

DST

Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

VOLUME 13 - Nº 5 - 2001

www.uff.br/dst/

INDEXADA: LILACS, LIBRARY OF THE CONGRESS - WC - 140

Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases

- *HPV, Que Bicho é Esse?*
- *Escore de Risco na Avaliação do Corrimento Vaginal*
- *Condilomatose na Gestação*
- *Comportamento Sexual das Mulheres e HIV/Aids*
- *Homossexualismo, Mulheres Detentas e DST/Aids*
- *Mulheres Detentas, DST/Aids e Gravidez*
- *Pesquisa em Aids e Adesão dos Soronegativos*
- *Sexualidade, DST/Aids e Enfermeiros Professores*
- *Linfoma Cutâneo e Aids*

SUMÁRIO

EDITORIAL

- HPV, QUE BICHO É ESSE? 3
Mauro Romero Leal Passos

ARTIGOS

- UTILIDADE DO ESCORE DE RISCO PADRÃO DO BRASIL NA AVALIAÇÃO DA
 INFECÇÃO GONOCÓCICA EM MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL 4
*Usefulness of the Brazilian Standart - Risk Scor in the Evaluation of Gonococcal
 Infection in Women With Vaginal Discharge*
Adele S. Benzaken, Valderiza Pedrosa, Enrique G. Garcia, João Dutra, Jose Carlos G. Sardinha
- CONDILOMATOSE NA GESTAÇÃO 8
Condylomatosis in Pregnant
Tricia M Assad, Mauro RL Passos, Renato S Bravo, Gutemberg L Almeida Filho, Vandira MS Pinheiro
- COMPORTAMENTO SEXUAL DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO HIV/AIDS 17
Feminine Sexual Behavior in Relation to HIV/AIDS
Monica P Trindade, Márcio R Schiavo
- A PRÁTICA DO HOMOSSEXUALISMO ENTRE MULHERES DETENTAS
 E A VULNERABILIDADE AS DST/AIDS 23
The Homosexuality Among Prisoners Women and Thevulnerability to STD/Aids
Annecy T Giordani, Sônia MV Bueno
- MULHERES DETENTAS - PREVENÇÃO AS DST/AIDS E GRAVIDEZ NO CONTEXTO
 DE UMA SOCIEDADE PATRIARCALISTA 36
The Prisoner of Women-Prevention to DST-help and Pregnancy in Context of a Patriarchal Society
Annecy T Giordani, Sônia MV Bueno
- PESQUISA EM AIDS: DIFICULDADES DE ADEÇÃO PELOS INDIVÍDUOS SORONEGATIVOS 43
Aids Research: Adhesion Difficulty for HIV-Negative Individuals
Fernanda P Santos, Alcyone A Machado
- PESQUISA – AÇÃO SOBRE SEXUALIDADE, DST/AIDS COM ENFERMEIROS PROFESSORES
 DE ESCOLA DE ENFERMAGEM 46
Research - Action About Sexuality, STD/Aids with Nurse Teachers from Nursing School
Sandra CS Miyasaki, Sônia MV Bueno

RELATO DE CASO

- LINFOMA CUTÂNEO NA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA 54
Cutaneous Lymphoma in Acquired Immunodeficiency Syndrome
José Luís R Rosati, Sonia Cantarino, Myriam Ferreira, Rogério R Estrella, Renata Rorofino, Jorge Manaia



SBDST

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

Av. Roberto Silveira, 123 - Niterói - RJ
CEP 24230-160 - Tels.: (21) 2710-1549 e 2711-4766

DIRETORIA SBDST

Presidente:

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

1º Vice-Presidente:

Adele Benzakem (AM)

2º Vice-Presidente:

Mauro Cunha Ramos (RS)

1º Secretário:

Geraldo Duarte (SP)

2º Secretário:

Paulo Giraldo (SP)

1º Tesoureiro:

Teima Queiroz (CE)

2º Tesoureiro:

José Carlos Sardinha (AM)

Diretor Científico:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

REGIONAL RIO DE JANEIRO

Presidente: Mauro Romero Leal Passos

Vice-Presidente: Susana C.A.V. Fialho

1º Secretário: Gutemberg L. de Almeida Filho

2º Secretário: Paulo da Costa Lopes

1º Tesoureiro: Renato de Souza Bravo

2º Tesoureiro: Renata Queiroz Varella

Dir. Científico: Helder J.A. Machado

REGIONAL PERNAMBUCO

Presidente: Maria Luiza B. Menezes

Vice-Presidente: Magda M.M.B. Oliveira

1º Secretário: Maria Betânia S.M. Correia

2º Secretário: Edvaldo da Silva Souza

1º Tesoureiro: Rivaldo M. de Albuquerque

2º Tesoureiro: Stefan Welkovic

Dir. Científico: Carlos Alberto S. Marques

REGIONAL AMAZONAS

Presidente: José Carlos G. Sardinha

Vice-Presidente: Nelson Barbosa da Silva

1º Secretário: Monique Prado

2º Secretário: Florides Brito

1º Tesoureiro: Maria Zen M. Frota

2º Tesoureiro: Aparecida Mendonça

Dir. Científico: Sinésio Talhari

REGIONAL ESPÍRITO SANTO

Presidente: Angélica Espinosa Miranda

1º Vice-Presidente: Ítalo Francisco Campos

2º Vice-Presidente: Estepânia G. Nogueira

1º Secretário: Regina Lúcia A. Alves

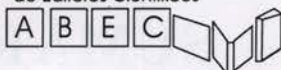
2º Secretário: Bettina Moulin Coelho

1º Tesoureiro: Marta Colle Alves

2º Tesoureiro: Sandra Fagundes

Dir. Científico: Rodrigo R. Rodrigues

Filiado a
Associação Brasileira
de Editores Científicos



CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

Geraldo Duarte (SP)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Luiz Carlos Moreira (RJ)

Nero Araújo Barreto (RJ)

Paulo da Costa Lopes (RJ)

Roberto de Souza Salles (RJ)

Rubem de Avelar Goulart Filho (RJ)

Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Comissão Editorial:

Anna Ricordi Bazin (RJ)

Cícero Carlos de Freitas (RJ)

Délcio Nacif Sarruf (RJ)

Eva Mila Miranda Sá (RJ)

Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Iara Moreno Linhares (SP)

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

Izabel Cristina F. Paixão (RJ)

José Antônio Simões (SP)

José Augusto Pantaleão (RJ)

Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)

Neide Kalil (RJ)

Ney Francisco Pinto Costa (RJ)

Paulo Canella (RJ)

Renata de Queiroz Varella (RJ)

René Garrido Neves (RJ)

Silvia Maria Baeta Cavalcanti (RJ)

Solange Artimos de Oliveira (RJ)

Tomas Barbosa Isolan (RS)

Vilma Duarte Câmara (RJ)

Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional

Enrique Galbán García (Cuba)

Evelio Perea (Espanha)

Juan Carlos Flichmann (Argentina)

Ken Borchart (EUA)

Luis Olmos (Espanha)

Marc Steben (Canadá)

Peter Piot (UNAIDS-Suíça)

Rui Bastos (Moçambique)

Stephen Morse (EUA)

Steven Witkin (EUA)

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

UFF MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ccm / cmb / mip
SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Outeiro de S. João Batista, s/nº

Campus do Valonguinho - Centro

Niterói - RJ - 24210-150

Tel.: (21) 2719-4433 - (Fax) (21) 2719-2588

Tel.: (21) 2618-3344

e-mail: mipmaur@vm.uff.br

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

Reitor da UFF:

Cícero Mauro Fialho Rodrigues

Chefe do Setor do DST:

Mauro Romero Leal Passos

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

José Serra

**COORDENAÇÃO NACIONAL DE
DST/Aids**

Paulo Roberto Teixeira



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

Presidente:

James Bingham

Secretário Geral:

Ron Ballard

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

Direcionamento e Distribuição:

O **Jornal Brasileiro de DST** é direcionado aos
sócios da SDDST, Urologistas, Ginecologistas, Assi-
nantes. Bibliotecas, Centro de Estudos, Centro de
Referências, Dermatologias Infectologistas e Entida-
des afins. Entidades que mantêm convênio.

**Pede-se permuta
Ezchange requested
On prie l'échange
Se solicita ei caxzje
Mau bitet nu Austausch
Si prega lo seambio**

INDEXADA: LILACS - Literatura Latino
Americana em Ciências da Saúde,
Library of the Congress - WC- 140

É proibida a reprodução total ou parcial do JB DST
sem a expressa autorização do editor

UTILIDADE DO ESCORE DE RISCO PADRÃO DO BRASIL NA AVALIAÇÃO DA INFECÇÃO GONOCÓCICA EM MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

USEFULNESS OF THE BRAZILIAN STANDART - RISK SCOR IN THE EVALUATION OF GONOCOCCAL INFECTION IN WOMEN WITH VAGINAL DISCHARGE

Adele S. Benzaken¹, Valderiza Pedrosa², Enrique G. Garcia³,
João Dutra⁴, Jose Carlos G. Sardinha⁵

RESUMO

Introdução: A busca de novos elementos para aprimorar os resultados da sensibilidade e especificidade dos algoritmos para a síndrome de corrimento vaginal é uma prioridade dos programas de controle das DST. A pouca correspondência entre a queixa de corrimento vaginal e a positividade da infecção gonocócica e/ou clamídia tem sido amplamente reportada na literatura internacional. **Objetivo:** Avaliar a utilidade do emprego das definições para score de risco padronizado pela Coordenação Nacional de DST/Aids (CN DST/Aids) do Ministério da Saúde do Brasil para a população da cidade de Manaus, Estado do Amazonas. **Métodos:** No período de 1 de outubro a 30 de dezembro do ano 2000 um total de 520 mulheres foram atendidas na rotina da clínica de DST da Fundação Alfredo da Matta (FUAM), por diferentes queixas. Ao protocolo de atendimento foi colhido sistematicamente cultura para gonococo em meio de Thayer Martin modificado. Correlacionou-se as mulheres que apresentavam corrimento vaginal com o resultado da cultura e o escore de risco. **Resultados:** A prevalência da infecção gonocócica nas mulheres com queixa de corrimento vaginal (172) foi de 8,2%. As que apresentaram score de risco com pontuação inferior a 2 ou "negativo" foi de 65,7% e as restantes (34,3%) tinham escore de risco igual ou maior de 2 ou "positivo". As mulheres com score de risco positivo apresentaram uma prevalência de infecção gonocócica de 18,6%, comparadas com 2,6% das que tinham score menor de 2 ($p=0,001$). Os resultados de Sensibilidade, Especificidade e VPP foram de 88,6/69,6/18,6. **Conclusão:** Dos quatro parâmetros utilizados no score de risco padronizados pela CNDST/Aids, somente o antecedente de ser parceira sexual de um homem com corrimento uretral apresenta uma aceitável sensibilidade e especificidade para infecção gonocócica. É muito provável que estes valores pudessem ser mais alentadores se fosse também incluído o diagnóstico para a infecção por clamídia. O risco relativo de ter uma infecção gonocócica quando se tem um score de risco positivo é de 8,5. Se encontram resultados consistentes com a recomendação de tratar para infecção gonocócica toda mulher contato de um homem com corrimento uretral independentemente da presença ou não de sintomas.

Palavras-chave: DST, mulheres, corrimento vaginal, score de risco, infecção gonocócica

ABSTRACT

Introduction: The search for new elements to improve the results for sensitivity and specificity of the vaginal discharge syndrome algorithm is a priority of STD control programs. The low correspondence between the complaint of vaginal discharge and positive results for gonococcal and/or chlamydia infection has been widely reported in international publications. **Objective:** To evaluate the use of the risk assessment standardised by the National Coordination for STD/Aids (CNDST/Aids) of the Brazilian Ministry of Health for the population of Manaus, Amazonas State. **Method:** Between October 1st and 30th December 2000, a total of 520 women were routinely attended at the STD clinic of the Alfredo da Matta Foundation (FUAM) for different problems. Following the basic protocol for patient attendance, samples were systematically collected for *Neisseria gonorrhoeae* culture on modified Thayer-Martin medium. The women were correlated by those presenting vaginal discharge with the *N. gonorrhoeae* culture result and their risk assessment. **Results:** The prevalence of gonococcal infection in women complaining of vaginal discharge (172) was 8.2%. Those presenting a risk assessment inferior to 2 or negative was 65.7% and the rest (34.3%) had a risk assessment of equal or greater than 2 or positive. The women with a positive risk assessment presented a prevalence of gonococcal infection of 18.6%, compared with the 2.6% who had assessments less than 2 ($p=0.001$). The results for sensitivity, specificity and PPV were 88.6/69.6/18.6. **Conclusion:** Of the four parameters used in the risk assessment standardised by the CN DST/Aids, only a history of having a male sexual partner with urethral discharge presented an acceptable sensitivity and specificity for gonococcal infection. It is very probable that these values could be more encouraging if the diagnosis for chlamydia infection could also be included. The relative risk of having gonococcal infection when you have a positive risk assessment is 8.5. Results are consistent with recommendations to treat all women in contact with men presenting urethral discharge for gonococcal infection independently of the presence or not of symptoms.

Keywords: STD/DST, women, vaginal discharge, risk assessment, gonococcal infection.

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 13(5):4-7,2001

INTRODUÇÃO

É um fato conhecido internacionalmente que a síndrome do corrimento vaginal não se relaciona de maneira positiva com a infecção por

Neisseria gonorrhoeae e por *Chlamydia trachomatis* (agentes etiológicos de cervicite). Por esta razão a maioria dos fluxogramas existentes ocasionam "tratamento não justificado ou excessivo", de uma elevada proporção das mulheres que buscam atenção.^{1, 2, 3, 4}

Esta situação tem motivado a procura de alternativas nos fluxogramas baseados na utilização de novas definições de risco, emprego sistemático de exame ginecológico com o uso de espéculo e a utilização de técnicas laboratoriais rápidas, simples, sensíveis e baratas que permitam diagnosticar algumas das causas de corrimento vaginal.⁵⁻²⁰

¹Médica, Ginecologista, Gerente do Setor de DST-Fundação Alfredo da Matta - FUAM.

²Assistente Social Gerente Epidemiologia-FUAM.

³Prof. Dr. Departamentos Medicina Interna e Saúde Pública Faculdade Medicina Calixto

Garcia, Universidade de Havana, Cuba. Médico, Epidemiologista, Consultor-FUAM.

⁴Médico, Ginecologista-FUAM.

⁵Médico, Dermatologista. Diretor de Ensino, Pesquisa e Assistência da FUAM.

Infelizmente, a realidade dos países em desenvolvimento, neste momento, não tem disponível estes elementos de apoio para o diagnóstico, motivo pelo qual seu trabalho está limitado a utilização, quase de maneira exclusiva da anamnese clínica, história epidemiológica e exame da genitália sem espéculo, razão pela qual a avaliação das definições de risco utilizadas tem uma grande influência na tomada de decisão terapêutica.

A presente investigação, realizada na clínica de DST da Fundação Alfredo da Matta, foi desenhada com o objetivo de estimar a utilidade do emprego das definições para escore de risco padronizado pela Coordenação Nacional de DST/Aids (CN DST/Aids) do Ministério da Saúde do Brasil para a população da cidade de Manaus, Estado do Amazonas, Brasil.

Lamentavelmente durante o período da execução não se dispunha das facilidades para o diagnóstico laboratorial de clamídia, daí porque analisaremos somente a infecção gonocócica.

MÉTODOS

Durante o período compreendido entre 1º de outubro e 30 de dezembro do ano 2000 um total de 522 mulheres foram atendidas por diferentes motivos. O protocolo de atendimento básico de casos compreende a realização de exame ginecológico com emprego de espéculo, toque bimanual, coleta de amostras para o teste das aminas (KOH), microscopia (exame a fresco e bacterioscopia) para tricomonas, candida e vaginose bacteriana e coleta de amostra endocervical para cultura de gonococo em meio de *Thayer Martin* modificado e VDRL. Adicionalmente, se oferece teste para detecção de anticorpos contra HIV com prévio aconselhamento. A todos os casos se aplica um questionário que contém variáveis gerais, clínicas e epidemiológicas, os quais são armazenados em uma base de dados central, incluindo os dados de resultados laboratoriais.

O diagnóstico inicial das DST se realiza mediante abordagem síndrome utilizando-se os fluxogramas nacionais do Ministério de Saúde e ao mesmo tempo se realiza os diagnósticos etiológicos possíveis correspondentes de cada caso.

Do total das mulheres atendidas no período em dois casos (0,4%) não se registrou o motivo da consulta e idade, sendo por isso excluídas, ficando 520 (99,6%) que constituem nosso universo de análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As diferentes razões de queixa, foram agrupadas nas 5 causas principais e são apresentadas na tabela 1 observando-se que 172 delas (33,1%) foram por corrimento vaginal e outras 45 (8,7%) eram contatos assintomáticos de homens com corrimento uretral, sendo que estes dois grupos representaram o objetivo básico das análises que serão realizadas neste estudo.

As idades das mulheres de ambos os grupos estavam compreendidas entre 13 e 63 anos para as sintomáticas (corrimento vaginal) e entre 13 e 62 anos para as assintomáticas (contato de homens com corrimento uretral). A mediana das idades, para ambos os grupos foi de 22 anos.

A tabela 2 mostra os resultados da cultura para gonococo nos diferentes grupos de mulheres atendidas, apresentando as maiores prevalências de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* os dois grupos objeto do estudo: mulheres com consultaram por corrimento vaginal 8,15% (14/172) e mulheres assintomáticas parceiras sexuais de homens com corrimento uretral 35,6% (16/45). A prevalência geral da infecção gonocócica nas 520 mulheres atendidas no período foi de 6,1% (32/520).

Uma comparação dos resultados obtidos de culturas positivas para gonococos encontrados nestes quatro grupos de motivo da consulta (excluído o grupo de estupro) mostrou diferenças estatisti-

camente significativas quando comparando com o grupo de corrimento vaginal vs preventivo ($p=0,003$) e vs outras DST ($p=0,005$). Ao contrário, um índice de positividade maior, também estatisticamente significativo ($p=0,001$) foi encontrado ao comparar-se o grupo das assintomáticas contatos de homens com corrimento uretral VS o grupo de Corrimento vaginal (χ^2 por diferença de proporções para duas amostras independentes)

O protocolo de tratamento compreende a identificação, diante cada caso sintomático de corrimento vaginal a identificação da exposição a 4 fatores de risco que são: ser menor de 20 anos; ter um contato sexual novo nos últimos 3 meses; possuir mas de um parceiro sexual e ser contato de um homem com corrimento uretral, aos que se designa um valor de 1, 1, 1 e 2 pontos respectivamente. Se o valor total resultante é igual ou maior de 2 pontos se considera escore de risco positivo e se indica tratamento para as infecções por gonorréia e clamídia, caso contrário se indica tratamento para outras infecções vaginais.

A tabela 3 mostra a distribuição dos valores do escore de risco para as 172 mulheres que consultaram por corrimento vaginal, das quais dois terços (113/172=65,7%) eram escore negativo ou menor de 2 pontos e demais (59/172= 34,3%) escore de risco positivo (igual ou maior que 2).

A positividade da infecção por gonococo segundo escore de risco positivo ou negativo se apresenta na tabela 4, sendo quase nove vezes mais elevada naquelas com escore positivo (11/59=18,1%) ao compará-las com as de escore de risco negativo (3/113=2,6%). Esta diferença é estatisticamente significativa ($p=0,001$).

Uma tentativa para melhorar estes níveis de positividade acrescentando um quinto fator (passado venéreo) incrementa quase uns 50% das mulheres com escore de risco positivo, porém não melhora o índice de detecção da culturas positivas para gonococo, o que poderia ser contraproducente ao orientar o tratamento de um número maior de mulheres sem infecção real. Talvez influa neste resultado a incerteza do dado já que outras infecções que não são de transmissão sexual (candidíase e vaginose bacteriana) ocasionam sintomas similares e podem mascarar a resposta.

Das 172 mulheres com corrimento vaginal 41 (23,8%) tinham antecedentes de contato sexual com homens com corrimento uretral o que permitiu realizar uma interessante comparação estatística com o grupo das assintomáticas que consultaram pela mesma razão, ser contatos de homens com corrimento uretral tabela 5. O grupo das sintomáticas apresentou uma positividade ao cultivo para gonococo de 29,4% (10/41), por outro lado as assintomáticas alcançaram uma positividade de 35,6% (16/45) diferença que não foi estatisticamente significativa ($p=0,16$), o que nos permite afirmar que o verdadeiramente importante é ser contato de um possível caso e não se há presença ou ausência de sintomatologia.

Com a intenção de quantificar o risco do escore positivo entre as mulheres com corrimento vaginal positivas e negativas para cultivo de gonococo e a presença ou ausência de exposição se estimou um Odds Ratio de 8, 5; I.C. 95% 2,06 - 40,5 valores estatisticamente significativo ($p=0,0005$) o que expressa um risco relativo de mais de oito vezes para aquelas com escore de risco positivo (igual ou maior de 2 pontos). A maneira de comparação, também estimamos ao mesmo indicador para a soropositividade ao VDRL em ambos grupos de mulheres (escore positivo e negativo) e o valor de odds ratio obtido foi 0,23; I.C. 95% 0,01 - 1,94; $p=0,23$ que como era de esperar não demonstra relação alguma.

Finalmente se validou a utilização do escore de risco padrão do país utilizando como "padrão ouro" o cultivo em meio de *Thayer Martin* e estimamos uma Sensibilidade de 78,6 e especificidade de 69,6, valores não totalmente satisfatórios no entanto melhores que os dos fluxogramas para corrimento vaginal que não contemplam o escore de risco. O valor da sensibilidade encontrada neste estudo, pode ser considerada bastante similar ao valor encontrado por Moherdau *et al* quando avaliaram o fluxograma nacional para esta síndrome.²⁰ No entanto, o valor

TABELA 1
Mulheres atendidas segundo motivo da consulta, na Fundação
Alfredo da Matta no período de 1 de outubro a 30 de dezembro de 2000

Motivo da Consulta	n	%
Corrimento Vaginal	172	33,1
Contatos Assintomáticas de Corrimento Uretral	45	8,7
Preventivo	142	27,3
Outras DST	153	29,4
Estupro	8	1,5
TOTAL	520	100,0

Fonte: Gerência de Epidemiologia/FUAM

TABELA 2
Resultado de cultura positiva para gonococo, segundo o motivo
da consulta, na Fundação Alfredo da Matta no período de
1 de outubro a 30 de dezembro de 2000

Motivo da Consulta	n	%
Corrimento Vaginal	14	8,2
Contatos Assintomáticas de Corrimento Uretral	16	35,6
Preventivo	1	0,7
Outras DST	0	0,0
Estupro	1	8,7
TOTAL	32	6,1

Fonte: Gerência de Epidemiologia/FUAM

TABELA 3
Mulheres com corrimento vaginal segundo pontuação
de escore de risco, na Fundação Alfredo da Matta no período de
1 de outubro a 30 de dezembro de 2000

Escore	n	%
0	71	41,3
1	42	24,4
2	30	17,4
3	19	11,0
4	8	4,7
5	2	1,2

Fonte: Gerência de Epidemiologia/FUAM

TABELA 4
Mulheres com corrimento vaginal segundo escore e
resultado de cultura, na Fundação Alfredo da Matta no período
de 1 de outubro a 30 de dezembro de 2000

Escore	# de Mulheres / %	Cultura + / %
< 2	113/172 65,7	3/113 2,6*
>= 2	59/172 34,3	11/59 18,6*

*p= 0,001

Fonte: Gerência de Epidemiologia/FUAM

TABELA 5

Mulheres contato de homens com corrimento uretral segundo sintomatologia e positividade para gonococo, na Fundação Alfredo da Matta no período de 1 de outubro a 30 de dezembro de 2000

Condição	Positivas/ Estudadas	%
Sintomáticas (mulheres do grupo corrimento vaginal)	10/41	29,4
Assintomáticas (mulheres contato de homens com corrimento uretral)	16/45	35,6

p= 0,16

Fonte: Gerência de Epidemiologia/FUAM

preditivo positivo de 18,6. continua sendo muito baixo expressando que se indica tratamento desnecessário a quatro de cada cinco mulheres. É importante não esquecer que estamos trabalhando com uma população atendida em clínica especializada de DST, o que significa, em marco teórico, que a prevalência de infecção gonocócica seja mais elevada que a que se encontra em clínicas de atenção primária, portanto é muito provável que os valores preditivos positivos para estas últimas seja ainda mais baixo devido a dependência que este indicador tem com a prevalência.²¹

Se for excluído o antecedente de contato sexual com parceiro com corrimento uretral os valores de sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo diminuem a 14,2/16/7,4 respectivamente pondo em evidencia a baixa relevância que estes três elementos tem para a suspeita de infecção gonocócica na população estudada, o que justifica continuar a busca de novos fatores de risco mais apropriados.

CONCLUSÃO

Dos quatro parâmetros utilizados no escore de risco do fluxograma de corrimento vaginal padronizado no Brasil, somente o antecedente de ser parceiro sexual de um homem com corrimento uretral apresenta uma aceitável sensibilidade e especificidade para infecção gonocócica em uma clientela de elevada prevalência relativa de uma clínica de DST. É muito provável que estes valores pudessem ser mais alentadores se tivéssemos incluído também a infecção por clamídia

O risco relativo de ter uma infecção gonocócica quando se tem um escore de risco positivo é de 8,5.

Se encontram resultados consistentes com a recomendação de tratar para infecção gonocócica toda mulher contato de um homem com corrimento uretral independentemente da presença ou não de sintomas.

A incorporação do antecedente de DST (passado venéreo) no escore de risco não ofereceu melhoria aos resultados do escore de risco padrão. Sem dúvida é necessário "limpar" este dado de outras infecções do trato genital feminino muito frequentes e que não são DST para uma avaliação mais precisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis- Brasília-DF: Ministério da Saúde. 1996
- Vuylsteke B, Laga M, Alary M, *et al.* Clinical flowcharts for the screening of women for gonococcal and chlamydial infection: evaluation of pregnant women and prostitutes in Zaire. *Clin. Infect Dis* 1993;17:82-88
- Wong ES, Fennell CI, Stamm WE. Urinary tract infection among women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 1984;11:18-23
- Braddick Mr, Ndiya-Achola JO, Mirza NB *et al.* Towards developing a diagnostic flowchart for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* cervicitis in pregnancy. *Genitourin Med* 1990;66:62-65
- Dallabeta G, Laga M, Lamptey P. Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis. AIDSCAP/ Brasil 1997
- Dallabeta GA, Gerbase AC and Holmes KK. Problems, solutions and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):S1-S11. 1998
- World Health Organization. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections. WHO/RHR/01.10 Geneva: WHO, 2001
- Costello Daly C, Wangel A-M, Hoffman IF, *et al.* Validation of the World Health Organization diagnostic algorithm and development of an alternative scoring system for the management of women presenting with vaginal discharge in Malawi. *Sex. Transm Inf* 74 (Suppl 1):S50-8. 1998.
- Ryan CA, Courtois BN, Hawes SE, *et al.* Risk assessment, symptoms, and signs as predictors of vulvovaginal and cervical infections in an urban US STD clinic: implications for use of STD algorithms. *Sex Transm Inf* 74 (Suppl 1):S59-76. 1998.
- Mayaud P, ka-Gina G, Cornelissen J, *et al.* Validation of a WHO algorithm with risk assessment for the clinical management of vaginal discharge in Mwanza, Tanzania. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):S77-84. 1998
- Sánchez SE, Koutsky LA, Sánchez J, *et al.* Rapid and inexpensive approaches to managing abnormal vaginal discharge or lower abdominal pain: an evaluation in women attending gynaecology and family planning clinics in Peru. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):S85-94. 1998
- Ryan CA, Zidouh A, Manhart LE, *et al.* Reproductive tract infections in primary health care, family planning, dermatovenereology clinics:evaluation of syndromic management in Morocco. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):S95-105. 1998.
- Alary M, Baganizi E, Guèdèmè A, *et al.* Evaluation of clinical algorithms for the diagnosis of gonococcal and chlamydial infections among men with urethral discharge of dysuria and women with vaginal discharge in Benin. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):S44-9. 1998
- Behets FM-T, Desormeaux J, Joseph D, *et al.* Control of sexually transmitted disease in Haiti: results and implications of a baseline study among pregnant women living in Cité Soleil shantytowns. *Infect Dis* 172:764-7. 1995
- Mayaud P, Grsskurth H, Changalucha J, *et al.* Risk assessment and other screening options for gonorrhoea and chlamydial infections in women attending rural Tanzanian antenatal clinics. *Bull World Health Organ* 73:621-30. 1995.
- Thomas T, Choudhri S, Kariuki C, *et al.* Identifying cervical infection among pregnant women in Nairobi, Kenya:limitations of risk assessment and symptoms based approaches. *Genitourin Med* 1996;72:334-8.
- Ronsmans C, Bulut A, Yolsal N, *et al.* Clinical algorithms for the screening of Chlamydia trachomatis in Turkish women. *Genitourin Med* 72:182-6. 1996.
- Behets FM-T, Ward E, Fox L, *et al.* Sexually transmitted disease are common in women attending Jamaican family planning clinics and appropriate detection tools are lacking. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):s123-7. 1998.
- Bourgeois A, Henzel D, Dibanga G, *et al.* Prospective evaluation of a flow chart using a risk assessment for the diagnosis of STDs in primary healthcare centres in Libreville, Gabon. *Sex Transm Inf* 74(Suppl 1):S128-31. 1998.
- Moherdau F, Vuysteke B, Siqueira LFG, *et al.* Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentric study. *Sex Transm Inf* 74 (Suppl 1):S38-S43. 1998.
- OPAS/FNS. Métodos de Investigação Epidemiológica em Doenças Transmissíveis: volume 1, 1997.

Endereço para correspondência:
ADELE BENZAKEN
E-mail: zehev@netium.com.br

CONDILOMATOSE NA GESTAÇÃO

CONDYLOMATOSIS IN PREGNANT

Tricia M Assad¹, Mauro RL Passos², Renato S Bravo³,
Gutemberg L Almeida Filho⁴, Vandira MS Pinheiro⁵

RESUMO

A partir da detecção clínica dos casos de condilomatose em gestantes, no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis, da Universidade Federal Fluminense percebeu-se a relevância do tema. Este estudo versa sobre o perfil epidemiológico da condilomatose na gestação, uma vez que a infecção pelo Papilomavírus Humano apresentou-se como a DST mais freqüente nos estudos elaborados, em gestantes, em nosso serviço. A pesquisa foi realizada através da análise de prontuários do primeiro atendimento clínico, no período de janeiro de 1999 a julho de 2000 no referido Setor. Foram estudados 1344 prontuários, sendo selecionados 569 pertencentes ao sexo feminino. Como objeto de estudo, a gravidez incidiu sobre 12,5% destas mulheres. Entre as que incluíam-se no critério de seleção, pequena parcela não apresentou diagnóstico de uma Doença Sexualmente Transmissível (3 pacientes) enquanto a maioria apresentava a infecção pelo Papilomavírus Humano (48 pacientes). Objetivou-se a análise da freqüência de doenças sexualmente transmissíveis no período gestacional, em particular a condilomatose, caracterizando seu perfil epidemiológico e características clínicas neste período da vida da mulher. Para isso, realizou-se estudo retrospectivo do comportamento da infecção pelo HPV na gravidez. Os resultados apontam que estas mulheres apresentam idade média de 19,5 anos, são solteiras e têm parceiro fixo exclusivo em sua maioria. Seu nível de escolaridade é baixo, sendo que 85,9% destas mulheres possuem, no máximo, segundo grau incompleto. Em concordância, observa-se que 69% do contingente não têm uma profissão, orçando a renda familiar da maioria delas (66,2%) abaixo de cinco salários-mínimos. O estudo mostrou que 59,1% das gestantes são primigestas e o abortamento já ocorreu em 16,9% das mulheres estudadas. O diagnóstico mais encontrado foi o da condilomatose, presente em 67,6% das gestantes, distribuído, na maioria, na segunda metade da gestação. Faz-se ressaltar, que a infecção vaginal apresentou-se concomitante em 45,8% destas gestantes com infecção pelo HPV, enquanto a associação com alterações de Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais ocorreram em 10,4% destas. As lesões que acometem genital externo predominaram (85,4%) e apresentaram característica multicêntrica em 43,7% dos casos. Desta forma, podemos concluir que a avaliação ectoscópica da genitália externa da gestante em pré-natal, com equipe capacitada, pode facilmente diagnosticar a infecção pelo HPV que assume, neste período, características próprias e de forma simples e com baixo custo realizar o tratamento de uma das DST mais comuns neste período.

Palavras-chave: HPV, Doenças Sexualmente Transmissíveis, gestação, condiloma

ABSTRACT

With the clinical detection of cases of condyloma in pregnant women in the Sector of Sexually Transmitted Diseases, a relevant theme was discovered. This study explained the epidemiology of condyloma on pregnancy, once the women Human Papillomavirus infection presented itself as the most prevalent STD in the studies elaborated in pregnant women in our care. For this reason, a retrospective study was initiated to examine the behavior of HPV infection in pregnancy. The study was executed through the analysis of patients' records of the first clinical visit during the period of January 1999 through July 2000 at the referred clinic. 1344 records were examined and 569 of the selected were female patients. Among these women, 12,5% were pregnant. Among those that were included in the selection, a small amount didn't show clinical signs of a STD (two patients) while 48 patients showed the papillomavirus infection. The study focused on the analysis of the frequency of STD during pregnancy (specifically condyloma), characterizing its epidemiological profile and clinical characteristics in this period of women's life. The results of the study show that these women have an average age of 19,5 years, most are single, but in exclusive relationships. Average education level is slow. 85% of these women have some high School education at most. Along this line, 52,1% of the subject are unemployed, most being in charge of family and domestic duties. The majority of the subjects (66,2%) live in households were the average income in less than 5 minimum salaries. The study showed that 59,1% of the subjects are first time pregnancies and 16,9% of the subjects had aborted or miscarried in the past. The most prevalent diagnoses were condyloma, which was present in 67,6% of the subjects, with the majority of the cases in the second half of the pregnancy. It was discovered that vaginal infection was shown to be contaminated in 45,8% of the condyloma case while association with alterations with cervical intraepithelial neoplasia (CIN) occurred in 10,4%. 85,4% of the subjects displayed external genital lesions and 43,7% showed a multicentered characteristic. From these results we can conclude that the ectoscopic evaluation of the external genitalia of an ante-natal care subject, by a trained team, can easily diagnose the specific characteristic of the HPV infection and can provide simple and inexpensive treatment of one of the most common STD of this time.

Keywords: HPV, Sexually Transmitted Diseases, pregnancy, condyloma

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 13(5):8-16, 2001

¹ Médica; Professora Obstetrícia da Escola Médica da UGF-RJ (MED 155)

² Prof. Adjunto Doutor, Chefe do Setor de DST-UFF

³ Prof. Adjunto Doutor em Ginecologia da UFF

⁴ Prof. Adjunto Doutor, Instituto de Ginecologia da UFRJ

⁵ Prof^a Mestre, Colaboradora Programa de Pós-Graduação em DST-UFF

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno de suma importância na vida da mulher. Obviamente este fenômeno não se restringe a mera potencialidade reprodutora, mas sim, a todo o envolvimento biopsíquico que ocorre na formação de uma família. Além das modificações corporais ocorridas, abrange também aspectos fisiológicos de caráter endócrino e anatômicos, responsáveis por sobrecarga no organismo feminino. Sob este prisma, a gestação se traduz num momento único, com características próprias, onde determinadas doenças que possam incidir, neste período, tenham características específicas.

Obstetrícia é a área da medicina que estuda a fisiologia, patologia e acidentes inerentes à gestação, parto e puerpério, bem como dita as regras de sua assistência em condições normais e anômalas. Deste modo, o conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis e suas manifestações na gravidez é de fundamental conhecimento para a prática obstétrica.

O principal objetivo obstétrico é o parto a termo, de um recém-nato, saudável, após uma gestação sem complicações maternas e obstétricas. A intercorrência das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), acarretam uma variedade de problemas, com conseqüências que interferem diretamente neste objetivo, seja no âmbito materno ou do recém-nato.

As DST quando incidentes, neste período gravídico-puerperal, trazem, além de suas particularidades referentes ao estigma de "doença venérea", toda uma nova temática em função da qual a transmissibilidade a um novo ser que independentemente de fatores de risco ou proteção poderão afetá-lo e lhe causar sofrimento.

Desta feita, o estudo das DST neste período, além de considerações teóricas quanto a sua etiopatogenia e conseqüente expressão clínica, revela também fundamental importância quanto a transmissão vertical e ainda nas repercussões que trazem neste momento, não só para os parceiros sexuais envolvidos, mas para o novo ciclo familiar que se forma.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis são reconhecidas como um importante problema de saúde pública, haja visto seus elevados números e/ou estimativas, mesmo sabendo ser os mesmos subestimados por variadas interferências nas metodologias de análise que perpassam desde a subnotificação, passando pelas dificuldades na realização do diagnóstico, até mesmo, por algumas doenças classificadas como DST não fazerem parte do sistema de notificação epidemiológica como, por exemplo, é o caso da infecção pelo papilomavírus humano (HPV).

A grande incidência das DST no mundo é conhecida, informalmente, há muito tempo. Estima-se que a infecção por HPV seja a terceira infecção de transmissão sexual mais comum.

A Organização Mundial de Saúde reconhece que as Doenças Sexualmente Transmissíveis sejam muito marcantes em mulheres. Porém, ocorrem em sua maioria de forma assintomática, neste grupo.

Em relação à epidemiologia global das DST, há um risco maior de infecções para indivíduos com intensa atividade sexual e crianças nascidas de mães infectadas.

As conseqüências das DST, em mulheres, são graves e, por vezes, fatal, bem como para seus filhos. Dentre aquelas referentes à mulher, podemos destacar o câncer cervical, a gravidez ectópica, a doença inflamatória pélvica e septicemia. Em relação ao período neonatal, podemos destacar a grande incidência de sífilis congênita, nos países em desenvolvimento, e ainda aquelas referentes ao Papilomavírus Humano, como as seguintes: infecções papilomatosas recorrentes, condiloma acuminado e papulose Bowenóide na infância e a papilomatose laríngea cujas complicações podem ser fatais.

Na gestante podemos, ainda, verificar o acometimento do abortamento, o parto prematuro, a infecção transplacentária e aquela que ocorre durante a passagem do produto pelo canal de parto. O HPV não é visto como um vírus teratogênico, mas acredita-se que este fato ainda não foi estudado em detalhes.

Assim, percebemos a importância da correlação entre as DST e o ciclo gravídico-puerperal que se torna relevante para toda área de saúde reprodutiva da mulher e perinatal, justificando pesquisas detalhadas sobre o assunto.

OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivo traçar um perfil epidemiológico da condilomatose na gestação. Para isso, pretendemos identificar as gestantes atendidas em serviço de atendimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis no período de 18 meses (janeiro de 1999 a julho de 2000), determinando a frequência de DST nestas mulheres. A partir deste modelo, pretendemos descrever a incidência de condilomatose na gestação, nesta amostra, e avaliar o perfil epidemiológico destas gestantes, analisando, ainda, a presença de patologias correlatas, tanto infecciosas como aquela possivelmente relacionada à etiopatogenia do câncer de colo uterino, as neoplasias epiteliais cervicais (NIC).

METODOLOGIA

Realizado estudo retrospectivo de observação indireta através da análise dos prontuários pertencentes ao arquivo médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense (Setor de DST - UFF).

Após levantamento dos dados referentes a um período de 18 meses (janeiro de 1999 a julho de 2000), detectou-se um total de 1334 prontuários de atendimentos de primeira vez, em que foram excluídos aqueles pacientes do sexo masculino.

Das 569 mulheres atendidas no ambulatório DST-UFF, foram incluídas na pesquisa apenas aquelas com diagnóstico de gravidez, as quais constituíram o grupo de estudo. Destes prontuários foram organizadas planilhas contendo informações acerca de seu perfil socioeconômico e cultural, bem como informações sobre sua vida sexual e obstétrica. Mais detalhadamente, foram analisadas informações clínicas sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis nelas diagnosticadas, em particular um estudo do comportamento da condilomatose nesta amostra de gestantes. Estes dados foram organizados em tabelas, para posterior comentários dos resultados encontrados, baseados em literatura especializada e em conclusões acerca dos mesmos.

É importante ressaltar que foram levados em consideração os aspectos éticos da pesquisa médica, tendo o referido serviço a prática do consentimento informado.

Outra consideração relevante, é o fato de que as informações contidas em prontuário são referidas pela própria paciente em questão, quando da anamnese.

Desta feita, esta pesquisa analisou o grupo de gestantes atendidas pela primeira vez no Setor de DST-UFF, no período de janeiro de 1999 a julho de 2000, traçando um perfil epidemiológico através das características domiciliares de seu município de origem, sua idade, estado civil, escolaridade, profissão e renda familiar. Estudou, ainda, o perfil sexual das mesmas, verificando o uso de preservativo masculino (camisinha de vênus) em suas relações sexuais, além da opção sexual, referida por elas, bem como o relacionamento com parceiro, de acordo com critérios de fidelidade explícitos no questionário modelo, do referido serviço. Quanto à observação do estado gravídico, avaliou a idade gestacional no momento da primeira consulta diagnóstica e também o modelo de gestaridade em que ela está inserida. Em particular, verificou-se a distribuição das doenças sexualmente transmissíveis, diagnosticadas nesta gestantes e a ocorrência de condilomatose genital, caracterizando sua topografia de acordo com o número de sítios acometidos pelas lesões condilomatosas e o envolvimento da genitália externa. Observou, ainda, a associação com

outras doenças sexualmente transmissíveis e a ocorrência de neoplasia intra-epitelial cervical diagnosticada pelo citológico cérvico-vaginal, bem como o resultado das sorologias de VDRL e para HIV realizadas por estas gestantes.

RESULTADOS

A população pesquisada como objeto alvo estava composta de 71 mulheres grávidas que tiveram seu primeiro atendimento no Setor DST-UFF no período de janeiro 1999 a julho 2000, que procuraram espontaneamente o Setor ou foram encaminhadas através de referência médica.

Este grupo constitui importante parcela dos atendimentos do referido serviço, caracterizando 5,3% do total de atendimentos. Se considerarmos apenas os atendimentos ao sexo feminino, esta cifra aumenta para 12,5% dos mesmos.

A seguir, são apresentados os resultados obtidos da análise dos prontuários pertencentes ao arquivo médico do setor, frente a análise da ocorrência de condilomatose genital, características clínicas e epidemiológicas da amostra.

Perfil Socioeconômico e Cultural da Amostra

Local de Domicílio

Verificou-se que, em sua maioria, as pacientes gestantes pertencentes a esta pesquisa apresentaram-se como residentes em Niterói, onde localiza-se o Serviço de DST-UFF. Porém, o atendimento não se restringe ao mesmo, demonstrando expressiva parcela proveniente de outros municípios (40,8%). Estas dividiram-se de forma semelhante na distribuição geográfica de São Gonçalo e Rio de Janeiro, 14 e 15 pacientes, respectivamente.

A tabela de número 1 caracteriza esta expressividade de abrangência do serviço, que é referência em atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis e Centro de Treinamento (CT- DST/HIV) credenciado pelo Ministério da Saúde e Coordenação Nacional de DST/Aids.

TABELA 1

Análise do local de domicílio por município das gestantes

Local de domicílio por município	Nº de Gestantes	%
Niterói	42	59,2
São Gonçalo	14	19,7
Rio de Janeiro	15	21,1
Outros	0	0
Total	71	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

Faixa Etária

A idade média encontrada pela análise das gestantes atendidas foi de 19,5, o que é compatível com o período de nubidade obstétrico. Observa-se que o período mais incidente nestas mulheres, abrangendo 71,8% das gestantes, foi aquele inferior a 21 anos. A adolescência mostrou-se relevante neste estudo, com percentual de 29,6% das mulheres estudadas.

Para avaliação pormenorizada, a tabela 2 demonstra os dados separados em faixas etárias. Importante ressaltar que a idade mínima encontrada foi de 13 anos (2 gestantes) e a máxima de 37 anos (1 paciente). As medidas de tendência central foram de 19 anos (moda e mediana) e a média de 19,5.

TABELA 2
Análise da faixa etária das gestantes

Faixa etária	Nº de gestantes	%
13 a 16 anos	21	29,6
17 a 20 anos	30	42,3
21 a 24 anos	13	18,3
25 a 28 anos	1	1,4
maior que 29 anos	6	8,4
Total	71	100

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

Estado Civil

Através da tabela 3 observa-se a distribuição das gestantes conforme o estado civil informado. Nota-se predomínio significativo daquelas solteiras (78,9%), porém 50,7% caracterizaram uma união estável. As gestantes casadas são representadas por 19,7% da amostra. Apenas ressaltamos uma gestante separada e nenhuma viúva.

TABELA 3

Análise do estado civil das gestantes

Estado civil	Nº de gestantes	%
solteiro	20	28,2
casado	14	19,7
separado	1	1,4
solteiro com companheiro	36	50,7
viúvo	0	0,0
Total	71	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

Escolaridade

O nível de escolaridade encontrado nesta pesquisa com gestantes foi baixo. A imensa maioria (85,9%) não teve a chance de completar o segundo grau. Em sua maior parte, elas tinham o primeiro grau completo (69%) ou menor grau de escolaridade. Como extremos da amostragem, observamos uma paciente analfabeta e uma com terceiro grau completo. A escolaridade mais frequentemente encontrada foi na faixa do primeiro grau incompleto conforme pode-se observar na tabela 4.

TABELA 4

Análise da escolaridade das gestantes

Escolaridade	Nº de gestantes	%
analfabeto	1	1,4
primeiro grau incompleto	44	62,0
primeiro grau completo	4	5,6
segundo grau incompleto	12	16,9
segundo grau completo	7	9,9
terceiro grau incompleto	2	2,8
terceiro grau completo	1	1,4
Total	71	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

Profissão/Ocupação

As gestantes estudadas foram agrupadas, conforme sua própria informação, de acordo com a atividade que desenvolviam no momento

da consulta. Mais comumente encontrada foi a ocupação de dona de casa relatada por 47,9% das pacientes. Em parcela semelhante nota-se aquelas que referiram atividades em serviços ou comércio e estudantes. Apenas 2 gestantes relataram profissão técnico-científico. Encontrou-se também 4,2% de gestantes que não informaram qualquer ocupação.

Estes dados podem ser observados na tabela 5 que pormenoriza a distribuição destas gestantes conforme a sua profissão/ocupação.

TABELA 5
Análise da profissão / ocupação das gestantes

Profissão / Ocupação	Nº de gestantes	%
Dona-de-casa	34	47,9
Serviço / Comércio	17	24,0
Estudante	15	21,1
Ignorado / Sem ocupação	3	4,2
Técnico - científica	2	2,8
Total	71	100,0

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

Renda Familiar

Este dado refere-se ao salário mínimo vigente no momento da consulta e dividido em faixas conforme observa-se na tabela 6. A expressiva maioria das gestantes estudadas referiram renda familiar de até 5 salários mínimos (66,2%). Cerca de quase metade delas encontravam-se com rendimento familiar de até 2 salários. Apenas 11,2% das mesmas foram agrupadas na faixa salarial de renda familiar acima de 6.

TABELA 6
Análise da renda familiar das gestantes

Renda familiar	Nº de gestantes	%
até 2 salários	26	36,6
3 a 5 salários	21	29,6
6 a 9 salários	6	8,5
Maior que 10 salários	2	2,8
ignorado	16	22,5
Total	71	100,0

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

Perfil Sexual

Em relação à sua vida sexual, todas as gestantes declararam opção heterossexual.

Quanto à prática sexual segura, apenas 12,7% tinham como rotina o uso de preservativo masculino em suas atividades sexuais. A maioria das grávidas referiu que sua união é com parceiro fixo e exclusivo (92,9%), enquanto o restante, estava, atualmente, sem parceiro sexual.

Na tabela 7 demonstra-se o uso rotineiro de preservativo (masculino) em suas práticas sexuais e na tabela 8 a distribuição das gestantes conforme seus parceiros sexuais.

TABELA 7
Análise do uso de preservativo masculino pelas gestantes

Uso de preservativo	Nº de gestantes	%
sim	9	12,7
não	55	77,4
ignorado	7	9,9
Total	71	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

TABELA 8
Análise do número de parceiros sexuais das gestantes

Parceiros sexuais	Nº de gestantes	%
fixo exclusivo	66	93,0
atualmente sem	05	7,0
Total	71	100,0

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

Perfil obstétrico

As gestantes pesquisadas encontravam-se mais freqüentemente no segundo trimestre da gravidez. Em sua maioria primigestas (59,1%), sendo 22,5% primíparas, constituindo-se assim a maioria. Doze pacientes referiram abortamento(s) anterior(es) (16,9%). Dentre elas, 5 eram nulíparas, 5 primíparas e 2 múltíparas.

Na tabela 9 observa-se a distribuição das gestantes conforme a idade gestacional. Na tabela 10 conforme o número de gestações e na de número 11 quanto à paridade. Na tabela 12 é demonstrada a incidência de abortamentos anteriores relatados neste grupo. Análise mais detalhada pode ser encontrada na tabela 13 onde se encontra a distribuição de freqüência dos modelos de gestaridade informados.

TABELA 9
Análise da idade gestacional por trimestre das gestantes

Trimestre	Nº de gestantes	%
primeiro	13	18,3
segundo	30	42,3
terceiro	27	38,0
ignorado	1	1,4
Total	71	100,0

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

TABELA 10
Análise de gestações das gestantes com infecção pelo Papilomavírus humano

Nº de gestações	Nº de gestantes	%
primigesta	42	59,2
secundigesta	15	21,1
multigesta	14	19,7
Total	71	100,0

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

TABELA 11
Análise do número de partos das gestantes

Paridade	Nº de gestantes	%
nulípara	47	66,2
primípara	16	22,5
secundípara	7	9,9
multípara	1	1,4
Total	71	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

TABELA 12
Número de abortamentos relatados pelas gestantes

Nº de abortamentos	Nº de gestantes	%
Um	11	91,7
Dois	1	8,3
Total	12	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

TABELA 13
Frequência de gestapidade das gestantes

Gestapidade Gesta / Para / Aborto	Nº de gestantes	%
I / 0 / 0	42	59,1
II / 0 / 1	04	5,7
II / 1 / 0	11	15,5
III / 0 / 1	01	1,4
III / 1 / 1	04	5,7
III / 2 / 0	05	7,0
IV / 1 / II	01	1,4
IV / 2 / 1	01	1,4
IV / 3 / 0	01	1,4
V / 2 / 1	01	1,4
Total	71	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

Doenças Sexualmente Transmissíveis diagnosticadas nas gestantes

A Doença Sexualmente Transmissível (DST) mais encontrada neste grupo de gestantes foi a condilomatose (67,6%). A infecção clínica pelo *Papilomavírus Humano* (HPV) foi diagnosticado isoladamente em 21 gestantes, enquanto que 25 pacientes também apresentavam outras DST associadas à condilomatose. Três pacientes apresentaram concomitância com o quadro de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC).

A segunda DST mais caracterizada foi a infecção vaginal (a saber: diagnóstico caracterizado por descarga vaginal de caráter infeccioso por fungo, bactéria ou protozoário de possível transmissão sexual), que acometeu 57,3% das gestantes, sendo que quatro destas também estavam com sorologia positivas para Sífilis (VDRL).

A sífilis ocorreu em 7 pacientes, representando cerca de 10% do total de grávidas estudadas. Isoladamente o diagnóstico de sífilis ocorreu em apenas 2 pacientes, sendo uma diagnosticada por sorologia e uma pela demonstração de úlcera genital. Em 3 casos ela manifestou-se associada à infecção vaginal e em 2 pacientes concomitante à infecção pelo HPV.

O herpes genital foi atendido em 3 gestantes, neste período. Em relação àquelas que não apresentaram diagnóstico de DST, 2 realizaram diagnóstico diferencial com a condilomatose, através da caracterização da papilomatose vestibular e da presença de pólo cervical associado à NIC.

Uma paciente encontrava-se sem diagnóstico.

A tabela 14 mostra a frequência de cada diagnóstico nas gestantes estudadas. Como algumas gestantes apresentaram diagnósticos associados no momento da consulta, percebe-se um número maior de diagnósticos do que gestantes.

Estes dados podem ser melhor analisados na tabela 15, em que apresenta-se a distribuição das gestantes frente aos diagnósticos encontrados em seus prontuários.

TABELA 14
Frequência acumulada do diagnóstico das doenças sexualmente transmissíveis encontrado nas gestantes

Diagnóstico DST	Frequência acumulada
Infecção HPV	48
Infecção Vaginal	39
Sífilis	07
Herpes	03
Total	97

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

TABELA 15
Distribuição dos diagnósticos encontrados nas gestantes

Diagnóstico	Nº de gestantes	%
HPV	21	29,6
HPV + Infecção vaginal	22	31,0
HPV + NIC	2	2,8
HPV + Sífilis	1	1,4
HPV + Inf. Vaginal + NIC	1	1,4
HPV + Inf. Vaginal + Sífilis	1	1,4
Infecção Vaginal	12	17,0
Infecção Vaginal + Sífilis	3	4,2
Sífilis	1	1,4
Herpes	3	4,2
Úlcera genital	1	1,4
Pólipo + NIC	1	1,4
Hipertrofia papilas	1	1,4
Sem diagnóstico	1	1,4
Total	71	100,

Fonte: Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período 01/99 a 07/00)

Ocorrência de Condilomatose na Amostra

O grupo de gestantes pesquisadas evidenciou um total de 48 pacientes infectadas pelo HPV. Isto significa uma ocorrência de 67,6%.

Destas pacientes, 43,7% apresentaram apenas a infecção pelo vírus, porém, em 56,2% esta infecção associou-se a outras patologias. Mais frequentemente associado foi o diagnóstico de infecção vaginal em 88,9% das gestantes.

A ocorrência de gestantes que apresentaram condilomatose pode ser observada na tabela 16.

TABELA 16
Análise da ocorrência de condilomatose nas gestantes

Infecção pelo Papilomavírus humano	Nº de gestantes	%
Presente	48	67,6
Ausente	23	32,4
Total	71	100,0

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

Manifestações Genitais da Condilomatose

Neste grupo de grávidas, a condilomatose apresentou-se mais caracteristicamente em sítios variados. Apenas 16 casos mostraram-se em um único sítio, sendo o mais freqüente a sua presença na vulva. Em sua maioria (62,5%), o caráter topográfico foi multicêntrico (maior ou igual a dois sítios genitais envolvidos), envolvendo 3 ou mais sítios em 43,8% do total de gestantes acometidas.

A genitália externa foi acometida na quase totalidade das pacientes (85,4%). Isoladamente, ocorreu em 16,9% das gestantes, enquanto em 40,8% delas, também, acometeu outros sítios. O acometimento envolvendo apenas vagina e/ou colo uterino ocorreu em 5 pacientes e em 2 gestantes não foi encontrada descrição da topografia da lesão em seu prontuário (sendo classificado como "não descrito").

O acometimento do colo uterino se deu em 18 gestantes (31,3%), sendo que 3 casos foram encontrados isoladamente na cérvix.

Nas tabelas 17 e 18 pode-se verificar, respectivamente, a multicentricidade das lesões e o acometimento expressivo da genitália externa.

A descrição pormenorizada da topografia pode ser analisada na tabela 19.

TABELA 17
Análise da distribuição das lesões nas gestantes com infecção pelo Papilomavírus humano

Infecção pelo HPV	Nº de gestantes	%
único sítio	16	33,3
dois sítios	14	29,2
três ou mais sítios	16	33,3
não descrito	02	4,2
Total	48	100,0

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período 01/99 a 07/00)

TABELA 18
Acometimento da genitália externa nas gestantes com infecção pelo Papilomavírus humano

Acometimento Genitália Externa	Nº de gestantes	%
presente	41	85,4
ausente	07	14,6
Total	48	100,0

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período 01/99 a 07/00)

TABELA 19
Distribuição das lesões nas gestantes com infecção pelo Papilomavírus humano

Distribuição das lesões por HPV	Nº de gestantes	%
Vulva	11	22,9
Vagina	01	2,1
Colo Uterino	03	6,2
Períneo	01	2,1
Vulva + Vagina	08	16,7
Vulva + Vagina + Colo	06	12,5
Vulva + Vagina + Colo + Períneo	06	12,5
Vulva + Vagina + Períneo	03	6,2
Vulva + Colo	01	2,1
Vulva + Colo + Períneo	01	2,1
Vulva + Períneo	03	6,2
Vagina + Colo	01	2,1
Vagina + Períneo	01	2,1
Não Descrito	02	4,2
Total	48	100,0

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

Associações Com outras Doenças Sexualmente Transmissíveis e/ou Neoplasia Intra-epitelial Cervical (DST e/ou NIC)

A condilomatose apresentou-se associada a outras infecções no período gestacional nesta amostra em 27 pacientes. Em 22 gestantes foi encontrado a presença de condilomatose e infecção vaginal.

Em 5 casos a neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) estava associada à condilomatose nestas gestantes. Isoladamente em 3 gestantes e nas 2 restantes ainda sobrepuja-se a infecção por outras DST.

Importante ressaltar os 3 casos de associação entre a condilomatose e outras DST na gravidez:

Um caso em que a gestante apresentou condilomatose associado à sífilis.

Um caso de associação condilomatose, infecção vaginal e NIC

Um caso em que a grávida apresentava a condilomatose associada à presença de infecção vaginal e sífilis, além do acometimento de NIC.

Estes dados podem ser encontrados na tabela 20, que demonstra o percentual de casos de condilomatose isolados e associados. Na tabela 21 verifica-se o percentual de DST encontradas associadas a condilomatose na gestação. Observa-se que há mais diagnóstico do que casos de condilomatose, uma vez que a infecção vaginal ocorreu concomitantemente a outro diagnóstico de DST (associação múltipla). A descrição detalhada da condilomatose e suas associações pode ser analisada na tabela 22.

A tabela de número 23 mostra as gestantes com condilomatose testadas para sorologia de VDRL e Anti-HIV. Importante ressaltar que a testagem é oferecida a todos os pacientes, mas nem todos a realizam.

TABELA 20
Análise de diagnósticos associados nas gestantes com infecção pelo Papilomavírus humano

Diagnóstico	Nº de gestantes	%
HPV isoladamente	21	43,7
HPV + Associação com outras DST	27	56,3
Total	48	100,0

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

TABELA 21

Frequência de doenças sexualmente transmissíveis associadas nas gestantes com infecção pelo Papilomavírus humano

Associação HPV/DST	Nº de gestantes	%
Infecção Vaginal	24	92,3
Sífilis	02	7,7
Total	26	100,0

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

TABELA 22

Análise da distribuição diagnóstica nas gestantes com infecção pelo Papilomavírus humano

Diagnóstico	Nº de gestantes	%
Infecção Vaginal	22	78,5
NIC	03	10,7
Sífilis	01	3,6
Infecção Vaginal + NIC	01	3,6
Infecção Vaginal + NIC + Sífilis	01	3,6
Total	28	100,0

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período 01/99 a 07/00)

TABELA 23

Análise sorológica das gestantes

Sorologia positiva	Nº de casos
VDRL	06
Anti-HIV	00
Total	06

Fonte : Arquivo Médico Setor DST-UFF (Período: 01/99 a 07/00)

DISCUSSÃO

A literatura mundial concorda que a incidência de infecção pelo *Papilomavírus Humano* é uma das mais frequentes do aparelho genital feminino.^{4,19} Koutsky comenta que a presença de verrugas genitais seja apenas a ponta do *iceberg* da verdadeira representatividade da infecção.¹⁹ Estimativas indicam que 5% de todas as consultas por DST, nos Estados Unidos da América, sejam por condilomatose genital.²⁵ Daí a relevância deste estudo e seus achados de que a condilomatose tenha sido a maior ocorrência nas mulheres estudadas.

As estimativas de infecção pelo HPV podem variar muito conforme a abordagem diagnóstica, visto a sensibilidade e especificidade dos mesmos. Koutsky apresenta dados obtidos em trabalhos variados pela metodologia de *Papanicolaou*, incidência de alterações sugestivas de HPV em 7% a 24%.¹⁹ Utilizando técnicas de biologia molecular em mulheres com citologia negativa, Schneider apresenta variedade de estudos compatíveis com positividade para a infecção pelo HPV oscilando entre 1,3% e 38%.³⁰ Nesta pesquisa foi realizado o diagnóstico clínico da condilomatose como parâmetro de estudo, encontrando uma cifra de 67,6%. Esta característica possivelmente deve-se ao fato de que o estudo tenha sido realizado num setor especializado em doenças sexualmente transmissíveis.

No Brasil, Almeida Filho em sua pesquisa detecta "no período de seis anos de estudo, crescimento da infecção vulvar (por HPV) de mais

de 100%.¹ Para Lina Villa *et al.*, a incidência de infecção pelo HPV é de 3,8% nas mulheres não grávidas, enquanto que nas gestantes este índice foi de 9,4%.²⁰ Tibúrcio *et al.* relatam que o diagnóstico mais frequente encontrado em gestantes atendidas no Setor DST-UFF foi o de HPV / condiloma acuminado, com prevalência de 44,1% no ano de 1995.³⁴

O achado de 67,7% das grávidas com lesões condilomatosas, em pesquisa realizada no mesmo âmbito que Tibúrcio em tempos depois, condiz com os achados de Almeida Filho de que o crescimento da infecção está ocorrendo, principalmente podendo sugerir atenção às mulheres grávidas.

A reflexão de que a gravidez é um período propício para o desenvolvimento de lesões condilomatosas é fato notório nos tratados de ginecologia, obstetrícia e DST. Embora sua explicação ainda não esteja totalmente elucidada. Pesquisas sugerem que a gravidez interfere na infecção pelo HPV, agravando sua expressão clínica em função da endocrinologia própria do ciclo gestatório e/ou as alterações imunológicas decorrentes da gravidez.^{8, 9, 30, 31} Outros estudos porém propõem que a gravidez não altera o ciclo da infecção pelo HPV.^{5, 13, 15} Entretanto, a maioria concorda que estudos mais específicos devam ser realizados no sentido de esclarecer a questão.^{17, 18, 24} Desta feita, concordando com Hording, Husman e Mazziotti da necessidade de tentar contribuir no esclarecimento da questão, este estudo promoveu o achado de que, em mulheres gestantes atendidas pela primeira vez no Setor DST-UFF, a condilomatose foi a DST de maior ocorrência, assim concordando com Delvene, Person, Rezende dentre outros autores que a gravidez talvez seja um momento propício para a detecção das lesões condilomatosas causadas pela infecção por HPV.

Assim, chega-se ao resultado de que a condilomatose foi o diagnóstico mais observado nas gestantes atendidas, tanto em sua forma isolada, como associada a outros diagnósticos, sejam infecciosos ou displásicos, em conformidade com a literatura revisada.

A amostra apresenta-se como 59,1% domiciliada em Niterói, onde localiza-se o referido serviço. Isto provavelmente se deve ao fato da localização do serviço e de sua acessibilidade para as pacientes que caracteristicamente são de uma camada socioeconômica mais pobre em conformidade com a clientela atendida pelo Sistema Único de Saúde.

As gestantes predominantemente pertenceram à faixa etária menor que 21 anos (71,8%). Em sua maioria eram adolescentes, perfazendo um total de 21 pacientes entre 13 e 16 anos (29,6%).

É interessante ressaltar, que as gestantes apresentaram-se, em sua maioria, jovialidade. Para Schneider, a distribuição da detecção do HPV aumenta em mulheres, grávidas e não grávidas, acima de 31 anos, embora esta não seja estatisticamente significativa. Os dados deste estudo encontram-se em conflito com os de Schneider, visto que a clientela encontrada é jovem. Poderíamos pensar que este fato estaria aliado a idade reprodutiva e que, em nosso país, a gravidez acontece na camada mais jovem da população, muitas vezes na adolescência.

As idades mínima e máxima encontradas foram respectivamente 13 e 37 anos. A média foi de 19,5 e a idade mais frequente foi de 19 anos. A distribuição se deu, de maneira não uniforme, tendendo para aquelas com idade abaixo da média, contando 42 gestantes menores ou com 19 anos no momento da consulta. Isto poderia demonstrar, como visto acima, a característica de gravidez em faixa etária mais jovem e, conseqüentemente, o estudo estatístico das gestantes atendidas perfarzer uma média mais baixa do que os estudos de Schneider.³¹

Em sua maioria são solteiras, mas de forma expressiva relatam união consensual com seu parceiro sexual. As casadas representam 19,7% do total. O estado civil talvez, no Brasil, não seja o melhor parâmetro de avaliação da sexualidade feminina, visto que grande parcela da sociedade opta por união estável, porém não formalizada legalmente. Desta feita, se analisarmos as gestantes que referem casamento e/ou companheiro estável, nota-se uma taxa de 70,4% das mulheres estudadas. Este dado é revelado nos prontuários das gestantes atendidas conforme referido

em anamnese, porém sua análise mais pormenorizada faz refletir sobre a patogênese das DST que inclui como fator de risco a multiplicidade de parceiros conforme sugerem Gerbase, Koutsky e Passos.^{12, 21, 29} Seria, então, a gravidez e suas modificações mais importantes que a multiplicidade de parceiros? Ou, então, que o período de latência poderia estar envolvido como fator preponderante a ser considerado após a união estável e mediante o estado de imunossupressão gravídico?

Quanto aos parceiros sexuais, foi analisada a resposta fornecida pela própria gestante em questão quanto à classificação de seu relacionamento.

Todas as grávidas referiram opção heterossexual em sua anamnese. Todas aquelas que se encontravam com parceiro sexual (93% da amostra) declaram parceiro fixo e exclusivo. Nenhuma informou a multiplicidade de parceiros ou a não exclusividade do relacionamento. Este fato torna-se interessante, na medida em que é consenso que as DST são mais frequentes conforme o comportamento sexual do indivíduo, principalmente, quando promíscuo. Embora parâmetro frágil, é a promiscuidade, conceito referido pela própria paciente conforme sua veracidade. Em relação à condilomatose, pode-se sugerir que o fato da exclusividade de parceiros não torna-se condição sem igual para sua expressão, podendo então avaliar outros fatores de risco, como por exemplo, a gravidez.

Embora o perfil de fidelidade sexual ocorra nesta amostra, uma outra característica de sexo seguro, extremamente importante como o uso de preservativo, não é notada. A incidência de mulheres que usam rotineiramente o preservativo masculino foi de apenas 9 gestantes, enquanto a expressiva maioria não faz uso do mesmo (77,5%).

A maioria das gestantes eram donas de casa, com uma renda familiar de, no máximo, até 5 salários mínimos. Cerca de 69% complementaram seus estudos até o primeiro grau. Este fato da caracterização socioeconômica da clientela possa talvez denotar a importância que devamos dar à educação e às ações preventivas na saúde, notoriamente para que a camada mais pobre da população, sem acesso a informação e educação, possam assim conhecer e, portanto, se proteger e procurar formas de cuidados com a saúde eficazes e eficientes.

É importante ressaltar que 21,1% das grávidas referiram estar estudando, o que faz verificar que a gravidez na adolescência interfere socialmente no desenvolvimento da escolaridade. Somando-se a estas, aquelas que trabalham, as cifras são de 45%, número ainda inferior às que se apresentam como donas-de-casa contribuindo, apenas, com os afazeres domésticos.

O perfil obstétrico destas gestantes evidenciou um número baixo de gravidezes na amostra. Cerca de 59% das mulheres encontravam-se em sua primeira gestação. Embora este fato pudesse levar a reflexão de um eficaz sistema de planejamento familiar, deve-se observar outro dado relevante: 16,9% delas referiram abortamento anterior.

A amostra distribuiu-se, expressivamente, na segunda metade da gestação. Cerca de 80% encontravam-se no segundo e terceiro trimestre da gravidez, quando no momento do primeiro atendimento. A literatura internacional não encontra expressividade estatística no que toca a idade gestacional e a incidência de HPV, o que faz pensar no fato destas mulheres terem difícil acesso ao serviço médico, quando na verdade as mulheres, no período gestacional, deveriam estar sob constante atenção especializada em saúde.

A maior incidência de DST, na gestação, foi de condilomatose, seguida de infecção vaginal. Esta foi diagnosticada pela presença de bactérias em 28 pacientes, fungos em 10 gestantes e protozoários em apenas 6. Aquela acometeu 48 gestantes caracterizando 68,5% do total das DST encontradas. A sífilis, grande flagelo obstétrico, ocorreu em 7 gestantes, sendo 6 diagnosticadas pela sorologia de VDRL e em uma (1) foi pela ocorrência de úlcera genital. Este fato deve ser melhor observado visto que, em concordância com o Ministério da Saúde, a abordagem sincrônica do portador de uma DST na rede básica de saúde é a avaliação, o tratamento e o aconselhamento adequados da forma mais eficien-

te possível. Com isso, objetiva-se interromper a cadeia de transmissão de forma imediata e evitar as complicações inerentes às DST, bem como o bem estar do paciente, haja visto a cessação de suas queixas clínicas. Por este estudo percebe-se que a abordagem sindrômica no diagnóstico de lesão verrucosa, corrimentos genitais, úlceras genitais e desconforto pélvico é de extremo auxílio para o acompanhamento médico, podendo ser instalado nas unidades de atendimento pré-natal para tomada de decisão. Os centros de maior complexidade poderão, assim, responsabilizar-se pela formação de conhecimento, epidemiologia e características específicas de cada DST como por exemplo fenômenos de resistência aos antibióticos.

A condilomatose apresentou-se com grande expressão sob forma multicêntrica (três ou mais sítios) na genitália externa da mulher grávida. Este fato merece fundamental atenção, visto a facilidade diagnóstica no período, conforme orientação do ministério da saúde que preconiza a abordagem sindrômica através de fluxogramas apropriados.²⁵ Dos casos descritos, as lesões condilomatosas acometeram a genitália externa em 59,4% das gestantes. A vulva foi o local onde a infecção pelo HPV mais se evidenciou (89,9%). O colo uterino foi acometido em 21,7% dos casos. A característica multicêntrica da infecção foi demonstrada em 23,2% das gestantes. daquelas em que houve acometimento de mais de um sítio, representou 53,3%. Assim, verifica-se que a avaliação clínica deve ser sempre realizada através de exame minucioso de todo o aparelho genital, podendo ser realizada através da ectoscopia/especuloscopia nas unidades pré-natal que fariam o diagnóstico inicial, baseado na concordância de que a gravidez facilitaria a ocorrência de lesões condilomatosas perceptíveis clinicamente e, sendo assim, avaliando uma característica epidemiologicamente importante para a detecção precoce de uma DST que apresenta até possibilidades de oncogênese. Este fato está em concordância com estudos de Rezende que diz que as verrugas iniciam-se ou exacerbam-se na gravidez, quando são mais frequentes, podendo atingir grandes dimensões por suposta queda temporária na competência imunológica e por influência hormonal sobre o HPV, na segunda metade da gestação, deprimindo a resposta linfocitária materna.

A condilomatose apresentou-se em muitos casos associada à infecção vaginal (22 casos). É de bom alvitre que esta seja sempre tratada. Outros diagnósticos foram realizados na concomitância da infecção pelo HPV. A displasia ocorreu em 5 casos e a associação com a Sífilis se deu em 2 pacientes.

Deve-se ressaltar que a correlação da oncogênese pelo HPV ainda não foi completamente esclarecida. Porém, é de fundamental importância investigar as características displásicas intercorrentes no período gestacional, visto que seu manejo é de peculiar dificuldade frente as decisões por serem tomadas. Um dos fatores, é a dificuldade diagnóstica do adenocarcinoma com lesão alta no canal endocervical ou profunda nas criptas endocervicais inibindo a acessibilidade aos procedimentos na gestação. Outro fator, é a evolução das lesões visto que casos de displasia "regridem" mais na grávidas do que na população geral, porém, as taxas de progressão de displasia para carcinoma *in situ* são as mesmas, enquanto, que aquelas para carcinoma invasor são de aproximadamente o dobro das não grávidas.

Um fator, ainda, a ser considerado é a oportunidade do estadiamento e tratamento conforme a necessidade de interrupção de gravidez, o que, por si, já é um momento de extrema repercussão para a mulher não só pelo fato da possibilidade de uma doença maligna como, também, de término de um estado gravídico.

Outro fato digno de nota é a associação diagnóstica das DST. A infecção vaginal (descarga vaginal infecciosa por vários agentes – fúngicos, protozoários ou bacterianos – de possível transmissão sexual) ocorreu em 81,5% dos casos de condilomatose, dado expressivo que sugere maiores investigações quanto à diminuição da imunidade local e maior possibilidade de porta de entrada a outras DST.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo terminal traçar um perfil epidemiológico da condilomatose em gestantes.

- As lesões causadas pelo *Papilomavírus Humano* tiveram expressão clínica, em sua maioria absoluta, na genitália externa.
- A multicentricidade das lesões demonstrou ser característica relevante.
- A infecção pelo *Papilomavírus Humano* associou-se à infecção vaginal em metade das grávidas.
- NIC ocorreu em 10,4% das gestantes com infecção pelo *Papilomavírus Humano*.
- As gestantes corresponderam a 12,5% do atendimento de primeira vez a mulheres no Setor de DST-UFF no período de janeiro de 1999 à julho de 2000.
- Apresentam-se em sua maioria domiciliadas em Niterói, com baixo nível socioeconômico.
- O perfil educacional mostrou alta incidência de baixa escolaridade.
- O perfil sexual demonstrou totalidade de heterossexuais com parceiros sexuais fixos exclusivos.
- O uso rotineiro de preservativo masculino nas relações sexuais das gestantes foi baixo.
- O perfil obstétrico revelou índice alto de primigestas e primíparas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBERICO S et al. Maternal fetal transmission of Human Papillomavirus. *Minerva Ginecol.*, v 48 n. 5, p. 199-204.
2. ALMEIDA FILHO, G. L. *Infecção vulvar por HPV: Estudo epidemiológico clínico*. Rio de Janeiro, 1992. 119 p. Dissertação (Mestrado em Ginecologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. (2)
3. BASTOS, L.M. *Gestantes atendidas no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense de 1995 a 1998*. Niterói, 2000. 37 P. Dissertação (Especialista em DST) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense.
4. BASTOS, LM et al. Gestantes atendidas no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. Niterói, RJ. v 12, n. 2, p. 5-12, 2000.
5. BIEDERMANN, K et al. Pregnancy, immunosuppression and reactivation of latent toxoplasmosis. *Journal of Perinatal Medicine*, v. 23, n. 3, p. 191-203, 1995.
6. CANO, G.R; PERAL, V.C; AZPILCUETA, J. A. Conceptos actuales sobre la infección por virus del papiloma humano. *Ginecología y Obstetricia de México*, v. 63, p. 509-513, dic. 1995.
7. CHANG-CLAUDE, J et al. Longitudinal study of the effects of pregnancy and other factors on detection of HPV. *Gynecologic Oncology. An International Journal*, v. 60, p. 355-362, March, 1996.
8. *CONSENSO BRASILEIRO DE HPV*. São Paulo: BG Cultural, 2000.
9. DELVENE, P et al. Detection of human papillomavirus DNA in biopsy-proven cervical Squamous intraepithelial lesions in pregnant women. *The Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist*, v. 37, n. 10, p. 829-833, oct, 1992.
10. FIFE, K,H et al. Cervical human papillomavirus deoxyribonucleic acid persists throughout pregnancy and decreases in the postpartum period. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 180, n. 5, p. 1110-1114, may, 1999.
11. _____. Symptomatic and asymptomatic cervical infections with human papillomavirus during pregnancy. *The Journal of Infectious Diseases*, v. 156, n. 6, p. 904-911, dec. 1987.
12. GERBASE, A et al. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Lancet*, v 351, suppl III, p. 2-4, june, 1998.
13. GONZÁLES, Miguel A. Alvarez. *Stress: um enfoque psiconeuroendócrino*. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica, 1989 97 p.
14. GRELLE, F.C. *Obstetricia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1970 1298 p.
15. HAGENSEE, M,E et al. Seroprevalence of human papillomavirus type 16 in pregnant women. *Obstetrics & Gynecology*, USA, v. 94, p. 653-658, Nov., 1999.
16. HIETANEN, S et al. Type I diabetic pregnancy and subclinical human papillomavirus infection. *Clinical Infectious Diseases*, v. 24, n. 2, p. 153-156, Feb., 1997.
17. HORDING, U et al. Prevalence of human papillomavirus types 11, 16 and 18 in cervical swabs. A study of 1362 pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 35 (2), p. 191-198, 1990.
18. HUSMAN, A,M,R et al. HPV prevalence in cytomorphologically normal cervical scrapes of pregnant women as determined by PCR: The age-related pattern. *Journal of Medical Virology*, v. 46, n. 2, p. 97-102, June, 1995.
19. KEMP, A,E et al. Human papillomavirus prevalence in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, v. 79, p. 649-656, May, 1992.
20. KONISHI, I et al. Immunohistochemical analysis of estrogen receptors, progesterone receptors, ki-67 antigen, and human papillomavirus DNA in normal and neoplastic epithelium of the uterine cervix. *Cancer: A Journal of the American Cancer Society*, v. 68, n. 6, p. 1340-1350, Sep., 1991.
21. KOUTSKY, Laura. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *The American Journal of Medicine*, v. 102 (5 A), p. 3-8, May, 1997.
22. LINA VILLA, L et al. Epidemiologic correlates of cervical neoplasia and risk of human papillomavirus infection in asymptomatic women in Brazil. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 81, p. 332-340, March, 1989.
23. MANDELBLATT, Jeanne. Squamous cell cancer of the cervix, immune senescence and HPV: is cervical cancer an age-related neoplasm? *Advances in Experimental Medicine and Biology*, v. 330, p. 13-26, 1993.
24. MAZZIOTTI, A et al. Diabetes and pregnancy: prophylaxis of genital infections. *Annali dell' Instituto Superiore di Sanità*, v. 33 (2), p. 343-345, 1997.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2ª. Ed. Brasília, 1999. 74 p.
26. MORRISON, E,A,B et al. Pregnancy and cervical infection with human papillomaviruses. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 54, p. 125-130, aug. 1996.
27. MORSE, S,A et al. *Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 344 p.
28. OSBORNE, N,G et al. Herpes simplex and human papillomavirus genital infections: Controversy over obstetric management. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 33, n. 4, p. 801-811, 1990.
29. PASSOS, M,R,L et al. *DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p.
30. PERSSON, G; ANDERSSON, K.; KRANTZ, I.. Symptomatic genital papillomavirus infection in a community. Incidence and clinical picture. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, v. 75, p.287-290, 1996.
31. REZENDE, Jorge de. *Obstetricia*. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Koogan, 1995. 1361 p.
32. SCHNEIDER, A; HOTZ, M; GISSMANN, L. Increased prevalence of human papillomaviruses in the lower genital tract of pregnant women. *International Journal of Cancer*, v. 40, p. 198-201, Aug.,1987.
33. SMITH, E,M et al. The association between pregnancy and human papilloma virus prevalence. *Cancer Detection and Prevention*, v. 15, n. 5, p.397-402, 1991.
34. STITES, D.P.; TERR, A I. *Imunologia básica*, Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1992, 187 p.
35. TENTI, P et al. Latent human papillomavirus infection in pregnant women at term: A case-control study. *The Journal of Infectious Diseases*, v. 176, n. 1, p. 277-280, July, 1997.
36. TIBÚRCIO, A. S. et al. Gestantes atendidas no setor de DST-UFF em 1995. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, Niterói, RJ. v. 10, n. 3, p. 4-9, 1998.
37. _____. Epidemiologia das DST. Perfis de pacientes atendidos num Centro Nacional de Treinamento. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, Niterói, RJ. v.12, n 4, p. 4-39, 2000.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *HIV in pregnancy*. A review. 1999, 66 p.
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The dimension of reproductive ill-health, 1990-1995*. Disponível na internet.

Endereço para correspondência:

Trícia M Assad

E-mail: amttma@uol.com.br

COMPORTAMENTO SEXUAL DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO HIV/AIDS

FEMININE SEXUAL BEHAVIOR IN RELATION TO HIV/AIDS

Monica P Trindade¹, Márcio R Schiavo²

RESUMO

Introdução: No início da década de 80, a ciência descobriu o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). A epidemia de aids apresenta hoje, no Brasil, dentre as suas tendências predominantes, a feminização, que diz respeito à crescente participação das mulheres no total de casos registrados no país. A relação heterossexual, é a forma de transmissão que mais tem contribuído para a feminização da epidemia. **Objetivo:** Investigar o comportamento preventivo/sexual das mulheres frente à feminização da epidemia de HIV/AIDS. **Metodologia:** Pesquisa quanti-qualitativa, tendo como instrumentos a aplicação de 300 questionários auto-administrados em mulheres sexualmente ativas, e a realização de 6 grupos focais com 68 mulheres. **Resultados:** A prática sexual protegida não acontece para 77% da amostra, principalmente as casadas e de parceria fixa, que acreditam, por tal fato, praticarem sexo seguro. Para 41% os riscos de infecção pelo HIV são pequenos, não produzindo nenhuma mudança em seu comportamento sexual. Apenas 0.6% da amostra já havia utilizado o preservativo feminino enquanto estratégia de prevenção. **Conclusão:** O uso da camisinha está atrelado ao tempo de relacionamento, ao envolvimento emocional e que a negociação do preservativo com os parceiros é uma situação ainda difícil para as mulheres.

Palavras-chave: HIV/AIDS, feminização, prevenção, sexo seguro

ABSTRACT

Introduction: In the beginning of the 80's, science discovered the human immunodeficiency virus - HIV - responsible for Aids - Acquired Immune Deficiency Syndrome. The Aids epidemics presents today, in Brazil, among its major tendencies, the feminization, which reflects the increasing participation of women in the total of the registered cases in the country. The heterosexual relation is the form of transmission that has most contributed for the feminization of the epidemics. **Objective:** Investigate the feminine sexual behavior in relation feminization of the aids epidemics. **Methods:** A quantitative and qualitative research has been conducted having the employment of three hundred self-administered questionnaires to sexually active women, of six focal groups with 68 womens. **Results:** The practice of safe sex does not occur for 77% the sample, especially those married and long-term relationships, that cry, for this cause, pratic safe sex. For 41%, the risks of HIV infection are minor, not producing any change in their behavior. Only 0.6% of the sample has already employed a strategy of prevention. **Conclusions:** It has been verified that the employment of the preservative is tied to the time of the relationship, to the emotional involvement and that the negotiation of the preservative with their partners is still a difficult situation for women.

Keywords: HIV/AIDS, feminization, prevention, safe sex

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 13(5): 17-22, 2001

INTRODUÇÃO

No início da década de 80 o HIV, Vírus da Imunodeficiência Humana, causador da aids, foi descoberto. Em 1980, a síndrome surgiu nos Estados Unidos, mais precisamente em algumas cidades portuárias norte-americanas: Nova York, San Francisco e Los Angeles. Em fevereiro de 2001, mais de 43 milhões de homens, mulheres e crianças encontram-se infectados pelo HIV no mundo, segundo estimativa divulgada pelo Programa das Nações Unidas para a Aids (UNAIDS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O HIV já foi isolado em diferentes concentrações de materiais e secreções orgânicas. Dentre eles, destacam-se o sangue, o esperma, as secreções vaginais e o leite materno. A despeito de todos os avanços significativos, em diversas áreas terapêuticas e afins, ainda não se dispõe de nenhum meio clínico de cura para a aids.

Duas décadas após ter sido identificado pela ciência, o HIV já matou, aproximadamente 19 milhões de pessoas, quase tanto quanto a gripe espanhola, no início do século XX (20 milhões), e a peste negra, na Idade Média (25 milhões). Mantidos os índices de mortalidade atuais, pelos próximos dez anos, a aids terá matado mais de 50 milhões de pessoas em todo o mundo, mais do que a Segunda Guerra Mundial, considerada a maior catástrofe do século XX.

Segundo as análises do Boletim Epidemiológico com notificações recebidas de julho a setembro de 2000, a epidemia de aids no Brasil tem 196.016 casos confirmados, desde 1980, dos quais 49.544 são mulheres. O perfil epidemiológico da doença vem apresentando, ao longo dos anos, importantes mudanças, tendo passado por algumas etapas.

Na primeira metade da década de 80, teve como característica a predominância de casos entre os homossexuais e bissexuais masculinos. No ano de 1984, 71% dos casos notificados no Brasil eram referentes a homo/bissexuais masculinos. Progressivamente observou-se a redução da participação dessa subcategoria de exposição que, em 1999/2000, foi

¹Psicóloga, Mestre em Sexologia pela UGF - RJ.

²Professor Doutor do Curso de Mestrado em Sexologia da UGF-RJ.

de apenas 16%. Essa tendência pode ser observada em todas as regiões do Brasil.

A partir do final da década de 80, surge a transmissão sanguínea e a inclusão dos usuários de drogas injetáveis (UDIs), iniciando-se também o processo de juvenização, pauperização e interiorização da epidemia. A epidemia, que na primeira metade dessa década manteve-se restrita a São Paulo e Rio de Janeiro, as maiores regiões metropolitanas do país, a partir de então disseminou-se pelas diversas regiões.

De 1992 até início de 2000, a epidemia de aids se caracterizou pelo aumento do número de casos na subcategoria de exposição heterossexual (heterossexualização), com ênfase nos casos do sexo feminino (feminização). A expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença, pode ser constatada na progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição, de 24 homens : 1 mulher, em 1985, para 2 homens : 1 mulher, em 1999/2000.

Uma das conseqüências diretas dessa maior participação feminina é o progressivo aumento da transmissão vertical (de mãe para filho). A primeira ocorrência de transmissão perinatal registrada no Brasil foi em 1985. Desde então, em virtude da crescente participação das mulheres na epidemia, essa categoria de transmissão vem aumentando.

Segundo a UNAIDS (1999), 40% das novas infecções que ocorrem diariamente, no mundo, atingem mulheres, comprometendo predominantemente a população entre 15 e 25 anos. A relação heterossexual é a forma de transmissão que mais tem contribuído para a feminização da aids em nosso país. A maioria das infecções deve-se às relações sexuais com parceiros heterossexuais que tiveram contatos sexuais com múltiplas parceiras, que são usuários de drogas injetáveis, ou que mantêm relacionamentos homossexuais fora do casamento, acentuando a inclusão de uma "ponte bissexual", hoje considerada uma das importantes vias de acesso do HIV ao universo feminino. (Ministério da Saúde, 1999)

Apesar de o primeiro caso de aids em mulher, no Brasil, ter sido notificado no ano de 1983, em São Paulo, a mudança do perfil epidemiológico da aids deu-se, mais contundentemente, no início dos anos 90, quando 81 novos casos em mulheres passaram a ser registrados, a cada mês. A partir de então, a incidência de aids na população feminina passou a figurar de forma significativa, nos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde (Parker, 1996).

Segundo um levantamento divulgado em março de 2001 pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), os casos de aids cresceram cinco vezes mais entre as mulheres do que em homens, de 1990 a 1998, no Estado do Rio de Janeiro. Os dados mostram que, entre as mulheres, a taxa de incidência da aids passou de 4,1 casos por cem mil habitantes em 1990, para 14,2 em 1998, o que representa crescimento de 248,7%. No sexo masculino, esse número cresceu menos, passando de 23,4 casos por cem mil habitantes em 1990, para 33,9 em 1998, um crescimento de 45,1%.

A velocidade com que a infecção vem aumentando, na população feminina, é inquestionável. Em junho de 2000, um total de 47.949 mulheres estavam infectadas, das quais, mais de 65% por transmissão heterossexual. (MS, 2000). Aos dados que apontam para essa crescente vulnerabilidade das mulheres ao HIV, ou seja, para uma feminização da epidemia de aids, adicionam-se um conjunto de outras implicações: a gravidez, o parto, a amamentação, a menstruação e os riscos que acompanham cada um desses momentos estritamente femininos.

No que se refere ao campo do relacionamento sexual, a prevenção impõe-se como a única estratégia capaz de amenizar a propagação da epidemia entre as mulheres, a fim de que se produzam mudanças de comportamentos, atitudes e práticas, tanto no âmbito individual quanto coletivo.

Às portas do século XXI, a palavra de ordem entre as mulheres deve ser prevenção, dando as costas para a dominação, os tabus e preconceitos em sua vida sexual. Uma das razões que tornam a prevenção ao HIV mais problemática para as mulheres refere-se a sua principal

forma de transmissão: a relação sexual. Sexo para a maioria das mulheres ainda é um tema bem complexo. A sexualidade feminina é ao mesmo tempo um terreno de prazer, exploração, repressão, perigo, constrangimento e atuação. (Barbosa, 1996)

A estruturação da identidade feminina seguiu durante séculos, o estereótipo do silêncio e da dominação, fato que contribui para que ainda hoje, mesmo com toda a divulgação de informações sobre aids, o crescente número de casos entre mulheres aponte para a necessidade de que estas evoluam no que se refere à prevenção, criando estratégias de transformação e modificando seu comportamento sexual para protegerem-se da aids. (Sontag, 1990)

OBJETIVOS

- investigar o comportamento preventivo/sexual das mulheres, frente à feminização da epidemia de HIV/Aids;
- determinar o nível de conhecimento das mulheres sobre HIV/Aids, bem como as percepções dos possíveis riscos de infecção nas relações sexuais;
- investigar o impacto da adoção de comportamentos preventivos nas relações sexuais femininas e os tabus e preconceitos que possam estar impossibilitando a adoção de práticas sexuais protegidas;
- investigar se as mulheres recebem informações sobre DST/Aids e quais são suas principais fontes de informações;
- pesquisar as mudanças que a ameaça da aids teria trazido para o comportamento sexual feminino;
- investigar a adesão ao uso do preservativo feminino como estratégia de prevenção pelas mulheres.

METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa por amostragem com mulheres sexualmente ativas, empregando metodologia quanti-qualitativa. Procurou-se esboçar o perfil da amostra na população feminina sexualmente ativa, em idade fértil, obedecendo os seguintes critérios: mulheres sexualmente ativas, que tivessem mantido relações sexuais no máximo nas quatro semanas anteriores à pesquisa, com idade de 15 a 44 anos, de diferentes níveis sócio-econômicos e culturais, estado conjugal e religião também diversos, residentes na cidade do Rio de Janeiro.

Optou-se pelos métodos quantitativo e qualitativo pelos seguintes motivos: o primeiro permitiu, o levantamento de informações numéricas, que puderam ser analisadas e comparadas estatisticamente; o segundo, possibilitou levantar e analisar as informações complementares mais profundas, sem que se tentasse controlar o contexto da pesquisa, mas sim compreender o fenômeno, durante o próprio processo.

Desta forma, permitiu-se que as mulheres expressassem, de uma maneira peculiar e não estruturada, seus comportamentos e práticas sexuais protetoras ou suas dificuldades na negociação do sexo protegido, utilizando para isso, suas próprias vivências.

No que se refere aos processos instrumentais, seguiram-se procedimentos distintos e adequados a cada tipo de análise. O levantamento de dados e informações foi feito, basicamente, por meio da aplicação coletiva de questionários auto-administrados, compostos de questões fechadas, e da realização de grupos focais. Trabalhou-se com 300 questionários e realizou-se 6 discussões em grupos compostos por 12 mulheres.

Para análise dos resultados estatísticos, utilizou-se o SPSS – Statistics Program for the Social Sciences – um software estatístico especialmente desenvolvido para a utilização por profissionais de ciências sociais. O método adotado, para a análise do conteúdo obtido nos grupos focais, foi o desenvolvido por Bardin (1994) o qual não tenta controlar o contexto da pesquisa e sim captá-lo em sua totalidade, para posteriormente analisar os dados e as informações através de uma inferência lógica.

RESULTADOS

Quantitativos

As mulheres demonstraram conhecer a maioria das DST, sendo a aids 296 (98.7%), a gonorréia 287 (95.7%) e a sífilis 281 (93.6%) as mais conhecidas. (Figura 1)

Das mulheres participantes da pesquisa, 57 (19%) já haviam sido infectadas pelo herpes genital, 24 (8%) por tricomoníase, 12 (4%) por sífilis, por cancro mole 2 (0,7%) e condiloma acuminado 5 (2%). Vale ressaltar que 18 (6%) mulheres declararam-se infectadas pelo HIV no momento da pesquisa. (Figura 2)

Quanto aos riscos de serem infectadas pelo HIV nas relações sexuais, 112 (41%) mulheres acreditam que os riscos são pequenos, 77 (26%) responderam não saber, 51 (17%) acham que não existem riscos, 28 (9%) acreditam que os riscos sejam grandes e 21 (7%) declararam não se preocupar com isso. (Figura 3)

No que se refere a negociação do uso do preservativo, 128 (43%) mulheres responderam sentirem-se seguras e tranquilas, 59 (20%) desconfiadas, 49 (16%) pouco à vontade, 39 (13%) inconvenientes, 11(4%) culpadas e 2 (0.6%) uma estraga prazeres. (Figura 4)

Um total de 100 mulheres (33%) responderam que pedir ao parceiro para usar o preservativo traz mais segurança à relação, 61 (20%) responderam favorecer o diálogo, 70 (23.3%) afirmaram que atrapalha a relação com os parceiros, 55 (18%) acredita que cria um clima de desconfiança entre os parceiros e 14 (5%) acredita que pode acabar com a relação do casal. (Figura 5)

Quanto aos motivos para não usar a camisinha nas relações sexuais, 82 (27%) mulheres responderam ser o fato de ter parceiro fixo, 50 (17%) responderam ser por estarem casadas, 46 (15%) por confiarem na fidelidade do parceiro, 18 (6%) mulheres responderam que o parceiro não gosta e/ou interfere no prazer sexual, 20 (7%) por terem relações sexuais pouco freqüentes, 15 (5%) por não gostarem, 4 (1%) por acharem que o homem é quem deve se preocupar com isso e 2 (0.7%) por desejarem engravidar e/ou já terem feito ligadura de trompas. (Figura 6)

Para 219 (73%) mulheres sexo seguro significa usar camisinha nas relações sexuais, para 196 (65%) ter apenas um parceiro sexual, 107 (36%) acreditam ser o fato de não terem relações sexuais com usuários de drogas injetáveis e 86 (29%) não terem relações sexuais com homossexuais. (Figura 7)

Quanto ao conhecimento e uso do preservativo feminino, um total de 241 (80%) mulheres disseram conhecê-lo, 58 (19%) não conheciam o método. Quanto ao uso, apenas 01 (0.3%) mulher já havia utilizado a camisinha feminina.

Quanto as mudanças produzidas pela aids no comportamento sexual das mulheres, 125 (42%) respondeu que a ameaça da aids não modificou em nada suas práticas sexuais, 100 (34%) passaram a ter relações sexuais apenas com um parceiro, 54 (18%) passaram a usar camisinha nas relações sexuais, 30 (10%) passaram a ter relações sexuais apenas com parceiros conhecidos e 38 (13%) diminuíram o número de parceiros sexuais. (Figura 8)

Um total de 163 (54%) mulheres responderam nunca ter recebido orientações sobre formas de prevenção contra aids e outras DST antes de iniciarem suas vidas sexuais. Das 137 (45%) que declararam ter recebido algum tipo de informação, 51 (17%) responderam terem sido orientadas pelas mães, 51 (19%) pelo médico, 43 (14%) por amigos, 40 (13%) por professores, 28 (9%) pelos parceiros, 17 (6%) pelo pai e 8 (3%) por irmãos. (Figura 9)

Sobre as fontes informativas 213 (71%) mulheres pesquisadas declararam buscar informações sobre DST/Aids em jornais e revistas, 200 (67%) em materiais educativos, 194 (65%) na televisão, 164 (55%) com médicos e 115 (38%) na escola. (Figura 10)

Sobre as práticas protetoras ao HIV/Aids, 198 (64%) mulheres disseram se proteger tendo apenas um parceiro sexual, 132 (44%) vão ao médico com freqüência, 113 (38%) praticam sexo seguro e 74 (25%) usam camisinha em todas as relações sexuais. (Figura 11)

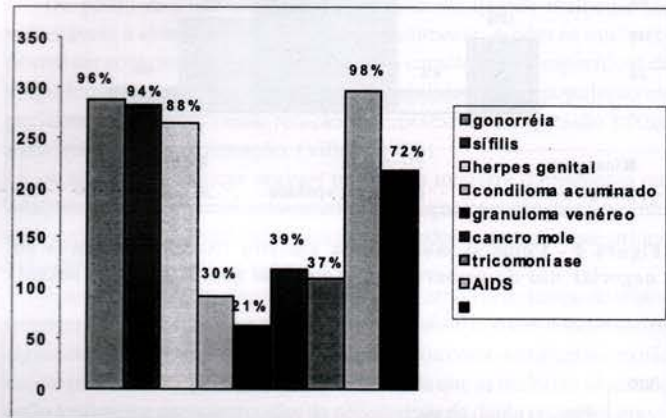


Figura 1 - Nível de conhecimento da amostra (N= 300) sobre as doenças sexualmente transmissíveis

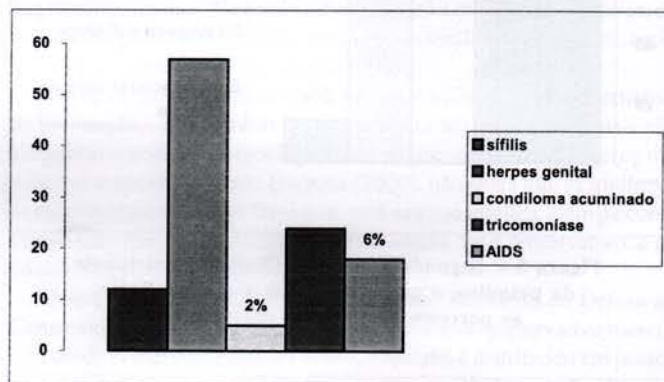


Figura 2 - Incidência de doenças sexualmente transmissíveis nas mulheres da amostra (N=300) participante da pesquisa

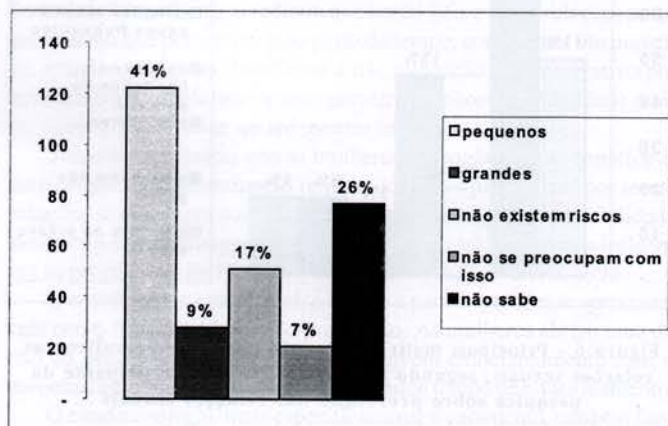


Figura 3 - O que as mulheres da amostra (N=300) pensam sobre os riscos de serem infectadas pelo HIV nas relações sexuais

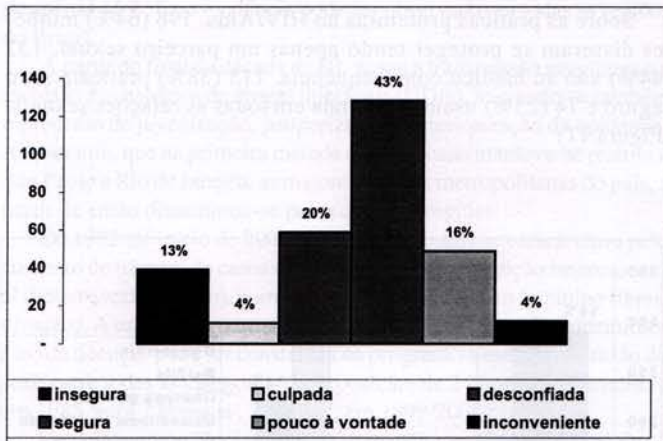


Figura 4 - Como as mulheres da amostra (N=300) sentem-se ao negociar uso do preservativo masculino com o parceiro sexual

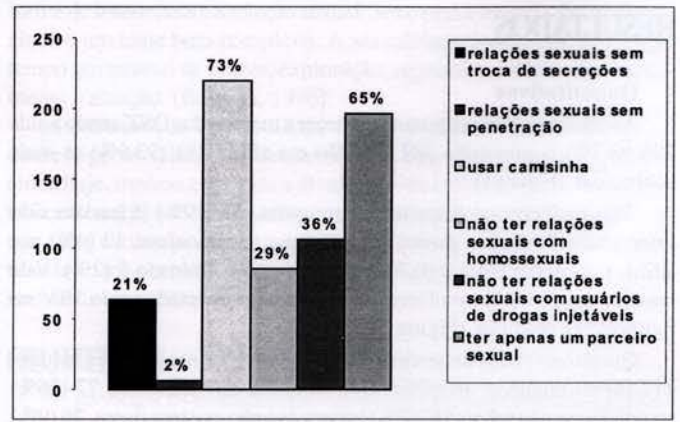


Figura 7 - O que significa sexo seguro para as mulheres componentes da amostra (N=300) da pesquisa sobre prevenção nas relações sexuais

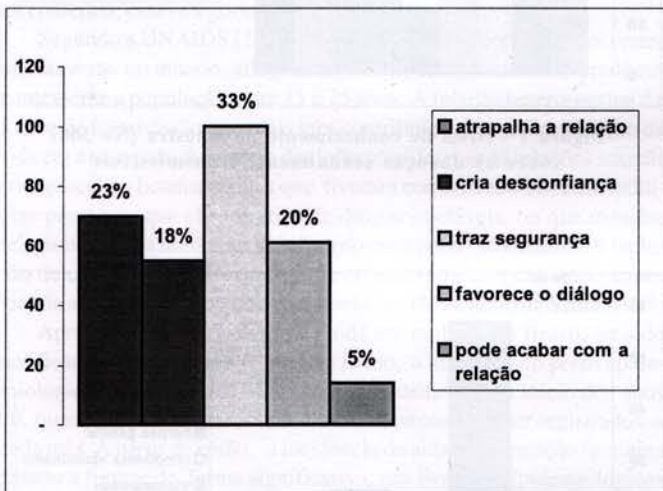


Figura 5 - Segundo a amostra (N=300) participante da pesquisa, o que acontece se a mulher pedir ao parceiro para usar o preservativo

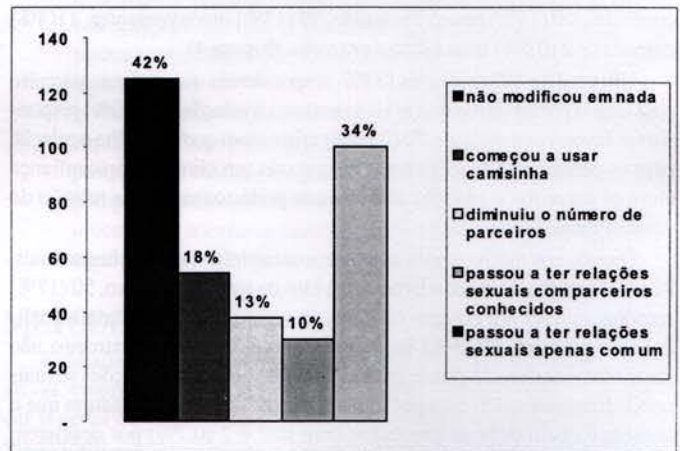


Figura 8 - Mudanças produzidas nas práticas sexuais das mulheres da amostra (N=300) pela ameaça da Aids

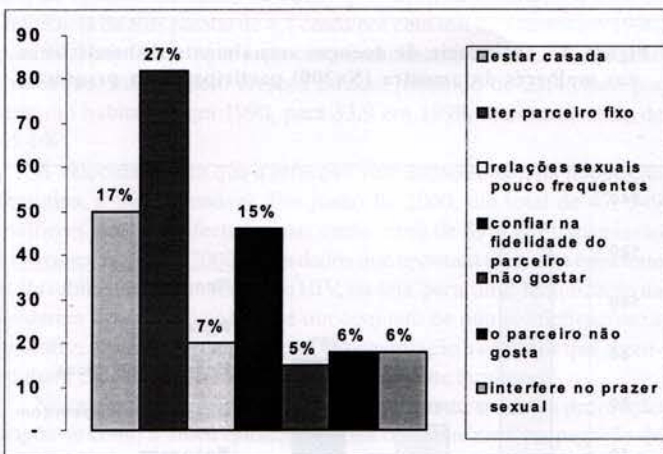


Figura 6 - Principais motivos para não usar o preservativo nas relações sexuais, segundo a amostra (N=300) participante da pesquisa sobre prevenção nas relações sexuais

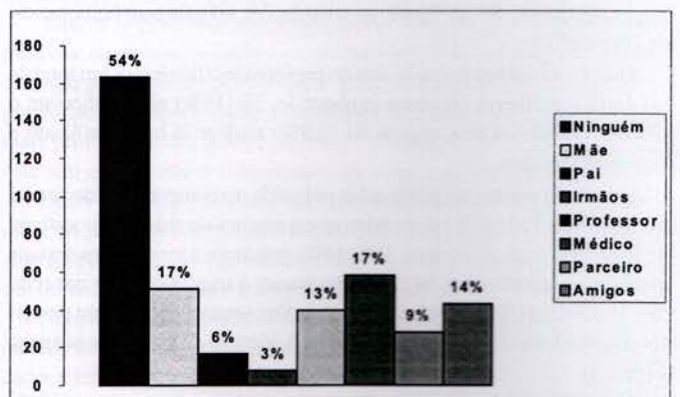


Figura 9 - De quem as mulheres componentes da amostra (N=300) receberam informações sobre prevenção antes de iniciarem a vida sexual

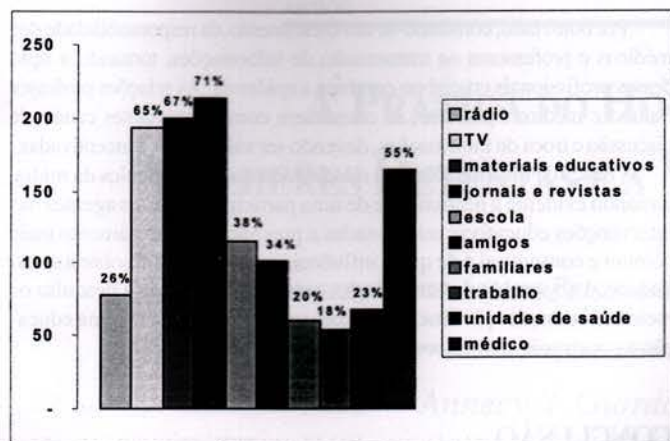


Figura 10 - Onde as mulheres da amostra (N=300) da pesquisa sobre prevenção nas relações sexuais buscam informações sobre DST/Aids

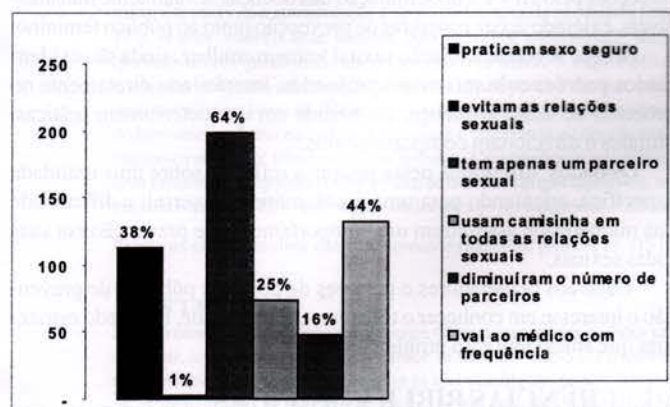


Figura 11 - O que as mulheres da amostra (N=300) da pesquisa sobre prevenção fazem para se proteger das DST/Aids

Qualitativos

Através da análise do conteúdo das falas obtidas durante a realização dos grupos focais, os resultados foram os seguintes:

- existência de mitos, falsas concepções e desinformações sobre o HIV/AIDS, tanto no que se refere as formas de transmissão do vírus, quanto as manifestações da doença;
- mulheres apaixonadas ou envolvidas sentimentalmente não negociam o uso do preservativo, percebendo-se protegidas;
- muitas mulheres afirmam que o preservativo masculino diminui o prazer nas relações sexuais;
- a negociação do preservativo masculino com os parceiros sexuais é uma situação que envolve medos e constrangimentos;
- a prevenção à gravidez é um motivo mais relevante para se usar o preservativo do que a prevenção as DST/AIDS;
- as mulheres criticam o pouco acesso ao preservativo feminino, afirmando ser um método pouco divulgado e muito caro.

DISCUSSÃO

No que se refere ao nível de conhecimento sobre as DST/AIDS, a desinformação sobre as manifestações da síndrome e formas de infecção pelo HIV ainda são acentuadas, fazendo com que o conhecimento dos parceiros sexuais seja visto como uma forma de prevenção e que homens de boa aparência física estejam longe da representação de risco nas rela-

ções sexuais. Ainda persistem idéias e fantasias errôneas que remetem a aids a adoecimento, mudanças físicas visíveis e fase terminal de vida.

As mulheres ainda não estão conscientes dos riscos a que estão expostas nas relações sexuais, desta forma, o HIV se torna algo distante da vida dessas mulheres, fazendo com que elas assumam um comportamento despreocupado frente a prevenção, em contrapartida, valorizem outros elementos como a manutenção dos laços afetivos e o bem-estar na relação.

Do ponto de vista biológico, tanto homens quanto mulheres são vulneráveis a infecções transmitidas sexualmente, porém as mulheres devem ser conscientizadas de que algumas características específicas do corpo feminino podem aumentar a vulnerabilidade desta população especialmente quando, numa relação heterossexual, a expressão sexual mais freqüente é a penetração. (Villela, 1996)

A adoção de práticas sexuais protetoras interfere diretamente nas relações afetivas e sexuais das mulheres. Negociar o uso da camisinha com os parceiros ainda é difícil, causando medos e inseguranças, principalmente nas relações estáveis.

A negociação do uso do preservativo, fica atrelado ao tempo de relacionamento, ao envolvimento sentimental e a confiança. Além disso, o uso de algum outro método contraceptivo se apresentou como justificativa ao não uso do preservativo, percebendo-se desta forma que as mulheres ainda não estão totalmente conscientizadas da necessidade da dupla proteção, gravidez e DST/AIDS. Usar a camisinha para não engravidar, mostrou-se uma prática mais comum do que usá-la para se proteger do HIV/AIDS.

Diante da grande incidência de HIV/AIDS na população feminina, parece não ser novidade que a maioria das mulheres não tem sabido, não tem podido ou até mesmo não tem conseguido negociar a sua proteção nas relações sexuais. Nunca se sabe qual será a reação dos parceiros, na melhor das possibilidades essa atitude pode resultar em quebra de acordos e discussões dolorosas. (Agra, 1998)

O preservativo feminino não está sendo utilizado como alternativa de prevenção, ao contrário do que acreditamos, esta alternativa não aumentou o poder na negociação nem na prevenção das mulheres nas relações sexuais. Segundo Barbosa (2000), não basta que as mulheres conheçam o preservativo feminino, pois seu uso implica, além da conscientização dos riscos, no fato de saber usá-lo, ter o preservativo, e na concordância dos parceiros.

Além disso, segundo o IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa ao Consumidor (2000), existem mais de 17 marcas do preservativo masculino sendo comercializadas no Brasil, o mesmo é distribuído em postos de saúde, hospitais, programas de prevenção e ONGs, com freqüência, e nos últimos anos no Brasil, tem sido realizado um intenso trabalho em torno da conscientização da necessidade de incorporação do preservativo masculino nas relações sexuais.

O conceito de fidelidade se mostrou um impecilho à prevenção feminina. As mulheres acreditam que sendo fiéis e tendo relações sexuais, mesmo que por um período curto de tempo, com apenas um parceiro, estarão protegidas. Justificam a não utilização do preservativo por acreditarem na fidelidade de seus parceiros, embora a infidelidade muitas vezes seja evidente, ou até mesmo sabida.

Torna-se necessário que as mulheres monogâmicas se conscientizem de que é um pensamento retrógrado não se prevenirem por terem relações sexuais com parceiros estáveis. A monogamia e a fidelidade devem ser repensados enquanto posturas individuais de grande influência na propagação do HIV, bem como outras DST. (Varella, 1994)

O envolvimento emocional, o amor e a paixão também se apresentaram como fortes aliados a não prevenção. As mulheres abrem mão do uso do preservativo assim que se envolvem emocionalmente com o parceiro, mesmo que isto aconteça em pouco tempo de relacionamento.

O estado conjugal, mais especificamente o casamento, também funciona como um motivo a não prevenção e alto grau de exposição ao HIV, estar casada significa, para estas mulheres, ter parceiro fixo, uma relação

estável, em alguns casos filhos, um certo status social e aliado a esses fatores, estar protegida contra o HIV. Nesta situação, o uso do preservativo torna-se dispensável, a não ser que seja necessário enquanto método contraceptivo, fato que não acontece com muita frequência.

As mulheres, principalmente as casadas e monogâmicas, negaram a possibilidade do HIV em suas vidas sexuais, não reconhecendo seus riscos pessoais, além de terem dificuldades em discutir estratégias de prevenção com os parceiros, acrescentando-se o fato de que discutir tais estratégias poderá significar admitir a infidelidade dos parceiros, o que é ainda mais difícil para algumas mulheres.

Mulheres heterossexuais, casadas e monogâmicas, não tem noção de seus riscos por desconhecerem as práticas sexuais de seus maridos e parceiros estáveis, ficando desta forma, muito duvidosas a respeito de quando e como negociar sexo seguro, permanecendo expostas e vulneráveis. (Seabra e Munhoz, 1996)

Ainda é muito difícil para a maioria das mulheres, aceitarem e enxergarem o comportamento sexual de seus parceiros, que muitas vezes tem outras parcerias sexuais, masculinas ou femininas. Essa negação da realidade pode estar contribuindo para o fato de as mulheres resistirem a mudanças em suas vidas sexuais.

A restrita mudança nas práticas sexuais femininas, mesmo com as ameaças evidentes de infecção pelo HIV, aponta para o fato de que a maioria das mulheres precisa evoluir no que se refere à prevenção, sendo capazes de criar estratégias de transformação e mudanças em seus comportamentos sexuais para protegerem-se da aids. (Sontag, 1990)

As atitudes desfavoráveis quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais, ao contrário do que é mais comumente pensado, não é uma atitude predominantemente masculina, muitas mulheres afirmam que esta prática interfere no prazer sexual. Este comportamento também pode estar contribuindo para uma maior exposição das mulheres aos riscos de infecção, principalmente se levamos em consideração o fato de que grande parte das mulheres que pensam desta forma, podem nunca ter usado o preservativo.

As DST por sua incidência na amostra, e as implicações destas para o aumento de exposição ao HIV, indicam a necessidade de expansão e melhoria de qualidade dos serviços de diagnóstico e tratamento, além do estímulo a busca precoce por assistência. O assunto doenças sexualmente transmissíveis deve receber atenção especial, é preciso encontrar meios cada vez mais eficazes de informação e orientação, pois pode-se considerar que, se as mulheres estão sendo cada vez mais infectadas pelo HIV, elas podem também estar sendo com frequência, infectadas por outras DST. (Lowndes e Giffin, 1995)

O atendimento médico regular, principalmente durante a gravidez, é extremamente importante para que sejam prevenidos problemas que possam afetar o desenvolvimento do feto, e comprometer a saúde da criança que irá nascer, como a ocorrência de alguma DST ou até mesmo do HIV.

O conceito de sexo seguro mostrou-se associado a relação sexual com penetração, a troca de secreções sexuais e ao número de parceiros. Esse talvez seja o reflexo das ações sobre prevenção, onde predomina a orientação para o uso do preservativo, sempre. Esta limitação na qualidade das intervenções também pode ser considerado um agravante no aumento do HIV entre as mulheres, uma vez que as mesmas não estão sendo orientadas sobre a necessidade de ampliação na qualidade dos relacionamentos, incluindo diálogo entre os parceiros e estratégias sexuais diversificadas.

A família está distante de cumprir o papel de informar e esclarecer as meninas a importância da prevenção nas relações sexuais, pai e mãe mostraram-se pouco presentes neste papel. Apesar de vivermos numa sociedade conceituada como moderna, muitos pais ainda tem dificuldades para falar de sexualidade com seus filhos, gerando desinformação, desconhecimento e conseqüentemente, maior vulnerabilidade. Os motivos são diversos, como a falta de intimidade entre pais e filhos, o medo e a incapacidade dos mesmos em orientar os filhos, produzidos na maioria das vezes pelas origens em gerações mais conservadoras.

Por outro lado, constatou-se um crescimento da responsabilidade dos médicos e professores na transmissão de informações, tomando a ação desses profissionais crucial no combate a epidemia. As relações professor / aluno e médico / paciente, se constituem como importantes canais de discussão e troca de informações, devendo ser valorizadas e incentivadas.

A busca de informações está relacionada a alguns veículos da mídia, tornando evidente a necessidade de uma participação destes agentes nas intervenções educativas relacionadas a prevenção. O pensamento mais comum e consensual é de que a influência maior da mídia sobre a sexualidade, é no sentido da banalização, entretanto, segundo a pesquisa os meios de comunicação citados ocupam um lugar significativo na educação e construção dos valores sociais e individuais.

CONCLUSÃO

Vivemos num momento social em que de um lado foram desenvolvidas inúmeras tecnologias de prevenção a gravidez, propiciando maior liberdade sexual às mulheres, de outro, evidenciam-se o aumento das infecções pelo HIV e a disseminação das doenças sexualmente transmissíveis, exigindo ações concretas de prevenção junto ao público feminino.

No que se refere a relação sexual homem-mulher, ainda são evidenciados padrões culturais muito profundos, interferindo diretamente no processo de saúde e doença, na medida em que determinam práticas, atitudes e direcionam comportamentos.

Os dados discutidos nesta pesquisa refletem sobre uma realidade específica, apontando para uma problemática universal: a dificuldade das mulheres de assumirem um comportamento de prevenção em suas vidas sexuais.

Cabe aos planejadores e gestores de políticas públicas de prevenção o interesse em conhecer e trabalhar essa realidade, buscando estratégias que amenizem essa problemática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRA, D. *Vida de Mulher*. Rio de Janeiro: Grupo Pela Vidda, 1998.
- BARBOSA, R. M. HIV/Aids, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres. *Saúde Sexual e Reprodutiva. Coleção ABIA*, n. 02, RJ/2000.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- BASTOS, F. I. A feminização da epidemia de aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. *Saúde Sexual e Reprodutiva. Coleção ABIA*, n. 03, RJ/2000.
- GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Boletim DST/Aids*. Secretaria de Estado e Saúde, Jan/Abril 2000.
- GUIMARÃES, C.D. Silêncio sobre as mulheres. *Jornal do Brasil*, Caderno de Idéias, 28 de outubro de 1990.
- IDEC - Instituto Brasileiro de Defesa ao Consumidor. *Testagem em 17 marcas de preservativos comercializados no Brasil*. Março, 2000.
- LOWNDES, M. C. , GIFFIN, K. DST e gênero. *Boletim Internacional sobre a Prevenção e Controle da Aids*. n. 26, p. 4-5, jan/1995.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico Aids*. Ano XIII n 01 - Semana Epidemiológica 48/99 a 22/00 - Dezembro/1999 a Junho/2000.
- _____. *Boletim Epidemiológico Aids*. Ano XII n 02 - 23 a 36 Semana Epidemiológica - Julho a Setembro - 2000.
- _____. *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids*. 2000.
- MUNHOZ, R., SEABRA, N. J. A aids entre as mulheres: reflexões sobre seus depoimentos. In: PARKER, R., GALVÃO, J. *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. p. 115-135
- PARKER, R., GALVÃO, J. *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1996.
- SONTAG, S. *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- VARELLA, D. Preservativo, por el amor de Dios. *Desidamos SIDA - Revista de la fundacion para estudio e investigacion de la mujer*. n. 02, p. 17-18, jun/94.
- UNAIDS. *Fatos e números: Campanha Mundial de Aids*. Genebra, 1999.
- VILLELA, W., DINIZ, S. *A epidemia da aids entre as mulheres*. São Paulo, NEPAIDS/CFSS, 1998.

Endereço para a correspondência:

Monica P Trindade

Rua Noronha Torrezaõ, nº 395 - bloco 03 - Aptº 502.

Santa Rosa, Niterói, RJ

E-mail: monica@megaline.com.br

A PRÁTICA DO HOMOSSEXUALISMO ENTRE MULHERES DETENTAS E A VULNERABILIDADE AS DST/AIDS

THE HOMOSEXUALITY AMONG PRISONERS WOMEN AND THE VULNERABILITY TO STD/AIDS

Anney T Giordani¹, Sônia MV Bueno²

RESUMO

Fundamentos: É comum a prática do homossexualismo sem cuidados preventivos em cadeias femininas favorecendo à vulnerabilidade as DST/aids. **Objetivos:** correlacionar práticas homossexuais femininas à transmissão do HIV e DST, por sangue contaminado e secreções sexuais; orientar comportamentos favoráveis a autoproteção e de parcerias sexuais na prisão e fora. **Método:** trabalhamos 16 detentas, (06) heterossexuais e (10) homossexuais, entre 18 e 34 anos, maioria mãe, solteira, baixo nível de escolaridade, traficante, em cadeia no interior paulista. Desenvolvemos pesquisa-ação humanista e qualitativa, com questionário aberto, gravado em fitas K-7, transcrição e análise das falas. **Resultados:** detentas acham a aids e as DST aterrozantes, fatais, e, embora valorizem a prevenção, a maioria não se previne durante suas relações sexuais. Quando previnem, fazem-no com falhas e infreqüentemente com seus parceiros(as) sexuais. Há entre homossexuais ativas, detenta soropositiva ao HIV. As heterossexuais, demonstram mínimo preconceito com a prática do homossexualismo na cadeia. Fidelidade é valorizada e cobrada entre os casais e o ciúme gera brigas. Em liberdade, número significativo de mulheres homossexuais, já se relacionou com homens. **Conclusões:** a reincidência no crime e na detenção, favorece a transmissão e a troca de parceiros. Muitos de seus futuros casos também compartilharão o uso de drogas injetáveis, serão parceiros(as) no tráfico e em outros crimes, reforçando a vulnerabilidade destas mulheres as DST, HIV-aids transmitidas pelas vias sanguínea e sexual.

Palavras-chave: mulher detenta, homossexualismo, prevenção, DST/Aids

ABSTRACT

Background: It is common the practice of homosexuality without preventive care in women's prison, favoring the vulnerability to STD/AIDS. **Goals:** correlate feminine homosexual practice to the HIV and STD transmission by contaminated blood and sexual secretions; to guide favorable behavior to selfprotection and sexual partnership in and outside the prison. **Method:** we worked with 16 prisoners, (06) heterosexuals and (10) homosexuals, 18 to 34 years old, most of them are mothers, single, low education level, dealers, in prison in Sao Paulo's interior. We developed research-action humanist and qualitative, opened questionnaire, taped in cassettes, transcription and analysis of the lines. **Results:** prisoners think AIDS and STD are frightening, fatal and, although they value prevention, the most do not use any during their intercourse. When they do, they fail in many points and rarely it is taken with their sexual partners. There is, among the active homosexual, one prisoner who is soropositive to HIV. The heterosexuals do not seem to show any prejudice about the homosexuality in prison. Fidelity is valued and expected between couples and jealousy leads to quarrels. A significative number of homosexual women has already been related to men when not in prison. **Conclusions:** The reincidence in crime and detention, favor the transmission and the swap of partners. Many of their future cases will also share the use of needles and syringe when using drugs, they will be partners in traffic and other crimes, increasing this women's vulnerability to STD/AIDS transmitted via blood and sexual.

Keywords: prisoners women, homosexuality, prevention, STD/Aids

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 13(5): 23-35, 2001

INTRODUÇÃO

O homossexualismo não é uma desordem psíquica e sim, como as outras, é uma forma de comportamento sexual. Cada cultura e sociedade têm a sua conceituação de homossexualismo, independente da época e nível de civilização.⁵

Em publicação referindo-se ao preconceito que ainda existe em torno do homossexualismo e a possibilidade do conhecimento científico vencer esse preconceito, Ceccarelli apud⁹, citam que a *homossexualidade não pode mais ser considerada desvio ou escolha, muito menos perversão*.

Embora vivamos numa sociedade hipócrita, que trancafia a sexualidade, que a relega a um papel inferior e condena qualquer tipo de nuance

da sexualidade que ultrapasse o modelo heterossexual, ela é o eixo principal de nossa personalidade, que não nos propicia apenas a reprodução, mas o prazer. Não é difícil entender os conflitos sociais e pessoais que as minorias sexuais têm de enfrentar. Estando os comportamentos sexuais em geral, intimamente ligados à aids e as DST, a prevenção e o controle são os indicadores mais importantes para evitar tais doenças, sendo a aids um dos maiores problemas de saúde pública mundial por ainda não existir uma terapêutica eficaz e ter grande poder de disseminação.⁴ A aids vem aumentando velozmente na população feminina no Brasil. Em relação à população masculina, desde 1985 até 1992, a curva ascendente de casos notificados de aids, é consideravelmente maior em mulheres. Segundo dados do Ministério da Saúde (1994), a transmissão sexual foi a maior responsável pela infecção do HIV em mulheres (33,1%), seguindo-se da contaminação do uso de drogas injetáveis (28,9%), sendo que em 28,1% dos casos, a categoria de transmissão não foi possível identificar... *longe de ser uma doença de 'prostitutas e mulheres promiscuas', a Aids se configura como um problema da população femini-*

¹Enfermeira mestre e doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP / Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Bolsista da CAPES.

²Educadora. Professora Drª da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP/ Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Consultora do M.S (CN-DST/ Aids). Orientadora.

na em geral, e particularmente daquela com menor acesso às informações e serviços. (p.21).² A inclusão da mulher no rol de casos notificados de aids, deu-se pela "ponte bissexual", via de acesso do HIV aos heterossexuais. Trata-se de uma nova etapa da epidemia, que somada ao modelo masculino, reforça a exclusão e inclusão de mulheres, colocando-as em desvantagens em relação aos homens quanto ao contágio do HIV/aids.⁶ Transportando esta realidade aos ambientes prisionais de um modo geral, é de fato comum, a prática do homossexualismo. Seja eventual ou freqüente, concedido ou forçado, nas cadeias femininas, o homossexualismo também é praticado entre parceiras fixas ou não, mas, exclusivamente sem proteção contra a transmissão do HIV e outros agentes patogênicos causadores de DST. As relações homossexuais femininas, embora sejam consideradas de baixo risco de infecção ao HIV e patógenos das DST, considera-se que a presença de sangue, do período menstrual ou por traumatismos, neste tipo de relação sexual, como nas outras, potencializa o risco. Alguns fatores têm favorecido a disseminação das DST/Aids, entre elas, a falta de conhecimento, a informação inadequada, a repressão, a dissimulação, o desconhecimento de si e do outro, associados às crendices populares, aos tabus e preconceitos, mitos e valores relacionados à sexualidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a expansão da aids é mais acentuada principalmente em ambientes de desinformação, o que inclui as mulheres detentas vivendo em cárcere.

Tendo como foco central à prática do homossexualismo em cadeias femininas e a vulnerabilidade as DST/Aids neste extrato social de excluídos, propomo-nos através desta pesquisa-ação, alcançar os seguintes objetivos:

OBJETIVOS

- orientar os sujeitos desta pesquisa, quanto à vulnerabilidade especialmente à aids e as DST através de contatos homossexuais o que ocorrem no interior da cadeia, sem quaisquer precauções que evitem o HIV e outros patógenos, considerando os conhecimentos e habilidades que estas mulheres já possuem em torno do assunto;
- correlacionar práticas homossexuais femininas ao contágio do HIV e agentes causadores de DST, considerando: as freqüentes

trocas de parceiras dentro e fora da cadeia, a prática do bissexualismo em períodos de liberdade destas mulheres e a reincidência, comum entre detentas, o que favorece o trânsito destas e outras doenças, do meio prisional às ruas e vice-versa;

- orientar despidendo-se de toda e qualquer postura discriminatória, à conscientização da necessidade de prevenir-se em suas relações homossexuais na cadeia e heterossexuais/bissexuais fora da prisão, incentivando-as a tornarem-se agentes multiplicadores de conhecimentos e comportamentos mais adequados à prática do sexo entre mulheres, quebrando a cadeia de contágio do HIV no meio prisional e no mundo da marginalidade, onde além da promiscuidade, é comum o uso de variados tipos de drogas lícitas e ilícitas, dificultando a prevenção às relações sexuais.

METODOLOGIA

Trabalhamos com 16 mulheres detentas, (06) heterossexuais e (10) adeptas ao homossexualismo, entre 18 e 34 anos de idade, a maioria mãe, condenada por tráfico de drogas, vivendo em regime fechado de prisão, em uma cadeia pública feminina localizada no interior paulista. Desenvolvemos uma pesquisa-ação humanista e qualitativa, atendendo aos preceitos éticos e o rigor científico. Utilizamos gravação em fitas K-7 com posterior transcrição de suas falas e com a devida autorização por escrito dos sujeitos participantes.

RESULTADOS

Dos 16 sujeitos participantes desta pesquisa-ação, a maioria encontra-se na faixa etária de 18 a 34 anos de idade, quase a totalidade das mulheres é mãe, com exceção de duas mulheres, somando 43 filhos. Antes da detenção, uma parte significativa desta população, traficava, mesmo as mulheres que declararam outros tipos de ocupações. Conforme o quadro – 1, observamos ainda, maior adesão à religião católica, baixo nível de escolaridade, sendo a maioria mulheres solteiras, inclusive os sujeitos 5 e 12 que afirmaram ser casados, considerando o fato de formarem um casal homossexual ativo morando em uma mesma cela da cadeia.

QUADRO 1 – Identificação dos sujeitos da cadeia pesquisada.

Suj.	Idade		Est. civil		Nº de filhos						Religião			Escol.		Ocupação	
	18-30	31-40	S	C	O	1	2	3	4	5	6	C	Ev	Cr	1º In		1ºC
1**	X		X									X			X		Traficante
2	X		X				X							X	X		Costureira/traficante
3	X		X				X					X			X		Traficante
4*		X	X							X		X					Nenhuma
5	X			X					X				X		X		Traficante
6		X	X					X				X			X		Comerciante
7	X				X				X			X			X		Doméstica
8		X			X					X		X			X		Balconista
9	X		X			X						X			X		Balconista
10		X	X				X					X				X	Costureira
11	X				X			X					X		X		Profis. do sexo
12	X			X											X		Traficante
13	X		X			X						X			X		Profis. o sexo
14	X		X				X					X			X		Estudante
15	X			X				X				X			X		Doméstica
16		X	X							X			X		X		Traficante
T	11	5	10	3	3	2	4	3	2	2	1	11	2	2	14	1	

*Mulher analfabeta; **Mulher sem filhos; Sujeito 12 = sem religião

Referindo-se ao quadro 2, a imagem que as mulheres detentas têm a respeito da aids e das DST resume-se em expressões do tipo: “coisa muito ruim”; um “horror”; “aterrorizante”; “coisa perigosa”; “muito triste”; “cruel”; “doença ingrata”; “doença terrível”; “doença incurável”; “que veio pra acabá com o mundo”. No entanto, paralela a estas preocupações, a questão de prevenir-se contra tais doenças, apareceu na fala da maioria dos sujeitos através das expressões: “tem que se previni”; “tem que tomá cuidado”; “é uma questão da gente se cuidá” e “usá camisinha”.

Entre as mulheres entrevistadas, o sujeito 1 é portador do HIV, e aparentemente parece conviver bem com esta realidade que não esconde, embora tenha afirmado que usava camisinha em suas relações sexuais para prevenir-se contra DST/Aids fora da cadeia, sua contaminação ocorreu através do compartilhamento de seringas durante uso de drogas, ao afirmar: “Eu peguei HIV através de um amigo que jogô na minha veia e de mais duas amigas”. Neste caso, embora o sujeito tenha afirmado que dentro da cadeia não se previne porque “A gente não tem relação...e, é muito difícil arrumá um caso...”, o mesmo se contradiz posteriormente, ao afirmar que atualmente não está se relacionando com outra mulher, colega de prisão, mas, já o

fez um dia, sem o uso de qualquer medida preventiva.

Embora a maioria tenha assegurado que antes da prisão, só se relacionava sexualmente mediante o uso do preservativo masculino, a fim de prevenir-se das DST/Aids, os sujeitos 6, 13, 15 e 16, não faziam uso da camisinha ou o faziam esporadicamente, respaldando-se nas seguintes razões: por terem tido apenas um parceiro fixo; terem se relacionado com poucos homens; porque após um bom tempo com o parceiro não precisava usar mais. O sujeito 14, foi o único que apesar de afirmar que fora da cadeia apenas se relacionava sexualmente com o uso da camisinha, adquiriu sífilis do parceiro sexual, mas, curou-se completamente. Neste caso também, há também incoerência do sujeito, ao afirmar que, embora atualmente não esteja se relacionando sexualmente com alguma colega de prisão, já o fez um dia, sem o uso de qualquer medida preventiva.

Considerando questões que norteiam a sexualidade humana, suas diferentes manifestações e a vulnerabilidade ao HIV e agentes etiológicos das DST, estudiosos afirmam que a proporção de infectados pelo HIV entre homens e mulheres no Brasil é de aproximadamente 2:1, evidenciando um maior risco para as mulheres. Com relação à transmissão do HIV através do sexo oral, há dúvidas, pois é considerado de moderado risco sem proteção e de baixo risco com a proteção de preser-

QUADRO 2 – Respostas referentes a pergunta 01: O que você pensa da aids e das DST?

Suj. Pensa da aids e DST?

- 1 Acho uma coisa muito ruim...que veio pra acabá com as pessoas...pegam por discuidado. Eu peguei HVI através de uma amigo que jogô na minha veia e de mais duas amigas minha...e é uma coisa muito ruim convivê com isso.
- 2 Eu acho um horror. Aterrorizante.
- 3 É uma coisa muito perigosa, tem que se previni, né.
- 4 Muito triste. Horrível.
- 5 Triste. Cruel.
- 6 A gente tem que se previni, né. Tem que tomá cuidado, porque a aids tá matando aí.
- 7 É um absurdo essas doenças.
- 8 É uma doença muito triste. Acho que as pessoas tem que se previni, não só da aids, como de uma gravidez não desejável, e eu acho também, que essa doença é muito ingrata.
- 9 É ruim. A pessoa tem que se previni pra evitá qualquer coisa, né.
- 10 Eu penso que isso é uma questão da gente se cuidá, né. A gente que tem uma vida normal, corre menos risco.
- 11 Tá tendo em qualquer lugar. Tem é que se cuidá. Fazê sexo seguro, porque do contrário, é uma coisa que acaba com a vida de todo mundo, atrapalha.
- 12 Essa doença é embaçado, né. Cruel.
- 13 Mal, né. Não tenho nada contra quem tem, mas, eu previno o máximo que posso.
- 14 A aids é uma doença terrível e eu acho que a gente tem que se cuidá. Usá camisinha principalmente e sobre as doenças sexualmente transmitíveis...sífilis, eu já peguei...mas, já me curei graças a Deus.
- 15 Perigosa...se cuidá mais, proteje mais, tê cuidado na hora de fazê o sexo.
- 16 É uma doença incurável. Se a gente não se cuidá, a gente pode pegá. Eu acho que é uma doença que ela veio pra acabá com o mundo.

vativo de látex não lubrificado. Isto porque o vírus foi encontrado na saliva com frequência menor de 10%.⁸

Ao serem indagadas como se previnem das DST/Aids na prisão, as respostas das detentas foram: “aqui dentro não”; “não tem como”; “só banho, antes e depois”; “nem preciso me preveni, porque se tivé alguma coisa é sabendo que a outra pessoa não tem também”; “não existe como preveni aqui dentro”; “aqui tá embaçado...a gente sabe realmente quem tem, quem não tem”. Todas as detentas entrevistadas, e que mantiveram ou mantêm relações sexuais, nunca fizeram uso de práticas sexuais seguras contra as DST/Aids. Com referência as informações recebidas de estudos epidemiológicos relativos à infecção por HIV em lésbicas, resta muito a ser esclarecido. Mesmo havendo possibilidade de transmissão do HIV por práticas sexuais entre mulheres, as únicas medidas realmente eficazes, são as preventivas.¹²

Conforme podemos observar nas falas registradas no quadro 4, quase a totalidade das entrevistadas afirmou não ter qualquer tipo de preconceito com relação a sexo. As mulheres que manifestaram ter,

referiram-se ao homossexualismo, em especial o masculino. Quanto ao que não gostam em relação a sexo, metade das entrevistadas não aprova o sexo anal e o oral, afirmando: “acho uma coisa nojentá”; “anal, não curto”; “não gosto de relação anal”; “sexo anal é esquisito”.

Pouco mais da metade dos sujeitos ouvidos, é homossexual ativo ou já vivenciou uma relação homossexual na cadeia. Cinco (5) mulheres afirmaram que atualmente estão sem parceira, portanto, não estão se relacionando homossexualmente na cadeia.

A questão da vulnerabilidade, está relacionada com as teorias e práticas sociais, política-institucionais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades das pessoas, grupos populacionais e até noções básicas sobre a infecção pelo HIV e conseqüências negativas.¹

Segundo nos mostra o quadro 6, quanto ao tipo de relação preferida fora da cadeia, 5 mulheres preferem ter relações com mulheres (homossexualismo), 8 detentas gostam mais de relações com homens (heterossexualismo) e 3 sujeitos afirmaram não terem preferência (bissexualismo). Já, quanto à prática sexual na cadeia, 10 mulheres prefe-

QUADRO 3 – Respostas referentes a pergunta 02: você se previne contra estas doenças? Sim ou não?
Como você fazia a prevenção contra a aids e as DST fora da cadeia? E agora, estando presa?

Suj.	Você se previne?		Como fazia prevenção fora da cadeia?	E agora, estando presa?
	Sim	Não		
1		X	<i>Eu não fazia. Quando eu vou ter relação... falo com a outra pessoa e tento fazer o possível pra não transmitir...</i>	<i>Aqui dentro não, porque não tem como. A gente não tem relação e...é muito difícil arrumá um caso...</i>
2	X		<i>Eu usava camisinha.</i>	<i>Agora eu não mantenho relações. Quando tinha relações sexuais na cadeia não me prevenia, porque não tinha como. Só banho, antes e depois.</i>
3	X		<i>Usava preservativo</i>	<i>Agora não tem jeito. Não mantenho relação sexual na cadeia.</i>
4	X		<i>Usava camisinha.</i>	<i>Não tem como pegá, né.</i>
5	X		<i>Camisinha.</i>	<i>Não tem como.</i>
6	X		<i>Fui casada só uma vez. Só tive relação com o meu marido. Não usava camisinha.</i>	<i>Aqui eu nem preciso me preveni, porque se tivé alguma coisa é sabendo que a outra pessoa não tem também.</i>
7	X		<i>Usava camisinha.</i>	<i>Não se previne.</i>
8	X		<i>Camisinha. Todas as minhas relações foi com camisinha.</i>	<i>Aqui a gente não tem relação sexual...é tranquilo, sem preocupação.</i>
9	X		<i>Meu namorado usava camisinha.</i>	<i>Agora nada. Nós não temos relações aqui.</i>
10	X		<i>Menos parceiro sexual e sempre usando preservativo</i>	<i>Aqui não tem como, né. Porque a gente não tem contato na parte sexual. Não tem jeito de pegá a doença.</i>
11	X		<i>Fui mulher de programa e sempre me preveni. Usava camisinha. Nunca deixei de usá camisinha em nenhum.</i>	<i>Aqui dentro da cadeia eu num transo e nem nada, então eu não me previno.</i>
12		X	<i>Não fazia.</i>	<i>Não me previno.</i>
13	X		<i>Uso camisinha e quando é com namorado, só depois de um bom tempo que a gente tá junto pra fazê sem...</i>	<i>Não tem como. Não existe como previni aqui dentro.</i>
14	X		<i>Eu usava camisinha e sobre doença sexualmente...eu só peguei uma vez</i>	<i>Eu não me previno, porque eu não tenho relação com ninguém.</i>
15	X		<i>Eu não tive muitos relacionamentos com muitos homens. Eu curtia, só ficava. Não usava camisinha.</i>	<i>Não previne.</i>
16	X		<i>Eu só tive um marido até hoje. A gente separô porque eu tô presa. Faz três ano e dois meses que eu tô presa...a gente se separô devido a minha cadeia sê alta, a gente resolveu esperá, vê o que acontece. Com ele a gente nunca se previniu, porque a gente era fiel um com o outro...nunca usamo camisinha, nada.</i>	<i>Aqui tá embaçado. Aqui não tem como a gente se preveni, né. Mas aqui a gente faz exame de aids...então, sempre que eu tenho alguém as menina faiz. A gente sabe realmente quem tem, quem não tem. Aí vai por aí.</i>
T	14	02		

QUADRO 4 – Respostas referentes a pergunta 03: Com relação a sexo, você tem algum tipo de preconceito? O que você não gosta?

Suj.	Sexo: algum tipo de preconceito?	O que você não gosta?
1	Tenho sim...	esse barato de sexo anal é esquisito. Eu acho que é uma coisa nojenta.
2	Não. Não tenho preconceito nenhum.	-
3	Não, preconceito nenhum.	Não tem nada que eu não goste.
4	Nenhum.	Gosto de tudo.
5	Nenhum.	É...anal.
6	Por enquanto não.	Só se pintá alguma coisa que eu não gosto.
7	Não, preconceito nenhum.	Anal, não curto.
8	Tenho sim...	O sexo oral. Pra mim tem que ser o normal.
9	Não.	Não gosto de sexo oral, sexo anal.
10	Bom, entre um homem e uma mulher eu acho que tudo é normal. Não gosto de homossexual.	Não gosto de sexo anal.
11	Sexo anal.	Nunca fiz sexo anal. Não gosto
12	Não.	Não tem nada que eu não goste.
13	Não tenho preconceito de nada no sexo.	Acho tudo válido.
14	De nada.	Eu gosto de tudo.
15	O home pedi o anus.	Não gosto de relação anal.
16	Não tenho preconceito nenhum. Eu acho mulher com mulher uma coisa estranha, mas...eu prefiro mulher com mulher do que home com home. É muito feio.	Eu gosto de tudo

QUADRO 5

Respostas referentes a pergunta 04: você pratica sexo dentro da cadeia? sim ou não?

Suj.	Pratica sexo dentro da cadeia?		Comentários
	Sim	Não	
1	X		Praticava. Agora não.
2	X		Eu já pratiquei. Atualmente não.
3		X	
4	X		Praticava, agora não.
5	X		
6	X		
7		X	
8		X	
9		X	
10		X	
11		X	
12	X		
13	X		Atualmente não.
14	X		Já pratiquei uma vez.
15		X	
16	X		
T	09	07	

QUADRO 6 – Respostas referentes a pergunta 05: **Que tipo de relação você prefere fora da cadeia? Qual você pratica (ou) na cadeia: com mulher? masturbação sozinha?**

Suj.	que tipo de relação prefere fora da cadeia?	Qual pratica (ou) na cadeia?	
		c/ mulher	masturba só
1	Não tenho preferência.	X	
2	Já pratiquei com homem e aqui dentro com uma mulher	X	
3	Com uma mulher.	X	
4*	Já transei mulher, já transei home. Eu gosto dos dois, mas...curti um sapatão dois anos, pra dizer a verdade, são melhor as vezes do que um homem.	X	
X			
5	Com mulher.	X	
6	Com mulher.	X	
7	Com homem.		X
8	Com homem.		X
9	Com homem.		X
10	Com homem		X
11	Com homem		X
12	Com mulher.	X	
13	Com homem.	X	
14	Com homem.	X	
15	Com homem.		X
16	Com mulher.	X	
T		10	06

* *sapatão*= mulher que transa mulher, fazendo papel de homem durante a relação sexual, o que implica em não se deixa ser acariciada nas partes íntimas. Faz papel ativo e somente se relaciona com mulher, que na cadeia é denominada de *leide*, ou seja, faz papel passivo na relação homossexual.



rem outra mulher para se relacionar sexualmente e 6 afirmaram fazer uso da prática de masturbação solitária. Para o sujeito 4, em se tratando de atuação do parceiro durante uma relação sexual, a figura do chamado *sapatão*, é tida às vezes como melhor do que um homem. O sexo entre mulheres é muitas vezes, relatado como melhor, cuja intimidade é maior e a cumplicidade é total.³

Para 6 mulheres, suas relações homossexuais iniciaram fora da cadeia enquanto para 4 outros sujeitos, seus contatos homossexuais iniciaram dentro da cadeia. Em relação há quanto tempo aconteceu o primeiro contato sexual com outra mulher, varia de 4 meses até muitos anos. Uma parte significativa dos sujeitos não sabe explicar como ocorreu o primeiro contato homossexual, afirmando que a amizade, a aproximação faz acontecer.

Outras alegaram sentirem-se bem melhor ao lado de uma mulher, gostar de mulher, sentir tesão por outra, nunca ter transado com homem, ter se aventurado apenas uma vez estando grávida de sete meses na prisão, por causa de um tesão incontrolável, curiosidade e carência afetiva. A prática do homossexualismo está presente na realidade das prisões, circunstancialmente ou não, além, existe sempre a possibilida-



de de uso compartilhado de drogas injetáveis e estes fatos aumentam o risco de contaminação do HIV.¹⁰

Ao serem indagadas como são suas relações sexuais na cadeia, a maioria referiu prática do sexo oral, beijos, carinhos e abraços. Trata-se, segundo os depoimentos fornecidos, de "uma relação mais ciumenta, mais agressiva"; "é loucura"; "é completo". No entanto, todas as relações homossexuais no interior da cadeia possuem peculiaridades referentes ao comportamento do *sapatão* e da *leide*, de acordo com a preferência de cada mulher que se propõe a uma relação. Quanto à frequência destas relações sexuais, varia de uma vez ao dia até todos os dias. A maioria ocorre no período da noite, pois muitas mulheres detentas trabalham nesta cadeia, durante o dia, o que lhe dá direito à remição da pena, compreendendo a cada três dias trabalhados, um dia a menos na cadeia.

São diversas as motivações que levam a conduta homossexual e cita algumas como: falta de objetos heterossexuais, solidão, chateações, rebeldia, curiosidade, necessidade neurótica de agrandar; sendo comum tam-

QUADRO 7 – Respostas referentes a pergunta 06: A sua prática sexual com mulheres iniciou fora ou dentro da cadeia? Há quanto tempo? Por quê?

Suj.	Prática sexual com mulheres iniciou		Há quanto tempo?	Por quê?
	Fora da cadeia	Dentro da cadeia		
1	X		Eu tinha 14 anos...	Não sei. Deu barato, a gente tava trocando idéia, e...aconteceu.
2		X	Há uns 7 meses.	Não sei. Deu barato assim, de repente a gente era muito, muito, muito mesmo amiga e aconteceu por um acaso.
3	X		Há 6 anos.	Eu não sei. Acho que foi... coisa do corpo. Eu gostei. Me sento mais bem ao lado de uma mulher do que de um homem.
4		X	Há muito tempo. Eu falo com qualquer pessoa que eu tive relação na cadeia...é só na cadeia. Na rua não... que na rua eu tô sossegada, eu tenho o meu marido e eu não curto esses barato. Só na cadeia mesmo.	Carência.
5		X	Há 6 meses.	Carência de cadeia. Afí a gente se vimos, se gostamos e tamos afí.
6	X		Há quase 3 anos.	Porque eu me envolvi com essa pessoa, fui me envolvendo, me envolvendo e fui ficando. Não foi por carência. Foi porque eu quis mesmo.
7	-	-	-	-
8	-	-	-	-
9	-	-	-	-
10	-	-	-	-
11	-	-	Faz uns 8 anos.	-
12	X		5 anos atrás.	Não sei. Eu gosto. Eu nunca transei com homem.
13	X			Curiosidade.
14	X		Faz 4 meses.	Não sei explicá. Surgiu de repente, eu tava a fim fiquei, e depois não fiquei mais. Eu tava grávida afí me deu um barato, deu tesão de ficá com a mulher. Fiquei. Gostei no momento, mas...se fô pra mim ficá hoje, eu não fico.
15	-	-	-	-
16		x	Faz mais de 2 anos.	Eu gosto.
T	06	04		

bém entre adolescentes e em sociedades que proibem relações heterossexuais como colégios internos, ordens religiosas, exércitos, etc. Este autor menciona que: *a sociedade é mais tolerante à homossexualidade feminina do que à masculina... as lésbicas não desenvolvem tantos problemas emocionais...tendem a ter um relacionamento mais constante, menos promíscuo e em geral, são bem mais adaptadas socialmente, não chamando a atenção da comunidade* (p. 124).⁵

Como nos mostra o quadro 9, a grande maioria dos sujeitos (15), afirma que o homossexualismo no interior da cadeia é comum e somente 1 mulher, disse ser raridade.

Faz-se referência também, a importância da aprovação da família, sendo o que mais importa, e a falta de preconceito, ao menos declarado



por parte das mulheres que não praticam o homossexualismo nem dentro, nem fora da cadeia.

O costume anterior e a prática homossexual na rua ou em outras cadeias, a ausência de contato sexual com o sexo masculino, a tentativa de passar o tempo, a necessidade de carinho e afeto, e a facilidade de duas internas permanecerem juntas na mesma cela, por horas ou toda uma noite, favorecem a prática do homossexualismo na cadeia, facilitada ou dificultada de acordo com os diferentes estilos de administração da massa carcerária (p.111).⁷

Na opinião de todos os sujeitos desta pesquisa, relações homossexuais na cadeia têm como base principal à carência, que algumas denominam de "carência de cadeia". Em situação de reclusão, uma mulher ao encontrar atenção, amizade e carinho de uma colega na cadeia, entrega-se facilmente a uma situação de cumplicidade que acaba levando ao desejo sexual e a intimidade física. Uma situação que geralmente não fica somente nas carícias preliminares ao ato. Esta entrega entre mulheres é explicada por alguns sujeitos, pela falta de atenção que vivenciam na cadeia, por se sentirem desprezadas e em muitos casos, sofrem espan-

QUADRO 8 – Respostas referentes a pergunta 07: Como são suas relações sexuais na cadeia? Quando ocorrem? Qual a frequência?

Suj.	Como são suas relações sexuais na cadeia?	Quando ocorrem?	Frequência
1	<i>Eram normal. É uma relação mais ciumenta, mais agressiva também.</i>	Não tem ocorrido porque sua parceira recebeu liberdade.	-
2	<i>Foi bom. Era tão bom. Sinto muita saudade...beijo, abraço, carinho, tudo.</i>	<i>A noite.</i>	<i>Toda noite.</i>
3	<i>Não. Na cadeia não. Fora da cadeia é diferente...é um convívio muito bom.</i>	-	-
4(*)	<i>É locura, né. Na primeira vez que eu transei um sapatão eu achava que era tudo assim, né. Eu coloquei a mão num sapatão, ele já me bateu. Não podia, né. Não pode colocá a mão no seio. Por isso que eu curto mulher, sabe, uma leide. É melhor porque mulher faz coisas assim, né...o sapatão é mais esquisito e eu não gostei muito</i>	-	-
5(*)	<i>Ela faz oral. Inclusive até melhor que um homem, é mais carinhoso. E eu não troco ela por um homem. Minha parte pra com ela é só beijos e abraços sem tocá nas partes íntima dela (sapatão).</i>	<i>Quando dá vontade. Não tem hora nem dia, não é toda hora.</i>	<i>É quando dá vontade. Uma vez por semana, duas.</i>
6	<i>Beijo. Nada de pô boca em nada...põe a mão. Abraço.</i>	<i>Quando pinta um clima, né. De noite.</i>	-
7	-	-	-
8	-	-	-
9	-	-	-
10	-	-	-
11	-	-	-
12	<i>É completo. É tudo né. Beijo, sexo oral, abraço.</i>	<i>Durante a noite</i>	<i>Todo dia.</i>
13	<i>Eu tive uma só e foi bom. A gente ficô junto até ela ser transferida.</i>	<i>Não tinha hora. A gente morava no mesmo X.</i>	<i>Não tinha...</i>
14	<i>Nóis deitamo junto, né. Rolô um beijo, depois...ela comêô a me abraçá, nós deitamo, ela fez sexo oral comigo, só que eu não fiz com ela. Eu gostei. Não me arrependo. Se aparecesse outra oportunidade eu faria também, porque foi bom...Eu tava grávida de 7 meses, desde os 5 meses, eu tava ficando com ela, mas nunca chegamo a uma relação sexual. Essa foi a primeira vez.</i>	<i>A noite.</i>	<i>Só uma vez.</i>
15	-	-	-
16	<i>É completo.</i>	<i>Não tem hora.</i>	<i>Pintô clima...é todo dia se quisé a gente fica.</i>

(*) Segundo estes sujeitos: o sapatão quer ser mais homem, macho, e a leide, também chamada de mina, faz o papel de mulher nas relações sexuais, deixando-se acariciar intimamente.

QUADRO 9 – Respostas referentes a pergunta 08: **É comum a prática do homossexualismo na cadeia?**

Suj.	É comum o homossexualismo na cadeia?		Comentários
	Sim	Não	
1	X		<i>É normal. Tem aquelas que não gosta, mas também não tem preconceito, troca idéia normalmente.</i>
2	X		
3	X		<i>É muito comum. A gente vê muito.</i>
4	X		<i>É comum. É normal, porque a vida da gente aqui dentro é a vida da gente. Desde que a minha família sabe e aceito eu, eu não quero sabê das outras pessoas. É comum e é bom. Você tira a cadeia, uma cadeia mais leve. Além de ser um sapatão ou uma mulher que a gente transa, é uma amigo que a gente tem, a gente troca idéia. Um causo, é um amigo. Se pode confiá. Eu não tenho (atualmente). Sabe porque que eu não tenho? Eu gostei duma mina aqui na cadeia e ela morreu de HIV. Então, a partir do momento que Deus levô ela, eu falei pra mim mesma: eu nunca mais quero mulher aqui dentro, porque eu sofri muito por causa da...eu gostava muito dela. Mas, se pintá uma mina que eu vejo que é pra mim eu vô e cabô. Já era. É a minha cara de í.</i>
5	X		<i>Bastante.</i>
6	X		<i>Aqui dentro é comum.</i>
7	X		
8	X		
9	X		
10	X		
11	X		<i>É bastante comum. Tem várias.</i>
12	X		
13	X		
14	X		<i>É comum, muito comum. É normal.</i>
15	X		
16		X	<i>Isso aí é raridade. Tem pessoas que realmente fica por ficá, um dia , dois. Tem pessoas que fica...durante anos.</i>
T	15	01	

QUADRO 10 – respostas referentes a pergunta 09: **Porque você acha que ocorre na prisão?**

Suj.	Porque o homossexualismo ocorre na prisão?
1	<i>Carência. Falta de atenção, e depois...você acha uma pessoa que te dá apoio, que te dá carinho, aí você se apegua nela.</i>
2	<i>Porque as pessoas fica muito carente. Muitos são desprezado, muitos lá fora são espancado. Chega aqui dentro encontra carinho, uma palavra amiga, é onde se envolve. E a maioria também, vai por curiosidade.</i>
3	<i>Por falta de carinho. A gente sente muito sozinha. Então quando acha um companheiro que dá certo com a gente...aí rola isso daí.</i>
4	<i>É carência.</i>
5	<i>Carência de cadeia. A gente não tem um homem, então a gente procura o melhor, sei lá.</i>
6	<i>Carência. Pode existi o amor, mas, é muito difícil, né.</i>
7	<i>A solidão. A pessoa fica muito solitária.</i>
8	<i>Na cadeia de mulher, não tem relação sexual com homem, visita íntima de homem. Agora, no presídio de homem, tem. Em penitenciária é geralmente de 15 em 15 dias, mas, em cadeias de cidadezinha pequena, é todos os domingo.</i>
9	<i>As vezes pela falta de carinho, as vezes se apegua com a pessoa...a pessoa já tá gostando de você, aí é aonde que já tá acontecendo.</i>
10	<i>Porque algumas vai pelo impulso, né. Não guenta sem uma relação sexual com homem. Aí acha carinho com otra mulher, acha que se completa.</i>
11	<i>Eu acho que é carência. A pessoa fica muito tempo aqui, conhece outra, recebe carinho, fica muito tempo sozinha aí quando vê já se envolveu.</i>
12	<i>Aqui a gente vê de tudo. Mas aqui, eu não sei te explicá não.</i>
13	<i>Porque fica carente, fica sozinha, daí procura uma outra.</i>
14	<i>Acho que é porque não tem homem...ou porque também tem sapatão.</i>
15	<i>A mulher sente falta do sexo, por isso transa mulher com mulher.</i>
16	<i>Isso acontece devido sofrimento, porque se agente tem alguém, a gente fica alí naquele mundo com aquela pessoa, todo dia, toda hora, quando a gente não tem ninguém a gente sofre muito, pensa muito na rua, a gente pensa nos filho, a gente vive lá fora. Se a gente tem alguém, não. A gente vive aqui dentro da cadeia. Uma pessoa sempre perto da gente, dá apoio, conversa, troca idéia, rola muita coisa entre duas mulheres, então, indo por aí, é que a gente consegue tirá todo esse tempo de cadeia que a gente vai tirando.</i>

QUADRO 11 – Respostas referentes a pergunta 10: **é permitido pelos carcereiros e delegado a prática do homossexualismo no interior da cadeia? quando é descoberto, o que acontece?**

Suj.	É permitido o homossexualismo na cadeia?		Se é descoberto, o que acontece?	
	Sim	Não Sei		
1		X	<i>Nada. Porque eles não pode proíbe de fazê o que a gente quê aqui dentro, desde que não desacata eles ...eu acho que eles têm preconceito sim, mas eu não ligo.</i>	
2(*)		X	<i>Eles costuma mudar um pouquinho com a gente, né. No meu caso, eles mudaram um pouco comigo, mas...normal. Não atrapalha em nada</i>	
3	X		<i>Eles não fala nada. Num tem nada contra também não. As vezes ficam fazendo piadinha com a gente nas grade, fica falando, rindo, comentando lá na frente...</i>	
4		X	<i>Fica aquela piadinha, aquela conversinha. Mas, eu não ligo.</i>	
5		X	<i>Eles não fazem nada. Normal. Quando elas sabem...eles procura pôr junto pra não brigá.</i>	
6			X	<i>Não fazem nada. Você é livre aqui dentro pra tudo, né.</i>
7		X	<i>Os carcereiros, os delegados não permitem. Tiram muito sarro.</i>	
8		X	<i>Essa é a segunda cadeia que eu tiro. Já fiquei em penitenciária e a diretora já falou que isso vai pra mesa do juiz, e isso vem atrapalhar muito a pessoa ganhar a liberdade. Porque geralmente eles vão trabalhar mais, naquelas pessoas que estão se preocupando com os filho, com o marido, com a casa.</i>	
9		X	<i>Não sei.</i>	
10		X	<i>Até hoje eu não ví acontecê nada, mas, acho que a pessoa fica meio desacreditada pela parte lá da carcerage.</i>	
11		X	<i>São contra, mas, não tem como controlá. Tirá da remissão, tiraram uma do serviço.</i>	
12		X	<i>Eu não sei o quê que acontece não, porque comigo nunca aconteceu...a gente evita que eles vejam.</i>	
13			X	<i>Nunca me viram. Acho que não acontece nada.</i>
14	X		<i>Do tempo que eu tô aqui não. Porque eles sabem de casos aqui dentro e nunca aconteceu nada.</i>	
15		X	<i>Separa até de cela.</i>	
16			X	<i>A gente tem receio do delegado, da carcerage. Então a gente nunca fica perto deles. É sempre escondido, dentro do X. Mesmo quando a gente anda pegado na mão lá fora, muitos realmente, sabe que a gente tem caso, num critica, num falam nada.</i>
T	02	11	03	

(*) Um carcereiro ao descobrir, afirma a detenta, que ele começou a trata-la mal, xingava, gritava, tirando-a do serviço que fazia na cadeia o que lhe dava direito a remissão de pena. Segundo ela, falam que ele gosta dela. Ou ele me odeia muito ou ele me gosta.

camentos nas ruas e em casa. Em alguns casos de homossexualismo, predomina a curiosidade ou a tentativa de suprir a falta do contato sexual que havia com o parceiro de quem se encontram separadas. As que preferem relações heterossexuais e não se envolvem sexualmente com colegas na cadeia, mesmo quando enamoradas, reclamam da falta do mesmo direito comumente dado a homens presos em penitenciárias e cadeias, ou seja, o direito a visita íntima.

Ocorre de fato, a privação de relações heterossexuais, na maioria das cadeias femininas. Enquanto muitas das cadeias e presídios masculinos do Brasil, a "visita íntima" ocorre, no caso das mulheres detentas, dificilmente ela é concedida. O sujeito 16, fundamenta a prática comum do homossexualismo na cadeia, pelo sofrimento da separação dos familiares por longo tempo, especialmente dos filhos, alegando que ter alguém ao lado (uma mulher) todos os dias e horas, dando apoio, conversando, trocando idéias, acaba facilitando o envolvimento homossexual e passar a vida na cadeia fica mais fácil. Ainda em relação a esta detenta que pratica o homossexualismo na prisão e é mãe de 6 filhos, ao ser condenada a uma pena longa, seu parceiro a trocou por outra mulher. Quanto à prática do homossexualismo em prisões femininas, a autora afirma que: *grande número de detentas envolve-se na prática homossexual - algumas esporadicamente, outras com maior freqüência e constância* (p.99)⁷.

Com relação a ser ou não permitido a prática do homossexualismo na cadeia, apenas 2 mulheres disseram que *sim* e 3 das entrevistadas afirmaram *não sabem*. Porém, a maioria (11) dos sujeitos, respondeu que tal prática não é permitida pela carceragem e delegado. Por essa razão, as mulheres praticam suas relações homossexuais com discrição, na cela, num espaço denominado quieto, o qual consiste na colocação de um lençol como cortina ao lado da cama de cimento com colchão, impedindo a visão das outras colegas, onde mantêm suas relações sexuais longe também das vistas da carceragem. Quando um relacionamento sexual entre mulheres é descoberto pela carceragem, segundo depoimentos de todos os sujeitos, não ocorrem agressões físicas, porém, algumas atitudes já foram notadas como: tirar a detenta da remição, separar o casal em celas diferentes, fazer piadinhas e gozação, sentem-se desacreditadas e às vezes perseguidas por um ou outro carcereiro, cuja dificuldade é maior de compreensão e aceitação.

Em algumas situações, *os contatos são breves, para não atrair a atenção das colegas e guardas*, porém, quando se pode contar com a cobertura de uma colega para entreter a guarda, pode-se entrar na cela ou cubículo da parceira para uma transa mais completa. *A partir de suspeitas de envolvimento homossexual algumas internas não podem jamais estar juntas. Em condições tão adversas, não surpreende que nem sempre é possível manter o equilíbrio emocional e psíquico* (p.111).⁷

QUADRO 12 – respostas referentes a pergunta 11: Desde o dia em que você foi detida, teve uma parceira fixa ou mais de uma?

Suj	Desde o dia em que foi detida, teve:		
	Uma parceira?	Mais de uma parceira?	Nenhuma
1		Tive duas.	
2	Uma. Só aquela.		
3*			Aqui dentro não, nunca tive.
4	Uma que Deus levô.		
5		Duas.	
6		Tive duas.	
7	-	-	-
8	-	-	-
9	-	-	-
10	-	-	-
11	-	-	-
12		Tive duas.	
13	Tive uma só.		
14	Tive uma só.		
15	-	-	-
16		Tive duas.	
T	4	5	1

*Sujeito é homossexual, porém tem parceira fixa fora da cadeia, de quem afirma gostar muito e ser fiel, por esses motivos não relaciona-se sexualmente com nenhuma mulher na cadeia.



Metade dos sujeitos teve mais de uma parceira, 4 mulheres afirmaram terem se relacionado sexualmente com apenas 1 parceira e 1 detenta afirmou ser fiel a sua companheira que se encontra em liberdade e a aguarda em casa, motivo pelo qual, não se relaciona sexualmente com outra mulher na prisão.

Das 10 mulheres que mantiveram ou mantêm relações homossexuais dentro e/ou fora da cadeia, 9 afirmaram alcançar o orgasmo em suas relações. Alguns dos sujeitos (4), disseram conseguir o orgasmo em todas as suas relações, e apenas 1 sujeito, afirmou não conseguir. Neste último caso, trata-se de uma detenta que manteve relações apenas uma vez com colega de cela, enquanto grávida de sete meses. Depois desta relação sexual, sua parceira recebeu liberdade e não houve mais contatos sexuais com outras mulheres na prisão. As relações afetivas no interior do cárcere, às vezes são cheias de controvérsias. Enquanto algumas mulheres alimentam o sonho de se reencontrarem com o amor que ficou lá fora, mantendo-se fiel a ele, outras falam como homens, transam mulheres e até matam caso sejam traídas. Todas, no entanto, vivem num clima de sentimentalismo e carências afetivas muito grande, sentindo-se muito sozinhas e inseguras.¹¹

QUADRO 13 – Respostas referentes a pergunta 12: Você consegue ter orgasmo em suas relações homossexuais?

Suj.	Tem orgasmo em suas relações homossexuais?		Comentários
	Sim	Não	
1	X		
2	X		
3	X		Muito.
4	X		
5	X		Totalmente.
6	X		Consigo.
7	-	-	-
8	-	-	-
9	-	-	-
10	-	-	-
11	-	-	-
12	X		
13	X		
14		X	
15	-	-	-
16	X		Com certeza.
T	09	01	

Apenas 2 mulheres, afirmaram ter mantido relações sexuais com parceiros do sexo masculino sem camisinha, sendo que o sujeito 1 já era HIV positivo e relacionou-se muitas vezes com um homem também soropositivo para a aids. Ambos na época, conscientes de serem portadores do vírus HIV. Já, o sujeito 14, adquiriu uma DST, sífilis posteriormente tratada, durante uma relação heterossexual com o marido, pai de seus dois filhos. Esta mesma mulher detenta, mais recentemente, também manteve uma relação homossexual na cadeia, com uma portadora do HIV, alegando ter se relacionado sabendo do fato e que, já se submeteu a exame para saber se tem o HIV, cujo resultado deu negativo.

QUADRO 14 – Respostas referentes a pergunta 13: *Você já se relacionou sexualmente com alguém com Aids ou com DST? Como foi? Como ficou sabendo?*

Suj.	Sim	Não	Como foi?	Como soube?
1	X		<i>Com homem. Duas pessoas que tinha aids. Eu gostava dele, ele também gostava de mim e...aconteceu. Quando a gente gosta não existe preconceito. Se aconteceu isso, eu não sei.</i>	<i>Antes. Nós conversamos muito. Eu falei pra ele que eu tinha e ele também se abriu comigo. Falou que ele tinha e agente ficamos junto durante 5 anos.</i>
2		X	<i>Que eu saiba, não.</i>	
3		X		
4		X		
5		X	<i>Nunca.</i>	
6		X		
7		X		
8		X		
9		X		
10		X		
11	X		<i>Que eu saiba, não.</i>	
12		X		
13	X		<i>Que eu saiba, nunca.</i>	
14		X	<i>Já com essa mulhe que tinha HIV e com o meu marido que tinha sífilis, pai das minhas duas filhas.</i>	<i>Com a mulher, eu já sabia e com o marido fiquei sabendo depois que peguei sífilis.</i>
15		X		
16		X		
T	02	14		

Neste quadro 15, ao abrirmos à fala das detentas pesquisadas, observamos que houve uma centralização em torno da temática estudada, com abordagens voltadas ao aconselhamento para prevenção contra as DST/Aids; fidelidade com a parceira; importância da aprovação da família quanto à mudança de comportamento de hetero para homossexual na cadeia, nem sempre como forma temporária, mas, em alguns casos, definitiva, como para os sujeitos 6 e 16. Também, abordou-se questões como: a ocorrência de brigas entre detentas, por ciúmes; o envolvimento amoroso de carcereira com uma detenta em uma penitenciária por onde já passou o sujeito 8; o preconceito de

algumas mulheres detentas cuja orientação sexual mostra-se firmemente voltada ao sexo oposto, mesmo em situação de reclusão, e, a alegação de que é preferível ter um amor (uma mulher) a alimentar ódio de alguém.

A prática do homossexualismo entre mulheres detentas, tende a caracterizar-se por contatos repetidos e carregados de afetividade e tende a preencher uma série de necessidades, como a de auto-afirmação e de estabelecimento de relações afetivas significativas e ainda, a necessidade de validar sua feminilidade como no caso das *gurias* que fazem o papel de mulher nas relações homossexuais.⁷

QUADRO 15 – Respostas referentes a pergunta 14: *Questão livre para falar o que quiser.*

Suj.	Questão livre
1	<i>Eu queria dizer pra aquelas pessoas que...não tem o vírus do HIV, que se previne, porque... é triste vivê ao redor das pessoas que você ama e sabendo que...um dia você tem que parti e deixá aqueles que você mais gosta.</i>
2	<i>Sexo é muito bom, né. ...tem que se cuidá, tem que se preveni, porque não é fácil não as doença que tá aparecendo por aí.</i>
3	<i>Eu tenho um relacionamento na rua com uma mulher. Eu gosto muito dela. Tô com ela há um ano e 5 meses. Eu não me relacionei na cadeia ainda por causa deste amor que eu tenho lá fora. Eu gosto muito dela, mas se acaso acontecesse, não teria problema algum...porque o meu caso, é mulher.</i>
4	<i>Aconselho quem não tem o HIV, quem não tem doença...se previni, que é essa doença é muito triste. Sobre tê um causo na cadeia ou dexá de tê, é um assunto que se diz a pessoa só e...eu gosto.</i>
5	<i>Eu acho que duas mulheres...não tem que havê preconceito, porque a família da gente aceitando, o resto não importa, porque é uma coisa muito discriminada lá fora, né.</i>

- 6 Quando eu sai deste lugar, eu não quero mais tê um relacionamento com home. Vô criá meus filhos e se pintá uma mulher...Home eu não quero mais.
- 7 Eu acho que cada um é cada um. A família da pessoa aceitando... Tem brigas, mas, eu acho que é porque uma fica de olho na outra...mas, sobre elas, tem respeito.
- 8 E também tem em presídio, carcereira que se interessa por presa. Por exemplo, sapatão como carcereira, se interessá por presa. Onde eu tirei uma cadeia, uma guarda se interessô por uma presidiária. Ela (detenta) cumpriu a cadeia dele e inclusive hoje, ela mora com a guarda em SP, tem um apartamento as duas, mora junto e até hoje elas se comunica comigo, falano, que estão vivendo muito bem. Então isso é comum, como da parte de carcereiro, como da parte de guarda.
Transá eu nunca vi elas transando, não. Mas, ficava de bejinho, carícia. Mas, chegá a transá não. Nessa cadeia aqui, não tem não.
- 9 Que se previnam e tomem juízo. Sei lá.
- 10 Eu acho que o sexo, desde que foi criado o homem e a mulher...as duas partes se completá e daí procriá. Não pra mulher com mulher e homem com homem do mesmo sexo.
- 11 Sobre o homossexualismo, eu não sô contra, mas, só que pra mim não serve. Eu não pratico, não faço. É uma questão de opinião.
- 12 Cada um sabe de si.
- 13 Não tenho nada a falá.
- 14 Fiz o exame do HIV e deu negativo.
- 15 Eu não tenho preconceito, não. Cada um é cada um, né. Curti o que quê, transá com homem, homem com homem, mulher com mulher.
- 16 Eu gostaria de falar...sobre mulher com mulher, que é o caso. Eu acho que, muitas das vezes, as pessoas criticam a gente...muitas das vezes humilha, fala que isso não é certo, que isso não é uma coisa de Deus, mas...eu acho, quem somos nós de carne e osso pra mostrá o que é certo. Porque onde Deus semeia o amor, alí Ele já passa. Deus dexô o amor no mundo pra...convertê o coração da gente, pra dá alívio a alma da gente, porque o amor é uma coisa muito boa. É preferível amar alguém do que ter ódio de alguém neste lugar que a gente vive hoje. Aqui neste mundinho que a gente vive hoje, existe muita coisa que as pessoas aí fora não fazem idéia, então, eu prefiro vivê no amor, Com quem eu estive hoje e com que eu estive antes, nunca me deixou me envolver em problema algum...

CONCLUSÃO

Os estereótipos e preconceitos que definem a mulher em sociedade e o seu baixo status em relação ao homem delineiam claramente a sua situação atual nos altos índices de infecção pelo HIV/aids e conseqüentemente apontam sobre a sua constante vulnerabilidade à doença letal, independente de estarem enquadradas ou não nos *grupos de risco*.

Sem dúvida, o desconhecimento associado a muitos outros fatores que integram as relações sociais dentro da cadeia, aumentam a vulnerabilidade das populações carcerárias as DST/Aids, ou seja, pela prática do homossexualismo sem proteção, seja pelo compartilhamento de seringas na prática do uso velado de drogas injetáveis no cárcere, considerando-se também, a aglomeração e a falta de hábitos higiênicos entre outros saudáveis ao corpo físico e psique do ser humano em confinamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AYRES, J.R.C.M. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser. A vulnerabilidade com eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas e as DST/AIDS entre crianças e adolescentes. In: AMARO, C.M. et al. *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e as DST/AIDS*. 3ª ed. São Paulo: FDE, 1998. p.15-24. (Série Idéias, 29.)
2. BARBOSA, M.R.; VILLELA, W.V. A trajetória feminina da Aids. In: PARKER, R.G. et al. *A aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará Editores, 1994. Parte 1. p.217-230.

3. CAMACHO, M. Ela e ela, não! VEJA. [on line] Disponível no endereço http://www2.uol.com.br/veja/080798/p_084.html. Capturado em 16/mar./2000.
4. DUARTE, R. G. *Sexo, sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 5ª ed., São Paulo: Moderna, 1997. 119 p.
5. GAUDERER, E. C. Homossexualidade masculina e lesbianismo. *J. pediatr.* vol. 56, nº 3, Rio de Janeiro, 1984. p. 123-5.
6. GUIMARÃES, C.D. Mulheres, homens e Aids: o visível e o invisível. In: PARKER, R.G. et al. *A aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará Editores, 1994. Cap.7. p.217-230.
7. LEMGRUBER, J. *Cemitério dos vivos: análise sociológica de uma prisão de mulheres*. Rio de Janeiro: Achaime. 1983. 142 p.
8. LIMA, A.L.L.M. et al. *HIV/Aids: perguntas e respostas*. São Paulo, Atheneu, 1996. 351p.
10. MAGYAR, V; CASTRO, E. L. Ser ou não ser: esta (ainda) é a questão. *Rev. Galileu* [on line] <http://www.galileuon.com.br/edic/87/comportamento1.htm> Capturado em 15/mar./2000.
11. NASCIMENTO, E.S. *Aids: estigma dentro do estigma*. Porto Alegre. 199?. Monografia (Especialização) Pontifícia Universidade Católica.
12. RENNÓ, C. Hoje é dia de visita, vem aí meu grande amor... *Rev. Mix Ribeirão*. Ribeirão Preto, n.11, 1999. p.22 - 5.
13. TRONCOSO, A. et. al. Probable transmission de HIV por contacto homosexual femenino, *Medicina*, vol. 5, nº 4, Bueno Aires, 1995 p. 334-6.

Endereço para correspondência:

Annecy T Giordani
Av. do Café 1695. - Bloco C.
Aptº 101 - Jd. Monte Alegre.
CEP: 14.050-230 - Ribeirão Preto/SP.
E-mail: annecy@eerp.usp.br

MULHERES DETENTAS - PREVENÇÃO AS DST/AIDS E GRAVIDEZ NO CONTEXTO DE UMA SOCIEDADE PATRIARCALISTA

THE PRISONER OF WOMEN-PREVENTION TO DST-HELP AND PREGNANCY IN CONTEXT OF A PATRIARCHAL SOCIETY

Annecy T Giordani¹, Sônia MV Bueno²

RESUMO

Fundamentos: O número de mulheres infectadas pelo HIV-aids no Brasil, vem aumentando principalmente, devido a relações sexuais com parceiros hetero ou bissexuais. Em nossa sociedade patriarcal, a sexualidade mostra-se enquadrada na pauta das relações de gênero, onde o homem geralmente comanda, tomando a iniciativa e determinando condutas, sem considerar a saúde da parceira e dos filhos. **Objetivos:** correlacionar a vulnerabilidade de mulheres detentas às DST/AIDS com relações de gênero dentro e fora da prisão, levantando suas percepções sobre a própria sexualidade e riscos às DST/AIDS; orientá-las quanto à importância da prática do sexo seguro e negociação com o(a) parceiro(a) do uso do preservativo. **Método:** trabalhamos 14 detentas em cadeia do interior paulista, maioria entre 18 a 34 anos, mães, 2 homossexuais, maioria presa por tráfico de drogas. Desenvolvemos pesquisa ação humanista, participativa e qualitativa, com entrevista individualizada e gravações em fitas K-7 autorizadas, transcrição, análise e interpretação das falas. **Resultados:** 8 mulheres apontaram seus parceiros, como dominantes na relação sexual e donos da iniciativa. Quase a totalidade mencionou liberdade sexual com seu par e prevenção da gravidez, utilizando diferentes métodos. A maioria nunca se preveniu contra as DST/AIDS. **Conclusões:** Os achados confirmam os resultados de outros estudos pertinentes a mulheres, a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e as DST, tendo as relações de gênero, como elemento norteador às práticas de educação preventiva.

Palavras-chave: mulher detenta, sexualidade, DST/AIDS, prevenção

ABSTRACT

Foundations: The number of women infected by the HIV-aids in Brazil, it is increasing mainly, due to sexual relationships with partners hetero or bisexual. In our patriarchal society, the sexuality show off framed in the line of the gender relationships, where the man usually commands, taking the initiative and determining conducts, without considering the partner's health and the children. **Objectives:** To correlate the vulnerability of the prisoner of women to the STD-aids with gender relationships inside and out of the prison, lifting your perceptions on the own sexuality and risks to the STD-aids; to guide as for the importance of the practice of the safe sex and negotiation with the partner to use the preservative. **Method:** we worked 14 the prisoner of women in chain of the interior from São Paulo, majority among 18 to 34 years, mothers, 2 homosexuals, majority in prison by traffic of drugs. We developed research action humanist, participative and qualitative, with individualized interview and recordings in ribbons K-7 authorized, transcription, analysis and interpretation of the speeches. **Results:** 8 women pointed your partners, as dominant in the sexual relationship and owners of the initiative. The totality almost mentioned sexual freedom with your pair and prevention of the pregnancy, using different methods. Most never took precautions against the STD-aids. **Conclusions:** The discoveries confirm the results of other pertinent studies to women, the vulnerability to the infection for HIV and STD, tends the gender relationships, as guide element to the practices of preventive education.

Keywords: prisoner woman, sexuality, STD-Aids, prevention

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 13(5): 36-42, 2001

INTRODUÇÃO

Referenciais teóricos e práticos sobre as questões relativas à sexualidade, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e drogas voltadas, principalmente para pessoas em detenção no sistema penitenciário brasileiro, têm nos revelado que estas, enfrentam alto grau de vulnerabilidade a contaminação pelas DST/AIDS, seja pelo sexo ou uso indevido de drogas ou associação de ambos. Isto se torna mais complexo ainda, se já passaram ou passam em seu

cotidiano, envolvidas com o mundo da violência associada à marginalidade, ao crime, a prostituição e a promiscuidade. Especificamente, com relação a mulheres detentas no Brasil, podemos afirmar que tais situações compõem seu cotidiano existencial, ao considerarmos também, que a grande maioria tem baixa escolaridade, advindo de famílias pobres e emocionalmente desestruturadas, sendo presa e condenada por uso e tráfico de drogas. Há fortes indícios, no entanto, de que sua condição de inferioridade e opressão, tenha profundas raízes nas relações de gênero e implicitamente de poder, que reforcem determinados critérios rígidos de inclusão e exclusão da mulher em nossa sociedade, predominantemente patriarcal, na qual dentre outras coisas, o homem tem acesso livre a sua sexualidade, expondo-se conseqüentemente mais ao mundo. O conceito de gênero pontualiza não apenas a diferença mas as diferenciações dos e en-

¹Enfermeira Mestre, Doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Bolsista CAPES.

²Educadora. Profª Drª Livre Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP/ Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Orientadora.

tre os sexos e, ainda, o constituinte da identidade dos sujeitos, embora nas sociedades e na cultura, seja possível atribuir-se a ambos os sexos, funções iguais e distintas. (p.183)⁽¹⁾ Dentro dos parâmetros culturais vigentes, a mulher brasileira, diferentemente do homem, não vive intensa intimidade com o prazer através do exercício de sua sexualidade, ao contrário, desconhece-a e habitualmente, incorpora condutas como: do silêncio e da conformação, inclusive com relação aos processos biológicos ao seu amadurecimento físico.^{1,2}

Tais estratégias, reforçam o caráter de pureza, ingenuidade, fragilidade e inferioridade, atributos esses, que conservam sua imagem legítima de mulher, esposa, fiel e recatada. Cardoso, 1999³ ao tentar dimensionar a participação social feminina em nossa sociedade e as influências de todas as importantes conquistas alcançadas pela mulher no decorrer do século XX, reafirma que nos dias atuais, a exclusão faz-se presente não apenas nos baixos salários em relação aos pagos para os homens, mas, na violência contra a mulher, infligindo-lhe um comportamento alienado e submisso. E neste processo, por não saberem lidar muito bem com a negociação da sua vida e da sua sexualidade, muitas mulheres, acabam se perdendo e se tornando vítimas de explorações masculinas. Estudos apontam que a maioria das mulheres brasileiras, além de viverem em difíceis condições de vida e saúde, tem status social marginalizado e são passivas em seu comportamento sexual, ao passo que a postura sexual da grande maioria dos homens, é ativa. Parece claro que somente a informação não assegura mudanças de práticas e atitudes sociais e sexuais consolidadas, especialmente, àquelas onde existem relacionamentos de poder e de prazer.⁴

Costuma-se subjugar a mulher, desde que nasce, colocando-a na condição de objeto, produzida por ideologias sustentadas pela família, escola, igreja, e demais segmentos sociais. A violência doméstica e a violência nas ruas, o estímulo à prostituição e a pornografia, o seu uso no tráfico de negras e brancas, são exemplos do esmagamento da dignidade da mulher, modelos que, de modo geral, os homens e a sociedade adotam para tratá-la.⁵ Os preconceitos sexistas exercem tanto na sociedade como na escola, influências negativas. No entanto, tem-se reconhecido a importância da equidade entre sexos, como um direito e de garanti-la na prática. Trata-se de uma tomada de consciência global, reafirmada na Conferência Mundial da Década das Nações Unidas, relativo a mulher que ocorreu em Copenhague, no ano de 1980, onde se declarou que o ensino e a formação devem favorecer mudanças de atitudes, evitando diferenças tradicionais de papéis masculino e feminino e a criação de novas imagens, valorizando assim, a participação feminina na vida familiar, profissional, social e pública.⁶ Sendo assim, no presente contexto cultural e de representações sobre a sexualidade, deparamos com diversas situações que denotam a complexidade do relacionamento a dois, fazendo-nos considerar a vulnerabilidade da mulher, no lar e na vida pública, às DST/Aids, seja através da violência a exemplo do estupro, seja pela prática consentida do sexo não seguro, principalmente com homens. No caso da violência contra a mulher, tal comportamento, encontra suas raízes nas relações de poder entre os sexos, na sexualidade apoiada por uma visão histórica e que o impulso biológico instintivo está mais para o homem a quem é atribuído como naturais, o

controle, o domínio e a violência. Na sociedade ocidental, as ideologias de gênero estão embutidas em conceitos diversos como de cultura/natureza, razão/emoção por exemplo, pares contrários e passíveis de exclusão com fixas diferenças. Esse dualismo, reforça a posição da mulher como passiva e do homem como ativo, favorecendo outra construção ideológica: *...as mulheres são vistas constantemente, como tentando os homens a saírem do caminho da razão e da moralidade, em função da natureza feminina ser corpo/emoção.* (p.151)⁷

Ao considerar o estupro uma violência de gênero, uma forma brutal e esmagadora de violência, Verardo, 2000, lembra que a vítima tem sua sexualidade agredida, território tido como sombrio que guarda uma das dimensões mais importantes da vida da pessoa, lugar privilegiado do seu "eu profundo", sua vulnerabilidade e sua verdade no presente contexto cultural, onde o sexo é muito mais do que sexo. A autora entende que não se trata somente de uma violência sexual, mas, também de uma tentativa de destruição, humilhação, um exercício de poder ao utilizar-se do corpo do outro que deve obedecer.

Nesta situação, ficam bem evidentes, os papéis feminino e masculino o que reforça a existência de uma relação de gênero no estupro. A força, o poder e a dominação, *estão explicitados quando se obriga o outro, identificado com o papel feminino – obediente e submisso - , a realizar a sua vontade.* (p.18)⁸

Quanto à prática do sexo seguro, entre casais heterossexuais monogâmicos ou em relacionamentos casuais, com poucos ou múltiplos parceiros, Guimarães, 1996², ressalta a necessidade de haver espaço propício a várias discussões a favor de sua efetiva prática, porém, sem que sejam ignoradas as diversas representações sociais que dizem respeito as diferentes sexualidades marcadas nas interações de gênero. Dois pontos considerados neurálgicos, relacionam-se a negociação de sexo seguro e a prevenção da aids entre casais heterossexuais monogâmicos: a desconfiança e a crise conjugal, que tornam mais complexa e desafiadora a implementação de medidas preventivas entre casais heterossexuais, em detrimento da importância de ações educativas e preventivas às DST/Aids e drogas. Estas situações constam em matéria jornalística publicada na revista ISTO É (n.1563), onde a questão do uso habitual da camisinha nas relações heterossexuais monogâmicas, é apontada como comportamento estreito à idéia de fidelidade e confiança inerente ao modelo monogâmico, mais exigido da mulher do que do homem. Isso dificulta em muito, a incorporação deste método preventivo às DST/Aids, no cotidiano de muitos casais heterossexuais. Porém, a partir 1999, após um trabalho feito pelo Ministério da Saúde, em torno do uso da camisinha feminina no Brasil, com resultados positivos, as mulheres tendem a ganhar gradual autonomia quanto ao uso de seu preservativo nas relações sexuais, ponto favorecedor à prevenção das DST/Aids e gravidez não planejada.⁹ Não obstante, a Aids foi responsável pela reaparição de uma prática sanitária da sexualidade. A questão do número de parceiros e tipos de práticas se tornou central, mas não na perspectiva que se tinha na década de 60 e que outras transformações virão com a presença cada vez maior de DST e, se não forem controladas, a dicotomia entre sexo seguro e sexo com risco, irá se agravar.¹⁰

Foi em 1996 que o Ministério da Saúde divulgou notificações de casos de aids em homens bissexuais, mulheres e crianças,

que iniciou efetiva mudança no perfil da epidemia em nosso país. No entanto, apenas após intensa divulgação pela mídia em 1991, a transmissão heterossexual do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), ganhou maior dimensão. Desde então, passou-se a pensar na abordagem sobre práticas sexuais mais seguras nas relações heterossexuais, no tocante a elaboração de estratégias preventivas.²

A camisinha é, habitualmente, considerada por homens e mulheres, desnecessária em relações conjugais estáveis, achando ser mais apropriada nas relações casuais ou em início de relacionamentos sexuais, especialmente como método contraceptivo.⁹

Com relação às mulheres detentas, o processo de exclusão social torna-as mais vulneráveis a disseminação do HIV e expansão da epidemia da aids entre elas. A vulnerabilidade aparece então, inter-relacionada ao comportamento individual relativo a informações sobre a infecção e formas de prevenção às DST/Aids, assim como, de meios concretos para transformar informação em ações.

Portanto, neste contexto de reclusão, de pressão do regulamento interno e da privação de direitos, mulheres encontram-se, facilmente, expostas a riscos, considerando-se também, seus comportamentos anteriores à prisão. Outros estudos consultados, sobre populações carcerárias femininas e masculinas em relação às DST/Aids e drogas, enfocam estas temáticas sob pontos de vista exclusivamente biológico e comportamental, diferindo da presente pesquisa, que pretende buscar a interligação dos temas geradores com mudanças de comportamentos e multiplicação de conhecimentos construídos junto às mulheres detentas.

Importa-nos desenvolver um trabalho de educação preventiva em DST/Aids e drogas, sob óticas sociológicas e antropológicas dirigidas a mulheres em reclusão penal, levando-se em conta relações de gênero e poder de decisão dentro e fora da prisão, junto a seus parceiros (as). Optamos pela educação problematizadora, postulada por Paulo Freire, a qual valoriza a cotidianidade dos sujeitos, seus conhecimentos prévios e falas em torno das temáticas abordadas. Utilizamos-nos de algumas questões e quadros anteriormente elaborados, tendo como sujeitos mulheres detentas e cujo enfoque foi a maternidade e a transmissão vertical das DST/Aids. No entanto, as questões selecionadas para este trabalho, apontam diretamente a sexualidade destas mulheres sob a influência das relações de gênero e sua prevenção às DST/Aids. Para tanto, baseamo-nos em referenciais teóricos que abordam a condição da mulher na sociedade, fortemente relacionada ao gênero, direitos humanos e conseqüentemente, a vulnerabilidade às DST/Aids.

OBJETIVOS

- levantar qual a opinião que as mulheres detentas têm sobre sua sexualidade, condições e fatores atrelados à Aids, gênero e poder, bem como a gravidez em seus relacionamentos afetivos e sexuais, tanto dentro como fora do ambiente prisional;
- orientar essas mulheres, quanto à vulnerabilidade às DST e Aids, em detrimento à prática do sexo não seguro, na cadeia e fora desta, que viabiliza a contaminação do HIV

e outros patógenos, considerando seus conhecimentos e habilidades que já possuem em torno do assunto;

- correlacionar práticas sexuais de maior risco ao contágio do HIV e agentes causadores das DST, considerando: freqüentes trocas de parceiras(os) dentro e fora da cadeia, a prática do bissexualismo e a reincidência ao crime e a prisão favorecedora do trânsito destas doenças, do meio prisional às ruas e vice-versa;
- incentivar as mulheres detentas a tornarem-se agentes multiplicadoras de conhecimentos e comportamentos adequados relativos à negociação de práticas sexuais mais seguras entre parceiros(as), considerando viverem na marginalidade, meio onde predominam a promiscuidade sexual e o uso drogas, inclusive injetáveis.

METODOLOGIA

Trabalhamos com 14 mulheres detentas em uma cadeia pública feminina, localizada em uma cidade do interior paulista, estando, mais da metade na faixa etária de 18 a 34 anos, todas mães, com 01 até 05 filhos, sendo duas homossexuais ativas, a maioria condenada por tráfico de drogas, vivendo em regime fechado de prisão. Desenvolvemos uma Pesquisa Ação humanista, participativa e qualitativa, atendendo aos preceitos éticos e o rigor científico, utilizando entrevista individualizada, com gravação, em fitas K-7 autorizada por escrito, pelos sujeitos participantes, com posterior transcrição, análise e interpretação de suas falas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o quadro 1, quase metade das mulheres é solteira e as demais, viúvas, separadas ou amasiadas. As catorze detentas pesquisadas são mães, inclusive uma estava grávida de 22 semanas por ocasião da entrevista. A maioria com idade entre 18 e 34 anos, católicas, com baixo nível de escolaridade. Mais da metade afirmou não ter passado pela experiência de aborto e atuar no mercado informal antes de ser presa. Do total de mulheres entrevistadas, duas encontravam-se doentes enquanto na prisão, uma com tuberculose ativa e outra com câncer hepático.

De acordo com as respostas do quadro 2, mais da metade das mulheres (8) afirmou que foi ou ainda é o(a) parceiro(a), quem manda mais na relação amorosa, quem comanda o relacionamento sexual ao assumir o papel de agente ativo (masculino), exercendo maior poder nas relações afetivas e sexuais. Esta dominância do masculino nas relações amorosas, é mencionada por outros autores,¹¹ que corroboram os resultados acima mencionados, ao publicarem que, embora se deva considerar a heterogeneidade de mulheres e a complexidade de relações de poder, o papel mais comum da mulher nas relações afetivo-sexuais é o da subordinação com baixo grau de poder de decisão, o que a torna mais vulnerável a infecção pelo HIV e outros agentes das DST. Três detentas responderam, no entanto, serem delas o domínio, o controle na relação com o parceiro, sendo que apenas duas

QUADRO 1 – Identificação pessoal das mulheres detentas.

Suj. N.º	Est. civil					N.º filhos					Idade					Religião*				Aborto			Escolarid.*		* Profiss.		
	S	C	V	O	T	1	2	3	4	=5	T	18-34	35-40	41-50	T	C	Cv	T	S	N	T	F	EM	T			
01				X			X					X				X					X	X		I	I	C	
02			X					X					X			X					X	X		X			do lar
03	X						X					X				X					X	X					vendas
04		X						X					X			X					X	X					comerciante
05	X								X					X		X					X	X					vendedora
06			X				X						X			X					X	X		X			doméstica
07	X						X					X				X					X	X					lactarista
+08				X			X					X					X				X	X					comerciant
09	X						X					X				X					X	X					ruralista
10		X							X			X				X					X	X					do lar
11				X				X				X				X					X	X					do lar
12				X					X			X				X			X			X		X			faxineira
13	X								X				X			X						X					do lar
++ 14	X						X					X				X					X	X					autônomo
T	6	2	2	4	14	3	3	4	3	1	14	8	4	2	14	13	1	14	6	8	14	10	1	3	14		hoteleria

(*) Religião: C= Católica; Ev= Evangélica; O= Outra (***) Escolaridade: F= Fundamental; EM= Ensino Médio; C= Completo; I= Incompleto + Gestante no 5º mês de gravidez com Ca de fígado, em tratamento quimioterápico
 ++ Paciente com tuberculose ativa em tratamento na cadeia.

QUADRO 2 - Respostas referentes à questão – Na sua relação com o(a) parceiro(a), quem manda mais?

Suj.	Quem manda mais
01	"os dois."
02	"é ele, porque ele tem muito poder de perseverança...ele quer uma coisa, ele fica, fica... acho que ele manda um pouco mais."
03*	"acho que é a minha parceira, tudo ela comanda..."
04*	"olha, eu tentava ser o macho. que eu gosto de ser o macho... mas, aconteceu que ela quer ser o macho, então a gente tá jogando de igual pra igual na cama..."
05	"era eu."
06	"era mais ele."
07	"era ele."
08	"ah, ele, né."
09	"ele."
10	"eu."
11	"ele..."
12	"eu."
13	"acho que era ele, né."
14	"nós dois iguais."

* Parceiras homossexuais na cadeia.

outras, declararam uma relação igualitária de poder. Dois sujeitos desta pesquisa, são mulheres homossexuais, que se relacionam entre si e suas falas denotam que ambas, têm preferência a ocuparem o papel masculino na relação, havendo porém, dominância de uma delas, mesmo quando ele afirma ser o contrário. Numa abordagem sobre o padrão igualitário nas relações heterossexuais, Luz, 1982¹², chama-nos a atenção para o fato de que nem mesmo nos relacionamentos homossexuais, existe uma equidade de poder de decisão e controle.

Ao responderem sobre quem começava a relação sexual, oito mulheres, conforme consta no quadro 3, disseram ser os(as) parceiros(as) os donos da iniciativa. Este achado, condiz com resultados de pesquisa realizada por Pinotti, 1998¹³, onde afirma faltarem *modelos positivos de relacionamento de apoio mútuo entre mulheres e homens*, ao considerarmos que o Brasil sustenta uma cultura de dominação masculina, para o ato sexual, sendo o homem quem escolhe lugar, hora e condições.(p.1) Porém, duas

detentas mencionaram que eram elas mesmas que começavam o relacionamento sexual, enquanto a fala de três sujeitos, denotou situação igualitária, ou seja, alternância de iniciativas entre o casal, sem dominância de qualquer uma das partes. Uma detenta, no entanto, nada respondeu.

Quanto à liberdade sexual com o(a) parceiro(a), quase a totalidade dos sujeitos afirmou que se sentiam ou sentem-se à vontade com o(a) parceiro(a). Apenas uma mulher homossexual, embora não tenha dado uma resposta explícita, deixa subentendido em sua fala, que a impulsividade da parceira diminui-lhe as chances de expressar suas próprias vontades, sobre sexualidade e o sexo em si, o que inclusive, causa-lhe sensação de medo. De certo modo, o significativo número de respostas confirmando a existência de liberdade sexual das mulheres detentas com o(a) parceiro(a), parece contrariar os resultados obtidos na pergunta sobre quem toma a iniciativa na hora do sexo, onde a maioria demonstra perfil submisso ao(a) parceiro(a), não se sen-

QUADRO 3 - Respostas referentes à questão – Na hora do sexo, quem começa?

Suj.	Quem começa
01	"o companheiro."
02	"ah, de repente é eu que começo, de repente é ele."
03*	"é sempre ela."
04*	"eu que começo sempre... porque eu sou tarada. eu não consigo ficar sem sexo. sexo pra mim, é como arroz e feijão. sou tarada, tarada, louca, louca, louca... gosto de novidades."
05	"as vezes eu., as vezes ele começava."
06	"sempre eu."
07	"era ele quem começava sempre."
08	"sempre é ele."
09	"era os dois."
10	"ele é que começa na hora do sexo."
11	"ele ."
12	"é reservado, né."
13	"sempre é ele."
14	"ah , ele começava."

* *parceiras homossexuais na cadeia*

QUADRO 4 - Respostas referentes à questão – Você tem liberdade sexual com seu(a) parceiro(a)?

Suj.	Você tem liberdade
01	"tenho."
02	"a gente tem total liberdade. tenho liberdade de falar que eu não quero...ele também. a gente têm uma relação aberta."
03*	"ela é muito atirada, ela é muito louca... tem hora que eu tenho medo."
04*	"tenho."
05	"sim. liberdade total."
06	"eu tinha liberdade... procurava para fazer amor."
07	"tinha."
08	"tenho. a gente conversa bastante."
09	"tinha liberdade... eu tinha, ele tinha. já começava beijar e já ia pro clima. os dois juntos."
10	"tenho liberdade com o parceiro . . . ele não acha ruim."
11	"eu tenho liberdade."
12	"tenho."
13	"sim."
14	"eu tinha sim , liberdade."

* *Parceiras homossexuais na cadeia.*

tindo a vontade para tomar iniciativa na relação sexual, o que reforça a concepção de que há diferenças entre homens e mulheres em termos de valores e práticas relacionadas à sexualidade.¹⁴

O quadro 5, registra nove mulheres como habituadas a dialogarem com seus(uas) parceiros(s) sobre sexo. Três sujeitos, porém, nada responderam a respeito, supostamente por vergonha e por não se permitirem para falar sobre este assunto. Duas mulheres, disseram não conversarem a respeito de sexo com o(a) parceiro(a).

Neste sentido, tanto o silêncio, quanto, a falta de diálogo com o(a) parceiro(a) podem ser fundamentados pela abordagem feita por Guimarães, 1996², sobre a estrutura da identidade feminina, ao enfatizar que a mulher carrega o estereótipo do silêncio, do ocultamento, entendidos como naturais e que acompanham sua sexualidade em todas as fases da sua vida. Esta identidade, lembra a autora, decorre de parâmetros sociais vigentes e decorrentes de fatores sócias e culturais históricos.

Observamos também, clara contradição entre as respostas

das detentas homossexuais, parceiras no sexo e na prisão, sendo que uma delas, expressou medo no âmbito das relações sexuais do casal e desconhecimento a respeito da aids.

Quando indagadas como preveniam a gravidez (antes da prisão), vimos pelo quadro 6, que quatro mulheres tomavam pílula anticoncepcional; duas afirmaram que seus parceiros usavam camisinha e duas fizeram laqueadura. Mas, duas detentas afirmaram respectivamente nunca ter se prevenido e dificuldade à prevenção, e quatro não responderam a pergunta, mesmo sendo todas mães, inclusive as homossexuais. Já em relação à prevenção das DST e Aids, nove entrevistadas disseram que nunca se preveniram e, os motivos foram: falta de tempo, machismo do parceiro, consciência do casal quanto ao risco, desnecessidade, confiança/fidelidade e dificuldade não definida.

Em detrimento deste resultado, torna-se interessante destacar o que Barbosa, 1999, publicou a respeito da percepção de risco que as mulheres em geral, têm sobre o contágio pelo HIV. A autora, menciona que a inabilidade feminina de comunicação

QUADRO 5 - Respostas referentes à questão - Vocês conversam sobre sexo?

Suj.	Conversam
01	"não."
02	"sim."
03*	"aqui, a gente não está conversando nada sobre nada."
04*	"conversamos sim. temos medo...sinto-me até defasada no conhecimento da aids."
05	"conversamos."
06	"conversamos."
07	"conversava."
08	"a gente conversa bastante."
09	"conversava."
10	"conversamos."
11	não respondeu.
12	não respondeu.
13	"conversamos muito pouco."
14	não respondeu.

* Parceiras homossexuais na cadeia.

QUADRO 6 - Respostas referentes à questão - Como se previnem contra a gravidez e DST/Aids?

Suj.	Como previnem gravidez	Como previnem DST/Aids
01	"pílula anticoncepcional."	"não uso nada."
02	"laqueadura."	"difícil, porque o homem é machista. contra a aids, nós dois é que temos que ter consciência."
03*	não respondeu.	"...a respeito de hiv, não tive tempo ainda."
04*	não respondeu.	"não prevenimos."
05	"nunca prevenimos."	"nunca precisamos prevenir."
06	"laqueadura."	"através de camisinha."
07	"usando camisinha."	"usando camisinha."
08	não respondeu.	não respondeu.
09	"tomava pílulas."	"eu tinha relação só com ele e ele só comigo."
10	não respondeu.	não respondeu.
11	"é muito difícil, né."	"é muito difícil, né."
12	"tomo anticoncepcional."	"a gente tem confiança um no outro."
13	"anticoncepcional."	"contra doenças venéreas, não. a gente tinha confiança um no outro. contra a aids, nós dois nunca usamos camisinha."
14	"usávamos preservativo."	"preservativo."

* Parceiras homossexuais na cadeia.

sobre sexo com seus parceiros, dificulta-lhe a avaliação do risco que estes podem apresentar; que inicialmente, elas desejem dizer *não* ao sexo arriscado, porém, isso nem sempre acontece; e que, para a maioria das mulheres, o *amor* torna-se incompatível com o uso do condom, mesmo quando o risco é conhecido, justificando também sua fidelidade e o não abandono do(a) parceiro(a) sexual.¹⁵ Três mulheres referiram-se ao uso do preservativo masculino e duas nada responderam. De acordo com Gómez e Marín, 1996¹⁶, ainda é mais fácil às mulheres, especialmente latinas, negociar o uso de preservativo pelo parceiro como método contraceptivo do que como forma de prevenção das DST e Aids.

CONCLUSÃO

O avanço da aids sobre populações socialmente excluídas, como entre mulheres detentas, tem sido observado como uma tendência desde o início da epidemia. O processo de exclusão

social torna estas mulheres mais vulneráveis a disseminação do HIV e expansão da epidemia da aids entre elas. Sua vulnerabilidade às DST e Aids, está inter-relacionada a alguns fatores como: ao comportamento individual no contexto das relações de gênero, onde na maioria das vezes, o parceiro ocupa papel de dominador e controlador na relação afetiva e sexual; as informações sobre a infecção e formas de prevenção; assim como, aos meios concretos para transformar informação em ações.

Nas cadeias femininas, as possibilidades de acesso das mulheres às condições capazes de reduzir sua vulnerabilidade às DST e Aids, são remotas, mesmo existindo em nosso país esforços políticos que definem prioridade ao combate ao HIV dirigido à mulher, favorecendo a adoção de medidas de proteção. Deste modo, inseridas no contexto de reclusão, caracterizado pela pressão do regulamento interno e privação dos direitos humanos, sua exposição a riscos, é reforçada por comportamentos anteriores a prisão como: o sexo não seguro em relações heterossexuais

com múltiplos parceiros e em relações estáveis monogâmicas, promiscuidade sexual como meio de vida, dependência de drogas, compartilhamento de agulhas e seringas no uso de drogas ilícitas injetáveis, uso habitual e confecção de tatuagens sem cuidados assépticos, o bissexualismo, o homossexualismo, a violência sexual caracterizada por abuso ou estupro vivenciada em diferentes fases de sua vida.

Neste conjunto de situações, evidencia-se sua falta de poder, condição de subjugação e opressão, perfil da mulher delituosa discriminada pela sociedade patriarcalista, pelo sistema penal que privilegia o modelo masculino e, pelo Estado omissivo, quanto a fazer valer os direitos humanos e específicos da mulher, ao bem cumprir seu papel punitivo por meio do encarceramento de homens e mulheres marginais, no entanto, talvez, com maior rigor em relação ao "sexo frágil".

Evidenciamos que, no meio prisional feminino, não somente há carência de programas de educação preventiva às DST e Aids, assim como, de outros programas que contemplem o atendimento de necessidades específicas da saúde da mulher, e que favoreçam seu esclarecimento quanto aos direitos humanos, sexuais, reprodutivos, legais e outros. Entendemos portanto, que a atuação de uma equipe multiprofissional habilitada a prestar-lhes apoio emocional, deveria ser direcionada também, a todo o contingente de mulheres em reclusão prisional em nosso país. Isto, muito contribuiria para sua conscientização da vulnerabilidade às DST e Aids e a outras doenças, as quais todas as mulheres encontram-se expostas. Entendemos ainda, que a médio ou longo prazo, ações educativas nesta área, favorecem mudanças de comportamentos de risco às DST e Aids, ao considerarmos as fortes influências de gênero e na tomada de decisão para o sexo seguro, aumentando a auto-estima das detentas e proporcionando-lhes reflexões no sentido de melhorarem seu poder de negociação junto aos (as) seus(uas) parceiros(as) no contexto das relações afetivas e sexuais, dentro e fora da prisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BANDEIRA L. Nas relações de gênero e sexualidade. In: GIFFIN K. & COSTA S. *Questões da saúde reprodutiva*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, p. 181-197, 1999.
2. GUIMARÃES K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER R. & GALVÃO J. org. *Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Relume-Dumará, IMS/UERJ, p.89-113, 1996.
3. CARDOSO R. Cem anos de luta pela participação social. *Estado de São Paulo*, São Paulo, 31 dez. 1999. p. H11.
4. ALBANO C; MONTERO P. Anatomia da violência. In: LUZ MT. et al. *O lugar da mulher* (estudos sobre a condição feminina na sociedade atual). Rio de Janeiro: GRAAL, Rio de Janeiro. v.1, p.107-126, 1982.
5. ALAMBERT Z. A metodologia do trabalho com mulheres. In: HEILBORN ML. et al. *Mulher e políticas públicas*. Rio de Janeiro, IBAM/UNICEF, 1991. p.93-108.
6. MICHEL A. *Não aos estereótipos*. Tradução por Zuleika Alambert e Violette Nagib Amâry. São Paulo: Conselho Estadual da Condição Feminina, 1989.
7. GIFFIN K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública*, v.10, p. 146-155, 1994.
8. VERARDO MT. *Sexualidade uma tentativa de destruição violentada*. São Paulo: O Nome da Rosa, 2000. 96p.
9. OPÇÕES para todos os gostos. *ISTO É*, São Paulo, n.1563 A, p.26-27, 1999.
10. KLINKE A. Nosso amor a gente inventa: em tempos de bebês por encomenda e ainda sob ameaça da aids, vão imperar o sexo seguro e o aprofundamento das diferenças entre homem e mulher. *ISTO É*, São Paulo, n.1579, p.56-7, 5 jan. 2000.
11. TRAVERS M. & BENNET L. Aids, woman and power. In: SHERR L., HANKINS C. & BENNET L (ed) *Aids as a gender issue. Psychosocial Perspectives*, London, Taylor and Francis, p. 64-77, 1996.
12. LUZ, MT. O lar e a maternidade: instituições políticas. In: LUZ MT. et al. *O lugar da mulher* (estudos sobre a condição feminina na sociedade atual). Rio de Janeiro: GRAAL, 1982. v.1, p.9-31.
13. PINOTTI JA. Aids e mulher. *Rev. Ginecol Obstetr.* v.9, p.1-2, 1998.
14. GIFFIN K. & LOWNDES CM. Gender, sexuality and the prevention of sexually transmissible diseases: a brazilian study of clinical practice. *Soc Sci Med.* 48:283-292, 1999.
15. BARBOSA RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: PARKER R. & BARBOSA R. (org.) *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades, poder*. Ed. 34, IMS/UERJ, São Paulo, p. 73-88, 1999.
16. GÓMEZ CA & MÁRIN BVO. Gender, culture and power: barriers to HIV prevention strategies for women. *Jo Sex Res.* 33:355-362, 1996.

Endereço para correspondência:

Annecy T Giordani
Av. do Café 1695. - Bloco C.
Apt° 101 - Jd. Monte Alegre.
CEP: 14.050-230 - Ribeirão Preto/SP.
E-mail: annecy@eerp.usp.br

XIV INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE

6-13 July 2002 - Barcelona

E-mail: aids2002@aids2002.com

www.aids2002.com

PESQUISA EM Aids: DIFICULDADES DE ADESÃO PELOS INDIVÍDUOS SORONEGATIVOS

AIDS RESEARCH: ADHESION DIFFICULTY FOR HIV-NEGATIVE INDIVIDUALS

Fernanda P Santos¹, Alcyone A Machado²

RESUMO

O momento da comunicação do diagnóstico sorológico para a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) aparece como uma forma de "sentença de morte" podendo desencadear depressão, medo de uma doença crônica, debilitação física e mental e o terror de sofrer uma morte prematura. Objetivando analisar as causas de não adesão e as dificuldades dos participantes de um estudo sobre as alterações psicológicas e de qualidade de vida, este trabalho foi realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, SP, através da aplicação do questionário WHOQOL-100 no momento do primeiro exame sorológico e 6 meses após o diagnóstico de presença ou não de anticorpos contra o HIV. O instrumento é composto de 100 questões em uma escala de respostas do tipo Likert, definidas por seis domínios e 24 facetas. Um número significativo de indivíduos soronegativos (39/90-43,3%) não compareceu, embora tenham sido contatados. Vinte e cinco confirmaram verbalmente a não disposição em colaborar com a pesquisa, destes, 8 foram remarcados para outra data e não compareceram. Seis dos sujeitos (6,6%) não compareceram por dificuldade de transporte e 8 (8,8%) não foram localizados. Concluímos que: programas de controle e prevenção deveriam levar em consideração as particularidades da população a ser atingida, em especial estigmas e preconceitos; profissionais da saúde deveriam ser preparados para uma melhor interação com a população alvo; equipes direcionadas para a prevenção do HIV/Aids deveriam ser multidisciplinares e comprometidas em estimularem a mudança de comportamento; clientes deveriam ser lembrados das responsabilidades frente à sua saúde.

Palavras chaves: HIV/Aids, soronegativos, prevenção

ABSTRACT

The communication moment of the serological diagnosis for the infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) appears as a "death sentence" form what could promote depression, fear of a chronic disease, physical and mental debilitation and the terror of suffering a premature death. Objectifying to analyze the causes of the non-adhesion and the difficulties of the participants of a study on the psychological alterations and life quality, this work was done in The Testing and Counseling Center of the Municipal Department of Health in Ribeirão Preto-SP, through the questionnaire application WHOQOL-100 at the moment of the first serological exam and 6 months after the diagnosis of presence or not of antibodies against HIV. The instrument is made up of 100 questions in a scale of Likert type answers, defined by six domains and 24 facets. A significant number of HIV-Negative individuals (39/90-43,3%) didn't attend, however they have been contacted. Twenty-five have verbally confirmed the not disposition to collaborate with the research, which 8 were scheduled for other date and didn't attend. Six of the individuals (6,6%) didn't attend because of transportation difficulty and 8 (8,8%) were not found. We conclude that: control and prevention programs should consider the population particularities, especially stigmas and prejudices; professionals of health must be prepared for a better interaction with the population aimed; teams for HIV/Aids prevention must be multidisciplinary and promised to stimulate the change of behavior; clients must be reminded of responsibilities front to their health.

Key words: HIV/Aids, soronegatives, prevention

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 13(5): 43-45, 2001

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de uma doença incurável como a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) suscita uma série de sentimentos no indivíduo, tais como: medo, raiva, desespero, culpa, solidão, além da morte dos próprios sonhos, instalando-se uma crise emocional.¹

O paciente que busca fazer o exame voluntariamente demonstra ser capaz de: reconhecer em si mesmo o risco de estar com uma doença fatal e preconceituosa, sofrer a longa espera do resultado do exame, admitir à sociedade que se submeteu ao exame, aceitar os riscos das perdas sociais, aceitar as complicações psicológicas de um resultado positivo e voltar ao

lugar do exame para o retorno.² Isto demonstra as implicações psíquicas pelas quais o indivíduo passa ao realizar exame sorológico para pesquisa de anticorpos contra o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) independente do resultado.^{2,3} Ao realizar o exame uma série de vivências psicológicas exigindo diferentes cuidados e atenção para esses indivíduos, o primeiro está ligado a reação ao diagnóstico, fase de exposição a uma grande dose de estresse, nem sempre a estrutura psicológica para suportar, correndo risco de haver situações de suicídio ou ato desordenado, por isso o suporte psicológico nesse período de realização do exame até a comunicação do resultado torna-se de suma importância.^{1,2}

Vale lembrar que muitas vezes há a necessidade de se submeter ao teste sem estar esperando por essa situação, a exemplo de quando há a morte de um companheiro que estava infectado, por ocasião do pré-natal ou do parto, e outras condições em que se faz necessário saber o estado sorológico do indivíduo.²

O momento da comunicação do diagnóstico aparece como uma forma de "sentença de morte" podendo desencadear, nesse período,

¹ Mestranda pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/ Bolsista Fundação Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo.

² Professora Dr^a junto ao Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Trabalho realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento do Município de Ribeirão Preto, São Paulo.

Bolsa de mestrado cedida pela FAPESP

sintomas depressivos, medo de uma doença crônica, debilitação física e mental e o terror de sofrer uma morte prematura.^{2,4}

Este trabalho tem como objetivo analisar as causas de não adesão e as dificuldades encontradas pelos sujeitos, participantes de um estudo sobre as alterações psicológicas e de qualidade de vida, os quais haviam se submetido ao exame sorológico para pesquisa de anticorpos contra o HIV (exame anti-HIV), contextualizando-os no retorno de seis meses após terem realizado o teste.

POPULAÇÃO E MÉTODO

Este trabalho é parte de um estudo maior, que vem sendo realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, no qual está sendo avaliada a qualidade de vida de indivíduos submetidos ao exame anti-HIV. Para tal optamos, como instrumento, pelo questionário de qualidade de vida WHOQOL-100. Este instrumento é composto de 100 questões, as quais, foram criadas em uma escala de respostas do tipo Likert tais como: intensidade, capacidade, frequência e avaliação, enfocando três aspectos fundamentais: subjetividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas e negativas, definidas por seis domínios e 24 facetas.⁵

Foi aplicado o questionário em 102 pessoas em dois momentos: no momento do teste anti-HIV e 6 meses após o diagnóstico de presença ou não de anticorpos contra o HIV. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: ambos os sexos; que procurou o serviço (CTA) para fazer o exame anti-HIV; faixa etária entre 18 e 45 anos; ausência de sintomatologia psicótica ou déficit cognitivo; aceitação expressa em participar do estudo.

Das 102 pessoas entrevistadas, 39 indivíduos que eram soronegativos não retornaram para a segunda aplicação do questionário. Selecionamos estes sujeitos para avaliar as principais causas da não aderência à pesquisa, relacionando-as com as dificuldades de prevenção e mudança de comportamento para a infecção pelo HIV/ Aids.

RESULTADOS

Dos 102 sujeitos participantes da pesquisa realizada no CTA de avaliação de qualidade de vida após devolutiva do teste anti-HIV, 90 indivíduos foram negativos para a pesquisa de anticorpos. Destes 90 sujeitos soronegativos um número significativo não compareceu (39/90-43,3%), embora tenham sido contatados por telefone por cerca de três vezes consecutivas.

Conforme pode ser visto na tabela 1, 25 sujeitos confirmaram verbalmente a não disposição em colaborar com a pesquisa, ainda assim oito indivíduos foram marcados para outra data por duas vezes após entrevista em que externaram o desejo de colaborar e apesar disso, não compareceram sem dar nenhum tipo de aviso. Seis dos 39 sujeitos soronegativos (6,6%) não compareceram por dificuldade de transporte e oito (8,8%) destes não foram localizados por mudança de endereço ou telefone, inviabilizando o contato.

DISCUSSÃO

Nessa amostra constata-se as grandes dificuldades que a pesquisadora encontrou para que os indivíduos soronegativos colaborassem com o seu trabalho. Este estudo mostra que, independente do resultado de sorologia negativa ou positiva, ainda existem muitos preconceitos e estigmas em relação à aids. O preconceito dificulta os cuidados com a saúde e assim não se consegue estabelecer uma prevenção sistematizada que possibilite a mudança de comportamento no indivíduo, pois invadem o estilo de vida, dependendo do sistema de crenças sobre a denominação de "sexo seguro". A literatura^{2,6,7} tem apontado

que a mudança de comportamento não envolve apenas questões socioculturais, mas fatores psicológicos influenciam na decisão de cuidar-se ou não. Dentro desse aspecto enfoca-se questões profundas ligadas a auto-imagem, auto-estima, e ao autocuidado, por isso submeter-se ao exame anti-HIV é considerado um momento muito estressante até a devolutiva do resultado.^{4,6}

Constatamos a grande dificuldade dos indivíduos em retornarem ao CTA para a segunda aplicação do questionário, reforçando as questões do medo e estresse que vivenciaram ao submeterem-se ao exame anti-HIV. Considerando que esses indivíduos obtiveram o resultado de sorologia negativo, não se sentem comprometidos com a pesquisadora.

Diversos estudos mostram que a não aderência ocorre universalmente, tanto em países ricos como em países pobres, ocorrendo mesmo com as doenças de alto risco, levando em conta a doença, o doente, o tratamento e, a prevenção e transmissão sendo peculiar a cada patologia.⁶ Compreender como ou porque não há a aderência é um passo importante para podermos nortear a elaboração de novas estratégias de prevenção para o HIV/Aids, mas há ainda um vazio de informações sobre os cuidados e tratamento da aids. Devido à vulnerabilidade de transmissão do HIV é necessário que o campo da prevenção seja mais explorado e estudado entre os profissionais da saúde.

Parece haver um certo grau de dificuldade em criar vínculo junto aos profissionais da saúde por parte da população soronegativa aqui apresentada, o que pode ser justificado, em parte, pelo fato deste grupo já ter esclarecido suas dúvidas sobre o risco de estarem infectado pelo HIV/Aids, e conseqüentemente, não verem a necessidade de retornarem ao serviço.

A realização do exame e o "recebimento" do resultado são cercados de estresses, medos e incertezas,^{2,4} as reações emocionais são as mais diversas podendo sofrer uma forte carga emocional e freqüentemente até idéias de morte e quadros de ansiedade e depressão até o resultado da sorologia,⁸ o que pode ter dificultado o retorno dos sujeitos ao local e conseqüentemente reviverem ou relembrem de todo estresse e incertezas.

Podemos refletir, no presente estudo, o quanto o controle e a prevenção da infecção pelo HIV deparam em uma série de estigmas e preconceitos que interferem na adesão e na mudança de comportamento da população. Importante lembrar que o resultado de sorologia negativa não garante a mudança de comportamento do indivíduo, podendo haver novos riscos de contaminação pelo HIV, mesmo que orientados pela equipe que presta atendimento no CTA, e na entrevista com a pesquisadora.

No decurso de 15 anos de luta para a prevenção do HIV/Aids foram levantadas umas séries de reflexões sobre os fatores psicossociais que afetam a prevenção além das questões referentes à vulnerabilidade social. Vivemos em uma sociedade cuja sua organização é complexa tendo problemas em função do crescimento populacional e desigualdade na distribuição de rendas, com o surgimento da aids essas diferenças sociais dificultam a prevenção, pois cada vez mais os portadoras do HIV se tornam excluídas da sociedade. Mas geralmente isso ocorre pela dificuldade de se levar a informação nas camadas sociais de baixa renda, simplesmente pelos problemas sociais do Brasil.

Diante de tantas dificuldades, vale lembrar o quanto estamos distantes do controle da transmissão do HIV, não apenas dispensando informações, mas ações diretas que mobilizem as comunidades para a mudança do comportamento e na diminuição dos preconceitos estigmas em relação à aids.⁹

Há muitas crenças e estigmas sobre a saúde e a doença, sobre a sexualidade e gênero, todos esse fatores são subjetivos e devem ser estudados e divulgados com muita cautela para cada grupo social. A maneira como cada grupo ou comunidade constroem o conhecimento a respeito da Aids, como lidam com a falta de serviços de saúde que

facilitem o acesso ao preservativo, ou o aconselhamento ou o acesso ao exame anti-HIV são também graves conseqüências que dificultam a prevenção do HIV/Aids.^{6, 10}

Compreende-se também que apesar da existência de serviços públicos de saúde com qualidade não se consegue eliminar a pobreza e a falta de informação, não sendo possível determinar com quem o sujeito teve relação sexual, o tipo de parceiro e de se constatar com fidedignidade qual é o comportamento de risco daquele sujeito para a contaminação do HIV/Aids.⁶

Considera-se também que não apenas a informação é necessária para prevenir a disseminação do HIV/Aids, pois a aderência aos programas de pesquisa e prevenção deve ser modificada diante da realidade da população. Faz-se necessário despertar a responsabilidade e comprometimento do indivíduo com sua saúde levando em conta as particularidades e diferenças de cada um. Outro aspecto importante é a questão do diálogo, buscando interação com o paciente, para que se possa passar de forma não autoritária e amigável o aconselhamento. Os profissionais da saúde precisam respeitar o indivíduo como alguém que possui seu próprio ritmo e estilo de vida, tornando acessível a este comunicar seus medos e dificuldades diante de um comportamento de risco para se infectar pelo HIV.

Acreditamos que o mais importante nas questões de adesão e prevenção para o HIV/Aids esteja direcionado para uma equipe multiprofissional, na qual haja disponibilidade interna para estimular a população à mudança de comportamento e prevenção a infecção do HIV/Aids.

TABELA 1

Principais problemas encontrados na amostra de indivíduos soronegativos para a segunda aplicação do questionário

Principais problemas	Número de indivíduos (%)	
Desinteresse	25	(27,7)
Mudança de endereço/ telefone	8	(8,8)
Dificuldade de transporte	6	(6,6)
Total	39	(100)

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou a reflexão sobre algumas estratégias que possibilitem maior adesão da população aos programas de pesquisa e prevenção para a aids:

- programas de controle e prevenção deveriam levar em consideração as diferentes particularidades da população a ser atingida, em especial os estigmas e preconceitos;
- os profissionais da saúde deveriam ser preparados para uma melhor interação com a população alvo;
- as equipes direcionadas para a prevenção do HIV/Aids deveriam ser multidisciplinares e comprometidas para estimularem a mudança de comportamento;
- os clientes deveriam ser lembrados de suas responsabilidades frente à sua saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PERRY, S. W. *et al.* Psychological responses to serological testing for HIV. *Aids*, 4 (2) 177-186. 1995.
2. LOPES, M. S. *Estudo qualitativo de características psicossociais de pacientes HIV positivos*. Campinas, Tese (mestrado). Unicamp. 1992.
3. SHERR, L. Suicide and Aids: lessons from not audit in London. *Aids Care*, 7(2) 177-183. 1993.
4. MELLO FILHO, J. Aids, o doente, o médico e o psicoterapeuta. In: Mello Filho, J. *et al.* *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
5. FLECK, M.P.A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1) 19-28. 1999.
6. TEIXEIRA, P.R. *et al.* *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Neaids, 2000.
7. COHEN, C.; FAIMAN, C. J. Aids: Ataque ao sistema de defesas psíquicas. *Bioética* 1 : 67-70. 1993.
8. FERREIRA, C. V. L. *Conversando com o paciente HIV positivo: um estudo clínico* Campinas, Tese (doutorado). Unicamp. 1992.
9. GREEN, G. *et al.* Now and again it really hits me: The impact of an HIV-positive diagnosis upon psychosocial well-being. *Journal of Health Psychology*, 1(1):125-141. 1996
10. OLIVEIRA, M.L. Comportamento de risco para contração e disseminação do HIV Entre pacientes em atendimento especializado do Centro de Saúde Escola. *Ribeirão Preto*, 1996. Dissertação (mestrado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:

Alcyone A Machado
Avenida dos Bandeirantes 3900
CEP 14040-901 - Ribeirão Preto- SP- Brasil
E-mail: fpessolo@terra.com.br

DST 4 - MANAUS - 2002

1 a 4 de setembro

www.fuam.am.gov.br/congressodst

PESQUISA – AÇÃO SOBRE SEXUALIDADE, DST/AIDS COM ENFERMEIROS PROFESSORES DE ESCOLA DE ENFERMAGEM

RESEARCH - ACTION ABOUT SEXUALITY, STD/AIDS WITH NURSE TEACHERS FROM NURSING SCHOOL

Sandra CS Miyasaki ¹, Sônia MV Bueno ²

RESUMO

Este estudo trabalhou uma pesquisa – ação, objetivando verificar quais as dificuldades que os enfermeiros docentes do ensino superior tem para trabalhar questões de sexualidade, DST/ Aids, visando desenvolver ação educativa com eles sobre estas temáticas, enquanto agentes multiplicadores. Para o levantamento de dados, usamos a observação e a entrevista individual norteados por um questionário aberto. Depois da análise dos dados trabalhamos com eles, ações educativas preventivas sobre o assunto utilizando uma metodologia participativa e dialogada, possibilitando análise crítica e reflexiva da realidade, de acordo com referenciais preconizados pela Organização Mundial de Saúde e por Paulo Freire. Para tanto, pesquisamos professores enfermeiros de escola de enfermagem do Estado de São Paulo – Brasil, maioria mulher, solteira, entre 27 a 39 anos de idade, média de 10 anos de serviço, havendo entre elas 3 especialistas, 4 mestres e 2 doutorandas. Organizamos os dados em quadros e o conteúdo foi analisado por categorização, qualitativamente, possibilitando melhor compreensão e interpretação das falas expressas pelos sujeitos pesquisados. Disto apreendemos que os enfermeiros pesquisados revelaram conhecimento relativo sobre sexualidade, DST/Aids, demonstrando preocupação com o quadro atual da saúde pública individual e coletiva sobre estas questões advertindo sobre a importância da integração de esforços dos segmentos sociais, na cumplicidade do desenvolvimento das ações educativas preventivas nesta área. Concluímos que os sujeitos têm noção básica e real sobre os problemas decorrentes das DST/Aids, entendendo ser complexo lidar com isto. Todavia, há um consenso da necessidade de serem melhor preparados para lidarem com estas questões.

Palavras-chave: Enfermeiro, DST/Aids e Prevenção

ABSTRACT

This study dealt with a research - action in order to check up which problems college nurse teachers have when working subjects as sexuality. STD/Aids with the purpose of developing an educational action with them about that as multipliers agents. For gathering the data we used watching technics and individual interview handling them an open questionnaire. After analysing the data we worked with them through preventing educational action about the subject making use of a participating methodology expressed in the form of a dialogue, what allowed us a critical and reflexive analyses of reality, according to World Health Organization's and Paulo Freire's forecasted references. We researched nurse teachers of nursing schools from São Paulo State - Brazil mainly women between 27 and 39 years old, about 10 year working experience in a group of 3 specialist, 4 masters and 2 taking doctorate. We organized the data in charts and the contents were analysed by categories and concerning quality, allowing a better comprehension and interpretation of the interviewed people's speeches. We inferred that the researched nurses revealed a relative knowledge about, sexuality, STD/Aids, showing a troublesome scene for individual and general public health concerning problems that warn about the importance of integration efforts among social segments, sharing attitudes in order to develop educational preventing actions on this point. We got to the conclusion that people have basic and true idea on the troubles concerning STD/Aids, we know it's very complicated to deal with it. However, there's a general assent about the necessity of preparing them better so that they can-work with those affairs.

Keywords: Nursing, STD/Aids, prevention

ISS: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 13(5): 46-53, 2001

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais é impossível negar as mudanças que andam ocorrendo em nossa sociedade. Estamos vivenciando momentos de crise em relação aos valores éticos e morais, políticos e econômicos. Talvez seja pelo processo acelerado de troca de informações por todo o planeta, pela evolução tecnológica ou pelo próprio processo de urbanização desenfreados.

A América Latina, em apenas vinte anos, inverteu o número de moradores residentes em área urbana. Contava-se 3 para cada 10 habitantes residindo em cidades. E essa urbanização, trouxe conseqüências

para o estilo de vida das pessoas. Citamos, como exemplo, a constituição da família, onde viviam até três gerações, com grande número de indivíduos num mesmo espaço. O que encontramos hoje, é uma família nuclear, constituída de pai, mãe, um ou mais filhos, quando não, há uma família formada de avô (ó) e a criança, pai e filho ou mãe e filho devido a uma separação conjugal.

Acredita-se que esta mudança, na estrutura familiar, afrouxou os laços de união entre seus membros e conseqüentemente, a transmissão de conhecimentos e costumes, ficou enfraquecida. (Vitiello 1995, p.15e16) ¹

Em meio a tantas mudanças, o que passamos a destacar com grande relevância, são aquelas ocorridas no contexto da sexualidade, principalmente dos jovens. Nos deparamos, freqüentemente, com adolescentes que de certa forma, se dizem “traumatizados” por terem se iniciado tão

¹Enfermeira Docente * Enfermeira Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Departamento de Enfermagem Psiquiátrica.

²Profª Drª da EERP-USP/Consultora do Ministério da Saúde (CN DST/Aids)

cedo na prática sexual, sem informação suficiente para evitar as doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou até mesmo uma gravidez indesejada ou não planejada. É realmente, preocupante o número de adolescentes que procuram os serviços de saúde para iniciar um pré-natal, quando não, com sangramento vaginal por causa de um abortamento provocado.

Estes fatos, provocam a necessidade de se pensar em como diminuir estes acontecimentos, onde atuar e de que forma fazê-lo.

Então percebemos que o caminho pode ser pela educação sexual, que é necessária e fundamental.

Todavia, Serapião & Silva (1996)² evidencia que a educação sexual não é um fato novo. De forma geral, tem se manifestado ainda que timidamente, desde os tempos mais remotos embora de forma muito oculta. Sem dúvida, é uma questão prioritária em todos os níveis do processo de ensino e aprendizagem.

É notório que nos dias de hoje, a orientação sexual se faz ainda muito incipiente. Vem causando sérios problemas de ordem social, visto que ultimamente, constatamos um crescente número de gestações não planejadas, a prática desenfreada de abortos, o aumento dos casos de aids e de outras DST.

Assim, reforçamos a necessidade de repensar o ver, o sentir e o agir no que se refere à sexualidade, enquanto dimensão fundamental da integridade humana.

No nosso século, tem ocorrido importantes mudanças no enfoque do comportamento sexual. Embora ainda muito repressora, a sexualidade vem sendo gradativamente, melhor compreendida e já "admiti-se que a sexualidade se manifeste desde o início da vida e que com ela, se desenvolva acompanhando o desenvolvimento geral do indivíduo" (Vitiello, 1995, p.18).¹

SACADURA (1996),³ evidencia que em pleno século XXI, o sexo continua sendo tratado, por muitas pessoas como tabu e como segredo, por inúmeras pessoas. Esse estereótipo tem suas raízes na forma como a sexualidade era e as vezes, continua sendo tratada há séculos.

Repensando estas questões e procurando articulá-las com a educação, entendemos que este processo educativo é muito complexo. Educar, significa formar alguém, proporcionando condições para que esse cresça, não se tornando cópia do educador, mas tornar-se uma pessoa consciente e responsável pelos seus atos. Esta educação, deve ser intensa e contínua. Sendo assim, a "educação sexual sistemática, só pode ser feita por familiares e/ou professores, pois apenas a família e a escola, como instituições sociais (...), conseguem atuar de maneira contínua e duradoura" (Vitiello, 1995, p.15).¹

Se por um lado temos professores e familiares com certas dificuldades para trabalhar a sexualidade, por outro temos a pessoa a ser educada ou principalmente a criança e o adolescente.

Para Castro Neto (1996, p.13)⁴ a adolescência é difícil definir por um único prisma. Sociologicamente falando, a adolescência é o período de transição da dependência infantil para a auto-suficiência adulta".

Não podemos esquecer que, cronologicamente, a adolescência está delimitada, aproximadamente, entre 12 e 20 anos, com grandes variações individuais. Por outro lado o conceito de puberdade passa a ser interpretado como é um fenômeno que ocorre no início desse período. É definido como "período de vida em que o indivíduo se torna apto para procriação, isto é, adquire a capacidade física de exercer a função sexual madura". (Becker 1996, p.18)⁵

Sem dúvida, o jovem atravessa diversas fases em sua vida que, por muitas vezes, é difícil de serem compreendidas por si próprio. Percebe seu corpo tornando proporções inesperadas. As emoções se afloram de formas diferentes e ainda é taxado pelos adultos, de ser conflitante ou rebelde.

As primeiras sensações de excitação sexual, segundo Becker (1996,p27)⁵ são muito estranhas e mágicas ao adolescente. "Além de sentir prazer, ao tocar alguém, ele pode sentir medo, ansiedade e até

culpa (...) é explicado pela teoria Psicanalítica através do conflito edipiano, situação triangular entre pais e filhos, que geraria na criança, amor e ódio". É considerado um período fundamental na estruturação da personalidade e a base da identidade sexual do indivíduo.

Por maior abertura que se tem dado hoje na sociedade para abordar estas questões, ainda encontramos valores morais que restringem bastante a vida sexual do adolescente. Basta lembrar das crenças sobre a masturbação, entendida como algo que "produz fraqueza e problemas mentais", a da homossexualidade, vista como "doença grave". Por outro lado, essa mesma sociedade, estimula cada vez mais a liberação sexual, evidenciando-a através da mídia, por vezes, utilizando-a como objeto de consumo.

Todavia, é necessário ainda que vários progressos vem acontecendo na atualidade. O conceito de virgindade e algumas idéias machistas estão caindo em desuso. A iniciação sexual do menino com prostitutas é menos freqüente. E a educação sexual é cada vez mais debatida.

Dessa forma, faz-se necessário maior compreensão do indivíduo nas diferentes fases da vida, sobretudo na infância e na adolescência; seu mundo interno, suas relações com os outros e suas necessidades em nível pessoal, particularmente sexual.

Barcelos *et al.* (1996)⁶ defende a idéia de que a educação sexual, deva ter como objetivo, (in) formar crianças e jovens adolescentes para a prática de uma sexualidade saudável.

Assim, o educador sexual, deve ser uma pessoa que tenha consciência e segurança para lidar com as angústias, as confusões, os medos e os conflitos sexuais, gerados por pressões sociais e familiares.

Para Maia (1993),⁷ quando a educação sexual é voltada para uma visão holística da situação, esta facilita a criança e ao jovem, o entendimento das razões de seu comportamento, vendo-o como um todo.

Assim, o presente trabalho, justifica-se pela necessidade de investigar e treinar professores para lidarem adequadamente com estas temáticas na grade curricular escolar visando aprofundamento destes conhecimentos sobre a sexualidade de jovens e crianças, contribuindo para a educação sexual das novas gerações, pelas instituições educacionais (família e escola). Justifica-se também pela necessidade de prevenção de DST/Aids, de desmistificação do assunto sexualidade, pelo professor e aluno. Visa ainda, a compreender quais as maneiras pelos quais as crianças e os jovens gostariam de falar sobre sexualidade, buscando encontrar uma linguagem facilitadora para diálogos entre adultos e jovens.

A possibilidade resultante do estudo, poderá vir a contribuir para a realização de novos estudos no mesmo campo utilizado, favorecendo a interação entre pais e filhos, alunos e professores.

Esta investigação é de suma importância, pois que justifica a necessidade do preparo do professor enfermeiro ao lidar estas questões com a criança, o adolescente e o adulto, seja na promoção da saúde, na prevenção contra as DST e ids ou na recuperação ou assistência ao indivíduo.

OBJETIVO

Enquanto docente de uma disciplina de enfermagem, responsável pela teoria e prática temos nos inquietado.

Preocupada, com os questionamentos ocorridos com os alunos em campo de estágio sobre estas questões sem saberem lidar adequadamente, com os problemas relacionados a sexualidade que emergem dos pacientes, principalmente internados. Para tanto, o produzem levantar a percepção que os possíveis docentes tem sobre a sexualidade, DST/Aids, identificando alguns pontos de reflexão sobre estes temas em apreço, além de trabalhar com eles, programas educativos sobre estas temáticas, preparando-os para atuarem enquanto agentes multiplicadores, principalmente, orientando os para lidarem com estas questões, com seus alunos.

METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido através de uma pesquisa – ação, por se identificar melhor com as características deste tipo de investigação. Esta modalidade nos permitiu levantar questionamentos conjuntos, entre pesquisados x pesquisando, sobre a temática pesquisada, posteriormente, utilizando dados na elaboração do planejamento, executando, avaliando e intervindo nas ações, em programas educativos para tratar das questões problemas levantadas.

Então, fizemos uso da observação (para explorar melhor o ambiente e os sujeitos trabalhados) e da entrevista individual, sistematizada, utilizando um questionário com questões norteadoras (para levantamento dos quesitos sobre a temática central). Por outro lado, para o desenvolvimento das ações, e foi atribuído o uso de uma metodologia participativa, dialógica, propiciando no processo de ensino e aprendizagem, uma análise crítica e reflexiva da realidade encontrada, visando a sua transformação. Para tanto, trabalhou-se efetivamente, conhecimentos e habilidades, proporcionando subsídios para a garantia da mudança de comportamento. (BUENO, 1997 –8).⁸

Esta pesquisa – ação retrata uma abordagem humanista, resgatando a otimização da vida, a visão totalizadora do ser humano e o exercício da cidadania. A sua análise se fez por categorização em quadros, dando um cunho qualitativo aos resultados levantados. O aspecto metodológico, fundamenta-se em referências baseados em Paulo Freire. (BUENO, 1997 –8).⁸

Sendo assim, trabalhamos com 10 docentes enfermeiros de ensino superior do curso de enfermagem de uma Fundação Educacional do Estado de São Paulo, seguindo tais procedimentos:

Solicitação de permissão à Instituição Universitária investigada para realização de pesquisa seguida de autorização, convite aos professores pesquisados para verificação de interesse à participação da pesquisa, aplicação da entrevista individual, com tempo determinado para devolução dos instrumentos; levantamento das matrizes e elaboração dos quadros; análise e conclusão dos dados, atendendo os objetivos propostos., culminando com a divulgação científica.

Foi aplicado os termos de consentimento para liberação da pesquisa (Termo de Consentimento Esclarecido)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estaremos apresentando aqui, os resultados seguidos das suas respectivas discussões. Inicialmente, lançaremos os dados de identificação dos enfermeiros docentes pesquisados, procurando mostrar as suas características pessoais e profissionais. A seguir, estaremos trabalhando os demais achados da presente investigação, referente à sexualidade, DST/Aids, procurando analisar e interpretar estes resultados, através da categorizações trabalhadas.

Conforme demonstra o quadro 1, a característica predominante dos enfermeiros docentes pesquisados se dá da seguinte forma: a maioria é do sexo feminino, faixa etária entre 27 a 39 anos, sobrepondo um maior número acima de 31 anos de idade. Mais da metade é solteira e espírita. Todos são docentes da Fundação Educacional pesquisada, com ensino superior completo, havendo 3 especialistas; 4 mestres e 2 em fase de desenvolvimento do doutorado. Em relação ao tempo de serviço, a maioria já tem experiência significativa na enfermagem, isto é, em torno de aproximadamente, 10 anos.

O quadro 2 apresenta as respostas das questões sobre o significado que os docentes pesquisados dão para a vida, evidenciando também, suas alegrias e tristezas. Então, no que se refere ao **significado da vida**, eles a relacionam com evolução, quando referem que vida é: “busca de evolução...”, “é crescimento”, “é desenvolvimento...”, “é melhoria em todos os aspectos...”, “é oportunidade ímpar da evolução do espírito... de aprendizagem”, entre outros. **Quanto as alegrias**, esses, predominantemente as relacionam com a satisfação familiar, como por exemplo, afirmam que “ter alegria é ter família, filhos...”, “... ter harmonia familiar...”; com a promoção da saúde enquanto necessidade fundamental quando se referem que a alegria é: “...ter saúde...”, “ser saudável...”, “... tudo o que faz bem”. Depois aparece a alegria associada a amizade, como: “... ter

QUADRO 1 - Identificação dos enfermeiros docentes pesquisados

Sujeito*	Sexo		Faixa etária (idade)		Estado civil				Religião				Escolaridade				Profissão Cargo*****			Ano de formação			
	M	F	26-30	31-35 ≥ 36	S	C	V	O**	C	E	P	O***	S	E	M	D****	DC	CD	ED	£84	85-89	90-94	95
1-BF			X				X			X			X	X				X					X
2-MC	X			X			X			X			X	X				X					X
3-E	X	X	X	X			X			X			X					X					
4-P		X																					
5-MC		X		X			X			X	X			X				X					
6-MI		X					X			X	X			X				X					
7-SC		X					X			X	X			X				X					
8-A	X			X						X	X			X				X					
9-MI		X		X			X			X	X			X				X					
10-SC		X					X			X	X			X									X
		X		X			X			X	X			X									

* Professores = A (Administração) E (Ética) MC (Médico-Cirúrgica) P (Psiquiatria) M I (Materno Infantil) SC (Saúde da Comunidade.) BFE (Bases Fundamentais Enfermagem II)

** Outros = Desquitado - Amasiado - Divorciado ***Outros = Ateu ****Escolaridade = S Superior) E (Especialização) M (Mestrado) D (Doutorado)

*****Profissão/Cargo = D (Diretor) C (Coordenador) CD (Chefe de Departamento) ED (Enfermeiro Docente)

amigos...”, “... meus amigos em equilíbrio...”, “... conquista das pessoas que gosto”, tudo isto traz alegria. Todavia, para as tristezas, houve entre eles destaque sobretudo da pobreza, miséria e falta de solidariedade, conforme expressos em suas falas, quando mencionam como elementos tristes é ver “a guerra, a fome, a pobreza, a falta de humanidade...”; “...a miséria, as crianças abandonadas, a mentira, a corrupção e a desonestidade.”; “... a destruição e principalmente, a violência.”. A fala do sujeito 8 nos mostra com evidência esses destaques: “a miopia dos homens, a falta de conhecimento das pessoas, a não cidadania, a coisificação do ser humano.” isto tudo é muito motivo de tristeza.

Conforme pudemos observar, depreendemos que os docentes pesquisados têm um significado real da vida, de forma humanista, positiva e sensível, voltando para uma visão transcendental ou espiritual, quando revelam a necessidade de aproveitar o momento da vida para uma evolução moral do espírito, crescimento pessoal e coletivo. Sendo assim, destacaram as vertentes fundamentais para a promoção e otimização da vida, valorizando-a como um todo, ressaltando assim, o verdadeiro significado evolutivo e transcendental da existência humana, associada as alegrias e crises vivenciais necessárias para o progresso individual de todos. Em contrapartida, abominam qualquer tipo de exercício

que venha contra o direito universal do homem, principalmente no que tange ao emperramento do processo educativo para a cidadania.

Conforme demonstra no quadro 3, pudemos averiguar que os docentes pesquisados têm uma visão de sexualidade, caminhando para a compreensão da mudança de valores ocorridos nos últimos tempos, nesta área. Isto, eles nos evidenciam em suas falas, conforme expressas a seguir: falam de sexualidade, “acho que é uma expressão da caminhada evolutiva humana...”; “... valores e preconceitos relativos a ela estão se transformando...”; “... está mais falada e discutida...”.

Os sujeitos estudados ainda discutem, a questão: dos preconceitos nutridos ao longo dos tempos, bem como dos falsos moralismos e do descompromisso com a vida, afirmando ser necessário resgatarmos, em tempos atuais, a consciência para o resgate dos valores éticos e morais, o respeito a segurança e a responsabilidade.

Revelam ainda que percebem que as pessoas vêem o sexo, de forma reducionista, destacando fazer-se mister, a relevância da atenção especial nesta área, tendo em vista os riscos de contaminação que as pessoas correm para contrair as DST/Aids, por esta via.

Portanto, os sujeitos pesquisados têm noção real dos problemas que a sociedade vêm enfrentando, diante das questões da sexualidade humana nos tempos da contemporaneidade.

QUADRO 2 - Respostas dos enfermeiros docentes pesquisados sobre a questão 1: Para você qual o significado da vida e quais as maiores alegrias e tristezas da vida?

Respostas: Para mim este é o significado de:

Sujeitos pesquisados	Vida	Alegria	Tristeza
1-	“é o presente mais valioso que um ser pode possuir.”	“é estar viva, ter saúde, ter família, ser feliz como emprego, ter bom relacionamento como namorado...”	“é a guerra, a fome, a pobreza, a falta de humanidade, péssimo atendimento de saúde, falta de compreensão na família.”
2-	“é a luta, luta pelos ideais; busca de evolução; crescer; ensinar; aprender.”	“é ter família, filho, marido, tudo que me faz bem.”	“fome, miséria, crianças abandonadas, mentira, corrupção e desonestidade.”
3-	“é uma passagem onde todas as conquistas e evolução servirão de degrau para o espírito infinito.”	“ser saudável, assegurar-se com o trabalho, moradia, saúde e alimentação.”	“sofrimento, miséria, fome de outras pessoas e não poder fazer muita coisa.”
4-	“é ser... vida e tudo, é amor, é beleza, crescimento, dor, evolução, sofrimento, é possibilidade que se realiza no ato de ser.”	“é estar viva, ter oportunidade de desenvolver meus potenciais, compartilhar minha existência com outros, olhar o mundo e me sentir parte dele.”	“os desencontros, a destruição e principalmente a violência”.
5-	“é estar no mundo, é busca da auto-realização e da felicidade, milagre maior da natureza.”	“é a vida dos meus filhos, é a conquista dos meus objetivos, ter paz interior, pais, irmãos, sobrinhos e amigos.”	“violência, opressão ao ser humano através do autoritarismo, ausência de compromisso consigo mesmo.”
6-	“ter oportunidade de se melhorar em todos os aspectos evoluir.”	“é sentir-me bem, perceber minha família, meu trabalho, meus amigos em equilíbrio.”	“quando não posso ajudar alguém que esta precisando de ajuda.”
7-	“nascimento.”	“harmonia familiar.”	“não poder ajudar alguém quando a decisão depende da própria pessoa para se recuperar.”
8-	“ter oportunidade ímpar para a evolução moral do espírito; momento de crescimento e desenvolvimento.”	“as minhas potencialidades e a capacidade de desenvolve-ias, família conquista das pessoas que gosto.”	“a miopia dos homens, a falta de conhecimento das pessoas, a não cidadania, a coisificação do ser humano”.
9-	“é ter oportunidade de aprendizagem e crescimento pessoal através das inter-relações.”	“é poder criar, pesquisar, ser útil aos outros, ter saúde, amigos, minha mãe, ler gibí do maurício.”	“quando tentam me tirar a liberdade de criar de ir e vir, falsidade.”
10-	“é poder crescer, melhorar a cada dia”.	“é, ter saúde, filhos, marido, família.”	“e a fome, as drogas, a falta de consciência das pessoas”.

**QUADRO 3 - Respostas dos enfermeiros docentes pesquisados sobre a questão 2:
Como você percebe a sexualidade na sociedade dos dias de hoje?**

Sujeitos pesquisados	Respostas: Em relação a sexualidade na sociedade de hoje, penso:
1-	"que a sociedade apresenta-se desinformada sobre as questões de sexo, DST e aids."
2-	"se vê completamente sem rumo, as pessoas parecem ter perdido o sentido da Sexualidade, confundem sexo pelo sexo, perdendo o respeito e o amor."
3-	"percebo que esse assunto é inesgotável, todos querem saber, falar... percebo o quanto as pessoas são mal informadas, mal orientadas."
4-	"está um tanto desmistificada, mas envolvida em muitos conflitos internos e sociais. Mais falada e discutida, entretanto ainda pouco resolvida."
5-	"muitos valores e preconceitos estão se transformando. O ser humano está assumido-a como algo fisiológico e positivo para a auto-realização. O excesso de liberdade com a falta de conscientização tem proporcionado comportamentos que lesam a integridade do ser humano."
6-	"a sexualidade está sendo mais um processo natural com responsabilidade, por grande parte da sociedade, mas ainda temos pessoas que confundem sexualidade com preconceitos."
7-	"que é uma situação sem controle."
8-	"percebo com uma conotação muito reducionista a questão sexo - sexismo."
9-	"acho que ela é uma expressão da caminhada evolutiva humana, já nos abrigamos atrás de um moralismo hipócrita, já negamos este aspecto de nossa vida, já fomos para o outro lado buscando uma libertação. Talvez agora repletos de insatisfação e diante de tantas ameaças à saúde e a vida, possamos parar e refletir."
10-	"que os conceitos de respeito e moral se perderam por conta de uma sociedade totalmente descomprometida com a vida."

**QUADRO 4 - Respostas dos Enfermeiros Docentes pesquisados sobre a questão 3.
Como você vê a Educação Sexual na Família, na Escola e na Universidade, atualmente?**

Respostas: A educação sexual na família, na escola, e na universidade, vejo assim:

Sujeitos pesquisados	Família	Escolas	Universidades
1-	"e cercada de muitos tabus e preconceitos."	"pouco se faz em termos de educação sexual. Há um despreparo do professor para lidar com as questões do sexo."	"pouco se faz em termos de educação sexual. há um despreparo do professor para lidar com estas questões".
2-	"depende da cultura, condições socioeconômicas."	"não acredito no preparo dos professores para educação sexual, porque primeiro eles devem ser educados sexualmente."	"não acredito no preparo dos professores para educação sexual porque primeiro eles devem ser educados sexualmente."
3-	"cheia de tabus, preconceitos, pautada por uma cartilha rigorosa de comportamentos."	"Os educadores são pouco preparados para desempenhar tais funções educativas."	"os professores deveriam ser mais preparados e os alunos, mais maduros".
4-	"falta diálogo."	"e ainda muito biológica, faltando o aspecto emocional, psicológico e cultural."	_____
5-	"continua não existindo."	"tem existido a intenção de um diálogo. Os educadores ainda não estão completamente preparados."	"é ainda muito biológica, faltando o aspecto emocional, psicológico e cultural."
6-	"e onde deve ser iniciada a educação sexual."	"serve para continuar a manter a educação."	_____
7-	"ela não está preparada para passar conhecimento aos filhos."	_____	_____
8-	"pobre em conteúdos, com conotação religiosa voltada ao pecado, proibido..."	"com uma nova abordagem, porém, não passam mais que orientações sobre DST/Aids"	"muitos horizontes, muitas estratégias, mas não faz educação sexual."
9-	_____	"estas instituições tem muitas limitações para lidar com a educação sexual, principalmente no aspecto informativo."	"estas instituições tem muitas limitações para lidar com a educação sexual, principalmente no aspecto informativo."
10-	"necessitando de mais diálogo".	"com professores pouco preparados."	"com professores um pouco melhor preparado."

Os docentes pesquisados, reportam no quando 4, uma visão real da problemática que envolve a questão da educação sexual, como um todo. em relação à educação sexual familiar, revelam que há muito preconceito e tabu também, mencionam o despreparo da família para lidar com isto o sujeito 5, afirma que esta educação, muitas vezes, não existe em casa. Neste sentido, temos observado em referências teórico - práticos, que quando essa educação familiar existe, ainda há muita influência de condicionantes históricos, sociais, políticos e culturais arraigados na cultura familiar. Em relação aos estereótipos do sexo, vemos a influência religiosa, conforme revelado pelo sujeito 8, sobretudo estabelecendo relação com pecado. Depreendemos então, que isto torna-se severamente prejudicial, emperrando o processo educativo, pois que estes elementos, esbarram na falta de diálogo complicando a formação e orientação das pessoas, neste sentido.

Diante de toda esta problemática, ainda enfrentamos nos últimos tempos, os problemas decorrentes da aids. Todavia, embora essa doença traga consigo o sentido forte de fatalidade, ela possibilitou abertura das questões do conhecimento nesta área, favorecendo o diálogo, e as discussões nas escolas, na mídia, no jornal, bem como na família, incentivando análise crítica e reflexiva sobre os assuntos intercorrentes seja em nível individual e/ou coletivo.

Os docentes pesquisados, também evidenciaram a educação sexual nas escolas incluindo a universidade como algo que necessita de uma atenção especial, pois percebem que os professores, de maneira geral, tal como ocorre na família, têm dificuldades de lidar adequadamente, com estas questões, identificando, que neste momento, é preciso estabelecer diálogo aberto e participativo, para se trabalhar, efetivamente, este tema, quando reforçam a necessidade de um cuidado especial para lidar com esta temática. Da mesma forma que ainda é evidenciada a importância de que a educação sexual deva começar em casa, com possibilidades relevantes de ser ampliada conseqüentemente, na escola (ensino básico e acadêmico).

Isto posto, não resta dúvida que para atender esta demanda, os momentos atuais suscitam a necessidade de preparo para lidar com os temas relacionados à sexualidade e a aids, pois que, além das DST- Aids, emergem neste intento, outros temas que remetem a problemática da vida cotidiana principalmente do adolescente e o adulto jovem que, devido a vulnerabilidade e suscetibilidade da faixa etária, poderão enfrentar conflitos relacionados a: aborto, gravidez não planejada, violência sexual, estupro, (abuso e assédio) prostituição, homossexualismo, uso indevido das drogas entre outros. (Bueno, *et al.*, 1994); (Bueno, *et al.*, 1995); (Bueno, 1997-8).^{8,9,10}

Conforme as falas expressas dos docentes pesquisados no Quadro 5, esses têm uma expectativa de que a compreensão das questões da sexualidade possa no futuro, ser vivenciada sobretudo, de forma desvelada, despida de preconceitos e que as pessoas ainda possam resgatar a consciência do sexo para atitudes e comportamentos responsáveis para o auto e mútuo respeito e o seu equilíbrio, compreendendo a sexualidade como um processo normal e natural da vida humana, com uma dimensão transcendental, tal como vemos nas falas seguintes: "vejo a sexualidade com um retorno ao passado, hoje com mais valorização e mais respeito ao ser humano"; "... encarar a sexualidade e o sexo como algo bom, saudável e necessário"; "... que as pessoas reconheçam a sua sexualidade... de forma consciente e prazerosa"; "... procurando acabar com os preconceitos".

Portanto, os docentes pesquisados ressaltam a necessidade de desmistificação dos preconceitos e tabus existentes na crença popular em relação à sexualidade e sexo na vida humana, revelando a importância de trabalhar efetivamente, esta temática na sociedade dos tempos de pós-modernidade.

QUADRO 5 - Respostas dos enfermeiros docentes pesquisados sobre a questão 4: Qual a expectativa que você tem em relação a sexualidade e sexo para o futuro? (individual e coletivo)

Sujeitos pesquisados	Respostas: Minha expectativa sobre sexualidade e sexo para o futuro é a seguinte
1-	"é preciso acabar com os preconceitos."
2-	"é infelizmente, ter poucos governantes interessados no assunto que compromete a educação sexual."
3-	"é pensar que todos, com o tempo vão encarar a sexualidade e o sexo como algo bom, saudável e necessário."
4-	"que todas as pessoas reconheçam sua sexualidade e a vivam de forma consciente e prazerosa."
5-	"a medida que o ser humano venha a se desenvolver culturalmente, a sexualidade passará a ser uma manifestação natural fisiológica. O sexo deixará de ser prioritário para o, humano."
6-	"que a sociedade passe a sentir a sexualidade como algo natural, e o sexo necessário e com responsabilidade."
7-	"um retorno ao passado, hoje, com mais valorização e mais respeito ao ser humano."
8-	"pouco promissoras a curto e médio prazos, com alguns avanços na conscientização das pessoas, eliminação de tabus e preconceitos."
9-	"gostaria que o "pêndulo" parasse no meio, no ponto de equilíbrio, de forma que as pessoas pudessem aceitar a sexualidade, como um aspecto normal."
10-	"acabar com os preconceitos e viver a sexualidade/sexo de forma consciente e responsável."

QUADRO 6 - Respostas dos enfermeiros docentes pesquisados sobre a questão 5: O que você pensa sobre as DST?

Sujeitos Pesquisados	Respostas: Penso sobre DST que:
1-	"parecem ser doenças simples, mas quando não tratadas no início, podem evoluir para complicações crônicas, abortos., cegueira de RN e até a morte."
2-	"elas existem. estão aí. e é preciso educar e conscientizar para sua prevenção."
3-	"uma realidade para todos nós, independente de cor, raça, religião e classe social."
4-	"devem ser conhecidas, prevenidas e encaradas com seriedade tanto pela população em geral, quanto pelos profissionais de saúde."
5-	"são um problema de saúde pública que merece maior atenção de toda a sociedade."
6-	" são doenças estáveis e que poderiam diminuir a incidência, se houvesse mais orientações efetivas à população."
7-	"com a liberdade sexual perdeu-se o controle das DST"
8-	"é a materialização sociocultural de uma sociedade que não teve a oportunidade de uma educação sexual, ou até mesmo, de orientações básicas de profilaxia."
9-	" sua ocorrência está envolta em preconceitos, da mesma forma como acontece com a sexualidade, de forma mais ampla."
10-	"é um sério problema para o país. e pouco se está fazendo para reverter este quadro."

Os docentes pesquisados, possuem conhecimento básico adequado sobre o significado e a relevância deste assunto, bem como, destacam a importância da prevenção destas doenças, em razão dos problemas que elas poderão ocasionar. Fazem alerta sobre esta problemática, ressaltando a necessidade de se dar uma maior atenção à população, mostrando a importância da utilização dos serviços de Saúde Pública para atendimento dessas dificuldades, em relação às DST.

QUADRO 7 - Respostas dos enfermeiros docentes pesquisados sobre a questão 6: Você tem idéia de como anda as DST no país?

Sujeitos pesquisados	Respostas: Penso que as DST no país:
1-	"tem aumentado ainda muito e até mesmo tem ocorrido óbitos em consequência das mesmas."
2-	"vem sendo alarmante a incidência, embora as pessoas digam que sabem evitar, não a fazem, talvez por não acreditar."
3-	"têm contaminado muitas pessoas 'diferenciadas', pessoas que, até pouco tempo não eram vulneráveis a estes riscos...". tenho idéia e trabalho com elas no meu trabalho."
4-	"continuam acontecendo."
5-	"tem fugido do controle das autoridades de saúde." "tenho alguns dados que me permitem concluir esta situação."
6-	"em termos de números estatísticos, não tenho idéia."
7-	"com essa liberdade de hoje, as doenças avançam, alcançando números elevados."
8-	"apesar de não se constituírem em doenças de notificação compulsória, está em expansão."
9-	"estão presentes, algumas inclusive com aumento da incidência."
10-	"andam crescendo assustadoramente."

Os docentes pesquisados revelam ter conhecimento da realidade, sobre a problemática das DST, enfocando a situação atual como sendo de extrema severidade, comprometendo a saúde da população, ameaçando consideravelmente, os jovens em geral. Todavia, nós entendemos que há necessidade emergencial de se trabalhar estas questões por se tratar de uma área carente, suscitando atenção especial para a prevenção e o controle destas doenças, de forma geral. E o problema se torna maior, ao incluirmos neste quadro, as questões que se atrelam à aids, enquanto uma doença que passa advir do contato sobretudo sexual, ameaçando a pessoa tanto no âmbito individual quanto coletivo, além de seu aspecto de incurabilidade, que se faz presente ainda, nos tempos atuais.

QUADRO 8 - Respostas dos enfermeiros docentes pesquisados sobre a questão 7: como você vê a aids, atualmente?

Sujeitos pesquisados	Respostas: Atualmente, vejo a aids assim:
1-	"com um futuro sombrio,"
2-	"crescente. precisa ser encarada."
3-	"continua crescendo, chegando cada vez mais perto de um de nós."
4-	"doença que pode ser evitada e encarada, coletivamente, para melhorar as condições de vida do indivíduo e doente e dificultar a contaminação."
5-	"doença muito preocupante que, foi incorporando no cotidiano das pessoas, porém nem todos têm se preocupado em evitá-las."
6-	"para mim, é uma moléstia provocada pela falta de credibilidade na própria doença, na discriminação e preconceito com o doente de aids."
7-	"uma preocupação de saúde pública que avança determinando outros grupos de maior risco e um desafio para a ciência."
8-	"uma pandemia em expansão em todos os países, com maior incidência nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento pela pouca presença ou ausência do estado, de de educação e de saúde."
9-	"as projeções numéricas são preocupantes, apesar das descobertas terapêuticas e avanços, em termo de imunologia."
10-	"uma doença sem perspectiva de um controle, isto devido a falta de ações conscientizadoras".

Observamos nas respostas dos docentes pesquisados, que esses estão preocupados com o futuro da aids, e entendem que para reverter este quadro, há necessidade de um envolvimento maior dos segmentos sociais, principalmente do Estado, da Educação e da Saúde.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados encontrados, concluímos que os enfermeiros docentes pesquisados:

- percebem a vida como um espaço existencial relevante, transcendental, de evolução espiritual, pessoal e coletivo, destacando elementos fundamentais e importantes para a otimização da vida, valorizando-a como um todo carecendo respeito, mas abominando fatores que venham contra os direitos humanos;
- evidenciam a sexualidade, e as questões sexuais, no social, como algo estereotipado, reduzindo ao biológico, mesclado de preconceitos, tabus e desinformação, mas em processo de desmistificação e de transformação, necessitando de revisão de valores e de ampliação da visão para o ser total;
- evidenciam a Educação Sexual ainda muito estagnada, referindo que tanto a família, como as escolas, bem como as pessoas em geral, ainda se sentem despreparados para lidarem com estas questões, afirmando que nos tempos da aids, isto é severamente comprometedor para a saúde pública, tendo em vista a saúde sexual individual e coletiva;
- tem uma percepção básica e real sobre a Aids, alertando sobre a necessidade emergencial e efetiva de atenção especial, pelos segmentos sociais, Estado, Educação e Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VITIELLO, N. A educação sexual necessária. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. SBRASH. São Paulo: Iglú, v.6, n.1, p.15-28, jan/jun. 1995.
2. SERAPIÃO, J.J.; SILVA M.C. Disciplinas de sexualidade humanas para cursos de graduação em medicina e enfermagem da universidade Gama Filho R.J. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. São Paulo: Iglú, v.7, n.2, p.135-145, 1996.
3. SACADURA, S.P. Orientação sexual. e agora professor? *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo: Iglú, v.7, n.2, p.169-180, nov.1996.
4. CASTRO NETO, A. Adolescência desenvolvendo os conflitos. *Pediatria atual*. v.9, n.11-12, p.13. nov/dez. 1996.
5. BECKER, D. *O que é adolescência*. 13ª ed., São Paulo: Brasiliense. 1994. (coleção primeiros passos 159)
6. BARCELOS, N.N.S. *et al.* Educação sexual: relato de uma experiência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo: Iglú v.7, n.2, p.150-160, nov. 1996.
7. MAIA, M.B. *et al.* A (in) formação sexual do adolescente: uma nova proposta. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo: Iglú, v.4, n.1, p.31-36, 1993.
8. BUENO, S.M.V. *Marco conceitual e referencial teórico de educação para a saúde: orientação à prevenção de DST-Aids e drogas no Brasil, para crianças, adolescentes e adultos jovens*. Documentos Ministério da Saúde/Mimeo/Brasília DF. 1997-8.
9. BUENO, S.M.V.; COSTA, J.C.; BORELLI, O.C. *et al.* *Educação para saúde e orientação sexual*. Ed. Guariati, São Paulo, 1994.
10. BUENO, S.M.V.; COSTA, J.C.; BORELLI, O.C. *et al.* *Educação para a promoção da saúde sexual/DST-Aids*. Ed. Villiupress, Rio de Janeiro, 1995.

Endereço para correspondência:

Sandra C S Miyasaki

Rua Tóquio, 125 Jd. Progresso - Fernandópolis-SP.

E-mail: miyasakiferro@acif.com.br

DST 4 - MANAUS, 2002

IV Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis

1 a 4 de SETEMBRO

Tropical Hotel Manaus

www.fuam.am.gov.br/congressodst

Assine DST • www.uff.br/dst/

PESQUISA – AÇÃO SOBRE SEXUALIDADE, DST/AIDS COM ENFERMEIROS PROFESSORES DE ESCOLA DE ENFERMAGEM

RESEARCH - ACTION ABOUT SEXUALITY, STD/AIDS WITH NURSE TEACHERS FROM NURSING SCHOOL

Sandra CS Miyasaki ¹, Sônia MV Bueno ²

RESUMO

Este estudo trabalhou uma pesquisa – ação, objetivando verificar quais as dificuldades que os enfermeiros docentes do ensino superior tem para trabalhar questões de sexualidade, DST/ Aids, visando desenvolver ação educativa com eles sobre estas temáticas, enquanto agentes multiplicadores. Para o levantamento de dados, usamos a observação e a entrevista individual norteados por um questionário aberto. Depois da análise dos dados trabalhamos com eles, ações educativas preventivas sobre o assunto utilizando uma metodologia participativa e dialogada, possibilitando análise crítica e reflexiva da realidade, de acordo com referenciais preconizados pela Organização Mundial de Saúde e por Paulo Freire. Para tanto, pesquisamos professores enfermeiros de escola de enfermagem do Estado de São Paulo – Brasil, maioria mulher, solteira, entre 27 a 39 anos de idade, média de 10 anos de serviço, havendo entre elas 3 especialistas, 4 mestres e 2 doutorandas. Organizamos os dados em quadros e o conteúdo foi analisado por categorização, qualitativamente, possibilitando melhor compreensão e interpretação das falas expressas pelos sujeitos pesquisados. Disto apreendemos que os enfermeiros pesquisados revelaram conhecimento relativo sobre sexualidade, DST/Aids, demonstrando preocupação com o quadro atual da saúde pública individual e coletiva sobre estas questões advertindo sobre a importância da integração de esforços dos segmentos sociais, na cumplicidade do desenvolvimento das ações educativas preventivas nesta área. Concluímos que os sujeitos têm noção básica e real sobre os problemas decorrentes das DST/Aids, entendendo ser complexo lidar com isto. Todavia, há um consenso da necessidade de serem melhor preparados para lidarem com estas questões.

Palavras-chave: Enfermeiro, DST/Aids e Prevenção

ABSTRACT

This study dealt with a research - action in order to check up which problems college nurse teachers have when working subjects as sexuality. STD/Aids with the purpose of developing an educational action with them about that as multipliers agents. For gathering the data we used watching technics and individual interview handling them an open questionnaire. After analysing the data we worked with them through preventing educational action about the subject making use of a participating methodology expressed in the form of a dialogue, what allowed us a critical and reflexive analyses of reality, according to World Health Organization's and Paulo Freire's forecasted references. We researched nurse teachers of nursing schools from São Paulo State - Brazil mainly women between 27 and 39 years old, about 10 year working experience in a group of 3 specialist, 4 masters and 2 taking doctorate. We organized the data in charts and the contents were analysed by categories and concerning quality, allowing a better comprehension and interpretation of the interviewed people's speeches. We inferred that the researched nurses revealed a relative knowledge about, sexuality, STD/Aids, showing a troublesome scene for individual and general public health concerning problems that warn about the importance of integration efforts among social segments, sharing attitudes in order to develop educational preventing actions on this point. We got to the conclusion that people have basic and true idea on the troubles concerning STD/Aids, we know it's very complicated to deal with it. However, there's a general assent about the necessity of preparing them better so that they can-work with those affairs.

Keywords: Nursing, STD/Aids, prevention

ISS: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 13(5): 46-53, 2001

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais é impossível negar as mudanças que andam ocorrendo em nossa sociedade. Estamos vivenciando momentos de crise em relação aos valores éticos e morais, políticos e econômicos. Talvez seja pelo processo acelerado de troca de informações por todo o planeta, pela evolução tecnológica ou pelo próprio processo de urbanização desenfreados.

A América Latina, em apenas vinte anos, inverteu o número de moradores residentes em área urbana. Contava-se 3 para cada 10 habitantes residindo em cidades. E essa urbanização, trouxe conseqüências

para o estilo de vida das pessoas. Citamos, como exemplo, a constituição da família, onde viviam até três gerações, com grande número de indivíduos num mesmo espaço. O que encontramos hoje, é uma família nuclear, constituída de pai, mãe, um ou mais filhos, quando não, há uma família formada de avô (ó) e a criança, pai e filho ou mãe e filho devido a uma separação conjugal.

Acredita-se que esta mudança, na estrutura familiar, afrouxou os laços de união entre seus membros e conseqüentemente, a transmissão de conhecimentos e costumes, ficou enfraquecida. (Vitiello 1995, p.15e16) ¹

Em meio a tantas mudanças, o que passamos a destacar com grande relevância, são aquelas ocorridas no contexto da sexualidade, principalmente dos jovens. Nos deparamos, freqüentemente, com adolescentes que de certa forma, se dizem “traumatizados” por terem se iniciado tão

¹Enfermeira Docente * Enfermeira Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Departamento de Enfermagem Psiquiátrica.

²Profª Drª da EERP-USP/Consultora do Ministério da Saúde (CN DST/Aids)

cedo na prática sexual, sem informação suficiente para evitar as doenças sexualmente transmissíveis (DST) ou até mesmo uma gravidez indesejada ou não planejada. É realmente, preocupante o número de adolescentes que procuram os serviços de saúde para iniciar um pré-natal, quando não, com sangramento vaginal por causa de um abortamento provocado.

Estes fatos, provocam a necessidade de se pensar em como diminuir estes acontecimentos, onde atuar e de que forma fazê-lo.

Então percebemos que o caminho pode ser pela educação sexual, que é necessária e fundamental.

Todavia, Serapião & Silva (1996)² evidencia que a educação sexual não é um fato novo. De forma geral, tem se manifestado ainda que timidamente, desde os tempos mais remotos embora de forma muito oculta. Sem dúvida, é uma questão prioritária em todos os níveis do processo de ensino e aprendizagem.

É notório que nos dias de hoje, a orientação sexual se faz ainda muito incipiente. Vem causando sérios problemas de ordem social, visto que ultimamente, constatamos um crescente número de gestações não planejadas, a prática desenfreada de abortos, o aumento dos casos de aids e de outras DST.

Assim, reforçamos a necessidade de repensar o ver, o sentir e o agir no que se refere à sexualidade, enquanto dimensão fundamental da integridade humana.

No nosso século, tem ocorrido importantes mudanças no enfoque do comportamento sexual. Embora ainda muito repressora, a sexualidade vem sendo gradativamente, melhor compreendida e já "admiti-se que a sexualidade se manifeste desde o início da vida e que com ela, se desenvolva acompanhando o desenvolvimento geral do indivíduo" (Vitiello, 1995, p.18).¹

SACADURA (1996),³ evidencia que em pleno século XXI, o sexo continua sendo tratado, por muitas pessoas como tabu e como segredo, por inúmeras pessoas. Esse estereótipo tem suas raízes na forma como a sexualidade era e as vezes, continua sendo tratada há séculos.

Repensando estas questões e procurando articulá-las com a educação, entendemos que este processo educativo é muito complexo. Educar, significa formar alguém, proporcionando condições para que esse cresça, não se tornando cópia do educador, mas tornar-se uma pessoa consciente e responsável pelos seus atos. Esta educação, deve ser intensa e contínua. Sendo assim, a "educação sexual sistemática, só pode ser feita por familiares e/ou professores, pois apenas a família e a escola, como instituições sociais (...), conseguem atuar de maneira contínua e duradoura" (Vitiello, 1995, p.15).¹

Se por um lado temos professores e familiares com certas dificuldades para trabalhar a sexualidade, por outro temos a pessoa a ser educada ou principalmente a criança e o adolescente.

Para Castro Neto (1996, p.13)⁴ a adolescência é difícil definir por um único prisma. sociologicamente falando, a adolescência é o período de transição da dependência infantil para a auto-suficiência adulta".

Não podemos esquecer que, cronologicamente, a adolescência está delimitada, aproximadamente, entre 12 e 20 anos, com grandes variações individuais. Por outro lado o conceito de puberdade passa a ser interpretado como é um fenômeno que ocorre no início desse período. É definido como "período de vida em que o indivíduo se torna apto para procriação, isto é, adquire a capacidade física de exercer a função sexual madura". (Becker 1996, p.18)⁵

Sem dúvida, o jovem atravessa diversas fases em sua vida que, por muitas vezes, é difícil de serem compreendidas por si próprio. Percebe seu corpo tornando proporções inesperadas. As emoções se afloram de formas diferentes e ainda é taxado pelos adultos, de ser conflitante ou rebelde.

As primeiras sensações de excitação sexual, segundo Becker (1996,p27)⁵ são muito estranhas e mágicas ao adolescente. "Além de sentir prazer, ao tocar alguém, ele pode sentir medo, ansiedade e até

culpa (...) é explicado pela teoria Psicanalítica através do conflito edipiano, situação triangular entre pais e filhos, que geraria na criança, amor e ódio". É considerado um período fundamental na estruturação da personalidade e a base da identidade sexual do indivíduo.

Por maior abertura que se tem dado hoje na sociedade para abordar estas questões, ainda encontramos valores morais que restringem bastante a vida sexual do adolescente. Basta lembrar das crenças sobre a masturbação, entendida como algo que "produz fraqueza e problemas mentais", a da homossexualidade, vista como "doença grave". Por outro lado, essa mesma sociedade, estimula cada vez mais a liberação sexual, evidenciando-a através da mídia, por vezes, utilizando-a como objeto de consumo.

Todavia, é necessário ainda que vários progressos vem acontecendo na atualidade. O conceito de virgindade e algumas idéias machistas estão caindo em desuso. A iniciação sexual do menino com prostitutas é menos freqüente. E a educação sexual é cada vez mais debatida.

Dessa forma, faz-se necessário maior compreensão do indivíduo nas diferentes fases da vida, sobretudo na infância e na adolescência; seu mundo interno, suas relações com os outros e suas necessidades em nível pessoal, particularmente sexual.

Barcelos *et al.* (1996)⁶ defende a idéia de que a educação sexual, deva ter como objetivo, (in) formar crianças e jovens adolescentes para a prática de uma sexualidade saudável.

Assim, o educador sexual, deve ser uma pessoa que tenha consciência e segurança para lidar com as angústias, as confusões, os medos e os conflitos sexuais, gerados por pressões sociais e familiares.

Para Maia (1993),⁷ quando a educação sexual é voltada para uma visão holística da situação, esta facilita a criança e ao jovem, o entendimento das razões de seu comportamento, vendo-o como um todo.

Assim, o presente trabalho, justifica-se pela necessidade de investigar e treinar professores para lidarem adequadamente com estas temáticas na grade curricular escolar visando aprofundamento destes conhecimentos sobre a sexualidade de jovens e crianças, contribuindo para a educação sexual das novas gerações, pelas instituições educacionais (família e escola). Justifica-se também pela necessidade de prevenção de DST/Aids, de desmistificação do assunto sexualidade, pelo professor e aluno. Visa ainda, a compreender quais as maneiras pelos quais as crianças e os jovens gostariam de falar sobre sexualidade, buscando encontrar uma linguagem facilitadora para diálogos entre adultos e jovens.

A possibilidade resultante do estudo, poderá vir a contribuir para a realização de novos estudos no mesmo campo utilizado, favorecendo a interação entre pais e filhos, alunos e professores.

Esta investigação é de suma importância, pois que justifica a necessidade do preparo do professor enfermeiro ao lidar estas questões com a criança, o adolescente e o adulto, seja na promoção da saúde, na prevenção contra as DST e ids ou na recuperação ou assistência ao indivíduo.

OBJETIVO

Enquanto docente de uma disciplina de enfermagem, responsável pela teoria e prática temos nos inquietado.

Preocupada, com os questionamentos ocorridos com os alunos em campo de estágio sobre estas questões sem saberem lidar adequadamente, com os problemas relacionados a sexualidade que emergem dos pacientes, principalmente internados. Para tanto, o produzem levantar a percepção que os possíveis docentes tem sobre a sexualidade, DST/Aids, identificando alguns pontos de reflexão sobre estes temas em apreço, além de trabalhar com eles, programas educativos sobre estas temáticas, preparando-os para atuarem enquanto agentes multiplicadores, principalmente, orientando os para lidarem com estas questões, com seus alunos.

METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido através de uma pesquisa – ação, por se identificar melhor com as características deste tipo de investigação. Esta modalidade nos permitiu levantar questionamentos conjuntos, entre pesquisados x pesquisando, sobre a temática pesquisada, posteriormente, utilizando dados na elaboração do planejamento, executando, avaliando e intervindo nas ações, em programas educativos para tratar das questões problemas levantadas.

Então, fizemos uso da observação (para explorar melhor o ambiente e os sujeitos trabalhados) e da entrevista individual, sistematizada, utilizando um questionário com questões norteadoras (para levantamento dos quesitos sobre a temática central). Por outro lado, para o desenvolvimento das ações, e foi atribuído o uso de uma metodologia participativa, dialógica, propiciando no processo de ensino e aprendizagem, uma análise crítica e reflexiva da realidade encontrada, visando a sua transformação. Para tanto, trabalhou-se efetivamente, conhecimentos e habilidades, proporcionando subsídios para a garantia da mudança de comportamento. (BUENO, 1997 –8).⁸

Esta pesquisa – ação retrata uma abordagem humanista, resgatando a otimização da vida, a visão totalizadora do ser humano e o exercício da cidadania. A sua análise se fez por categorização em quadros, dando um cunho qualitativo aos resultados levantados. O aspecto metodológico, fundamenta-se em referências baseados em Paulo Freire. (BUENO, 1997 –8).⁸

Sendo assim, trabalhamos com 10 docentes enfermeiros de ensino superior do curso de enfermagem de uma Fundação Educacional do Estado de São Paulo, seguindo tais procedimentos:

Solicitação de permissão à Instituição Universitária investigada para realização de pesquisa seguida de autorização, convite aos professores pesquisados para verificação de interesse à participação da pesquisa, aplicação da entrevista individual, com tempo determinado para devolução dos instrumentos; levantamento das matrizes e elaboração dos quadros; análise e conclusão dos dados, atendendo os objetivos propostos., culminando com a divulgação científica.

Foi aplicado os termos de consentimento para liberação da pesquisa (Termo de Consentimento Esclarecido)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estaremos apresentando aqui, os resultados seguidos das suas respectivas discussões. Inicialmente, lançaremos os dados de identificação dos enfermeiros docentes pesquisados, procurando mostrar as suas características pessoais e profissionais. A seguir, estaremos trabalhando os demais achados da presente investigação, referente à sexualidade, DST/Aids, procurando analisar e interpretar estes resultados, através da categorizações trabalhadas.

Conforme demonstra o quadro 1, a característica predominante dos enfermeiros docentes pesquisados se dá da seguinte forma: a maioria é do sexo feminino, faixa etária entre 27 a 39 anos, sobrepondo um maior número acima de 31 anos de idade. Mais da metade é solteira e espírita. Todos são docentes da Fundação Educacional pesquisada, com ensino superior completo, havendo 3 especialistas; 4 mestres e 2 em fase de desenvolvimento do doutorado. Em relação ao tempo de serviço, a maioria já tem experiência significativa na enfermagem, isto é, em torno de aproximadamente, 10 anos.

O quadro 2 apresenta as respostas das questões sobre o significado que os docentes pesquisados dão para a vida, evidenciando também, suas alegrias e tristezas. Então, no que se refere ao **significado da vida**, eles a relacionam com evolução, quando referem que vida é: “busca de evolução...”, “é crescimento”, “é desenvolvimento...”, “é melhoria em todos os aspectos...”, “é oportunidade ímpar da evolução do espírito... de aprendizagem”, entre outros. **Quanto as alegrias**, esses, predominantemente as relacionam com a satisfação familiar, como por exemplo, afirmam que “ter alegria é ter família, filhos...”, “... ter harmonia familiar...”; com a promoção da saúde enquanto necessidade fundamental quando se referem que a alegria é: “...ter saúde...”, “ser saudável...”, “... tudo o que faz bem”. Depois aparece a alegria associada a amizade, como: “... ter

QUADRO 1 - Identificação dos enfermeiros docentes pesquisados

Sujeito*	Sexo		Faixa etária (idade)		Estado civil				Religião				Escolaridade				Profissão Cargo*****			Ano de formação			
	M	F	26-30	31-35 ≥ 36	S	C	V	O**	C	E	P	O***	S	E	M	D****	DC	CD	ED	£84	85-89	90-94	95
1-BF			X				X			X			X	X				X					X
2-MC	X			X			X			X			X	X				X					X
3-E	X	X	X	X			X			X			X					X					
4-P		X																					
5-MC		X		X			X			X	X			X				X					
6-MI		X					X			X	X			X				X					
7-SC		X					X			X	X			X				X					
8-A	X			X						X	X			X				X					
9-MI		X		X			X			X	X			X				X					
10-SC		X					X			X	X			X									X
		X		X			X			X	X			X									

* Professores = A (Administração) E (Ética) MC (Médico-Cirúrgica) P (Psiquiatria) M I (Materno Infantil) SC (Saúde da Comunidade.) BFE (Bases Fundamentais Enfermagem II)

** Outros = Desquitado - Amasiado - Divorciado ***Outros = Ateu ****Escolaridade = S Superior) E (Especialização) M (Mestrado) D (Doutorado)

*****Profissão/Cargo = D (Diretor) C (Coordenador) CD (Chefe de Departamento) ED (Enfermeiro Docente)

amigos...”, “... meus amigos em equilíbrio...”, “... conquista das pessoas que gosto”, tudo isto traz alegria. Todavia, para as tristezas, houve entre eles destaque sobretudo da pobreza, miséria e falta de solidariedade, conforme expressos em suas falas, quando mencionam como elementos tristes é ver “a guerra, a fome, a pobreza, a falta de humanidade...”; “...a miséria, as crianças abandonadas, a mentira, a corrupção e a desonestidade.”; “... a destruição e principalmente, a violência.”. A fala do sujeito 8 nos mostra com evidência esses destaques: “a miopia dos homens, a falta de conhecimento das pessoas, a não cidadania, a coisificação do ser humano.” isto tudo é muito motivo de tristeza.

Conforme pudemos observar, depreendemos que os docentes pesquisados têm um significado real da vida, de forma humanista, positiva e sensível, voltando para uma visão transcendental ou espiritual, quando revelam a necessidade de aproveitar o momento da vida para uma evolução moral do espírito, crescimento pessoal e coletivo. Sendo assim, destacaram as vertentes fundamentais para a promoção e otimização da vida, valorizando-a como um todo, ressaltando assim, o verdadeiro significado evolutivo e transcendental da existência humana, associada as alegrias e crises vivenciais necessárias para o progresso individual de todos. Em contrapartida, abominam qualquer tipo de exercício

que venha contra o direito universal do homem, principalmente no que tange ao emperramento do processo educativo para a cidadania.

Conforme demonstra no quadro 3, pudemos averiguar que os docentes pesquisados têm uma visão de sexualidade, caminhando para a compreensão da mudança de valores ocorridos nos últimos tempos, nesta área. Isto, eles nos evidenciam em suas falas, conforme expressas a seguir: falam de sexualidade, “acho que é uma expressão da caminhada evolutiva humana...”; “... valores e preconceitos relativos a ela estão se transformando...”; “... está mais falada e discutida...”.

Os sujeitos estudados ainda discutem, a questão: dos preconceitos nutridos ao longo dos tempos, bem como dos falsos moralismos e do descompromisso com a vida, afirmando ser necessário resgatarmos, em tempos atuais, a consciência para o resgate dos valores éticos e morais, o respeito a segurança e a responsabilidade.

Revelam ainda que percebem que as pessoas vêem o sexo, de forma reducionista, destacando fazer-se mister, a relevância da atenção especial nesta área, tendo em vista os riscos de contaminação que as pessoas correm para contrair as DST/Aids, por esta via.

Portanto, os sujeitos pesquisados têm noção real dos problemas que a sociedade vêm enfrentando, diante das questões da sexualidade humana nos tempos da contemporaneidade.

QUADRO 2 - Respostas dos enfermeiros docentes pesquisados sobre a questão 1: Para você qual o significado da vida e quais as maiores alegrias e tristezas da vida?

Respostas: Para mim este é o significado de:

Sujeitos pesquisados	Vida	Alegria	Tristeza
1-	“é o presente mais valioso que um ser pode possuir.”	“é estar viva, ter saúde, ter família, ser feliz como emprego, ter bom relacionamento como namorado...”	“é a guerra, a fome, a pobreza, a falta de humanidade, péssimo atendimento de saúde, falta de compreensão na família.”
2-	“é a luta, luta pelos ideais; busca de evolução; crescer; ensinar; aprender.”	“é ter família, filho, marido, tudo que me faz bem.”	“fome, miséria, crianças abandonadas, mentira, corrupção e desonestidade.”
3-	“é uma passagem onde todas as conquistas e evolução servirão de degrau para o espírito infinito.”	“ser saudável, assegurar-se com o trabalho, moradia, saúde e alimentação.”	“sofrimento, miséria, fome de outras pessoas e não poder fazer muita coisa.”
4-	“é ser... vida e tudo, é amor, é beleza, crescimento, dor, evolução, sofrimento, é possibilidade que se realiza no ato de ser.”	“é estar viva, ter oportunidade de desenvolver meus potenciais, compartilhar minha existência com outros, olhar o mundo e me sentir parte dele.”	“os desencontros, a destruição e principalmente a violência”.
5-	“é estar no mundo, é busca da auto-realização e da felicidade, milagre maior da natureza.”	“é a vida dos meus filhos, é a conquista dos meus objetivos, ter paz interior, país, irmãos, sobrinhos e amigos.”	“violência, opressão ao ser humano através do autoritarismo, ausência de compromisso consigo mesmo.”
6-	“ter oportunidade de se melhorar em todos os aspectos evoluir.”	“é sentir-me bem, perceber minha família, meu trabalho, meus amigos em equilíbrio.”	“quando não posso ajudar alguém que esta precisando de ajuda.”
7-	“nascimento.”	“harmonia familiar.”	“não poder ajudar alguém quando a decisão depende da própria pessoa para se recuperar.”
8-	“ter oportunidade ímpar para a evolução moral do espírito; momento de crescimento e desenvolvimento.”	“as minhas potencialidades e a capacidade de desenvolve-ias, família conquista das pessoas que gosto.”	“a miopia dos homens, a falta de conhecimento das pessoas, a não cidadania, a coisificação do ser humano”.
9-	“é ter oportunidade de aprendizagem e crescimento pessoal através das inter-relações.”	“é poder criar, pesquisar, ser útil aos outros, ter saúde, amigos, minha mãe, ler gibi do maurício.”	“quando tentam me tirar a liberdade de criar de ir e vir, falsidade.”
10-	“é poder crescer, melhorar a cada dia”.	“é, ter saúde, filhos, marido, família.”	“e a fome, as drogas, a falta de consciência das pessoas”.

**QUADRO 3 - Respostas dos enfermeiros docentes pesquisados sobre a questão 2:
Como você percebe a sexualidade na sociedade dos dias de hoje?**

Sujeitos pesquisados	Respostas: Em relação a sexualidade na sociedade de hoje, penso:
1-	"que a sociedade apresenta-se desinformada sobre as questões de sexo, DST e aids."
2-	"se vê completamente sem rumo, as pessoas parecem ter perdido o sentido da Sexualidade, confundem sexo pelo sexo, perdendo o respeito e o amor."
3-	"percebo que esse assunto é inesgotável, todos querem saber, falar... percebo o quanto as pessoas são mal informadas, mal orientadas."
4-	"está um tanto desmistificada, mas envolvida em muitos conflitos internos e sociais. Mais falada e discutida, entretanto ainda pouco resolvida."
5-	"muitos valores e preconceitos estão se transformando. O ser humano está assumido-a como algo fisiológico e positivo para a auto-realização. O excesso de liberdade com a falta de conscientização tem proporcionado comportamentos que lesam a integridade do ser humano."
6-	"a sexualidade está sendo mais um processo natural com responsabilidade, por grande parte da sociedade, mas ainda temos pessoas que confundem sexualidade com preconceitos."
7-	"que é uma situação sem controle."
8-	"percebo com uma conotação muito reducionista a questão sexo - sexismo."
9-	"acho que ela é uma expressão da caminhada evolutiva humana, já nos abrigamos atrás de um moralismo hipócrita, já negamos este aspecto de nossa vida, já fomos para o outro lado buscando uma libertação. Talvez agora repletos de insatisfação e diante de tantas ameaças à saúde e a vida, possamos parar e refletir."
10-	"que os conceitos de respeito e moral se perderam por conta de uma sociedade totalmente descomprometida com a vida."

**QUADRO 4 - Respostas dos Enfermeiros Docentes pesquisados sobre a questão 3.
Como você vê a Educação Sexual na Família, na Escola e na Universidade, atualmente?**

Respostas: A educação sexual na família, na escola, e na universidade, vejo assim:

Sujeitos pesquisados	Família	Escolas	Universidades
1-	"e cercada de muitos tabus e preconceitos."	"pouco se faz em termos de educação sexual. Há um despreparo do professor para lidar com as questões do sexo."	"pouco se faz em termos de educação sexual. há um despreparo do professor para lidar com estas questões".
2-	"depende da cultura, condições socioeconômicas."	"não acredito no preparo dos professores para educação sexual, porque primeiro eles devem ser educados sexualmente."	"não acredito no preparo dos professores para educação sexual porque primeiro eles devem ser educados sexualmente."
3-	"cheia de tabus, preconceitos, pautada por uma cartilha rigorosa de comportamentos."	"Os educadores são pouco preparados para desempenhar tais funções educativas."	"os professores deveriam ser mais preparados e os alunos, mais maduros".
4-	"falta diálogo."	"e ainda muito biológica, faltando o aspecto emocional, psicológico e cultural."	_____
5-	"continua não existindo."	"tem existido a intenção de um diálogo. Os educadores ainda não estão completamente preparados."	"é ainda muito biológica, faltando o aspecto emocional, psicológico e cultural."
6-	"e onde deve ser iniciada a educação sexual."	"serve para continuar a manter a educação."	_____
7-	"ela não está preparada para passar conhecimento aos filhos."	_____	_____
8-	"pobre em conteúdos, com conotação religiosa voltada ao pecado, proibido..."	"com uma nova abordagem, porém, não passam mais que orientações sobre DST/Aids"	"muitos horizontes, muitas estratégias, mas não faz educação sexual."
9-	_____	"estas instituições tem muitas limitações para lidar com a educação sexual, principalmente no aspecto informativo."	"estas instituições tem muitas limitações para lidar com a educação sexual, principalmente no aspecto informativo."
10-	"necessitando de mais diálogo".	"com professores pouco preparados."	"com professores um pouco melhor preparado."

Os docentes pesquisados, reportam no quando 4, uma visão real da problemática que envolve a questão da educação sexual, como um todo. em relação à educação sexual familiar, revelam que há muito preconceito e tabu também, mencionam o despreparo da família para lidar com isto o sujeito 5, afirma que esta educação, muitas vezes, não existe em casa. Neste sentido, temos observado em referências teórico - práticos, que quando essa educação familiar existe, ainda há muita influência de condicionantes históricos, sociais, políticos e culturais arraigados na cultura familiar. Em relação aos estereótipos do sexo, vemos a influência religiosa, conforme revelado pelo sujeito 8, sobretudo estabelecendo relação com pecado. Depreendemos então, que isto torna-se severamente prejudicial, emperrando o processo educativo, pois que estes elementos, esbarram na falta de diálogo complicando a formação e orientação das pessoas, neste sentido.

Diante de toda esta problemática, ainda enfrentamos nos últimos tempos, os problemas decorrentes da aids. Todavia, embora essa doença traga consigo o sentido forte de fatalidade, ela possibilitou abertura das questões do conhecimento nesta área, favorecendo o diálogo, e as discussões nas escolas, na mídia, no jornal, bem como na família, incentivando análise crítica e reflexiva sobre os assuntos intercorrentes seja em nível individual e/ou coletivo.

Os docentes pesquisados, também evidenciaram a educação sexual nas escolas incluindo a universidade como algo que necessita de uma atenção especial, pois percebem que os professores, de maneira geral, tal como ocorre na família, têm dificuldades de lidar adequadamente, com estas questões, identificando, que neste momento, é preciso estabelecer diálogo aberto e participativo, para se trabalhar, efetivamente, este tema, quando reforçam a necessidade de um cuidado especial para lidar com esta temática. Da mesma forma que ainda é evidenciada a importância de que a educação sexual deva começar em casa, com possibilidades relevantes de ser ampliada conseqüentemente, na escola (ensino básico e acadêmico).

Isto posto, não resta dúvida que para atender esta demanda, os momentos atuais suscitam a necessidade de preparo para lidar com os temas relacionados à sexualidade e a aids, pois que, além das DST- Aids, emergem neste intento, outros temas que remetem a problemática da vida cotidiana principalmente do adolescente e o adulto jovem que, devido a vulnerabilidade e suscetibilidade da faixa etária, poderão enfrentar conflitos relacionados a: aborto, gravidez não planejada, violência sexual, estupro, (abuso e assédio) prostituição, homossexualismo, uso indevido das drogas entre outros. (Bueno, *et al.*, 1994); (Bueno, *et al.*, 1995); (Bueno, 1997-8).^{8,9,10}

Conforme as falas expressas dos docentes pesquisados no Quadro 5, esses têm uma expectativa de que a compreensão das questões da sexualidade possa no futuro, ser vivenciada sobretudo, de forma desvelada, despida de preconceitos e que as pessoas ainda possam resgatar a consciência do sexo para atitudes e comportamentos responsáveis para o auto e mútuo respeito e o seu equilíbrio, compreendendo a sexualidade como um processo normal e natural da vida humana, com uma dimensão transcendental, tal como vemos nas falas seguintes: "vejo a sexualidade com um retorno ao passado, hoje com mais valorização e mais respeito ao ser humano"; "... encarar a sexualidade e o sexo como algo bom, saudável e necessário"; "... que as pessoas reconheçam a sua sexualidade... de forma consciente e prazerosa"; "... procurando acabar com os preconceitos".

Portanto, os docentes pesquisados ressaltam a necessidade de desmistificação dos preconceitos e tabus existentes na crença popular em relação à sexualidade e sexo na vida humana, revelando a importância de trabalhar efetivamente, esta temática na sociedade dos tempos de pós-modernidade.

QUADRO 5 - Respostas dos enfermeiros docentes pesquisados sobre a questão 4: Qual a expectativa que você tem em relação a sexualidade e sexo para o futuro? (individual e coletivo)

Sujeitos pesquisados	Respostas: Minha expectativa sobre sexualidade e sexo para o futuro é a seguinte
1-	"é preciso acabar com os preconceitos."
2-	"é infelizmente, ter poucos governantes interessados no assunto que compromete a educação sexual."
3-	"é pensar que todos, com o tempo vão encarar a sexualidade e o sexo como algo bom, saudável e necessário."
4-	"que todas as pessoas reconheçam sua sexualidade e a vivam de forma consciente e prazerosa."
5-	"a medida que o ser humano venha a se desenvolver culturalmente, a sexualidade passará a ser uma manifestação natural fisiológica. O sexo deixará de ser prioritário para o, humano."
6-	"que a sociedade passe a sentir a sexualidade como algo natural, e o sexo necessário e com responsabilidade."
7-	"um retorno ao passado, hoje, com mais valorização e mais respeito ao ser humano."
8-	"pouco promissoras a curto e médio prazos, com alguns avanços na conscientização das pessoas, eliminação de tabus e preconceitos."
9-	"gostaria que o "pêndulo" parasse no meio, no ponto de equilíbrio, de forma que as pessoas pudessem aceitar a sexualidade, como um aspecto normal."
10-	"acabar com os preconceitos e viver a sexualidade/sexo de forma consciente e responsável."

QUADRO 6 - Respostas dos enfermeiros docentes pesquisados sobre a questão 5: O que você pensa sobre as DST?

Sujeitos Pesquisados	Respostas: Penso sobre DST que:
1-	"parecem ser doenças simples, mas quando não tratadas no início, podem evoluir para complicações crônicas, abortos., cegueira de RN e até a morte."
2-	"elas existem. estão aí. e é preciso educar e conscientizar para sua prevenção."
3-	"uma realidade para todos nós, independente de cor, raça, religião e classe social."
4-	"devem ser conhecidas, prevenidas e encaradas com seriedade tanto pela população em geral, quanto pelos profissionais de saúde."
5-	"são um problema de saúde pública que merece maior atenção de toda a sociedade."
6-	" são doenças estáveis e que poderiam diminuir a incidência, se houvesse mais orientações efetivas à população."
7-	"com a liberdade sexual perdeu-se o controle das DST"
8-	"é a materialização sociocultural de uma sociedade que não teve a oportunidade de uma educação sexual, ou até mesmo, de orientações básicas de profilaxia."
9-	" sua ocorrência está envolta em preconceitos, da mesma forma como acontece com a sexualidade, de forma mais ampla."
10-	"é um sério problema para o país. e pouco se está fazendo para reverter este quadro."

Os docentes pesquisados, possuem conhecimento básico adequado sobre o significado e a relevância deste assunto, bem como, destacam a importância da prevenção destas doenças, em razão dos problemas que elas poderão ocasionar. Fazem alerta sobre esta problemática, ressaltando a necessidade de se dar uma maior atenção à população, mostrando a importância da utilização dos serviços de Saúde Pública para atendimento dessas dificuldades, em relação às DST.

QUADRO 7 - Respostas dos enfermeiros docentes pesquisados sobre a questão 6: Você tem idéia de como anda as DST no país?

Sujeitos pesquisados	Respostas: Penso que as DST no país:
1-	"tem aumentado ainda muito e até mesmo tem ocorrido óbitos em consequência das mesmas."
2-	"vem sendo alarmante a incidência, embora as pessoas digam que sabem evitar, não a fazem, talvez por não acreditar."
3-	"têm contaminado muitas pessoas 'diferenciadas', pessoas que, até pouco tempo não eram vulneráveis a estes riscos...". tenho idéia e trabalho com elas no meu trabalho."
4-	"continuam acontecendo."
5-	"tem fugido do controle das autoridades de saúde." "tenho alguns dados que me permitem concluir esta situação."
6-	"em termos de números estatísticos, não tenho idéia."
7-	"com essa liberdade de hoje, as doenças avançam, alcançando números elevados."
8-	"apesar de não se constituírem em doenças de notificação compulsória, está em expansão."
9-	"estão presentes, algumas inclusive com aumento da incidência."
10-	"andam crescendo assustadoramente."

Os docentes pesquisados revelam ter conhecimento da realidade, sobre a problemática das DST, enfocando a situação atual como sendo de extrema severidade, comprometendo a saúde da população, ameaçando consideravelmente, os jovens em geral. Todavia, nós entendemos que há necessidade emergencial de se trabalhar estas questões por se tratar de uma área carente, suscitando atenção especial para a prevenção e o controle destas doenças, de forma geral. E o problema se torna maior, ao incluirmos neste quadro, as questões que se atrelam à aids, enquanto uma doença que passa advir do contato sobretudo sexual, ameaçando a pessoa tanto no âmbito individual quanto coletivo, além de seu aspecto de incurabilidade, que se faz presente ainda, nos tempos atuais.

QUADRO 8 - Respostas dos enfermeiros docentes pesquisados sobre a questão 7: como você vê a aids, atualmente?

Sujeitos pesquisados	Respostas: Atualmente, vejo a aids assim:
1-	"com um futuro sombrio,"
2-	"crescente. precisa ser encarada."
3-	"continua crescendo, chegando cada vez mais perto de um de nós."
4-	"doença que pode ser evitada e encarada, coletivamente, para melhorar as condições de vida do indivíduo e doente e dificultar a contaminação."
5-	"doença muito preocupante que, foi incorporando no cotidiano das pessoas, porém nem todos têm se preocupado em evitá-las."
6-	"para mim, é uma moléstia provocada pela falta de credibilidade na própria doença, na discriminação e preconceito com o doente de aids."
7-	"uma preocupação de saúde pública que avança determinando outros grupos de maior risco e um desafio para a ciência."
8-	"uma pandemia em expansão em todos os países, com maior incidência nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento pela pouca presença ou ausência do estado, de de educação e de saúde."
9-	"as projeções numéricas são preocupantes, apesar das descobertas terapêuticas e avanços, em termo de imunologia."
10-	"uma doença sem perspectiva de um controle, isto devido a falta de ações conscientizadoras".

Observamos nas respostas dos docentes pesquisados, que esses estão preocupados com o futuro da aids, e entendem que para reverter este quadro, há necessidade de um envolvimento maior dos segmentos sociais, principalmente do Estado, da Educação e da Saúde.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados encontrados, concluímos que os enfermeiros docentes pesquisados:

- percebem a vida como um espaço existencial relevante, transcendental, de evolução espiritual, pessoal e coletivo, destacando elementos fundamentais e importantes para a otimização da vida, valorizando-a como um todo carecendo respeito, mas abominando fatores que venham contra os direitos humanos;
- evidenciam a sexualidade, e as questões sexuais, no social, como algo estereotipado, reduzindo ao biológico, mesclado de preconceitos, tabus e desinformação, mas em processo de desmistificação e de transformação, necessitando de revisão de valores e de ampliação da visão para o ser total;
- evidenciam a Educação Sexual ainda muito estagnada, referindo que tanto a família, como as escolas, bem como as pessoas em geral, ainda se sentem despreparados para lidarem com estas questões, afirmando que nos tempos da aids, isto é severamente comprometedor para a saúde pública, tendo em vista a saúde sexual individual e coletiva;
- tem uma percepção básica e real sobre a Aids, alertando sobre a necessidade emergencial e efetiva de atenção especial, pelos segmentos sociais, Estado, Educação e Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VITIELLO, N. A educação sexual necessária. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. SBRASH. São Paulo: Iglú, v.6, n.1, p.15-28, jan/jun. 1995.
2. SERAPIÃO, J.J.; SILVA M.C. Disciplinas de sexualidade humanas para cursos de graduação em medicina e enfermagem da universidade Gama Filho R.J. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. São Paulo: Iglú, v.7, n.2, p.135-145, 1996.
3. SACADURA, S.P. Orientação sexual. e agora professor? *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo: Iglú, v.7, n.2, p.169-180, nov.1996.
4. CASTRO NETO, A. Adolescência desenvolvendo os conflitos. *Pediatria atual*. v.9, n.11-12, p.13. nov/dez. 1996.
5. BECKER, D. *O que é adolescência*. 13ª ed., São Paulo: Brasiliense. 1994. (coleção primeiros passos 159)
6. BARCELOS, N.N.S. *et al.* Educação sexual: relato de uma experiência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo: Iglú v.7, n.2, p.150-160, nov. 1996.
7. MAIA, M.B. *et al.* A (in) formação sexual do adolescente: uma nova proposta. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo: Iglú, v.4, n.1, p.31-36, 1993.
8. BUENO, S.M.V. *Marco conceitual e referencial teórico de educação para a saúde: orientação à prevenção de DST-Aids e drogas no Brasil, para crianças, adolescentes e adultos jovens*. Documentos Ministério da Saúde/Mimeo/Brasília DF. 1997-8.
9. BUENO, S.M.V.; COSTA, J.C.; BORELLI, O.C. *et al.* *Educação para saúde e orientação sexual*. Ed. Guariati, São Paulo, 1994.
10. BUENO, S.M.V.; COSTA, J.C.; BORELLI, O.C. *et al.* *Educação para a promoção da saúde sexual/DST-Aids*. Ed. Villiupress, Rio de Janeiro, 1995.

Endereço para correspondência:

Sandra C S Miyasaki

Rua Tóquio, 125 Jd. Progresso - Fernandópolis-SP.

E-mail: miyasakiferro@acif.com.br

DST 4 - MANAUS, 2002

IV Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis

1 a 4 de SETEMBRO

Tropical Hotel Manaus

www.fuam.am.gov.br/congressodst*Assine DST • www.uff.br/dst/*

LINFOMA CUTÂNEO NA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

CUTANEOUS LYMPHOMA IN ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME

José Luís R Rosati¹, Sonia Cantarino², Myriam Ferreira³,
Rogério R Estrella⁴, Renata Rorofino⁵, Jorge Manaia⁶

RESUMO

É apresentado caso clínico de linfoma altamente agressivo em paciente portador da síndrome da imunodeficiência adquirida. O linfoma demonstrou grande comprometimento cutâneo, além de ganglios linfáticos retroperitoneais e inguinais. O exame histopatológico revelou tratar-se de linfoma de grandes células. A evolução foi fulminante, tendo ocorrido óbito em poucos dias após internação hospitalar. Lesões cutâneas tumorais com superfície lisa, eritematosas adotando formatos anulares e reniformes em pacientes com aids, como no presente caso, devem levantar a suspeita de linfoma cutâneo.

ABSTRACT

The authors present a case of cutaneous lymphoma in patient with acute immunodeficiency syndrome. There was involvement of retroperitoneal and inguinal lymph nodes, besides involvement of the skin of the abdomen and lower limbs. Biopsy showed large cell lymphoma. The course was fulminant, with death occurring few days after admission. Atypical cutaneous lesions in HIV patients especially glossy erythematous tumors should raise the suspicion of cutaneous lymphoma.

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 13(5): 54-55, 2001

INTRODUÇÃO

Pacientes infectados com HIV com frequência apresentam manifestações cutâneas relacionadas principalmente com a imunodeficiência, que aumenta a susceptibilidade às infecções oportunistas. Linfadenopatia generalizada persistente é manifestação comum na maioria dessas infecções. Os tumores de pele mais frequentes em pessoas com aids são o sarcoma de Kaposi disseminado e o linfoma não-Hodkin de células B de alto grau. Raramente podem ocorrer linfomas de células T (micose fungóide e síndrome de Sézary), imunoblásticos, linfoma de Burkitt ou um misto de linhagens fenotípicas. As neoplasias relacionadas ao HIV são geralmente muito agressivas, respondendo mal ao tratamento e associadas a altas taxas de mortalidade.^{1,2,3,4}

RELATO DE CASO

Paciente de 34 anos, pardo, natural do Rio de Janeiro, internado devido a febre no Serviço de Clínica Médica do Hospital Santa Mônica. Informava que há cerca de 60 dias vinha tendo febre, emagrecimento de aproximadamente oito quilos e aparecimento de lesões cutâneas comprometendo o abdomen e os membros inferiores. Posteriormente houve aparecimento de tumorações inguinais bilaterais, edema da bolsa escrotal e aumento progressivo e exagerado das lesões cutâneas, surgindo novas

lesões vinhosas e áreas de depressão central nas já existentes. Ao exame físico na internação, havia emagrecimento, adenomegalias inguinais bilaterais, edema da bolsa escrotal. As lesões cutâneas eram de vários centímetros de diâmetro, eritematosas, com a superfície lisa, brilhante e lúzida, havendo depressão central em algumas delas, adotando aspecto anular. A lesão abdominal mostrava conformação reniforme. (figuras 1, 2 e 3).

Tomografia computadorizada do abdomen demonstrou presença de massas retroperitoneais sugestivas de adenomegalias.

O exame histopatológico de ganglios e de lesões de pele demonstrou neoplasia cutânea de linhagem linfóide constituída por células com núcleos pleomórficos, hiper cromasia nuclear, cromatina grosseira e núcleos por vezes gigantes. Evidenciou-se invasão do tecido adiposo e de fibras musculares estriadas. Conclusão- Linfoma não-Hodkin de grandes células. Os testes para HIV foram positivos. Evolução ruim com evolução para sepse e óbito em poucos dias após internação.

DISCUSSÃO

O risco relativo de linfoma em pacientes infectados pelo HIV comparado com controles não infectados é de 60 - 100 vezes maior. Evidência genética da presença do vírus Epstein-Barr é encontrada em cerca de metade dos linfomas de células B e em virtualmente todos os casos de linfoma primário do sistema nervoso central nos pacientes com aids. A histologia revela células pequenas não clivadas ou grandes células e padrão histológico de alto grau. A maior parte dos pacientes possui doença extranodal envolvendo o trato gastrointestinal, sistema nervoso central, fígado, pele e subcutâneo ou medula óssea.

Os linfomas cutâneos que ocorrem em associação com a aids são raros, a maioria de alto grau, alguns sendo classificados como linfomas

¹Professor Titular de Clínica Médica da Universidade Federal Fluminense (UFF)

²Médica do Serviço de Clínica Médica do Hospital Santa Mônica.

³Médica Clínica do Hospital Universitário Antônio Pedro e do Hospital Santa Mônica

⁴Professor Adjunto de Dermatologia da Universidade Federal Fluminense

⁵Médica

⁶Professor do Departamento de Morfologia da UFF. Médico Cirurgião do Hospital Geral Santa Mônica

anaplásticos de grandes células (anaplastic large cell lymphoma - ALCL) Apresentam em geral curso clínico fulminante e prognóstico ominoso. As manifestações cutâneas dos linfomas podem ser específicas (presença de células tumorais) ou inespecíficas (ausência destas). As específicas apresentam-se com morfologia variada como lesões eritemato-escamosas pouco características, eritrodermia ou lesões tumorais com superfície lisa eritematosa, por vezes adotando aspecto anular , arciforme ou reniforme, ocasionalmente evoluindo para ulceração. Já as manifestações inespecíficas podem preceder ou acompanhar os linfomas, sendo na realidade manifestações paraneoplásicas tais como: prurido, prurigo, iciose adquirida, entre outras.

No caso em questão havia comprometimento ganglionar retroperitoneal e inguinal evidentes, além das lesões cutâneas. Pela evolução fulminante não houve possibilidade de tentar-se tratamento de qualquer espécie.^{1,2,5,6,7,8,9,10,11,12}

CONCLUSÃO

O linfoma não-Hodkin associado à aids é uma neoplasia que apresenta em geral comportamento agressivo e disseminado, embora sejam descritos casos de evolução indolente. Tende a ser menos diferenciado e de pior prognóstico que na população em geral. Pode ser a manifestação inicial da doença, como no caso apresentado, em cerca de 2,5% a 5% dos pacientes HIV positivos e estima-se que ocorra em até 8% de todos os pacientes com aids.



Figura 1 - Edema de bolsa escrotal, adenomegalias inguinais e lesões de linfoma no abdome e coxa direita. Destaque-se o formato da lesão da coxa que esboça um anel, sem no entanto completar o círculo (lesão em ferradura).

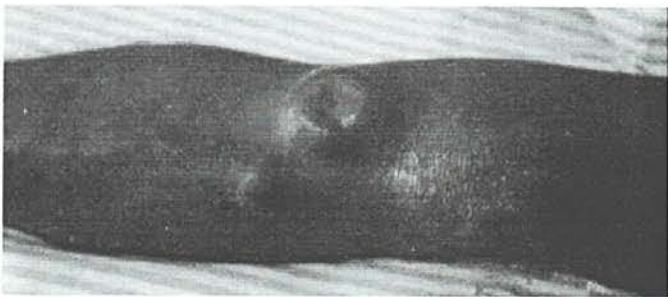


Figura 2 - Perna esquerda - Lesão linfomatosa nodular ao lado de lesão maior, com formato anular.



Figura 3 - Lesão reniforme, onde se nota a superfície lisa, brilhante e eritematosa, que se repete em todas as lesões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AZULAY, RD; AZULAY, DR. *Dermatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
2. SCADDEN, D.T., GROOPMAN, J.E. Hematology/oncology in AIDS. In: *Cecil Textbook of Medicine*, Saunderson's Company, Philadelphia, 21ª ed. 2000.
3. SCHWARTZ, J.J. HIV related malignancies. *Dermatol Clin*. 9:3.503-515. Jul./1991.
4. ABOULAFIA, D. Aids - associated B cell non-Hodkin's lymphoma. *Am J Dermatopathol*, 19:1,66-72. Feb./1997.
5. CHIRIFE, A.M.; SCMITZ, L.; GIMENEZ, L. et al. Incidence and characterization of large -cell anaplastic lymphoma. *Sangre (Barc)* 40 (4) : 275-79. Aug./1995.
6. DOVER, JS. Cutaneous manifestations of HIV. *Arch Dermatol*, 127:9, 1383-91. Sep./1991.
7. ESTEVE, E.; BAGOT, M.; GRANGE, F. et al. Lymphoma with skin manifestations in HIV infection: 8 cases. *Ann Dermatol Venereol*. 122(8) : 488-93. 1995.
8. JIMBOW, K. Lymphoid proliferation and lymphoma associated with HIV. *Int J Dermatol*. 30:9, 605-13. Sep./ 1991
9. JHALA, D.N.; MEDEIROS, L.J.; LOPEZ-TERRADA D. et al. Neutrophil - rich anaplastic large cell lymphoma of T-cell lineage. A report of two cases arising in HIV positive patients. *Am J Clin Pathol* 114 (3) : 478-82. Sep./2000.
10. DRENO, B. Cutaneous anaplastic T- cell lymphoma. *Br J Dermatol*, 129:1,77-81. Jul./ 1993.
11. MUNOZ-PEREZ, M.A.; RIOS-MARTIN, J.J.; RODRIGUEZ-PICHARDO, A.; CAMACHO, F. *Acta Derm Venereol* 79 (2) : 153-5. Mar./1999.
12. PHOEBE, R.T.; VOLBERDING, P.A. Malignancies in Human Immunodeficiency Virus Infection. In: MANDELL, Douglas and BENETT'S . *Principles and Practice of Infectious Diseases*. Churchill Livingstone. 5ª ed. 2000.

Endereço para correspondência:

José Luis Reis Rosati

Rua Fernando Libório Filho 236, Pendotiba, Niterói - RJ

Email- rosati@cruiser.com.br

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

DIRETRIZES PARA A PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

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

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

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

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

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

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

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

DST - *J bras Doenças Sex Transm* 13(5): 56, 2001

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

• Artigo em periódico

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

• Livro ou monografia

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

• Capítulo em livro

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

• Trabalho apresentado em congresso ou similar já publicado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEITURA RECOMENDADA AOS AUTORES

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

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

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

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

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

DIRETRIZES PARA A PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

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

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

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

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

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

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

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

DST - *J bras Doenças Sex Transm* 13(5): 56, 2001

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

• Artigo em periódico

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

• Livro ou monografia

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

• Capítulo em livro

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

• Trabalho apresentado em congresso ou similar já publicado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEITURA RECOMENDADA AOS AUTORES

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

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

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

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

Editorial

HPV, que Bicho é Esse?

HPV é uma sigla em inglês: *Human Papillomavirus* que em português é Papillomavírus Humano. É um vírus que está subdividido em mais de 100 tipos diferentes. Esses tipos recebem um número, exemplos: 6, 11, 16, 18...

É relatado na ciência médica que alguns tipos são mais agressivos (oncogênicos) do que outros. É citado ainda, que cada tipo pode causar diferentes manifestações clínicas. Assim, sabemos que os tipos 6 e 11 são mais causadores de condiloma acuminado ou verrugas genitais, popularmente conhecidas como “crista de galo”. É típica doença benigna.

Já os tipos 16 e 18 estão intimamente ligados com lesões neoplásicas, com possível evolução maligna nos genitais.

Embora seja muito falado que os HPV de alto risco (16, 18...) possam causar câncer no colo do útero e até no ânus, essa evolução não ocorre em todos os casos. Na verdade, mesmo que se instale uma lesão pré-maligna tipo neoplasia intraepitelial, a possibilidade de regressão da lesão é maior do que 50%. Todavia, ainda não é possível saber quem com uma alteração vai ter cura espontânea ou evoluir para um câncer. A determinação de um marcador de evolução será de valia inestimável, quando puder ser amplamente usado, em saúde pública.

Sabemos, porém que, fumantes e portadoras de outras infecções conjuntas no colo do útero como, herpes e clamídia ou portadoras do HIV, estão mais susceptíveis de evolução para casos severos. É relatado, ainda, que predisposições individuais, genéticas, para malignidade, podem acelerar tais processos. No entanto, ainda não é possível detectar essas últimas alterações, com os recursos científicos disponíveis.

Trabalhando com a medicina por evidência científica, atualmente já se pode afirmar que estudos genéticos com HPV demonstraram que essas infecções poderão seguir três cursos:

- Apresentar-se como infecções transitórias, em cerca de 50% dos casos, com completa eliminação do vírus, caso o organismo esteja imunologicamente competente.
- Determinar o aparecimento de lesões que, por sua vez, podem regredir espontaneamente em 30 a 50% dos casos.
- Evoluir para lesões que, mesmo após tratamento, não conduzem à eliminação viral, estabelecendo infecções persistentes, resistentes aos tratamentos convencionais, as consideradas de alto risco para desenvolvimento de câncer.

O HPV é um vírus muito disseminado no mundo e, embora seja proclamado como um vírus freqüente no ser humano, sua evolução para causar um câncer é episódio raro.

Existem bons estudos documentando que uma NIC – Neoplasia Intraepitelial Cervical de grau leve, tem regressão aproximada de 57% e tem progressão para câncer invasivo em 1%. A de grau moderado, regride em 43% e progride em 5%. Mesmo a de grau severo ou acentuado, que é considerada um carcinoma *in situ* (não invasivo) pode regredir em até 32% e tem taxas de progressão superior a 12%.

Em todos os estágios de NIC há possibilidade de tratamento eficaz e até simples, evitando evoluir para doença invasiva.

Outro dado importante é que nem tudo que parece é com certeza.

Existem situações em que um exame, principalmente o Papanicolaou (preventivo) sugere HPV; porém, na verdade, não é HPV.

Por outro lado, há casos em que tem HPV, mas ele está ali de passagem, sem significar alterações importantes.

É imperativo não se apavorar frente um exame que mostre ser compatível com HPV.

Acusar alguém de ter transmitido o HPV pode ser muito grave e até injusto. Até porque, o período de incubação do HPV pode ser indeterminado. Alguns citam três meses, outros relatam anos. Ainda não está claro todo esse processo. É possível, ainda, que cada parceiro sexual tenha o seu HPV, adquirido de uma terceira ou quarta pessoa, porém; se a sintomatologia em ambos ocorrer num mesmo tempo, cria possibilidade para acusações mútuas.

De maneira geral, a infecção pelo HPV é conhecida como de transmissão sexual; todavia, encontram-se inúmeros casos onde a dificuldade em estabelecer a forma de transmissão é absurdamente grande. A questão torna-se mais complicada ainda quando apenas um dos parceiros sexuais apresenta clinicamente a doença. A pergunta: “Como e de quem peguei isso, doutor?” É invariavelmente por mim respondida: “Se eu pudesse garantir, ganharia o Prêmio Nobel”.

Na experiência de muitos profissionais ocorrem dúvidas, tanto dos pacientes, como dos médicos e dos laboratórios, porque o ser humano não é uma equação matemática. Cada organismo tem seu potencial para enfrentar cada problema.

Uma conduta sensata, à luz do que sabemos hoje, 2001, pode ser: não supervalorizar uma hipótese, achando que estar com HPV é sinônimo de que vai virar um câncer; não acusar alguém de ter transmitido o problema; nem tão pouco negligenciar e achar que ele vai desaparecer sozinho.

HPV é bicho vírus que só acomete o ser humano, podendo realmente regredir e desaparecer do organismo. Com os conhecimentos atuais, não é verdade dizer que uma vez com HPV sempre com HPV.

Todavia, as pesquisas já documentaram sua participação no desenvolvimento do câncer do colo uterino, principalmente. Porém, a afirmativa seca de que HPV causa câncer, para mim, soa igual a dizer que árabe mulçumano é terrorista. Se, num avião, vai seqüestrá-lo e jogá-lo num arranha-céu. Tentar promover educação com medo pode não ser uma boa estratégia. No geral o medo passa.

Um profissional que não cause temor, que não induza a acusações, que não peça um monte de exames desnecessários, que não mande o parceiro sexual fazer exames sem antes ter a certeza de que realmente a doença existe, será decisiva na condução serena e segura dos casos.

Uma pessoa bem esclarecida, com alguma capacidade crítica e com bom senso, será capaz de identificar cada peça desse cenário.

MAURO ROMERO LEAL PASSOS

Editor Chefe