uma descamação de células vaginais e secreções cervicais, e pode ser diferenciada de vulvovaginites específicas por não serem encontradas no exame laboratorial *clue cells* (sugestivas de *Gardnerella vaginalis*), *Trichomonas*, fungos e pelo aumento de *Lactobacillus sp.*

A elevada procura por pacientes com queixa de uretrite concorda com os motivos principais de procura de adolescentes apresentados por Alexander e Beck-Saque²¹, que ainda comentam que as infecções por *Chlamydia*, entre seus pacientes, já ultrapassam em 3:1 os casos de uretrite gonocócica, dados ainda não observados no Setor de DST-UFF. Apesar de muitos pacientes terem procurado o serviço, por motivos outros que não o de investigação/tratamento de uma Doença Sexualmente Transmissível, o rastreamento destas doenças em adolescentes tem que ser feito em muitos casos a partir de outras oportunidades, como a partir do pré-natal, da realização do seu exame preventivo ou da procura de orientação anticoncepcional.

Embora nossos números sejam de pacientes especialmente referidos a um Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis, os números de DST em jovens vem crescendo de forma alarmante em todos serviços médicos²³. Vários autores têm demonstrado que os adolescentes constituem o grupo sob maior risco de DST^{24,25}. É sabido que a atividade sexual desinformada e desprotegida na adolescência leva a maior exposição a Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que, em muitos casos, é adquirido durante a adolescência⁹.

Tal fato leva à necessidade de diminuir as taxas de exposição e à de infecção com DST, o que só poderá ser feito através do aumento de compreensão e conhecimento pelo maior número de jovens da forma de transmissão e prevenção de tais doenças. Estudos realizados na Nigéria, Quênia e Serra Leoa, mostram incidência de alguma Doença Sexualmente Transmissível entre 16 e 36% dos adolescentes atendidos¹²; sendo que um em cada 20 adolescentes adquire uma DST a cada ano em todo o mundo²³.

Embora a nível mundial venha apresentando um declínio, já sendo suplantada em novos casos por outras doenças, a gonorréia foi bastante encontrada no Setor de DST-UFF, sendo o principal diagnóstico na população masculina estudada. Não encontramos, entretanto, nenhum caso de infecção extragenital, nem de suas complicações, como infertilidade, artrite ou oftalmia. Esta preponderância da gonorréia corresponde a dados do Distrito Federal, onde em 1988 o principal diagnóstico entre os adolescentes masculinos foi o de gonorréia, seguido por uretrite não gonocócica, condiloma acuminado e sífilis²⁶.

O papel de destaque de HPV em nosso levantamento equivale a dados de literatura. Segundo Biro e Hillard²⁴, a investigação deve ser feita em todo paciente com vida sexual ativa, por tratar-se da DST viral mais prevalente nos EUA, apresentando em sua série 16% de adolescentes com alterações citológicas compatíveis com HPV.

A *Gardnerella vaginalis*, como causadora de vaginose bacteriana, apesar de diagnosticada várias vezes não pode ser caracterizada como uma doença de transmissão essencialmente sexual. Existem relatos de infecção por *Gardnerella vaginalis* em pacientes virgens, sintomáticas ou não²⁵. Bump e Buesching²⁷ não relatam, em seu estudo, diferença significativa na prevalência de vaginose bacteriana ou no isolamento

de *Gardnerella vaginalis*, entre os grupos de adolescente sexualmente ativas e das virgens.

A sífilis na adolescência é um importante diagnóstico, devido ao alto risco de sífilis congênita, transmitida a partir de mães infectadas. Nos Estados Unidos, 30% das crianças que nasceram com sífilis congênita eram filhos de adolescentes²¹. Em recente estudo³⁵, 25% dos casos de sífilis congênita, registrados no Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP ocorreram em filhos de mães adolescentes. Na população adolescente de Brasília, em 1988, a sífilis foi o mais importante diagnóstico etiológico, seguido de condiloma acuminado e gonorréia²⁹.

Embora diagnosticada em apenas uma adolescente no Setor de DST-UFF no ano de 1995, a importância da Aids não deve ser deixada de lado. Em relação à Aids, na faixa etária de 13 a 21 anos, os adolescentes representam 1,2% dos casos registrados nos Estados Unidos até 1989; com seu diagnóstico duplicando a cada 14 meses¹¹, é importante frisar que estes dados não levam em conta o portador assintomático que só apresentará sintomas e terá seu diagnóstico firmado na vida adulta.

A Aids já se encontra como a sétima causa de morte nos Estados Unidos na faixa etária dos 15 aos 19 anos²⁸. Cerca de 70% das infecções pelo HIV em mulheres no mundo ocorrem entre os 15 e os 25 anos, segundo dados do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas¹². No período de 1980 a 2 de julho de 1994, 2,9% dos casos de Aids incidiram em adolescentes, com outros 11,9% ocorrendo ainda na juventude (até os 25 anos), em casos muito provavelmente adquiridos durante a adolescência²⁹. Na verdade, os adolescentes podem estar sob risco particularmente elevado de infecção por HIV, já que a maioria dos jovens assume comportamento de alto risco, como a relação sexual sem proteção (o fator de risco mais comum associado à transmissão de Aids entre adolescentes é a relação sexual desprotegida).

O caso ocorrido em nosso serviço foi em uma adolescente que, além do HIV, apresentava, ainda, tricomoníase, sífilis, candidíase e miíase vulvar. Na seqüência do atendimento, foi também diagnosticada gravidez, que evoluiu para parto normal à termo, com recém-nato não infectado para o HIV nem para sífilis.

Para finalizar os itens coletados, desejamos comentar nossos dados em relação ao retorno do paciente ao Setor de DST. Tal item, como os demais, é aferido mediante relato escrito no prontuário.

Por ter trabalhado no Setor, pude observar que o serviço funciona como um verdadeiro local formador de recursos humanos para a área de saúde. Sendo assim, passam pelo serviço muitos profissionais médicos, enfermeiros, além de alunos de graduação.

O Setor de DST-UFF, como Centro de Treinamento Nacional em DST para a Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, oferece anualmente vários treinamentos em DST para os profissionais de todos os estados brasileiros.

Em cada treinamento, dez profissionais médicos/enfermeiros passam uma semana em atividades teóricas e práticas no Setor. Participam desde a palestra inicial, sala de espera até o

atendimento médico propriamente dito. Participam atendendo e escrevendo no prontuário. Mesma coisa fazem os profissionais da especialização e mestrado.

O corpo fixo do Setor, embora muito eficiente, atento e zeloso, é pequeno, para uma demanda grande de clientes.

Com essa evolução de raciocínio quero dizer que algumas vezes o paciente é atendido, algum exame é entregue, porém, o relato escrito no prontuário fica sem registro. Verdadeiramente isso ocorre em todos os serviços, sejam públicos ou privados. Óbvio que no Setor de DST esse número não é grande, mas existe. Assim, a taxa de retorno, com certeza, é maior do que a encontrada.

A taxa de retorno geral encontrada no presente estudo foi de 58%. Contudo, as adolescentes retornaram em 59% e os adolescentes em 54,3%. Estatisticamente são similares tais taxas. Comentário adicional deve ser feito ao fato de que mais de 30% de todos os adolescentes retornaram mais de uma vez. Não temos qualquer dado nacional ou estrangeiro para comparar esses valores, mas, se forem descontados aqueles casos que não necessitam mesmo retornar, pois foi apenas esclarecida alguma dúvida, ou os casos que não eram para o Setor e foram encaminhados para serviço específico (pré-natal), ou pacientes sem DST ou outro diagnóstico infeccioso, taxa geral, bruta, de 60% de retorno, a taxa pode ser encarada como excelente. Pessoalmente, acredito que apenas essa percentagem, sem qualquer outro desconto, representa um sinalizador importante de grande capacidade de atuação dispensada por aqueles que militam no Setor de DST.

Finalizando meus comentários, desejo expressar minha ousadia de dizer, que tendo participado de vários dos atendimentos aqui citados; este modesto, porém, para mim e equipe do Setor de DST, grande trabalho, representa um marco na atenção de adolescentes em clínica de DST, pois é um registro fiel dos aspectos que deixam a desejar, e altamente positivos, de um serviço público que luta para cumprir as metas de ser um centro de capacitação, em uma universidade atuando conjuntamente com ensino, pesquisa e extensão universitária. Assim, gera conhecimento e os difunde entre seu corpo discente / docente e para todos aqueles que possuem acesso às suas publicações.

CONCLUSÃO

- Dos pacientes atendidos no Setor de DST-UFF em 1995, houve predominância de adolescentes tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino no grupo etário entre 14 e 19 anos;
- a maioria dos adolescentes era de cor branca;
- com relação à moradia a maior parte dos adolescentes era proveniente de outras localidades;
- grande parte dos adolescentes iniciou a vida sexual entre 14 e 16 anos de idade, sendo que em média os rapazes iniciaram com mais idade do que as moças;
- a maioria da população estudada era constituída por adolescentes solteiros, predominantemente relatando parceiro sexual fixo exclusivo;

- a maior parte dos adolescentes é constituída por estudantes e outro grupo por trabalhadores;
- a principal referência de indicação do serviço foi de amigos e parentes, sendo que, parte dos rapazes e moças foram encaminhados ao Setor de DST por clínicas privadas;
- considerável parte dos adolescentes relatou não utilizar nenhum tipo de método contraceptivo; apesar desse fato, elevado número de moças nega ter engravidado alguma vez;
- na população masculina estudada, a maioria negou uso de preservativo, em contrapartida, pequeno número de adolescente estava grávida na primeira consulta;
- considerável quantidade de adolescentes retornou ao setor para acompanhamento;
- nenhum dos rapazes atendidos relatou ter sido vítima de violência sexual, mas, entre as moças a taxa foi de 2,7%;
- elevado número de adolescentes relataram a não ocorrência de doença de transmissão sexual prévia;
- considerável parte das adolescentes buscaram atendimento predominantemente por queixa de corrimento vaginal, e acentuado número dos homens vieram à consulta com queixa de uretrite;
- acentuada quantidade de adolescentes que buscou atendimento no Setor de DST, e apresentaram diagnóstico de uma infecção genital, sendo que nas moças as DST mais frequentes foram a infecção por HPV, sífilis, tricomoníase, gonorréia e HIV. Já nos rapazes a maior ocorrência foi de gonorréia, infecção por HPV, sífilis e cancro mole.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coelho Junior, Elísio. A adolescente e o ginecologista. **MIP-Boletim Informativo do Movimento de Integração de Profissionais de Saúde para Adolescentes**, Recife, abr./jun. 1996. v. 2, n. 2, p. 23, c.1,2.
2. IBGE - **Censo Demográfico**. 1991.
3. Ozcebe, Hilal, Dervisoglu, Ayse Akin. Adolescents: with a special reference to Middle East and North Africa Regions. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.79-88, fev., 1995.
4. Costa, Maria, Pinho, José, Martins, Sandro. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém-Pará. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.71, n. 3, p.151-156, mai., 1995.
5. Taquete, Stella Regina. Sexo e gravidez na adolescência: estudo de antecedentes bio-psico-sociais. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3/4, p.135-139, mar., 1992.
6. Pesquisa de cadastro de preservativos. **Boletim PAPOS**, Rio de Janeiro, 4º trim. 1995. v. 1, n. 4, p. 2, c.2.
7. Thomas, Bell. Infecções por *Chlamydia trachomatis* em adolescentes. **Clínicas Médicas da América do Norte: Medicina do Adolescente**, Rio de Janeiro, v. 5, p.1311-1321, 1990.
8. Aldrighi, José, Piha, Tony, Campos, Luís Salvoni. Anticoncepção na adolescência. **Ars Cvrandi**, Rio de Janeiro, n. 6, p.55-64, nov./dez., 1993.

9. Organização Mundial de Saúde. **Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação**. Genebra: OMS/FNUAP/UNICEF, 1993. 22 p.
10. Rodrigues, Anete Pedrenho, Souza, Maria do Carmo Borges, Brasil, Rita Maria Cavalcante, Carakuhansy, Gerson. A Adolescência. **Femina**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.241-246, mar., 1993.
11. Kipke, Michele, Futterman, Donna, Hein, Karen. Infecção pelo VIH e Aids durante a adolescência. **Clínicas Médicas da América do Norte: Medicina do Adolescente**, Rio de Janeiro, v. 5, p.1223-1244, 1990.
12. Zewdie, Debrework. The Rapidly Increasing HIV/Aids Infection Rates Among Young Girls. *In*: International Conference on Aids in Africa, 13, 1993, Marrakesh, African Conference on Sexually Transmitted Diseases, 8, 1993, 13. Marrakesh. **Apresentação**. Marrakesh: Aids Control and Prevention Project, 1993. 12p.
13. Castelo Branco, Viviane Manso. Perfil da gravidez na adolescência no município do Rio de Janeiro. *In*: Congresso da Sociedade Brasileira de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 4, 1996, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro, 1996. 84 p. p. 75
14. Rodrigues, Anete Pedrenho, Souza, Maria do Carmo Borges, Brasil, Rita Maria Cavalcante, Carakuhansy, Gerson. Gravidez na adolescência. **Femina**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.199-224, mar., 1993.
15. Associação Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência - ABRAPIA. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção: guia de orientação para profissionais de saúde**. Petrópolis: Autores e Agentes Associados, 1992. 32p.
16. Assis, Simone, Souza, Ednilsa. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. **Jornal de Pediatria**. v. 71, n. 6, p.303-312, nov./dez. 1995.
17. Silva, Benedita da. **A situação das crianças e dos adolescentes brasileiros**. Brasília: Senado Federal, 1995. 16p.
18. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário
19. Randall, Terry . Novas ferramentas disponíveis para o diagnóstico e tratamento da *Chlamydia*. **The Journal of the American Medical Association / Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v. 1, n. 5, p.298-305, set./out., 1993.
20. Cunningham, DS. Infecção genital por clamídia. **Gynecology and Obstetrics Investigator**. n. 39, p.54-59, 1995.
21. Beck-Sague, Consuelo, Alexander Russel. Sexually Transmitted Diseases in Children and Adolescents. **Infectious Disease Clinics of North America**, Philadelphia, v. 1, n. 1, p.277-304, mar., 1987.
22. Blythe, Margareth, *et al*. Infecção Genitourinária Recorrente por clamídia em adolescentes sexualmente ativas. **The Journal of Pediatrics**, v. 121, n. 3, p.487-493, 1992.
23. Souza, Ronald Pagnocelli de. *In*: Sociedade Brasileira de Peditria: Comitê de Adolescência. **Manual de adolescência**. Rio de Janeiro: Diretoria de Publicações da SBP, 1990. 80p. Sexualidade na adolescência. p. 53-58.
24. Biro, Frank, Hillard, Paula. Infecção Genital por Papilomavírus Humano em Adolescentes. **Clínicas Médicas da América do Norte: Medicina do Adolescente**, Rio de Janeiro, v. 5, p.1323-1339, 1990.
25. Valle, Maria Dilce Barroso . Os Adolescentes, Grupo de Risco das DST. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, Niterói,RJ.
26. Coelho Junior, Elísio. A Adolescente e o Ginecologista. **MIP-Boletim Informativo do Movimento de Integração de Profissionais de Saúde para Adolescentes**, Recife, abr./jun.. 1996. v. 2, n. 2, p. 23, c.1,2.
27. Maakaroun, Marília de Freitas, Souza, Ronald Pagnocelli de, Cruz, Amadeu Roselli. **Tratado de adolescência, um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. 1002 p.
28. Bump, Richard. Bacterial Vaginosis in Virginal and Sexually Active Adolescent Females: Evidence Against Exclusive Sexual Transmission. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, n. 158, p. 935-939, 1988.
29. Beach, Roberta, *et al*. Eficiência dos preservativos em jovens. **Pediatrics**, v. 95, n. 2, p.281-285, 1995.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS**. v. 7, n.6, p.6, jun., 1994.
31. De onde vêm os pacientes. **Momento UFF**, Niterói, abr. 1996.n. 63, p. 1, c.1.
32. Zagury, Tania. **O Adolescente por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1996. 185p.
32. Vitória, Gisele. Sexo Teen: as angústias, as dúvidas e as novidades da geração que cresceu entre o fantasma da aids e o mito da liberdade sexual. **Isto é**, n. 1340, p.92-98, 7 de jun. , 1995.
33. Burztyrn, Ivani. Gravidez na adolescência: a visão dos adolescentes. *In*: Congresso da Sociedade Brasileira de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 4, 1996, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro, 1996. 84 p. p. 26
34. Organização Pan-Americana de Saúde. Programa de Saúde Materno-Infantil. **O marco conceptual da saúde integral do adolescente e de seu cuidado**. Washington: OPS/OMS, 1990.17 p.
35. Castelo Branco, Viviane Manso, *et al*. Perfil das Adolescentes Atendidas nas Atividades de Contracepção da Rede Básica da SMS / RJ. *In*: Congresso da Sociedade Brasileira de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 4, 1996, Rio de Janeiro. **Anais ...** Rio de Janeiro, 1996. 84p. p. 76
36. Freitas, Fátima Pires, *et al*. **Sífilis Congênita: levantamento no Berçário do Hospital Universitário Antônio Pedro - Universidade Federal Fluminense: Período 1990/1992**. Niterói, 1993. 50 p. Monografia de conclusão de curso (Especialização em Doenças Sexualmente Transmissíveis). Universidade Federal Fluminense.
37. Gomes, Sonia Maria Tavares de Albuquerque Gomes. *In*: Sociedade Brasileira De Pediatria: Comitê de Adolescência. **Manual de Adolescência**. Rio de Janeiro: Diretoria de Publicações da SBP, 1990.80p. Características de um Serviço de Atenção Primária. p. 43-48.
38. Universidade Federal Fluminense, Centro de Ciências Médicas,Departamento de Doenças Infeciosas e Parasitárias. **Projeto de Implantação do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense**. Niterói, RJ, Ed. Universidade Federal Fluminense, 1988. v. 2, n. 2, 3, 4, p.49-51, abr./dez., 1990.

Endereço para correspondência:

Setor de DST-UFF
 Tomaz Barbosa Isolan
 Rua D. Pedro II, 756
 Pelotas, RS – 96010-300

PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO PELO HIV E SÍFILIS EM SISTEMA CORRECCIONAL PARA ADOLESCENTES

PREVALENCE OF HIV INFECTION AND SYPHILIS AMONG ADOLESCENTS IN A JUVENILE JUSTICE SYSTEM

Angélica E Miranda¹, Adriana M Zago¹

RESUMO

Objetivos: Determinar a soroprevalência de infecção pelo HIV e sífilis e identificar fatores de risco para estas infecções entre adolescentes do sistema correccional da Grande Vitória. **Métodos:** Estudo de corte transversal realizado no período de março a junho de 1999. Foi realizada uma entrevista estruturada e coletada uma amostra de sangue para realização de testes para infecção pelo HIV e sífilis. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 103 adolescentes, sendo 92,2% do sexo masculino e 7,8% do sexo feminino. A prevalência de infecção pelo HIV foi de 4,9% (IC 95% 1,0%-9,0%) e de sífilis 7,8% (IC95% 2,6%-12,8%). A média de idade foi de 16,3 anos (DP1,24) e a de escolaridade foi de 4,6 anos (DP2,4). A média do tempo de prisão foi de 32,1 dias (DP37,63), variando de 1 dia a 5 meses; houve relato de prisão anterior em 34%. Os fatores de risco relatados foram: 52,4% não usavam preservativos; 28,9% relataram história de DST e 50,5% usavam algum tipo de droga (maconha 39,8%; cola 13,6%; cocaína inalatória 26,2%; crack 13,6%; e cocaína injetável, 10,7%). Houve associação estatisticamente significativa entre infecção pelo HIV e o uso de drogas injetáveis (OR=27; 95%IC: 2,5-219,18), assim como para a sífilis (OR=8,7; 95%IC:1,5-50,83). **Conclusão:** Adolescentes encarcerados no sistema correccional de justiça em Vitória encontram-se em significante risco para infecção pelo HIV. As taxas de prevalência identificadas neste estudo confirmam a existência de um problema a ser controlado e a necessidade de implementação de programas de prevenção e aconselhamento para esta população.

Palavras-chaves: adolescentes, prisão, HIV, sífilis

ABSTRACT

Background: To determine the seroprevalence of HIV infection and syphilis and identify risk factors for these infections among adolescents in a court stay juvenile justice system in Vitoria, Brazil. **Methods:** Cross-sectional study was conducted from March to June 1999. They were interviewed using a structured questionnaire and a blood sample was collected for testing HIV and syphilis. **Results:** A total of 103 adolescents were included, 92.2% male and 7.8% female. The prevalence rates were: HIV infection 4.9% (IC95% 1.0%-9.0%) and syphilis 7.8% (IC 95% 2.6%-12.8). The mean age was 16.3 years old (SD1.24) and mean education was 4.6 years of schooling (SD2.4). The mean time in prison was 2.1 days (SD37.63), ranging from 1 day to 5 months; previous imprisonment were reported by 34%. The risk factors accessed were: 52.4% never used condoms; 28.9% reported history of STDs and 50.5% used any illicit drug (cannabis 39.8%; glue 13.6%; snuffing cocaine 26.2%; crack 13.6% and injecting cocaine 10.7%). Injecting drug abuse were statistical associated to HIV infection (OR=27; 95%IC: 2.5-219.18), and syphilis (OR=8.7; 95% IC:1.5-50.83). **Conclusion:** Adolescents who are under the jurisdiction of the juvenile justice system in Vitoria are at significant risk for HIV infection. The rates identified in this study confirm that there is a problem to be controlled and show the urgent need for prevention programs and counseling to this population.

Keywords: adolescents, prison, HIV, syphilis

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 13(4):35-39, 2001

INTRODUÇÃO

O sistema penitenciário no Brasil apresenta sérios problemas. Há um déficit de 120.000 vagas em todo país. A situação dos encarcerados é deficitária, não há assistência médica e jurídica adequadas e suficientes. Dados do último censo penitenciário registram a existência no país de 297 presídios, com

59.954 vagas e 129.169 sentenciados, além daqueles que aguardam julgamento, deixando evidente a superpopulação carcerária com uma média de 2,15 detentos por vaga.¹

A população carcerária é considerada uma população de alto risco para DST/Aids, principalmente por ser constituída, em grande parte, por um grupo de pessoas em contato com uso ou tráfico de drogas e discriminadas pela sociedade.² Estas pessoas são provenientes de comunidades com acesso limitado aos cuidados de saúde, especialmente em relação à atenção primária, detecção precoce e tratamento adequado das

¹ Centro de Referência em DST/Aids, Vitória, ES

doenças.^{3,4} Associado a estes fatos, soma-se que o estilo de vida dessas pessoas dificulta a adesão e continuidade do tratamento. Devido a esses problemas, o encarceramento provê uma condição especial para se abordar tal grupo de difícil acesso em outras circunstâncias e cujos fatores de risco e taxas de prevalência destas doenças são maiores que na população geral.²

A Aids tem sido uma das principais causas de morte entre a população encarcerada em países desenvolvidos.^{5,6} Há algum tempo, as autoridades de saúde pública vêm se conscientizando da frequência elevada de comportamentos de risco para DST/AIDS nessa população.⁷ O uso de drogas injetáveis e atividade homossexual são comportamentos frequentemente relatados pelos presidiários.⁸⁻¹¹

Populações encarceradas são representadas, em grande parte, por usuários de drogas fora da prisão. Mais de 50% das ofensas criminais observadas nos presídios estão relacionadas ao uso e tráfico de drogas.¹² Esses dados ressaltam o fato de que os presídios são o mais importante local de acesso aos usuários de drogas injetáveis (UDI). Evidências adicionais indicam que atividade sexual tanto hetero quanto homossexual ocorre comumente nos presídios, facilitando a disseminação de patógenos de transmissão sexual.^{13,14}

Os dados de morbidade sobre DST/HIV/Aids em presídios brasileiros são escassos e não há relatos suficientes que determinem a real situação das DST no sistema penitenciário. A realização de estudos de prevalência nesta população é de grande importância para se conhecer seu perfil epidemiológico e a extensão do problema e assim traçar programas de prevenção através da implementação de atividades educativas e acesso adequado aos serviços de saúde durante o encarceramento.

MÉTODOS

Um estudo de corte transversal foi realizado no período de março a junho de 1999 em unidade do Sistema Correcional Juvenil do Espírito Santo. Todos os adolescentes encarcerados neste período foram convidados a participar do estudo. Foi realizada uma entrevista face-a-face para coleta de dados sociodemográficos e para avaliar os riscos para DST/AIDS; também foi coletada uma amostra de sangue para realização de testes para infecção pelo HIV (ELISA e Reação de imunofluorescência indireta) e sífilis (VDRL e MHA-TP).

As amostras de sangue foram coletadas no presídio obedecendo às técnicas laboratoriais de rotina recomendadas pelo Ministério da Saúde. Em seguida foram enviadas ao Laboratório Central da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória para processamento.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o SPSS versão 7.5 para Windows 95.¹⁵ Foi realizada uma análise descritiva, incluindo distribuição de frequência para variáveis qualitativas e cálculo de média e desvio-padrão para variáveis quantitativas. A prevalência de infecção por HIV e sífilis foi estimada pela presença de teste positivo e foram fornecidas pela frequência do diagnóstico em questão, sendo calculado o

correspondente intervalo de confiança de 95%. As possíveis associações entre doenças específicas e comportamentos de risco ou variáveis demográficas e clínicas foram testadas através de testes de qui-quadrado com correção de Yates ou teste de Fisher quando apropriado. Odds Ratios e intervalos de confiança foram calculados em análises bivariadas para estimar o grau de associação entre cada infecção e os potenciais fatores de risco.¹⁶

Autorização para a pesquisa foi obtida dos diretores do Sistema Correcional Juvenil do Estado do Espírito Santo. Todos os adolescentes foram convidados a participar do estudo em caráter voluntário e responderam ao termo de consentimento após receberem as informações referentes ao protocolo de pesquisa.

Os casos de sífilis identificados foram tratados, após a divulgação do diagnóstico para o participante, de acordo com as normas do manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis do Ministério da Saúde,¹⁷ e os casos de infecção pelo HIV foram encaminhadas para acompanhamento específico no Centro de Referência em DST/Aids.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo, 103 adolescentes dos 107 convidados, o índice de aceitação foi de 96,3%. A média de idade foi de 16,3 anos (DP 1,24) e a de escolaridade foi de 4,6 anos (DP 2,4). A média do tempo de prisão foi de 32,1 dias (DP 37,63), variando de 1 dia a 5 meses; houve relato de prisão anterior em 34% dos 103 casos. Na Tabela 1 estão resumidos os dados sociodemográficos e criminais dos adolescentes.

A prevalência de infecção pelo HIV foi de 4,9% (IC 95% 0,6%-9,0%) e de sífilis 7,8% (IC 95% 2,6%-12,8%). Houve associação estatisticamente significativa entre infecção pelo HIV e o uso de drogas injetáveis (OR=27; 95%IC: 2,5-219,18), assim como para a infecção pelo *T. pallidum* (OR=8,7; 95%IC:1,5-50,83). Foi observado uma tendência de associação em relação a infecção pelo HIV e cocaína inalatória (OR=2,3; 95%IC:0,3-18,01).

O uso de drogas foi relatado por 50% dos adolescentes, sendo a maconha e a cocaína inalatória as principais drogas utilizadas. O uso abusivo de álcool foi observado em 35,4% e tabagismo atual em 66,5% dos entrevistados. História pregressa de DST foi relatada por 30 pacientes (29,1%), sendo as relatadas: gonorréia 15 (14,6%); condiloma (9,7%) e sífilis 5 (4,8%). Os dados sobre comportamentos de risco e sinais e sintomas de DST estão descritos na Tabela 2.

DISCUSSÃO

Apesar dos importantes avanços que ocorreram no conhecimento sobre a patogênese da infecção pelo HIV e do advento da terapia anti-retroviral potente, a epidemia de HIV/Aids continua a crescer, assumindo tendências preocupantes.¹⁸

No Brasil, a morbi-mortalidade relacionadas ao HIV/Aids tem assumido impacto crescente entre os mais pobres e desfa-

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e criminais dos adolescentes

Variáveis	N (%)
Gênero	
Masculino	95 (92,2)
Feminino	8 (7,8)
Etnia	
Branco	23 (22,3)
Pardo	69 (67,0)
Negro	11 (10,7)
Escolaridade	
Analfabetos	10 (9,7)
1-4 anos	43 (41,8)
5-8 anos	48 (46,6)
> 8 anos	2 (1,9)
Estado civil	
Solteiro	95 (92,2)
Casado	7 (6,8)
Viúvo	1 (1,0)
Delito	
Relacionado a drogas	46 (45,0)
Furto/Roubo/Assalto	44 (42,3)
Outros delitos	13 (12,7)

Tabela 2 - Comportamentos de risco para DST/HIV e sinais/sintomas relatados pelos adolescentes no momento da entrevista

Fatores de risco para DST/HIV	N (%)
História de DST	30 (28,9)
Uso de Condoms	
Sempre/ Às vezes	29 (29,6)
Nunca/Raramente	74 (70,4)
Orientação sexual	
Heterossexual	99 (96,1)
Homo/bissexual	4 (3,9)
Número de Parceiros Sexuais (último mês)	
0	12 (11,6)
1	32 (31,1)
2-4	34 (33,0)
5-10	19 (18,5)
>10	6 (5,8)
Uso de droga	
Maconha	52 (50,5)
Cocaína inalatória	41 (39,8)
Cola	27 (26,2)
Crack	14 (13,6)
Cocaína injetável	11 (10,7)
Sinais e sintomas	
Lesão genital	10 (9,7)
Prurido genital	6 (5,8)
Secreção uretral	5 (4,8)
Fluxo vaginal	3 (2,9)
Rash cutâneo	2 (1,9)
Linfoadenopatia	6 (5,8)

vorecidos, entre os jovens e as mulheres, além de apresentar uma interiorização da epidemia.¹⁹

A população carcerária é considerada um grupo vulnerável à infecção pelo HIV e outras DST, principalmente devido aos comportamentos de risco relacionados, principalmente, ao uso de drogas injetáveis.⁸⁻¹¹

Alguns estudos têm sido produzidos no Brasil no sentido de identificar a prevalência da infecção pelo HIV no sistema penitenciário, de maneira a permitir o conhecimento da magnitude do problema, a formulação de estratégias de prevenção à infecção e o tratamento destas infecções nessa população. Dados sobre outras DST não têm sido comumente relatados.

Apesar de a taxa de prevalência de DST identificada neste estudo ser alta, encontra-se dentro dos parâmetros observados em estudos prévios realizados em populações carcerárias no Brasil. Queiroz²⁰ e Ferreira²¹ relataram uma prevalência de HIV de 18,3% em 1987 e 25% em 1993, respectivamente, na Penitenciária feminina de São Paulo, enquanto Massad e colaboradores²² relataram uma taxa de 16% de infecção pelo HIV e 18% de sífilis em presídeo no Estado de São Paulo. Marins relatou uma prevalência de 12,5% de infecção pelo HIV em população carcerária em Sorocaba, São Paulo²³, Zanetta e colaboradores²⁴ encontraram uma taxa de infecção pelo HIV em adolescentes de rua em São Paulo de 2,6% no sexo masculino e 10,3% no sexo feminino. Estudo realizado em prisões do Estado do Rio de Janeiro identificou 7,2% de mulheres encarceradas com sorologia positiva para o HIV.²⁵ Estudo realizado na penitenciária feminina do Estado do Espírito Santo relatou altas taxas de DST, 72,7 % das mulheres tinham pelo menos uma DST diagnosticada, 9,9% de infecção pelo HIV e 16% de sífilis.²⁶ Os dados deste estudo complementam os resultados anteriores e documentam que a alta prevalência da infecção pelo HIV em presidiários não ocorre somente nas grandes cidades do Brasil.

Populações encarceradas são representadas, em grande parte, por usuários de drogas fora da prisão. Mais de 50% das ofensas criminais observadas nos presídios estão relacionadas ao uso e tráfico de drogas.^{11,12} Esses dados ressaltam o fato de que os presídios são um importante local de acesso aos usuários de drogas injetáveis (UDI). Há mais UDI em presídios do que em centros específicos para tratamento desta população (9)(27). O uso de drogas injetáveis sempre foi o fator de risco mais frequentemente observado na população encarcerada, e evidências adicionais indicam que atividade sexual tanto hetero quanto homossexual também ocorre comumente nos presídios, facilitando a disseminação de patógenos de transmissão sexual.^{10,13,14,28}

Neste estudo, como em outros estudos realizados no Brasil,^{22,24,26} foi observada a associação entre a infecção pelo HIV e o uso de drogas injetáveis o que corrobora os dados da literatura científica, que descreve a toxocomania como o principal fator de risco para a infecção pelo HIV entre presidiários.

Outro dado que vale a pena ressaltar é a associação entre a infecção pelo HIV e outras DST, principalmente quando consideramos que 30% da amostra relatou história de DST e que o uso de preservativos não é uma prática habitual. Relatos da

literatura demonstram que DST com lesões ulcerativas, como a sífilis, o cancro mole e o herpes genital, estão associados com uma maior taxa de transmissão do HIV.²⁹ As DST não ulcerativas também estão associadas com um aumento do risco de transmissão do HIV de três a cinco vezes.^{30,31}

Estes dados ressaltam a urgente necessidade de atividades educativas, preventivas e terapêuticas durante o encarceramento. Este segmento da população, que estatisticamente tem mais problemas de saúde do que o resto da população, tem tido um menor acesso aos cuidados de saúde. O encarceramento pode representar um momento oportuno para se pensar em novas estratégias de acesso a esta população e se implementar uma política de assistência à saúde mais adequada.^{9,28,32}

No planejamento de programas educacionais de prevenção às DST/Aids, direcionados à adolescentes encarcerados é vital que educadores tenham um entendimento da vida dessas pessoas fora da prisão, e dos fatores que contribuem para o encarceramento, bem como de quais recursos e ferramentas seriam necessários para promover mudanças de comportamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schechman M. Experiências no controle de prevenção da AIDS no sistema prisional (mesa redonda). In: **Seminário Estadual sobre Aids no sistema prisional**. Florianópolis, Santa Catarina. Anais, Santa Catarina: p. 34-50 (sem numeração). 1994
2. Bird AS, Gore SM. Inside Methodology: HIV surveillance in prisons. *AIDS* 1994; 8:1345-46
3. Moore J. **Contracted Health Care**: New Approaches to an Old Problem. *Corrections Today*, August 1984:20-4.
4. Wood VD, Shoroye A. Sexually transmitted disease among adolescents in the juvenile justice system of the District of Columbia. *J Natl Med Assoc*, 85(6): 435-39. 1993
5. Salive M, Brewer F. Death in prison: changing mortality patterns among males inmates in Maryland 1979-1987. *Am J Public Health*, 80:1-2. 1990
6. Dean-Gaitor HD, Fleming PL. Epidemiology of AIDS in incarcerated persons in the United States, 1994-1996. *AIDS* 13 (17): 2429-35. 1999
7. World Health Organization. **Report on HIV/AIDS in prison 1990**. WHO Global Programme on AIDS and crime prevention and criminal justice branch of the United Nations Office; September Viena, Austria. 1990
8. Harding TW. AIDS in prison. *Lancet* ii:1260-63. 1987
9. Decker MD, Vaughn W, Brodie JS, et al. The incidence of hepatitis B in Tennessee prisoners. *J Infect Dis* 152:214-17. 1985
10. Harwell TS, Trino R, Rudy B, Yorkman S, Gollub EL. Sexual activity, substance use, and HIV/STD knowledge among detained male adolescents with multiple versus first admissions. *Sex Transm. Dis* 26 (5): 265-71. 1999
11. Kim AA, McFarland W, Kellog T, Katz MH. Sentinel surveillance for HIV infection and risk behavior among adolescents entering juvenile detention in San Francisco: 1990-1995. *AIDS* 13(12): 1597-8. 1999
12. Barton WI. Drug histories and criminality of inmates of local jails in the United States (1978): implications for treatment

- and rehabilitation of the drug abuser in a setting. **Int J Addict** 17: 417-44. 1982
13. Brewer TF, Derrickson J. AIDS in prison: a review of epidemiology and preventive policy. **AIDS** 6: 623-28. 1992
 14. Morris RE, Baker CJ, Valentine M, Pennisi AJ. Variations in HIV risk behaviors of incarcerated juveniles during a four-year period. **J Adolesc Health** 23 (1): 39-48. 1998
 15. Norusis MJ. **SPSS for windows: base system user's guide**, release 7.5, Chicago, SPSS inc. 1995
 16. Fleiss, JL. **Statistical Methods for Rates and Proportions**. Second edition. John Wiley and Sons, New York, New York, 1981
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 1997. 74p.
 18. World Health Organization. **WHO strategic plan for HIV/AIDS and sexually transmitted diseases: 1997-2001**. Office of HIV/AIDS and STDs, Geneva, 2000.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico - AIDS**. Ano XIII nº2 – 23ª a 36ª semanas epidemiológicas, julho a setembro de 2000.
 20. Queiroz W, Rodriguez C, Paula M, et al. Anti-HIV serological trial in the female incarcerated population of São Paulo State prison, 1987. **IV International Conference on AIDS**, June 1988. Stockholm. Annals, abstract 4214.
 21. Ferreira MMC, Ferrazoli L, Palaci M, et al. Tuberculosis and HIV infection among female inmates in São Paulo, Brazil: A prospective cohort study. **J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol** 13 (2): 177-83. 1996
 22. Massad E, Rozman M, Azevedo RS, Silveira AS et al. Seroprevalence of HIV, HCV and syphilis in Brazilian prisoners: preponderance of parenteral transmission. **Euro J Epidemiol** 15(5):439-45. 1999
 23. Marins JR. **Soroprevalência da infecção por HIV em população carcerária**. Campina, SP, 1996 Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
 24. Zanetta DM, Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, et al. HIV infection and related risk behaviours in a disadvantaged youth institution of São Paulo, Brazil. **Int J STD AIDS** 10 (2): 98-104. 1999
 25. Carvalho ML, et al. Estudo transversal sobre prevalência da infecção pelo HIV no sistema penitenciário do Rio de Janeiro. **IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, Rio de Janeiro – agosto/1998. Livro de resumos: ABRASCO, 1998. p.196.
 26. Miranda AE, Vargas PM, St Louis ME, Viana MC. Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors. **Sex Transm Dis** 27 (9): 491-95. 2000
 27. Hull HF, Lyons LH, Mann JM, et al. Incidence of hepatitis B in the penitentiary of New México. **Am J Publ Health** 75: 1213-14. 1985
 28. Lichtenstein B. HIV risk and healthcare attitudes among detained adolescents in rural Alabama. **AIDS Patient Care STDs** 14 (3):113-24. 2000
 29. Plummer FA, Simonsen JN, Cameron DW, et al. Cofactors in male-female sexual transmission of HIV type 1. **J Infect Dis** 163: 233-239. 1991
 30. Laga M, Manoka A, Kivuvu M, et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. **AIDS**. 7:95-102. 1993
 31. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other STD to sexual transmission of HIV infection. **Sex Transm Infect** 75(1):3-17. Review. 1999
 32. Schapman N, Cass PS. Project: HIV prevention for incarcerated youth in Indiana. **Community Health Nurs** 17(3):151-58. 2000
- Endereço para correspondência:**
 Angélica Espinosa Miranda, Adriana Marchon Zago
 Centro de Referência em DST/Aids
 Rua Caramuru, 10 Centro – Vitória, ES - 29015-020
 E-mail: espinosa.gaz@terra.com.br

VIOLÊNCIA SEXUAL, VULNERABILIDADE E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

SEX OFFENSES, VULNERABILITY AND SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

Jair N Reis¹, Carmen CS Martin², Sônia MV Bueno³

RESUMO

Fundamentos: Estabelecendo uma relação assimétrica de poder e autoridade a violência sexual fere as normas do Direito e rompe as barreiras de classes sociais. Acometendo ambos os sexos e todas faixas etárias, ela ocorre tanto no espaço privado quanto no público, produzindo consequências físicas e psicológicas. Além das lesões genitais e extragenitais, as vítimas vivenciam a possibilidade da aquisição de uma doença sexualmente transmissível e do HIV. **Objetivo:** Analisar sob a ótica do conceito da vulnerabilidade, características relativas aos crimes de estupro e atentado violento ao pudor frente à possibilidade de as vítimas adquirirem doenças sexualmente transmissíveis. **Métodos:** Elegeu-se os casos de estupro e atentado violento ao pudor cometidos contra mulheres, categorizados segundo o critério de idade estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, notificados pela Delegacia de Defesa da Mulher e examinados pelo Núcleo de Perícias Médico-Legais de Ribeirão Preto-SP no período de 1996 a 2000. **Resultados:** Foram vitimizadas 358 mulheres, sendo 135 crianças, 112 adolescentes e 111 adultas, através de 197 crimes de estupro, 129 atentados violentos ao pudor e 32 associações destes dois delitos. Mulheres foram vítimas preferenciais destes crimes (91,6%) e crianças e adolescentes as mais vitimizadas (69%). Ofensores únicos representaram 83,8% dos casos e 5,9% os de múltipla agressão. Lesões genitais e anais foram evidenciadas em 14,5% das vítimas. **Conclusões:** A vulnerabilidade das vítimas para doenças sexualmente transmissíveis decorre de fatores como susceptibilidade, tipo de contato sexual, número de ofensores, presença de lesões genitais e anais, comportamentais e o contexto social.

Palavras-chave: violência sexual, vulnerabilidade, DST

ABSTRACT

Background: Establishing an asymmetric relation of power and authority the sexual violence hurts Law rules and breaks the barriers of social classes. Attacking both sexes and all age groups, it occurs so much in the private space as in the public, producing physical and psychological consequences. Besides the genital and non-genital injuries, the victims experience the possibility of the acquisition of a sexually transmitted disease and HIV. **Objective:** Analyze under the vulnerability point of view's concept, characteristics related to sexual assaults and the victims' possibility to acquire sexually transmitted diseases. **Methods:** We elected sexual assault incidents committed against women, categorized according to the age criterion established by the Child and Adolescent's Statute, notified by the Police Office for Women's Protection and examined by forensic experts of the Center for Legal Medical Investigation of Ribeirão Preto City in the period of 1996 - 2000. **Results:** They were 358 victimized women, being 135 children, 112 adolescents and 111 adults, through 197 rape crimes, 129 violent indecent exposures and 32 associations of these two delicts. Women were preferential victims of these crimes (91,6%) and children and adolescents the more abused (69%). Single offenders represented 83,8% of the cases and 5,9% the ones of multiple aggression. Genital and anal injuries were evidenced in 14,5% of the victims. **Conclusions:** Vulnerability of victims to sexually transmitted diseases results of factors as susceptibility, type of sexual contact, number of offenders, presence of genital and anal injuries, behavioral and social context.

Keywords: sex offenses, vulnerability, STD

ISSN: 0103-0465

DST – *J bras Doenças Sex Transm* 13(4):40-45, 2001

INTRODUÇÃO

Muitas vezes nos deparamos com atos de agressões à vida, à dignidade e liberdade, onde o emprego de força ou poder afetam de forma grave nosso horizonte social, trazendo à tona obs-

curas exigências primordiais que causam danos graves à integridade física, psicológica, moral, à liberdade sexual e até mesmo à vida daqueles a eles submetidos. Entre estes atos, vivente em meio às relações cotidianas da sociedade e contrariando normas definidas por esta, encontra-se a violência sexual.

Estabelecendo uma relação assimétrica de poder ou autoridade, de gênero e de geração^(1,2) que transforma as suas vítimas em objetos de prazer, este fenômeno rompe as barreiras de classe social atingindo todas suas estratificações, sexos e faixas etárias desde a mais tenra idade até seu limite superior.

¹ Médico Legista do Núcleo de Perícias Médico-Legais de Ribeirão Preto-SP, Diretor Técnico do Centro de Medicina Legal da FMRP-USP.

² Prof. Dr. – Docente de Medicina Legal do Departamento de Patologia da FMRP-USP.

³ Prof. Dr. – Livre Docente da EERP-USP, Consultora do Ministério da Saúde-CN-DST-Aids e da ONU.

Ocorrendo tanto no interior dos lares (violência sexual doméstica) quanto no espaço público (violência sexual extrafamiliar), ele desencadeia uma série de conseqüências traumáticas de cunho social, psicológica, médica e legal³.

Ao perpetrar a ofensa sexual utilizando meio coercitivos, o ofensor fere as normas estabelecidas pelo Direito, e a ofensa, então tipificada, torna-se crime. Como um crime contra a liberdade sexual, o estupro é definido pelo Código Penal Brasileiro (CPB) vigente em seu artigo 213 como “*Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça.*” Desta forma, por ser a conjunção carnal a cópula pênis-vagina, o delito fica restrito a indivíduos do sexo feminino. Visando a anulação de resistência das vítimas, os ofensores constroem-nas através de meios tais como a promessa de realizar-lhes mal ou aos seus familiares (grave ameaça), do uso de força efetiva ou aproveitando-se da condição de violência presumida. Segundo o artigo 224 do mesmo código, presume-se a violência: a) quando a vítima é menor de 14 anos, pois nesta situação ela não possui condições de compreender e avaliar as conseqüências do ato sexual; b) se for alienada ou débil mental e o ofensor conhece esta circunstância; c) ou não pôde por outras causas, oferecer resistência nas situações de paralisia, velhice, embriaguez e uso de drogas. Contemplando situações que fogem à natureza pênis-vagina como: coito anal, oral, sucções de mama e bolinagens, o CPB define como atentado violento ao pudor: “*constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal*”. Este tipo de crime acomete ambos os sexos e o sujeito da ação, que pode ser homem ou mulher, exige de sua vítima uma conduta ativa ou passiva⁴.

Como parte da ação investigatória, segue-se a ação pericial desenvolvida pelo Instituto de Medicina Legal, o órgão oficial de provas da polícia judiciária, o qual compete a realização dos exames de corpo de delito. Apoiando-se na evidência dos achados e nas provas de certeza relativas, ele fornece à justiça a comprovação da materialidade do crime a partir do qual esta poderá agir segundo os preceitos jurídicos, promovendo a imputação de pena ao ofensor.

Nos Estados Unidos (EUA), os dados estatísticos obtidos pelo National Crime Victimization Survey, revelam uma ocorrência de 300.000 a 500.000 vítimas de ofensas sexuais com idade superior a 12 anos anualmente, estimando-se que cerca de 300.000 crianças sejam vitimizadas em idêntico período^{5,6}. O Brasil carece de dados globais sobre estes crimes, porém, estima-se que com relação a crianças e adolescentes, sua ocorrência seja similar àquela verificada nos países desenvolvidos⁷.

Diante do número de vítimas que produz e da magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais causadas pela violência sexual, o fenômeno adquiriu um caráter endêmico, convertendo-se num complexo problema de saúde pública⁸. Além de importantes disfunções psicossociais variáveis com a idade e estágio de desenvolvimento das vítimas, verificam-se como conseqüências do ato violento: lesões genitais e extragenitais, a ocorrência de gravidez indesejada e a possibilidade de

adquirir doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)³.

Apesar de produzir impactos sobre a saúde individual e coletiva, causando altas taxas de complicações e seqüelas físicas, as DST servem como um indicador de abuso sexual principalmente em crianças e adolescentes, onde muitas vezes não se evidenciam outros sinais desses crimes. Além do intenso temor de ser morta durante a ofensa e do desenrolar da mesma, as vítimas apresentam um trauma psicológico adicional decorrente da possibilidade de infectar-se por uma DST e, em particular, pelo HIV. Tal fato é relatado por 70% das mulheres que responderam a um estudo nacional realizado nos Estados Unidos^{9, 10}.

Originário da área de advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, o termo vulnerabilidade que designa indivíduos fragilizados jurídica ou politicamente¹¹, passa a penetrar no campo da saúde a partir da publicação, em 1992 nos Estados Unidos, do livro *AIDS in the world*.¹² Desde então, como um resultado das interações entre aqueles Direitos e a epidemia da doença, o conceito passou a fazer parte do discurso da saúde pública. A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociopolítico-institucionais e comportamentais associadas às diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações¹³.

Neste contexto, procurando contribuir com a construção de conhecimentos sobre a violência sexual, este estudo tem como objetivo analisar, sob a ótica do conceito da vulnerabilidade, as características relativas aos crimes de estupro e atentado violento ao pudor frente à possibilidade de as vítimas adquirirem DST/Aids.

METODOLOGIA

Este estudo de características retrospectiva, descritiva e exploratória empreendeu a análise dos casos relativos a crimes de estupro e atentado violento ao pudor cometidos contra mulheres, sem limites de idade, notificados pela Delegacia de Defesa da Mulher (DDM-RP), cujas vítimas se submeteram a exames sexológicos forenses no Núcleo de Perícias Médico-Legais de Ribeirão Preto-SP (NPML-RP) no período de 1996 a 2000. As informações utilizadas foram obtidas a partir dos Boletins de Ocorrências Policiais e dos exames de atos libidinosos e conjunção carnal elaborados pelas duas supracitadas instituições.

As variáveis de análise compreenderam o tipo de crime praticado (estupro, atentado violento ao pudor ou associação das duas modalidades), as lesões genitais (fissuras, lacerações, equimoses, hematomas, roturas himenais e condilomatose) e anais (fissuras, relaxamentos, equimoses, rágades, condilomatose) sofridas e o número de ofensores que perpetraram o crime. Nos casos de atentado violento ao pudor (AVP), foram incluídos na análise apenas os confirmados pela evidência de lesões existentes nas regiões vaginal ou anal. As modalidades deste delito, tais como bolinagens, coito interfemural, mastur-

bações e coito oral, ficaram excluídas devido à dificuldade de comprovação.

Para distribuição dos casos, segundo faixa etária, utilizou-se a idade em anos completos registrada no dia dos fatos e o critério estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente, aquela entre 12 e 18 anos de idade.¹⁴ São adultas, as mulheres com idade superior a 18 anos.

No período de análise proposto, identificamos 391 incidentes de crimes de estupro e AVP notificados e submetidos a perícias médico-legais. Deste contingente, 33 casos foram excluídos da análise por se tratarem de delitos perpetrados contra pessoas do sexo masculino. Os 358 casos restantes, relativos a ofensas cometidas contra mulheres, terão os resultados da análise descritos a seguir.

Com relação aos aspectos éticos da pesquisa, o protocolo de estudo foi submetido à revisão ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e aprovado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obtivemos 358 casos de vítimas do sexo feminino, sendo 135 crianças, 112 adolescentes e 111 adultas, com idades que variaram desde um limite inferior de três meses até o superior de 58 anos. Respondendo por 91,6% dos crimes verificados em nosso estudo, as mulheres refletem sua condição de vulnerabilidade ao se mostrarem como vítimas preferenciais dos ofensores sexuais, fato também observado através de percentuais semelhantes encontrados em pesquisas realizadas nas cidades de São Paulo¹⁵ e Belo Horizonte.¹⁶ Por suas características fisiológicas e anatômicas, a mulher apresenta condições que propiciam o desenvolvimento de DST, as quais não diagnosticadas ou não tratadas, produzirão conseqüências diretas sobre sua saúde. Além dos quadros inflamatórios, de esterilidade, de doenças neurológicas e do sistema imunológico, somam-se o risco inquestionável do papilomavírus humano (HPV) na gênese do câncer de colo uterino, a relação do vírus da hepatite B com o câncer hepático e a interação das DST com o HIV, favorecendo a infecção e seu desenvolvimento.

O risco para aquisição de uma DST após a ofensa sexual não é de fácil determinação devido à dificuldade de se diferenciar aquelas previamente existentes ao incidente e as adquiridas após este. Num estudo conduzido a esse respeito, presumiu-se que as infecções presentes até 72 horas após o estupro eram pré-existentes e aquelas identificadas entre 1 e 20 semanas sem tratamento profilático e infecções prévias, seriam conseqüentes à ofensa sexual. Dos casos examinados nas 72 horas, 43% das vítimas apresentaram pelo menos uma DST. Realizando a comparação entre os dois grupos, verificou-se que as infecções causadas por herpesvírus, citomegalovírus, *Treponema pallidum* e HIV presentes no primeiro grupo estavam ausentes no segundo. Diante das DST encontradas em ambos, concluiu-se que o risco para sua aquisição após o

crime é de 19,5% para vaginose bacteriana, 12,3% para *Trichomonas vaginalis*, 4,2% para *Neisseria gonorrhoea* e 1,5% para *Chlamydia trachomatis*.¹⁷

O risco de transmissão da hepatite B por via percutânea com sangue HbsAg positivo é estimado em 30%, porém, nos casos pós contato sexual, este risco é desconhecido. Apesar da possibilidade de transmissão do vírus por via sexual, apenas um caso de soroconversão pós-violência sexual foi relatado. O fato envolveu uma vítima que não apresentou quaisquer outros riscos para a infecção e que fora estuprada por múltiplos ofensores.¹⁸

A possibilidade de transmissão de HIV pós-ofensa sexual possui um risco menor que 0,1% diante de um único incidente de crime sexual, similar àquele observado nas exposições de profissionais da saúde.¹⁰ Contudo, apesar das limitações metodológicas, existem relatos desta ocorrência com estudos apresentando taxas de soroconversão entre 0,8 e 1,6% dos casos.¹⁹

Nos casos de HPV em adultos, o modo dominante de transmissão é tido como sendo o sexual e em crianças, evidências consideráveis indicam que as lesões por HPV após a infância são devidas a abusos sexuais.²⁰

As ofensas sexuais implicam em atos que envolvem ou não o contato físico, podendo ser realizado através de contatos genitais externos ou penetração de cavidades. Desta forma, as vítimas são freqüentemente forçadas à realização de coitos orais, anais ou vaginais e não raro, submetidas a duas ou até mesmo às três formas de relação sexual. Nosso estudo demonstra uma ocorrência de notificações onde o intercuro vaginal (estupro) ocorreu em 55% dos casos, os não vaginais (AVP) em 36% e associações destes dois crimes em 9% (Tabela 1).

Além da ejaculação, o tipo de penetração perpetrada aumenta consideravelmente o risco da mulher para adquirir uma DST.¹⁷ No caso do HIV, a taxa de infectividade é de 2 para cada 1000 intercursos vaginais e nos coitos anais estima-se que seja em torno de 2 para cada 100 contatos sexuais.¹⁰ Nos casos em que existiram duplas penetrações, esta situação se torna ainda mais preocupante. Nossos resultados, obtidos a partir de informações em registros legais, demonstram um menor percentual (9%) frente àqueles colhidos num serviço de saúde onde 30% das vítimas referiram a associação dos dois tipos de coito.¹⁹ Tal situação pode estar relacionada à preocupação em realizar tratamento das lesões e prováveis DST, o que faz com que as vítimas se dirijam espontaneamente para um setor de saúde, contrariamente ao que se observa nos envolvimentos legais. Esta observação converge com estudo realizado na Noruega, onde um serviço de emergência realizou quatro vezes mais atendimentos a vítimas de ofensas sexuais que o número registrado pelas autoridades legais.²¹

Sendo alta a prevalência de DST em mulheres com vida sexual ativa, após a ofensa sexual, aquelas previamente infectadas sofrerão um risco adicional para contrair o HIV devido à presença de lesões inflamatórias e muitas vezes ulcerativas causadas por aquelas infecções.

Na distribuição dos casos segundo a faixa etária (Tabela 1), em consonância com o propalado pela literatura mundial^{9, 6} e nacional^{22, 15, 16} verificamos que apesar das ofensas sexuais

Tabela 1- Distribuição do número de casos, segundo o tipo de crime notificado, nas faixas etárias analisadas, no período de 1996 a 2000

Tipo de crime	Nº	%
Crianças		
Estupro	37	10,3
Estupro+AVP*	14	3,9
AVP	84	23,5
Adolescentes		
Estupro	73	20,4
Estupro+AVP	10	2,8
AVP	29	8,1
Adultas		
Estupro	87	24,3
Estupro+AVP	8	2,2
AVP	16	4,5
Total	358	100

Fonte: Arquivos da Delegacia de Defesa da Mulher e Núcleo de Perícias Médico-Legais-RP.

* Atentado violento ao pudor.

Tabela 2- Distribuição do número de casos de crimes de estupro, estupro+AVP e AVP, segundo o número de ofensores, nas faixas etárias analisadas, no período de 1996 a 2000

Nº de ofensores	Nº	%
Crianças		
1	110	30,7
2	2	0,6
3	0	0
Adolescentes		
1	98	27,4
2	4	1,1
3	0	0
Adultas		
1	92	25,7
2	13	3,6
3	2	0,6
Sem informações	37	10,3
Total	358	100

Fonte: Boletins de Ocorrências Policiais da Delegacia de Defesa da Mulher-RP.

atingirem mulheres em qualquer idade, crianças e adolescentes foram as mais vitimizadas. Respondendo por 69% dos casos, estas categorias se mostram como as mais vulneráveis aos crimes sexuais. Em nosso estudo, observamos que crianças sofreram três vezes menos estupros que as adultas e duas vezes menos que as adolescentes, porém, foram três vezes mais vitimizadas por AVP que esta última categoria e cinco vezes mais que aquela. Com relação ao tipo de penetração sofrida, este fato revela seu maior risco para a infecção pelo HIV.

Numa ofensa sexual, o risco de adquirir-se uma DST está relacionada à presença ou ausência desta nos ofensores. Porém, devido aos comportamentos sexuais nos quais se observa uma diversificada natureza e variedade de contatos, os mesmos apresentam um alto risco para DST.¹⁷ Além dos fatores relativos ao tipo de penetração, número de contatos sexuais e infectividade do microorganismo transmitido, o número de ofensores também se associa a um maior risco para a aquisição de DST.²³ Com um predomínio de ofensores únicos (83,8%) em todas as faixas etárias, casos de violência

múltipla ocorreram em 5,9% casos. As vítimas adultas sofreram peripetrações por dois ofensores seis vezes mais que as crianças e três vezes mais que as adolescentes. Ainda nesta categoria, verificou-se incidentes com 3 ofensores (Tabela 2), o que determina um risco aumentado para DST.

As lesões agudas verificadas na área genital ou anal são evidências de um contato sexual recente e violento. A distribuição dos casos segundo o tipo de lesão mostra-nos que as vítimas adultas e adolescentes sofreram mais injúrias vaginais, com as três categorias, apresentando semelhante número de lesões anais. Com relação às roturas himenais recentes, as adolescentes foram as mais acometidas. Nos casos em que há associações de coito vaginal e anal, apesar da inexistência de lesões genitais de as vítimas apresentarem roturas himenais antigas, nas adultas verificou-se um maior número de lesões anais. Nas roturas himenais recentes associadas a lesões anais, observamos uma idêntica distribuição nas três categorias (Tabela 3). Do ponto de vista forense, tais ocorrências constituem prova de grande importância para a comprovação do crime, porém, são condições que, por romperem a integridade das mucosas, agem como fatores que aumentam significativamente os riscos de contaminação para DST e HIV.^{10,24}

Quando perpetrados em ambientes domésticos e atingindo principalmente crianças e adolescentes, as ofensas sexuais determinam uma condição de silêncio imposta pelos ofensores, quer seja através de ameaças, jogos de sedução ou omissões de familiares não agressores.¹ Esta situação faz com que sejam vivenciados longos períodos de violação e repetidos abusos sexuais que aumentam consideravelmente o risco para DST. Neste aspecto, verificamos três casos de condilomatose anal. Um deles se referia a uma criança com fortes evidências de abuso sexual crônico e os outros dois, outra criança e uma adolescente que apresentavam roturas himenais e lesões anais recentes. Desta forma, podemos lançar a hipótese de que estas vítimas vinham sofrendo abusos sexuais que culminaram na peripetração de estupro e AVP recente evidenciados à época do exame. O fato de este tipo de lesão ocorrer em pequeno número de casos vem de encontro ao relatado pelos recentes trabalhos de revisão literária sobre a doença, onde apenas uma

minoría de crianças sexualmente abusadas apresenta o papilomavírus na forma de verrugas anogenitais.²³ A ausência de lesões condilomatosas externas não exclui a presença do HPV intravaginal. Através de um estudo comparativo em adolescentes não vítimas e vítimas de ofensas sexuais sem lesões externas, encontrou-se uma taxa de prevalência de HPV DNA de 33% no último grupo, ao passo que, no primeiro, nenhum HPV foi identificado⁽²⁰⁾.

De idêntica maneira, a ausência de lesões genitais ou anais no momento do exame não é indicativa da inexistência da ofensa sexual. Ainda que a análise do fato não seja o objetivo deste estudo, muitas vezes estas injúrias não são evidenciadas devido a um longo intervalo de tempo transcorrido desde o incidente até a perícia, onde já se fizeram presentes os processos cicatríciais. Nesse estudo verificamos que 85,5% das vítimas não apresentaram tais lesões. Tornam-se preocupantes estes casos, que, por não demonstrarem a materialidade do crime, resultarão em laudos periciais prejudicados. Sem provas não há crime. E assim, excetuando-se os casos que envolvem ofensores desconhecidos, muitas vítimas retornarão ao ambiente de vitimização onde o ofensor continua em liberdade. O fato torna-se mais assustador ao nos darmos conta de que os casos notificados representam apenas 10% dos casos que realmente ocorrem,³ e que a maioria das vítimas permanecem imiscuídas na cifra negra da criminalidade, sem orientação, sem possibilidade de ação, tratamento ou prevenção. Diante das características de vulnerabilidade desta população, há necessidade de ação preventiva na rede causal das ofensas sexuais.

CONCLUSÃO

Ao ser perpetrada, a violência sexual pode manifestar-se através de múltiplas maneiras e embora ela própria não seja uma doença, produz, como uma de suas conseqüências, a ação invasiva de microorganismos que determinam o desenvolvimento de DST/Aids. Através da constatação de fatores relativos aos incidentes observados nas faixas etárias analisadas,

Tabela 3 - Distribuição do número de casos notificados e confirmados por perícia médico-legal, segundo lesões genitais e anais, nas faixas etárias analisadas, ocorridos no período de 1996 a 2000

Tipos de lesões	Crianças		Adolescentes		Adultas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Himenais								
Recentes	3	30	9	37,5	1	5,6	13	25
Recentes+anais	1	10	1	4,2	1	5,6	3	5,8
Antigas+anais	0	0	2	8,3	5	27,7	7	13,4
Vaginais	2	20	7	29,2	7	38,9	16	30,8
Anais	4	40	5	20,8	4	22,2	13	25
Total	10	100	24	100	18	100	52	100

Fonte: Arquivos da Delegacia de Defesa da Mulher e Núcleo de Perícias Médico-Legais-RP, 1996-2000.

verificam-se características existentes no risco para DST que refletem sua condição de vulnerabilidade. Mulheres são as vítimas preferenciais deste tipo de crime e crianças e adolescentes as mais vitimizadas, contudo, ainda que as mesmas apresentem características universais inerentes à sua categoria, na violência sexual, o conceito de vulnerabilidade deve ser aplicado contemplando-se as diferentes susceptibilidades que caracterizam os aspectos da fragilidade das mulheres frente às DST.

Neste contexto, concluímos que a nível individual, a vulnerabilidade pode variar segundo a susceptibilidade pessoal para as DST, a infectividade do microorganismo transmitido, o tipo de contato sexual envolvido, o número de ofensores e a presença de lesões genitais e anais. Afetando esta vulnerabilidade, notam-se condições de ordem comportamental, expressas pelo comportamento sexual dos agressores, o silêncio que envolve estes crimes, propiciando novas violações, a incapacidade para discernir sobre o problema e as formas de enfrentá-lo, principalmente em crianças, e aquelas sociais, onde elementos culturais e institucionais se fazem presentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azevedo, M.A.; Guerra, V.N.A. **Pele de asno não é só história... Um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família.** São Paulo, Rocca, 1988.
2. Saffioti, H.; Almeida, S. **Violência de gênero – poder e impotência.** Rio de Janeiro, Revinter, 1995.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Brasília, Ministério da Saúde, 1999. (Norma Técnica)
4. Brasil. Decreto lei n. 2848 de 07 de Dezembro de 1940 - **Código Penal.** 15 ed., São Paulo, Saraiva, 2000.
5. Rennison, C.M. **Criminal victimization – 1997 to 1998.** Washington, D.C., Bureau of Justice Statistics – National Crime Victimization Survey, U.S. Department of Justice, 1999.
6. Sediak, A.J.; Broadhurst, D.D. **Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect.** Washington, D.C., Administration for Children and Families, U.S. Dept. of Health and Human Services, 1996.
7. ABRÁPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência). **Abuso sexual: mitos e realidades.** Petrópolis, Autores & Agentes Associados, 1997.
8. OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **Resolução XIX: violência e saúde.** Washington, D.C., OPAS, 1993.
9. Kilpatrick, D.G.; Edmunds, C.N.; Seymour, A.K. Rape in America – a report to the nation. **Crime Victim Research and Treatment Center** – Charleston SC, Medical University of South Carolina, 1992.
10. Gostin, L.O.; Lazzarini, Z.; Alexander, D. *et al.* HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. **JAMA**, v. 271, n. 18, p. 1436-44, 1994.
11. Alves, J.A.L. **Os direitos humanos como tema global.** São Paulo, Perspectiva, 1994.
12. Mann, J.; Tarantola, D.J.M.; Netter, T.W. **Aids in the world.** Cambridge, Harvard University Press, 1992.
13. Ayres, J.R.C.M. **HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas.** São Paulo, Casa da Edição, 1996.
14. Brasil, Lei n.8069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente, e dá outras providências. **Fundo Social de Solidariedade**, 1990.
15. Cohen, C.; Matsuda, N.E. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. **Rev. Paul. Med.**, v.109, n.4, p.157-64, 1991.
16. Campos, J.R. *et al.* Violência sexual em Belo Horizonte. Pesquisa no Instituto Médico-legal. **J. bras. Ginec.**, v.104, n.7, p.227-30, 1994.
17. Jenny, C.; Hooton, T.M.; Bowers, A. *et al.* Sexually transmitted diseases in victims of rape. **N. Engl. J. Med**, v.322, n. 11, p. 713-16, 1990.
18. Crowe, C.; Forster, G.E.; Dinsmore, W.W.; Maw, R.D. A case of acute hepatitis B occurring four months after multiple rape. **International Journal of STD & AIDS**, v.7, March/April, p. 133-4, 1996.
19. Drezett, J.; Baldacini, I.; Nisida, I.V.V. *et al.* Estudo da adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimadas. **RBGO**, v.21, p. 539-44, 1999.
20. Gutman, L.T.; Herman-Giddens, M.E.; Phelps, W.C. Transmission of human papillomavirus disease: comparison of data from adults and children. **Pediatrics**, v. 91, p. 31-8, 1993.
21. Bang, L. Who consults for rape ? sociodemographic characteristics of rape victims attending a medical rape trauma service at the Emergency Hospital in Oslo. **Scand. J. Prim. Health Care**, v.11, p.15-20, 1993.
22. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. **Dossiê Violência contra a mulher.** Regional Pernambuco da RedeSaúde, Brasil, 1999.
23. Beck-Sagué, C.M.; Solomon, F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescents and adults victims of rape: review of selected literature. **Clinical Infectious Diseases**, v. 28, p. S74-83, 1999, supl 1.
24. Hampton, H.L. Care of the woman who has been raped. **The New England Journal of Medicine**, v.332, n.4, p.234-37, 1995.

Endereço para correspondência:

Jair Naves dos Reis

Rua Dr. Jorge Lobato nº 491 – Vila Tibério

Ribeirão Preto - SP - CEP: 14.050 – 110

SEXUALIDADE, DST/AIDS E ADOLESCÊNCIA: NÃO QUERO FALAR, TENHO VERGONHA

SEXUALITY, STD/AIDS AND ADOLESCENT: I DON'T WANT TO TALK, I'M ASHAMED

Neiva FC Vieira¹, Tereza CH Paiva², Maria SM Sherlock³

RESUMO

A crescente feminização dos casos de Aids, tem sido foco de preocupação desde 1996. Assim, há uma necessidade de conhecer as percepções da adolescente, acerca da sexualidade, em tempos de aids, para que se possa promover estratégias de educação em saúde que atenda as necessidades dessa clientela nas tomadas de decisão que envolvam o domínio do corpo biológico, psicossocial e afetivo, promovendo comportamentos sexuais seguros. Este estudo explora as percepções das adolescentes, entre 13 e 19 anos de idade, do turno da noite, de uma escola de pública de Fortaleza correspondendo a 28,2% do total de alunas. Entrevistas e dinâmicas de grupo foram conduzidas através das falas significativas que expressaram as percepções comuns das adolescentes em relação ao objeto de estudo. As adolescentes manifestaram dúvidas, principalmente acerca dos métodos anticoncepcionais, medo e constrangimento de falar sobre sexo e ainda expectativas em relação ao comportamento sexual futuro. Concluiu-se que apesar delas terem informações acerca das medidas de prevenção das DST/AIDS, esse conhecimento ainda não parece suficiente para assegurar comportamento sexuais livre de riscos. Infelizmente ainda está presente atitude que reforça a idéia e risco que o "problema (DST/AIDS) nunca vai acontecer comigo".

Palavras-chave: educação em saúde, sexualidade, DST/AIDS, adolescência

ABSTRACT

The fast moves HIV/AIDS epidemic to women has worried the health authorities since 1996. Thus, there is a need to know adolescent girl's perceptions related to their sexuality in order to promote better health education activities in building their confidence, and self-esteem and gaining control of their sex behaviour. This study describes girl's perceptions and experience in the development of the sexuality before the aids epidemic. Data was collected in a government school in Fortaleza between August and November of 1999. Interviews were conducted to girls at the age between 13 and 19 years old. Also dynamic group discussion provided evidence with regards to adolescents, DST and women before the HIV/AIDS. The amount of 11 teenagers took part on this research which corresponds to 28,2% of pupils. The findings were described by the girl's commonly words of their perceptions related to theme. They showed doubts about contraceptives methods, fear and embarrassment to talk about sex and also had great expectation about their sex behaviour in future. In conclusion the adolescent girls even though receiving information about preventive means they tend not to incorporate into practice. This attitude reinforces the idea that the infection of HIV/AIDS "will never happen to me".

Keywords: health education, sexuality, DST/AIDS, adolescent

ISSN: 0103-0465

DST – *J bras Doenças Sex Transm* 13(4):46-51, 2001

INTRODUÇÃO

A feminização da epidemia do HIV/AIDS

A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), ao exemplo de outras grandes epidemias, vem crescendo e atingindo populações mais jovens. Hoje, o Ministério da Saúde

contabiliza 190.949 casos de Aids, no Brasil, no período de 1980 a 2000, sendo que destes, 4.572 ocorreram na faixa etária entre os 10 e os 19 anos de idade (Brasil, MS, 2000).

A situação do curso da epidemia demonstra, cada vez mais, a necessidade de incorporar o conceito de comportamento de risco. Observa-se, atualmente, uma expansão da doença entre os heterossexuais, atingindo o grupo feminino, representando uma nova ameaça às mulheres e, por extensão, às crianças.

A feminização da epidemia de Aids tem sido foco de preocupação, desde 1996, a partir da I Conferência Nacional de DST/AIDS, realizada no Brasil. Recentes dados epidemiológicos informam o crescimento da proporção de casos de Aids,

¹ Doutora Educação em Saúde. Profª da UniverAidsde Federal do Ceará (UFC).

² Bolsista do PIBIC, graduanda do Curso de Enfermagem/UFC.

³ Professora Mestre da UFC

entre homens e mulheres, em uma um relação de 3:1. Dentro desse contexto, o grupo de mulheres adolescentes portadoras do HIV, na faixa de 13 e 19 anos, torna-se marcante nos dados estatísticos. O número de casos de Aids, no período 1983 - 2000, entre indivíduos do sexo feminino, com 13 anos de idade ou mais, é de 44.697, casos, sendo 54,5% destes adquirido por tipo de exposição heterossexual (Brasil, MS, 2000).

Os dados acima reforçam a necessidade de investigar conhecimentos, percepções e atitudes de mulheres adolescentes, em relação às situações cotidianas e suas formas de enfrentamento, no desenvolvimento de sua sexualidade.

Vários estudos, entre jovens, revelaram resistência e preconceito, acerca do uso de preservativo. Alguns relataram desconforto e falta de hábito. Outros, ainda revelaram práticas sexuais de risco, envolvendo vários parceiros (Paiva, 1992, Cezeresnia, 1995).

No caso específico das mulheres, o uso da camisinha ou a sua solicitação ao parceiro para usá-la, pode provocar situações de constrangimento, na relação afetiva. Na maioria dos casos, instala-se a desconfiança e o medo da perda do parceiro e, em casos extremos, a violência. Segundo Berer (1993), as mulheres, quer em parcerias fixas ou não, podem enfrentar essas situações, correndo os riscos de contrair DST e/ou HIV/Aids, pelo não uso do preservativo.

Outra característica que vem contribuindo para o aumento dos casos de Aids, em mulheres, é o nível de escolaridade. Os dados do Ministério da Saúde confirmam que quanto menor o grau de escolaridade, maior a probabilidade de incidência dos casos de Aids. Entendemos que a escola representa um importante espaço, propício a discussão sobre educação sexual, com base no conceito de saúde como qualidade de vida, permitindo-se aos indivíduos desfrutar, ao máximo, todas as suas potencialidades, que incluem: viver, sentir, amar, trabalhar.

Dessa forma, saúde e comportamento sexual envolvem parâmetros definidores e introdutórios da síntese do significado cultural, colocando, na agenda de descobertas, a diversidade de conhecimentos, emoções, percepções, valores, crenças e mitos das adolescentes, sobre sexo, sexualidade, DST, HIV/Aids (Paiva, 1992)

Adolescência e DST/Aids

A adolescência é uma fase de mudanças conhecida como um período de transição entre a puberdade e a maturidade. Nesse período, alguns comportamentos são ensaiados como ritos de passagem, ou formas de afirmação como identidade adulta.

O adolescente busca, no seu auto-conhecimento, estabelecer sua independência e autonomia. Também procura desenvolver seus próprios princípios e ajustar seus sentimentos relacionados à sexualidade. É uma época de descobertas e experiências novas, que podem conduzi-lo a riscos irreversíveis, como nos casos de uma gravidez indesejada, de ocorrências de DST, ou, o que é pior, de HIV/Aids. Portanto, conhecimentos e habilidades, para lidar com situações de riscos, às quais o adolescente fica exposto, devem atingir essa população, antes

que hábitos comportamentais arriscados sejam adotados ou firmemente estabelecidos (Flaskerud, 1992).

Ainda existem evidências fortes e suficientes que justificam o desenvolvimento de programas de prevenção de HIV/Aids, direcionados a grupos de adolescentes. Embora estudos indiquem que eles possuem informações acerca dos modos de transmissão, esse conhecimento constrói, sem traduzir, mudanças de comportamentos de uma forma generalizada.

Entendemos, assim, que a adolescente mulher, ao iniciar sua vida sexual, necessita de mecanismos de apoio que possam estimulá-la a compreender o sexo, a sexualidade, o domínio do seu corpo biológico e social, contribuindo para a adoção de habilidades inerentes a comportamentos sociais seguros e livres dos riscos de contrair a infecção HIV/Aids, fortalecendo, acima de tudo, sua auto-estima e afetividade.

Educação em saúde na atenção ao adolescente

O conceito de educação em saúde, eleito para o cuidar do adolescente, refere-se à adoção de uma proposta pedagógica, capaz de estimular as pessoas e de torná-las aptas a estabelecer suas agendas e a fazer suas próprias escolhas através de decisões informadas e direcionadas para agir, coletivamente, ou como indivíduos (Naidoo e Wills, 1994).

Para Agletton (1999), o trabalho educativo deve observar os princípios dos direitos sociais dos adolescentes, no que se refere a um conhecimento que conduza à ação e que implique o desenvolvimento de habilidades, para fins de proteção. Acrescenta o autor que um programa, de natureza educativa, deve apresentar oportunidades para discussão de um leque de comportamentos de redução de risco, e não de determinação de uma única opção. As opções também devem ser compreendidas como temporárias, passíveis de mudanças, ao longo dessa fase de vida. Por exemplo, um adolescente pode optar, inicialmente, por uma relação monogâmica, sem o uso da camisinha e, ainda, compreender o que isso representa e os riscos que o comportamento pode envolver. Nessa perspectiva, o adolescente tem o direito de escolher a forma como quer mudar, cabendo aos adultos dar apoio a essa escolha. É nossa responsabilidade compreender as decisões dos jovens, ajudá-los a entender suas conseqüências, mas nunca determiná-las.

Alguns princípios norteadores para a prática educativa em saúde, são sugeridas por Vieira (1998) e Agletton (1999):

- informação – prover, dar acesso à informação, sem se deixar mover pela ingenuidade, ao ponto de acreditar que seja suficiente;
- atividades – criar situações em que os adolescentes se vejam dentro do seu próprio contexto, com seus amigos, sua escola e sua família;
- treinamento, habilidade e comunicação – seguir a agenda dos adolescentes, tentando compreender o que querem, o que não querem e por que querem ou deixam de querer;
- oferecer serviços e/ou facilitar o acesso de pessoas que apoiem suas escolhas.

Trabalhar com adolescente requer, de nós enfermeiros/enfermeiras, resgate do vínculo da arte e da ciência do cuidar, considerando que esse trabalho, no dizer de Agletton (1999), envolve:

- *diversidade*;
- *participação – em todos os níveis: planejamento, implementação e avaliação*;
- *honestidade – os adultos, geralmente não são claros nas questões que se referem ao sexo. Os profissionais de saúde, por sua vez, se escondem atrás do uso excessivo de termos científicos, furtando-se de apresentar os aspectos positivos do sexo*;
- *informação sobre os direitos sexuais e reprodutivos*;
- *cuidado e apoio – importantes para promover mudanças necessárias*.

Esse entendimento de educação em saúde, enquanto prática social, valoriza o outro no processo de descoberta dos seus valores, costumes e crenças em uma atitude de respeito e não de julgamento. As discussões temáticas sobre DST, Aids e sexualidade, são extratos do contexto dos seus participantes, a partir de suas vivências. As reflexões e decisões são investigadas, através de um leque de opções que fortalecem a auto-estima e a autoconfiança, às quais também encorajam o comportamento sexual saudável e responsável. Vários são os autores que apoiam essa tendência educativa, ao exemplo de Moore e Rosenthal, 1993; Williams *et al.*, 1997; Green, 1998. Abordagem similar, foi também enfocada por grupo escocês de educação em saúde, merecendo destaque as sugestões oferecidas, contemplando os seguintes passos na execução de programas/projetos voltados para adolescentes:

- a) *acesso à informação e aceitação do seu conteúdo*;
- b) *esclarecimento de sentimentos e atitude correspondente*;
- c) *investigação de possíveis atitudes alternativas e suas conseqüências*; e
- d) *tomada de decisão, quanto ao curso da ação mais adequada aos indivíduos*.

Entendemos que a educação em saúde, como prática social do enfermeiro/da enfermeira, se faz no processo contínuo da reflexão e da ação. Os programas/projetos, focalizando mudanças de comportamento de saúde, devem observar suas bases teóricas, bem como o diálogo com as pessoas envolvidas, para criar um clima de abertura, acolhimento, vínculo e compromisso em relação ao processo e aos seus resultados (Lewis, 1996).

OBJETIVOS

Diante do exposto, tem este estudo, como propósito maior, contribuir com a discussão acerca das formas de abordagens educativas, com grupo de adolescentes, considerando as limitações inerentes a qualquer processo de investigação. Em sendo assim, o estudo foi orientado pelos seguintes objetivos:

Examinar as percepções e comportamentos da mulher adolescente no início da sua sexualidade, frente aos apelos da prevenção HIV/Aids;

Conhecer os determinantes biopsicossociais que levam essas adolescentes a adotar comportamentos de risco;

Identificar formas de abordagens educativas em saúde, que estimulem as adolescentes a compreender e adotar comportamentos seguros, a respeito da transmissão HIV/Aids;

Sensibilizar profissionais da educação e alunos, para uma atividade educativa planejada e sistemática, que favoreça a promoção de saúde dos adolescentes.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo é de natureza exploratória descritiva. O local de estudo foi uma escola pública de ensinos fundamental e médio, localizada no bairro Monte Castelo, no município de Fortaleza. Os sujeitos dessa pesquisa são mulheres adolescentes que estudam no turno da noite, na faixa etária de 13 a 19 anos. Onze delas, 28,2% do total, aceitaram participar desse estudo. O processo de investigação ocorreu durante um semestre escolar.

À fase inicial da pesquisa, corresponderam os seguintes procedimentos: acesso à escola e aos sujeitos do estudo com informações dos objetivos da investigação, estabelecimento de confiança, solicitação de participação espontânea, com garantia do anonimato.

Para a coleta de dados, optamos por instrumentos capazes de possibilitar uma maior aproximação, clima de abertura e interação entre participantes e pesquisadores. Quando do início dos contatos, utilizamos a entrevista semi-estruturada, servindo a mesma para identificar comportamentos e percepções das adolescentes, no início de sua sexualidade, acerca da prevenção do HIV/Aids. Os dados dessa primeira fase forneceram orientação para um segundo momento de investigação-ação, caracterizado pela seleção de estratégias educativas, a partir dos temas - preocupações, identificados através das entrevistas. Nessa segunda etapa utilizamos oficinas educativas, debates e exibição de filmes, como instrumentos oportunos para incitar a problematização e reflexão sobre comportamentos de saúde em especial referentes a sexo e sexualidade feminina. As falas dos participantes foram registradas em notas de diário de campo e observação participante.

A preservação do anonimato das adolescentes foi assegurada, atribuindo-se às mesmas nomes de rosas. Suas falas foram agrupadas de forma a expressar suas percepções, conhecimento, compreensão acerca de sexualidade e adolescência, em tempos de Aids. Em paralelo, foram adotados os indicadores de avaliação em saúde, proposto por Tones (1998).

RESULTADOS

Vivendo os tempos de adolescência, saúde e sexualidade

A educação em saúde é uma atividade intencional, planejada para estimular a aprendizagem acerca do binômio saúde-doença. A mudança de padrões de comportamento, pode sig-

nificar uma adoção permanente, ou mesmo temporária, no estilo de vida. Nessa perspectiva, as crenças e valores, são elementos importantes para compreensão da necessidade ou intenção da mudança ou estilo de vida, assim como para aquisição de habilidades (Tones, 1998).

Nessa perspectiva, procuramos, durante os encontros com as adolescentes, criar um clima de acolhimento, para estabelecer uma aproximação e assim podermos explorar suas percepções, sentimentos e valores acerca da adolescência, saúde e sexualidade.

Os resultados desses momentos de conversas foram agrupados nos indicadores para avaliação de ações educativas, como se segue:

- conhecimento e compreensão;
- crenças: atribuição de causalidade, teorias sobre a situação de risco;
- crença sobre si mesmo: controle de decisão e da contingência.

Conhecimento e compreensão

A maioria das adolescentes demonstrou conhecimento sobre as formas de prevenção da transmissão das DST e HIV/Aids através do uso da camisinha. Pessoas do grupo atribuíram como forma de sexo seguro a relação monogâmica. Outras ainda informaram correr risco na relação sem proteção, diante da confiança estabelecida entre o casal, embora não haja acordo do tempo necessário.

“A camisinha evita DST e gravidez indesejada.”

“Não há tempo para definir, só é necessário confiança entre os dois, basta querer.”

“Sexo sem camisinha, na minha opinião é uma grande furada.”

“Transar sem camisinha, depende da situação.”

“Eu transaria sem camisinha caso eu só tivesse meu namorado.” Dália, 17 anos

Os dados acima revelam um conhecimento e compreensão dos modos de transmissão restritos ao uso de camisinha, o que pode significar informações fortemente veiculadas pela mídia.

No sentido de viabilizar uma discussão mais aprofundada sobre sexo e camisinha, a opção de trabalhar, em pequenos grupos, tornou-se pouco viável, até porque as adolescentes manifestaram dificuldades e constrangimentos para falar sobre sua sexualidade e comportamentos sexuais, em grupos de sua própria idade.

“Não quero falar, tenho vergonha...” Violeta, 16 anos

“Quando a gente é virgem e vamos transar, temos medo de que a família descubra, a vergonha...” Gardênia, 17 anos

Em razão desse momento optamos por examinar as percepções das adolescentes acerca do tema sexualidade e prevenção de DST/Aids durante as sessões de conversas informais, agen-

dadas por elas próprias, durante o período escolar. Em meio às conversas, surgiram os seguintes depoimentos:

“Na minha casa, meu irmão pode tudo e eu não posso nada.” Dália, 15 anos

“Quando minha mãe não deixa, eu faço escondido; é pior.” Violeta, 17 anos

“O preconceito da virgindade vem da família, dos amigos.” Rosa, 17 anos

Não surpreende o fato de que as adolescentes se sentem inibidas de falar sobre sua intimidade, junto aos seus familiares, amigos e outros profissionais, ratificando o silêncio da sexualidade feminina. Infelizmente, alguns profissionais de saúde também tem dificuldade de lidar com temas que envolvem homossexualismo e drogas. Muitas vezes, esses profissionais encontram, como saída, o esconderijo atrás do uso excessivo de termos técnicos e de focalização no corpo e na doença (Moynihan 1991; Lear 1995).

É prática, também comum, o direcionamento de alguns programas para os adolescentes, em que questões de conhecimento se restringem às informações sobre o corpo, doenças, comportamento desarticulado com o contexto de vida e destituído de aspectos afetivos e de responsabilidade social (Vieira, 1998).

Crenças: atribuição de causalidade, teorias sobre a situação de risco

Com base nesse enfoque, procuramos identificar, através de debates e discussões, em encontros para tanto promovidos, as percepções dos adolescentes acerca do risco, e/ou explicações na adoção de comportamentos sexuais inseguros. Seus depoimentos revelam que a percepção de invulnerabilidade do adolescente, aliada ao pouco conhecimento dos riscos, tendem a conduzir essas mulheres adolescentes a situações perigosas, como se infere das falas, a seguir:

“Não é possível que uma pessoa transando uma só vez sem camisinha, pegue Aids.” Orquídea, 18 anos

“Sendo casada, deixaria de usar a camisinha.”

“Confiando no parceiro, não precisa usar camisinha.”

“Sexo é impulso, ninguém pensa no momento.”

Observamos que a crença que serve de direcionamento a decisão, na adoção do comportamento, repousa no pacto da relação de parceria, mais do que na confiança e fidelidade mútuas.

Essa situação coloca um dilema no processo educativo, qual seja a tensão entre o individual e o coletivo. Nessa perspectiva individual, o enfoque de prover conhecimentos e habilidades pessoais, para lidar com o tema, tem, por respaldo, a perspectiva de iniciar o diálogo com o parceiro, para uma decisão informada sobre a vida sexual do casal. Ao nível do coletivo, temos a questão de prover, dentro das práticas educativas, saberes que socializam os riscos, como uma convergên-

cia de forças sociais, sendo a questão de gênero, nesse caso específico, uma delas.

Crença sobre si mesmo: controle da decisão e da contingência

Nesta abordagem procuramos explorar em que medida as adolescentes possuem discernimento e assumem atitudes que possam levá-las a posicionar-se em relação à mudanças de comportamento, mesmo dentro do entendimento de que prevenção das DST e Aids se faz, simplesmente, com o uso da camisinha. A maioria das adolescentes entende que a preocupação de conduzir a camisinha, deve ser de ambos os sexos. No entanto, a situação de não ter a camisinha, na hora H, pode conduzir a comportamentos distintos e contraditórios.

“Não transaria com ele, mandava ele pensar duas vezes nos riscos.”

“Eu não saberia da minha reação na hora”

“Conversaria com ele e o faria mudar de opinião; caso contrário, nada feito.”

“Já aconteceu, acabei transando.”

Isso mostra que, mesmo havendo fontes de informação acerca da Aids, muitos ainda não atentaram para o perigo da contaminação. É preferível adotar comportamentos de risco ao invés de assumir a presença da Aids em nosso meio e o perigo a que estão expostas.

Foi colocado, pelo grupo, o quanto é difícil conversar com o namorado, a respeito da camisinha, principalmente convencê-los sobre a importância do seu uso. Só aí entra o assunto sobre sexo seguro e o poder de negociação da mulher, no que diz respeito à utilização do preservativo. Algumas tentativas de negociação foram apresentadas por elas:

“Bota, porque eu quero minha saúde e minha liberdade.”

Amélia, 17 anos

“Ou a gente faz do meu jeito, ou de jeito nenhum.”

Magnólia, 16 anos

“Amor, vamos usar camisinha por questão de segurança.”

Jasmim, 14 anos

“Só transo com você se você usar camisinha.” Camélia, 18 anos

“Quero transar com camisinha.” Margarida, 15 anos

Do ponto de vista das entrevistadas, os fatores que podem levar as adolescentes à adoção de comportamentos de risco, são: influência do namorado, confiança no parceiro, impulso, pressa e imprevisibilidade do ato sexual.

CONCLUSÃO

Em termos de adolescência, do ponto de vista temporal, é, com base no presente, que podemos auxiliar a construção do futuro. Só dessa forma os jovens podem amadurecer e ganhar

formação em sua sexualidade, assumindo responsabilidade por suas decisões.

No decorrer deste estudo, ficou evidenciada a dificuldade de trabalhar-se com temas que envolvem questões de sensibilidade, ao exemplo do sexo e da sexualidade, perpetuando-se os tabus que impedem a formação de uma consciência social, capaz de ajudar a mulher a compreender sua construção social, limitante e dificultante quando se trata de adotar comportamentos sexuais saudáveis e livres de riscos.

As adolescentes envolvidas neste estudo, em suas falas, revelaram ter informações acerca de aspectos dos comportamentos de risco, dentro do domínio biológico. No entanto, percebemos um limitado conhecimento e compreensão acerca dos fatores mediadores (cultural, social, emocional) frente aos comportamentos de risco, estabelecidos no cenário feminino. Na verdade, as mulheres continuam expondo-se a esses riscos, permanecendo ainda a crença de que o problema reside na confiança do parceiro, no medo de falar e de romper a relação amorosa, o que tem afastado essas adolescentes do controle de decisão, gerando, por consequência, problemas relativos à falta do comportamento preventivo. Outros estudos corroboram esses achados, como os de Holland *et al.*, 1994; Lear, 1995; Paiva, 1992.

O presente estudo revelou, ainda, que a educação em saúde, junto aos adolescentes, carece de oportunizar acesso às decisões informadas, através de situações articuladas dentro do em que o grupo interage, envolvendo amigos, escola e sua família.

Entendemos, também, que o conhecimento acerca das crenças, percepções e sentimentos das adolescentes, auxilia a criação de um ambiente de cuidado e de apoio importante para promover mudanças saudáveis e significativas. São esses determinantes, vistos sob a ótica dos atores sociais, envolvidos no processo, que valorizam as suas experiências e abrem a possibilidade de conduzi-los em busca de mudanças, dentro de seus limites e potencialidades. Dessa forma, é importante o fortalecimento da autoconfiança, da auto-estima e do autocontrole, fatores absolutamente necessários para a liberdade de uma escolha sem medo, sem coerção, sem persuasão e livre de riscos.

Não podemos afirmar que esses momentos educativos em saúde, junto com as adolescentes, produziram uma mudança imediata no seu comportamento. Não obstante, acreditamos e esperamos que eles tenham servido de indicadores intermediários para decisões futuras, em razão dos momentos de reflexão vivenciados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agletton, P. Conferência sobre o estado da arte dos programas de prevenção à Aids no Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids**. Semana Epidemiológica 48/99 a 22/00 dezembro/1999- junho/2000
2. Berer, M, Ray, S. **Women and HIV/Aids na international resources book**. London: Pandora, 1993.
3. Czeresnia, D. *et al.* **Aids: pesquisa social e educação**. São Paulo: Hucitec- Abrasco, 1995. 205 p.

4. Flaskerud, J. **Aids: Infecção pelo HIV**. São Paulo: MEDSI.1992. 367
5. Green, J. School ex education and education policy in England and Wales: the relationship examined Health Education Research- **Theory & Practice**, 13, (1), p. 67-72,1998.
6. Holland *et al.* Desire, risk and control: the body as a site of contestation *In*: Lesly D,Jennie N, Tamsin W. **HIV and Aids: setting a femist agenda**. London, Taylor & Francis, p. 61-77. 1994
7. Lear, D. Sexual communication in the age of aids: the construction of risk and trust among young adults. **Social Science Medicine**, v.41. n.9, p. 1311-1323. 1995
8. Lewis, F. M. Whom and from what paradigm should health promotion serve? **Health Eduction Quarterly**, 23 (4), 448-452. 1996
9. Moore, S. e Rosenthal, D. **Sexuality in adolescence**. London. Routledge, 1993.
10. Moyniham, M. Emotion Response to the Aids epidemic. *In* Word Health Organisation and Royal Tropical Institute in Amsterdam (Publishers) **Aids Prevention through helth promotion. Facing sensitive issues**. England: Macmilliams/Clays/GCW,1991. p. 3-7.
11. Naidoo, J; Willis S, J. **Health Promotion-foundations for practice**. London. Bailliére Tindal. Royal College of Nursing. 1994
12. Paiva, V. **Em tempos de Aids - viva a vida: sexo seguro, prevenção, drogas, adolescentes, mulheres, apoio psicológico os portadores**. São Paulo: Summus, 1992. 214p.
13. Tones, K. Effectiveness in health promotion: indicators and evidence of sucesse. *In*: **Evaluating Health Promotion**. Ed. SCOTT, London: 1998. p 5-27.
14. Vieira, N. F. C. **Issues in the Implementation of a School- Base HIV/Aids Education Project in Fortaleza, Brazil** (Doutorado em Educação em Saúde) University of Bristol, 1998. 243p.
15. Williams *et al.* **A common cause – young people sexuality and HIV/Aids in three African contries. strategies for hope**. London: ACTIONAID/UNAIDS. 1997 York: Oxford University Press, 1992. p. 175-198.

Endereço para correspondência:

Maria do Socorro Sherlock
Departamento de Enfermagem/UFC
Rua Alexandre Baraúna, 1111, Rodolfo Teófilo,
Fortaleza,CE – Brasil – 60430-160
E-mail: denfufc@ufc.br

NEUROSSÍFILIS APRESENTAÇÃO COMO POLIRRADICULOPATIA LOMBAR: RELATO DE CASO

NEUROSYPHILIS AS A LUMBAR POLYRADICULOPATHY: CASE REPORT

*Luiz AC Barra^{1,2}, Eleni A Bedaque¹, Fabio LB Martinelli¹,
Débora C Macedo², Augusto CP Oliveira^{3,4}*

RESUMO

A neurosífilis ocorre em 10 a 30% dos pacientes com sífilis não tratada, 5 a 35 anos após o início da infecção. As apresentações clínicas são bastante variáveis, podendo comprometer tanto o sistema nervoso central como o periférico. Nesse relato, um homem de 48 anos de idade com queixas de formigamento nas pernas há 3 meses, cursou com dor lombar e nos membros inferiores de forma progressiva, acarretando dificuldade para deambular. Procurou atendimento ortopédico em uma unidade de saúde de Diadema-SP, onde foi aventada hipótese diagnóstica de hérnia de disco intervertebral, descartada após estudo tomográfico de coluna normal. A análise do líquido permitiu o diagnóstico de neurosífilis. Encaminhado para avaliação e tratamento no Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Tratado com penicilina cristalina por 21 dias, apresentou melhora clínica significativa, com diminuição da dor e recuperação da sensibilidade nos membros inferiores. Segue em acompanhamento ambulatorial sem recorrências até o momento.

Palavras-chave: neurosífilis, polirradiculopatia, penicilina cristalina.

ABSTRACT

Neurosyphilis occurs in 10 to 30% of untreated patients with syphilis, 5 to 35 years after the initial infection. Clinical manifestations are variable, affecting different topographies either in central or peripheral nervous system. In this report, a 48-year-old man presented with a 3-month history of progressive lumbar and legs pain, weakness and paresthesia, resulting in difficult walking. He sought for an orthopaedic center in Diadema-SP where hypothesis of prolapsed intervertebral disc was avoided by lumbar computerized tomography. CSF analysis concluded for neurosyphilis. The patient was referred to Instituto de Infectologia Emílio Ribas where therapy with crystalline penicillin was begun. He gradually recovered his muscular strength and his sensation over the following 21 days of treatment. To date, no symptoms or signs that could suggest recurrence have developed.

Keywords: neurosyphilis, polyradiculopathy, crystalline penicillin

ISSN: 0103-0465

DST – *J bras Doenças Sex Transm* 13(4):52-54, 2001

INTRODUÇÃO

Apesar da neurosífilis estar relacionada ao estágio terciário ou tardio da infecção pelo *Treponema pallidum*, a invasão do sistema nervoso central ou periférico pode ocorrer em qualquer momento do curso da doença sífilítica.¹ Cerca de 15% dos pacientes com sífilis primária e até 40% daqueles

com secundarismo apresentam uma ou mais anormalidades no líquido céfalo-raquidiano, incluindo pleocitose linfocítica, hiperproteínoorraquia, hipoglicorraquia e provas imunológicas reagentes.^{2,3}

O curso clínico pode ser dividido em assintomático e sintomático, compreendendo uma diversidade de síndromes neurológicas com variáveis graus de acometimento, incluindo olhos, meninges, parênquima cerebral, medula-espinal e nervos periféricos.^{3,6}

A forma assintomática representa um estágio tardio latente da infecção neural, precedendo e anunciando as variantes clínicas. Nessa fase, uma ou mais alterações líquóricas estão presentes, ao contrário de sinais neurológicos específicos. A produção local de anticorpos antitreponema é altamente sugestiva de neurosífilis.^{2,3}

¹ Médico(a) Infectologista da 1ª Unidade de Internação do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

² Médico(a) Infectologista da Prefeitura Municipal de Diadema.

³ Médico Neurologista do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

⁴ Unidade de Pesquisa Clínica – U.P.C – Disciplina de Moléstias Infecciosas da Universidade de Campinas – UNICAMP.

“Trabalho realizado na 1ª Unidade de Internação do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. São Paulo, Brasil.

A neurosífilis sintomática pode ser dividida em duas categorias maiores, que foram correlacionadas com achados patológicos: neurosífilis meningovascular, relacionada com típico desenvolvimento de endarterite obliterante que afeta pequenos vasos das meninges, cérebro e medula-espinhal; e neurosífilis parenquimatosa, caracterizada pela destruição de tecido nervoso, principalmente do córtex cerebral, onde há, além da endarterite obliterante, a invasão tecidual pelo *Treponema pallidum*. Não é incomum a superposição e combinação de achados clínicos das formas meningovascular e parenquimatosa.^{1,3}

RELATO DO CASO

FLD, 48 anos, masculino, casado, porteiro, natural de Bom Jesus-RN, procedente de Diadema-SP. Internação: 29/01/99. Alta hospitalar: 23/02/99.

Por três meses apresentou dores lombares e nos membros inferiores, principalmente o esquerdo, onde coexistiam formigamentos e fraqueza, que evoluíram de forma contínua e progressiva, acarretando dificuldade para deambulação. Referiu episódios freqüentes de tontura e cefaléia no período. Procurou auxílio ortopédico em uma unidade de saúde de Diadema onde foi aventada hipótese diagnóstica de compressão radicular extrínseca, logo afastada mediante normalidade no estudo tomográfico de coluna lombossacra. A análise do líquido do paciente sugeriu o diagnóstico de neurosífilis. Foi encaminhado para avaliação e tratamento no Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

Como antecedentes pessoais e epidemiológicos relatou meningite meningocócica em 1971, tratada com ampicilina nesse mesmo hospital. Referiu relações sexuais com múltiplas parceiras sem uso de preservativo, além de episódio de sífilis em 1985, do qual não se recordou o tratamento instituído. Negou relações homossexuais, transfusões sanguíneas, bem como existência anterior de lesões em pele ou mucosas.

Exames realizados em Diadema:

Tomografia Computadorizada de Crânio. (**Figuras 1, 2 e 3**): atrofia córtico-subcortical difusa.

Análise do líquido lombar: 2 células; proteína: 78 mg/dl; glicose: 57 mg/dl; VDRL: reagente 1/4.

Na admissão hospitalar encontrava-se com estado geral preservado, consciente, orientado, hidratado, corado, anictérico e afebril. Não foram observadas alterações hemodinâmicas e respiratórias.

Apresentava paraparesia com diminuição de tônus muscular e abolição de reflexos patelares e aquileus. A sensibilidade mostrava-se comprometida nos territórios das raízes L4, L5 e S1, sendo mais expressiva em membro inferior esquerdo. Ausência de sinais meníngeos. Sem alterações no território dos nervos cranianos, com pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Exames realizados durante a internação:

O hemograma e a bioquímica sérica de admissão revelaram-se normais.

Punção líquórica lombar revelou 1 célula; proteína: 170 mg/dl; glicose: 41 mg/dl; VDRL: reagente 1/4; hemaglutina-

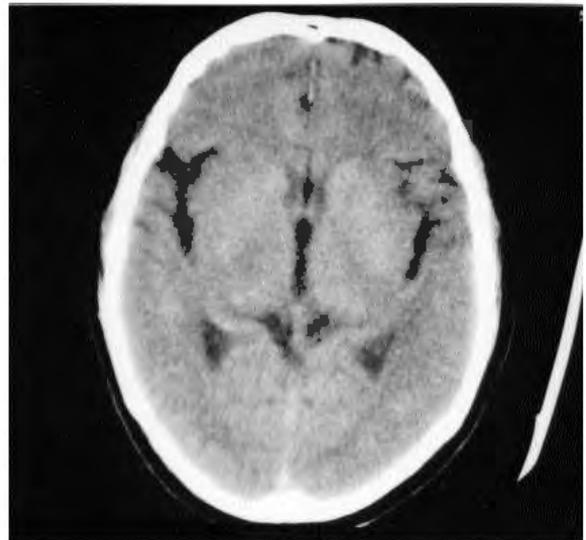


Fig. 1



Fig. 2

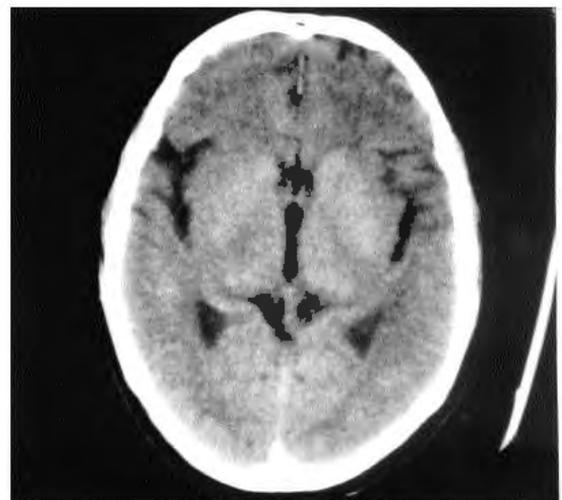


Fig. 3

Figuras 1, 2 e 3 – Atrofia córtico-subcortical difusa.

ção passiva para lues reagente. Não houve crescimento de bactérias. Pesquisa de fungos e BAAR negativas.

O Anti-HIV (Elisa) resultou não reagente.

VDRL no soro: reagente 1/8; FTA-ABS no soro reagente.

A eletroneuromiografia comprovou uma multirradiculopatia lombar, de padrão axonal, comprometendo os territórios das raízes L4, L5 e S1 bilateralmente.

Iniciado esquema terapêutico para neurolues com penicilina cristalina na dose de 3 milhões de unidades de 4 em 4 horas, utilizada por 21 dias. Não apresentou intercorrências durante o tratamento. Houve melhora clínica significativa, com diminuição da dor e recuperação da sensibilidade nos membros inferiores.

Nova coleta de líquido após o final da terapia: 1 célula; proteína: 44 mg/dl; glicose: 57 mg/dl; VDRL: reagente 1/2; hemaglutinação passiva para lues não reagente.

Recebeu alta hospitalar após 25 dias de internação, sendo encaminhado para ambulatório de seguimento.

Tomografia de crânio realizada um mês após a alta hospitalar mostrou os alargamentos de sulcos cerebrais anteriormente observados.

Após três meses de seguimento, VDRL no soro resultou reagente 1/2. Segue em acompanhamento ambulatorial sem recorrências até o momento.

DISCUSSÃO

A polirradiculopatia lombar é apresentação rara de neurosífilis em indivíduos imunocompetentes, desenvolvendo-se após períodos variáveis da infecção inicial, de forma gradual ou abrupta. Nesses pacientes, paraparesia progressiva é descrita principalmente na era pré-penicilina. Naqueles infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), essa manifestação também é infreqüente, podendo ser causada tanto pelo citomegalovírus como pelo próprio HIV.^[3,-5,7]

Esse relato ilustra a polirradiculopatia lombar sífilítica tratada num homem com sistema imune aparentemente preservado. Ao antecedente de sífilis em 1985, tratada possivelmente de forma inadequada, seguiu-se um período de latência de aproximadamente 15 anos até o desenvolvimento da neurosífilis sintomática, com envolvimento do sistema nervoso central e periférico, demonstrado radiologicamente pela atrofia cerebral e clinicamente, pelo acometimento motor e sensitivo de membros inferiores.

Os exames tomográficos revelaram atrofia córtico-subcortical cerebral difusa, provavelmente conseqüente a processo degenerativo no parênquima cerebral, demonstrando assim o substrato anatomopatológico comum da neurosífilis: a endarterite obliterante.³

O possível processo inflamatório do saco tecal, com lesão axonal e denervação ativa das raízes nervosas medulares em região lombar, poderia explicar as manifestações clínicas observadas nos membros inferiores.

É provável que a rápida melhora durante o tratamento tenha sido conseqüência de resolução inflamatória no saco

medular, havendo liberação na condução radicular, além de regeneração axonal em território de raízes lombares.^{4,5,7}

CONCLUSÃO

Esse tipo de manifestação clínica da neurolues – polirradiculopatia lombar – é pouco descrita na literatura, fato que tende a mudar, tanto pelo crescente aumento das doenças de transmissão sexual, quanto pela associação com a AIDS. Nos pacientes HIV-positivos, a imunodepressão celular pode alterar a história natural da sífilis, causando recidivas e acometimentos atípicos.^{3,4,8,9}

A investigação epidemiológica é fundamental para o êxito diagnóstico, já que a neurosífilis pode mimetizar doenças neurológicas, ortopédicas e psiquiátricas. No caso descrito, o diagnóstico só foi alcançado após o descarte radiológico de compressão radicular e a análise do líquido coletado.

O ressurgimento da sífilis deve alertar o clínico para a lembrança dessa hipótese nos casos onde haja envolvimento do sistema nervoso central ou periférico, bem como manifestações psiquiátricas ou oculares, associadas ou não a imunodepressão celular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lukehart, S., Hook, E.W., Baker-Zander, S.H., et al. - Invasion of the central nervous system by *Treponema pallidum*. Implication for diagnosis and therapy. *Ann Intern Med*, 1988; 109:855-62.
2. Felman, Y.M. - Lumbar puncture in asymptomatic neurosyphilis. *Arch Intern Med*, 145:422-423. 1985
3. Tramont, E.C. - Syphilis. In: Mandell, Douglas and Bennett. - **Principles and Practice of Infectious Diseases**, p. 2117-2133. 1995
4. Lanska, M.J., Lanska, D.J., Schmidley, J.W. - Syphilitic polyradiculopathy in an HIV-positive man. *Neurology*, 38:1297-1301. 1988
5. Behar, R., Wiley, C., McCutchan, A. - Cytomegalovirus polyradiculoneuropathy in acquired immune deficiency syndrome. *Neurology*, 37:557-561. 1987
6. Simon, R.P. - Neurosyphilis. *Neurology*, 44:2228-2230. 1994
7. Tyler, K.L., Sandberg, E., Baum, K.F. - Medial medullary syndrome and meningovascular syphilis: A case report in an HIV-infected man and a review of the literature. *Neurology*, 44:2231-2235. 1994
8. Katz, D.A., Berger, J.R. - Neurosyphilis in acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Neurol*, 46:895-898. 1989
9. Musher, D.M. - Syphilis, neurosyphilis, penicillin, and AIDS. *J Infect Dis*, 163:1201-1206. 1991

Endereço para correspondência:

Dr. Luiz Alberto Costa Barra

Rua José Benedito Salinas 110/81-A

São Paulo - SP - CEP: 04674-200

E-mail: unidade1@emilioribas.sp.gov.br

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS AO PARVOVÍRUS HUMANO B19, INCLUINDO A ANEMIA PERSISTENTE NA AIDS E EM OUTRAS FORMAS DE IMUNODEPRESSÃO.

CLINICAL PROBLEMS RELATED TO HUMAN PARVOVIRUS B19, INCLUDING PROTRACTED ANEMIA IN AIDS AND OTHER FORMS OF IMMUNODEFICIENCY

Sérgio Setúbal¹, Solange A Oliveira², Flávia De Angelis¹, Ana Cristina Seródio⁴, Jussara P Nascimento⁵

RESUMO

A descoberta acidental do parvovírus humano B19 em 1974 levou ao esclarecimento da etiologia de algumas síndromes clínicas já desde há muito conhecidas, e hoje comprovadamente associadas à infecção por este vírus. Com base na revisão da literatura, são descritas estas síndromes, bem como os eventos que permitiram associá-las ao parvovírus B19, na ordem aproximada em que ocorreram. A literatura brasileira foi também revista. O texto aborda também a infecção por parvovírus B19 no contexto da Aids e de outras formas de imunodepressão.

Palavras-chave: síndrome de imunodeficiência adquirida, parvovírus humano B19, hidropisia fetal, anemia falciforme, eritema infeccioso

ABSTRACT

The fortuitous discovery of Human Parvovirus B19 in 1974 made possible to establish the etiology of some long known clinical syndromes, now definitely linked to the infection with this virus. After a literature review, these syndromes are described, as well as the events that made possible to link them with parvovirus B19, in the approximate sequence in which these events occurred. Brazilian literature was also reviewed. The text also addresses parvovirus B19 infection in AIDS and other forms of immunodeficiency.

Keywords: acquired immunodeficiency syndrome; human parvovirus B19; hydrops fetalis; sickle cell anemia; erythema infectiosum

ISSN: 0103-0465

DST – *J bras Doenças Sex Transm* 13(4):55-60, 2001

INTRODUÇÃO

A descoberta acidental do parvovírus B19 em 1974, e a sua posterior associação a diversas síndromes clínicas desde há muito conhecidas veio resolver alguns antigos enigmas etiológicos: a causa do eritema infeccioso, ou quinta doença; a origem da crise aplásica transitória, evento único na história

mórbida dos indivíduos acometidos de anemia falciforme; a causa de certos casos de eritroblastose fetal não imune. Da mesma forma, o vírus foi associado com aplasias medulares eritrocitárias puras em indivíduos com Aids e outras formas de imunodepressão. Este artigo descreve, após revisão da literatura, as síndromes clínicas associadas a este vírus e as descobertas que permitiram estabelecer tal associação, procurando manter umnexo histórico e fisiopatogenético. As publicações brasileiras foram também revistas.

PARVOVÍRUS

Os parvovírus estão entre os menores vírus DNA existentes (*Parvum* é a palavra latina para significar pequeno): os vírus têm um diâmetro que varia entre 18 a 26 nanômetros e uma arquitetura simples, sendo constituídos inteiramente de proteí-

¹ Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da UFF.

² Doutor em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da UFF.

³ Graduanda em Medicina, Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da UFF.

⁴ Graduanda em Medicina, Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da UFF.

⁵ Doutora em Ciências (Microbiologia), Departamento do Desenvolvimento Tecnológico, BioManguinhos, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.

na e de DNA de cadeia única. A família *Parvoviridae* abrange duas subfamílias, *Parvovirinae*, que compreende os vírus que infectam vertebrados, e *Densovirinae*, que inclui os que infectam insetos. Cada uma delas contém três gêneros. Os gêneros *Densovirus*, *Iteravirus* e *Contravirus*, da família *Densovirinae*, não têm interesse para a medicina humana, a não ser talvez na produção de antígenos recombinantes, uma vez que a obtenção de antígenos por cultivo do principal parvovírus humano, o parvovírus B19, é difícil. Os *Parvovirinae* compreendem: os gêneros *Parvovirus*, *Dependovirus* e *Erythrovirus*. Os *Parvovirus* conseguem replicar-se de forma autônoma, enquanto que os *Dependovirus* dependem da presença de um vírus auxiliar, que é geralmente (mas nem sempre) um adenovírus, donde serem chamados também adenoassociados. Os *Erythrovirus* replicam-se apenas em células eritróides.

O parvovírus B19 é o único *Parvoviridae* considerado patogênico para seres humanos: infecta e destrói precursores eritróides, sendo, por este motivo, incluído no gênero *Erythrovirus*, do qual é a espécie-tipo. Yvonne Cossart *et al.* descobriram-no acidentalmente em 1974, quando tentavam detectar HBsAg em lotes de soro humano. A detecção deste antígeno era feita submetendo os soros dos lotes a contra-imunoelektroforese (CIE) frente a outros soros humanos, usados como fonte de anticorpo. Os soros positivos para HBsAg eram novamente testados por hemaglutinação e radioimunoensaio, empregando soros de origem animal como fonte de anticorpo. Inesperadamente, um dos soros positivos por CIE, o de número 19 no lote B, não mostrou, ao contrário do que seria de esperar, nenhuma reatividade quando testado por hemaglutinação ou radioimunoensaio, técnicas muito mais sensíveis. Cossart *et al.* retiraram o fragmento do gel onde se formara a linha de precipitação na CIE, e submeteram-no à microscopia eletrônica, verificando a presença de partículas virais de 23 nanômetros, muito semelhantes a parvovírus. Supuseram então, acertadamente, estar diante de um novo parvovírus humano, não reconhecido pelos antissoros de origem animal que tinha empregado. A denominação B19 tem assim origens históricas. O novo vírus, não reagia também com antissoros humanos contra vírus adenoassociados, nem com antissoros contra parvovírus murinos. Testando novamente os soros de todos os lotes, obtidos geralmente de indivíduos ingleses adultos, Cossart *et al.* demonstraram que 30% deles tinham anticorpos contra o vírus. Estes pesquisadores denominaram *serum-parvovirus-like particle* ao novo vírus, em decorrência de sua aparência. Entretanto, uma década mais tarde, a caracterização do material genético de partículas presentes no soro de crianças com crise aplástica transitória (veja abaixo) como sendo constituído de DNA de cadeia simples permitiu a apropriada classificação do agente como um membro da família *Parvoviridae*.

Dois anos depois de descoberto por Cossart *et al.*, o vírus foi novamente identificado em dois doadores de sangue, e seis anos depois, em dois soldados britânicos que retornavam da África, acometidos de doença inespecífica febril. Mais tarde, investigadores britânicos detectaram, usando radioimunoensaio com anticorpos monoclonais, a presença de anticor-

pos IgG contra o novo parvovírus em 61% dos doadores de sangue. O parvovírus B19 determina em muitas ocasiões infecção assintomática ou doença febril inespecífica. Não obstante, o vírus foi posteriormente associado a síndromes e quadros clínicos específicos.

No Brasil, a primeira menção à infecção por parvovírus B19 parece ter sido feita por Yoshida e Gaspar, que encontraram anticorpos por contra-imunoelektroforese em alguns doadores de sangue do Rio de Janeiro, em 1983. Nogueira, em 1985, também no Rio de Janeiro, encontrou anticorpos anti-B19 por radioimunoensaio em três soros de mulheres grávidas, enviados para detecção de anticorpos contra rubéola. Aparentemente, nenhum destes autores publicou os seus achados, sendo apenas citados por Silva Cruz *et al.*

Em 1988, Nascimento *et al.* relataram, no IV Congresso Brasileiro de Virologia, uma prevalência de anticorpos IgG de 52% nos adultos entre 20 e 30 anos no Rio de Janeiro. Estes dados foram refinados e posteriormente publicados. Segundo estes autores, a presença de anticorpos IgG contra B19 variava, em amostras de soro colhidas entre 1985 e 1986, de 35% em crianças com menos de 5 anos, até 80%, em crianças entre 11 e 15 anos. A prevalência em indivíduos maiores que 50 anos era maior que 90%. Em 1990 Freitas *et al.* publicam um estudo em Belém do Pará, pesquisando a soroprevalência em habitantes de Belém e em tribos amazônicas. Havia imunidade prévia em 42,6% da população urbana de Belém, mas em apenas 4,7 a 10,7% dos índios.

Num trabalho de revisão feito em 1996, Freitas *et al.* descrevem a ocorrência, ao lado da sazonalidade anual, de um padrão epidemiológico cíclico, caracterizado por alguns anos de altas taxas de infecção, seguidos por períodos com baixa atividade viral. Um estudo epidemiológico de doenças exantemáticas, levado a cabo em Niterói, RJ, detectou um aumento do número de casos de parvovírus B19 entre agosto de 1998 e dezembro de 1999.

CRISE APLÁSTICA TRANSITÓRIA (CAT)

A primeira síndrome clínica indubitavelmente associada ao parvovírus B19 foi a CAT, acometendo pacientes com doença falciforme. Em 1981, viremias por parvovírus foram descritas em duas crianças em uma clínica em Londres, levando Pattison *et al.* a procurarem infecção aguda em mais de 800 soros estocados. Surpreendentemente, foram encontradas antigenemia ou soroconversão em seis outras amostras, que eram todas similares pelo fato de pertencerem a crianças portadoras de anemia falciforme, imigrantes da Jamaica, que tinham sido admitidas com complicações da CAT. Também em 1981, a soroconversão, a subida significativa dos títulos ou a presença de partículas virais foram demonstradas em 24 de 28 soros obtidos de crianças jamaicanas portadores de anemia falciforme, acometidas de CAT, com a qual o vírus foi, finalmente, associado como agente causal. Nos pacientes com CAT o vírus pode ser demonstrado no plasma por microscopia eletrônica durante a crise, e há sempre evidência de soroconversão durante a convalescença — ocasião em que o vírus não é mais

detectável. Sabe-se hoje que a invasão direta e a destruição dos progenitores eritróides na medula óssea resultam na interrupção transitória da eritropoiese. As manifestações clínicas de anemia aguda ocorrem apenas nos pacientes com grande taxa de reposição de eritrócitos (tal como ocorre na doença falciforme e em outras anemias hemolíticas), isto é, naqueles indivíduos cujas hemácias têm uma vida curta. Em pessoas normais, nas quais os eritrócitos circulam por 120 dias, a infecção resolve espontaneamente antes que surjam quaisquer sintomas hematológicos.

O parvovírus B19 é considerado a mais importante causa de CAT em pacientes com doença falciforme. A CAT, devida ao parvovírus B19 também foi descrita em uma ampla gama de outros distúrbios hemolíticos, como a esferocitose hereditária, talassemia, distúrbios das enzimas eritrocitárias (como deficiência de piruvato quinase) e anemias hemolíticas auto-imunes. Uma CAT pode ser a primeira manifestação de uma doença hemolítica num paciente que tinha até então estado bem controlado. Também pode ocorrer CAT em certas condições marcadas por um “*stress* eritrocitário”, tais como hemorragias, malária, anemia ferropriva, ou no período que se segue ao transplante de medula óssea. Anemia aguda, seguindo-se à infecção pelo parvovírus B19, também foi descrita em pessoas normais, mas, apesar de que uma queda no hematócrito ocorre mesmo em voluntários normais, habitualmente a boa reserva eritrocitária impede o aparecimento de sintomas hematológicos.

Embora sofrendo de uma doença que é, afinal, autolimitada, o paciente com CAT pode progredir para uma situação crítica, ou mesmo para o óbito. Sinais e sintomas incluem não somente dispnéia e cansaço decorrentes da anemia progressiva, mas também confusão mental e evidência de insuficiência cardíaca congestiva. A infecção pelo parvovírus é frequentemente associada a alterações de outras linhagens medulares que não a eritrocitária: graus diversos de neutropenia e trombocitopenia, devida ao efeito sobre os megacariócitos, não são incomuns. Alguns pacientes evoluem com necrose maciça da medula óssea. -

Durante a CAT, o paciente está agudamente infectado e elimina enormes quantidades de vírus por via respiratória, constituindo-se numa fonte potencial de infecção nosocomial. Uma contagem de reticulócitos zero ou baixa num paciente com anemia hemolítica hereditária deve chamar a atenção para a possibilidade de CAT devida ao parvovírus B19, indicando a realização de testes sorológicos. Do ponto de vista do epidemiologista hospitalar, a presteza do diagnóstico diminuirá o risco de um possível surto nosocomial.

O tratamento da CAT é simples e consiste na transfusão de concentrado de hemácias, embora possa haver alguma vantagem teórica no emprego do sangue total, uma vez que metade dos doadores do Rio de Janeiro têm anticorpos anti-B19, o que possivelmente aceleraria a cura da infecção.

ERITEMA INFECCIOSO

Em 1983, um surto de eritema infeccioso eclodiu num subúrbio ao norte de Londres, e um novo teste para IgM ligou

claramente esta doença exantemática infantil desde há muito conhecida, à primoinfecção pelo B19. O advento de técnicas de detecção de anticorpos da classe IgM tornou mais fácil determinar que o parvovírus B19 é o único agente etiológico desta benigna, antiga, e comum doença exantemática infantil. O eritema infeccioso, doença descrita no final do século XVII, é também conhecida como quinta doença, ou megalocitose infecciosa. Não há sintomas de origem hematológica .

No Brasil, a associação comprovada entre os eritema infeccioso e a infecção por parvovírus B19 foi feita em Belém do Pará. Nesta cidade, o B19 foi associado à doença exantemática de uma forma geral por Freitas *et al.* e ao eritema infeccioso em particular por Miranda *et al.*, que estudaram casos ocorridos entre os anos 1984 e 1987, sempre no segundo semestre, ao contrário do que ocorre no Rio de Janeiro. Em outro estudo, publicado em 1990, Freitas *et al.* afirmam que, em Belém, deve-se ao B19 um quarto dos exantemas não causados por rubéola, sarampo ou arbovírus. Os mesmos resultados não se repetiram em estudos feitos em 1993 e em 1999. No primeiro destes trabalhos, a taxa de infecção recente em 42 pacientes com exantema inexplicado foi de 4,8% e a imunidade prévia de 26,2%. Não foram encontrados anticorpos em crianças menores que um ano, e a maior soroprevalência ocorreu na faixa etária entre 6 e 15 anos. No estudo de 1999, os autores notam 84,5% de imunidade prévia em mulheres gestantes.

Em 1996 Cubel *et al.* demonstraram infecção por B19 em apenas 27 de 1095 casos de doença exantemática notificados como sarampo (segundo critérios que se baseavam na presença de febre, exantema, e de um dos seguintes sinais, coriza, conjuntivite, tosse). Destes 1095 casos, o sarampo foi confirmado em 52, a rubéola em 476 e a infecção por B19 em 27. A sazonalidade do B19 acompanhou a da rubéola, com casos na segunda metade do ano, no final do inverno e no início da primavera.

Em 1996, Oliveira *et al.* publicaram um estudo clínico e epidemiológico de 24 casos de infecção por B19, detectados pela presença de IgM em enzima-imunoensaio de captura, durante vigilância epidemiológica de doenças exantemáticas feita entre março de 1994 até novembro de 1995 em Niterói, RJ. Sinais clássicos de eritema infeccioso (“sinal da bofetada”) foram descritos em apenas oito dos pacientes, todos crianças. Também oito pacientes, seis adultos e duas crianças, apresentaram poliartropatia simétrica, mais freqüente em mulheres. Os autores alertam para a impossibilidade de diagnóstico clínico, e para a necessidade de considerar a infecção por B19 em casos de artrite reumatóide em início.

ERITROBLASTOSE FETAL

O B19 foi encontrado numa criança hidrópica e a semelhança clínica entre a quinta doença e a rubéola, assim como a propensão das parvovirose animais causarem perda fetal levou à descoberta do papel do parvovírus como determinante de doença fetal na espécie humana. Quando infecta mulheres grávidas, o parvovírus B19 pode levar a grave dano fetal, a despeito de seu pouco ou talvez nenhum potencial teratogêni-

co. Durante a vida fetal, particularmente no segundo trimestre, há normalmente um grande aumento na massa eritrocitária fetal. O feto infectado, incapaz de manter a taxa de eritropoiese necessária a tal aumento, desenvolve grave anemia intrauterina, que habitualmente determina insuficiência cardíaca fetal (para a qual também contribui um certo grau de miocardite) e anasarca, num quadro chamado eritroblastose fetal, ou hidropisia fetal não imune.

Em 1990, Nascimento *et al.* descrevem pela primeira vez no Brasil a infecção por B19 em um feto hidrópico do Rio de Janeiro. A infecção durante a gravidez depende da taxa de imunidade entre as mulheres em idade fértil, que parece ser alta no Brasil. Como já foi dito, uma das primeiras menções ao parvovírus B19 em nosso país foi a de Nogueira, em 1985, também no Rio de Janeiro, que encontrou anticorpos IgG em três soros de mulheres grávidas, enviados para o diagnóstico de rubéola. Segundo alguns estudos, a taxa de imunidade nas mulheres brasileiras em idade fértil está entre 30% e 60%, podendo atingir até 84%.

Em 1996, Cubel *et al.* publicam uma revisão de 23 casos de hidropsia fetal não imunológica, submetendo à hibridização *in situ* e *dot-blot* os espécimes de pulmões e fígados fetais estocados em parafina no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro. Os seis casos encontrados de infecção por parvovírus, que tinham ocorrido entre 1974 e 1988, sempre na segunda metade do ano, foram confirmados por PCR, e pela presença do vírus à microscopia eletrônica. Neste mesmo ano de 1996, Garcia *et al.* demonstram que as causas infecciosas de hidropsia fetal predominaram sobre as imunológicas no Instituto Fernandes Figueira entre 1954 e 1992.

ANEMIA PERSISTENTE NOS IMUNODEPRIMIDOS

A presença de imunodepressão (inclusive a determinada pela Aids) pode resultar no aparecimento de anemia. O mecanismo que opera aqui é o prolongamento da infecção por tempo superior ao da duração normal das hemácias, pela incapacidade imunológica de responder à infecção. A infecção persistente pelo parvovírus B19 foi diagnosticada pela primeira vez em uma criança anêmica e imunossuprimida, na qual a viremia foi detectada em múltiplos espécimes de soro, obtidos seqüencialmente. Também é marcante a similaridade entre o efeito citopático do vírus em cultura de células e a aparência do aspirado de medula óssea dos pacientes imunodeprimidos infectados. A partir daí, muitos trabalhos associando anemia crônica em pacientes imunodeficientes à infecção pelo parvovírus humano B19 se sucederam. Por volta de 1990 começaram a surgir os primeiros relatos de anemia devida à infecção persistente por parvovirus em pacientes com Aids. A anemia crônica por parvovírus B19 pode inclusive apresentar-se como a primeira manifestação da Aids. A literatura brasileira sobre infecção por B19 em pacientes imunodeprimidos é escassa ou inexistente.

Em pessoas acometidas de Aids, a imunodeficiência torna a infecção crônica. A destruição das células progenitoras eritrói-

des, persistindo além da longevidade máxima das hemácias, resulta em anemia grave e prolongada, que responde à administração de imunoglobulina humana padrão. A anemia determinada pelo B19 nestes pacientes pode não ser tão grave quanto a dos indivíduos com anemia hemolítica constitucional prévia, mas tende a prolongar-se no tempo. As manifestações clínicas serão as de uma aplasia ou hipoplasia medular restrita à serie vermelha. O quadro histopatológico medular é de aplasia eritróide, com hipocelularidade e com a presença de pró-eritroblastos gigantes, dotados de inclusões intranucleares vítreas com região clara central e variavelmente eosinofílicas, com citoplasma freqüentemente vacuolado (células “em lanterna”). A anemia conseqüente à insuficiência medular pode durar meses ou anos e, no paciente com Aids, confunde-se com as anemias de outras causas que comumente complicam o seu curso clínico.^{37-41,44,45}

O diagnóstico da infecção por parvovírus B19 pode apresentar dificuldades no paciente imunodeficiente. Embora a prevalência de anticorpos IgM e IgG pareça ser maior nos pacientes com Aids do que na população em geral, num determinado doente com aplasia pura de células vermelhas, os anticorpos podem ser totalmente ausentes, ou apresentarem-se apenas sob a forma de baixos títulos de IgM. O diagnóstico exige por este motivo recursos laboratoriais como PCR, hibridização *in situ*, *dot blot*, e imunoistoquímica com anticorpos monoclonais.

Apesar das dificuldades mencionadas, o diagnóstico da infecção por parvovírus B19 como causa da anemia crônica da Aids é importante por vários motivos: (1) permitir o uso de AZT em dose plena; (2) não submeter o paciente a manobras invasivas iatrogênicas na tentativa de esclarecer a causa a anemia; (3) impedir que o paciente dissemine a infecção para outros pacientes imunodeficientes (com os quais convive em enfermarias e ambulatórios) ou para mulheres grávidas, no lar. Além do mais, o tratamento com gamaglobulina, embora eficaz, é caro e não pode ser feito como teste terapêutico. Também o efeito de certos medicamentos empregados inadvertidamente na tentativa de tratar a anemia, como a eritropoietina podem ser desastrosos.

O tratamento da anemia pode ser feito com a aplicação intravenosa de gamaglobulina humana padrão, que geralmente contém anticorpos em quantidade suficiente para debelar a viremia. As doses, que apresentam certa variação conforme o autor, ficam em torno de 400 mg/kg, feitas durante 1 a 5 dias. O tratamento é repetido em caso de recaída. Os pacientes com contagens de células CD4 superior a 300/mm³ tendem a apresentar respostas estáveis, sem recorrências. Os mais imunodeficientes em geral recaem, e exigem novo tratamento, ou profilaxia.

CONCLUSÃO

As causas comuns de anemia em pacientes com Aids, como infecções por micobactérias e citomegalovírus, linfomas, tratamentos com zidovudina e sulfas, além da ação do

próprio HIV na medula óssea, deve-se somar a infecção persistente pelo parvovírus B19.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERNIS, K.I. Parvoviridae: The viruses and their replication. In: Fields, B.N., Knipe, D.M., Howley, P.M. *et al.* **Fields Virology**, 3rd ed., Philadelphia, Lippincott-Raven, 1996.
2. Brown, K.E. Parvovirus B19. In: Mandell, G.L., Bennett, J.E., Dolin, R. Mandell, Douglas and Bennett's **Principles and Practice of Infectious Diseases**, 5th ed., Philadelphia, Churchill-Livingstone, 2000.
3. Cossart, Y.E., Field, A.M., Cant, B. *et al.* Parvovirus-like particles in human sera. **Lancet** 1(7898): 72-3. 1975
4. Clewley, J.P. Biochemical characterization of a human parvovirus. **J. Gen. Virol.** 65(1):241-5. 1984
5. Summers, J., Jones, S.E., Anderson, M.J. Characterization of the genome of the agent of erythrocyte aplasia permits its classification as a human parvovirus. **J. Gen. Virol.** 64(2): 2527-32. 1983
6. Paver, W.K., Clarke, S.K. Comparison of human fecal and serum parvo-like viruses. **J. Clin. Microbiol.** 4(1): 67-70. 1976
7. Shneerson, J.M., Mortimer, P.P., Vandervelde, E.M. Febrile illness due to a parvovirus. **Br. Med. J.** 280(6231):1580. 1980
8. Cohen, B.J., Mortimer, P.P., Pereira, M.S. Diagnostic assays with monoclonal antibodies for the human serum parvovirus-like virus. **J. Hyg. (London)** 91(1):113-30. 1983
9. Silva Cruz, A., Serpa, M.J., Barth, O.M. *et al.* Detection of the human parvovirus B19 in a blood donor plasma in Rio de Janeiro. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz** 84(2):279-80. 1989
10. Nascimento, J.P., Buckley, M.M., Brown, K.E. *et al.* The prevalence of antibody to human parvovirus B19 in Rio de Janeiro, Brazil. **Rev. Inst. Med. Trop.** São Paulo 32(1): 41-5. 1990
11. Freitas, R.B., Wong, D., Boswell, F. *et al.* Prevalence of human parvovirus (B19) and rubellavirus infections in urban and remote rural areas in northern Brazil. **J. Med. Virol.** 32(4):203-8. 1990
12. Freitas, R.B., Miranda, M.F.R., Linhares, A.C. Epidemiology and clinical features of parvovirus B19 infection in the Amazon region. Brief review. **Virus Rev. Research** 1:61-6. 1996
13. Castro S.T., Galvão A.D., Garcia B.F., *et al.* Parvovirose Humana: estudo clínico e epidemiológico. **Braz. J. Infect. Dis.** 3(Suppl 2):55. 1999
14. Pattison, J.R., Jones, S.E., Hodgson, J. *et al.* Parvovirus infections and hypoplastic crisis in sickle-cell anaemia [letter]. **Lancet** 1(8221):664-5. 1981
15. Serjeant, G.R., Topley, J.M., Mason, K. *et al.* Outbreak of aplastic crises in sickle cell anaemia associated with parvovirus-like agent. **Lancet** 2(8247):595-7. 1981
16. Brown K.E., Young N.S., Liu J.M. Molecular, cellular and clinical aspects of parvovirus B19 infection. **Critical Reviews of Oncology and Hematology** 16(1):1-31. 1994
17. Timuragaoglu, A., Sürücü, F., Nalçaci, M. *et al.* Anemia and thrombocytopenia due to parvovirus B-19 infection in a pregnant woman. **J. Med.** 28(3-4):245-9. 1997:
18. Lervez, M., Morinet, F. Parvovirus B19. Editions Techniques. **Encyclopédie Médico-Chirurgicale.** (Paris-France), Maladies infectieuses, 8-050-I-10. 1994
19. Cubel, R.C., Valadão, M.C., Pereira, W.V. *et al.* Aplastic crisis due to human parvovirus B19 infection in hereditary hemolytic anaemia. **Rev. Inst. Med. Trop.** São Paulo 34(5):479-82. 1992
20. Nascimento, J.P., Buckley, M.M., Cruz, A.S. *et al.* Antibodies to human parvovirus B19 in Rio de Janeiro. **IV Encontro Nacional de Virologia**, São Lourenço, Brasil, Abstract n°. A73, página 108. 1988
21. Pereira, R.F.A., Hecksher, A., Cubel, R.C.N. *et al.* Estudo da infecção pelo parvovírus humano B19 em pacientes portadores de anemias hemolíticas constitucionais do IEH-ASC. **XXV Jornada de Hematologia e Hemoterapia**, Rio de Janeiro, Brasil, 1994
22. SantAnna, A.L.M., Pereira, M.C.J., Paula, M.T.M. *et al.* Crise aplástica pelo parvovírus Humano B19 em paciente portadora de anemia hemolítica hereditária. **Rev. Inst. Est. Hem. "Arthur Siqueira Cavalcanti"** 12(1/2):56-9. 1995
23. Anderson, M.J., Jones, S.E., Fisher-Hoch, S.P. *et al.* Human parvovirus, the cause of erythema infectiosum (fifth disease)? **Lancet** 1(8338):1378. 1983
24. Freitas, R.B., Linhares, A.C., Miranda, M.F. *et al.* Novo agente de doença exantemática na Amazônia: o parvovírus "B19". **Boletim Epidemiológico (Rio de Janeiro)** 20:104. 1998
25. Miranda, M.F.L., Linhares, A.C., Shirley, J.A. Fifth disease in children living in Belém, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 31:359-62. 1989
26. Freitas, R.B., de Miranda, M.F., Shirley, J. *et al.* Parvovirus B19 antibodies in sera of patients with unexplained exanthemata from Belém, Pará, Brazil. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz** 88(3):497-9. 1993
27. Freitas, R.B., Gusmão, S.R.B., Durigon, E.L. *et al.* Survey of Parvovirus B19 in a Cohort of Pregnant Women in Belém, Brazil. **Braz. J. Infect. Dis.** 3(1):6-14. 1999
28. Cubel, R.C., Siqueira, M.M., Santos, E.O. *et al.* Human parvovirus B19 infections among exanthematic diseases notified as measles. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 1996: 30(1):15-20, 1996.
29. Oliveira, S.A., Brandão, A.B., Fernandes, D.G. *et al.* Human parvovirus B19 infection: clinical and epidemiological study of 24 cases. **Rev. Inst. Med. Trop.** Sao Paulo 38(5):323-7. 1996
30. Anderson, M.J., Khouam, M.N., Maxwell, D.J. *et al.* Human parvovirus and *hydrops fetalis* [letter]. **Lancet** 1(8584) 535. 1988
31. Hall, S.M., Cohen, B.J., Mortimer, P.P. *et al.* Prospective study of human parvovirus (B19) infection in pregnancy. **Br. Med. J.** 1990: 300:1166-70.
32. Cubel, R.C., Garcia, A.G., Pegado, C.S. *et al.* Human parvovirus B19 infection and hydrops fetalis in Rio de Janeiro, Brazil. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz** 91(2):47-51. 1996
33. Nascimento, J.P., Pegado, C.S., Garcia, A.P. B19 infection and hydrops fetalis in Rio de Janeiro, Brazil. In: **International Congress of Virology**, 8, Berlim, Abstract p. 240. 1990.
34. Garcia, A.G.P., Pegado, C.S., Ramos, H.I.B. *et al.* Non-immunologic hydrops fetalis - study of 86 autopsies. **Trop. Doct.** 26(2):78-9. 1996
35. Kurtzman, G., Ozawa, K., Hanson, G.R. *et al.* Chronic bone marrow failure due to persistent B19 parvovirus infection. **N. Eng. J. Med.** 317(5):287-94. 1987
36. Abkowitz, J.L., Brown, K.E., Wood, R.W. *et al.* Clinical Relevance of Parvovirus B19 as a cause of Anemia in patients with Human Immunodeficiency Virus infection. **J. Infect. Dis.** 176:269-73. 1997
37. Frickhofen, N., Abkowitz, J.L., Safford, M. *et al.* Persistent B19 parvovirus infection in patients infected with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1): a treatable cause of anemia in AIDS. **Annals of Internal Medicine** 113(12):926-33. 1990

38. Chrystie, I.L., Almeida, J.D., Welch, J. Electron microscopic detection of human parvovirus (B19) in a patient with HIV infection. **J Med Virol** 30(4): 249-52. 1990
39. Mitchell, S.A., Welch, J.M., Weston-Smith, S. *et al.* Parvovirus infection and anaemia in a patient with AIDS: case report. **Genitourin Med** 66(2): 95-6. 1990
40. de Mayolo, J.A., Temple, J.D. Pure red cell aplasia due to parvovirus B19 infection in a man with HIV infection. **South Med J** 83(12): 1480-1. 1990
41. Griffin, T.C., Squires, J.E., Timmons, C.F. *et al.* Chronic human parvovirus B19-induced erythroid hypoplasia as the initial manifestation of human immunodeficiency virus infection. **J Pediatr** 118(6): 899-901. 1991
42. Brown, K.E., Young, N.S. Human Parvovirus B19: Pathogenesis of Disease. In: Anderson, L.J., Young, N.S. **Human Parvovirus B19. Monographs in Virology**, vol. 20, Basel, Karger, 1997.
43. Koduri, P.R. Novel cytomorphology of the giant proerythroblasts of parvovirus B19 infection. **Am J Hemato** 58(2): 95-9. 1998
44. Naides, S.J., Howard, E.J., Swack, N.S. *et al.* Parvovirus B19 infection in human immunodeficiency virus type 1-infected persons failing or intolerant to zidovudine therapy. **J Infect Dis** 168(1): 101-5. 1993
45. Kurtzman, G., Young, N. Viruses and bone marrow failure. **Baillieres Clin Haematol** 2(1): 51-67. 1989
46. Nigro, G., Luzi, G., Fridell, E. *et al.* Parvovirus infection in children with AIDS: high prevalence of B19-specific immunoglobulin M and G antibodies. **AIDS** 6(7): 679-84. 1992
47. Aguiar, F.S., Lopes, D.P., Bazin, A.R. *et al.* Human parvovirus B19 infection in HIV-positive patients. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop** 34(3): in press. 2001
48. Liu, W., Ittmann, M., Liu, J. *et al.* Human parvovirus B19 in bone marrows from adults with acquired immunodeficiency syndrome: a comparative study using in situ hybridization and immunohistochemistry. **Hum Pathol** 28(7): 760-6. 1997
49. Borkowski, J., Amrikachi, M., Hudnall, S.D. Fulminant parvovirus infection following erythropoietin treatment in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. **Arch Pathol Lab Med** 124(3): 441-5. 2000
50. Zuckerman, M.A., Williams, I., Bremner, J., Cohen, B., Miller, R.F. Persistent anaemia in HIV-infected individuals due to parvovirus B19 infection **AIDS** 8(8): 1191-2. 1994
51. Koduri, P.R., Kumapley, R., Valladares, J. *et al.* Chronic pure red cell aplasia caused by parvovirus B19 in AIDS: use of intravenous immunoglobulin—a report of eight patients. **Am J Hematol** 61(1): 16-20. 1999
52. Zuckerman, M.A., Williams, I., Bremner, J. *et al.* Persistent anaemia in HIV-infected individuals due to parvovirus B19 infection [letter]. **AIDS** 8 (8):1191-2. 1994

Endereço para correspondência:

Sérgio Setúbal

Rua Marquês de Paraná, 303, Centro,
24030-210 Niterói, RJ.

E-mail: labutes@cremerj.com.br

Carta ao Editor

CORNELL
UNIVERSITY

NEW YORK
PRESBYTERIAN
HOSPITAL

**Joan and Sanford I. Weill
Medical College**

Steven S. Witkin, Ph.D.
*Professor of Immunology
Director, Division of Immunology
and Infectious Diseases
Director, Immunology and Microbiology Testing Unit*

515 East 71st Street
New York, NY 10021
Telephone: 212-746-3167
Fax: 212-746-8799
E-mail: switkin@mail.med.cornell.edu

June 18, 2001

Prof. Dr. Mauro Romero Leal Passos
Universidade Federal Fluminense
Rua Hernani Mello, 101-Anexo
CEP 24210-130-Niteroi-RJ
Fax 011 55 21 719 2588

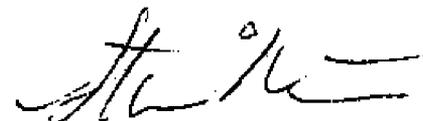
Dear Dr. Passos,

I have been very pleased to receive issues of your journal, DST, *Jornal Brasileiro de Doencas Sexualmente Transmissiveis*. It contains high quality scientific articles and reviews of major interest that cannot be found in other journals. In addition, it is most important for STD specialists to be kept informed as to the latest developments in this field in the very large and very important country of Brazil.

I will be happy to contribute manuscripts to this journal in the near future.

Congratulations on your superb efforts.

Sincerely,



Prof. Steven Witkin

VIOLÊNCIA SEXUAL, VULNERABILIDADE E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

SEX OFFENSES, VULNERABILITY AND SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

Jair N Reis¹, Carmen CS Martin², Sônia MV Bueno³

RESUMO

Fundamentos: Estabelecendo uma relação assimétrica de poder e autoridade a violência sexual fere as normas do Direito e rompe as barreiras de classes sociais. Acometendo ambos os sexos e todas faixas etárias, ela ocorre tanto no espaço privado quanto no público, produzindo conseqüências físicas e psicológicas. Além das lesões genitais e extragenitais, as vítimas vivenciam a possibilidade da aquisição de uma doença sexualmente transmissível e do HIV. **Objetivo:** Analisar sob a ótica do conceito da vulnerabilidade, características relativas aos crimes de estupro e atentado violento ao pudor frente à possibilidade de as vítimas adquirirem doenças sexualmente transmissíveis. **Métodos:** Elegeu-se os casos de estupro e atentado violento ao pudor cometidos contra mulheres, categorizados segundo o critério de idade estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, notificados pela Delegacia de Defesa da Mulher e examinados pelo Núcleo de Perícias Médico-Legais de Ribeirão Preto-SP no período de 1996 a 2000. **Resultados:** Foram vitimizadas 358 mulheres, sendo 135 crianças, 112 adolescentes e 111 adultas, através de 197 crimes de estupro, 129 atentados violentos ao pudor e 32 associações destes dois delitos. Mulheres foram vítimas preferenciais destes crimes (91,6%) e crianças e adolescentes as mais vitimizadas (69%). Ofensores únicos representaram 83,8% dos casos e 5,9% os de múltipla agressão. Lesões genitais e anais foram evidenciadas em 14,5% das vítimas. **Conclusões:** A vulnerabilidade das vítimas para doenças sexualmente transmissíveis decorre de fatores como susceptibilidade, tipo de contato sexual, número de ofensores, presença de lesões genitais e anais, comportamentais e o contexto social.

Palavras-chave: violência sexual, vulnerabilidade, doenças sexualmente transmissíveis

ABSTRACT

Background: Establishing an asymmetric relation of power and authority the sexual violence hurts Law rules and breaks the barriers of social classes. Attacking both sexes and all age groups, it occurs so much in the private space as in the public, producing physical and psychological consequences. Besides the genital and non-genital injuries, the victims experience the possibility of the acquisition of a sexually transmitted disease and HIV. **Objective:** Analyze under the vulnerability point of view's concept, characteristics related to sexual assaults and the victims' possibility to acquire sexually transmitted diseases. **Methods:** We elected sexual assault incidents committed against women, categorized according to the age criterion established by the Child and Adolescent's Statute, notified by the Police Office for Women's Protection and examined by forensic experts of the Center for Legal Medical Investigation of Ribeirão Preto City in the period of 1996 - 2000. **Results:** They were 358 victimized women, being 135 children, 112 adolescents and 111 adults, through 197 rape crimes, 129 violent indecent exposures and 32 associations of these two delicts. Women were preferential victims of these crimes (91,6%) and children and adolescents the more abused (69%). Single offenders represented 83,8% of the cases and 5,9% the ones of multiple aggression. Genital and anal injuries were evidenced in 14,5% of the victims. **Conclusions:** Vulnerability of victims to sexually transmitted diseases results of factors as susceptibility, type of sexual contact, number of offenders, presence of genital and anal injuries, behavioral and social context.

Keywords: sex offenses, vulnerability, sexually transmitted diseases

ISSN: 0103-0465

DST – *J bras Doenças Sex Transm* 13(4):52-?, 2001

Introdução

Muitas vezes nos deparamos com atos de agressões à vida, à dignidade e liberdade, onde o emprego de força ou poder afetam de forma grave nosso horizonte social, trazendo à tona obscuras exigências primordiais que causam danos graves à integridade física, psicológica, moral, à liberdade sexual e até mesmo

à vida daqueles a eles submetidos. Entre estes atos, vivente em meio às relações cotidianas da sociedade e contrariando normas definidas por esta, encontra-se a violência sexual.

Estabelecendo uma relação assimétrica de poder ou autoridade, de gênero e de geração ^(1,2) que transforma as suas vítimas em objetos de prazer, este fenômeno rompe as barreiras de classe social atingindo todas suas estratificações, sexos e

faixas etárias desde a mais tenra idade até seu limite superior. Ocorrendo tanto no interior dos lares (violência sexual doméstica) quanto no espaço público (violência sexual extrafamiliar), ele desencadeia uma série de conseqüências traumáticas de cunho social, psicológica, médica e legal³.

Ao perpetrar a ofensa sexual utilizando meio coercitivos, o ofensor fere as normas estabelecidas pelo Direito, e a ofensa, então tipificada, torna-se crime. Como um crime contra a liberdade sexual, o estupro é definido pelo Código Penal Brasileiro (CPB) vigente em seu artigo 213 como “*Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça.*” Desta forma, por ser a conjunção carnal a cópula pênis-vagina, o delito fica restrito a indivíduos do sexo feminino. Visando a anulação de resistência das vítimas, os ofensores constroem-nas através de meios tais como a promessa de realizar-lhes mal ou aos seus familiares (grave ameaça), do uso de força efetiva ou aproveitando-se da condição de violência presumida. Segundo o artigo 224 do mesmo código, presume-se a violência: a) quando a vítima é menor de 14 anos, pois nesta situação ela não possui condições de compreender e avaliar as conseqüências do ato sexual; b) se for alienada ou débil mental e o ofensor conhece esta circunstância; c) ou não pôde por outras causas, oferecer resistência nas situações de paralisia, velhice, embriaguez e uso de drogas. Contemplando situações que fogem à natureza pênis-vagina como: coito anal, oral, sucções de mama e bolinagens, o CPB define como atentado violento ao pudor: “*constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal*”. Este tipo de crime acomete ambos os sexos e o sujeito da ação, que pode ser homem ou mulher, exige de sua vítima uma conduta ativa ou passiva⁴.

Como parte da ação investigatória, segue-se a ação pericial desenvolvida pelo Instituto de Medicina Legal, o órgão oficial de provas da polícia judiciária, o qual compete a realização dos exames de corpo de delito. Apoiando-se na evidência dos achados e nas provas de certeza relativas, ele fornece à justiça a comprovação da materialidade do crime a partir do qual esta poderá agir segundo os preceitos jurídicos, promovendo a imputação de pena ao ofensor.

Nos Estados Unidos (EUA), os dados estatísticos obtidos pelo National Crime Victimization Survey, revelam uma ocorrência de 300.000 a 500.000 vítimas de ofensas sexuais com idade superior a 12 anos anualmente, estimando-se que cerca de 300.000 crianças sejam vitimizadas em idêntico período^{5,6}. O Brasil carece de dados globais sobre estes crimes, porém, estima-se que com relação a crianças e adolescentes, sua ocorrência seja similar àquela verificada nos países desenvolvidos⁷.

Diante do número de vítimas que produz e da magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais causadas pela violência sexual, o fenômeno adquiriu um caráter endêmico, convertendo-se num complexo problema de saúde pública⁸. Além de importantes disfunções psicossociais variáveis com a idade e estágio de desenvolvimento das vítimas, verificam-se como conseqüências do ato violento: lesões genitais e extragenitais, a ocorrência de gravidez indesejada e a possibilidade de

adquirir doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)³.

Apesar de produzir impactos sobre a saúde individual e coletiva, causando altas taxas de complicações e seqüelas físicas, as DST servem como um indicador de abuso sexual principalmente em crianças e adolescentes, onde muitas vezes não se evidenciam outros sinais desses crimes. Além do intenso temor de ser morta durante a ofensa e do desenrolar da mesma, as vítimas apresentam um trauma psicológico adicional decorrente da possibilidade de infectar-se por uma DST e, em particular, pelo HIV. Tal fato é relatado por 70% das mulheres que responderam a um estudo nacional realizado nos Estados Unidos^{9, 10}.

Originário da área de advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, o termo vulnerabilidade que designa indivíduos fragilizados jurídica ou politicamente¹¹, passa a penetrar no campo da saúde a partir da publicação, em 1992 nos Estados Unidos, do livro *AIDS in the world*.¹² Desde então, como um resultado das interações entre aqueles Direitos e a epidemia da doença, o conceito passou a fazer parte do discurso da saúde pública. A noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociopolítico-institucionais e comportamentais associadas às diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações¹³.

Neste contexto, procurando contribuir com a construção de conhecimentos sobre a violência sexual, este estudo tem como objetivo analisar, sob a ótica do conceito da vulnerabilidade, as características relativas aos crimes de estupro e atentado violento ao pudor frente à possibilidade de as vítimas adquirirem DST/Aids.

Metodologia

Este estudo de características retrospectiva, descritiva e exploratória empreendeu a análise dos casos relativos a crimes de estupro e atentado violento ao pudor cometidos contra mulheres, sem limites de idade, notificados pela Delegacia de Defesa da Mulher (DDM-RP), cujas vítimas se submeteram a exames sexológicos forenses no Núcleo de Perícias Médico-Legais de Ribeirão Preto-SP (NPML-RP) no período de 1996 a 2000. As informações utilizadas foram obtidas a partir dos Boletins de Ocorrências Policiais e dos exames de atos libidinosos e conjunção carnal elaborados pelas duas supracitadas instituições.

As variáveis de análise compreenderam o tipo de crime praticado (estupro, atentado violento ao pudor ou associação das duas modalidades), as lesões genitais (fissuras, lacerações, equimoses, hematomas, roturas himenais e condilomatose) e anais (fissuras, relaxamentos, equimoses, rágades, condilomatose) sofridas e o número de ofensores que perpetraram o crime. Nos casos de atentado violento ao pudor (AVP), foram incluídos na análise apenas os confirmados pela evidência de lesões existentes nas regiões vaginal ou anal. As modalidades deste delito, tais como bolinagens, coito interfemural, mastur-

bações e coito oral, ficaram excluídas devido à dificuldade de comprovação.

Para distribuição dos casos, segundo faixa etária, utilizou-se a idade em anos completos registrada no dia dos fatos e o critério estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente, aquela entre 12 e 18 anos de idade.¹⁴ São adultas, as mulheres com idade superior a 18 anos.

No período de análise proposto, identificamos 391 incidentes de crimes de estupro e AVP notificados e submetidos a perícias médico-legais. Deste contingente, 33 casos foram excluídos da análise por se tratarem de delitos perpetrados contra pessoas do sexo masculino. Os 358 casos restantes, relativos a ofensas cometidas contra mulheres, terão os resultados da análise descritos a seguir.

Com relação aos aspectos éticos da pesquisa, o protocolo de estudo foi submetido à revisão ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e aprovado.

Resultados e discussão

Obtivemos 358 casos de vítimas do sexo feminino, sendo 135 crianças, 112 adolescentes e 111 adultas, com idades que variaram desde um limite inferior de três meses até o superior de 58 anos. Respondendo por 91,6% dos crimes verificados em nosso estudo, as mulheres refletem sua condição de vulnerabilidade ao se mostrarem como vítimas preferenciais dos ofensores sexuais, fato também observado através de percentuais semelhantes encontrados em pesquisas realizadas nas cidades de São Paulo¹⁵ e Belo Horizonte.¹⁶ Por suas características fisiológicas e anatômicas, a mulher apresenta condições que propiciam o desenvolvimento de DST, as quais não diagnosticadas ou não tratadas, produzirão conseqüências diretas sobre sua saúde. Além dos quadros inflamatórios, de esterilidade, de doenças neurológicas e do sistema imunológico, somam-se o risco inquestionável do papilomavírus humano (HPV) na gênese do câncer de colo uterino, a relação do vírus da hepatite B com o câncer hepático e a interação das DST com o HIV, favorecendo a infecção e seu desenvolvimento.

O risco para aquisição de uma DST após a ofensa sexual não é de fácil determinação devido à dificuldade de se diferenciar aquelas previamente existentes ao incidente e as adquiridas após este. Num estudo conduzido a esse respeito, presumiu-se que as infecções presentes até 72 horas após o estupro eram pré-existentes e aquelas identificadas entre 1 e 20 semanas sem tratamento profilático e infecções prévias, seriam conseqüentes à ofensa sexual. Dos casos examinados nas 72 horas, 43% das vítimas apresentaram pelo menos uma DST. Realizando a comparação entre os dois grupos, verificou-se que as infecções causadas por herpesvírus, citomegalovírus, *Treponema pallidum* e HIV presentes no primeiro grupo estavam ausentes no segundo. Diante das DST encontradas em ambos, concluiu-se que o risco para sua aquisição após o

crime é de 19,5% para vaginose bacteriana, 12,3% para *Trichomonas vaginalis*, 4,2% para *Neisseria gonorrhoea* e 1,5% para *Chlamydia trachomatis*.¹⁷

O risco de transmissão da hepatite B por via percutânea com sangue HbsAg positivo é estimado em 30%, porém, nos casos pós contato sexual, este risco é desconhecido. Apesar da possibilidade de transmissão do vírus por via sexual, apenas um caso de soroconversão pós-violência sexual foi relatado. O fato envolveu uma vítima que não apresentou quaisquer outros riscos para a infecção e que fora estuprada por múltiplos ofensores.¹⁸

A possibilidade de transmissão de HIV pós-ofensa sexual possui um risco menor que 0,1% diante de um único incidente de crime sexual, similar àquele observado nas exposições de profissionais da saúde.¹⁰ Contudo, apesar das limitações metodológicas, existem relatos desta ocorrência com estudos apresentando taxas de soroconversão entre 0,8 e 1,6% dos casos.¹⁹

Nos casos de HPV em adultos, o modo dominante de transmissão é tido como sendo o sexual e em crianças, evidências consideráveis indicam que as lesões por HPV após a infância são devidas a abusos sexuais.²⁰

As ofensas sexuais implicam em atos que envolvem ou não o contato físico, podendo ser realizado através de contatos genitais externos ou penetração de cavidades. Desta forma, as vítimas são freqüentemente forçadas à realização de coitos orais, anais ou vaginais e não raro, submetidas a duas ou até mesmo às três formas de relação sexual. Nosso estudo demonstra uma ocorrência de notificações onde o intercuro vaginal (estupro) ocorreu em 55% dos casos, os não vaginais (AVP) em 36% e associações destes dois crimes em 9% (Tabela 1).

Além da ejaculação, o tipo de penetração perpetrada aumenta consideravelmente o risco da mulher para adquirir uma DST.¹⁷ No caso do HIV, a taxa de infectividade é de 2 para cada 1000 intercursos vaginais e nos coitos anais estima-se que seja em torno de 2 para cada 100 contatos sexuais.¹⁰ Nos casos em que existiram duplas penetrações, esta situação se torna ainda mais preocupante. Nossos resultados, obtidos a partir de informações em registros legais, demonstram um menor percentual (9%) frente àqueles colhidos num serviço de saúde onde 30% das vítimas referiram a associação dos dois tipos de coito.¹⁹ Tal situação pode estar relacionada à preocupação em realizar tratamento das lesões e prováveis DST, o que faz com que as vítimas se dirijam espontaneamente para um setor de saúde, contrariamente ao que se observa nos envolvimentos legais. Esta observação converge com estudo realizado na Noruega, onde um serviço de emergência realizou quatro vezes mais atendimentos a vítimas de ofensas sexuais que o número registrado pelas autoridades legais.²¹

Sendo alta a prevalência de DST em mulheres com vida sexual ativa, após a ofensa sexual, aquelas previamente infectadas sofrerão um risco adicional para contrair o HIV devido à presença de lesões inflamatórias e muitas vezes ulcerativas causadas por aquelas infecções.

Na distribuição dos casos segundo a faixa etária (Tabela 1), em consonância com o propalado pela literatura mundial^{9, 6} e nacional^{22, 15, 16} verificamos que apesar das ofensas sexuais

Tabela 1- Distribuição do número de casos, segundo o tipo de crime notificado, nas faixas etárias analisadas, no período de 1996 a 2000

Tipo de crime	Nº	%
Crianças		
Estupro	37	10,3
Estupro+AVP*	14	3,9
AVP	84	23,5
Adolescentes		
Estupro	73	20,4
Estupro+AVP	10	2,8
AVP	29	8,1
Adultas		
Estupro	87	24,3
Estupro+AVP	8	2,2
AVP	16	4,5
Total	358	100

Fonte: Arquivos da Delegacia de Defesa da Mulher e Núcleo de Perícias Médico-Legais-RP.

* Atentado violento ao pudor.

Tabela 2- Distribuição do número de casos de crimes de estupro, estupro+AVP e AVP, segundo o número de ofensores, nas faixas etárias analisadas, no período de 1996 a 2000

Nº de ofensores	Nº	%
Crianças		
1	110	30,7
2	2	0,6
3	0	0
Adolescentes		
1	98	27,4
2	4	1,1
3	0	0
Adultas		
1	92	25,7
2	13	3,6
3	2	0,6
Sem informações	37	10,3
Total	358	100

Fonte: Boletins de Ocorrências Policiais da Delegacia de Defesa da Mulher-RP.

atingirem mulheres em qualquer idade, crianças e adolescentes foram as mais vitimizadas. Respondendo por 69% dos casos, estas categorias se mostram como as mais vulneráveis aos crimes sexuais. Em nosso estudo, observamos que crianças sofreram três vezes menos estupros que as adultas e duas vezes menos que as adolescentes, porém, foram três vezes mais vitimizadas por AVP que esta última categoria e cinco vezes mais que aquela. Com relação ao tipo de penetração sofrida, este fato revela seu maior risco para a infecção pelo HIV.

Numa ofensa sexual, o risco de adquirir-se uma DST está relacionada à presença ou ausência desta nos ofensores. Porém, devido aos comportamentos sexuais nos quais se observa uma diversificada natureza e variedade de contatos, os mesmos apresentam um alto risco para DST.¹⁷ Além dos fatores relativos ao tipo de penetração, número de contatos sexuais e infectividade do microorganismo transmitido, o número de ofensores também se associa a um maior risco para a aquisição de DST.²³ Com um predomínio de ofensores únicos (83,8%) em todas as faixas etárias, casos de violência

múltipla ocorreram em 5,9% casos. As vítimas adultas sofreram peritrações por dois ofensores seis vezes mais que as crianças e três vezes mais que as adolescentes. Ainda nesta categoria, verificou-se incidentes com 3 ofensores (Tabela 2), o que determina um risco aumentado para DST.

As lesões agudas verificadas na área genital ou anal são evidências de um contato sexual recente e violento. A distribuição dos casos segundo o tipo de lesão mostra-nos que as vítimas adultas e adolescentes sofreram mais injúrias vaginais, com as três categorias, apresentando semelhante número de lesões anais. Com relação às roturas himenais recentes, as adolescentes foram as mais acometidas. Nos casos em que há associações de coito vaginal e anal, apesar da inexistência de lesões genitais de as vítimas apresentarem roturas himenais antigas, nas adultas verificou-se um maior número de lesões anais. Nas roturas himenais recentes associadas a lesões anais, observamos uma idêntica distribuição nas três categorias (Tabela 3). Do ponto de vista forense, tais ocorrências constituem prova de grande importância para a comprovação do crime, porém, são condições que, por romperem a integridade das mucosas, agem como fatores que aumentam significativamente os riscos de contaminação para DST e HIV.^{10,24}

Quando perpetrados em ambientes domésticos e atingindo principalmente crianças e adolescentes, as ofensas sexuais determinam uma condição de silêncio imposta pelos ofensores, quer seja através de ameaças, jogos de sedução ou omissões de familiares não agressores.¹ Esta situação faz com que sejam vivenciados longos períodos de violação e repetidos abusos sexuais que aumentam consideravelmente o risco para DST. Neste aspecto, verificamos três casos de condilomatose anal. Um deles se referia a uma criança com fortes evidências de abuso sexual crônico e os outros dois, outra criança e uma adolescente que apresentavam roturas himenais e lesões anais recentes. Desta forma, podemos lançar a hipótese de que estas vítimas vinham sofrendo abusos sexuais que culminaram na perpetração de estupro e AVP recente evidenciados à época do exame. O fato de este tipo de lesão ocorrer em pequeno número de casos vem de encontro ao relatado pelos recentes trabalhos de revisão literária sobre a doença, onde apenas uma

minoridade de crianças sexualmente abusadas apresenta o papilomavírus na forma de verrugas anogenitais.²³ A ausência de lesões condilomatosas externas não exclui a presença do HPV intravaginal. Através de um estudo comparativo em adolescentes não vítimas e vítimas de ofensas sexuais sem lesões externas, encontrou-se uma taxa de prevalência de HPV DNA de 33% no último grupo, ao passo que, no primeiro, nenhum HPV foi identificado⁽²⁰⁾.

De idêntica maneira, a ausência de lesões genitais ou anais no momento do exame não é indicativa da inexistência da ofensa sexual. Ainda que a análise do fato não seja o objetivo deste estudo, muitas vezes estas injúrias não são evidenciadas devido a um longo intervalo de tempo transcorrido desde o incidente até a perícia, onde já se fizeram presentes os processos cicatriciais. Nesse estudo verificamos que 85,5% das vítimas não apresentaram tais lesões. Tornam-se preocupantes estes casos, que, por não demonstrarem a materialidade do crime, resultarão em laudos periciais prejudicados. Sem provas não há crime. E assim, excetuando-se os casos que envolvem ofensores desconhecidos, muitas vítimas retornarão ao ambiente de vitimização onde o ofensor continua em liberdade. O fato torna-se mais assustador ao nos darmos conta de que os casos notificados representam apenas 10% dos casos que realmente ocorrem,³ e que a maioria das vítimas permanecem imiscuídas na cifra negra da criminalidade, sem orientação, sem possibilidade de ação, tratamento ou prevenção. Diante das características de vulnerabilidade desta população, há necessidade de ação preventiva na rede causal das ofensas sexuais.

Conclusão

Ao ser perpetrada, a violência sexual pode manifestar-se através de múltiplas maneiras e embora ela própria não seja uma doença, produz, como uma de suas conseqüências, a ação invasiva de microorganismos que determinam o desenvolvimento de DST/Aids. Através da constatação de fatores relativos aos incidentes observados nas faixas etárias analisadas,

Tabela 3 - Distribuição do número de casos notificados e confirmados por perícia médico-legal, segundo lesões genitais e anais, nas faixas etárias analisadas, ocorridos no período de 1996 a 2000

Tipos de lesões	Crianças	Nº	%	Adolescentes	Nº	%	Adultas	Nº	%	Total	Nº	%
Himenais												
Recentes	3	30		9	37,5	1	5,6	13	25			
Recentes+anais	1	10		1	4,2	1	5,6	3	5,8			
Antigas+anais	0	0		2	8,3	5	27,7	7	13,4			
Vaginais												
	2	20		7	29,2	7	38,9	16	30,8			
Anais												
	4	40		5	20,8	4	22,2	13	25			
Total	10	100		24	100	18	100	52	100			

Fonte: arquivos da Delegacia de Defesa da Mulher e Núcleo de Perícias Médico-Legais-RP, 1996-2000.

verificam-se características existentes no risco para DST que refletem sua condição de vulnerabilidade. Mulheres são as vítimas preferenciais deste tipo de crime e crianças e adolescentes as mais vitimizadas, contudo, ainda que as mesmas apresentem características universais inerentes à sua categoria, na violência sexual, o conceito de vulnerabilidade deve ser aplicado contemplando-se as diferentes susceptibilidades que caracterizam os aspectos da fragilidade das mulheres frente às DST.

Neste contexto, concluímos que a nível individual, a vulnerabilidade pode variar segundo a susceptibilidade pessoal para as DST, a infectividade do microorganismo transmitido, o tipo de contato sexual envolvido, o número de ofensores e a presença de lesões genitais e anais. Afetando esta vulnerabilidade, notam-se condições de ordem comportamental, expressas pelo comportamento sexual dos agressores, o silêncio que envolve estes crimes, propiciando novas violações, a incapacidade para discernir sobre o problema e as formas de enfrentá-lo, principalmente em crianças, e aquelas sociais, onde elementos culturais e institucionais se fazem presentes.

Referências bibliográficas

1. AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. **Pele de asno não é só história... Um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família.** São Paulo, Rocca, 1988.
2. SAFFIOTI, H.; ALMEIDA, S. **Violência de gênero – poder e impotência.** Rio de Janeiro, Revinter, 1995.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Brasília, Ministério da Saúde, 1999. (Norma Técnica)
4. BRASIL. Decreto lei n. 2848 de 07 de Dezembro de 1940 - **Código Penal.** 15 ed., São Paulo, Saraiva, 2000.
5. RENNISON, C.M. **Criminal victimization – 1997 to 1998.** Washington, D.C., Bureau of Justice Statistics – National Crime Victimization Survey, U.S. Department of Justice, 1999.
6. SEDIK, A.J.; BROADHURST, D.D. **Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect.** Washington, D.C., Administration for Children and Families, U.S. Dept. of Health and Human Services, 1996.
7. ABRÁPIA (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA). **Abuso sexual: mitos e realidades.** Petrópolis, Autores & Agentes Associados, 1997.
8. OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **Resolução XIX: violência e saúde.** Washington, D.C., OPAS, 1993.
9. KILPATRICK, D.G.; EDMUNDS, C.N.; SEYMOUR, A.K. **Rape in America – a report to the nation. Crime Victim Research and Treatment Center –** Charleston SC, Medical University of South Carolina, 1992.
10. GOSTIN, L.O.; LAZZARINI, Z.; ALEXANDER, D. *et al.* HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. **JAMA**, v. 271, n. 18, p. 1436-44, 1994.
11. ALVES, J.A.L. **Os direitos humanos como tema global.** São Paulo, Perspectiva, 1994.
12. MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. **AIDS in the world.** Cambridge, Harvard University Press, 1992.
13. AYRES, J.R.C.M. **HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas.** São Paulo, Casa da Edição, 1996.
14. BRASIL. Lei n.8069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente, e dá outras providências. **Fundo Social de Solidariedade**, 1990.
15. COHEN, C.; MATSUDA, N.E. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. **Rev. Paul. Med.**, v.109, n.4, p.157-64, 1991.
16. CAMPOS, J.R. *et al.* Violência sexual em Belo Horizonte. Pesquisa no Instituto Médico-legal. **J. bras. Ginec.**, v.104, n.7, p.227-30, 1994.
17. JENNY, C.; HOOTON, T.M.; BOWERS, A. *et al.* Sexually transmitted diseases in victims of rape. **N. Engl. J. Med.**, v.322, n. 11, p. 713-16, 1990.
18. CROWE, C.; FORSTER, G.E.; DINSMORE, W.W.; MAW, R.D. A case of acute hepatitis B occurring four months after multiple rape. **International Journal of STD & AIDS**, v.7, March/April, p. 133-4, 1996.
19. DREZETT, J.; BALDACINI, I.; NISIDA, I.V.V. *et al.* Estudo da adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimadas. **RBGO**, v.21, p. 539-44, 1999.
20. GUTMAN, L.T.; HERMAN-GIDDENS, M.E.; PHELPS, W.C. Transmission of human papillomavirus disease: comparison of data from adults and children. **Pediatrics**, v. 91, p. 31-8, 1993.
21. BANG, L. Who consults for rape? sociodemographic characteristics of rape victims attending a medical rape trauma service at the Emergency Hospital in Oslo. **Scand. J. Prim. Health Care**, v.11, p.15-20, 1993.
22. REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê Violência contra a mulher.** Regional Pernambuco da RedeSaúde, Brasil, 1999.
23. BECK-SAGUÉ, C.M.; SOLOMON, F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescents and adults victims of rape: review of selected literature. **Clinical Infectious Diseases**, v. 28, p. S74-83, 1999, supl 1.
24. HAMPTON, H.L. Care of the woman who has been raped. **The New England Journal of Medicine**, v.332, n.4, p.234-37, 1995.

Endereço para correspondência:

Jair Naves dos Reis

Rua Dr. Jorge Lobato nº 491 – Vila Tibério

Ribeirão Preto - SP - CEP: 14.050 – 110

E-mail: