
SUMÁRIO

EDITORIAL

DOCUMENTO DE NITERÓI PARA O CONTROLE DA SÍFILIS	3
---	---

ARTIGOS

CONHECIMENTO SOBRE REPRODUÇÃO E SEXO SEGURO DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DE ENSINO MÉDIO E FUNDAMENTAL DE FORTALEZA - CEARÁ	5
--	---

Knowledge of Reproduction and Safe Sex among Teenagers from a Highschool in Fortaleza – Ceará

Mônica C Façanha, Beatriz LF Menezes, Ana DB Fontenele, Marina A Melo, Adivânia S Pinheiro, Cecília S Carvalho, Ivna A Porto, Larissa OC Pereira

BENEFÍCIOS DA INTERAÇÃO GRUPAL ENTRE PORTADORES DE HIV-AIDS	10
---	----

Benefits of the group interaction among the HIV-aids Beares

Nilzemar R Souza, Edna Paciência Vietta

A ABORDAGEM DE ADOLESCENTES EM GRUPOS: O CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO DE DST	18
---	----

The Approaching of Adolescents in Groups in the Context of the Education in Health and Sexually Transmitted Diseases Prevention

Márcia M Souza, Ida K Borges, Marcelo Medeiros, Sheila A Teles, Denize B Munari

ESTUDO COMPARATIVO DE DIFERENTES FORMAS DE TRATAMENTO DE CONDILOMAS ACUMINADOS	23
--	----

Comparative Study of Different Ways of Treatment on Genital Wart

Tomaz B Isolan, Gutemberg L Almeida Filho, Mauro RL Passos, Renato S Bravo

NEISSERIA GONORRHOEAE PRODUTORAS DE BETALACTAMASE RESISTENTES A AZITROMICINA EM MANAUS, AMAZONAS, BRASIL	28
--	----

Neisseria gonorrhoeae Betalactamase Producers Resistant to Azithromycin in Manaus, Amazonas, Brazil

William A Ferreira, Cristina M Ferreira, Antonio PM Schettini, José Carlos G Sardinha, Adele S Benzaken, Mirna A Garcia, Enrique G Garcia, Luiz A Oliveira

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO SUL DO BRASIL	33
--	----

HIV Vertical Transmission in Low Class Population in the South of Brazil

Mariane Stefani, Breno F Araújo, Neiva MP Rocha

ESTUDO DA PREVALÊNCIA E VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS DA INFECÇÃO PELO HIV EM GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA	40
--	----

Study of Prevalence and Epidemiological Variables of the HIV Infection in Pregnant Women Attended in Clinical Hospital's Maternity from Curitiba

Renato Luiz Sbalqueiro, Claudete Reggiani, Edson Gomes Tristão, Almir Antonio Urbanetz, Rosires Pereira de Andrade, Denis José Nascimento, Newton Sergio de Carvalho

REVISÃO

HERPES GENITAL Y EMBARAZO	48
---------------------------------	----

Genital Herpes and Pregnancy

Miguel Tilli

ASPECTOS ORAIS DA INFECÇÃO PELO HIV EM PACIENTES PEDIÁTRICOS – UMA ABORDAGEM ATUAL	53
--	----

Oral Aspects the HIV Infection in Pediatric Children – An Actual Approach

Dennis C Ferreira, Ana PV Dias, Philippe Godefroy, Daniela D Gardioli, Paula BM Mello, Rosiangela S Knupp

RELATO DE CASO

LEUCOPLASIA PILOSA ORAL EM PACIENTE HIV POSITIVO: REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE CASO	58
--	----

Oral Hairy Leukoplakia in HIV Seropositive Patient: Literature Review and Case Report

Adrianna Milagres, Ruth T Ramos, Marília H Castilano, Eliane P Dias

CARTA DOS EDITORES

CARTA PARA OS DIRETORES DE FACULDADES DE MEDICINA	63
---	----

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	68
------------------------------	----

CONHECIMENTO SOBRE REPRODUÇÃO E SEXO SEGURO DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DE ENSINO MÉDIO E FUNDAMENTAL DE FORTALEZA - CEARÁ

KNOWLEDGE OF REPRODUCTION AND SAFE SEX AMONG TEENAGERS FROM A HIGHSCHOOL IN FORTALEZA – CEARÁ

Mônica C Façanha², Beatriz LF Menezes¹, Ana DB Fontenele¹, Marina A Melo¹, Adivânia S Pinheiro¹, Cecília S Carvalho¹, Ivna A Porto¹, Larissa OC Pereira¹

RESUMO

Introdução: os adolescentes e adultos jovens constituem um grupo de risco crescente para doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a infecção pelo HIV. A maior vulnerabilidade dos jovens decorre de falhas ou inconsistências no uso de preservativos associadas às elevadas taxas de atividade sexual com diferentes parceiros. **Objetivo:** avaliar o conhecimento de adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza, a respeito da fisiologia do aparelho reprodutor, identificar fatores de risco para a infecção por DST/HIV, como a conduta sexual, e avaliar a frequência do uso rotineiro de preservativo. **Método:** aplicou-se questionário auto-administrado a 100 estudantes do segundo grau de escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza. **Resultados:** dos 98 que responderam se já tinham tido relações sexuais, 38,8% disseram que sim. Cinquenta e dois estudantes responderam corretamente a duração do ciclo menstrual. As meninas acertaram 2,28 vezes mais essa resposta que os meninos ($p < 0,01$). Com relação à época do ciclo menstrual em que há maior probabilidade de engravidar, 30 responderam “14 dias após a menstruação”. As alunas acertaram 39% mais vezes essa resposta que os alunos ($p = 0,057$). Dos que já haviam tido relações sexuais, 33 (91,7%) disseram ter usado preservativo na última relação sexual, enquanto 21 (58,0%) disseram que haviam usado em todas as relações sexuais nos últimos seis meses. **Conclusão:** a proporção de alunos que conhecem o ciclo menstrual é pequena, especialmente entre aqueles do sexo masculino, e o uso de preservativo é irregular.

Palavras-chave: DST, HIV, aids, comportamento sexual, reprodução

ABSTRACT

Introduction: adolescents and young adults constitute a group of increasing risk for sexually transmissible diseases (STD), including HIV infection. The greatest vulnerability of the young people comes from inconsistencies in the use of condoms associated to the raising rates of sexual activity with different partners. **Objective:** this study aims to evaluate the knowledge of adolescents from a high school about: reproductive physiology; risk factors for DST/HIV infection, as the sexual behavior and to evaluate the frequency of routine use of condom. **Methods:** auto-managed questionnaire was applied to 100 students of a High school from Fortaleza. **Results:** of the 98 that answered if already had had sexual relations, 38.8% said yes. Fifty - two students answered correctly the duration of the menstrual cycle. The girls did it right 2.28 times plus than boys ($p < 0.01$). About the best time to get pregnant, 30 answered it right. The females did right 39% more than males ($p = 0.057$). From those who already had sexual intercourse, 33(91.7%) they said to have used condom in the last one, while 21 (58.0%) said that they had used in all intercourses in the last 6 months. **Conclusion:** the proportion of high school students who knows about menstrual cycle is small, especially among those of the masculine sex, and the use of condom is irregular.

Keywords: STD, HIV, aids, sexual behavior, reproduction

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2):5-9, 2004

INTRODUÇÃO

Os adolescentes e adultos jovens constituem um grupo de risco crescente para as doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a infecção pelo HIV. A maior vulnerabilidade dos jovens decorre de falhas ou inconsistências no uso de preservativos^{1, 2} em paralelo às elevadas taxas de atividade sexual com diferentes parceiros^{3, 4}.

A adolescência é a etapa da vida marcada por complexo processo de desenvolvimento biológico, psíquico e social. É principalmente nesta fase que as influências contextuais, externas à família, tomam maior magnitude, pois vão implicar na tomada de decisões, de condutas e contribuir para a definição de estilos de vida⁵. Neste período, o jovem se “arrisca”, oscilando entre as situações de risco “calculado”, decorrentes de ação pensada, e as de risco “insensato”, nas quais, expondo-se gratuitamente, pode comprometer sua vida de forma irreversível⁶.

Assim, com a expressão mais efetiva dos impulsos sexuais em função da maturação reprodutiva, a gravidez precoce e as DST são problemas cada vez mais relevantes nesta população⁷. Nos Estados Unidos da América do Norte, estima-se que mais da metade da população infectada pelo HIV adquire a infecção entre as idades de 15 a 24 anos⁸.

¹Estudante de Medicina e Componente do Projeto Acadêmico de Integração em Saúde

²Professora de clínica de Doenças Infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Mestra em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela UFRJ, Coordenadora do Projeto Acadêmico de Integração em Saúde.

Fonte financiadora: UFC – bolsa de iniciação à pesquisa

Inúmeros estudos mostram que jovens carentes ou residentes em comunidades de baixa renda estão sujeitos, com maior frequência, aos comportamentos ditos de “risco” que influenciam a sua saúde⁹. No caso particular de problemas de saúde relacionados com DST, adolescentes das chamadas “minorias sociais” demonstram maior atividade sexual, idade mais precoce de início de relacionamento sexual, maior número de parceiros sexuais e uso menos freqüente de preservativo^{10,11}. No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) revelou igualmente que jovens com baixo nível de instrução são os que demonstram maior atividade sexual, iniciação à vida sexual mais precoce e menor percentual de uso de preservativo masculino na última relação sexual¹².

Nos últimos anos, o quadro epidemiológico da aids no Brasil vem apresentando importantes mudanças. Observa-se um aumento de casos entre heterossexuais e usuários de drogas injetáveis, além de um crescimento proporcional da categoria nas transmissões perinatais. Outras modificações no perfil da população acometida estão relacionadas com a diminuição de sua faixa etária, o declinante nível socioeconômico dos pacientes e a incidência da doença entre pessoas do sexo feminino.

Alguns fatores têm contribuído para o aumento da incidência das DST: desinformação sobre o assunto devido à diminuição das campanhas educativas, automedicação ou medicação indicada por pessoas não-qualificadas, multiplicidade de parceiros, maior liberdade para a prática da atividade sexual em decorrência do uso de métodos anticoncepcionais, dificuldade na investigação dos parceiros sexuais, menor temor do público por essas doenças pela facilidade do diagnóstico e tratamento, facilidade de deslocamento das populações, e por fim o aparecimento da resistência microbiana aos antibióticos e quimioterápicos.

Assim, o conhecimento acerca da prática sexual desempenhada por uma determinada população, os métodos preventivos utilizados, o conhecimento específico sobre os métodos de transmissão e onde tal população adquire tais informações é de extrema importância para guiar as ações governamentais em prol do controle desta grande epidemia que atinge todo o mundo.

Uma das principais formas de conter o avanço da aids e de outras DST é a conscientização da população. Este trabalho educacional costuma ser feito nas oficinas sobre a prática do sexo seguro, que são, de uma forma geral, direcionadas a adolescentes e universitários. As principais estratégias de prevenção, empregadas pelos programas de controle, envolvem a promoção do uso de preservativos, a promoção do uso de agulhas e seringas esterilizadas ou descartáveis, o controle do sangue e derivados, a adoção de cuidados na exposição ocupacional a material biológico e o manejo adequado das outras DST.

Os preservativos masculinos e femininos são a única barreira comprovadamente efetiva contra o HIV e o uso correto e consistente deste método pode reduzir substancialmente o risco de transmissão do HIV e das outras DST. O uso regular de preservativos pode levar ao aperfeiçoamento na sua técnica de utilização, reduzindo a freqüência de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentam sua eficácia. Estudos recentes demonstraram que o uso correto e sistemático do preservativo masculino reduz o risco de aquisição do HIV e outras DST em até 95%.

Em 1998, um estudo realizado pela Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde mostrou que entre os indivíduos que afirmaram que eram sexualmente ativos, aproximadamente 76% não utilizam o preservativo nas suas relações sexuais. Para jovens entre 16 e 25 anos, de ambos os sexos, esse percentual desce para 56%, porém ainda considerado preocupante. Dentre os entrevistados, 31,3% são desinformados quanto ao uso de camisinha e 21,5% quanto ao sexo oral. Com relação ao tipo de relacionamento sexual, mais de 25% são desinformados quanto aos riscos de casais homossexuais e 46% quanto aos casais heterossexuais¹³.

Estes dados epidemiológicos demonstram a necessidade da avaliação continuada do perfil comportamental e educativo da população. Apesar das inúmeras campanhas preventivas e dos diversos métodos de obtenção de informação sobre prevenção das DST, dentre elas a aids, como internet, jornais, revistas, rádios, TV, a população não se mostra conscientizada sobre os riscos de contaminação pelo HIV.

Tais comentários revelam a importância de conhecer a população sobre tais tópicos a fim de promover uma campanha informativa e preventiva a cerca das DST/aids de maneira eficaz e competente, pois a aids não tem cura e a melhor terapêutica ainda é a prevenção. Este estudo tem como objetivo avaliar o grau de conhecimento de adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza, residentes em comunidades de baixa renda, a respeito: da fisiologia do aparelho reprodutor; identificar fatores de risco para a infecção por DST/HIV, como a conduta sexual e a conduta quanto aos cuidados de saúde, e avaliar a freqüência do uso rotineiro de preservativo.

METODOLOGIA

Aplicou-se questionário auto-administrado em 118 estudantes do ensino médio de escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo 75/03) e consentimento livre e esclarecido dos responsáveis. A escola selecionada atende, no turno da manhã, crianças especiais e, no turno da noite, adultos em cursos supletivos. Portanto, os questionários foram aplicados no turno da tarde, a todas as turmas do ensino médio. Foram excluídos os questionários de 18 alunos: seis por não terem preenchido o campo de idade e 12 com idade maior ou igual a 20 anos.

Os questionários foram codificados e digitados em Epi-Info 6.04¹⁴.

RESULTADOS

Dos 100 questionários preenchidos, 59 foram de alunos do primeiro ano do segundo grau, 24 do segundo ano e 17 do terceiro ano. Cinquenta e nove eram do sexo masculino e 41 do feminino. A idade variou entre 13 e 19 anos, com média de 16,4, moda e mediana de 16 anos. Noventa e seis, dos 99 que responderam qual era seu estado civil, disseram-se solteiros, os outros disseram estar “namorando” (**Tabela 1**). Moravam com os pais

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos alunos de escola de ensino médio e fundamental, Fortaleza-CE, 2002

Características sociodemográficas dos alunos	No.	%
Série Escolar		
1ª.	59	59,0
2ª.	24	24,0
3ª.	17	17,0
Sexo		
Feminino	58	59,0
Masculino	41	41,0
Idade		
14-16	54	54,0
17-19	46	46,0
Religião		
Católica	73	73,0
Evangélica	10	10,0
Outra	5	5,0
Sem religião	12	12,0
Pratica a religião		
Sim	72	81,8
Não	16	18,2
Mora com		
Pais	79	79,8
Familiares	17	17,2
Amigos	3	3,0
Atividades extracurriculares		
Não	74	74,7
Remunerada	14	14,1
Não remunerada	11	11,1
Teve a 1ª relação sexual		
Antes dos 15 anos	15	15,0
Com 15 anos e mais	22	21,0
Sem informação da idade	3	3
Ainda não teve	60	61,9
Usou preservativo na 1ª relação sexual		
Sim	35	80,0
Não	7	20,0

79 dos 99 que responderam a esse quesito, moravam com outros familiares 17 e com amigos 3. Os pais de 63 deles moram juntos (57 dão-se bem e seis vivem juntos mas não se dão bem), os pais de 36 não vivem juntos (32 por serem separados, um porque a mãe havia falecido e três porque o pai havia falecido). Quanto à religião 73 disseram-se católicos, dez evangélicos, três espíritas, um judeu, um testemunha de Jeová e 12 sem religião. Dos 88 que tinham alguma religião, 72 (81,8%) disseram praticá-la. A única atividade de 74,7% dos estudantes era a escola; dos que tinham outras atividades 14 (48,3%) tinham atividade remunerada. Quarenta alunos informaram que já tinham tido relações sexuais, 15 (37,5%) deles antes dos 15 anos de idade, 22 (55%) depois dos 15 anos e 3(7,5%) não informaram a idade da primeira relação sexual; a idade média da primeira relação sexual para os homens foi de 14,2 anos, moda e mediana aos 14 anos e para

as mulheres, 15,9 anos, moda aos 15 anos e mediana entre 15 e 16 anos. A primeira relação sexual de 68,4% foi com namorada(o) e de 31,6% com amiga(o). Apenas 17 responderam que sempre portavam preservativos com eles e destes sete (41,2%) ainda não haviam tido a primeira relação sexual, o que significa que 30 (75%) dos sexualmente ativos não portam consigo o preservativo.

Dezessete dos entrevistados não sabiam qual era a escolaridade da mãe e 23 não sabiam a do pai. Das 83 mães cuja escolaridade era conhecida pelos filhos, 43 (51,8%) eram analfabetas ou com primeiro grau incompleto, enquanto cinco (6%) tinham curso superior completo ou incompleto. Dos 77 pais cuja escolaridade era conhecida pelos filhos, 33 (42,9%) eram analfabetos ou com primeiro grau incompleto, enquanto três (3,9%) tinham curso superior completo ou incompleto. A situação de emprego do pai era conhecida por 89 dos entrevistados: 76,4% estavam trabalhando, 12,4% desempregados e 11,2% aposentados. Com relação às mães, a situação de emprego de 93 delas era conhecida: 66,7% trabalhando, 31,2% desempregadas e 2,2% aposenta-

Tabela 2 - Características sociodemográficas das famílias dos alunos de escola de ensino médio e fundamental, Fortaleza-CE, 2002

Características sociodemográficas das famílias	No.	%
Situação conjugal dos pais		
Juntos	63	63,6
Separados	32	32,3
Outro	4	4,0
Escolaridade do pai		
Analfabeta ou 1º grau incompleto	33	42,9
1º grau completo ou 2º grau incompleto	22	28,6
2º grau completo ou superior incompleto	21	27,3
Superior completo	1	1,3
Escolaridade da mãe		
Analfabeta ou 1º grau incompleto	43	51,8
1º grau completo ou 2º grau incompleto	18	21,7
2º grau completo ou superior incompleto	20	24,1
Superior completo	2	2,4
Situação de trabalho do pai		
Trabalhando	68	76,4
Desempregado	11	12,4
Aposentado	10	11,2
Situação de trabalho da mãe		
Trabalhando	62	66,7
Desempregada	29	31,2
Aposentada	2	2,2
Renda familiar (salário mínimo)		
Até 1	10	12,7
Mais de 1 a 2	29	36,7
Mais de 2 a 3	24	30,4
Mais de 3 a 4	7	8,9
Mais de 4 a 5	3	3,8
Mais de 5	6	7,6

das. Setenta e nove adolescentes responderam o valor da renda familiar: 12,7% até um salário mínimo (SM), 36,7% entre um SM e dois SM, 30,4% entre dois SM e três SM, 8,9% entre três SM e quatro SM, 3,8% entre quatro SM e cinco SM, 7,6% mais de cinco SM (moda entre um SM e dois SM e mediana entre dois SM e três SM) (Tabela 2). Dos 40 adolescentes que disseram já ter tido a primeira relação sexual, 27 informaram o valor da renda familiar e se havia usado (ou não) preservativo em todas as relações sexuais dos últimos seis meses, observou-se que 12 dos 23 (52,0%) que ganhavam até três salários mínimos usaram preservativo em todas as relações sexuais, enquanto todos os quatro (100,0%) que ganhavam mais de quatro salários mínimos disseram ter usado preservativo em todas as relações sexuais dos últimos seis meses ($p = 0,21$).

De acordo com a Tabela 3, 15 estudantes informaram que já ter tido relações sexuais antes dos 15 anos de idade, sendo que o risco relativo das alunas foi de 12% com relação aos alunos. Cinquenta e dois estudantes responderam corretamente a duração do ciclo menstrual, 12 alunos disseram que durava de 10 a 15 dias, 10 responderam de 20 a 23 dias, um respondeu que durava entre 50 e 60 dias e 21 disseram que não sabiam ou não lembravam. As meninas acertaram 2,28 vezes mais essa resposta que os meninos ($p < 0,01$). Com relação à época do ciclo menstrual em que há maior probabilidade de engravidar, 30 responderam “14 dias após a menstruação”, 29 responderam “sete dias antes da menstruação”, três “durante a menstruação” e 39 “não sei/não lembro”. As alunas acertaram 39% mais vezes essa resposta que os alunos ($p = 0,057$). Três alunos já haviam tido DST, 30 alunos disseram que a “camisinha” evitava gravidez e seis que a bebida os estimula sexualmente. Nenhuma dessas respostas teve diferença entre os sexos.

Dos que já haviam tido relações sexuais, 33 (91,7%) disseram ter usado preservativo na última relação sexual, enquanto 21 (58,%) disseram que haviam usado em todas as relações sexuais nos últimos seis meses, destes nenhum respondeu que tivesse usado preservativo na última relação sexual. Trinta (80,%) dos que responderam a esta pergunta responderam que haviam usado preservativo na primeira relação, 14 (40,0%) mulheres e 21 (60,0%) homens ($p = 0,86$), 21 (60%) disseram ter usado pre-

servativo sempre nos últimos seis meses e 14 (40%) não usaram de forma consistente ($p = 0,30$).

DISCUSSÃO

Em virtude da auto-administração do questionário na própria escola, existe a possibilidade de parte dos alunos terem faltado com a verdade, questões como relações sexuais anteriores, DST, são passíveis de serem negadas especialmente pelas meninas. Os rapazes, pelo contrário, podem ter aumentado a frequência de positividade com relação a já ter iniciado a atividade sexual.

A maioria dos estudantes é proveniente de famílias de baixa renda, cujos pais e mães têm baixa escolaridade, podendo contribuir para o menor acesso à informação. No entanto, comparando os indivíduos da amostra estudada não foi possível tal correlação, provavelmente porque aqueles com maior renda estavam pouco representados.

A idade da primeira relação sexual coincidiu com aquela encontrada por Isolan *et al.* em jovens atendidos em ambulatório de DST no Rio de Janeiro¹⁵.

O nível de conhecimento desses estudantes sobre o ciclo reprodutivo também é sofrível, sendo mais conhecido pelas mulheres, mas nem todas elas conhecem o intervalo do ciclo menstrual ou o período mais provável para engravidar. É possível que as alunas tenham maior conhecimento desse assunto visto que elas convivem com o ciclo menstrual e, em geral, é responsabilidade das mulheres o planejamento familiar ou pelo menos evitar gravidez não planejada.

Como foi observado por Anderson *et al.*, 1990 e Kann *et al.*, 1998, o uso de preservativos nas relações sexuais é pouco consistente e compatível com os 56% encontrados na pesquisa nacional de 2000 e bem maior do que a observada na pesquisa do Ibope de 2003, que encontrou apenas 14,4%. Possivelmente, parte dessa diferença deve-se ao fato de a maioria dos jovens ter apenas parceiros eventuais, enquanto na amostra do Ibope, a maioria das pessoas que não usaram preservativo, tinham parceiro fixo¹⁶.

Tabela 1 - Risco relativo do sexo feminino com relação ao masculino no que diz respeito aos principais parâmetros de comportamento e conhecimento do ciclo reprodutivo e prevenção de DST/aids de alunos de escola de ensino médio e fundamental, Fortaleza-CE, 2002.

Parâmetro	Feminino	Masculino	Risco Relativo	Intervalo de Confiança
Ter tido relação sexual	15	25	0,51	0,33-0,78
Primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade	1	14	0,11	0,02-0,77
Primeira relação sexual com 15 anos de idade ou mais	15	10		
DST anterior	1	2	0,34	0,03-3,64
Usou preservativo na última relação sexual	12	21	0,85	0,32-2,23
Usa camisinha em todas as relações sexuais	10	11	1,81	0,75-4,35
Camisinha evita gravidez	12	18	0,98	0,71-1,35
Tem mais vontade de transar quando bebe	3	3	1,63	0,43-6,18
Duração do ciclo menstrual 28 a 30 dias	42	10	2,28	1,52-3,42
Época mais provável para engravidar com relação ao ciclo menstrual 14º dia	22	8	1,39	1,02-1,89

CONCLUSÃO

Os jovens começam a vida sexual precocemente, usam irregularmente os preservativos e têm pouco conhecimento sobre o ciclo reprodutivo.

AGRADECIMENTOS

À direção da Escola, à equipe de professores e alunos que gentilmente concordaram em colaborar com o estudo e aos componentes do Projeto Acadêmico de Integração em Saúde – PAIS, pelo apoio recebido durante todo o desenvolvimento do projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, J. E.; KANN, L.; HOLTZMAN, D.; ARDAY, S.; TRUMAN, B. & KOLBE, L., 1990. HIV/AIDS knowledge and sexual behavior among high school students. *Family Planning Perspectives*, 22:252-255.
- KANN, L.; KINCHEN, S. A.; WILLIAMS, B. I.; ROSS, J. G.; LOWRY, R.; HILL, C. V.; GRUNBAUM, J. A.; BLUMSON, P. S.; COLLINS, J. L. & KOLBE, L. J., Youth risk behavior surveillance - United States, 1997. *Journal of School Health*, 68:355-369. 1998.
- KU, L.; SONENSTEIN, F. L.; LINDBERG, L. D.; BRADNER, C. H.; BOGGESS, S. & PLECK, J. H., Understanding changes in sexual activity among young metropolitan men: 1979-1995. *Family Planning Perspectives*, 30:256-262. 1998.
- SANTELLI, J. S.; BRENER, N. D.; LOWRY, R.; BHATT, A. & ZABIN, L. S., Multiple sexual partners among U.S. adolescents and young adults. *Family Planning Perspectives*, 30:271-275. 1998.
- RUZANY, M. H. & SZWARCOWALD, C. L., Mortalidade de adolescentes no município do Rio de Janeiro, de 1981 a 1995 - Quantos óbitos poderiam ser evitados? *Revista de Pediatria*, 75:327-333. 1999.
- DICLEMENTE, R. J.; PORTON, L. E. & HANSEN, W. B., *New Directions for Adolescent Risk Prevention Research and Health Promotion Research and Interventions. Handbook of Adolescent Health Risk Behavior. Issues in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press. 1996.
- WARREN, C. W.; SANTELLI, J. S.; EVERETT, S. A.; KANN, L.; COLLINS, J. L.; CASSELL, C.; MORRIS, L.; KOLBE, L. J., Sexual behavior among U.S. high school students, 1990-1995. *Family Planning Perspectives*, 30:170-172, 200. 1998.
- PEERSMAN, G. V. & LEVY, J. A., 1998. Focus and effectiveness of HIV-prevention efforts for young people. *AIDS*, 12 (Sup. A):S191-S196.
- SELLS, C. W. & BLUM, R. W., Morbidity and mortality among US adolescents: An overview of data and trends. *American Journal of Public Health*, 86:513-519. 1996.
- FORD, K.; RUBINSTEIN, S. & NORRIS, A. E., Sexual behavior and condom use among urban, low-income, African-American and Hispanic youth. *AIDS Education and Prevention*, 6:219-229. 1994.
- REITMAN, D.; St. LAWRENCE, J. S.; JEFFERSON, K. W.; ALLEYNE, E.; BRASFIELD, T. L. & SHIRLEY, A., Predictors of African American adolescents' condom use and HIV risk behavior. *AIDS Education and Prevention*, 8:499-515. 1996.
- BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil), *Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Rio de Janeiro: BEMFAM. 1997a.
- Ministério da Saúde – CEBRAP. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/ Aids 2000. Disponível em <http://www.aids.gov.br>
- CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION - CDC. Epi Info 6.04. Atlanta – EUA. Disponível em .
- ISOLAN, T.B. CARVALHO, AVV, ALMEIDA FILHO, GL, PASSOS, MRL, BRAVO, RS, PINHEIRO, VMS. *Perfil do Atendimento ao Adolescente no Setor de Doença Sexualmente Transmissível da Universidade Federal Fluminense*. *Jornal Brasileiro: Doenças Sexualmente Transmissíveis* 13 (4): 9-30, 2001.
- PAIVA, V.; VENTURI, G., FRANÇA-JÚNIOR, I. & LOPES, F. 2-Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/ Ibope, Brasil 2003. Disponível em <http://www.aids.gov.br>

Endereço para correspondência:

MÔNICA CARDOSO FAÇANHA

Rua Pinto Madeira 777, aptº 701.

Centro Fortaleza-CE. - CEP- 60150-000

E-mail: mfacanha@yahoo.com

Recebido em: 02/07/04

Aprovado em: 30/07/04

BENEFÍCIOS DA INTERAÇÃO GRUPAL ENTRE PORTADORES DE HIV-AIDS

BENEFITS OF THE GROUP INTERACTION AMONG THE HIV-AIDS BEARES

Nilzemar R Souza¹, Edna Paciência Vietta²

RESUMO

Introdução: o estudo visa investigar a utilização da atividade grupal em enfermagem como alternativa terapêutica no atendimento ambulatorial de portadores de HIV/aids. **Objetivos:** investigar os benefícios da interação grupal entre portadores de HIV/aids; avaliar a convivência em grupo como alternativa de ajuda no tratamento clínico-ambulatorial de portadores de HIV/aids, analisando as diversas etapas do processo de formação e desenvolvimento grupal; identificar, pelos depoimentos dos usuários e equipe envolvida na atividade grupal, as vantagens e desvantagens deste tipo de alternativa para a qualidade de vida do portador do HIV/aids. **Métodos:** a partir de uma abordagem qualitativa, referenciando-se a história oral temática, utilizou-se o trabalho em grupo para abordar 13 portadores de HIV/aids do Ambulatório Escola – Faculdade de Enfermagem de Passos. Os funcionários do Ambulatório Escola representados por quatro enfermeiros, uma psicóloga, um dentista, um auxiliar/acadêmico de enfermagem, seis acadêmicos de enfermagem e um funcionário do setor de serviços gerais fizeram parte de avaliação do estudo. **Resultados:** os resultados revelaram que a modalidade de grupo propicia mudanças de comportamento dos sujeitos consideradas benéficas para sua aceitação e adesão ao tratamento, favorece uma maior e melhor convivência entre pacientes e equipe e que sentimentos negativos advindos da doença, são aliviados pelo suporte emocional oferecido pelo grupo. **Conclusão:** conclui-se, com o trabalho, que as atividades grupais possibilitam um espaço valioso para troca de experiências e compreensão dos aspectos psicossociais do ser humano.

Palavras-chave: enfermagem, grupos, portadores de HIV-aids

ABSTRACT

Introduction: the study aims the utilization of group approach in nursing like therapeutics alternative in health-place attending of infected people with HIV virus. **Objective:** to analyze the group process like therapeutics resource and the help in clinical-health-place treatment, to put face to face infected people with HIV virus in different stages of illness; to give conditions to exchange of experiences and fall of anguishes, to identify through statements of infected people with HIV virus and staff involved in group activity, the advantages and disadvantages in this kind of approach, for the improvement of life quality of infected people with HIV virus. **Methods:** from the qualified approach, used the work in group to approach 13 users of Health-place school – Nursing College in Passos. The employees of Health-place School represented by 04 nurses, 01 psychologist, 01 dentist, 01 academic-nursing assistant, 06 nursing academic and 01 employee of general service sector were part of assessment of the study (interview). **Results:** the results show that, before this study, the modality of the group facilitates changes on behavior of the subjects considered beneficial for their acceptance and support on treatment, favor some bigger and better acquaintance between patients and group and that negative feelings happened by the illness, are relieved by emotional support offered by the group. **Conclusion:** it concluded, with the work, that the group activities must be used by nurses like therapeutics resource in treatment of infected people with HIV virus, allowing some valuable space to change the experiences and comprehension of psychosocial aspects of human being.

Keywords: nursing, groups, infected peoples with HIVaids

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2):10-17, 2004

INTRODUÇÃO

A aids vem atingindo de forma assustadora um número cada vez maior de jovens em fase produtiva, provocando grande preocupação social e familiar. A partir do momento em que o jovem portador toma consciência da gravidade da doença de que está acometido, seu destino está traçado e ele passa a se ver diante de uma “tragédia humana”: a doença incurável, o sofrimento e a morte.

Não obstante, os grandes avanços nas pesquisas científicas dos últimos anos e a busca de adequação dos procedimentos que visam prolongar o período assintomático da aids, é grande, ainda, o pessimismo dos pesquisadores com relação ao tempo que se levará para encontrar a cura definitiva desta doença. Em consequência, a expectativa deste paciente ante o futuro é incerta e a morte ainda uma ameaça constante na vida dessas pessoas.

A reação negativa do portador do HIV/aids frente ao seu diagnóstico geralmente é revelada por sentimento de insegurança, medo, impotência, desesperança e revolta, justificados pela culpa e sensação de fatalidade inerentes.

Uma vez que grande parte dos portadores desta enfermidade se encontram ativos e relativamente saudáveis, a morte no caso não deve tomar somente a significação em seu sentido literal,

¹Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Docente da Faculdade de Enfermagem de Passos – Universidade do Estado de Minas Gerais

²Professora Doutora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Fornecedora de auxílio: FAPEMIG

Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP: Processo nº 0175/2001

mas, também, na aceitação de perdas que a aids produziu e continuará produzindo na vida de seu portador e familiares.

Embora estas condições evoquem sentimentos pessimistas, são surpreendentes, a força e a garra com que certos pacientes revelam e mobilizam recursos para recobrem seus equilíbrios, em busca de alternativas de enfrentamento. Acreditamos que os profissionais de saúde podem exercer grande influência sobre os sujeitos, nesta situação de crise, podendo contribuir de forma positiva para o processo de aceitação e participação destes, no próprio tratamento.

É este o sentido que temos buscado transmitir como educadoras, na área, aos profissionais de enfermagem que se dispõem a humanizar a assistência e oferecer uma atuação que a tornará terapêutica nas relações com a pessoa que carece de ajuda.

Em nossa experiência, no contato com portadores do HIV/aids, temos testemunhado o desejo desses pacientes de conviverem com pessoas que apresentam os mesmos problemas, de poderem falar de suas dificuldades abertamente, sentindo-se mais compreendidos e aceitos¹. Nesta perspectiva, entendemos que o trabalho grupal seria, certamente, uma alternativa importante e bem-vinda para esta população.

Esperamos que o enfermeiro possa, através de alternativas diversas e entre elas o grupo, criar um ambiente no qual os valores, crenças e costumes dos indivíduos sejam respeitados, onde a informação e a educação em saúde possam aumentar a sobrevivência do portador/doente, sua aceitação no contexto social e o relacionamento com seus familiares.

Acreditando que a convivência com outros pacientes portadores da mesma infecção/doença possa propiciar ao paciente um melhor enfrentamento da doença, aderência ao tratamento e melhora de sua qualidade de vida, nos propusemos a desenvolver a presente pesquisa, buscando alcançar os seguintes objetivos:

- Investigar os benefícios da interação grupal entre portadores de HIV/aids.
- Avaliar a convivência em grupo como alternativa de ajuda no tratamento clínico-ambulatorial de portadores de HIV/aids, analisando as diversas etapas do processo de formação e desenvolvimento grupal.
- Identificar através de depoimentos dos usuários e equipe envolvida na atividade grupal, as vantagens e desvantagens deste tipo de alternativa para a qualidade de vida do portador do HIV/aids.

MATERIAL E MÉTODO

Entender o meio social do portador do HIV/aids nos parece um tanto complicado, mas extremamente essencial para os objetivos aos quais nos propomos. Seria impossível tentarmos entender este meio, se não participamos efetivamente dele, nos colocando como integrante do ambiente estudado. Dessa forma, o estudo buscou estruturar o grupo no contexto das sessões/oficinas de trabalho, ou seja, propiciou um ambiente de vivência cotidiana, de modo a permitir a organização e dinâmica grupal, assegurando ao *setting* um campo terapêutico.

Trabalhar com portadores de HIV/aids, principalmente no âmbito de suas relações sociais, não é uma tarefa fácil. No entanto, a riqueza de informações para os pesquisadores e estudiosos parece encontrar-se no cotidiano das relações e são nelas que pretendemos nos integrar para direcionarmos o presente estudo.

Neste trabalho buscamos conhecer, mais de perto, a realidade do portador de HIV/aids, levando em conta que a infecção/doença pode interagir nos aspectos psicossociais que aí intervêm, integração esta que atribuímos como de fundamental importância na tarefa de subsidiar a assistência que cabe aos enfermeiros.

Ao procurarmos conhecer a realidade concreta deste grupo, visamos estudar sua problemática psicossocial, sob o ponto de vista compreensivo, no qual pudéssemos descobrir e criar caminhos alternativos e oferecer uma assistência de enfermagem significativa e de qualidade. Nesta perspectiva, o presente estudo representa este esforço, desenvolvido através do método qualitativo, pelo qual procuramos entender como o mundo vivido é constituído de significados, recorrendo a processos de compreensão e de interpretação mais do que ao da explicação.

Para desenvolvimento das atividades grupais, foi escolhido como campo de pesquisa, o Ambulatório Escola – Faculdade de Enfermagem de Passos – Universidade do Estado de Minas Gerais.

Atualmente, o Ambulatório-Escola atua em quatro níveis distintos, voltados para a prevenção, diagnóstico e acompanhamento dos casos de aids de Passos e, das 24 cidades sob jurisdição da Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde de Passos. Todos os serviços são integralmente gratuitos aos usuários, sendo que a estrutura abriga atualmente os seguintes serviços: COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico), Leito-Dia, Hospital-Dia, ADT (Assistência Domiciliar Terapêutica).

Conta com uma equipe multiprofissional formada por: enfermeiros, médico, psicólogo, dentista, acadêmicos e auxiliares de enfermagem.

Optou-se por um grupo aberto e homogêneo com relação à patologia, não havendo preocupação quanto à homogeneidade do grupo com relação ao tipo de contágio e ao estágio da doença.

Consideramos, assim, para efeito de análise dos dados, o grupo como composto por 13 pacientes.

O grupo teve 11 sessões, ocorrendo uma por semana, com cerca de uma hora e meia de duração, nos primeiros três meses. Em decorrência destas sessões, surgiram o grupo de Oficina Cultural e o Grupo de Oficina de Trabalho Manuais, totalizando 30 sessões/oficinas.

Crítérios para seleção dos sujeitos

Para a seleção dos sujeitos que constituem o estudo, foram adotados os seguintes critérios: ter diagnóstico confirmado de HIV/aids; ter ciência de seu diagnóstico; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter esclarecimentos prévios sobre a pesquisa e decidir participar voluntariamente. Foram excluídos, os pacientes em fase terminal, com impossibilidade de verbalizar ou com alterações de comportamento. Foi esclarecido aos participantes o sigilo dos depoimentos e suas identidades.

O procedimento para coletar os dados foi realizado em três etapas:

Primeiro passo: convidamos os pacientes do ambulatório a participarem da pesquisa, até perfazermos um total de 12 pacientes, quando então passamos para a etapa seguinte.

Segundo passo: reunimos os pacientes e procedemos aos devidos esclarecimentos sobre o funcionamento dos encontros grupais: locais a serem realizadas as reuniões, sala disponível, o horário e a data foram estabelecidos pelo grupo. As reuniões foram conduzidas pela própria pesquisadora, nas quais a cada encontro estabelecemos o que seria trabalhado com temas e assuntos a serem escolhidos pelo grupo.

Terceiro passo: no final do período estabelecido, aplicamos uma entrevista semi-estruturada, sendo orientada por um guia de assuntos ou roteiro de questões previamente elaboradas, a partir de um plano piloto.

Fizeram parte desta amostra, os funcionários do ambulatório, que participaram de forma voluntária no processo de avaliação do presente estudo. Foram entrevistados quatro enfermeiros, uma psicóloga, um dentista, uma auxiliar/acadêmica enfermagem, seis acadêmicos de enfermagem e um de serviços gerais.

Tivemos como fontes complementares: consulta aos prontuários, diário de campo e registro do grupo.

Todas as reuniões e a entrevista final foram gravadas em fita K-7, com auxílio do gravador. As transcrições das fitas foram feitas pela própria pesquisadora, após cada sessão de encontro. Com relação à entrevista final, após cada encontro com o paciente, foi agendado o seu retorno para o novo contato, conforme sua necessidade ou para a complementação da entrevista.

Para a compreensão dos fenômenos estudados, utilizamos a metodologia qualitativa, história oral temática. Dado seu caráter específico, a história oral temática tem características bem diferentes da história oral de vida. Detalhes da história pessoal do narrador apenas interessam na medida em que revelam aspectos úteis à informação da temática central. A história oral temática não só admite o uso de questionário, como este se torna peça fundamental para aquisição dos detalhes procurados².

Com base nos registros, o material foi submetido ao processo de categorização, seguindo os seguintes passos propostos por Giorgile, adaptado por Vietta³: 1) uma leitura cuidadosa dos textos, obtida da transcrição de conteúdo de cada grupo, em sua totalidade, apreendendo os tipos de discursos aí contidos; 2) uma re-leitura de cada grupo foi realizada com vistas à identificação de unidades de significados dentro das temáticas emergentes (seus aspectos significativos para a compreensão da dinâmica do momento grupal, percepções, emoções, sentimentos importantes para a análise das vivências); 3) classificação dessas unidades, procurando aquilo que se mostra constante nas falas de cada um, as convergências, divergências e idiosincrasias de conteúdos expressos pelos componentes do grupo; 4) análise de cada um dos grupos no sentido de detectar os possíveis indicadores terapêuticos; 5) síntese de todos os grupos e respectivas análises.

Paralelamente procederemos à análise dos questionários de avaliação dos próprios pacientes sobre as possíveis influências do grupo em seu comportamento, bem como das respostas obtidas

das entrevistas com os funcionários sob suas percepções dessas mesmas influências.

O confronto das três análises: do grupo em si; da opinião dos pacientes e da percepção dos funcionários apreendemos o conjunto de forma a obter uma avaliação do processo em seu todo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de apresentar o resultado e a análise dos dados, foram apreendidas, na fala dos sujeitos, as vivências e emoções dos portadores de HIV/aids e suas convivências com os membros participantes do estudo no contexto grupal.

Caracterização dos pacientes e dos funcionários

Quadros 1 e 2

É importante ressaltar que este contexto possui outros profissionais, que não fizeram parte desta amostragem, foram admitidos após o início da pesquisa ou por não aceitarem participar da mesma.

Percepção dos pacientes antes de participarem do grupo

Cinco pacientes relataram que não possuíam nenhuma atividade e ficavam o tempo todo em casa, isolados, pensando na sua patologia e suas possíveis conseqüências, como depressão, sofrimento e morte.

“Por causa desta doença, aí eu só ficava pensando coisa ruim, morrer, que eu ia morrer no outro dia. As coisas ruins que a doença faz com a gente... com a cabeça ruim mesmo, aí depois... Melhorou...” (Gabriel).

“O meu dia-a-dia era só dentro de casa, eu não saía de casa, eu só vinha uma vez por mês aqui no ambulatório só para pegar remédio e eu ficava uns 3 ou 4 dias até eu ficar de abrir a janela. (...)” (Emmanuel)

Observa-se nos depoimentos acima, que o isolamento conseqüente da rejeição sentida pelos portadores da aids, alimentam neles pensamentos negativos, de tendência mórbida, pessimismo, solidão, desesperança, apatia, acomodação e ociosidade.

O medo da rejeição e do abandono social provoca, conforme afirmação de Neto, Villwock e Wiehe⁴, isolamento que, associado à vulnerabilidade desses pacientes e a problemas psicológicos, torna de fácil compreensão suas dificuldades em lidar com o estresse. Os autores colocam, ainda, que a maioria dos pacientes tem medo de enlouquecer e perder o controle, causando danos a si mesmos e aos outros. Vieira & Sherlock⁵ ressaltam que, tal situação reforça a tese de que a aids não só afeta a imunidade do indivíduo, mas, também, repercute nas relações do indivíduo em seu ambiente social.

Quadro 1 – Características da amostra dos pacientes portadores de HIV/aids entrevistados

Sujeito	Idade (anos)	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Ocupação	Estágio da infecção	Categoria exposição
Rasael	34	Masc.	Solteiro	1º grau	Sem ocupação	Síndrome instalada	Homossexual
Nanael	23	Fem.	Amasiado	Primário	Do lar	Portador assintomático	Sexual
Gabriel	45	Masc.	Solteiro	7ª série	Cozinheir/ cabeleireiro	Síndrome instalada	Homossexual
Ariel	25	Fem.	Solteira	1º grau	Sem ocupação	Portador assintomático	Sexual
Emmanuel	32	Masc.	Solteiro	1º grau incompleto	Aposentado	Síndrome instalada	Sexual
Hariel	34	Fem.	Viúva	5ª série	Sem ocupação	Síndrome instalada	Sexual
Rafael	34	Masc.	Amasiado	3º ano primário	Sem ocupação	Síndrome instalada	Usuário drogas EV
Ahánias	32	Fem.	Solteira	1º grau incompleto	Acompanhante idoso	Síndrome instalada	Sexual
Daniel	55	Masc.	Viúvo	3º ano primário	Aposentado	Síndrome instalada	Sexual
Misael	33	Masc.	Solteiro	8ª série	Sem ocupação	Síndrome instalada	Homossexual/ Drogas
Mikael	32	Masc.	Solteiro	3º ano primário	Aposentado	Síndrome instalada	Homossexual
Menakel	29	Fem.	Solteira	1º grau incompleto	Aposentada	Síndrome instalada	Sexual
Lalael	37 anos	Masc.	Solteiro	Graduado	Professor	Síndrome instalada	Sexual

Quadro 2 – Características da amostra dos funcionários que trabalham com os pacientes portadores de DST/aids

Sujeito	Idade (anos)	Sexo	Estado Civil	Profissão	Tempo de Atuação em DST/aids
1	21	Fem.	Solteira	Acad. Enf.	8 meses
2	22	Fem.	Solteira	Acad. Enf.	11 meses
3	43	Fem.	Desquitada	Serviços Gerais	4 a e 9 meses
4	22	Fem.	Solteira	Acad. Enf.	6 meses
5	21	Mas.	Solteiro	Acad. Enf.	5 meses
6	30	Fem.	Desquitada	Aux./Acad. Enf.	3 a e 5 meses
7	21	Fem.	Solteira	Acad. Enf..	4 meses
8	23	Mas.	Solteiro	Acad. Enf.	1 ano
9	29	Fem.	Casada	Dentista	7 anos
10	38	Fem.	Casada	Enfermeira Assistencial	7 anos
11	39	Fem.	Amasiada	Psicóloga	3 anos
12	43	Mas.	Casado	Enfermeiro docente	8 anos
13	39	Fem.	Solteira	Enfermeira docente	8 anos
14	48	Fem.	Casada	Enfermeira docente	14 anos

Uma das maneiras de o paciente lidar com a nova realidade imposta pela condição do HIV-aids é manter, dentro do possível, uma vida normal. Antes de a doença se manifestar, todos possuíam uma profissão; após o diagnóstico, seis deles ficaram sem ocupação, três continuaram a trabalhar e quatro aposentaram-se por invalidez. Isto significa que, após a confirmação do diagnóstico, apenas uma pequena parcela continuou sua vida normal, enquanto a maioria modificou seu padrão de vida, mesmo não manifestando nenhum problema grave que as impossibilitem de exercer alguma atividade na sociedade.

Uma alternativa para amenizar o impacto da confirmação diagnóstica é o desenvolvimento de um programa que acolha estes pacientes nesse momento crítico. O trabalho grupal poderá dar continuidade a esse acolhimento, oferecendo ao indivíduo um espaço que possibilitará a identificação com os outros portadores, por meio da troca de experiências⁶. O acolhimento no grupo promoverá neo-identificações mais sadias que, poderão favorecer a construção de um sentimento de identidade que funcione como um continente de angústias. É um espaço em que caberão as existências conjuntas da igualdade e da diferença, valorizando a capacidade de socialização.

Percepção de mudanças após participar do grupo

Todos os entrevistados concordaram que o grupo ofereceu ajuda significativa para a sua adesão ao tratamento, compreensão, reflexão, aceitação e enfrentamento da doença. Ajudou, ainda, a aumentar a auto-estima dos participantes, diminuir o isolamento, ter esperança e melhorar a qualidade de vida do grupo, ter uma vida mais ativa e produtiva, como podemos perceber através do relato:

“(...) o grupo ajudou bastante a tomar certas atitudes em minha vida, como procurar um tratamento mais humano, cuidar mais de mim, ler livros de auto-ajuda e principalmente trabalhar, manter uma vida sem fugir”.(Ahâmias)

As falas revelam a tendência à mudança na maneira de encarar a própria situação, uma maior disposição para lutar pela vida e o sentimento de valorização e importância da convivência.

“(...) As reuniões são um espaço pra gente conversar, dialogar, chegar a algum ponto, mudar seu jeito de pensar, de fazer outras coisas e então é o caminho pra chegar ao caminho, algo de concreto. Porque as pessoas não podem se entregar, têm que mudar a maneira de ver as coisas, porque as pessoas se afastam do mundo, não têm que se afastar, não têm que se entregar...” (Rasael)

“(...) acho que igualdade, você vê que tem outras pessoas doentes e começa a ver, trabalhar sobre isso, vendo que é normal. Se aconteceu com você, aconteceu com outros e outras... assim, que a gente não é o único, exclusivo... Acho que foi isso que me ajudou, ver que existem outras pessoas...” (Misaell).

“(...) nos primeiros dias eu contava os dias para chegar aqui (...) eu gostava tanto de vir, eu não gostava de perder uma só reunião, eu gostava de vir, sabe? Porque a minha vida ficou muito restrita depois que eu descobri... Não gostava mais de ficar na casa de muita gente (...) Então naquela época foi uma coisa muito boa. Conhecer gente com os mesmos problemas, de poder vir pra cá, de poder conversar. De sentir que eu não estou só no meu mundo, que eu não estou sozinha. Foi muito bom. Eu gostava de vir, de me arrumar, eu não cansava...” (Menakel).

No grupo, o indivíduo interage com outras pessoas em um espaço preparado para facilitar a convivência e a interação, criar vínculos e a refazer experiências relacionais corretivas. Isso permite que ele experimente um número riquíssimo de situações, em que se dá conta de sua maneira de funcionar no contato com o outro. Brabender⁷ coloca que Lewin e outros demonstraram que o processo pelo qual os membros de um grupo fornecem *feedback* uns aos outros é altamente eficaz para induzir a mudança interpessoal.

“(...) a gente conversa e a gente desabafa. Porque esta doença deixa a gente muito nervosa... Mudou. A senhora sabe que

eu estou trabalhando? É, eu deixei de vir porque eu fui internado... É, depois que eu vim nas reuniões, eu acordei. Eu estou trabalhando e olhando o neto...” (Daniel).

O grupo pode propiciar aos pacientes informações a respeito da doença, tais como tratamento, sinais e sintomas, transmissão, entre outras, auxiliando, também, como processo terapêutico, pois as dúvidas foram sanadas com relação à sua patologia:

“... depois que eu passei a vir aqui, aqui me abriu a cabeça completamente. Eu tive muita informação, porque eu era leigo e ainda sou muito leigo no assunto, aí eu aprendi bastante nas nossas conversas. (...) Parei de pensar as bobagens, não saía mais de casa, passei a sair mais. Eu não estava nem ligando mais para a vida, porque eu achava que de um dia para o outro eu ia, mas agora eu estou vendo que não, que a gente pode viver muito tempo...” (Gabriel).

Aqui fica claro que o portador da aids perde o sentido da vida e a esperança, passa a entregar-se ao isolamento, à omissão e à resignação, e que o grupo se mostra de acordo com as falas, um meio de encontrar novamente este sentido.

Contribuições do paciente para o grupo

A convivência dos pacientes em grupo homogêneo/aberto possibilitou uma reflexão de seu próprio comportamento com relação aos demais, vindo de encontro aos pensamentos de Pichon-Rivière⁸, o qual coloca que “um grupo tem uma estrutura, forma; porém não é o resultado da soma das partes, mas, sim, um todo estruturado. É, também, estruturante na medida em que abarca seres individuais, sensíveis, pensantes, atuantes que se movimentam absorvendo e influenciando o seu próprio caminho, dando singularidade à experiência vivida”:

“(...) Eu acho que fui mais ajudada do que ajudei (...) a gente, às vezes, sem perceber, acaba ajudando. Eu acho que fui eu que ganhei. Ganhei, em termos de conhecer. Porque a gente fica mais perto, mais próximo das pessoas... a gente vê defeitos, qualidades... vê que a gente não é perfeito, que a gente erra, que a gente pode errar, pode melhorar. Que nem no bordado, quantas vezes que eu peguei no pé do J. Hoje ele borda melhor do que eu. Mas a questão é o quê? A questão é que eu falava e é a mesma coisa que amanhã alguém do grupo falar: _ S., eu acho que isto aqui está errado e por que você não vai por aqui? Quer dizer que é uma forma também de ajudar...” (Menakel).

O fato de poder ajudar o outro, fortalece-os e fazem-nos sentir-se dignos. Percebem que ajudando o outro ele também é ajudado. O grupo estimula o processo do autoconhecimento e a lidar com as próprias emoções, conhecendo e permitindo-se ser conhecido, reconhecendo e aprendendo a lidar com suas próprias limitações, identificando e admitindo suas próprias qualidades. O sujeito passa a trabalhar e aceitar suas próprias imperfeições e

conseqüentemente a se relacionar melhor consigo mesmo e com os outros.

“(...) Alegria, amizade, bater papo, é bom. Eu me sinto bem, eu gosto”.(Mikael)

“(...) Eu acho que eu ajudo assim, eles estão vindo que eu estou vindo e aí eles querem vir também...” (Aniel).

“(...) Eu não sei o que de bom eu fiz. Eu acho que eu tentei oferecer o melhor de mim, amizade sincera e mais o que outras pessoas ganham com relação a mim eu conhecendo”.(Emmanuel)

Fica patente, ainda, que se estabeleceu no grupo a auto-ajuda e com ela o compromisso da ajuda mútua, com ganhos para ambas as partes.

Percebemos que o espaço grupal propiciou aos pacientes uma reflexão de suas atitudes, pois a solidão, o pessimismo, a depressão e outros efeitos psicológicos, advindos da doença, apresentados antes do início da composição do grupo, foram aliviados pelo suporte emocional existente no grupo, no qual as pessoas compartilharam de preocupações e experiências semelhantes. Perceberam que os problemas que pensavam ser vivenciados somente por eles, foram observados, também, nos demais membros do grupo.

Avaliação dos funcionários

A avaliação sob a perspectiva de outros membros da equipe que trabalham com o grupo pode auxiliar, também, no processo de validação dos resultados alcançados. A opinião de pessoas que convivem com os participantes do grupo, certamente é fator importante para a avaliação dos resultados desse trabalho e suas influências sobre seus membros.

Mudanças percebidas nos pacientes após formação do grupo

Todos os entrevistados perceberam mudanças significativas nos pacientes e no ambiente do ambulatório após a formação do grupo, mudanças essas consideradas positivas e favoráveis à adesão ao tratamento. O acolhimento do paciente no ambulatório propiciou sentimento de não-rejeição, mais motivação e participação dos pacientes ao tratamento, sentimento de pertencimento ao grupo, união, abertura do diálogo, aumento da auto-estima. Os sujeitos passaram a reivindicar mais os seus direitos e cidadania. Estabeleceu-se vínculos afetivos entre os pacientes, mais contato físico, cumprimentos e proximidade no relacionamento entre paciente e equipe, propiciando mais espontaneidade e convivência.

“Eu achei eles mais espontâneos, ficaram mais felizes, mais participação, que eles falam mais dos problemas. Assim que eles sentem mais apoio aqui...” (F4).

“(...)... melhoraram de uma maneira geral, principalmente no estado psicológico, parece mais alegre (...) Com os funcionários daqui, com certeza, que tem estima, aquela coisa mais amigável, de chegar aqui e abraçar e dizer: _ Oi, quanto tempo, não sei o que... perguntar um pelo outro, como vai fulano... e ficou muito melhor o contato com eles”. (F2)

O acolhimento do paciente no ambulatório, não se sentir rejeitado, estigmatizado pela equipe, auxiliou o paciente na adesão ao tratamento. O modo como o paciente passou a ser tratado no ambulatório influenciou no seguimento das recomendações traçadas pelo programa de tratamento. O afastamento do paciente do ambulatório e a baixa adesão ao tratamento passaram a ser considerados pela equipe como conseqüência de falta de manejo. E as sessões/oficinas foram consideradas um recurso a ser utilizado para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento.

“Eles estavam afastados, porque a gente tem um número X de pacientes que só vêm pegar medicação e relatam pra gente que não gostam do local, por X problemas eles não vêm aqui e a oficina trouxe esses pacientes, porque a gente não tinha esta clientela. E entrou gente nova, tem um tanto de gente nova na oficina. É o que tem mantido, porque se não fosse, nós estávamos deficientes... (...) O nosso serviço só entrega medicação. Já atende, conversa claro, mas a gente não acompanha... (...) A oficina melhorou isso e tinha que crescer, assim como a Oficina pôs o carro para chamar eles. Seria uma forma de estar familiarizando ele com a equipe, fazendo com que o ambulatório não seja uma forma só de buscar medicação”. (F6)

Os funcionários puderam compreender o quanto a adesão dos portadores ao tratamento está condicionada ao tipo de relação que se estabelece entre paciente e equipe e ao quanto este relacionamento melhora a qualidade de assistência a estes pacientes.

Os portadores de HIV/aids, diante de seu diagnóstico, afastam-se de seus amigos, familiares e também da equipe que os assiste. O grupo ajuda nesta integração, melhora o relacionamento paciente-funcionário e ajuda no crescimento da equipe. Figueiredo & Marcos⁹ colocam que o atendimento psicossocial do paciente ainda enfrenta muitas dificuldades, devido ao despreparo dos profissionais de saúde no tratamento adequado das questões afetivas envolvidas.

“Eu achei assim, que houve uma união tanto deles quanto com a gente mesmo, porque a aproximação foi bem maior. Igual antes quando eu entrei as pessoas chegavam aqui na recepção, conversava o básico mesmo, sabe, falavam o que eles queriam. Agora não, a gente se encontra na rua, conversam, sabe? (...) Achei que aproximou muito, tanto os funcionários, nós que tivemos contato e entre eles, porque a gente vê eles combinando de ir à casa um do outro. (...)... crescer mais como pessoas e entender mais sobre a doença, ver o que se passa com eles e principalmente essa união, que é o principal...” (F1).

Os funcionários perceberam quanto se podem beneficiar em termos de aprendizagem e conhecimento sobre a doença, entender o que se passa com o paciente e melhorar este convívio, crescendo como pessoas e profissionais.

“Quando você vinha, eles tinham mais entusiasmo pra frequentar, pra se abrir mais com você, pra contar os problemas, de ajuda. (...)... as pessoas que fazem parte do grupo, eles são mais comunicativos, se abrem mais com a gente. Os outros são mais fechados, não querem muito contato, vêm aqui buscar o medicamento e só, eles são muito difíceis”. (F5)

Fica clara a diferença entre os pacientes que não participam do grupo e a atitude daqueles que participam. Os primeiros saem apenas medicados, enquanto os segundos passam a responsabilizar-se por sua saúde e melhora de suas condições, assumindo o compromisso com o tratamento.

“... quando eles não vêm, eles ficam muito ansiosos, como o J., ele tem necessidade de vir até nos dias que não tem reunião... (...) ele falava que na casa dele não tem o que fazer e que ele começa a pensar, lembrar quando ele estava morrendo...” (F7).

“(...)... eu acho que aproximou eles, porque de repente cada um tem o seu problema isolado e de repente todos passaram a ter o mesmo problema e passaram a ter amizade. (...)... eles mesmos pediam pra se isolar. O que você fez, juntou esse pessoal e fez com que um pode ter apoio um no outro e lutar pela mesma causa. (...)” (F10).

O que percebemos é que diante de um diagnóstico de HIV/aids, por se sentirem discriminados pela sociedade, o paciente não se sente no direito de opinar sobre o seu tratamento. As sessões/oficinas vieram resgatar esse direito, e o atendimento tornou-se mais humanizado:

“Eu notei que os pacientes passaram a perceber que o ambulatório é um espaço deles e a reivindicar os direitos que eles têm, porque antes ficava a coisa muito centralizada no médico, na enfermeira e, às vezes, eles não estavam satisfeitos e eles acabavam se calando e procurando um outro local para se tratar... (...)” (F13).

Os funcionários afirmam que o grupo é uma alternativa terapêutica de valor imprescindível para este tipo de paciente na medida em que os ajudem sociabilizar-se, a desenvolver vínculos afetivos. Aspectos importantes para um grupo tão carente.

Acreditamos que a formação do grupo foi benéfica em diversos aspectos, dando-lhe suporte e apoio no decorrer de sua doença. A equipe mostrou-se inicialmente fragilizada na condução da assistência ao paciente. Com a formação e condução do grupo concretizou-se a oportunidade de resgatar a dignidade, a humanização da assistência e mostrar, principalmente, a atuação do enfermeiro nas atividades grupais. Oliveira, Pereira & Silva¹⁰ comungam com nossos pensamentos, colocando que a utilização

das práticas grupais pelos enfermeiros, nas instituições, pode constituir-se como uma possibilidade de atendimento em enfermagem.

O paciente antes frequentava o ambulatório apenas com o intuito de buscar seu medicamento, hoje, ele vê no ambulatório um espaço onde encontra acolhimento, apoio, amizade, conforto, alívio das dores físicas e emocionais e, principalmente, o resgate de sua dignidade humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apreendemos no presente estudo aspectos importantes que sinalizam para algumas sugestões que poderão ser de grande contribuição à reflexão sobre a assistência à população de portadores de HIV/aids e à assistência de enfermagem, entre elas a confirmação de que:

- Mostrou-se então que o grupo sustenta a identidade do indivíduo, no caso do portador do HIV/aids, sua nova identidade.
- Houve resistência por parte de alguns elementos da equipe em função do fato de que o espaço grupal no Ambulatório foi sentido como ameaçador, com possibilidades de descontrolo.
- A atividade grupal continua demonstrando que foi uma conquista de espaço de poder dos portadores de HIV/aids na dinâmica dentro do ambulatório.
- Diante de um diagnóstico de HIV/aids, o paciente entra em crise apresentando conflitos de natureza diversa (pessoal, profissional, familiar e social), sendo, portanto, necessário ouvi-lo em suas queixas e indagações. Sugerimos que o portador de HIV/aids participe do planejamento do seu próprio tratamento, de modo que ele possa aderir melhor ao tratamento e seguir de forma adequada as recomendações propostas pelo serviço. Do acolhimento adequado, determinará a confiança que o paciente portador do HIV/aids depositará na equipe.
- É necessário, diante do diagnóstico, que o paciente mantenha tanto quanto possível as condições normais de sua vida. Com a vigência do tratamento, com acesso aos anti-retrovirais, a aids passa a ser uma enfermidade crônica, compatível com sobrevivência, até então inusitada e, sobretudo, com grande preservação da qualidade de vida¹¹. Percebemos, a partir da presente pesquisa, que, após este diagnóstico, os pacientes modificam suas vidas. A tristeza, a solidão, o pessimismo e até a depressão passam a fazer parte de sua existência. A inserção do paciente nas atividades grupais mostra-se bastante eficaz na prevenção de tais condições. A assistência aos soropositivos deve repousar na oferta de oportunidades para participarem, decidirem e executarem ações que prolonguem suas vidas com qualidade.
- Pudemos constatar ao longo do estudo que o enfermeiro nem sempre possui uma fundamentação teórica específica e o preparo necessário para conduzir as modalidades grupais sugeridas. Embora, esta não seja uma atividade recen-

te em nossa profissão, uma vez que coordenamos equipes de trabalho em todos os contextos de nossas atividades, ainda assim, detectam-se carências no treinamento e manejo de grupos e resistência, por parte de certos profissionais, no desenvolvimento de atividades nesta modalidade.

- Constatamos que a utilização das atividades grupais, nas instituições, poderá constituir-se como uma possibilidade de atendimento em enfermagem, constituindo-se num espaço valioso para o paciente refletir e avaliar questões individuais e grupais, aumentar o seu nível de aprendizagem e cooperação, enriquecer sua compreensão e solucionar sua situação problemática. Poderá, ainda, proporcionar oportunidade riquíssima de trocas de experiências entre os pacientes, entre membros da equipe e entre pacientes e funcionários, favorecendo a convivência e a compreensão dos aspectos psicossociais do ser humano. Acolher o saber, o sentir do cliente, por meio de uma escuta ativa, é condição básica para um atendimento de qualidade.
- Constatamos que a formação do enfermeiro, embora em mudança, encontra-se, ainda, calcada no modelo médico, com enfoque na doença, quando na realidade deveria estar centrada no indivíduo e na sua saúde de modo integral. Acreditamos ser necessário que se faça uma revisão nos currículos oferecidos pelas escolas de enfermagem, procurando adequar a formação do enfermeiro ao novo paradigma da saúde, que busca contribuir para a concretização da inversão do Modelo Biomédico para o Modelo Biopsicossocial, garantindo uma assistência mais humanizada, contextualizada e de qualidade. Uma formação que garanta condições de atender à nova ordem social, buscando caminhos em direção à transdisciplinariedade, estimulando as dinâmicas alternativas e trabalhos em grupo que possam oferecer a discussão coletiva e facilitar as relações interpessoais.
- Finalmente, que ofereça uma formação capaz de atender às demandas emergentes, levando em consideração as condições epidemiológicas e necessidades locais, regionais e nacionais. Capacitar profissionais que assumam o compromisso efetivo de realizar seus serviços dentro do padrão de qualidade e nos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a sua responsabilidade não se encerra com ato técnico, mas sim, com a participação ativa na resolução do

problema de saúde, tanto em nível individual como quanto coletivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SOUZA, N.R.; VIETTA, E.P. Compreendendo o portador HIV/aids usuário de drogas. *DST - J. bras. Doenças Sex. Transm.*, Rio de Janeiro, v.11. n.5, p. 31-37, 1999.
2. MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: metodologia da pesquisa social (qualitativa) em saúde.* 1989. p.386. Tese (Doutorado). –Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
3. VIETTA, E.P. Configuração triádica, humanista-existencial-personalista: uma abordagem teórica metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Rev. Latino-am. Enfermagem.*, Ribeirão Preto, v.3, n.1, p. 31-43, jan. 1995.
4. NETO, F.B.P.; VILLWOCK, C.A.S.; WIEHE, I.L.L. AIDS- Atendimento psicoterápico de pacientes e da equipe: em grupos ou individuais? *Rev. Psiquiatr.*, Rio Grande do Sul, v.18, n.3, p.335-342, 1996.
5. VIEIRA, N.F.C.; SHERLOCK, M.S.M. O (des) velamento do cotidiano do indivíduo soropositivo: convivências e resistências. *DST – J bras Doenças Sex Transm.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 4-7, 1997.
6. GUANAES, C. *Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais: exploração de alguns limites e possibilidades.* 2000. 149p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
7. BRABENDER, V. Psicoterapia grupal de pacientes internados. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B. J. *Compêndio de psiquiatria de grupo.* 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.506-15
8. PICHON-RIVIÈRE, E. *El proceso grupal.* Buenos Aires: Nueva Vision, 1971
9. FIGUEIREDO, M.A.C.; MARCOS M.A representação social da aids junto à comunidade: subsídios para o atendimento psicossocial do paciente HIV. *DST – J bras Doenças Sex Transm.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 8-14, 1997.
10. OLIVEIRA, F. B.; PEREIRA, M. L. D.; SILVA, W. V. Atividade grupal: uma possibilidade de atendimento em enfermagem. In: V ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, IV ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIATRICA, Ribeirão Preto, 1998. *Anais.* Ribeirão Preto, USP/EERP. p. 35-41.
11. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, ano 15, n.1, 2002.

Endereço para Correspondência:

NILZEMAR R SOUZA

Rua Paraguaçu, nº 59 – Vila Rica - Passos / MG

E-mail: nilzemar@passosuemg.br

Recebido em: 07/06/04

Aprovado em: 12/07/04

A ABORDAGEM DE ADOLESCENTES EM GRUPOS: O CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO DE DST

THE APPROACHING OF ADOLESCENTS IN GROUPS IN THE CONTEXT OF THE EDUCATION IN HEALTH AND SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES PREVENTION

Márcia M Souza¹, Ida K Borges², Marcelo Medeiros³, Sheila A Teles⁴, Denize B Munari⁵

RESUMO

Introdução: as Doenças Sexualmente Transmissíveis estão entre os problemas de saúde pública mais freqüente em todo mundo. Nas últimas décadas vários esforços têm sido feitos para prevenção destas doenças facilitadoras da infecção pelo HIV, principalmente, nos jovens. A educação em saúde constitui uma possibilidade de prevenção e controle dessas doenças, sendo as atividades grupais, geralmente, boa opção na abordagem deste grupo. **Objetivo:** desenvolver uma reflexão sobre das características da abordagem de grupos de adolescentes em atividades de educação em saúde e prevenção de DST. **Método:** este trabalho foi concebido a partir de reflexão com base na revisão, não exaustiva, da literatura sobre a temática articulada a experiência dos autores no atendimento dessa clientela. **Resultados:** a compreensão das atividades desenvolvidas com jovens ancoradas na análise da literatura permitiu a discussão e análise de aspectos que caracterizam a adolescência e a vulnerabilidade do jovem as DST, o contexto da educação em saúde para suas necessidades e, finalmente, o manejo do grupo de adolescentes. **Conclusão:** destaca-se a adequação desse tipo de atividade no atendimento do adolescente e a responsabilidade dos profissionais durante sua abordagem quando reunidos em grupo, haja vista as características dessa clientela. O contexto grupal para o adolescente constitui-se espaço seguro para compartilhar fantasias, desejos, dúvidas, potencialidades e dificuldades. É fundamental ao profissional que coordena esse tipo de grupo, não só o conhecimento do adolescente e suas características, mas, formação e habilidade no manejo grupal. A inadequação de atitudes do profissional pode colocar em risco a crença do jovem nele mesmo, no coordenador e na própria atividade.

Palavras-chave: adolescentes, educação em saúde, doenças sexualmente transmissíveis

ABSTRACT

Introduction: the sexually transmitted diseases (STD) are among the most often Public Health problems on the whole world. Last decades, many efforts have been done to prevention of these diseases mainly to youth population. Health Education constitutes STD prevention and control possibility and, group activities generally are a good choice to work with youth clients. **Objective:** with paper we sought to debate about some adolescent group approach characteristics on Health Education activities to STD prevention. **Method:** review paper developed from a non exhausted literature reviewing comparison to researchers work experiences with adolescents, considering youth vulnerability to STD. **Results:** as results emerged from discussion three categories focused on adolescence and on vulnerability to STD; on adolescent needs and Health Education; and on group discussion managing through its context. **Conclusion:** we conclude that group as strategy to approaching adolescents is very appropriate, because its possibilities to offer dynamic conditions close to reality and adolescent way of life characteristics. However, it is necessary to health professionals a basic knowledge about group movements and its dynamics, because planning interventions to the group isn't enough, but with the members group participation.

Keywords: adolescents, health education, sexually transmitted diseases

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2):18-22, 2004

¹ Enfermeira. Professora Assistente e Pesquisadora do Núcleo de Ações Interdisciplinares em DST/Aids da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG) Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Convênio UnB/UFG/UFMS.

² Enfermeira. Professora Adjunto e Pesquisadora do Núcleo de Ações Interdisciplinares em DST/Aids da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FEN/UFG.

³ Enfermeiro. Professor Adjunto Doutor e Pesquisador do Núcleo Estudos e Pesquisa em Saúde Integral da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

⁴ Enfermeira. Professora Adjunta Doutora e Pesquisadora do Núcleo de Ações Interdisciplinares em DST/Aids da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

⁵ Enfermeira. Professora Doutora Titular e Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa e Saúde Integral da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Pesquisadora 2B CNPq.

Fonte Financiadora: CNPq

INTRODUÇÃO

A adolescência constitui-se em uma fase do desenvolvimento humano que, por muito tempo, foi negligenciada pelos profissionais de saúde necessitando de programas em políticas públicas voltadas para garantir o acesso do adolescente rumo ao exercício pleno da cidadania.

Sendo uma etapa da vida que compreende um período de transição e de muitas peculiaridades, a adolescência exige uma abordagem adequada e contextualizada para as pessoas que experimentam essa fase, que na percepção de Traverso-Yépez e Pinheiro não pode ser entendida apenas como um fenômeno biológico, social ou cultural, separadamente, mas articulada, como entidade dinâmica e em constante mutação¹.

O interesse pela temática e a experiência com atividades educativas realizadas através de projetos com grupos de adolescentes no contexto da educação em saúde, especialmente na prevenção de DST, nos motivou a desenvolver este trabalho, cujo objetivo é fazer uma reflexão acerca das características da abordagem de grupos de adolescentes em atividades de educação em saúde e prevenção de DST.

Para a composição do texto, buscamos discutir e articular os aspectos que caracterizam a adolescência e a vulnerabilidade do jovem às DST, o contexto da educação em saúde para as necessidades desta clientela e, finalmente, o manejo do grupo de adolescentes.

A ADOLESCÊNCIA E A VULNERABILIDADE ÀS DST

O conhecimento sobre adolescência tem sido concebido sob múltiplos e diferentes aspectos do pensamento científico, reconhecido por profundas transformações na vida do homem e, considerado um período de mudanças bruscas, acionadas por fatores especiais como biológicos, psíquicos, sociais e culturais. Num espaço curto de tempo, o jovem vê-se em meio a novas relações consigo próprio, na condição de uma nova imagem corporal, com a família, com o meio em que vive e com outros adolescentes^{2,3}.

A adolescência passou a ocupar, nas últimas décadas, o centro de interesse para investigação nas áreas das ciências humanas e biológicas. É uma fase da vida com fenômenos dinâmicos na qual a capacidade reprodutiva e novas habilidades cognitivas e sociais são adquiridas.

Análise do próprio termo, adolescente que significa *ad* = para frente e *dolescere* = crescer com a dor, período de mutação, de crise, sinaliza um processo importante de amadurecimento, passagem por mudanças corporais, intelectuais e sociais.

Embora haja diversidade na definição do conceito e na delimitação do período cronológico que caracteriza essa etapa da vida, entendemos que abrange três níveis de maturação e desenvolvimento: a puberdade, a adolescência propriamente dita se estende do período dos 15 aos 17 anos e sua característica marcante é a demoradas mudanças psicológicas e adolescência tardia, que vai dos 18 aos 21 anos⁵, identificados, sobretudo, pela busca da própria identidade, não só a individual e a grupal, mas também a da identidade social. Esta fase, como um todo, congrega, ainda, movimentos próprios do ser humano, na busca da redefinição da sua imagem corporal. Em particular, na adaptação aos caracteres sexuais secundários, pela autonomia como indivíduo independente e capaz de estabelecer uma escala de valores ou código de ética próprio. É nessa fase que acontece a elaboração de luto referente à perda da condição infantil e a busca de pautas de identificação no grupo de iguais, haja vista a necessidade de limitar a interferência da geração precedente nas suas decisões e pontos de vista⁶.

As modificações biopsicossociais caracterizadas na fase da adolescência afetam o processo natural de desenvolvimento e envolvem a necessidade de experimentar comportamentos que deixam os adolescentes mais vulneráveis a riscos e danos a sua saúde, inclusive no aspecto da sexualidade⁷.

Nesse sentido, algumas características apresentadas pelos jovens no início da atividade sexual, hoje cada vez mais precoce como o desconhecimento da própria sexualidade, a curiosidade pelas drogas, a gravidez na adolescência, a não adesão aos métodos contraceptivos (com finalidade não somente de se evitar uma gravidez mas como forma de prevenção de DST) e a necessidade de afirmação grupal, os deixam suscetíveis aos riscos para as doenças de transmissão sexual⁷⁻¹¹.

Situações conflitantes como a ocorrência de doenças de transmissão sexual têm ocupado um espaço significativo na nossa sociedade devido

à alta incidência e ao fato também de estar alcançando, progressivamente, um número maior de crianças e adolescentes^(9, 12). Dentre as DST, a aids constitui-se um dos mais sérios problemas de saúde pública na atualidade. A abrangência do problema ainda é mais preocupante, quando observamos os crescentes índices de casos entre a população jovem¹³.

Segundo os dados do Ministério da Saúde¹⁴, no período de 1987 a dezembro de 2002, foram notificados 257.780 casos da doença (diagnósticos e notificações) em todo território nacional, indicando um aumento de 8,5% na incidência acumulada com relação aos dados anteriores. Os dados epidemiológicos mostram que as doenças de transmissão sexual (DST) têm uma tendência a ser mais comuns e mais severas em países em desenvolvimento, devido a fatores de ordem social¹⁵.

No nosso país, as subnotificações de registros de casos confirmados e a falta de uma política nacional de prevenção e controle impossibilitam qualquer avaliação epidemiológica dessas patologias¹⁴. Há portanto estimativas numéricas de 6.613.790 novos casos anuais de DST, dos quais a maioria ocorre entre adolescentes e adultos jovens (dados estimados até o mês de agosto/2003).

A notificação dos casos de DST não é compulsória e cerca de 70% das pessoas que apresentam alguma DST buscam tratamento sem receitas médicas, em drogarias, por acreditarem que não serão identificados e por sentirem vergonha e ou preconceito em expor este tipo de problema. Isso faz com que os dados epidemiológicos fiquem subestimados, não refletindo, portanto, as estimativas da OMS, que afirmam ocorrer no Brasil cerca de 12 milhões de DST ao ano^{14,16,17}.

O aumento dos casos de infecções pelo HIV e pelas DST em adolescentes, bem como a inexistência ou pouca informação através de registros, e o pouco conhecimento dos jovens em assuntos relacionados com a sexualidade fazem com que os jovens pensem que a aids e as DST estão associadas à condição de homossexualismo, grupos de usuários de drogas e profissionais do sexo, e que isto acontece com os outros e não com eles próprios. Portanto, a insuficiência e ineficácia de programas educacionais ou a forma inadequada como são trabalhados tornam a questão da prevenção destas doenças entre a população jovem altamente preocupante^{2,3}.

AS NECESSIDADES DO ADOLESCENTE E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Hoje, no que diz respeito às DST e à aids, é imprescindível que a prevenção seja o enfoque prioritário, sobretudo se o público alvo dos programas é a população jovem. Desse modo, entendemos que a educação em saúde é uma ação básica que objetiva capacitar indivíduos e/ou grupos para assumirem, ou melhor, ajudarem para melhora das condições de saúde deles próprios e seus grupos¹⁸. Ainda entende-se que a promoção à saúde adquire importância no contexto da epidemia da aids e das DST e são esboçados os primeiros passos para o aprimoramento dos serviços e das estratégias de intervenção¹⁹.

Nos últimos cinco anos, essa temática tem sido reconhecida e desenvolvida pelas autoridades, família, escola e comunidade em geral²⁰. O enfoque do trabalho de educação em saúde para essa clientela deve ser planejado considerando a abordagem conscientizadora e reflexiva, que pressupõe a participação dos jovens nos trabalhos educativos por meio de temas diversos como sexualidade, drogas e esclarecimentos sobre as doenças de transmissão sexual^{1,9}.

Dentre as estratégias da promoção da saúde, as questões relativas à educação em saúde devem ser consideradas da maior importância no contexto da abordagem do adolescente frente esta realidade. Nesse processo, a equipe multidisciplinar deve estar articulada e comprometida com a comunidade e a família dos adolescentes, estimulando debates, reflexões e estudos com o intuito de aprimorar e fixar métodos e regras de atendimento ao adolescente²¹.

Para a Organização Mundial de Saúde, dentre as estratégias para a promoção da saúde, a educação em saúde constitui-se como instrumento indispensável para estimular as pessoas a adotarem estilos de vida mais saudáveis, fortalecer ações comunitárias, reorientar serviços de atenção primária, cujo foco é a promoção da saúde e prevenção de doenças, e contribuir para construção de políticas públicas de saúde²². Na atenção primária, em particular, é fundamental a abordagem de educação em saúde voltada para a prevenção de doenças, pela promoção de estilos de vida saudáveis²³.

Nesse sentido, o primeiro requisito para influenciar o comportamento sexual em adolescentes é a informação clara sobre as questões que envolvem a sexualidade e a transmissão de doenças sexuais. A informação associada às atividades lúdicas contribui para articular aspectos emocionais relacionados com o comportamento de risco. Assim, atividades grupais, trabalho corporal, oficinas e representação cênica sobre suas realidades de vida, devem compor o conjunto de estratégias complementares às atividades formais de ensino, as quais podem influenciá-los e motivá-los a expressar suas experiências pessoais²⁴.

O sucesso dos programas educacionais em saúde pode estar relacionado com um planejamento cuidadoso das ações a serem executadas envolvendo, sempre, o público-alvo, a escolha do local e estratégias adequadas. É fundamental a credibilidade e o envolvimento do educador e o profissional enfermeiro tem se destacado no cuidado dispensado à saúde das pessoas, devido à frequência e ao contato contínuo com a clientela²⁴⁻²⁶.

A utilização de técnicas que possibilitem mudanças e criação de novas estratégias para a solução dos problemas ou dificuldades das pessoas é, na realidade, um dos maiores desafios dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a abordagem de adolescentes no contexto do grupo pode ser uma estratégia para melhorar a qualidade do trabalho educativo, pois implica na troca de experiência e participação ativa dos sujeitos. Assim, ao mesmo tempo em que se pode oferecer informação, abre-se espaço para o planejamento coletivo de intervenções e para a mudança de comportamento²⁷⁻²⁸.

O grupo nessa perspectiva é bastante adequado, tendo em vista as possibilidades de oferecer espaço dinâmico, próximo da realidade e da característica própria do adolescente de viver o grupo adolescente. No entanto, a utilização de atividades grupais na atenção em saúde, independente da sua finalidade, requer mais atenção e conhecimento do profissional de saúde, para que as ações sejam mais assertivas e adequadas à necessidade da clientela. Na realidade, é fundamental aos profissionais o conhecimento básico sobre a dinâmica e funcionamento dos grupos, pois não basta o planejamento de ações para o grupo, mas com o grupo²⁸.

TRABALHANDO COM O ADOLESCENTE NO CONTEXTO DO GRUPO

É fundamental que conheçamos com clareza o porquê da organização dos grupos entre os adolescentes em condições normais e sadias para que possamos trabalhar adequadamente com eles, em especial, quando utilizamos um grupo como estratégia de intervenção.

O grupo é o *habitat* natural do adolescente e, nele, ele se organiza, com comunicação própria, inicialmente pela linguagem corporal e lúdica. A medida em que o grupo adolescente se vai desenvolvendo, adquire uma linguagem verbal e não verbal própria. A primeira, na maioria das vezes, de natureza contestatária e, a segunda expressa o modo como ele se coloca para o mundo⁴.

A linguagem do grupo adolescente é característica e distinta dos demais grupos sociais. A compreensão dessas particularidades deve ser um guia para os profissionais de saúde já que, no caso de planejamento de intervenções de caráter educativo, por exemplo, elas auxiliam na escolha da melhor estratégia e abordagem dos temas que se pretende. Nesse sentido, vale destacar que o grupo é um espaço transicional, que permite a saudável criação de uma zona imaginária, em que idéias e sentimentos são criados para concretizar atitudes, pouco aceitas em outros espaços sociais. Nas “turmas” de adolescentes, esse fenômeno é transitório, não representando risco para os adolescentes. Nas “gangues”, no entanto, ele é intenso e permanente⁴.

O grupo para o adolescente constitui-se em um espaço para a formação de uma nova identidade, ainda que intermediária entre a família e a sociedade, em que ele pode experimentar e exercer novos papéis. Nesse espaço é comum a manifestação histórica caracterizada pela busca de ídolos, cuja imagem e beleza, prestígio, talento riqueza ou ainda por idéias contestatórias. O grupo, para o adolescente, oferece certa segurança por estar menos exposto às críticas diretas, pois ele confia nos valores delimitados por seus pares, diluem sentimentos de culpa, vergonha, medo e inferioridade. A auto-estima é mantida pela imagem positiva que os outros lhe concedem, dando a idéia de que a união faz a força⁴.

No grupo, o adolescente tem sua voz respeitada, em geral, é reconhecido como indivíduo, tem espaço próprio, além de poder fortalecer a sua identidade sexual. É comum na sua identificação por meio de sinais exteriores, marcados por insígnias, vestuário e penteado característico, o uso de uniformes, música, entre outros, que lhe conferem traços de identidade. O uso de drogas pode ser uma grife de coragem e valorização junto aos pares, tal como o cigarro caracterizava as gerações mais antigas⁴.

A tendência anti-social do adolescente, a princípio, não deve ser tomada como algo preocupante em sua conduta. No entanto, na abordagem desse grupo é fundamental a orientação e alerta quando existem excessos nas transgressões das leis que organizam a sociedade⁴.

Assim, a utilização do grupo como estratégia para a abordagem dos adolescentes, independentemente da temática que se queira explorar, é fundamental na percepção de que cada adolescente tem uma estrutura própria definida por sua história de vida e pela influência da família nuclear, vivendo a contradição entre o seu desejo e a fantasia e o que é recomendado ou esperado dos pais.

CONCLUSÃO

Um trabalho com adolescentes focado no contexto da educação em saúde que utiliza o grupo como estratégia de intervenção, possibilita que a convivência grupal seja espaço para se compartilhar problemas comuns, para a troca de experiência que ajudam na redução da culpa e do medo frente às experiências ou fantasias dos jovens, comuns nessa etapa da vida. É no contexto do grupo que se abre o espaço para o adolescente no aprendizado da tolerância, do respeito recíproco e da preparação para a vida adulta, especialmente, no que diz respeito ao teste de regras de convivência social⁴.

Estudos feitos com adolescentes e adultos^{29,30} que envolvem as questões relacionadas com a sexualidade mostram a importância da educação do ser humano para essa temática, haja vista os mitos, preconceitos e fantasias que envolvem o assunto. Nesse sentido, o trabalho com adolescentes mostra-se não só uma necessidade, mas uma responsabilidade para os profissionais de saúde que atuam com essa clientela e em direção à promoção da saúde e prevenção das DST.

Um profissional que pretenda um trabalho adequado com grupos de adolescentes tem que ter clareza do seu papel na coordenação desse tipo de atividade. As possibilidades de o trabalho atingir o seu objetivo serão maiores se o(s) coordenador(es) do grupo acreditarem no adolescente e, principalmente, no próprio grupo como estratégia de intervenção.

É fundamental que o coordenador tenha consciência do que representa para o adolescente que, em geral, o toma como modelo, guia, ídolo, assumindo muitas vezes para os jovens o significado ou figura do pai e da mãe.

Vale destacar que esse trabalho, por todas as características do adolescente, pode não ser harmônico. Os altos e baixos no humor, a convivência com as contradições e sentimentos em ebulição permanentes fazem do trabalho com esse grupo um constante desafio ao coordenador, que deve fazer sempre uma leitura atualizada do seu movimento para não correr o risco de fazer interpretações equivocadas das expressões e atitudes do grupo. Esse aspecto é de fundamental importância, haja vista a possibilidade que se pode ter do coordenador influenciar positivamente ou negativamente o grupo, dependendo da sua postura.

Portanto, além do conhecimento do adolescente, é fundamental o conhecimento do movimento grupal e da sua dinâmica. A esse respeito, destaca-se que cada grupo tem seu movimento próprio, precisando ser considerado nesse aspecto quando da elaboração de atividades educativas que, geralmente, seguem roteiros ou protocolo. Para o melhor aproveitamento do potencial do grupo, é fundamental que ele seja respeitado no seu caminho, independentemente do projeto da atividade.

Cada grupo tem um imaginário particular e singular, o que exige uma definição clara do objetivo que se pretende quando da intervenção, a utilização de técnicas adequadas e, sobretudo, de uma atitude afetiva e comprometida do coordenador. Isso lhe amplia o campo de visão das forças que gravitam pelo grupo, que podem ser impulsionadoras do trabalho, mas também restritivas.

Cabe ao coordenador, a identificação desses movimentos através do estabelecimento de uma comunicação adequada, livre de

bloqueios e distorções, que favoreça a espontaneidade e o respeito, os tempos internos e externos dos participantes do grupo.

Ressalta-se que, com relação às técnicas e estratégias, é importante ao coordenador a adequação das mesmas ao objetivo da tarefa e movimento do grupo, tendo clareza de que o conjunto de técnicas planejadas para o encontro não pode ser considerado mais importante que o movimento que o próprio grupo mostra. Assim, elas devem-se constituir em um suporte de acesso ao grupo pelo coordenador, que deve ter conhecimento prévio das mesmas e, sobretudo, utilizá-las no contexto da tarefa, ao conteúdo expresso pelo grupo e favorecer espaço para trocas e discussões.

Finalmente, destaca-se que a coordenação de grupos é algo muito delicado e complexo, em particular, o grupo de adolescentes. Exige uma análise constante e revisão dos valores e crenças do coordenador, do próprio grupo e dos sentimentos expressos que movimentam o campo grupal. Esses são fatores dinâmicos que, quando bem analisados e conduzidos pelo coordenador, possibilitam a melhor expressão do grupo, com conseqüente aproveitamento dos potenciais terapêuticos que dele emanam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TRAVERSO-YÉPEZ, M.A., PINHEIRO, V.S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia Social*. 14 (2): 133-147, 2002.
2. BLUM, R. Health planning and evaluation: *Resumos do VII Congresso Brasileiro de Adolescência*. Gramado, 1998, 322.
3. TAKIUTI, A.D. - *Utopia? Análise de um Modelo de Atenção Integral à saúde do adolescente no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo*. Artes e Contos, Rio de Janeiro, 2001.
4. ZIMMERMAN, D. Grupos espontâneos: As turmas e gangues de adolescentes. In: ZIMMERMAN D & OSÓRIO L C (org.). *Como trabalhamos com grupos*, Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
5. OSÓRIO, L.C. *Adolescência hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
6. MONTEIRO, L.C. *Conhecimentos e crenças sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e comportamento sexual em jovens de escolas públicas estaduais de Goiânia, Goiânia*. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – Universidade Federal de Goiás, 1999, 125.
7. RAFFAELLI, M., SIQUEIRA, E., PAYNE-MERRITT, A., CAMPOS R., UDE, W., GRECO, D., RUFF, A., HALSEY, N. HIV – related knowledge and risk behaviors of street youth in Belo Horizonte, Brasil. *AIDS Education and Prevention*, 7(4): 287-289, 1995.
8. MARQUES, L.F., DONED, A.D., SERAFIN, D. O uso indevido de drogas e a AIDS. In: Ministério da Saúde - *Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento*, 173-182. Brasília, 1999.
9. MESQUITA, F. & SEIBEL, S. *Consumo de drogas – desafios e perspectivas*. Ed. Hucitec, Rio de Janeiro, 2000.
10. JULIÃO, T. C., FERNANDES, A.F.C., GURGEL, A. H. Prevenção de DST/AIDS: Uma abordagem junto a famílias de adolescentes. *Rev. RENE*, Fortaleza, v.2, n.1, p. 53-59, jan/jul. 2001.
11. HALL, P.A.; HOLMQUIST, M.; SHERRY, S.B. Risky adolescent sexual behavior: a psychological perspective for primary nursing. *Topics in Advanced Practice Nursing eJournal*, 4 (1), 2004. Disponível <http://www.medscape.com/viewartcle/467059>.
12. LIFSON, A.R.; HALCON, L.L.; HANNAN, P.; ST LOUIS, M.E.; HAYMAN, C.R. Screening for sexually transmitted infections among economically disadvantaged youth in a national job training program. *Journal of Adolescent Health*, 28, 190-196, 2001.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. Revisão da definição nacional de casos de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de vigilância epidemiológica. *Boletim Epidemiológico: AIDS/DST*. Brasília, ano XI, n.1, abr/dez, 1997.
14. BRASIL, Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico: AIDS/DST*. Brasília, ano XVI, n.1, abr/dez, 2002a.

15. CORBETT, E.L.; STEKETEE, R.W.; terKUILE, F.O.; LATIF, A.S.; KAMALI, A.; HAYES, R.J. HIV-1/AIDS and the control of other infectious diseases in Africa. *The Lancet*, 359: 2177-2187, 2002.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. *Dados e Pesquisas em DST e AIDS*. Dados das DST. <http://www.aids.gov.br/final/dados/dst.htm>. Acesso em 17 Set 2003a
17. BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico: AIDS/DST*. Brasília, ano XVI, n.3, jul/set, 2003b
18. KAWAMOTO, E.E., SANTOS, M.C.H, MATOS, C.M. *Enfermagem Comunitária*. EPU, São Paulo, 1995.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de Apoio à Sustentabilidade e Gestão Estratégica das Políticas de Controle do HIV/Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis – AIDS III*, 2000.
20. RAMOS, F.R.S., MONTICELLI, M., NITSCHKE, R.S. *Projeto acolher: um encontro da Enfermagem com o adolescente*. Brasília, ABEN, 2000.
21. FORTE, B.P., VIANA, J.F. Saúde da Família, Visão Interdisciplinar, In: Sampaio N. M & Alves M. *Educação em Saúde – Caminho para a melhoria da qualidade de vida da família*. Fortaleza/Ce. Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2002.
22. ATKINS, D., BEST, D., SHAPIRO, E.N. The Third U.S. Preventives Services Task Force: Background, methods and first recommendations. *Am J Prev Med*. 20(35), 2001.
23. PENDER, N.J., MURDAUGH, C. L., PARSONS, M.A. The Contribution of Nurses to the Prevention and Health Promotion Team, In: *Health promotion in nursing practice*. New Jersey, 2002.
24. PAIVA, V. *Fazendo arte com a camisinha: a história de um projeto de prevenção da AIDS para jovens*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
25. KICKBUSCH, I. "Health – promoting environments: The next step". *Australian and New Zeland Journal of Public Health*, 21(4): 431-434, 1997.
26. MC MURRAY, A. Community Health and wellness: A Socioecological Approach, capter one: *Public Health, Community Health and Community Development*, 15, Mosby, Austrália, 1999.
27. MUNARI, D.B., D'ORO, M.C.D., MEDEIROS, M. SILVA, M. Desenvolvendo orientação sexual com adolescentes. *Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 6 (6): 87-95, 1996.
28. MUNARI, D.B., FUREGATO, A.R.F. *Enfermagem e Grupos*. Goiânia: AB Editora; 2003.
29. CANELLA, PRB.; ARAUJO, M.L.M.; SANTOS, R.; MENDES, A.L.; BERALDO, M.L.F. A primeira relação sexual. *DST – J bras Doenças Sex Transm*, 14 (2): 29-32, 2002.
30. GALVÃO, MTG.; ALENCAR, R.A.; FERREIRA, M.L.S.M.; ANTUNES, R.C.F.S. Sexualidade e conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis em um município do interior do nordeste brasileiro. *DST – J bras Doenças Sex Transm.*, 15 (3): 37-40, 2003.

Endereço para Correspondência:

DENIZE BOUTTELET MUNARI

Rua 28A, Nº 705/Aptº 602 Setor Aeroporto

CEP: 74075-500 – Goiânia- GO

E-mail: denise@fen.ufg.br

Recebido em: 07/07/04

Aprovado em: 28/07/04

ESTUDO COMPARATIVO DE DIFERENTES FORMAS DE TRATAMENTO DE CONDILOMAS ACUMINADOS

COMPARATIVE STUDY OF DIFFERENT WAYS OF TREATMENT ON GENITAL WART

Tomaz B Isolan¹, Gutemberg L Almeida Filho², Mauro RL Passos³, Renato S Bravo⁴

RESUMO

Introdução: atualmente, a infecção genital pelo papilomavírus humano (HPV) constitui-se na DST mais prevalente nos diferentes grupos etários e na maior parte das unidades de saúde públicas. Normalmente é a DST que mais se associa a outras infecções genitais. **Objetivos:** observar diferentes formas terapêuticas de pacientes apresentando condiloma acuminado. Observar a ocorrência de associação com sífilis. **Métodos:** foram estudados 100 pacientes apresentando condiloma acuminado em estudo randomizado, comparativo, duplo-cego e multicêntrico. O diagnóstico foi feito com exame clínico, histopatológico e, em alguns, hibridização molecular de DNA de HPV 6, 11, 16 e 18. Os pacientes foram divididos em quatro grupos. Grupo A (25 pacientes), tratados com cauterização das lesões. Grupo B (25 pacientes), tratados com 20 milhões de unidades de interferon alfa-2B aplicados de forma subcutânea em pele de área de abdome, sendo 2,5 milhões de UI em dias alternados num total de 8 aplicações. Grupo C (25 pacientes), em que os esquemas A+B foram associados. Grupo D (25 pacientes), em que foi utilizado placebo. O critério de cura foi considerado nos pacientes que apresentaram ausência de lesões suspeitas depois de genitoscopia por um período mínimo de 6 meses após o tratamento. Foi colhido sangue para teste sorológico de sífilis antes do início do tratamento. Só participaram do trabalho os pacientes com lesões externas. **Resultados:** as taxas de cura dos diversos grupos foram: Grupo A, com 56%; Grupo B, com 48%; Grupo C, com 76%; e Grupo D, com 4%. A ocorrência de sororeatividade para sífilis foi de 4%. No geral, foram atendidos 72 homens e 28 mulheres. **Conclusão:** baseado nesses dados, foi possível concluir que tratar pacientes com condiloma acuminado constitui-se em uma tarefa difícil na maioria absoluta dos casos. Pelos nossos resultados, a melhor taxa de cura ocorreu quando se associou a exereses e cauterização das bases com administração sistêmica de interferon alfa-2B.

Palavras-chave: condiloma acuminado, HPV, tratamento, interferon, cauterização

ABSTRACT

Introduction: actually, the Human Papillomavirus (HPV) genital infection is the most prevalent STD in different groups and in the great part of Health Public Units. Usually is STD that can associate with others genital infection. **Objective:** to observe the associate occurrence with Siphilis. **Methods:** a hundred patients with genital wart were studied in a double blind, comparative study with randomly select study. The diagnose was made with clinical examination, histopathologic and in some of them with HPV 6, 11, 16, 18 DNA molecular hybridization. The patients were divided in four groups: Group A (25 patients) were treated with cauterization of the lesion. Group B (25 patients) were treated with 20.000.000 UI of interferon alfa-2B that were applicated in abdominal subcutaneous skin, using 2.500.000 UI in every other day (8 application in the total). Group C (25 patients) that A+B were used. Group D (25 patients) using placebo. It was considered cure criterium the patients that presented no suspect lesions after genital exam in a period of 6 months after the treatment. Blood for siphilis sorology was collected before beginning the treatment. Only patients with external lesions participated of the study. **Results:** the cure tax of the groups were: Group A - 56%, Group B - 48%, Group C - 76% and Group D - 4%. The Siphilis sororeativity was 4%. Seventy - two men and twenty - eight women were attended. **Conclusion:** basing in this numbers was possible to conclude that treating patients with genital wart is a difficult task in the most cases. In our results, the best tax of cure occurred when it was associated in cutting, base cauterization and sistemic administration of interferon alfa-2B.

Keywords: genital wart, HPV, treatment, interferon, cauterization

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 16(2):23-27, 2004

INTRODUÇÃO

Atualmente, a infecção genital pelo papilomavírus humano (HPV) constitui-se na DST mais prevalente nos diferentes grupos etários e na maior parte das unidades de saúde públicas.

Normalmente é a DST que mais se associa a outras infecções genitais.

Historicamente, as verrugas genitais já eram conhecidas no mundo antigo e, pelos médicos da época, eram descritas como “condiloma” ou “figos”. No Brasil são denominadas popularmente como “crista de galo”, “cavalo de crista” e “figueira”. Atualmente se utiliza o termo condiloma acuminado. Condiloma provém do grego, significa “tumor redondo”, acuminado provém do latim, *acuminare*, que significa “tornar pontudo”¹.

A etiologia viral das verrugas genitais foi confirmada em 1949, por Strauss *et al.*¹

O HPV é um DNA vírus de dupla fita, circular e fechada covalentemente. Seu capsídeo mede 55 nm e apresenta 7.900

¹ Prof. Adjunto de Urologia da Universidade Federal de Pelotas.

² Prof. Adjunto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Titular de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Valença.

³ Prof. Adjunto chefe do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense.

⁴ Prof. Adjunto de Ginecologia da Universidade Federal Fluminense.

pares de bases nitrogenadas². São conhecidos na atualidade mais de 80 subtipos diferentes, entre os quais, os mais associados com infecção genital são os 6, 11, 16, 18.

O diagnóstico pode ser realizado clinicamente quando as lesões se apresentam visíveis.³ Na forma subclínica a utilização do colposcópico, citologia de Papanicolaou e de substâncias como ácido acético e o azul de toluidina auxiliam no diagnóstico. Na sua forma latente, utiliza-se a biologia molecular, que também pode complementar o diagnóstico na forma clínica e subclínica⁴.

Dentre os vários tratamentos utilizados cita-se o emprego de substâncias cáusticas (podofilina e ATA), quimioterápicos (5-fluoracil e ácido metacresolsulfônico), coagulação (crio, diatermo, eletro), laserterapia, imunoterapia (interferon), imunomodulador (imiquiremode) e o cirúrgico (exereses das lesões).

No presente trabalho, foram estudadas quatro diferentes formas terapêuticas das lesões por HPV e observada a associação com sífilis.

OBJETIVOS

- Avaliar diferentes formas terapêuticas em pacientes com condiloma acuminado.
- Observar a ocorrência de associação com soro-reatividade para sífilis.

MÉTODOS

Em estudo randomizado, duplo-cego e multicêntrico, foram estudados, em 1994-1995, 100 pacientes com condiloma acuminado cujo diagnóstico foi feito pelo exame clínico, histopatológico e, em alguns, hibridização molecular de DNA de HPV 6, 11, 16 e 18. Os pacientes foram divididos em 4 grupos:

Grupo	Nº de pacientes	Esquema de tratamento
A	25	Exereses cirúrgica mais cauterização da base das lesões sob anestesia local
B	25	20 milhões de interferon alfa-2B aplicado de forma subcutânea em abdome; 2,5 milhões de UI em dias alternados, total de 8 aplicações
C	25	Esquema A + B
D	25	Placebo

O critério de cura foi considerado nos pacientes que apresentaram ausência total de lesões típicas ou suspeitas depois de genitoscopia por um período mínimo de três meses após o tratamento. Foi colhido sangue para teste sorológico para sífilis antes do início do tratamento. Só participaram do trabalho os pacientes com lesões externas: glândula, prepúcio, mucosa prepucial, vulva ou períneo.

A hibridização molecular foi possível de ser realizada em apenas 16 pacientes, sendo os subtipos mais frequentes 6 e 11, embora em 2 casos tenha sido detectado HPV 6, 11 juntamente com 16, 18. No caso em que houve regressão com uso de placebo

estava presente HPV 6, 11. No total, foram atendidos 72 homens e 28 mulheres.

Os efeitos colaterais mais observados foram: hipertermia moderada (até 38,5°C) e mal-estar geral tipo gripe, que cederam na totalidade dos casos com ácido acetilsalicílico 500mg 2 vezes ao dia.

Os centros de investigação foram os seguintes: Serviço de Urologia UFPel – RS Instituto de Ginecologia da UFRJ e Setor de DST (MP – CMB – CCM) da UFF.

Os exames histopatológicos foram realizados nos serviços de anatomia patológica que rotineiramente atende os respectivos serviços: Pelotas, Serviço de Patologia da UFPel, Instituto de Ginecologia UFRJ e Serviço de Patologia do HUAP – UFF.

Todos os 16 exames de hibridização molecular com sondas de DNA de HPV para os subtipos 6/11 e 16/18 foram efetuados no laboratório de Biologia Molecular da Disciplina de Virologia do Departamento Microbiologia e Parasitologia da UFF.

Só participaram do estudo os pacientes que após informações sobre a pesquisa aceitaram participar voluntariamente (consentimento informado).

As ampolas de interferon alfa-2B bem com os diluentes usados com placebo foram cedidos pela Schering – Plough, produto da marca Intron - A.

Todos os pacientes receberam preservativo de látex, informações e orientações sobre DST/Aids com a finalidade de promover ações de educação em saúde sexual e reprodutiva.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idade entre 21–45 anos.
- Não ter usado quaisquer medicações nas lesões nos últimos 15 dias.
- Não apresentar quaisquer lesões clínicas em meato uretral, vagina, colo uterino ou ânus.
- Ser alfabetizado.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Gravidez para as mulheres.
- Sabidamente com intercorrências clínicas crônicas.
- Patologia imunodepressiva (diabete, neoplasia, aids...), embora não tenhamos utilizado de rotina o teste de anti-HIV, não foi colocado no presente estudo pacientes que já sabiam ser portador do HIV.
- Não cumprimento de todo o protocolo.

RESULTADOS

Dos 16 casos em que se procedeu a técnica de hibridização molecular *in situ* para HPV, a positividade para a sonda 6/11 ocorreu em 100%. Porém em dois desses casos (16,7%), houve concomitância de positividade também para 16/18.

No presente estudo, 72% dos pacientes informaram haver tido três ou mais parceiros sexuais nos últimos três meses. Trinta e sete por cento relataram praticar atividade sexual com único parceiro nos últimos três meses. Um paciente informou que não tinha atividade sexual a mais de três meses, contudo antes desse período mantinha relação sexual com múltiplos parceiros, sendo na maioria das vezes com preservativo.

A totalidade dos pacientes desse estudo não usavam preservativos em todas as relações sexuais.

Depois de descartado os casos de falso-positivo, a soropositividade sobre anticorpos antitreponema foi de 4% (4/100). Esses casos foram medicados de forma clássica, segundo normas do Ministério da Saúde com penicilina benzatina 2.400.000 UI (IM) com repetição da dose em 1 semana.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo cor e renda salarial

Cor da pele	%
Branca	48
Negra	21
Parda	31
Renda salarial (R\$)	%
0-2 salários mínimos	4
3-6 salários mínimos	34
7-10 salários mínimos	38
Maior que 10 salários mínimos	24

Tabela 2 – Percentagem de cura clínica

Grupo	Número de pacientes	%
A	14	56
B	12	48
C	19	76
D	01	04

DISCUSSÃO

Com a presença de infecções de HPV está, sabidamente, associada ao desenvolvimento de câncer cervical e de câncer escamoso das células genitais⁵ está ocorrendo um progressivo aumento do interesse da comunidade científica em aperfeiçoar as técnicas de tratamento, atualmente utilizadas e em desenvolver novos métodos de tratamento e profilaxia das infecções por HPV.

Infelizmente, o tratamento das infecções por HPV vem promovendo grandes frustrações para o meio científico, uma vez que as taxas de recidiva das lesões são altas e nem sempre os pacientes podem desfrutar de cura total. Os interferons, por possuírem efeitos antivirais e antiproliferativos nas infecções por HPV⁶, são largamente utilizados no tratamento de condiloma acuminado. Para facilitar a análise da melhor forma de tratamento com interferon, dividimos este item em 3 subitens: adminis-

tração isolada e sistêmica de interferons, administração intralesional de interferon e interferon como tratamento adjuvante de outras terapias. Administração isolada e sistêmica de interferon: segundo o estudo feito por Gall⁷ envolvendo 61 pacientes com lesões resistentes e/ou persistentes. Dos 17 pacientes tratados com doses intramusculares de 5 MUI (milhões de unidades internacionais) de interferon linfoblastóide, 11 (69%) apresentaram desaparecimento total dos condilomas após o término do protocolo, 4 (23%) apresentaram redução de 50% ou mais no tamanho dos condilomas e 1 (5%) não apresentou resposta.

Dos 30 pacientes tratados com doses de 3 MUI, 17 (57%) apresentaram desaparecimento total dos condilomas ao final do protocolo, dez (33%) apresentaram redução de 50% ou mais no tamanho dos condilomas e três (10%) não apresentaram resposta.

Dos 14 pacientes que receberam doses de 1 MUI, 6 (43%) apresentaram desaparecimento total dos condilomas, cinco (36%) apresentaram redução de 50% ou mais do tamanho dos condilomas e três (21%) não apresentaram resposta. Assim, a taxa completa de resposta em pacientes que receberam dose inicial de 5 MUI foi 69%, a taxa em pacientes que receberam dose inicial de 3 MUI foi 57% e a taxa dos que receberam dose inicial de 1 MUI/M2 foi 43 %.

Com base nesses dados o autor sugeriu que o interferon linfoblastóide tem eficácia no tratamento de condiloma acuminado resistentes e persistentes a qual está relacionada à dose. Grablowitz *et al.*⁸, em estudo envolvendo sete pacientes com verrugas genitais extensas e tratados com doses crescentes de interferon alfa-2B sistêmico, verificaram que cinco pacientes obtiveram total remissão das lesões e dois pacientes obtiveram remissão parcial das verrugas. A partir destes dados, o autor pôde concluir que condiloma acuminado extenso pode ser tratado com interferon alfa-2B com sucesso. No estudo feito com Wiltz *et al.*⁹, com cinco pacientes portadores de condiloma acuminado perianal tratados com interferon A, verificou-se que, deste, quatro apresentaram recorrência, o que explicita uma taxa de recorrência de 85%, a qual é extremamente alta. Tsambaos *et.al.* afirmam que "... em estudos recentes, o tratamento sistêmico de condiloma acuminado com interferon alfa resultou em taxas de resposta favoráveis, entre 50% e 80%".

Com base nos dados acima podemos verificar que o tratamento sistêmico com interferons apresenta resultados animadores e altas taxas de cura com exceção do tratamento com interferon alfa, que apresentou taxa de recorrência bastante elevada.

A administração de interferon intralesional de acordo com a pesquisa feita por Brodell,⁵ de 45 pacientes com HPV e tratados com interferon alfa, 27 (60%) apresentaram eliminação total das verrugas, a qual foi mantida por um período de seis a 12 meses, 14 (31%) não apresentaram resposta e quatro (9%) pacientes apresentaram recorrência. Além desses dados, Brodell⁵ ainda mostrou que, na totalidade dos estudos feitos por Kien *et al.* (appud), a administração intralesional de interferon alfa eliminou completamente as verrugas em 62% dos pacientes estudados e 75% destes pacientes não apresentaram recorrência. Estes resultados são animadores, uma vez que a maioria desses pacientes não obteve resposta nas outras terapias por condiloma. Para confirmar esses resultados, no estudo realizado por Grablowitz⁸ em que afirma que "... após a administração intralesional de interferon, muitas remissões foram documentadas". No entanto, contrapondo-se a estes resultados,

Nicmincn em sua pesquisa afirma que em estudos prévios mostraram que o interferon intralesional é, relativamente, ineficiente. Com base nestes dados podemos verificar que a administração intralesional de interferon no tratamento de verrugas genitais anais e perianais apresenta bons resultados e baixas taxas de recorrência.

Interferon como tratamento adjuvante de outras terapias: analisando estudo feito por Fleshner *et al.*¹⁰, onde 25 pacientes com condiloma anal sofreram retirada cirúrgica e fulguração imediata seguida por injeção de interferon alfa-n3, verificou-se que houve recorrência das lesões em apenas três (12%) pacientes. Procedeu-se o mesmo tratamento em outros 18 pacientes com condiloma anal, no entanto o interferon foi substituído por solução salina e pôde-se observar que houve recorrência em sete (39%) pacientes. Desse modo, concluiu-se que a taxa de recorrência verificada após o tratamento com interferon alfa-n3 foi significativamente menor que observada em pacientes que utilizaram solução salina.

Petersen *et al.*, em um estudo caso-controle que englobava pacientes com condiloma resistente a outras terapias e que foram tratados com *laser* de CO₂ seguido por administração sistêmica de interferon alfa-2B, avaliaram 49 pacientes em que dos 27 que receberam interferon, quatorze (52%) apresentaram cura total e treze (48%), apresentaram recorrência. Dos vinte e dois pacientes que não receberam interferon após a laserterapia, cinco (23%) cura total e dezessete (77%) recorrência. Concluiu-se que "... pacientes com verrugas resistentes a outros tipos de terapia e tratados com *laser* têm uma taxa maior de cura se o procedimento cirúrgico for seguido por um esquema de injeções subcutâneas de interferon alfa-2b".

Klutke *et al.*¹¹, em um estudo com 62 pacientes, avaliam o efeito do interferon alfa como adjuvantes do tratamento com *laser* ou com fluoracil em pacientes com condiloma genital recorrentes. Das 19 mulheres tratadas com fluoracil e interferon,

uma apresentou recorrência após um ano e das 16 mulheres tratadas com fluoracil sem interferon adjuvantes, quatro apresentaram recorrência. Das quatorze mulheres que sofreram terapia com *laser* e que tiveram interferon adjuvante, uma apresentou recorrência. Das 13 mulheres que sofreram laserterapia e não receberam interferon adjuvante, duas apresentaram recorrência. Aplicou-se o mesmo procedimento em homens e a taxa de recorrência foi semelhante. Concluiu-se que, com tratamento adjuvante utilizando-se interferon 2B, a taxa de recorrência e lesões foi muito menor do que a observada em pacientes com placebos.

Barrasso¹² em uma revisão de 75 estudos clínicos mostra o acompanhamento das taxas de *clearance*, recorrências/persistências das lesões após o término do tratamento, conforme pode ser visualizado no quadro abaixo. Neste quadro pode-se observar os diferentes tipos de tratamento, não sendo avaliado o tratamento conjunto de interferon associado à eletrocoagulação.

Um dos tratamentos tópicos mais atuais é o Imiquimod (Aldara), um imunomodulador que, segundo relato do fabricante, age ligando-se a receptores das células imunológicas como macrófagos e monócitos, ativando a síntese de citocinas que induzirão a produção de um RNA mensageiro de forma direta e independente. Essas citocinas, induzidas pelo Imiquimod, podem ter efeito sobre a função da imunidade celular. Sabe-se que algumas dessas citocinas, como o INF (Interferon), afetam o crescimento e a diferenciação celular induzindo a produção de proteínas responsáveis por uma atividade anti-viral¹³.

A fórmula a 5% mostra que os resultados de erradicação destas lesões, tanto completa quanto parciais, são melhores em mulheres do que em homens. Porém esses resultados são discutíveis, pois só existem dados do fabricante¹⁴.

Embora não tenha sido objetivo do presente estudo, todos os pacientes receberam informação específica sobre educação e saúde, DST/Aids, bem como preservativos para futuras relações

Quadro 1. Taxas Clearance e Persistência de diversos tratamentos

Tratamento	Taxas de <i>clearance</i> (%)		Taxas de persistência (mais recorrências) (%)
	1º avaliação quando/após o término do tratamento	Avaliação ≥ 3 meses	Seguimento 6 semanas – 12 meses
Crioterapia	63 – 88%	63 – 92%	0 – 39%
Eletrocautério/ Eletroterapia	93 – 94%	78 – 91%	24%
Interferon			
Intralesional	19 – 62%	36 – 62%	0 – 33%
Sistêmico	7 – 51%	18 – 21%	0 – 23%
Tópico	6 – 90%	33%	6%
Terapia com <i>laser</i>	27 – 89%	39 – 86%	< 7 – 45%
LEEP	≤ 90%	-	-
Solução de podofilina	32 – 79%	22 – 73%	11 – 65%
Podofilotoxina purificada solução / creme (Podofilox)	42 – 88%	34 – 77%	10 – 91%
Excisão cirúrgica	89 – 93%	36%	0 – 29%
Ácido tricloroacético	50 – 81%	70%	36%
5 - fluoracil	10 – 71%	37%	10-13%

Fonte: Barrasso 1998

sexuais, além de incentivo para comunicar o(s) parceiro(s) sexual(as) sobre sua doença a fim de propiciar possibilidade de acompanhamento médico. Tais atitudes visavam especificamente, interromper a cadeia de transmissão e/ou reinfecção.

Fica muito difícil documentar se os casos de persistência do quadro clínico de verrugas foram realmente insucesso do tratamento ou reinfecção. Contudo, para fins desse estudo, resolvemos classificar como falha terapêutica; pois, apesar da tentativa de agredir as lesões, estas permaneceram ou desapareceram por completo.

CONCLUSÃO

- A terapêutica combinada (exérese das lesões visíveis e eletrocoagulação) das bases mais administração sistêmica de interferon alfa-2B ofereceu a melhor taxa de cura.
- As taxas de cura envolvendo isoladamente exérese das lesões visíveis mais eletrocoagulação das bases e administração sistêmica de interferon alfa-2B são estatisticamente similares.
- A administração de placebo, talvez expressando a involução espontânea do condiloma acuminado, embora resolvendo um caso, foi inexpressiva.
- A soropositividade para sífilis foi de 4% nos casos de condiloma acuminado estudado.
- O subtipo de HPV 6/11 esteve presente em todos os casos estudados, havendo, contudo, coinfeção dos subtipos 16/18.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMPION M. J. Clinical manifestations and natural history of genital human papilloma virus infection. *Obstet. Gynecol. Clin. North AM.* , 14: 363, 1987.
2. ALMEIDA, J. D. , ORIEL, J.D. & STANNARD, L. M. Characterization of the virus found in genital warts. *Microbios*, 3: 225, 1969.
3. GROSS, G. Lesions of the male and female external genitalia associated with human papillomaviruses . in : SYRJANEN, K. J. , GISMANH, L. & KOSS, L. (Eds). *Papillomaviruses and human diseases* . Heidelberg, Springer – Verlag, 1987.
4. MEISELS, A. & MORIN, C. Human papilloma virus and cancer of the uterine cervix. *Gynecol Oncol.* , 12 : 111, 1981.
5. BRODEL, R. T., Natural alfa interferon for condiloma acuminata; *Infect Urol*; 9(4); 106-110, 1996.
6. NIEMINEN, P. *et al* Treatment of genital HPV infection with carbon dioxide laser and systemic interferon alpha –2b; *Sex Transm Dis*; 21 (2); 65-69, 1994.
7. GALL, S.A., HUGHES, C. E. & TROFATTER, K.; Interferon for the therapy of condiloma acuminatum; *Am J Obstet Gynecol*; 153: 157-163
8. GRABLOWITZ, D., MICKSCHWE, M. & SÖLTZ- SZÖTS, J.; Systemic treatment of extensive condilomata acuminata with interferon 2b; *J Am Acad Dermatol*; 26: 1009-1010, 1992.
9. WILTZ, O. H., TORREGROSA, M. & WILTZ, O.; altogenous vaccine: the best therapy for perianal condyloma acuminata; *Dis Colon Rectum*; 38: 838-841, 1995.
10. FLEHNER, P. R. & FREILICH, M. I.; Adjuvant interferon for anal condyloma. *Dis Colon Rectum*; 37: 1255-1259, 1994.
11. KLUTKE, J. J. & BERGMAN, A. Interferon as An Adjuvant treatment for genital condyloma acuminatum. *Int. J Gynecol Obstet*, 49: 171-174, 1995.
12. BARRASSO, R.; Treatment of genital warts : na overview. *J Obstet and Gynaecol*; 18 ste 2 : S70 – S71, 1998.
13. FICHA TÉCNICA DO PRODUTO ALDARA, Setembro de 1998.
14. MONOGRAFIA DO PRODUTO ALDARA.

Endereço para Correspondência:

TOMAZ ISOLAN

E-mail: isolan@zaz.com.br

Recebido em: 10/02/04

Aprovado em: 14/06/04

NEISSERIA GONORRHOEAE PRODUTORAS DE BETALACTAMASE RESISTENTES A AZITROMICINA EM MANAUS, AMAZONAS, BRASIL

NEISSERIA GONORRHOEAE BETALACTAMASE PRODUCERS RESISTANT TO AZITHROMYCIN IN MANAUS, AMAZONAS, BRAZIL

William A Ferreira¹, Cristina M Ferreira², Antonio PM Schettini³,
José Carlos G Sardinha⁴, Adele S Benzaken⁵, Mirna A Garcia⁶,
Enrique G Garcia⁷, Luiz A Oliveira⁸

RESUMO

Introdução: o monitoramento da suscetibilidade da *N. gonorrhoeae*, atividade essencial para se assegurar a eficácia dos protocolos terapêuticos propostos. Com este propósito, decidiu-se realizar este estudo para se avaliar o comportamento de isolados de *N. gonorrhoeae* produtora de betalactamase frente a três dos antibióticos mais indicados para o tratamento de uretrites e cervicites gonocócica em nossa região. **Objetivos:** determinar, a suscetibilidade *in vitro* de cepas de *N. gonorrhoeae* produtoras de betalactamase aos antibióticos azitromicina, ceftriaxona e ciprofloxacina. **Métodos:** utilizou-se o método episolométrico (e-teste) para se determinar a suscetibilidade de 41 isolados *N. gonorrhoeae* produtora de betalactamase aos antibióticos azitromicina, ceftriaxona e ciprofloxacina em amostras de secreção cervical e uretral obtidas de pacientes que compareceram ao setor de DST da Fundação Alfredo da Matta (FUAM) no período de julho a dezembro de 2002. **Resultados:** verificou-se que 21,9% das cepas foram resistentes à azitromicina e 29,6% apresentaram sensibilidade reduzida a este mesmo antibiótico. Os resultados dos testes com a ciprofloxacina mostraram sensibilidade reduzida para 9,7% das amostras analisadas, enquanto para ceftriaxona, a sensibilidade das cepas foi de 95,1% com duas cepas apresentando valores de CIM superiores a 0,25µg/ml, atualmente considerada como concentração máxima de sensibilidade para este antibiótico. **Conclusão:** este estudo demonstra pela primeira vez a existência de cepas de *N. gonorrhoeae* resistentes a azitromicina na clientela da FUAM, evidenciando também gonococos com sensibilidade reduzida à ciprofloxacina e valores de CIM superiores aos padronizados como de sensibilidade para a ceftriaxona. Esses dados são preocupantes, tendo em vista a possibilidade da ocorrência futura de falhas terapêuticas quando esses antibióticos forem indicados para o tratamento, tornando-se evidente a necessidade da manutenção de programas de avaliação periódica da suscetibilidade às drogas que são recomendadas no tratamento síndrômico de uretrites ou cervicites.

Palavras-chave: suscetibilidade, antibióticos, e-teste, azitromicina, betalactamase, *Neisseria gonorrhoeae*

ABSTRACT

Introduction: it's essential to monitor the susceptibility of *N. gonorrhoeae* to antibiotics as a means of assuring the efficiency of the therapeutic protocols. This study was designed to test the behavior of strains of *N. gonorrhoeae* betalactamase producer against three of the most frequently pre-prescripts antibiotic for the management of gonococcal urethral and cervical discharge in our region. **Objective:** to determine, using ephysolometric method, the *in vitro* susceptibility of *N. gonorrhoeae* betalactamase producers strains against azithromycin, ceftriaxone and ciprofloxacin. **Method:** the ephysolometric test (e-test) was used to determine the susceptibility of 41 strains of *N. gonorrhoeae* betalactamase producer against azithromycin, ceftriaxone and ciprofloxacin in samples of urethral and cervical discharge collected from patients seen at the Sexual Transmitted Disease Center of Fundação Alfredo da Matta (FUAM) from July to December, 2002. **Results:** the results showed that 21,9% (9/41) of the strains were resistant to azithromycin and 29,6% (12/41) showed reduced sensibility. Nine point seven percent (9,7% - 4/41) of the isolates showed reduced sensibility against ciprofloxacin, whereas towards ceftriaxone the sensibility was 95,1% (39/41). The MIC four two of the strains tested against ceftriaxone were above 0,25µg/ml which is the highest value for sensibility to this antibiotic. **Conclusion:** this study is the first report of *N. gonorrhoeae* resistant to azithromycin among the patients seen at FUAM. Also, it's important to underline the demonstration of reduced sensibility to ciprofloxacin and MIC values above the standard for sensibility to ceftriaxone. These results raise the possibility of therapeutic failure in the near future when these antibiotics are used in the treatment. It is important to maintain programs of periodic evaluation of the drugs used in the syndromic treatment of urethral and cervical discharge.

Keywords: susceptibility, antibiotics, e-teste, azithromycin, betalactamase, *Neisseria gonorrhoeae*

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2):28-32, 2004

¹ Bioquímico da Fundação Alfredo da Matta e Mestre em Patologia Tropical.

² Bioquímica da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas e Mestre em Patologia Tropical.

³ Médico, Dermatologista da Fundação Alfredo da Matta e Mestre em Patologia Tropical.

⁴ Farmacêutica Bioquímica da Fundação Alfredo da Matta especialista em citologia oncológica.

⁵ Médica, Ginecologista, Gerente do setor de DST da Fundação Alfredo da Matta.

⁶ Médico, Dermatologista da Fundação Alfredo da Matta.

⁷ Médico, Epidemiologista, Prof. Doutor do Dep. de Medicina Interna e Saúde Pública da Faculdade de Medicina, Universidad Havana, Cuba.

⁸ Engenheiro agrônomo, Pesquisador do INPA, PhD.

Órgão financiador: Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia "Alfredo da Matta".

Órgão de saúde pública vinculada ao Governo do Estado do Amazonas e Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para tratamento, treinamento e pesquisa em Hanseníase.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1999), a estimativa de incidência global estimada de novos casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) curáveis foi de 340 milhões, observando-se maior ocorrência no sul e sudeste asiático (151 milhões de casos), África subsaariana (38 milhões) e América Latina e Caribe (69 milhões). Nos países em desenvolvimento, as DST situam-se entre as cinco categorias de doenças pelas quais os adultos mais procuram serviços médicos¹.

A importância e a gravidade das DST têm sido demonstradas por estudos epidemiológicos em que não só as DST ulceradas como também as que causam inflamação uretral ou cervical, intensificam a transmissão do HIV^{2,3,4} amplificando a epidemia de aids⁵.

A Fundação Alfredo da Matta de Manaus (FUAM), no ano de 2002 notificou 750 casos de uretrites e cervicites gonocócicas as quais ocuparam o segundo lugar entre as doenças mais notificadas, abaixo apenas para o condiloma acuminado, com 1.348⁶.

Atualmente, os antibióticos recomendados para o tratamento sintomático dos corrimentos uretrais e ou cervicais são as quinolonas (ciprofloxacina, ofloxacina) concomitante com a azitromicina, ceftriaxona e o tianfenicol⁶, não se registrando, em muitos países em desenvolvimento, relatos de resistência dos gonococos a estes antibióticos^{7,8}.

Nos países desenvolvidos, a percentagem de isolados de *N. gonorrhoeae* resistente a esses antibióticos tem crescido de uma maneira preocupante^{9,10} e o mecanismo mais comum para o desenvolvimento desta resistência é a produção da penicilinase através da transmissão de plasmídeo, que codifica uma betalactamase do tipo TEM-1^{11,12}.

A preocupação com a emergente resistência da *N. gonorrhoeae* aos antibióticos utilizados para o tratamento é plenamente justificável, tanto que, em várias regiões do planeta, têm-se implantado programas de vigilância para o monitoramento da suscetibilidade dos gonococos frente aos mais diferentes grupos de antibióticos, sendo freqüentes os relatos de cepas resistentes ou com sensibilidade reduzida a estes fármacos^{13,14, 15,16, 17,18,19,20}.

No Brasil, desde dos anos 80, já se detectam isolados de *N. gonorrhoeae* com resistência a antibióticos como tetraciclina e penicilina^{21,22,23,24,25,26}. Estudos com outros antibióticos como as quinolonas tem sido realizado desde dos anos 80, como o realizado por Naud e *et al.*, em 1996, quando observaram eficácia na erradicação de cepas de gonococos com o uso da lomefloxacina em 94,8% dos pacientes, mas chamam a atenção para a possibilidade de vir a ser comprometida a utilização desse grupo de antibióticos para o tratamento no futuro²⁷. Freitas e *et al.*²⁸ confirmam esta previsão ao demonstrarem o crescente grau de dificuldade no tratamento da gonorréia, devido ao surgimento de cepas com resistência absoluta ou relativa às fluoroquinolonas.

Na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil, a FUAM, referência Nacional em DST, tem realizado estudos de suscetibilidade em isolados de *N. gonorrhoeae* frente a antibióticos utilizados para o tratamento, desde 1998, detectando índices de resistência de gonococos a penicilina, tetraciclina e eritromicina^{7,8}.

Optamos por utilizar o método episolométrico ou e-teste por ser de menor custo e mais fácil operacionalização quando comparado ao método de concentração inibitória mínima (CIM). Este

método tem sido freqüentemente aplicado com excelentes resultados na avaliação da suscetibilidade de cepas de *N. gonorrhoeae* frente a grupos de antibióticos como as fluoroquinolonas, cefalosporinas de 3ª. geração e aminoglicosídeos como eritromicina e azitromicina^{29,30,31,32,33}.

Com o atual estudo, pretendeu-se obter informações quanto ao comportamento de isolados de *N. gonorrhoeae* produtora de betalactamase, frente a três dos antibióticos mais indicados para o tratamento de uretrites e cervicites gonocócicas, com o intuito subsidiar os programas de controle e vigilância desta doença altamente infecciosa e que eleva o risco para a propagação do vírus HIV.

OBJETIVO

Determinar a suscetibilidade *in vitro* de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* produtoras de betalactamase aos antibióticos azitromicina, ceftriaxona e ciprofloxacina.

MÉTODOS

Estudo de prevalência, transversal, prospectivo. As amostras foram colhidas de forma consecutiva, a partir de um dia tomado aleatoriamente, em pacientes de ambos os sexos que apresentavam sinais e sintomas de uretrite e ou cervicite gonocócica que compareceram no setor de DST da Fundação Alfredo da Matta no período de julho a dezembro de 2002.

Foram testadas 41 as cepas de *N. gonorrhoeae* produtoras de betalactamase e destas foram excluídas as cepas que não apresentaram crescimento após repique no intervalo entre 24 e 48 horas ou as que apresentaram algum tipo de contaminação por outras bactérias. A análise dos resultados foi feita de forma descritiva através de tabelas de freqüência^{34,35}. Os procedimentos de semeadura das amostras, isolamento e identificação das cepas de *N. gonorrhoeae* foram realizados seguindo as recomendações do manual de cultura, isolamento e identificação da *N. gonorrhoeae* do Ministério da Saúde (Brasil)³⁶, e Van Dick *et al.* 1999³⁷.

Para a detecção de cepas produtoras de betalactamase utilizamos a técnica da cefalosporina cromogênica (Cefinase Plus – Becton Dickison). As cepas produtoras de betalactamase, produzem pigmento de cor vermelha assim que o anel betalactâmico é quebrado.

O teste de suscetibilidade utilizado foi o episolométrico ou e-teste (AB Biodisk – Genebra – Suíça). A interpretação dos resultados e valores de referência utilizados, para a ciprofloxacina (0,002 a 32,00µg/ml) e ceftriaxona (0,002 a 32,00µg/ml) foram baseados nas recomendações do National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS, 1999)³⁸, já para a azitromicina (0,016 a 256,0 µg/ml), utilizaram-se os valores descritos na literatura^{39,40}.

Para o controle de qualidade dos meios de cultura e dos antibióticos, utilizamos a cepa de referência ATCC 49226, obtida do American Type Culture Collection (ATCC - University Blvd, Manassas, VA 20110-2209 USA) recomendada pelo National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS, 1999)³⁸. Após os testes, as cepas foram semeadas em meio líquido de

brain herat infusion broth (BHI) ou cistina triptacase e soja (CTS-Micromed) e conservadas em *freezer* a -70°C ³⁶.

RESULTADOS

Após a realização do teste de suscetibilidade, detectou-se que 9/41 (21,9%) das cepas apresentaram resistência à azitromicina, e 29,6% (12/41) apresentaram sensibilidade reduzida a este mesmo antibiótico. Quando analisou-se a ciprofloxacina, verificou-se que 4/41 (9,7%) dos isolados apresentaram sensibilidade reduzida a este antibiótico enquanto 37/41 (90,3%) foram sensíveis (Tabela 1). Com relação à ceftriaxona, observou-se que 39/41 (95,1%) dos isolados mostraram-se sensíveis à droga enquanto 2/41 (4,9%) das cepas apresentaram valores de CIM superiores a 0,25µg/ml (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Com o atual estudo, pretendeu-se obter informações quanto ao comportamento de isolados de *N. gonorrhoeae* produtora de betalactamase, frente a três antibióticos mais indicados para o tratamento de uretrites e cervicites gonocócicas, com o intuito de subsidiar os programas de controle e vigilância de gonorréia, doença de elevado risco para a propagação do HIV.

Os resultados apresentados pelo presente estudo podem ser considerados como um indicador do que está ocorrendo na população dos portadores de uretrites ou cervicites residentes em nosso meio. Comparando os resultados deste estudo com outros realizados recentemente sobre a suscetibilidade de cepas de *N. gonorrhoeae* a antibióticos como ciprofloxacina, ceftriaxona e azitromicina, possibilita-nos uma visão global da mudança epidemiológica na questão da suscetibilidade dos antibióticos.

Estudos realizados na China⁴¹, Japão⁴², Índia⁴³, Bangladesh⁴⁴, Inglaterra⁴⁵, Estados Unidos⁴⁶ e Austrália⁴⁷,

demonstram o nível crescente da resistência das cepas de gonococos circulantes às quinolonas, desaconselhando sua utilização em regiões como o sudeste asiático e países do Pacífico, assim como a emergente resistência a ceftriaxona e azitromicina em outros.

O percentual de cepas circulantes resistentes às quinolonas alcança níveis superiores a 30% em algumas regiões da China⁴¹ e Bangladesh⁴⁴, acima de 20% no Japão⁴², 28,2% na Índia⁴³, Havaí e Califórnia⁴⁶ e 9,8% na Inglaterra⁴⁵ tornando este antibiótico praticamente inutilizável nestes locais.

A velocidade de difusão dessas cepas de *N. gonorrhoeae* resistentes às quinolonas tem sido variável, mas aparentemente é maior que a que foi no passado para a penicilina. Em Bangladesh⁴⁴, a prevalência passou de 9%, em 1997, a 49%, em 1999, o que poderia ser catalogado como de padrão de difusão intermediário, e no Japão⁴², de 9,8% em 1997 para mais de 20% em 1999, considerado padrão lento. Presume-se que fatores associados ao agente etiológico, ao hospedeiro e aos esquemas terapêuticos empregados nos programas nacionais, podem estar relacionados com a velocidade de propagação de cepas resistentes, sendo necessários estudos epidemiológicos mais abrangentes para precisá-los. O surgimento da resistência às quinolonas em uma determinada região parece comprometer seu emprego nos programas em um prazo que oscila entre 3 e 5 anos, quando alcança ou supera o valor de 5%⁵². No presente estudo foi detectado um número importante de cepas com sensibilidade reduzida às quinolonas (9,7%), e isso reforça a necessidade de estreitar a vigilância encurtando os prazos de realização dos estudos de suscetibilidade.

Nesse estudo, não foram detectadas cepas com resistência à ceftriaxona, entretanto, 4,9% (2/41) dos isolados testados, apresentaram valores de CIM superiores a 0,25µg/ml, valor máximo de referência de sensibilidade para o gonococo a este antibiótico, (NCCLS, 1999)³⁸. Esses achados indicam a real possibilidade de nos depararmos no futuro com possíveis falhas terapêuticas,

Tabela 1 – Resultados do teste de suscetibilidade (e-teste) para azitromicina e ciprofloxacina nas 41 cepas de *N. gonorrhoeae*

Antibiótico	Resultado					
	Sensível		Sensibilidade reduzida		Resistente	
	n	%	n	%	n	%
Azitromicina	32	78,1	12	29,6	9	21,9
Ciprofloxacina	37	90,3	4	9,7	0	0,0

Tabela 2 - Resultados do teste de suscetibilidade (e-teste) para ceftriaxona nas 41 cepas de *N. gonorrhoeae*

Antibiótico	Resultado			
	Sensível		Valor de CIM > 0,25µg/ml	
	n	%	n	%
Ceftriaxona	39	78,1	2	4,9

quando este antibiótico for indicado para o tratamento de casos de infecção gonocócica.

Finalmente, o presente estudo demonstrou o aparecimento de cepas resistentes à azitromicina com porcentagem relativamente elevada. Relatos semelhantes têm sido feitos por outros autores em outras regiões, como na Espanha⁴⁸, Cuba⁴⁹, Canadá⁵⁰ e Estados Unidos⁵¹. Preocupa a precocidade do aparecimento de cepas resistentes, à azitromicina, pois seu emprego no tratamento da infecção gonocócica é muito recente. Deve-se também ressaltar que a azitromicina é recomendada no tratamento sintomático de uretrites e cervicites na dose de 1g em dose única via oral, tendo como alvo possível a infecção por clamídias e que essa dose é reconhecidamente insuficiente para o tratamento de infecções gonocócicas. Aventa-se a possibilidade de essa dose subterapêutica estar contribuindo para a seleção de cepas de gonococos resistentes.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos mostram cepas resistentes à azitromicina com taxas que fazem imprópria sua recomendação como terapêutica da infecção gonocócica. Detectou-se uma emergência de cepas com suscetibilidade reduzida à ciprofloxacina com a possibilidade de que, em breve, venha-se a detectar níveis de resistência como tem acontecido em outros locais. Este fato obriga a intensificação da vigilância para detectar o mais precocemente possível a resistência aos antibióticos recomendados para o tratamento da gonorréia.

A ceftriaxona continua sendo, até o momento, um antibiótico seguro e eficaz para o tratamento da infecção gonocócica em Manaus–Amazonas–Brasil, apesar, do surgimento de cepas com valores de CIM superiores aos de referência de sensibilidade.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas médicos, enfermeiros, assist. sociais e téc. de pat. clínica da gerência de DST da Fundação Alfredo da Matta, ao Prof. Dr. Evandro Ribeiro Mesquita e aos colaboradores Waldemara de Souza Vasconcelos e Maria de Fátima Pinto da Silva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Program on AIDS: Global prevalences and incidences of select curable sexually transmitted diseases: overview and estimates: WHO/GPA/STD, p.1-26, 2000.
2. WASSERHEIT, M. H. Epidemiologic synergy: interrelationship between HIV and other STDs. *Sex. Transm. Dis.*, USA, v.19, p.61-77, 1992.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Controlling Sexually Transmitted Diseases. *Population Reports*. Switland: WHO, 1993. p.6
4. WISDOM, A.; HAWKINS, D. A. *Diagnóstico em cores: doenças sexualmente transmissíveis*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1998. p.119-130
5. CLEMETSON, D.B.A.; MOSS, G.B.; WILLERFORD, D. *et al.* Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions: prevalences and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*, p.2860-2864, 1993.
6. AMAZONAS. SUSAM. FUNDAÇÃO ALFREDO DA MATTA. Coordenadoria de Ensino e Pesquisa e Controle de Doenças. *Boletim Epidemiológico*, Manaus, v.3, n. 10, 2002.
7. DILLON, J.A.; RUBABAZA, J.P.A.; BENZAKEN A.S. *et al.* Reduced susceptibility to Azithromycin and high percentages of Penicillin and Tetracycline Resistance in Neisseria gonorrhoeae isolates from Manaus, Brazil, 1998. *Sex. Transm. Dis.*, v.28, n.9, p.521-526, 2001.
8. FERREIRA, W.A.; SARDINHA, J.C.G.; SCHETTINI, A.P.M. *et al.* Susceptibilidade de cepas de Neisseria Gonorrhoeae aos Antibióticos Utilizados para Tratamento de uretrites e cervicites gonocócicas em ambulatório de DST de Manaus-Brasil. *DST – J bras Doenças Sex Transm*, Rio de Janeiro, v.13, n.6, p.36-40, 2001.
9. LIND, I. Antimicrobial Resistance in Neisseria gonorrhoea. *Clin. Infect. Dis.*, v.24, suppl.1, p.S93-97, 1997.
10. HILTUNEN-BACK, E.; ROSTILA, T.; KAUTIAINEN, H. *et al.* Rapid decrease of endemic gonorrhoea in Finland. *Sex. Transm. Dis.*, USA, n.25, p.181-186, 1998.
11. DILLON, J. R.; YEUNG, K. R. β -Lactamase plasmids and cromosomally mediated antibiotic resistance in pathogenic Neisseria species. *J. Clin. Microbiol.*, USA, suppl.2, p.S125-133, 1989.
12. ROBERTS, M. C. Plasmids of Neisseria gonorrhoeae and other Neisseria species. *J. Clin. Microbiol.*, USA, v.2, p.18-23, 1989.
13. ADEGBOLA, R. A.; SABALLY, S.; CORRAH, T. *et al.* Increasing prevalence of penicillinase-producing Neisseria gonorrhoeae and the emergence of high-level, plasmid-mediated tetracycline resistance among gonococcal isolates in the Gambia. *Trop. Med. Int. Health.*, v.2, n.5, p.428-432, 1998.
14. FERREIRA, E.; LOURO, D.; GOMES, J. P. *et al.* High-Level tetracycline resistente Neisseria gonorrhoeae isolate in Portugal. *Pathol. Biol.*, France, v.45, n.5, p.371-375, 1997.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Western Pacific Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme-WHO WPR GASP. Resistance in isolated in the WHO Western Pacific Region to various antimicrobials used in the treatment of Neisseria gonorrhoea 1997. *Commun. Dis. Intell.*, Austrália, v.22, n.13, p.288-91, 1998.
16. KNAPP, J. S. ; WONGBA, C. ; LIMPAKARNJANARAT, K. *et al.* Antimicrobial susceptibilities of strains of Neisseria gonorrhoeae in Bangkok, Thailand: 1994-1995. *Sex. Transm. Dis.*, USA, v.24, n.3, p.142-148, 1997.
17. BHUIYAN, B. U. , RAHMAN, M. , MIAH M. R. *et al.* Antimicrobial susceptibilities and plasmid contents of Neisseria gonorrhoeae isolates from commercial sex workers in Dhaka, Bangladesh: emergence of high-level resistance to ciprofloxain. *J. Clin. Microbiol.*, USA, v.37, n.4, p.1130-1136, 1999.
18. GUYOT, A. ; JERRET, B.; SANVEE, L. *et al.* Antimicrobial resistance of Neisseria gonorrhoeae in Liberia. *Trasn. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, United Kingdom, v.92, n.6, p.670-674, 1998.
19. ROBERTS, M.C. ; CHUNG, W. O. ; ROE, D. *et al.* Erythromycin-resistant Neisseria gonorrhoeae and oral commensal Neisseria spp. Carry known rRNA methylase genes. *Antimicrob. Agents Chemother.*, USA, v.43, n.6, p.1367-1372, 1999.
20. ROSS, J. D.C. Fluroquinolone resistance in gonorrhoeae: how, where and so what? *Int. JST AIDS*, p.318-322, 1998.
21. MAGALHÃES, M. Penicillinase-producing Neisseria gonorrhoeae causing urethritis in Brazil. A case report. *Rev. Bras. Pat. Clin.*, Brasil, v.20, p.116-117, 1984.
22. LOMBARDI, C.; SIQUEIRA, L. F. G.; SANTOS, JÚNIOR, M. F. Q. *et al.* Neisseria gonorrhoeae produtora de penicilinase. Primeira cepa isolada em São Paulo SP (Brasil). *Rev. Saúde Pùb.*, Brasil, v.19, p.3.74-6, 1985.
23. SMANIA JÚNIOR, A. ; GIL, M. L. ; SMANIA, *et al.* Resistência a agentes antimicrobianos de amostras de Neisseria gonorrhoeae isoladas em Florianópolis (SC). *Rev. Microbiol.*, Brasil, v.22, n.4, p.308-312, 1991.
24. BELDA JUNIOR, W. *Resistência plasmidial e cromossômica à Tetraciclina*. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Brasil, 1992.
25. NITRINI, S. M. O. O. *Vigilância sentinela em Neisseria gonorrhoeae: características epidemiológicas na Cidade de São Paulo e proposta de um modelo a nível nacional*. Faculdade de São Paulo, Brasil, 1995. p.153
26. SANTOS JUNIOR, M. F. Q.; SIQUEIRA, L. F. G.; BELDA JUNIOR, W. *et al.* Ofloxacin no tratamento da uretrite gonocócica aguda masculina. *F. Med. (BR)*, Brasil, v.100, n.5/6, p.179-182, 1990.
27. NAUD, P. ; JARDIM, M.L. ; ISOLAN, T.B. *et al.* Estudo prospectivo controlado comparando Lomefloxacin e Ampicilina mais Probenecide em dose única oral no tratamento de uretrite gonocócica aguda no homem. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, Niterói;RJ, v.8, n.4, p.19-23, 1996.

28. FREITAS, C. C.; RABELO, R. F.; CAPELA, F. C. Resistência aos antibióticos em *Neisseria gonorrhoeae*: dos mecanismos ao monitoramento. *DST - J bras. Doenças Sex Transm*, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.26-33, 1999.
29. BIODENBACH, D. J.; BEACH, M. L.; JONES, R.N. Antimicrobial activity of gatifloxacin tested against *Neisseria gonorrhoeae* using three methods and collection of fluoroquinolone-resistant strains. *Diagn. Microbiol. Infect Dis.*, USA, v.32, n.4, p.307-311, 1998.
30. JONES, R. N.; BARRETT, M. S.; DEGUCHI, T. Antimicrobial activity of trovofloxacin tested against ciprofloxacin-susceptible and resistant *Neisseria gonorrhoeae*. Interpretive criteria and comparisons with Etest results. *Diagn. Microbiol. Infect Dis.*, USA, v.28, n.4, p.193-200, 1997.
31. BIODENBACH, D. J.; JONES, R. N. Comparative assessment of Etest for testing susceptibilities of *Neisseria gonorrhoeae* to penicillin, tetracycline, ceftriaxone, ceftaxime, and ciprofloxacin: investigation using 510(k) review criteria, recommended by Food and drug administration. *J. Clin. Microbiol.*, v.34, n.12, p.3214-3217, 1996.
32. MEHAFFEY, P.C.; PUYNAM, S.D.; BARRETT, M.S. *et al.* Evaluation of in vitro spectra of activity of azithromycin, clarithromycin, and erythromycin tested against strains of *Neisseria gonorrhoeae* by reference agar dilution, disk diffusion, and Etest methods. *J. Clin. Microbiol.*, v.34, n.2, p.479-481, 1996.
33. VAN DYCK, E.; SMET, H.; PIOT, P. Comparison of Etest with agar dilution for antimicrobial susceptibility testing of *Neisseria gonorrhoeae*. *J. Clin. Microbiol.*, v.32, n.6, p.1586-1588, 1994.
34. TOLEDO, G. L.; OVALLE, I. I. *Estatística básica*. São Paulo: Atlas, 1981.
35. CAMPOS, H. *Estatística experimental não-paramétrica*. 4.ed. Brasil, 1983.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Cultura, isolamento e identificação de Neisseria gonorrhoeae*. Brasília: M.S., 1997. p.9-44, (Série Telelab).
37. DYCK E.V.; MEHEUS A.Z.; PIOT P. *Laboratory diagnosis of Sexually transmitted diseases*. World Health organization. Genebra. 1999. (1). p.1-21.
38. NATIONAL COMMITTEE FOR CLINICAL LABORATORY STANDARDS. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; *Ninth Information Supplement*. M100-S9, v.19, n.1, p.104, 1999.
39. ROBERTS, M.C.; CHUNG, W.O.; ROE, D. *et al.* Erythromycin resistant *Neisseria gonorrhoeae* and oral commensal *Neisseria spp* carry known rRNA methylase genes. *Antimicrob. Agents. Chemother.*, p.1367-1372, 1999.
40. DILLON, J.A.; RUBABAZA, J.P.A.; BENZAKEN A.S. *et al.* Reduced susceptibility to Azithromycin and high percentages of Penicillin and Tetracycline Resistance in *Neisseria gonorrhoeae* isolates from Manaus, Brazil, 1998. *Sex. Transm. Dis.*, v.28, n.9, p.521-526, 2001.
41. YE S.Z.; WANG Q.Q.; SU X.H. *et al.* Epidemiological and bacteriological characteristics of *Neisseria gonorrhoeae* isolates in China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*; 24(2):119-22, 2003.
42. KOBAYASHI I.; KANAYAMA A.; SAIKA T. *et al.* Tendency toward increase in the frequency of isolation of beta-lactamase-nonproducing *Neisseria gonorrhoeae* exhibiting penicillin resistance, and recent emergence of multidrug-resistant isolates in Japan. *J Infect Chemother.* 9(2):126-30, 2003.
43. BALA M.; RAY K.; KUMARI S. Alarming increase in ciprofloxacin and penicillin-resistant *Neisseria gonorrhoeae* isolates in New Delhi, India. *Sex Transm Dis.* 30(6):523-5, 2003 30(6):523-5
44. RAHMAN M.; SULTAN Z.; MONIRA S. *et al.* Antimicrobial susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* isolated in Bangladesh (1997 to 1999): rapid shift to fluoroquinolone resistance. *J Clin Microbiol.*, 40(6):2037-40, 2002.
45. FENTON K.A.; ISON C.; JOHNSON A.P. *et al.* Ciprofloxacin resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in England and Wales in 2002. *Lancet.* 361(9372):1867-9, 2003.
46. BAUER H.M.; BOLAN G.; WANG S.A. *et al.* Increases in Fluoroquinolone-Resistant *Neisseria gonorrhoeae* - Hawaii and California, 2001. . 2002.
47. ANNUAL REPORT OF THE AUSTRALIAN GONOCOCCAL SURVEILLANCE PROGRAMME, 2001. *Commun Dis Intell.* 26(2):242-7, 2002
48. ARREAZA L.; VAZQUEZ F.; ALCALA B. *et al.* Emergence of gonococcal strains with resistance to azithromycin in Spain. *J Antimicrob Chemother.* 51(1):190-1, 2003.
49. SOSA J.; RAMIREZ-ARCOS S.; RUBEN M. *et al.* High percentages of resistance to tetracycline and penicillin and reduced susceptibility to azithromycin characterize the majority of strain types of *Neisseria gonorrhoeae* isolates in Cuba, 1995-1998. *Sex Transm Dis*, 30(5):443-8, 2003.
50. NG L.K.; MARTIN I.; LIU G.; BRYDEN L. Mutation in 23S rRNA associated with macrolide resistance in *Neisseria gonorrhoeae*. *Antimicrob Agents Chemother.* 46(9):3020-5, 2002.
51. COUSIN S. L.; WHITTINGTON W.L.; ROBERTS M.C. Acquired macrolide resistance genes and the 1 bp deletion in the mtrR promoter in *Neisseria gonorrhoeae*. *J Antimicrob Chemother.* 51(1):131-3, 2003.
52. World Health Organization. *Management of sexually transmitted diseases*. World Health Organization.
- WHO/UNAIDS 1997:WHO/GPA/94.1Rev.1.

Endereço para correspondência:

WILLIAM ANTUNES FERREIRA

Av. Constantino Nery, 2533. Condomínio Residencial Maria da Fé, Bloco B, Ap. 704, São Geraldo CEP 69050-001 – Manaus – Amazonas – Brasil.
E-mail: willant@horizon.com.br

Recebido em: 07/06/04

Aprovado em: 08/07/04

**PUBLICAR EM PERIÓDICOS
CIENTÍFICOS BRASILEIROS
É VITAL PARA NOSSA SOBERANIA.**

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO SUL DO BRASIL

HIV VERTICAL TRANSMISSION IN LOW CLASS POPULATION IN THE SOUTH OF BRAZIL

Mariane Stefani¹, Breno F Araújo², Neiva MP Rocha³

RESUMO

Introdução: a transmissão vertical do HIV é a principal via de infecção pelo HIV em crianças, sendo responsável, no Brasil, por 86,1% dos casos. **Objetivo:** estabelecer o índice de transmissão vertical do HIV nos recém-nascidos (RN) atendidos no Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS) e o perfil das gestantes HIV positivas e de seus RN. **Métodos:** estudo retrospectivo envolvendo todas as gestantes HIV positivas e seus filhos, nascidos entre janeiro de 2000 e dezembro de 2001 no HGCS. A coleta de dados foi realizada por meio dos prontuários da mãe e do RN do HGCS e dos prontuários do Ambulatório de DST/Aids. Foi utilizado o programa Epi-info. **Resultados:** a amostra foi constituída de quarenta e sete RN, correspondendo a 1,41% dos nascimentos do período. A idade média das gestantes foi de 25,9 anos, sendo 12,8% adolescentes; 74,5% tinham o primeiro grau incompleto, 34% eram usuárias de drogas, 80,9% fizeram pré-natal e 57,4% descobriram ser HIV positivas no pré-natal. Quanto às variáveis do recém-nascido, 14,9% eram prematuros, 4% receberam leite materno, 34% necessitaram de atendimento em UTI, sendo as principais causas icterícia (n = 7) e sífilis congênita (n = 6). Cinco pacientes nunca compareceram às consultas no Ambulatório de DST/Aids e 12 fizeram acompanhamento incompleto. Das 30 crianças com acompanhamento completo, duas foram a óbito, duas positivaram e 26 negativaram. **Conclusão:** não foi possível avaliar o índice de transmissão vertical do HIV devido ao grande número de abandonos no ambulatório, sendo que somente trinta crianças fizeram acompanhamento completo. Este achado reforça a importância da busca ativa dos pacientes.

Palavras-chave: transmissão vertical, HIV, aids

ABSTRACT

Intoduction: HIV vertical transmission is the main HIV way of infection in children, that accounts, 86,1% of cases in Brasil. **Objective:** the purpose of this paper is to establish the HIV vertical transmission index in newborn who were under care at Hospital Geral de Caxias do Sul and the HIV positive mothers' profile and their newborn. **Methods:** retrospective study of all HIV positive pregnant women and their children born between January 2000 and December 2001 at HGCS. The data collection was carried out through mother medical records and newborn from HGCS in addition to medical records from STD/AIDS Clinic. The software program used was Epi-inf. **Results:** the sample studied was based on 47 newborn that correspond to 1,41% of the births during the period. The average age of pregnant women was 25,9 years old, 12,8% were adolescents; 74,5% had dropped out of elementary school, 34% were drug users, 80,9% had prenatal tests and 57,4% found out they were HIV positive during the prenatal diagnostic test procedure. In relation to newborn variables, 14,9% were premature babies, 4% received mother's milk, 34% needed to go to Intensive Care Unit, the main causes for internment were jaundice (n = 7) and congenital syphilis (n = 6). Five patients have never attended appointments at the STD/AIDS Clinic and twelve patients underwent incomplete medical follow-up. Considering the thirty children who underwent the complete medical follow-up, two of them died, two were positive and twenty six were negative. **Conclusion:** it was not possible to evaluate the HIV vertical transmission index because there was a great number of abandonment the follow-up procedure. Only thirty children underwent complete medical follow-up, therefore; we reinforce the importance of actively searching of the patients.

Keywords: vertical transmission, HIV, aids

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2):33-39, 2004

INTRODUÇÃO

A aids é uma doença infecciosa, registrada pela primeira vez em 1981 nos Estados Unidos. No Brasil, os primeiros adultos afetados foram notificados ao Ministério da Saúde em 1982 e a primeira criança em 1984, sendo somente em 1983 identificado o agente etiológico da aids, o vírus denominado HIV¹. Os primeiros casos de aids em crianças eram todos secundários à transfu-

são de sangue ou hemoderivados contaminados com o vírus. A partir de 1985, surgiram os primeiros casos secundários à transmissão perinatal².

Desde 1983, o número de mulheres infectadas com HIV tem aumentado, o que fez crescer significativamente o contingente de crianças infectadas pela transmissão vertical^{2,3,4}. No Brasil, até 30 de março de 2002 foram notificados ao Ministério da Saúde 8.398 casos de aids em menores de 13 anos, sendo 7.229 (86,1%) devidos à transmissão materno-infantil^{5,6}. Os casos de transmissão vertical correspondem a 2,7% do total geral de casos notificados até agosto de 1999^{2,4}.

A taxa de transmissão vertical varia em diferentes áreas do mundo. Na ausência de qualquer intervenção corresponde a 13% a 40%, sendo de 13% na Europa, 40% na África e de 25% a 30%

¹ Médica Pediatra

² Mestre em Saúde Pública, USP. Responsável pelo serviço de Neonatologia do Hospital Geral de Caxias do Sul

³ Médica Pediatra do Ambulatório de DST/Aids de Caxias do Sul

Trabalho realizado no Hospital Geral de Caxias do Sul

nas Américas⁴. A transmissão vertical do HIV pode ocorrer durante a gestação, parto e amamentação⁷. Trinta e cinco por cento das transmissões ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação, 65% durante o parto pela exposição do recém-nascido ao sangue ou secreções maternas e no período pós-parto em razão basicamente do leite materno (7-22%) contendo HIV^{4,6}.

Em 1994, um teste clínico realizado nos Estados Unidos e na França pelo Protocolo 076 do Grupo de Pesquisa Clínica em Aids Pediátrica (PACTG) concluiu que a transmissão do HIV de mãe para filho poderia ser reduzida significativamente (67,5%) com a administração de zidovudina (ZDV) à mãe no decorrer da gravidez, após o primeiro trimestre de gestação, durante o trabalho de parto e nascimento e à criança até seis semanas de vida, além do recém-nascido não receber leite materno, sendo alimentado com fórmula infantil⁽⁸⁾. A incorporação deste regime, juntamente com maior orientação pré-natal sobre o HIV, resultaram no declínio das taxas de transmissão perinatal para 4% a 6%^{9,10, 11}.

No Brasil, desde 1995 a ZDV tem sido oferecida gratuitamente a mulheres grávidas infectadas pelo HIV e desde 1996 a ZDV intravenosa tem sido proporcionada para administração durante o trabalho de parto. Vários relatórios indicam que até 1999 as taxas de transmissão perinatal diminuíram para 5% a 7% em diversas áreas do Brasil^{12,13}.

A ampliação da oferta de cuidados pré-natais e a melhora de sua qualidade constituem condições essenciais para que a redução da transmissão vertical possa efetivamente ocorrer.

Com base nestes fundamentos, esse estudo teve por objetivo identificar a transmissão vertical do HIV e caracterizar as gestantes HIV soropositivas e seus filhos, analisando o momento do diagnóstico do HIV nas gestantes, o início do pré-natal, a via de parto e o número de horas de bolsa rota, o início do uso da zidovudina pela gestante, as principais complicações dos recém-nascidos, quando foi oferecida a primeira dose da zidovudina ao neonato, e o acompanhamento dos RN em ambulatório especializado.

MÉTODOS

Este é um estudo transversal, no qual a amostra foi constituída por todas as gestantes HIV positivas e seus recém-nascidos atendidos no Hospital Geral de Caxias do Sul, pelo Sistema Único de Saúde, no período de janeiro 2000 a dezembro de 2001. O tamanho final da amostra foi de 47 neonatos.

Neste estudo foram analisadas as características dos recém-nascidos, de suas mães, a história da gestação, do parto e do acompanhamento ambulatorial do RN.

As informações foram obtidas por meio da revisão dos prontuários obstétricos e dos recém-nascidos e dos prontuários do Ambulatório de DST/Aids, serviço este que é referência regional para pacientes HIV soropositivos na área de abrangência da 5ª Coordenadoria Regional da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. Os dados obtidos foram armazenados em programa estatístico (Epi-info 6.04). A análise estatística e a interpretação foram feitas no mesmo programa. O projeto de pesquisa foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética do Hospital Geral de Caxias do Sul.

Diagnóstico materno

As gestantes sem pré-natal ou que não foram testadas para o HIV foram submetidas ao teste rápido no centro obstétrico; nos casos de sorologia positiva iniciava-se o uso do AZT e após se realizava investigação confirmatória citada abaixo.

Considerou-se infectada toda a gestante que apresentou pesquisa de anticorpos anti-HIV positiva pela técnica de Elisa (duas testagens), seguidos de um teste confirmatório final através das técnicas de *Western-blot* ou imunofluorescência.

Diagnóstico no lactente

Foi considerada criança infectada aquela que apresentou resultado positivo em duas amostras de PCR (reação de cadeia de polimerase). Em criança com idade maior ou igual a dezoito meses, o diagnóstico foi confirmado por meio de pesquisa de anticorpos anti-HIV positiva pela técnica de Elisa (duas testagens), seguidos de um teste confirmatório final através das técnicas de *Western-blot* ou imunofluorescência.

Foi considerada criança não-infectada aquela com duas amostras negativas por PCR, entre um e seis meses, sendo uma delas após o quarto mês de vida. Elisa anti-HIV não diferencia anticorpos da mãe e da criança, por isso se considerou que a soronegativação de fato ocorreu quando dois testes (Elisa), com intervalo de pelo menos seis meses, foram negativos e a sorologia persistiu negativa aos dezoito meses. Criança com idade maior ou igual a dezoito meses, foi considerada não-infectada quando apresentou uma amostra negativa em testes de detecção para anticorpos anti-HIV. A amamentação, em qualquer período, foi considerada como nova exposição ao HIV e, se ela ocorreu, o recém-nascido foi submetido à nova rotina de diagnóstico.

Acompanhamento no Ambulatório de DST/Aids

Foi considerada com acompanhamento ambulatorial incompleto a situação em que a criança não compareceu às consultas por um período maior que um ano, sem ter recebido alta, não tendo assim um diagnóstico definitivo.

Foi considerado com acompanhamento completo o caso de crianças que compareceram às consultas e receberam um diagnóstico, tendo alta aquelas com diagnóstico de HIV soronegativo após os dezoito meses de idade e permanecendo em acompanhamento aquelas com diagnóstico de HIV soropositivo. Aquelas que compareceram a alguma das consultas, mas foram a óbito, sendo que o período entre a última consulta e a data do óbito foi menor que um ano, também foram consideradas com acompanhamento completo.

RESULTADOS

No Hospital Geral de Caxias do Sul, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2001, ocorreram 3.310 nascimentos, sendo que destes 1,41% (n = 47) foram de gestantes HIV soropositivas. Estes 47 partos constituíram a amostra do presente estudo.

Com relação às variáveis maternas, verificou-se que a idade materna média das gestantes foi de 25,9 anos, sendo que 12,8% (n = 6) eram adolescentes; 21,3% (n = 10) eram primíparas e 78,7% (n = 37) multíparas, com média de 2,9 filhos. Onze pacientes (23,4%) tinham história de abortos anteriores e nove (19,1%) de prematuros anteriores.

Quanto ao local de residência, 68,1% (n = 32) residiam em Caxias do Sul e 31,9% (n = 15) em outros municípios da região. O grau de escolaridade predominante foi o 1º grau incompleto (74,5%), sendo que 4,3% das gestantes eram analfabetas. Somente 27 pacientes (57,5%) referiram ter um companheiro fixo.

Com relação ao uso de drogas, 34% (n = 16) das gestantes relataram fazer uso de algum tipo de droga (Tabela 1). As fumantes constituíram 53,2% (n = 25) da amostra.

A maioria das gestantes iniciou tardiamente o pré-natal, sendo que nove (19,1%) não realizaram nenhuma consulta (Tabela 2). Vinte e oito gestantes (73,6 %) relataram um número de consultas igual ou superior a seis. O pré-natal foi realizado no Ambulatório de DST/Aids em 52,6% (n = 20) casos, em unidades básicas de saúde em 42,2% (n = 16), sendo apenas um caso em consultório particular e um no ambulatório de alto risco do Hospital Geral.

Das quarenta e sete gestantes do estudo, 70,1% (n = 33) tiveram o diagnóstico de HIV positivo durante a gestação ou parto (Tabela 3).

As patologias maternas mais frequentes durante a gestação estão listadas na Tabela 4, observando-se a infecção urinária como a mais frequente.

Com relação ao tipo de parto, 57,4% (n = 27) dos RN nasceram por cesariana, 2,1% (n = 1) por parto vaginal com fórceps e 40,4% (n = 19) por parto vaginal sem fórceps. Dos 20 partos

Tabela 1 - Tipos de drogas usadas pelas gestantes

Drogas	N	%
Não usavam drogas	30	63,8
Crack e Cocaína	6	12,7
Álcool	3	6,4
Loló	1	2,1
Duas drogas	2	4,3
Três drogas	2	4,3
Não especificado o tipo	2	4,3
Sem registro	1	2,1

Tabela 2 - Frequência e data de início do pré-natal

Pré-natal	N	%
1º trimestre	4	8,6
2º trimestre	16	34,0
3º trimestre	5	10,6
Sem registro de início	13	27,7
Sem pré-natal	9	19,1

Tabela 3 - Época de diagnóstico do HIV

Diagnóstico HIV	N	%
Anterior ao pré-natal	5	10,6
Pré-natal	27	57,4
Centro Obstétrico	6	12,7
Pós parto	3	6,3
Sem registro	6	12,7

Tabela 4 - Doenças maternas durante a gestação

Patologia	N	%
ITU*	12	25
Anemia	12	25
Sífilis	7	14,6
Condiloma	5	10,5
Pneumonia	2	4,2
Toxoplasmose	2	4,2
Hepatite B	2	4,2
Hepatite C	2	4,2
CMV**	1	2
Herpes genital	1	2
NIC III***	1	2
DPP****	1	2

*Infecção do trato urinário

** Citomegalovírus

***Neoplasia intra-epitelial cervical tipo III

****Descolamento prematuro de placenta

vaginais, em 20% (n = 4) foi realizada episiotomia, ocorrendo laceração em 55% (n = 11). Das gestantes que foram submetidas à operação cesariana, 11,1% (n = 3) estavam em trabalho de parto e 25 (92,6%) já sabiam do diagnóstico de HIV durante a gestação, enquanto das que evoluíram para parto vaginal somente dez (50%) sabiam sua sorologia para o HIV. O tempo de bolsa rota foi de até quatro horas em 85% dos casos, sendo que 70,2% ocorreram no ato. Somente 25,5% (n = 12) das gestantes tinham nos prontuários obstétricos o valor da sua carga viral.

Trinta e nove gestantes (82,9%) receberam AZT via oral e endovenoso ou apenas endovenoso. Entretanto, somente 14,9% (n = 7) iniciaram até a 14ª semana de gestação (Tabela 5).

Entre as variáveis do recém-nascido, observou-se que 59,6% (n = 28) eram do sexo masculino e 40,4% (n = 19) do sexo feminino, apresentando um peso médio de nascimento de 2.898g (± 501g). Dez recém-nascidos (21,3%) eram de baixo peso. A idade gestacional média calculada pelo Capurro foi de 38,1 semanas, sendo que 14,9% (n = 7) eram prematuros.

Na relação entre idade gestacional e peso de nascimento, 8,5% (n = 4) dos recém-nascidos foram pequenos para a idade gestacional e 10,6% (n = 5) grandes para a idade gestacional. A média do Apgar no primeiro minuto foi de 7,7 e no quinto de 8,9.

Medidas de reanimação, além de oxigênio inalatório, foram necessárias em seis recém-nascidos.

Tabela 5 - Início do uso de antiretroviral durante a gestação

Semanas de gestação	N	%
14	7	14,9
15-20	7	14,9
21-25	3	6,4
26-31	6	12,8
32-36	8	17
37-40	7	14,9
Não usaram	8	17
Sem registro	1	2,1

A primeira dose de AZT fornecida ao recém-nascido em 84,4% dos casos ocorreu nas primeiras oito horas de vida e em 51,1% ocorreu nas duas primeiras horas de vida. Quatro recém-nascidos (8,5%) receberam leite materno após o nascimento. Dezesesseis recém-nascidos (34%) necessitaram de atendimento em unidade de terapia intensiva neonatal e as principais causas da internação estão descritas na **Tabela 6**.

Apenas 31 (66%) dos recém-nascidos de mães HIV soropositivas que receberam alta do Hospital Geral foram consultar no Ambulatório de DST/Aids no primeiro mês de vida (**Tabela 7**). Das cinco pacientes que nunca levaram seus filhos ao Ambulatório de DST – Aids, duas residiam em Caxias do Sul e duas não fizeram pré-natal.

Dos recém-nascidos que fizeram acompanhamento no Ambulatório de DST/Aids, 76,2% iniciaram com a profilaxia primária contra pneumonia por *P. carinii* com sulfametoxazol-trimetoprima na sexta semana de vida. Com relação ao estado nutricional destes pacientes, 55,3% (n = 26) estavam entre o percentil 10-97, 17% (n = 8) entre o percentil 3-10, 6,4% (n = 3) abaixo do percentil 3 e 21,3% (n = 10) sem registro.

Dos 30 pacientes acompanhados no ambulatório, dois foram a óbito, dois positivaram e 26 negativaram.

Os dois recém-nascidos que positivaram nasceram de mães que não receberam AZT durante a gestação e o parto, pois o diagnóstico de HIV positivo materno foi feito no centro obstétrico após o parto, somente uma fez pré-natal, sendo a outra usuária de drogas; os dois RN não receberam leite materno e um deles teve sífilis congênita. Dos 26 recém-nascidos que negativaram, somente um recebeu leite materno logo após o nascimento, o tipo de parto foi cesáreo em 17 nascimentos, 24 gestantes fizeram pré-natal e duas gestantes não receberam ARV.

Os dois RN que foram a óbito eram filhos de usuárias de drogas, somente uma fez pré-natal, mas as duas receberam AZT, um dos RN era prematuro e os dois faleceram no quinto mês de vida.

DISCUSSÃO

Os resultados expostos nesta monografia traçam o perfil das gestantes infectadas pelo vírus HIV e seus recém-nascidos aten-

Tabela 6 -Doenças dos recém-nascidos que necessitaram internação na UTI-neonatal

Patologias	N	Patologias	N
Icterícia	7	Enterocolite	1
Lues congênita	6	Crise convulsiva	1
Prematuridade	4	CIA***	1
Sepse	4	Vômitos	1
Hipoglicemia	3	Síndrome de abstinência	1
TTRN*	2	Leucomalacia	1
Corioamnionite	2	Toxoplasmose	1
Anóxia	2	Meningite neonatal	1
PCA**	2	Pneumonia	1
Neuro Lues	1	RGE****	1

* Taquipnéia transitória do recém-nascido

** Persistência do canal arterial

*** Comunicação interatrial

**** Refluxo gastroesofágico

Tabela 7 - Idade do recém-nascido na primeira consulta no ambulatório de DST/Aids

Idade	N	%
1º mês	31	66
2º e 3º mês	8	17
6º mês	2	4,3
8º mês	1	2,1
Nunca consultou	5	10,6

dados no Hospital Geral de Caxias do Sul, que atende somente a pacientes do SUS. Em Massachusetts, a testagem anônima de recém-nascidos revelou uma soropositividade global de 2,0 a 2,5 para 1.000. Estes dados têm se mantido estáveis nos últimos quatro anos e significam que aproximadamente 0,2% das gestantes são infectadas pelo HIV. Em regiões urbanas, o índice aumentou para 8 por 1.000. Soropositividade de 6% a 8% tem sido relatada em algumas grandes regiões metropolitanas dos Estados Unidos. Em outras partes do mundo, como a África Central e Oriental, 5% a 40% das mulheres em idade fértil são soropositivas para o HIV¹⁴. Nossa casuística mostra que 1,41% das gestantes do nosso serviço são HIV soropositivas, índice bastante elevado que pode ser explicado por tratar-se de um serviço de referência para gestantes de risco.

Os indicadores epidemiológicos mostram que o padrão de transmissão da aids vem mudando no Brasil, com um crescimento rápido de mulheres infectadas, acompanhado por um número cada vez maior de crianças atingidas. O aumento do número de casos associados à subcategoria de exposição heterossexual, verificado principalmente a partir de 1991, fez-se acompanhar de uma proporção cada vez maior de mulheres, constatada na redução da razão de sexo, que atinge gradualmente 3:1 entre 1993 e 1996 e 2:1 a partir de 1997, sendo que no grupo etário de 15 a 19 anos, a partir de 1996, a razão é de 1:1^{2,3,4}. Foi possível observar que a idade materna média do estudo foi de 25,9 anos, sendo 12,8% de adolescentes, mostrando que a contaminação tem ocorrido em idade cada vez mais precoce.

Atualmente cerca de 90% das mulheres HIV positivo se encontram em idade reprodutiva¹⁵. Até 30 de março de 2002, foram notificados ao Ministério da Saúde 8.398 casos de aids em menores de treze anos de idade, sendo 7.229 (86,1%) devido à transmissão vertical⁵.

Conforme Passos *et al.*¹⁵, aproximadamente 15% a 20% das gestações diagnosticadas terminam em abortamento e 10% de todos os partos são prematuros. Em nossa casuística, 23,4% das gestantes estudadas tinham história de abortos anteriores e 19,1% de prematuros anteriores. Com relação à gestação atual, o índice de prematuros foi de 14,9%. Outro aspecto relevante foi o nível de escolaridade encontrado entre as gestantes da pesquisa, mostrando tratar-se de uma população de baixo nível sócio-econômico e educacional, com um perfil de empobrecimento crescente, dados que estão de acordo com a mudança do perfil de transmissão e têm sido relatados em outros estudos².

Têm sido descritos como fatores que influenciam a transmissão vertical do HIV tabagismo e uso de drogas pela gestante⁴. O presente estudo evidenciou que 34% das gestantes eram usuárias de drogas e 53,2% eram tabagistas.

A não procura da assistência pré-natal pelas gestantes, permanece como uma das principais barreiras para a plena implementação das intervenções comprovadamente eficazes para reduzir a transmissão vertical⁽⁴⁾. Nossa casuística revela que 70,1% das gestantes descobriram ser HIV soropositivas no pré-natal ou no momento do parto, mostrando a importância da investigação de todas as gestantes durante o pré-natal, sendo que o diagnóstico da infecção pelo HIV deve ser feito o mais precocemente possível, possibilitando assim o melhor tratamento para gestante e recém-nascido, na tentativa de reduzir ao máximo o risco de transmissão vertical do HIV. Infelizmente, 19,1% das gestantes estudadas não fizeram pré-natal, ocasionando com isto um atraso no diagnóstico

e nas medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV. O recomendado pelo ministério da saúde é que sejam feitas pelo menos seis consultas de pré-natal¹⁶, sendo que 73,6% das gestantes do estudo que fizeram pré-natal tomaram esta conduta. Entretanto, apenas 8,6% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, perdendo-se a melhor época para o diagnóstico e início do tratamento, e somente 52,6% fizeram acompanhamento no ambulatório especializado (DST/Aids).

As mulheres infectadas pelo HIV devem ser cuidadosamente examinadas quanto à presença de outras doenças sexualmente transmissíveis como blenorragia, herpes, clamídia, sífilis, hepatite B e C e quanto a anticorpos do citomegalovírus e toxoplasmose^{14,17}. Estas co-infecções podem estar associadas à presença de corioamnionite. As doenças sexualmente transmissíveis podem facilitar a transmissão do HIV, pois podem induzir uma resposta imune local com subsequente aumento da replicação viral e rompimento da barreira do epitélio, o que pode aumentar a exposição ao vírus e acarretar aumento da carga viral nas secreções cervicovaginais⁴. Das gestantes estudadas, sete apresentaram sífilis, cinco condiloma, duas hepatite B, duas hepatite C e uma herpes genital, comprovando a frequência do HIV com outras doenças sexualmente transmissíveis.

Em 1999, Read *et al.*⁶, em um estudo de metanálise, referiram taxas de transmissão perinatal do HIV-1 em mulheres submetidas a cesariana eletiva, respectivamente de 8,2% nas mulheres sem uso de zidovudina e de 2% nas usuárias. Ainda nesse ano, estudo colaborativo europeu mostrou taxa de transmissão de 1,8% em crianças nascidas de parto cesáreo eletivo, comparado com 10,5% em crianças nascidas de parto vaginal^{18,19}.

Outros trabalhos científicos relatam não haver maior incidência de complicações puerperais e anestésicas após partos cesáreos em mulheres HIV soropositivas comparadas com as soronegativas^{20,21}. Embora exista evidência de que a operação cesariana possa colaborar para a redução da transmissão perinatal do HIV mesmo quando a carga viral é menor que 1.000 cópias/ml, existe dúvida se nesta situação o benefício adicional ultrapassaria os riscos de complicações para a mulher associados a este procedimento²².

A via de parto deve seguir alguns critérios para sua escolha: para a gestante com carga viral maior ou igual a 1.000 cópias/ml ou desconhecida, recomenda-se parto por operação cesariana eletiva. E naquelas gestantes com carga viral menor que 1.000 cópias/ml ou indetectável e com mais de 34 semanas de gestação a via de parto recomendada é a vaginal. A cesariana neste grupo de mulheres só se aplica quando houver indicação obstétrica⁶. A nossa casuística revela que 57,4% dos partos foram por cesariana, sendo que destas 88,9% foram cesarianas eletivas. Das 27 gestantes que foram submetidas a cesariana, 25 já sabiam sua sorologia para o HIV durante a gestação, enquanto das 20 que realizaram parto vaginal somente 10 sabiam da sua condição.

Deve-se evitar que as parturientes portadoras do HIV permaneçam por mais de quatro horas com bolsa rota, ou em trabalho de parto prolongado, visto que a taxa de transmissão aumenta progressivamente após quatro horas de bolsa rota, sendo cerca de 2% a cada hora até 24 horas. Sempre que possível, deve-se proceder a retirada do neonato mantendo-se a bolsa das águas íntegras até o período expulsivo. Estão contra-indicados todos os procedimentos invasivos durante a gestação, trabalho de parto e parto, como amniocentese, cordocentese, amniotomia, escalpo

cefálico e uso de fórceps. A episiotomia no parto vaginal deve ser evitada sempre que possível⁶. A carga viral elevada e a ruptura prolongada das membranas amnióticas são reconhecidas como os principais fatores associados à transmissão vertical do HIV²³⁻²⁸. Prematuridade também pode estar associada à transmissão vertical do HIV⁴. Somente 25,5% das gestantes do estudo tinham o valor da sua carga viral registrado nos prontuários obstétricos. No nosso estudo, o tempo de bolsa rota foi de até quatro horas em 85% dos casos, sendo que 70,2% ocorreram no ato. Em 20% dos partos foi necessária episiotomia, laceração ocorreu em 55% e em um caso o uso do fórceps foi necessário.

As gestantes infectadas pelo HIV deverão sempre receber esquema profilático com AZT para reduzir a transmissão vertical. A recomendação de tratamento, e não apenas de profilaxia, irá depender de critérios clínicos e laboratoriais de cada gestante. A zidovudina, sempre que possível, deverá fazer parte de qualquer esquema terapêutico que venha a ser adotado. O uso da profilaxia com zidovudina oral 600mg/dia deve ser iniciado a partir da 14ª semana de gestação e continuar durante o trabalho de parto e parto na dose de 2mg/kg na primeira hora, seguindo infusão contínua com 1mg/kg/hora até o clampeamento do cordão umbilical. Na cesariana eletiva, o AZT endovenoso deve ser iniciado três horas antes da intervenção cirúrgica. Em 1994, os resultados do Protocolo 076 do Aids Clinical Trial Group (PACTG 076) evidenciaram uma redução de 67,5% na transmissão vertical com o uso do AZT durante a gestação, trabalho de parto e parto e pelos recém-nascidos que foram alimentados exclusivamente com fórmula infantil²⁹. No presente estudo, 17% das gestantes não receberam AZT devido ao diagnóstico tardio, sendo que 44,7% iniciaram com AZT no terceiro trimestre e, destas, 15% receberam apenas o endovenoso.

Segundo Naud P. *et al.*¹⁵ os recém-nascidos de baixo peso associam-se a uma maior taxa de transmissão vertical. Em nossa casuística, 21,3% eram de baixo peso, índice este elevado quando comparado com as taxas de RN de baixo peso no Brasil, que são de 8,1%³⁰.

Os recém-nascidos de mulheres infectadas pelo HIV devem receber AZT solução oral na dose de 2mg/kg a cada seis horas durante as seis primeiras semanas de vida. Essa quimioprofilaxia deve ocorrer de preferência nas duas primeiras horas de vida ou nas primeiras oito horas de vida¹⁷. Todos os RN deste trabalho receberam AZT profilático, 84,4% nas primeiras oito horas, sendo que 51,1% receberam nas duas primeiras horas de vida.

O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão de 7% a 22%^{31,32,33} com maior chance de contaminação nos primeiros meses de amamentação devido ao fato de o colostro e o leite precoce conterem maior número de linfócitos e macrófagos, células alvo do HIV³. Em virtude da contra-indicação do aleitamento materno, fórmula láctea deve ser fornecida no mínimo por 12 meses a estes recém-nascidos¹⁷.

Quatro dos neonatos do estudo receberam leite materno logo após o nascimento, pois suas mães não realizaram pré-natal e tiveram um diagnóstico tardio.

As crianças nascidas de mães soropositivas pelo HIV também têm maior risco de exposição a outros agentes infecciosos durante o período intra-uterino e perinatal como *T. pallidum*, vírus das hepatites B e C, vírus HTLV-I, vírus herpes. É importante a detecção dessas doenças na gestante durante o pré-natal¹⁷. Dos

RN do nosso estudo, 34% necessitaram de internação na unidade de terapia intensiva neonatal por icterícia em sete casos, lues congênita em seis casos, neurolues em um caso, prematuridade e sepse em quatro casos, corioamnionite e anóxia em dois casos e um caso de toxoplasmose congênita.

Um outro aspecto importante no acompanhamento dos RN expostos ao HIV é a manutenção do tratamento após a alta hospitalar. Recém-nascido deve ter alta da maternidade com consulta agendada em serviço especializado para seguimento de crianças expostas ao HIV, segundo o Ministério da Saúde¹⁷. Todos os recém-nascidos ao terem alta do Hospital Geral tinham consulta agendada em serviço especializado, mas cinco nunca compareceram às consultas e 12 fizeram acompanhamento incompleto. Entre as mães que nunca levaram seus filhos para consultar no Ambulatório de DST/Aids, três não residiam em Caxias do Sul e dos 12 que fizeram acompanhamento incompleto apenas quatro não residiam nesta cidade. Ficou evidenciado, portanto, que não foi apenas a distância que levou à falta de acompanhamento no serviço especializado.

A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 20%²⁹ e com o uso combinado de várias intervenções já citadas anteriormente neste trabalho, pode ser reduzida para cifras menores que 1%. Nosso trabalho não conseguiu estabelecer o índice de transmissão vertical dos recém-nascidos atendidos no Hospital Geral de Caxias do Sul, pois houve um alto índice de abandono de acompanhamento (36,2%). Dos 30 RN que fizeram acompanhamento completo, dois foram a óbito no quinto mês de vida, dois positivaram e 26 negataram. Trabalho sobre o mesmo tema foi realizado em 2001, no Hospital Geral de Caxias do Sul, já evidenciando um índice de 41,3% de abandono no acompanhamento dessas crianças³⁴.

Esta constatação traz à tona a questão da busca ativa destes pacientes, já que o não-tratamento ou o tratamento incompleto comprovadamente aumentam o risco de transmissão vertical, não sendo eticamente admissível, portanto, que se deixe exclusivamente sob a responsabilidade dos pais a decisão de tratar ou não o seu filho.

CONCLUSÃO

A transmissão vertical do HIV é de extrema importância em termos de saúde pública. Observou-se, entretanto, que apesar de os inúmeros esforços que vêm sendo feitos pelo poder público para tratar adequadamente a doença persistem, ainda, várias falhas no acompanhamento desses pacientes, comprometendo o resultado final.

Entre estas salientam-se o número elevado de gestantes fora do pré-natal, o início tardio do pré-natal, com o conseqüente retardo no diagnóstico e início da medicação, o mau preenchimento dos prontuários médicos dificultando a tomada de decisões e o alto índice de abandono por parte dos pacientes no acompanhamento da doença no ambulatório especializado. Este fato está a exigir das autoridades medidas que visem resguardar o direito da criança de obter o melhor tratamento disponível e a possibilidade de viver livre do HIV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RACHID M, SCHECHTER M. *Manual de HIV/AIDS*. Rio de Janeiro: Editora Revinter: 3-5, 1999.
2. VERMELHO LL, SILVA LP, COSTA AJL. Epidemiologia da Transmissão Vertical no Brasil. *Boletim*, jun-ago 1999.
3. SANTOS AA. Transmissão Vertical do HIV: aspectos epidemiológicos. *Consultório Médico Nº 4-Infectologia*.
4. CALVET G, FILHO ECJ, SALGADO LAT *et al*. Transmissão Vertical do HIV e Recentes Avanços.
5. AIDS – *Boletim Epidemiológico*, Ano XV Nº01-48ª/2001 à 13ª/2002 Semanas Epidemiológicas - outubro de 2001 – ISSN: 1517 – 1159, março de 2002.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Nacional de DST/AIDS. *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes*. Brasília 2002/2003.
7. NEGRA MD, MARQUES HHS, QUEIROZ W, LIAN YC. *Manejo Clínico da Aids Pediátrica*. São Paulo: Editora Atheneu; 26-27, 1997.
8. CONNOR EM, SPERLING RS, GERBER R, *et al*. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med*; 331:1173-80, 1994.
9. STIEHM ER, LAMBERT JS, MOFENSON LM, *et al*. Efficacy of zidovudine and hyperimmune HIV immunoglobulin for reducing perinatal HIV transmission from HIV- infected women with advanced disease: results of Pediatric AIDS Clinical Trial Group Protocol 185. *J Infect Dis*; 179:567-75, 1999.
10. WADE NA, BIRKHEAD GS, WARREN BL, *et al*. Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med*; 339:1409-1414, 1998.
11. LINDERGREN ML, BYERS RH JR, THOMAS P, *et al*. Trends in perinatal HIV/AIDS in the United States. *JAMA*; 282:531-8, 1999.
12. SARACENI V, RAPPARINI C, FONSECA AF, *et al*. Prevention of mother to child HIV transmission- a public health matter in Rio de Janeiro City. *XIII Conferência Internacional sobre AIDS*. Durban, África do Sul., Extrato ThPeC53289-14 de julho de 2000.
13. KREITCHMANN R, KUMMER S, KUCHENBECKER R. Prevention of HIV perinatal transmission in a developing country – Porto Alegre – Brasil. *XIII Conferência Internacional sobre AIDS*. Durban, África do Sul., -Extrato ThPeC5300 - 14 de julho de 2000.
14. BURCHETT SK. Infecções. In: Cloherty JP, STARK AN *et al*. *Manual de Neonatologia*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda: 257-264, 2000.
15. FREITAS F, MARTINS-COSTA SH, RAMOS JGL, MAGALHÃES JÁ. Rotinas em Obsterfícia. Porto Alegre: Editora Artmed.; 60-80; 448-455, 2001.
16. SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE. Seção de Saúde da Mulher. *Normas técnicas e operacionais de programas de assistência ao pré-natal: detecção e controle da gravidez de alto-risco*. Porto Alegre, 1997.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Nacional de DST/AIDS. *Guia de Tratamento Clínico da Infecção Pelo HIV em Crianças*. Brasília 2002.
18. ROUZIOUX C *et al*. and the HIV infection in newborns French Collaborative Study Group. Estimated timing of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) transmission by use of a Marcov model. *Am J Epidemiol*;142 (12): 1330-1337, 1995.
19. THEA DM *et al* and New York City Perinatal HIV Transmission Collaborative Group. The effect of maternal viral load on the risk of perinatal transmission of HIV-1. *AIDS*; 11: 437-444, 1997.
20. MACROFT A *et al*. Anemia is independent predictive marker for clinical prognosis in HIV – infected patients from across Europe. *AIDS*; 13: 943-950, 1999.
21. SHAFFER N, ROONGPISUTHIPONG A, SIRIWASIN W *et al*. Maternal virus load and perinatal human immunodeficiency virus subtype e transmission. *J Infect Dis*;179(3): 590-599, 1999.
22. IOANNIDIS JPA, ABRAMS EJ, BULTERYS M, GOEDERT JJ, GRAY L, KORBER BT *et al*. Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 by Pregnant Women with RNA Virus Loads < 1000 copies/ml. *J Infect Dis*;183: 539-545, 2001.
23. GARCIA PM, KALISH LA, PITT J *et al*. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. *N Engl J Med*; 341 (6): 394-402, 1999.
24. MANDELBROT L, LE CHENADEC J, BERREBI A *et al*. Perinatal HIV-1 Transmission: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort. *JAMA*; 280: 55, 1998.
25. MINKOFF H *et al*. HIV and Pregnancy. *Clin Obst Gynecol*;44-2;137, 2001.
26. SHAFFER N *et al*. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomized controlled trial. *Lancet*; 353: 773-780, 1999.
27. TESS BH *et al*. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in São Paulo State, Brasil. *AIDS*; 12(5): 513-520, 1998.
28. TUOMALA R, SHAPIRO D, SAMELSON R *et al*. Antepartum anti-retroviral Therapy and Viral Load in 464 HIV-infected in 1998-1999 (PACTG 367). *Am J Obstet Gynecol*; 182(2): 285, 2000.
29. CONNOR EM *et al*. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med*; 331(18): 1173-1180, 1994.
30. CHEMELLO CS, TANAKA ACA, BUZZETTI MC, LORENZI DRS. Estudo da incidência de gravidez entre adolescentes no município de São Marcos RS. *AMECS*; 10(1): 33-38, 2001.
31. BOBAT R *et al*. Breastfeeding by HIV-1 infected women and outcome in their infants: a cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*; 11(13): 16271633,1997.
32. DUNN DT *et al*. Risk of human immunodeficiency virus type-1 transmission through breastfeeding. *Lancet*; 340: 585-588, 1992.
33. The European Mode of Delivery Collaboration. Elective cesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV 1 transmission: a randomized clinical trial. *Lancet*; 353: 1035-1039, 1999.
34. CASTRO TPT, LORENZI DRS, TONIN C, ZAPPROLI M. HIV e Gestação. *AMECS*; 10(1): 39-46, 2001.

Endereço para Correspondência:**MARIANE STEFANI**

Rua: José D'Árrigo, 140 apt. 302

CEP: 95020-230 – Caxias do Sul – RS

E-mail: maristef@terra.com.br

Recebido em: 28/04/04

Aprovado em: 31/06/04

ESTUDO DA PREVALÊNCIA E VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS DA INFECÇÃO PELO HIV EM GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA

STUDY OF PREVALENCE AND EPIDEMIOLOGICAL VARIABLES OF THE HIV INFECTION IN PREGNANT WOMEN ATTENDED IN CLINICAL HOSPITAL'S MATERNITY FROM CURITIBA

*Renato Luiz Sbalqueiro¹, Claudete Reggiani¹, Edson Gomes Tristão¹,
Almir Antonio Urbanetz¹, Rosires Pereira de Andrade¹, Denis José Nascimento¹,
Newton Sergio de Carvalho¹*

RESUMO

Introdução: A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é uma preocupação mundial nos dias atuais, atingindo as pessoas principalmente em idade reprodutiva e tendo como uma de suas conseqüências a transmissão vertical. **Objetivos:** o objetivo do presente trabalho foi avaliar a prevalência da infecção pelo HIV entre as gestantes atendidas no pré-natal da maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de junho de 1997 a março de 1998. **Métodos:** participaram deste estudo 436 gestantes que foram submetidas aos testes anti-HIV. **Resultados:** foram encontradas nove pacientes com o teste positivo para o HIV, correspondendo a 2% do total. Destas, sete gestantes tinham sido encaminhadas ao pré-natal por terem seu estado sorológico conhecido previamente. Quando expurgamos estes encaminhamentos, obtivemos um percentual de 0,4%. Todas as gestantes foram submetidas a um questionário-padrão, no qual se procurou observar o perfil epidemiológico e seus que pudesse estar relacionado com a positividade para o HIV. As variáveis estudadas incluíam a idade da gestante, o número de gestações, a paridade, sua ocupação, local de procedência e o número de parceiros sexuais. Também foi argüido sobre antecedentes de DST anterior, transfusão sanguínea ou o uso de drogas injetáveis. Para análise estatística, os dados foram alocados em tabelas de duas entradas: uma, relativa ao estado sorológico, e outra, às variáveis sociodemográficas acima descritas. A análise destas possíveis dependências foram testadas pelo teste de qui-quadrado, tendo como nível de significância um $p < ou = 0,05$. **Conclusão:** os resultados foram significativos, quando associamos a soropositividade para o HIV nestas gestantes e os antecedentes de DST e drogadição.

Palavras-chave: HIV, gestação, prevalência

ABSTRACT

Introduction: the infection with the HIV virus is a worldwide concern, afflicting patients during their reproductive life. One of many consequences is the vertical transmission of the HIV virus. **Objective:** the object of this research is to determine the prevalence of HIV positive patients attending the prenatal clinics at the Universidade Federal do Paraná, during the period of June 1997 through March 1998. **Methods:** we tested 436 patients which have made the anti-HIV test. **Results:** we found 9 patients tested positive for a 2% total. But of those, 7 patients were originally referred to the clinics due to a positive HIV status. Excluding those, the incidence dropped to 0,4%. A questionnaire was submitted that included number of sexual partners, historical STD, historical of blood transfusions or of drug abuse by either her or her sexual partner, also history of homosexual activity by her sexual partner. The data was tabulated base on serologic status as well as socio-demographic information obtained from the questionnaire. We analyzed the data using the qui-square test, with a level of significance of $p < or = 0,05$. **Conclusion:** significant correlation was found between a positive HIV status and a history of drug addiction by either partner, history of STD and homosexual activity by patient's sexual partners and those HIV positive.

Keywords: HIV, pregnancy, prevalence

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2):40-47, 2004

INTRODUÇÃO

A gestação, para muitas mulheres, é uma das raras oportunidades de comparecerem a um serviço médico, seja para realizar o acompanhamento pré-natal, ou somente no momento do parto. É imprescindível ao médico detectar doenças ou

qualquer outra situação clínica ou emocional que possam estar acometendo essas mulheres ou seus conceitos e que, de alguma forma, comprometam o resultado final da gestação. Diante disso, justifica-se a pesquisa de agravos que possam interferir na saúde do binômio materno-fetal. Sob este prisma é imperativo que o ginecologista e obstetra atue nos quadros clínicos que possam trazer danos à mãe ou ao seu filho. Nesse particular, apresentam interesses os que são potencialmente letais, como é a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

¹ Departamento de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Setor de Infecções na Mulher (InfecToGin DST/Aids)

Nenhuma atitude pode ser tomada com relação aos cuidados com a gestante, a fim de tentar reduzir a transmissão materno-infantil do HIV, se não conhecermos o seu estado sorológico. Da mesma forma, como parte de um programa criterioso de pré-natal padronizado, todas as mulheres têm o direito de ser informadas, entre outras situações, quanto à infecção pelo HIV, suas formas de contágio, as chances de transmissão para seu filho, as possibilidades de tratamento agora disponíveis para as mães e, fundamentalmente, como proceder com o objetivo de reduzir a transmissão materno-fetal.¹⁻³ Uma assistência pré-natal cuidadosa e bem orientada deve ser o objetivo e enfatizada com veemência, pois, mesmo em países com um padrão de vida exemplar, como os Estados Unidos da América, essa assistência não é prestada, de maneira adequada, em todas as suas regiões.⁴

A infecção causada pelo HIV, com o passar dos anos, causa um quadro clínico que, lentamente, compromete o sistema imunológico da pessoa, determinando a síndrome da imunodeficiência humana adquirida (aids).^{5,6}

Esta síndrome é uma das situações clínicas que mais preocupa a população mundial nos dias atuais, devido principalmente ao seu caráter endêmico e pelo fato de não diferenciar sexo, idade, condições socioeconômicas, além de ser altamente letal.⁶ Concomitante a este fato, atitudes, comportamento de riscos e intercorrências clínicas, comumente associados, são alguns fatores complicadores difíceis de controlar.^{7,8}

A transmissão do HIV pode ser por via sangüínea, relação sexual desprotegida ou vertical (da mãe para o feto). Nesta, o contágio pode ocorrer durante o período gestacional, no momento do parto ou através da amamentação.⁹⁻¹¹

Segundo dados da Unaid's Joint Nations Programme on HIV/Aids¹², as taxas de transmissão mundiais em mulheres encontravam-se, no ano de 1996 em 70% para a transmissão heterossexual, 3%-5% para a hemotransfusão ou a utilização de hemoderivados e 5%-10% para usuários de drogas injetáveis. Em crianças, 90% dos casos estavam relacionados com a transmissão vertical.¹³ A transmissão sangüínea dá-se pelo contato de um indivíduo sadio com o sangue contaminado pelo vírus, seja através de seringas, transfusões, transplantes ou em situações de acidentes profissionais.^{10,14}

Entretanto, é fundamental sabermos que um grande número de mulheres infectadas pelo HIV nem mesmo se encontram em situações de risco. A literatura nos mostra que, entre 30% e 70% das mulheres HIV positivas, não relatou nenhum fator de risco, em entrevistas, antes da realização do teste.^{15,16,17} Estas mulheres HIV positivas, uma vez grávidas, têm uma grande chance de transmitir o vírus para o concepto, seja durante a gestação (em menor percentagem), durante o parto (maior risco) ou durante a amamentação. Diversos fatores podem influir, como a infecção aguda pelo HIV, a aids, infecções placentárias concomitantes, entre outras causas.¹⁸⁻²¹

Devido à gravidade do quadro da infecção e tendo a possibilidade de redução na transmissão vertical, torna-se urgente termos esses conhecimentos para podermos estabelecer metas de atendimento em saúde pública e orientação à população em geral (em particular, às mulheres em idade fértil), como forma de diminuirmos a incidência da transmissão materno-fetal, a qual é responsável por mais de 90% de todas as infecções ocorridas em crianças no mundo¹³. A primeira ocorrência registrada de transmissão vertical no Brasil data de 1985, no estado de São Paulo.²²

E, no Paraná, o primeiro caso de transmissão perinatal teve seu registro na cidade de Londrina, no ano de 1987 e totalizava 108 casos, no ano de 1998. Em 1993, Carvalho *et al.*²³ descreveram 17 casos de crianças HIV positivas nascidas na maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, com três óbitos perinatais, chamando a atenção para a gravidade desta situação entre recém-natos.²³ Como observação, na cidade de Curitiba foram registrados 10 dos 17 casos descritos de transmissão vertical ocorridos, no ano de 1998, no estado do Paraná.²⁴

OBJETIVO

Avaliar a prevalência da infecção pelo HIV e o perfil epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de junho de 1997 a março de 1998.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, tendo como finalidade avaliar a prevalência da positividade para o HIV entre as gestantes que procuraram o serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas da UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.

Todas as pacientes que procuraram atendimento pré-natal no HC e aceitaram participar do estudo, foram submetidas, na primeira consulta, a um questionário padronizado em entrevista individual, com dados demográficos e comportamentais. Tais informações foram estritamente confidenciais e todas as pacientes assinaram o termo de consentimento concordando com a pesquisa.

Dentre os critérios para participar da pesquisa foram definidos:

Inclusão: todas as pacientes admitidas em primeira consulta de pré-natal no serviço de obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas da UFPR e aceitaram, voluntariamente, participar do estudo, responder a ficha questionário e submeter-se à realização do teste de ELISA para pesquisa do HIV.

Exclusão: a não-aceitação da paciente em responder a ficha questionário e/ou não se submeter à realização do teste de ELISA para HIV.

A coleta de dados foi realizada pela equipe médica que atua no ambulatório de pré-natal da maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, após orientação e treinamento prévio e monitorização regular, com ficha questionário em que se pesquisou variáveis socioeconômicas e comportamentais da paciente

Na primeira consulta de pré-natal, foi solicitada pesquisa de anticorpos para HIV, em conjunto com a bateria de exames de rotina.

O exame realizado foi o teste de ELISA para HIV de segunda geração (ABBOT) e, aquelas pacientes em que o resultado foi positivo, foram submetidas a um novo teste de ELISA e, confirmada a positividade, realizado o teste de *Western-blot* (seguindo os critérios do Ministério da Saúde, na época) para ser rotulada a gestante como HIV positiva..

A coleta de sangue foi realizada com punção de veia periférica, preferencialmente a cubital, procedimento este realizado pelos técnicos do laboratório de análises clínicas do HC, e este sangue enviado para o banco de sangue do mesmo hospital, a fim de ser preparado e efetuado o exame para detecção de anticorpos anti-HIV.

Os dados obtidos foram tabulados incluindo os fatores sociodemográficos, comportamentais como variáveis independentes, e a infecção pelo HIV como variável dependente, procurando identificar possíveis associações entre a positividade do teste e as respostas conseguidas.

Foi utilizado teste não-paramétrico, o teste exato de Fischer, aceitando-se como significativa a associação com valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Todas as 436 pacientes participantes do estudo foram submetidas a exames anti-HIV, tendo sido detectadas nove positivas, ou seja, 2% do total de gestantes atendidas neste período. Destas, em sete já era conhecido o seu estado sorológico, pois haviam sido encaminhadas a este serviço, devido a esta situação, pelo fato de o serviço tratar-se de um centro de referência. Apenas em duas gestantes encontramos os resultados positivos na rotina de investigação do nosso pré-natal, obtendo-se um percentual de 0,4%. A **Tabela 1** apresenta os resultados obtidos com relação à prevalência do HIV.

Na avaliação dos dados obtidos durante a entrevista com as pacientes e o preenchimento das fichas-questionário, observamos que, entre as nove pacientes HIV positivas, em duas delas não foram observados fatores de risco para o HIV, ou seja, em 22,2% a epidemiologia foi negativa para o HIV.

Tabela 1- Prevalência de infecção pelo HIV, entre 436 gestantes atendidas na Maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998, relacionando a totalidade das pacientes com aquelas encaminhadas devido à positividade pelo HIV

Infecção pelo HIV	Gestantes estudadas	
	Todas	Exceto as referidas
+	2% (9)	0,4% (2)
-	98% (427)	99,6% (427)
(n)	(436)	(429)

Fonte: DTG/HCUFPR

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2): 40-47, 2004

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Entre os dados epidemiológicos foram analisados idade, antecedentes obstétricos e sexuais, história de DST anterior, drogadição, antecedentes de transfusão sanguínea e presença de tatuagem ou uso de acupuntura, como sendo algumas das situações eventualmente associadas à infecção pelo HIV.

Antecedentes obstétricos

Observando a prevalência da positividade do HIV entre as pacientes atendidas de acordo com o número de gestações, verificamos que, embora tenha ocorrido um pequeno aumento na positividade do HIV entre aquelas com duas ou três gestações, também nesta faixa encontrava-se um número maior de gestantes HIV negativas. Na **Tabela 3** podemos observar que, nas pacientes com número de gestações superior a três, existiu uma incidência, em termos absolutos, maior de soropositivos, ainda que ao testarmos a independência destes dois fatos não tivéssemos encontrado significância. ($X^2 = 4,50$ ou $p > 0,05$).

Da mesma forma, com relação à paridade e à prevalência do HIV, notamos uma aparente concentração naquelas com um ou dois filhos; porém, quando realizamos a análise estatística, esta não se mostrou significativa ($X^2 = 2,49$ ou $p > 0,05$), conforme apresenta a **Tabela 4**:

Antecedentes sexuais

Quando procedemos a avaliação entre a prevalência do HIV e o número de parceiros sexuais, notamos que há uma aparente correlação entre as gestantes com até dois parceiros e a positividade maior para o vírus HIV, porém, quando realizada a correção de Yates, tais dados não se mostraram significativos. Com a realização da análise estatística, do X^2 , encontramos um valor no limiar da significância ($X^2 = 6,13$, c/ Yates: $X^2 = 3,61$). Os números obtidos podem ser avaliados de acordo com a **Tabela 5**. Observamos que os números encontrados apontam para uma aparente incidência maior de positividade para o HIV nas gestantes que informaram até dois parceiros sexuais; porém, este fato ocorreu também nas pacientes negativas para o HIV.

Correlacionando a positividade do HIV e antecedentes de DST anterior, encontramos uma proximidade entre os resultados obtidos. Quando realizada a análise estatística, observamos correlação entre estes dois fatos. Os resultados obtidos, quando observadas as variantes DST anterior e positividade para o HIV, mostram-se próximos. Porém, quando vistos com o universo pesquisado, e na avaliação estatística, este fato indica uma íntima relação entre DST anterior e HIV positivo ($X^2 = 28,56$ ou $p < 0,01$).

Uso de drogas injetáveis

Procurando encontrar uma relação entre as pacientes usuárias de drogas injetáveis e a positividade para o HIV, conforme apresenta a **Tabela 9**, pudemos observar um aumento na prevalência

Tabela 2 - Prevalência da infecção pelo HIV, com relação à idade, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, no período de junho de 1997 a março de 1998.

Idade	Sorologia para o HIV			
	(+)		(-)	
	%	(n)	%	(n)
Abaixo de 20 anos	11.1	(1)	28.3	(121)
20-29 anos	66.7	(6)	48.5	(207)
Acima de 29 anos	22.2	(2)	23.2	(99)
Mínima	15		13	
Máxima	34		43	
Média	26,2		24,6	
TOTAL (n)	100	(9)	100	(427)

Fonte: DTG/HCUFPR

p = ns

Tabela 3 - Prevalência da infecção pelo HIV, de acordo com os antecedentes obstétricos, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.

Número de gestações	Sorologia para o HIV			
	(+)		(-)	
	%	(n)	%	(n)
1	22.2	(2)	40.0	(171)
2-3	33.3	(3)	42.6	(182)
Mais de 3	44.5	(4)	17.4	(74)
TOTAL (n)	100	(9)	100	(427)

Fonte: DTG/HCUFPR

p = ns

Tabela 4 - Prevalência de infecção pelo HIV, de acordo com a paridade, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.

Paridade	Sorologia para o HIV			
	(+)		(-)	
	%	(n)	%	(n)
0	22.2	(2)	47.3	(202)
1-2	66.7	(6)	41.7	(178)
Mais de 2	11.1	(1)	11.0	(47)
TOTAL (n)	100	(9)	100	(427)

Fonte: DTG/HCUFPR

p = ns

Tabela 5 - Prevalência de infecção pelo HIV, de acordo com o número de parceiros sexuais, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.

Número de parceiros	Sorologia para o HIV			
	(+)		(-)	
	%	(n)	%	(n)
1-2	66.7	(6)	91.1	(389)
Mais de 2	33.3	(3)	8.9	(38)
TOTAL (n)	100	(9)	100	(427)

Fonte: DTG/HCUFPR

p = ns

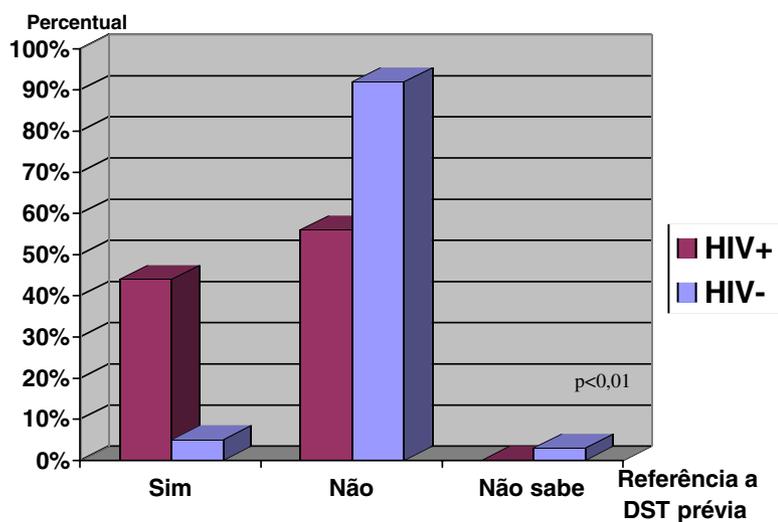
Tabela 6 - Prevalência de infecção pelo HIV, em pacientes com D.S.T. anterior, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.

DST anterior	Sorologia para o HIV	
	(+) % (n)	(-) % (n)
Sim	44.4 (4)	4.5 (19)
Não	55.6 (5)	92.7 (396)
Não sabe	-	2.8 (12)
TOTAL (n)	100 (9)	100 (427)

Fonte: DTG/HCUFPR

$p < 0,01$

Gráfico 1 - Comparação entre a positividade do HIV e antecedente de DST anterior, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.



Fonte: DTG/HCUFPR

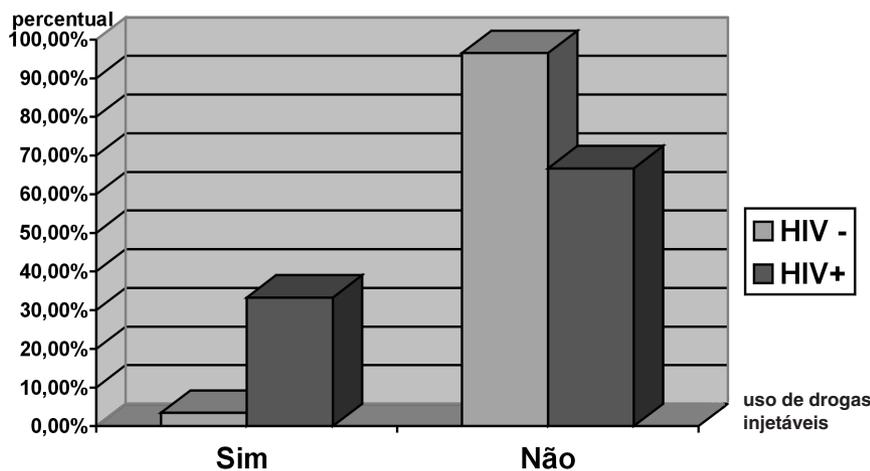
Tabela 7 - Prevalência de infecção pelo HIV, em pacientes usuárias de drogas injetáveis, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.

Drogas injetáveis	Sorologia para o HIV	
	(+) % (n)	(-) % (n)
Sim	33.3 (3)	3.5 (15)
Não	66.7 (6)	96.5 (412)
TOTAL (n)	100 (9)	100 (427)

Fonte: DTG/HCUFPR

$p < 0,05$

Gráfico 2 - Prevalência de infecção pelo HIV, em pacientes usuárias de drogas injetáveis, entre 436 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal da maternidade do HC/UFPR, no período de junho de 1997 a março de 1998.



Fonte: DTG/HCUFPR

deste vírus em pacientes drogaditas. Analisando os resultados alcançados na tabela da página seguinte, notamos uma relação direta da positividade para o HIV com o uso de drogas injetáveis (χ^2 de 13,05 ou $p < 0,05$).

No **Gráfico 2** visualiza-se o que é apresentado nesta tabela.

Antecedentes de transfusão sanguínea e tatuagens/acupuntura

Quando se procurou encontrar a prevalência do vírus HIV nas gestantes atendidas que tivessem sido submetidas à transfusão sanguínea anteriormente, os dados não puderam ser avaliados, em decorrência de não encontrarmos pacientes com esta situação. Portanto, não se verificou entre os soropositivos nenhum caso de transfusão sanguínea.

DISCUSSÃO

Pelo fato do HC atuar como hospital de referência onde são atendidos casos de gestação de alto risco, incluindo, dentre elas, as HIV positivas. Com o exposto, tivemos um resultado de prevalência preocupantemente alto no presente estudo.

Com o resultado de 2% na prevalência encontrada para o serviço de pré-natal do Hospital de Clínicas, estamos conscientes de que se trata de taxa artificialmente elevada, devido aos encaminhamentos acima descritos, e, portanto, não-representativos da população de gestantes da cidade de Curitiba. Todavia, quando excluímos as pacientes encaminhadas, por serem positivas para o HIV, obtivemos uma taxa mais representativa de 0,4%.

Diversidades de prevalência para o HIV na gestação podem ser observadas na mesma localidade, como demonstram os estudos de GWINN em 1988/90²⁵ de 0,58% e por Landesman em 1987¹⁵, com 2% de prevalência na localidade de Nova York

(Estados Unidos da América). Em semelhança com o que ocorreu em nosso estudo, possivelmente pela análise de diferentes serviços e diversas populações.

Realizando um estudo comparativo com diversos autores, tanto na literatura brasileira quanto na mundial, notamos uma grande variação na prevalência, de acordo com as regiões avaliadas. Estes índices variaram entre 0,16%, em um estudo sorológico anônimo¹⁸ para os Estados Unidos da América, até 2%, no estudo de LANDESMAN, realizado no ano de 1986. Exceção feita por Lindsay, que, entre os anos de 1985 e 1987, obteve uma prevalência de 6% na cidade de Atlanta, numa população de alto risco²⁶. A **Tabela 8** mostra-nos um estudo comparativo entre diversos autores com relação à prevalência do HIV entre gestantes, comparando com os nossos dados.

Analisando as idades em que a infecção pelo HIV se mostrou mais prevalente, encontramos a faixa etária de 20 a 29 anos. Porém, na comparação com a população HIV negativa, não observamos significância estatística, com relação às idades. Ou seja, é na faixa etária de 20 a 29 anos que a mulher mais engravida, e, coincidentemente, apresenta-se com a maior prevalência da infecção pelo HIV; portanto, é a época em que se encontra mais suscetível à infecção.

Observando o quadro evolutivo da doença e seu caráter incurável até o momento, esperaríamos um aumento na positividade do HIV nas pacientes com idades superiores a 20 anos; porém, quando realizada a análise estatística, estes dados mostraram-se independentes. Relacionando alguns dados da literatura, temos, por exemplo, no estudo de Lindsay *et al.* (1989)²⁶, que a prevalência nas faixas etárias entre 21 e 30 anos se encontrava em 58,6% das pacientes, enquanto para Rocco, Vasconcelos, Rocco (1997)³², em pacientes com menos de 27 anos, a prevalência era de 62,03%, e para Porto *et al.* (1996a)³³, na faixa etária entre 20 e 29 anos encontrava-se em 68,4%. Importante salientar que, no estudo de Porto *et al.* (1996a)³³ neste estudo, não foi encontrada nenhuma gestante HIV positiva

Tabela 8 - Comparação da prevalência da infecção pelo HIV entre gestantes, analisando diversos autores.

AUTOR	ANO	PREVALÊNCIA %	LOCAL
Lindsay, MK (26)	1985/87	6%	Atlanta (pop. alto risco)
Landesman, S (15)	1986	2%	Nova York
Gwinn, M (27)	1988/90	0,52%	Nova York
Amaral, E (28)	1996	0,4%	Campinas/SP
MS Brasil (29)	1998	1,5%	Sul do Brasil
MS Brasil (30)	1998	0,16%	Outras regiões (média)
Sbalqueiro, RL	1997/98	2%	HC Curitiba
Thomal, RA (31)	1999	0,6%	Curitiba/PR

com idade superior a 34 anos, e tal fato foi também verificado em nossa amostra.

Quando comparamos a prevalência do HIV com o número de parceiros sexuais, encontramos uma aparente inversão do esperado, com um número maior de soropositividade para aquelas pacientes com até dois parceiros sexuais; porém, nesse grupo, também se encontravam em maior número aquelas com sorologia negativa. Entretanto, quando analisamos a gestante com mais de dois parceiros, observamos uma diferença entre os percentuais obtidos nos dois grupos (na análise estatística, com a correção de Yates, os valores encontrados acham-se no limiar da significância ($p > 0,05$ e $< 0,1$). Devemo-nos lembrar de que este é um comportamento de risco, e desta forma, a mulher estará mais sujeita a entrar em contato com alguém positivo para o HIV.¹⁴

Os fatores que se mostraram dependentes à positividade para o HIV estavam relacionados com o comportamento social. Na análise dos dados, a prevalência de positividade foi maior em pacientes com história de doenças sexualmente transmissíveis (DST) prévias e referência à drogadição.

Quando relacionamos a soropositividade para o HIV com DST, devemo-nos lembrar de que a simples presença destas já significa uma relação sexual sem proteção e, desta forma, um comportamento de risco.¹⁴ Além disto, tais doenças facilitam a “porta de entrada” do HIV. A prevalência de úlceras genitais, ou outras DST, e inclusive vaginose bacteriana, estão relacionadas com o aumento do HIV. Alexander (1990)³⁴ e Royce *et al.* (1997)³⁵ descrevem este efeito potencializador com relação ao HIV e úlceras genitais em mulheres.

Em nosso estudo, obtivemos resultados aparentemente iguais entre as pacientes HIV positivas com histórico de DST anterior e aquelas sem este antecedente; porém, quando observamos o número total de gestantes investigadas, observamos valores estatisticamente significativos ($p < 0,01$).

No estudo-sentinela em execução no Brasil pelo Ministério da Saúde, analisando os dados obtidos de clínicas de DST na região Sul, observou-se, para os cortes de março/97, outubro/97 e março/98, uma prevalência respectiva de 6,1; 6,0 e 6,9% estando estes dados superiores aos dos outros grupos estudados (gestantes e pronto-socorros).²⁴

A maior prevalência de infecção pelo HIV em gestantes com história de uso de drogas injetáveis: 33,3% vs. 3,5% naquelas HIV negativas, encontrada nesta amostra, é corroborada com dados da literatura, como foi observado por Gwinn e Wortley

(1996)¹⁸, em cujo estudo, 41% de mulheres com aids, em 1994, relataram uso de drogas injetáveis no nordeste dos EUA. No Brasil, nas estatísticas dos casos de aids acumulados até maio de 1998, usuários de drogas injetáveis (UDI) eram o fator de risco para a soropositividade em 6,19% dos casos femininos e, quando associamos UDI mais transmissão heterossexual, a soropositividade alcançava 17,9%.³⁶ No estudo retrospectivo de Miranda, Friço (1997)³⁷, com 84 mulheres, 10,7% relataram o uso de drogas injetáveis, e para Rocco, Vasconcelos, Rocco (1997)³⁸ em um total de 108 pacientes HIV positivas, 6,3% eram drogaditas (injetáveis). Porto *et al.* (1996b)³⁸ encontraram 17,9% para este tipo de transmissão, na cidade de Santos, e 27,5%, nas cidades vizinhas.

Para o nosso estudo, quando relacionamos o número de parceiros sexuais, com a positividade para o HIV, os valores obtidos durante a realização de sua análise estatística encontraram-se no limiar da significância, ou seja, com uma tendência a ocorrer. Quando comparado com a literatura, observamos que a prevalência foi mais elevada no grupo em que a gestante referiu um maior número de parceiros sexuais.^{32,33,39}

CONCLUSÃO

Na avaliação de soroprevalência para positividade do HIV, entre 436 gestantes, obtivemos 2% nesta amostra; porém, quando expurgamos as pacientes previamente encaminhadas, foi obtido um valor de 0,4%, mais representativo da população geral.

Na avaliação do perfil epidemiológico, encontramos uma relação significativa do aumento do HIV naquelas pacientes com antecedentes de DST e uso de drogas injetáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARAL, E. *et al.* Infecção pelo HIV em Obstetrícia: revisão e reflexão sobre as várias faces de um problema. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 104-114, 1991.
2. MINKOFF, H. L. Doença do HIV na gravidez: prefácio. *Clín. Obstét. Ginecol. Am. Norte*, Rio de Janeiro, v. 4, p. xiii-xix, 1997.
3. MOFENSON, L. M. *et al.* Risk factors for perinatal transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 in Women Treated with Zidovudine. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 341, n. 2, p. 385-93, July 1999.

4. SHAPIRO, M. F. *et al.* Variations in the care of HIV-infected adults in the United States. Results from the HIV cost and services utilization study. *JAMA*, Chicago, v. 281, n. 24, p. 2305-15, June 1999.
5. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Human immunodeficiency virus infections. *ACOG Technical Bulletin*, Washington, n. 169, p. 1-11, June 1992.
6. DUARTE, G. Síndrome da imunodeficiência adquirida. In: MONTELEONE, P. P. R.; VALENTE, C. A. *Infectologia em Ginecologia e Obstetrícia*. São Paulo : Atheneu, 1997. p. 198-218.
7. AMARAL, E. Risco profissional e infecção por HIV. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 543-547, jul. 1995.
8. DUARTE, G.; QUINTANA, S. M. Virus Imunodeficiência Humana e gravidez. In: PASSOS, M. R. L. *DST, Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Rio de Janeiro : Cultura Médica , 1995. p. 323-335.
9. LANDESMAN, S. H. *et al.* Obstetrical factors and the transmission of immunodeficiency virus type 1 from mother to child. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 334, n. 25, p. 1617-23, June 1996.
10. FOWLER, M. G.; MELNICK, S.L.; MATHIESON, B.J. Women and HIV: epidemiology and global review. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, Philadelphia, v. 24, n. 4, p. 705-29, 1997.
11. SPACH, D.; KEEN, P. Virus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida. In: MORSEE, S. A.; MORELAND, A. A.; HOLMES, K. K. *Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2. ed. Rio de Janeiro : Artes Médicas, 1997. p.165-205.
12. UNAIDS JOINT NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. *HIV in site.: the global epidemic (1998)*. Disponível na internet. . 03 out. 1999.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION UNAIDS. *The HIV/AIDS situation in mid 1996*. Disponível na internet. . 04 out.1999.
14. SANDE, M. A.; GILBERT, D. N.; MOELLERING Jr., R. C. *Sanford guia para o tratamento da AIDS/HIV*. 7. ed. Rio de Janeiro : EPUC, 1998. 133 p.
15. LANDESMAN, S. *et al.* Serosurvey of human imonodeficiency virus infection in parturients. *JAMA*, Chicago, v. 258, n. 19, p. 2701-2703, Nov. 1987.
16. DINSMOOR, M. J. HIV infection and pregnancy. *Clin. Perinatol.*, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 85-95, 1994.
17. MAIA FILHO, N. L.; MATHIAS, L. Aids e gravidez. *GO Atual*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 5, p. 62-66, maio 1997.
18. GWINN, M.; WORTLEY, P. M. Epidemiology of HIV infection in women and new borus. *Clin. Obstet. Gynecol.*, Philadelphia, v. 39, n. 2, p. 292-304, 1996.
19. MOFENSON, L. M. Transmissão materno-infantil do HIV 1. *Clín. Obstét. Am. Norte*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 705-729, 1997.
20. DUARTE, G. *et al.* Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) e a prática pré-natal, obstétrica e puerperal. *GO Atual*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 6, p. 14-21, jun. 1999.
21. ROGERS, M. F.; SHAFFER, N. Reducing the risk of maternal-infant transmission of HIV by attacking the virus. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 341, n. 6, p. 441-2, 1999.
22. CASTILHO, E. A.; CHEQUER, P. A epidemia da AIDS no Brasil. In: SIMPÓSIO satélite: a epidemia da AIDS no Brasil, situação e tendências. Brasília : Ministério da Saúde, 1997. p. 9-12.
23. CARVALHO, N.S. *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) em recém-natos: análise de 18 casos da Maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (45. : 1993 : Salvador). *Anais*. Salvador : FEBRASGO, 1993.
24. GWINN, M. *et al.* Prevalence os HIV infection in childbearing women in the United States. *JAMA*, Chicago, v. 265, n. 13, p. 1704-08, apr. 1991.
25. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DST E AIDS. *Estudo-sentinel*. Disponível na internet. . 09 nov. 1999.
26. LINDSAY, M. K. *et al.* Soroprevalence of human immunodeficiency virus infection in a prenatal population at high risk for HIV infection. *South. Med. J.*, Birmingham, v. 82, n. 7, p. 825-28, 1989
27. GWINN, M. *et al.* Prevalence pf HIV infection in childbearing women in the United States. *JAMA*, Chicago, v. 265, n. 13, p. 1704-08, Apr. 1991.
28. AMARAL, E. *et al.* Prevalence of HIV and. *Treponema pallidum* infectious in pregnant women in Campinas and their association with socio-demographic factors. *Rev. Paul. Med.*, São Paulo, v. 114, n. 2, p. 1108-1116, 1996.
29. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS. Brasília : Ministério da Saúde, v. 11, n. 4, set./nov. 1998
30. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS. Brasília : Ministério da Saúde, v. 11, n. 4, mar./maio 1998
31. THOMAL, R. A.; LOPES, M. G. D.; A importância do exame HIV na rotina do pré-natal do Programa Mãe Curitibana. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (12.: 1999 : Salvador). *Programa/anais*. Salvador : ULACETS, 1999. p. 60.
32. ROCCO, R.; VASCONCELLOS, M. T. A.; ROCCO, R. Repercussão da infecção pelo HIV no ciclo grávido-puerperal. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 31-38, 1997.
33. PORTO, A. G. M. *et al.* Evolução obstétrica em mulheres portadoras de vírus da imunodeficiência humana tipo 1. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 305-310, jan./fev. 1996.
34. ALEXANDER, N. J. Sexual transmission of human immunodeficiency virus: virus entry into the male and female genital tract. *Fertil. Steril.*, Birmingham, v. 54, n. 1, p. 1-18, 1990.
35. ROYCE, A. R. *et al.* Sexual transmission of HIV. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 366, n. 15, p. 1072-78, 1997.
36. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS. Brasília : Ministério da Saúde, v. 11, n. 2, mar./maio 1998.
37. MIRANDA, A. E. B.; FRIÇO, A. R. Prevalência e fatores de risco em mulheres HIV+/AIDS atendidas em centro de referência em DST/AIDS. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 275-278, maio 1997.
38. PORTO, A. G. M. *et al.* Fatores de risco para gestantes portadoras do HIV-1 em função do local de residência. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 65-69, 1996.
39. ELLERBROCK, T. V.; ROGERS, M. Epidemiologia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em mulheres nos Estados Unidos. *Clín. Obstét. Am. Norte*, Rio de Janeiro, v. 3, p. 505-25, 1990.

Endereço para correspondência:**RENATO LUIZ SBALQUEIRO**

E-mail: clinmulher@totalbrasil.com.br

Recebido em: 18/07/2004

Aprovado em: 05/08/2004

**VALORIZE OS PERIÓDICOS CIENTÍFICOS NACIONAIS.
PUBLIQUE AQUI.**

HERPES GENITAL Y EMBARAZO

GENITAL HERPES AND PREGNANCY

Miguel Tilli¹

RESUMO

La infección genital por el virus herpes simple (VHS) durante el embarazo si bien es poco frecuente, puede en algunos casos ser riesgosa para el neonato. La transmisión materno-fetal puede ocurrir tanto por una primoinfección, cercana al parto o también por la reactivación de una infección latente materna. Esta revisión enfoca aspectos relacionados a la epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento de la infección por VHS en la mujer embarazada. El otro objetivo es brindar pautas para la prevención la transmisión perinatal del virus.

Palabras claves: virus herpes simple, herpes genital, embarazo

ABSTRACT

The genital infection due to herpes simplex virus (HSV) during pregnancy is uncommon, but in some cases may be dangerous to the newborn. The maternal-fetal transmission may occur during the primary infection at the onset of labor or due to reactivated latent maternal infection. The present revision focus on epidemiological, clinic, diagnosis and therapeutics aspects of HSV infection in pregnant women. Another aim is to offer prevention measures in order to reduce the risk of the perinatal transmission of the virus.

Keywords: herpes simplex virus, genital herpes, pregnancy

RESUMO

A infecção genital pelo vírus do herpes simples (VHS) durante a gravidez é pouco frequente, pode em alguns casos ser de risco para o neonato. A transmissão materno-fetal pode ocorrer tanto por uma primo-infecção, próxima ao parto ou também pela reativação de uma infecção latente materna. Esta revisão enfoca aspectos relacionados à epidemiologia, clínica, diagnóstico e tratamento da infecção por VHS na mulher grávida. O outro objetivo é oferecer medidas para a prevenção da transmissão perinatal do vírus.

Palavras-chave: herpes simplex virus, herpes genital, gravidez

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2):48-52, 2004

INTRODUCCIÓN

El virus herpes simple (VHS) es un virus ADN y cuyo único huésped conocido es el hombre. Se clasifica según sus proteínas de envoltura en tipo 1 (VHS-1) y tipo 2 (VHS-2), con diferente epidemiología y manifestaciones clínicas. El Herpes labial y herpes genital son las manifestaciones más comunes de la infección por VHS.¹

La infección neonatal por VHS es la mayor complicación del Herpes genital. La transmisión materno fetal puede ocurrir **tanto por una primoinfección cercana al parto o también por la reactivación de una infección latente materna.**^{2,3}

La infección genital por VHS durante el embarazo representa un riesgo significativo tanto para el feto como para el neonato. En los adultos esta infección ocasiona lesiones tipo vesículas o ulceraciones que afectan la piel o mucosas. Debido al desarrollo incompleto del sistema inmune en el neonato, la infección por VHS puede ser más diseminada, afectar al sistema nervioso o puede ser fatal.

Históricamente, se pensaba que el VHS-1 era responsable sólo de infecciones de la boca y piel por encima de la cintura, mientras que el VHS-2 afectaba la zona genital y piel de la cintura hacia abajo. Aproximadamente el 90% de las infecciones siguen este patrón, pero ambos tipos de virus pueden afectar ambas zonas

En relación al la infección por VHS en la mujer embarazada debemos plantearnos varios interrogantes:

¿Cuál es la seroprevalencia de esta infección en la mujer embarazada ?

¿En que momento del embarazo se produce la transmisión del virus ?

¿Que subtipos virales están asociados a la infección neonatal?

¿Qué impacto tiene la infección (primer episodio o recurrencia) en la mujer gestante en distintas etapas del embarazo?

¿Cómo influye en las complicaciones maternas y/o neonatales la presencia de excreción viral asintomática (Shedding)?

¿Que métodos diagnósticos se deben utilizar en la mujer embarazada?

¿Que medidas de prevención son útiles para disminuir la transmisión perinatal?

¹Dr. Miguel Tilli- Docente Adscrito en Ginecología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) A cargo del Consultorio de Control de Infecciones en Ginecología (CIG). del Htal. Eva Perón (ex Mariano R. Castex) Buenos Aires-Argentina

¿Qué efecto tiene el tratamiento antiviral sobre la excreción viral y la transmisión perinatal?

¿Cuándo esta indicado el tratamiento antiviral durante el embarazo?

¿En casos de debe recurrir a una cesárea como vía de finalización del embarazo?

INCIDENCIA

La incidencia de infección por VHS varía de acuerdo a la edad, duración de la actividad sexual, número de parejas sexuales, nivel socioeconómico, infecciones de transmisión previa y raza.⁴

La seroprevalencia de VHS-2 es muy variable oscilando las cifras de 7% al 33%. Así mismo, en un mismo país puede existir amplias diferencias dependiendo de factores socioeconómicos y culturales. En algunos países del mundo la seroprevalencia de infección por VHS-2 se ha incrementado (EEUU)¹.

Muchos pacientes con infección por herpes genital, evidenciada por serología, no tienen historia previa de manifestaciones clínicas de infección genital por VHS. En un estudio de seroprevalencia en embarazadas Kulhanjian J y col. hallaron la presencia de anticuerpos para VHS-2 en un 32%; de ellas sólo el 35% tenían historia de herpes genital.⁵

La prevalencia de infección neonatal por VHS es variable de país en país. En algunos países es muy poco frecuente con una prevalencia de 1/60.000 recién nacidos vivos (Reino Unido) y en otros lugares es mucho más frecuente: 1/1.800 (Seattle, USA).⁶

La infección perinatal en la mayoría de los casos es adquirida de una madre asintomática.⁷

La mayoría de las infecciones en el neonato son debidas a VHS-2, pero un 15-30% son ocasionadas por el VHS-1⁸

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Aproximadamente un 20% de los individuos seropositivos para VHS-2 tienen historia de herpes genital con signos y síntomas característicos de la infección, un 60% presentan formas clínicas no reconocidas y un 20% son totalmente asintomáticos.⁹

En los adultos la presentación clínica del herpes genital puede ser:

- a. **Primer episodio primario:** es la forma clínica en un individuo sin anticuerpos para VHS-1 o VHS-2. En este caso los síntomas locales tienden a ser severos y las lesiones evolucionan en 2 a 3 semanas. Puede asociarse a síntomas generales y adenopatías regionales. En pequeño número de pacientes, especialmente los inmunosuprimidos, pueden desarrollar meningitis por VHS. Es importante destacar que en **las 2/3 partes de los casos la mujer adquiere la infección por VHS-2 en forma totalmente asintomática.**⁵
- b. **Primer episodio no primario:** en éste caso la infección genital por VHS-1 o VHS-2 se presenta en un paciente con anticuerpos circulantes hacia el otro serotipo viral. Debido seguramente a la reactividad cruzada entre los serotipos; la

presentación clínica tiende a asemejarse con un episodio de infección genital recurrente.

- c. **Herpes genital recurrente:** Involucra la reactivación genital de VHS donde el serotipo de virus recuperado de la lesión es el mismo tipo que el de los anticuerpos circulantes. Las manifestaciones de este tipo de infección son leves y de mas corta duración que el primer episodio primario, con una excreción viral que perdura durante 3 a 5 días. La excreción del virus del tracto genital también puede ocurrir sin síntomas o signos de enfermedad clínica (excreción o shedding subclínico). El herpes genital en las mujeres embarazadas puede presentarse con un cuadro clínico de infección primaria. Muchas mujeres (60-70%) no tienen el antecedente de infección por VHS-2 pero son seropositivas para el virus.¹⁰

La infección en el neonato generalmente la adquiere intra parto, pero puede ocurrir intraútero (infección congénita:4%) o post natal (contacto con lesiones orales o cutáneas).

Las manifestaciones clínicas de la infección congénita son: microcefalia, hidrocefalia, coriorretinitis y lesiones vesiculosas en piel

En cuanto a la Infección adquirida: pueden ser de 3 tipos¹¹

1. Localizada en piel, ojo y boca
2. Encefalitis (sin involucrar piel, ojo o boca) Con una tasa de mortalidad del 15%.
3. Infección diseminada (SNC, hígado, pulmón, adrenales, piel, ojo y boca) La de mayor mortalidad:57%

En las dos últimas presentaciones clínicas puede existir morbilidad a largo plazo caracterizada por ceguera, espasticidad y/o retraso psicomotor¹²

Transmisión

La transmisión del VHS puede ser por el contacto directo con un individuo infectado, por autoinoculación o por transmisión vertical. En cuanto al tema de la mujer embarazada en un estudio sobre 144 parejas heterosexuales en las que uno de los miembros tenía herpes genital recurrente asintomático y el otro era susceptible (sin historia de infección por VHS y con serología negativa) reveló que la posibilidad de adquirir la infección por herpes genital era alta en mujeres que era VHS-1 y VHS-2 negativas (31.8%) en comparación con las que tenían serología positiva para VHS-1 (9.1%). (1) Otro estudio reveló que la posibilidad que tiene una embarazada de adquirir una infección primaria si su pareja es seropositiva es del 10%.⁵

La transmisión del VHS de la madre al feto esta relacionada con la **edad gestacional** y la **presentación de la infección materna**. Brown y col. en una cohorte de 29 mujeres embarazadas que adquirieron herpes genital en el embarazo, observaron que en 15 casos se trataba de un primer episodio primario y 14 no primario. En este estudio ninguno de los neonatos

desarrolló enfermedad diseminada; y en ningún caso de primer episodio no primario se observó desarrollo de morbilidad grave, pero 6 de los 15 niños expuestos a primer episodio primario, desarrollaron morbilidad grave ($P < 0.01$).¹³

En otro estudio de Brown y col. Se investigó mediante cultivo la presencia de VHS en aproximadamente 16.000 embarazadas al momento del parto. Se aisló VHS en 56 mujeres (0.35%) a las que además se realizaron estudios serológicos. Los autores hallaron que 18 de 52 (35%) tenían evidencias de primoinfección subclínica adquirida recientemente y en 34 (65%) tenían enfermedad recurrente asintomática. La infección neonatal ocurrió en 6 de 18 niños (33%) de madres con primer episodio de enfermedad por VHS y en 1 de 34 (3%) recién nacidos de madres con enfermedad recurrente. Los autores también observaron que la presencia de anticuerpos maternos VHS-2, pero no así los del VHS-1, reducen el riesgo de transmisión vertical para infección neonatal por VHS-2.¹⁴

Este estudio permitió establecer que los índices de transmisión vertical al momento del parto es de: 50% para las mujeres con primer episodio primario, 33% para el primer episodio no primario y del 0 al 3% para los casos de enfermedad recurrente.

La infección transplacentaria del feto es rara y se debería a la presencia de viremia materna durante el embarazo. Sólo han sido informado algunos casos asociados a esta vía de transmisión.¹⁵

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de infección por HVS es generalmente clínico en base a las características de las lesiones dolorosas de tipo vesículas y úlceras (exulceraciones) en varios etapas de progresión. Sin embargo un tercio de las mujeres no tienen lesiones de apariencia típica. A pesar que casi el 30% de los primeros episodios son debidos a VHS-1, las recurrencias son mucho menos



Figura 1 - Lesiones de Herpes genital recurrente con candidiasis vulvovaginal concomitante

frecuentes en relación a la infección por VHS-2. Por lo tanto el poder determinar el subtipo viral tiene importancia en relación al pronóstico.

La **citología por tinción (técnica de Tzanck)** también es de utilidad para el diagnóstico de infección por VHS (células gigantes multinucleadas y cuerpos de inclusión intranuclear), aunque su sensibilidad es baja. No permite diferenciar los subtipos virales 1 y 2 ni Varicella Zoster.

El **cultivo viral** de las lesiones abiertas es uno de los mejores métodos para detectar la infección, pero también tiene un alto índice de falsos negativos. La sensibilidad va disminuyendo a medida que se van cicatrizando las lesiones.

Cuando se realiza un cultivo viral para VHS de lesiones que no están ulceradas, deben destechar las vesículas y tomar la muestra del líquido vesicular. Los resultados del cultivo habitualmente están disponibles a las 48-72 hs.

Los **métodos inmunológicos** de detección de antígenos (Inmunofluorescencia directa) no son capaces de distinguir entre el VHS-1 del VHS-2.

Actualmente se disponen de **técnicas biomoleculares** como la reacción de la polimerasa en cadena (PCR) o métodos de hibridación.¹⁶ En estudios que comparan el cultivo viral con PCR para el diagnóstico de infección por VHS, se pone en evidencia la mayor sensibilidad de las técnicas de amplificación del ADN viral.^{17,18}

Las lesiones de primer episodio primario o no primario, expresan más el VHS que las lesiones recurrentes (80% vs. 40%).¹

Los **estudios serológicos**, hasta no hace mucho tiempo, no permitían distinguir si la infección era debida a VHS-1 o por VHS-2. Actualmente se dispone de un método que permite diferenciar ambos tipos: técnica de la glicoproteína G1 para la detección de VHS-1 o G2 para VHS-2. La sensibilidad de estas pruebas para la detección de VHS-2 varía del 80 al 98%, y pueden haber resultados falsos negativos, especialmente en etapas tempranas de la enfermedad. La especificidad es mayor al 96%.¹⁹

Ya que la posibilidad de que ocurra un falso negativo con el cultivo es común, especialmente en paciente con enfermedad

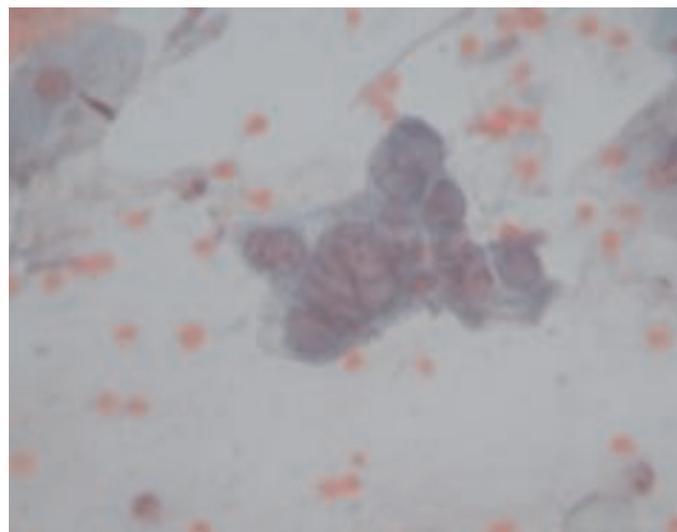


Figura 2 - VHS- Células multinucleadas en citología

recurrente, la serología es muy útil para confirmar la infección. Otra indicaciones de este método son las **formas clínicas no reconocidas** de infección, es decir el paciente infectado con clínica no específica o característica de herpes genital (ej. flujo recurrente, eritema vulvar, disuria, etc). Por último sería de vital trascendencia conocer el estado serológico de la embarazada, sobre todo si no tuvo manifestaciones clínicas de infección por VHS, y su pareja padeció o padece la enfermedad.

Lamentablemente en nuestro país la confirmación diagnóstica de la infección por VHS por todos estos métodos no esta todavía a nuestro alcance, por lo que en la práctica, nos basamos fundamentalmente del examen clínico.

MANEJO EN LA MUJER EMBARAZADA

El manejo del herpes genital incluye medidas de higiene, analgesia, tratamiento de infecciones secundarias y tratamiento antiviral específico para el control local de la infección. En el caso de la mujer embarazada en particular se deberá considerar que el manejo debe incluir no sólo el alivio del cuadro clínico sino tratar de evitar la transmisión perinatal del virus, por lo que deberemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

a-Medidas para la prevención de la transmisión perinatal:

La prevención del herpes neonatal depende de: prevenir la adquisición del VHS en la embarazada de término y evitar la exposición del feto a lesiones herpéticas durante el parto

- Se le debe aconsejar a las mujeres sin Herpes genital reconocido que eviten las relaciones sexuales durante el tercer trimestre con parejas con sospecha o evidencias de infección genital por VHS
- A las madres sin herpes y sin historia de herpes orolabial se les debe aconsejar de evitar el cunnilingus durante el tercer trimestre con parejas con sospecha o evidencias de infección orolabial
- Algunos especialistas sugieren realizar la serología tipo específica para identificar las madres con riesgo de infección y dar pautar de prevención sobre todo si la pareja sexual tiene infección por VHS²⁰

b- El **tratamiento antiviral**, oportuno en algunos casos, a fin de evitar la transmisión vertical del VHS. Este tratamiento tiene por finalidad reducir la excreción viral del virus y promover la cicatrización de las lesiones. La ausencia de episodios sintomáticos con excreción viral durante el embarazo, no elimina el riesgo de excreción viral asintomática al momento del parto con la consiguiente posibilidad de transmisión vertical al neonato.²¹

En un registro de mas de 1000 mujeres que fueron expuestas al aciclovir durante el embarazo, sugiere que este antiviral es probablemente seguro para su uso en este período.^{22,23}

A pesar que la FDA (Food and Drug Administration) aún no ha aprobado el uso de las drogas antivirales para el tratamiento del herpes genital en la mujer embarazada, numerosos estudios han demostrado la seguridad del aciclovir durante la gestación.²⁴

Tanto el Valaciclovir como el Famciclovir han sido clasificadas como drogas de Clase B para la FDA.²⁵

En un estudio reciente Wald y col. hallaron que el índice de excreción viral de VHS en el tracto genital era similar entre individuos seropositivos sin historia de herpes genital que en aquellos con historia de infección genital por VHS (3% vs. 2.7%, respectivamente)¹⁸. Hasta la fecha los estudios en mujeres embarazadas tuvieron por objetivo demostrar la utilidad del tratamiento supresivo a fin de evitar la transmisión perinatal, pero no investigaron las modificaciones en la excreción viral del virus al momento del parto con estas terapias.

El tratamiento con aciclovir en la embarazada de término con infección recurrente puede disminuir la frecuencia de cesárea al disminuir le frecuencia de episodios a término.^{26,27}

El tratamiento supresivo durante el embarazo debiera considerarse con el objeto de reducir el riesgo de excreción viral subclínica y los episodios de recurrencia en el momento del parto.²⁰

Una investigación muy reciente, estudió 162 pacientes con VHS recurrente mediante cultivo y PCR para VHS realizados diariamente a partir de las 36 semanas. En forma randomizada se las trató con placebo vs. aciclovir 400 mg./8hs. hasta el parto.²⁸ Los autores observaron los siguientes hallazgos:

- Lesiones al momento del parto: 11/78 (14%) grupo placebo y 4/84 (4%) grupo con aciclovir p:0.08
- Cultivo o PCR + cercano al parto: 7% y 34% (grupo placebo) y 0 y 2% (aciclovir) p:0.03 y < 0.01, respectivamente
- Cesarea: 10% (placebo) y 4% (aciclovir) p=0.15
- Los resultados neonatales fueron similares en ambos grupos

Se concluye que el tratamiento supresivo con aciclovir puede disminuir en forma significativa, pero no eliminar, las lesiones y la excreción viral asintomática al momento del parto.

Esquemas recomendados para el tratamiento de la infección por HSV 20

a- Primer episodio

Aciclovir 400 mg oral c/8hs. 7 a 10 días,

○

Famciclovir 500 mg oral c/12 hs. 7 a 10 días

○

Valaciclovir 1.0 g oral c/12 hs. 7 a 10 días

b- Recurrencias

Aciclovir 400 mg oral c/8hs. 5 días,

○

Famciclovir 500 mg oral c/12 hs. 5 días

○

Valaciclovir 1.0 g oral c/12 hs. 5 días

c- **Vía de finalización del embarazo:** La cesárea esta indicada en mujeres con lesiones de herpes genital o síntomas locales de pródomos de la enfermedad (dolor vulvar, quemazón, etc.),

independientemente de si las membranas están rotas o indemnes. La mayoría de los casos se trata de una infección recurrente.

Aunque la incidencia de transmisión vertical es baja en madres con enfermedad recurrente, se cree que la cesárea aún es de utilidad debido a potencial gravedad del cuadro neonatal.²⁴ La cesárea sin embargo debe reservarse sólo cuando las lesiones están presentes a nivel vulvar, vaginal o cervical y no cuando se trata de sitio alejados (muslo o nalga). En este último caso las lesiones deben cubrirse bien antes del parto.

La cesárea sola no elimina por completo el riesgo de transmisión de VHS. La ruptura prematura de membranas de más de 4 a 6 hs. incrementa el riesgo de transmisión perinatal.²⁹

Desafortunadamente los protocolos de manejo del Herpes genital en el embarazo no previenen de todos los casos de herpes neonatal, ya que algunas mujeres asintomáticas con infección por VHS tendrán excreción viral al momento del parto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- WHITLEY RJ, KIMBERLIN DW, ROIZMAN B. Herpes simplex viruses. *Clin Infect Dis* 1998;26:541-55.
- BROWN ZA, SELKE S, ZEH J, KOPELMAN, MASLOW A, ASHLEY RL, et al. The acquisition of herpes simplex virus during pregnancy. *N Engl J Med*. 337:509-15. 1997.
- WHITLEY R, NAHMIA AJ, VISINTINE AM, FLEMING CL, ALFORD CA JR, NIAID Collaborative Antiviral Study Group. The natural history of genital herpes simplex virus infection of mother and newborn. *Pediatrics* 66:489-94. 1980.
- MERTZ G, BENEDETTI J, ASHLEY R, SELKE S, COREY L. Risk factors for the sexual transmission of genital herpes. *Ann Intern Med*. 116:197-202. 1992
- KULHANJIAN J, SOROUSH V, AU D, BRONZAN R, YASUKAWA L, WEYLMAN L. Identification of women at unsuspected risk of primary infection with herpes simplex virus type 2 during pregnancy. *N Engl J Med*. 326:916-920. 1992.
- BRITISH PAEDIATRICS surveillance unit. sixth annual report, 1991
- SULLIVAN-BOLYAI J, HULL HF, WILSON C, COREY L. Neonatal herpes simplex virus infection in King COUNTY, WASHINGTON. Increasing incidence and epidemiologic correlates. *JAMA*. 250:3059-3062. 1983.
- JACOBS RF. Neonatal herpes simplex virus infections. *Semin Perinatol* 22:64-71. 1998.
- WALD A, ZEH J, SELKE S, et al. Reactivation of genital herpes simplex virus type 2 infection in asymptomatic seropositive persons. *N Engl J Med*. 342:844-50. 2000.
- BROWN ZA. Genital herpes complicating pregnancy. *Dermatol Clin* 16:805-10. 1998.
- KESSON AM. Management of neonatal herpes simplex virus infection. *Paediatr Drugs* 2000;3:81-90.
- WHITLEY R, ARVIN A, PROBER C, COREY L, BURCHETT S, PLOTKIN S. Predictors of morbidity and mortality in neonates with herpes simplex infections. The National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Antiviral Study Group. *N Engl J Med*. 1991;324:450-454.
- BROWN ZA, VONTVER LA, BENEDETTI J, et al. Effects on infants of a first episode of genital herpes during pregnancy. *N Engl J Med*. 317:1246-1251. 1987.
- BROWN ZA, BENEDETTI J, ASHLEY R, et al. Neonatal herpes simplex virus infection in relation to asymptomatic maternal infection at the time of labor. *N Engl J Med*. 324:1247-1252. 1991.
- HUTTO C, ARVIN A, JACOBS R, et al. Intrauterine herpes simplex virus infections. *J Pediatr*. 110:97-101. 1987.
- MOSELY R, COREY L, BENJAMIN D, WINTER C, REMINGTON M. Comparison of viral isolation, direct immunofluorescence, and indirect immunoperoxidase techniques for detection of genital herpes simplex virus infection. *J Clin Microbiol*. 164:913-918. 1991.
- WALD A, COREY L, CONE R, et al. Frequent genital herpes simplex virus 2 shedding in immunocompetent women. *J Clin Invest* 99:1092-7. 1997.
- WALD A, ZEH J, SELKE S, et al. Reactivation of genital herpes simplex virus type 2 infection in asymptomatic seropositive persons. *N Engl J Med*. 342:844-850. 2000.
- ASHLEY RL. Sorting out the new HSV type specific antibody tests. *Sex Transm Infect* 77:232-7. 2001.
- CDC. STD treatment guidelines *MMWR*. 51 (RR-6). 2002
- SCOTT L, SANCHEZ P, JACKSON G, ZERAY F, WENDEL GJ. Acyclovir suppression to prevent cesarean delivery after first-episode genital herpes. *Obstet Gynecol*. 87:69-73. 1996.
- ANDREWS EB, TILSON HH, HURN BA, CORDERO JF. Acyclovir in pregnancy registry: an observational epidemiological approach. *Am J Med* 85:123-8. 1988
- Pregnancy outcomes following systemic prenatal acyclovir exposure: June 1, 1984-June 30, 1993. *MMRW*. 42:806-9. 1993.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Management of Herpes in Pregnancy. *ACOG Practice Bulletin*. Number 8, October, 1999.
- BAKER DA. Antiviral therapy for genital herpes in nonpregnant and pregnant women. *Int J Fertil*. 43:243-248. 1998.
- SCOTT LL, SANCHEZ PJ, JACKSON GL, ZERAY F, WENDEL GD, JR. Acyclovir suppression to prevent cesarean delivery after first-episode genital herpes. *Obstet Gynecol* 87:69-73. 1996.
- BROCKLEHURST P, KINGHORN G, CARNEY O, et al. A randomised placebo controlled trial of suppressive acyclovir in late pregnancy in women with recurrent genital herpes infection. *Br J Obstet Gynaecol* 105:275-80. 1998
- WATTS DH, BROWN ZA, MONEY D, SELKE S, HUANG ML, SACKS SL AND COREY L A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of acyclovir in late pregnancy for the reduction of herpes simplex virus shedding and cesarean delivery *Am J Obstet Gynecol*. 188:836-43. 2003.
- NAHMIA AJ, JOSEY WE, NAIB ZN, FREEMAN MG, FERNANDEZ RJ, WHEELER JH. Perinatal risk associated with maternal genital herpes simplex infection. *Am J Obstet Gynecol*. 110:825-37. 1971

Correspondencia:

MIGUEL TILLI¹

Alsina (calle 103) n° 1731- San Martín CP: 1650

Buenos Aires Argentina

0054 11 4755 6043

E-mail: mtilli@arnet.com.ar

ASPECTOS ORAIS DA INFECÇÃO PELO HIV EM PACIENTES PEDIÁTRICOS – UMA ABORDAGEM ATUAL

ORAL ASPECTS THE HIV INFECTION IN PEDIATRIC CHILDREN – AN ACTUAL APPROACH

Dennis C Ferreira¹, Ana PV Dias², Philippe Godefroy³, Daniela D Gardioli⁴, Paula BM Mello⁵, Rosiangela S Knupp⁶

RESUMO

Introdução: atualmente o controle da infecção pelo HIV tem sido abordado em todas as fases da vida, a fim de proporcionar a estes pacientes uma melhor qualidade de vida. **Objetivo:** apresentar um enfoque atual da infecção pelo HIV em pacientes pediátricos, demonstrando os diversos aspectos das manifestações orais. **Métodos:** foi realizado um levantamento bibliográfico que utilizou periódicos científicos, livros técnicos e publicações de organismos internacionais (Medline e Lilacs – dos últimos 10 anos). **Resultados:** pacientes pediátricos apresentam características próprias que os diferem das manifestações da infecção em adultos. Este percurso transcorre desde a privação do aleitamento materno, na busca de um aleitamento artificial o mais próximo possível do natural, tanto nos fatores nutricionais como afetivos, até que ocorra o correto desenvolvimento do sistema estomatognático, de modo que o padrão de encaixe dentário seja compatível com a normalidade. Por outro lado, quanto à incidência da doença cárie, ela é influenciada pelos anti-retrovirais ricos em sacarose, de forma que sinalizam a necessidade de um trabalho de promoção de saúde bucal, embora estes favoreçam a redução das diversas manifestações estomatológicas. **Conclusão:** o conhecimento de aspectos específicos da infecção pelo HIV em crianças concede aos diversos profissionais que militam neste campo apoio fundamental na escolha dos meios de fornecer a estes pacientes um melhor prognóstico com uma maior sobrevida e aos seus responsáveis mais tranquilidade durante o acompanhamento clínico.

Palavras-chave: aids, HIV, criança

ABSTRACT

Introduction: nowadays HIV infection control have been realized in every life status, that's to promotion for this patients the better quality of life. **Objective:** to present an up-to-date focus in children infected with human immunodeficiency virus (HIV), to report several aspects of oral clinical manifestations. **Methods:** Was reviewed bibliographic material from scientific periodics, technical books, publications of international and national organizations (Medline and Lilacs – in the last ten years). **Results:** pediatric patients with HIV infection present individual characteristics that are different from the one observed in adult patients. It begins on the privation of breast-feeding, to need a similar feeding as this entity to looking for simulate this act, giving nutrition components and emotional care to improve on the balance development of the masticatory system, that to stay on the normal pattern. In contrast, the experience of caries is constant mostly because of the chronic influence for the utilization of sweetened liquid medicines, that to signalize the necessity to work of oral health promotion. Although, this medications has been promoting a decrease in the prevalence of soft-tissue oral lesions. **Conclusion:** the Knowledge of the specific aspects of children HIV infection, allow a multidisciplinary professional group to choose and to promote the best way in the promotion of health during the ambulatory clinic.

Keywords: aids, HIV, child

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2):53-57, 2004

INTRODUÇÃO

Há uma grande atenção a nível mundial quanto à via de contaminação de crianças pelo HIV, pois o número de crianças infectadas continua crescendo progressivamente, tornando-se uma das cinco principais causas de morte em crianças no mundo¹ sendo

que, de um outro lado, o tempo de sobrevida dos portadores do vírus também tem aumentado. Dentro desta realidade, torna-se necessário estudar outros aspectos desta doença, procurando promover um melhor prognóstico e com isto uma melhor qualidade de vida para estas crianças infectadas.

Vários estudos^{2,3} atualmente se voltam para lesões bucais e sua ligação com a microbiologia, como também para experiência das doenças cárie e periodontal, buscando sempre descrever fatores próprios da infecção pelo HIV. Unidas a estes, encontram-se as mal-oclusões ainda não estudadas em trabalhos anteriores nesta população, no entanto, entidade de bastante significância devido à sua etiologia multifatorial⁴.

Tanto o pediatra quanto o odontopediatra possuem um papel importante no acompanhamento do desenvolvimento craniofacial, bem como no estabelecimento da dentição decídua considerada de padrão normal, principalmente na fase de transição entre

¹Especialista em Odontopediatria – UFRJ e Setor de DST - UFF.

²Especialista em Ginecologia e Obstetrícia – UERJ e Setor de DST - UFF.

³Interno SCMRJ e Setor de DST – UFF.

⁴Graduanda em Enfermagem – UFF e Monitora Setor de DST - UFF

⁵Mestre em Odontologia Social – UFF e Prof.^a de Odontologia Coletiva – UNESA/Saúde Coletiva e Clínica Integrada – Faculdade São José.

⁶Mestre em Odontologia Social – UFF, Prof.^a do Departamento de Odontologia Social e Preventiva – UFRJ.

Realização: Departamento de Odontologia Social e Preventiva da UFRJ e Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da UFF.

as dentições, buscando fornecer também orientações próprias para cada etapa do desenvolvimento estomatognático sujeitos à influência de diversos fatores, que irão desde a presença de hábitos de sucção não nutritivos até fatores genéticos, procurando sempre direcionar para uma oclusão harmoniosa e funcional⁵.

Sendo assim, este trabalho procurou demonstrar um enfoque atual da infecção pelo HIV, apontando estudos relacionados com aspectos orais e a forma como se deve abordar estes pacientes e seus responsáveis a fim de conceder a estes uma melhor qualidade de vida.

INFECÇÃO PELO HIV

No período de 1980 a 2001, foram notificados 227.523 casos de aids no Brasil, pelo do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis^{6,7,8}, em que os menores de 13 anos de idade infectados totalizaram de 7.846 casos.

Sendo uma infecção considerada quase 100% fatal, o percurso de sua progressão é altamente variável. Nos indivíduos infectados, o vírus pode ser encontrado na maioria dos fluidos corporais, tendo sido observado no soro, sangue, sêmen, saliva, lágrima, urina, leite materno, otossecções e secreções vaginais⁹.

No Brasil, as crianças e mulheres infectadas geram uma grande preocupação, pois a via perinatal ou vertical de transmissão do vírus é a principal^{10,11,12,13}. A mãe portadora do vírus é a fonte de contágio da criança. Este contágio vai ocorrer no período pré-natal, no momento do parto (com exposição ao sangue e secreções vaginais) ou no período pós-natal, por meio da amamentação natural. Durante a gestação, a terapia anti-retroviral tem ajudado a prevenir e controlar a infecção via vertical^{1,14,15,16}. Sabendo que os lactentes de mães infectadas possuem anticorpos maternos anti-HIV circulantes, o teste ELISA não é confiável antes da idade de 18 meses, sendo este estado do HIV nestas crianças considerado indeterminado, a menos que sejam utilizados outros exames laboratoriais¹⁷.

Contudo, outras vias de transmissão do HIV também foram descritas, sendo elas: o contato sexual, a exposição parenteral ao sangue, a inseminação artificial e o transplante de órgãos⁹.

Vários fatores podem influenciar no prognóstico da infecção pelo HIV, podendo ser a idade em que a infecção foi adquirida, sua via de transmissão e seus sintomas¹⁸. A saúde destas crianças será favorecida pelo uso de medicamentos anti-retrovirais, buscando impedir a replicação do vírus.

A terapia anti-retroviral sofreu muitas modificações decorrentes de novos estudos. A partir de 1995-1996 novas recomendações surgiram, pois durante o período de 1987 até 1994, havia somente uma classe drogas com eficácia reconhecida: os análogos de nucleosídeos, ficando assim a monoterapia pelo AZT ultrapassada¹⁰.

Dentro destas mudanças, a alta velocidade da replicação do vírus, levando a conseqüentes mutações, traz consigo o estabelecimento de formas de resistência, que é, a princípio, uma conseqüência inevitável do uso prolongado da medicação e que gera grandes preocupações, uma vez que pode levar à resistência de toda a classe do medicamento. Por outro lado, conduziu a comunidade científica ao entusiasmo de novas possibilidades terapêuticas, com indicação de tratamento precoce e agressivo. O efeito

dos antivirais é temporário, embora algumas combinações tenham efeito prolongado¹⁰.

A decisão do momento exato de utilizar a terapia antiretroviral, dá-se por meio de três fatores determinantes, que somam a carga viral destes pacientes, a contagem de linfócitos T CD4+, além do estado clínico destes pacientes¹⁹.

Os medicamentos antivirais trazem efeitos colaterais que podem variar de paciente para paciente e dependendo do tipo de combinação terapêutica utilizada, conduzirão à presença de alterações sistêmicas locais e orais. Como exemplo, caso seja utilizado o AZT (zidovudina), os pacientes podem apresentar mal-estar, dores de cabeça, intolerância gastrointestinal até supressão da medula óssea com anemia e neutropenia¹⁰.

Procurando reduzir a morbidade e mortalidade, a terapia anti-retroviral ainda não alcançou a eliminação da infecção pelo HIV, porém tem buscado alcançar a máxima redução da carga viral e fazer com que esta seja constante, conduzindo a uma melhor função imunológica destes pacientes, melhorando assim a qualidade de vida¹⁹.

As crianças infectadas pelo HIV podem permanecer assintomáticas por meses ou anos antes de progredir para aids e dependendo do grau de imunossupressão a apresentação clínica pode variar¹⁷.

São muitas as manifestações clínicas da infecção pelo HIV, o que fez o Centro de Controle de Doenças (CDC), em 1994, dividi-las por categorias¹⁷:

N Não-sintomática

- A Leve** – que pode exibir linfadenopatia, parotidite entre outras;
- B Moderada** – apresentam infecções bacterianas recorrentes, candidíase, diarreia crônica e pneumonia intersticial linfóide, além de outros sinais e sintomas;
- C Severa** – na qual está estabelecida a aids.

MANIFESTAÇÕES ORAIS

As manifestações orais em pacientes pediátricos soropositivos para o HIV, não apresentam a mesma frequência que no adulto, o que está diretamente relacionado com o rápido progresso da infecção nestas crianças. Estas lesões sinalizam com indicadores da progressão da doença, ausência de eficácia do tratamento anti-retroviral, como também podem preceder as manifestações sistêmicas da aids, ressaltando assim a importância de um completo exame estomatológico².

Da mesma forma que nos adultos as manifestações orais em pacientes pediátricos foram divididos em três grupos², sendo estes:

- **1.º grupo:** lesões comumente associadas à infecção pediátrica pelo HIV: candidíase, herpes simples, eritema linear gengival, aumento da parótida e úlceras aftosas recorrentes;
- **2.º grupo:** lesões menos comumente associadas à infecção pediátrica pelo HIV: papiloma, xerostomia e doença periodontal;

- **3.º grupo:** lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV em adultos, mas que são raramente observadas em pacientes pediátricos: sarcoma de Kaposi, linfoma e leucoplasia pilosa.

Um estudo sobre a incidência de lesões bucais observadas durante um ano em 15 crianças de faixa etária entre 2 a 12 anos de idade, que adquiriram o vírus HIV através de transmissão vertical perinatal, foi realizado³. Sendo assim, candidíase foi à lesão mais comum, diagnosticada em 9 crianças e estava associada com o mais severo estágio de imunodeficiência. Foi observado também que apenas uma criança apresentava leucoplasia pilosa no bordo esquerdo da língua associada a candidíase, respondendo positivamente à terapia com Aciclovir.

A leucoplasia pilosa, um caso raro de manifestação bucal em crianças infectadas pelo HIV, é, nos adultos uma lesão comumente encontrada. Além de ser um dos primeiros sinais clínicos, foi um confiável indicador de infecção pelo HIV ao realizarem o relato de um caso em um menino de 9 anos de idade²⁰.

A terapia com coquetel anti-retroviral têm promovido uma diminuição na prevalência de manifestações bucais em tecidos moles. No entanto, apresentam elevado teor de sacarose^{2,18,21}, que aliado a outros fatores favorecem a estas crianças infectadas terem uma maior experiência de cárie dental do que crianças que não apresentam quadro de imunossupressão²².

Realizando uma correlação¹⁸ entre manifestações bucais e a classificação clínica e imunológica da doença, foram examinadas 92 crianças, nas quais se verificou uma prevalência de 29% para manifestações bucais, com um total de 9,8% para candidíase como a mais freqüente e 1,1% para leucoplasia pilosa e periodontite. Quanto à prevalência de cárie dental na dentição decídua destas crianças até 5 anos de idade foi a mais expressiva 3,36% nas mais comprometidas, clínica e imunologicamente. No entanto, as crianças com mais de 5 anos de idade tiveram ceo-d (somatório em total de dentes cariados, com extração indicada e obturados na dentição decídua) igual a 8,42% e CPO-D (total de dentes cariados, perdidos, extraídos e com extração indicada, e obturados na dentição permanente) igual 2,06%.

Sendo assim, a experiência de cárie nas crianças infectadas pelo HIV em comparação com as crianças sem evidências de imunossupressão demonstra-se estatisticamente significativa²³. Contudo, estas médias de ceo-d e CPO-D são bastante elevadas^{24,25}, de forma que alguns fatores podem corroborar de forma direta, tais como a falta de informação dos pais sobre a higiene bucal dos seus filhos, higiene bucal de baixa qualidade, consumo elevado de sacarose presente nos medicamentos, menor imunidade a bactérias cariogênicas e diminuição do fluxo salivar^{26,27,28}.

Quanto à doença cárie, esta possui sua patogenia através do acúmulo de microrganismos sobre a superfície dentária²⁹, ressaltando que nas crianças infectadas pelo HIV a deficiência na imunidade do paciente não é o fator etiológico da doença cárie³⁰, devendo ser trabalhado o controle da doença da mesma maneira que qualquer outro grupo. Deste modo, os profissionais de Odontologia³¹ devem adotar uma postura preventiva e educativa para melhorar a saúde da população, sendo uma contribuição efetiva o ensinamento da técnica de escovação aos seus pacientes. Este controle rigoroso da placa bacteriana por parte do paciente (com técnica dirigida às superfícies dentárias de maior risco de suscetibilidade à cárie dental) está inserido em um grupo de

medidas, nas quais destacamos o aconselhamento e uso racional de dieta não cariogênica, orientação para higiene e saúde oral (qualidade da escovação, uso do fio dental e supervisão dos responsáveis durante as escovações, principalmente em crianças menores de 10 anos de idade), uso racional de fluoretos (que devem estar presentes na cavidade bucal em alta frequência e baixa concentração), uso racional de selantes e controle de placa bacteriana pelo profissional³².

Porém, avaliando o conhecimento e as atitudes de 12 médicos pediatras, que atendem crianças infectadas pelo HIV, com relação à cárie de estabelecimento precoce e práticas de saúde bucal, um grupo de pesquisadores³⁰ recolheu informações por meio de um questionário sob a forma de entrevista, em um ambulatório de aids pediátrica do Rio de Janeiro. Verificaram que 100% da amostra tinham conhecimento sobre cárie de estabelecimento precoce, porém apenas 50% consideram que uma criança infectada pelo HIV pode apresentar maior risco de desenvolvê-la. Como também 83,3% consideram em que o risco dos pacientes seja devido à deficiência imunológica. Já 75% dos médicos consideram que o uso de medicamentos açucarados aumenta o risco de carie precoce em crianças HIV positivas. No entanto, todos indicam a ingestão de medicamento associado a líquido açucarado, e ainda apenas 25% orientam a higienizar após o uso do medicamento.

Desta forma, em outro estudo⁵, avaliando os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras com relação à saúde bucal em Goiânia – GO, um outro grupo de pesquisadores observou que a grande maioria destes afirmou possuir informação sobre os fatores etiológicos (94,8%) e os métodos de prevenção da doença cárie (96,9%), bem como repassou estas informações aos pais (89,6%), além de examinar os dentes das crianças durante as consultas pediátricas (88,5%) e conceder orientações aos pais sobre higiene bucal (89,6%).

Ainda compondo esta avaliação, na opinião dos pesquisadores os profissionais responsáveis pela prevenção da cárie dental nos primeiros anos de vida são o cirurgião-dentista e o médico, atuando de forma integrada (67,7%). Estes dados vem ao encontro da descrição realizada por outros autores³⁰ de que especificamente os médicos generalistas e pediatras, com relação à saúde bucal, exercem um papel privilegiado enquanto educadores, por serem estes os primeiros profissionais a acompanharem a criança, quando hábitos nocivos ainda não estão instalados. Sugerindo assim que as relações entre os diversos profissionais das áreas de saúde sejam mais estreitadas, a fim de viabilizar a troca de conhecimentos, para que ocorra a educação do paciente quanto aos hábitos de saúde bucal.

Influência do aleitamento materno

A importância do aleitamento materno está diretamente ligada a seus benefícios nutricionais, imunológicos e no padrão de desenvolvimento da função e oclusão das crianças. Dentre suas vantagens podemos destacar a menor tendência a desenvolver alergias nutricionais, o fornecimento de defesas imunológicas, além da maior proximidade mãe-filho e suprimento das necessidades de sucção da criança^{14,33}.

Em alguns casos, a amamentação ocorre em condições especiais^{14,34}. Os bebês com fissuras palatinas e lábio leporino, os recém-nascidos de baixo peso e os acometidos por icterícia precoce e prolongada, a mastite, o abscesso mamário e a infecção pelo HIV são as alterações mais comuns. O leite materno também pode ser veículo de agentes infecciosos de origem bacteriana, fúngica, parasitária e viral³⁴.

A amamentação natural é uma forma de transmissão em mulheres infectadas pelo HIV, onde estas mães são orientadas a conduzir seus filhos ao aleitamento artificial¹⁴. Recomenda-se o uso de mamadeiras com bicos fisiológicos³³ buscando simular a amamentação natural, procurando tornar este ato o mais próximo possível ao real. Evita-se assim, a instalação de hábitos viciosos de sucção não fisiológica, que poderão influenciar negativamente no desenvolvimento normal da função e oclusão destas crianças.

Caso o bebê tenha de ser alimentado por mamadeira, assim se deve proceder, caso contrário, este poderá apresentar algumas dificuldades na fala, não ter um bom encaixe entre os dentes superiores e inferiores, ter os músculos da face flácidos e respirar pela boca³⁵.

Não se deve poupar o trabalho das estruturas orais, de forma que possibilite ao bebê repetir o mesmo esforço que faz ao sugar o peito da mãe. Por isso, a necessidade de escolher cuidadosamente o bico da mamadeira, que deve ser do tipo ortodôntico, de maneira que a sucção seja vigorosa. O bico deve possuir furo de tamanho adequado para a passagem do leite, não devendo ser aumentado³⁵.

Alguns antiretrovirais³⁶, têm sido utilizados de forma efetiva na redução do risco de transmissão intra-uterina e no canal do parto. Porém atualmente, não há trabalhos que confirmem com precisão a redução do risco de transmissão do HIV pelo leite materno.

As estratégias têm sido propostas e são estas: o aleitamento materno voluntário; o aconselhamento, para que as mães tenham informações necessárias para tomar uma decisão fundamentada de realizar ou não o aleitamento. Outras propostas descritas são as formulações e alimentos infantis fornecidos às mães soropositivas durante a gravidez³⁶.

Ao nascimento, o bebê tem o queixo retraído e pequeno, pois sua cavidade bucal é pequena, levando-se ao posicionamento da língua mais anterior, apoiando-se sobre a gengiva, podendo ficar entre os lábios. Dentro desta realidade, durante o aleitamento, o bebê elevará a língua, gerando uma pressão do mamilo contra o palato, porém a mandíbula se movimenta para frente e para trás, extraindo assim o leite materno. Então, estes movimentos irão gerar, um grande esforço dos músculos da face, estimulando o crescimento da mandíbula e ao mesmo tempo prevenindo problemas nos dentes e ossos da face³⁵.

Outro ponto, que vale a pena enfatizar é que, durante o aleitamento natural, a possibilidade de respiração é apenas nasal, o que é fundamental, pois o ar é filtrado, aquecido e umedecido, proporcionando assim um estímulo no desenvolvimento das estruturas orais³⁵.

Mal-oclusões

Os fatores etiológicos das mal-oclusões, já foram bastante descritos na literatura, pois a sua formação não pode ser estudada

de forma isolada, sendo estas a: doença cárie, a hereditariedade, as causas de desenvolvimento de origem desconhecida, os traumatismos, a presença de agentes físicos, os hábitos de sucção e a má-nutrição⁴.

Quanto à observação do encaixe dos dentes e possíveis mal-oclusões³⁷ realizou-se a avaliação de 52 crianças infectadas pelo HIV com idade entre 2 e 12 anos. Os autores observaram que o padrão facial simétrico, o perfil do tipo reto e os arcos do tipo I de Baume (com espaços entre os dentes) foram os de maior frequência. Para as mal-oclusões, a mordida aberta (30,8%) esteve presente de forma mais expressiva que a mordida cruzada (25%). Quanto a sobressaliência e a sobremordida, ambas mais encontradas foram do tipo leve. Para a relação de molar, a do tipo degrau mesial foi a mais observada para ambos os lados, da mesma forma para a relação canino do tipo Classe I de Angle. Já a relação de molar permanente de maior frequência foi a do tipo Classe I bilateral. Este grupo estudado apresentou características bastante significativas, próximas aos padrões considerados de normalidade.

Também foi estudado o retardo na erupção dentária quanto maior fosse a gravidade da infecção pelo HIV, que foi confirmado por um trabalho realizado com 70 crianças com diagnóstico definitivo de infecção pelo HIV, entre 5 meses e 13 anos³⁸. Corroborando com este estudo anterior³⁹, observaram o padrão de retardo na erupção de dentes decíduos e permanentes, associando este atraso de erupção de primeiros molares e incisivos centrais permanentes com a gravidade da infecção pelo HIV. Onde examinaram 48 crianças infectadas pelo HIV, com média de idade de 88,9 meses, de ambos os sexos. Verificaram assim, que o padrão de atraso da erupção dos primeiros molares permanentes apresentou relação estatisticamente significativa com o CD4+%, o que não ocorreu com a classificação clínica e imunológica. Porém, 53,8% das crianças com atraso na erupção estavam classificadas na categoria (C) de sintomas graves e 76,9% na categoria 3 de imunossupressão grave. Já os incisivos centrais possuíam 31,3% de atraso na erupção, sem ser observada relação estatística com relação ao CD4+% e a classificação da infecção. A média de CD4+% das crianças com atraso na erupção foi de 16% com imunossupressão moderada, 73% na categoria C da infecção e 66% com imunossupressão grave. Afirmando assim que o atraso da erupção pode estar associado com a gravidade da infecção pelo HIV.

Porém, na literatura, são escassos os trabalhos que correlacionem mal-oclusões com hábitos de sucção não-nutritivos nesta população de crianças infectadas pelo HIV³⁷.

Desta forma, a visão do corpo como um todo, a identificação e o reconhecimento da existência de uma mal-oclusão dentária, que pode estar associada aos fatores respiração bucal e alteração postural e seu tratamento em idade precoce, representam uma esperança terapêutica e a mais importante e acessível prevenção das doenças que se manifestam nos sistemas respiratório, esquelético e digestivo⁴⁰.

CONCLUSÃO

O enfrentamento da infecção pelo HIV, como problema de saúde pública, perpassa pelo conhecimento profundo e atualizado

da doença pelos profissionais de saúde trabalhando numa perspectiva multiprofissional, com base não só nos princípios científicos, mas também nos princípios éticos.

O acolhimento do pequeno paciente e da sua família é fundamental na humanização das relações paciente/profissional, com foco não só na doença, mas também no ser humano.

O conhecimento de aspectos específicos da infecção pelo HIV em crianças concede, aos diversos profissionais que militam neste campo, apoio fundamental na escolha dos meios de fornecer a estes pacientes um melhor prognóstico com uma maior sobrevida e, aos seus responsáveis, mais tranquilidade e motivação durante o acompanhamento clínico.

Sendo assim, é de suma importância o trabalho conjunto dos profissionais de saúde no acompanhamento e esclarecimento à família do pequeno paciente, para efetivamente se promover saúde e proporcionar uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- RAMOS-GOMEZ, F.J. *et al.* Risk factors for HIV-related orofacial soft-tissue manifestations in children. *Pediatric Dent.*, v.18, n.2, p.121-126, 1996.
- ISRAEL, M. S.; PIMENTEL, R.; MACIEL, V. A. *et al.* Manifestações orais associadas à infecção pelo HIV em crianças. *RBO*, v.59, n.5, p.335-337, Set./Out. 2002.
- NICOLATOU, O.; THEODORIDOU, M.; MOSTROU, G. *et al.* Oral lesions in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. *J. Oral Pathol. Med.*, v.28, n.2, p.49-53, Feb. 1999.
- MOYERS, R. E. *Ortodontia*. Guanabara Koogan, RJ. 1991. 483p. Cap.7: Etiologia da mal-oclusão.
- FREIRE, M. C. M.; MACEDO, R. A.; SILVA, W. H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. *Pesq. Odont. Bras.*, v.14, n.1, p.39-45, jan./mar. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico- AIDS*, Brasília, julho-set. 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Definição Nacional de Caso de AIDS em Indivíduos Menores de 13 anos, para fins de vigilância epidemiológica. Brasília, DF, 1983-2001.
- _____. Ministério da Saúde, Guia de tratamento - Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. *Série Manuais* n.º 46. Brasília, 2001.83p.
- NEVILLE, B. W. *et al.* *Oral & Maxillofacial Pathology*. Philadelphia: W. B. SAUNDERS, 1998. 699 p. Cap. 12: Human virus infection, p. 220.
- BARTLETT, J. G. *The Johns Hopkins Hospital – Assistência clínica ao paciente com HIV/AIDS. Guia Prático*. Revinter, RJ. 1999. 172p. Cap.5: Terapia Anti-retroviral.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 1994 Revised classification system for HIV infection in children less than 13 years of age. *MMWR, Atlanta*, v.43, n. RR.12, p. 1-10, Sep. 1994.
- O'BRIEN, H. T.; LACHAPPELLE, D.; GAGNON, P. F. Nutritive and nonnutritive sucking habits: a review. *J. Dent. Child.*, v.63, n.5, p.321-327, sep./oct., 1996.
- ROSSI, P., MOSCHESE, V. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus. *FASEB J.*, v.5, p.2419-2426, 1991.
- CORR A, M. S. N. P. *Odontopediatria – Na Primeira infância*. Santos, São Paulo, 1999. 679 p. Cap.VI: Desenvolvimento das funções bucais no Bebê/Cap.VII: Aleitamento Artificial.
- PARKER, L. *et al.* Patterns of T-cell repopulation, virus load reduction, and restoration of T-cell function in HIV-infected persons during therapy with different anti-retroviral agents. *J Acquire Immune Defic Syndr*, Philadelphia, v.16, n.5, p. 318-326, 1997.
- SCULLY, C. *et al.* Oral manifestations of HIV infection and their management. I. More common lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, St. Louis, v.71, n.2, p.158-166, Feb. 1991.
- LISSAUER, T.; CLAYDEN, G. *Manual Ilustrado de Pediatria*. Guanabara Koogan, RJ. 1998. 330p. Cap.12: Infecção e Imunidade.
- CASTRO, G. F. B., PORTELA, M. B., SOUZA, I. P. R. *et al.* Infecção pelo HIV em crianças e suas manifestações bucais – revisão de literatura. *JBF*. n.2, ano 1, p.16-22, Jan/Fev/Mar 2000.
- TEMAS DA ACTUALIDAD – CURRENT TOPICS. Directrices para el uso de antirretrovíricos en adolescents y adultos infectados por VIH1. *Rev Panam Salud Publica*, v.10, n.3, p.202-216, September. 2001.
- LASKARIS, G.; LASKARIS, M.; THEODORIDOU, M. Oral hairy leukoplakia in a child with AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol End.* v.79, n.5, p.570-571, 1995.
- CASTRO, G. F. B. Correlação entre manifestações bucais e classificação clínica e imunológica em crianças infectadas pelo HIV. 1998, 141 p. *Tese (Mestrado em Odontologia)* – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- SOUZA, I. P. R.; TELES, G. S.; CASTRO, G. F. *et al.* Prevalência de cárie em crianças infectadas pelo HIV. *Rev. Bras. Odontol.*, v.53, n.1, p.49-51, jan/fev. 1996.
- JADINSKI, J.; CATALONOTTO, F.; MURRAY, P. *et al.* Oral Pathology and pain in pediatric AIDS. *J Dent Res*, v.74 (IADR Abstracts), abs.1003, 1995.
- BUNDMANN, E. R. Estudo comparativo de fatores de risco para cárie entre crianças HIV+ e sem evidências de imunossupressão. 1998. *Dissertação (Mestrado em Odontologia)* – Faculdade de odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- VALDEZ, I. H.; PIZZO, P. A.; ATKINSON, J. C. Oral health of pediatric AIDS patients: A hospital-based study. *J Dent Child*, v.61, n.2, p.114-118, March/April, 1994.
- MADIGAN, A.; MURRAY, P. A.; HOUP, M. *et al.* Caries experience and cariogenic markers in HIV-positive children and their siblings. *Ped. Dent.*, v.18, n.2, p.129-136, March/April, 1996.
- NEVES, A. A.; TURA, L. F. Conhecimentos e atitudes de responsáveis por crianças HIV+. *Anais SBPqO. 12.a. Reunião anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica*. SP, Set, 1995.
- RIBEIRO, A. A.; BUNDMANN, E. R.; NISHIO, C. *et al.* *J Dent Res*, v.77 (IADR Abstracts), abs.1676, 1998.
- THYLSTRUP, A. When caries is caries, and what should we do about it? *Quintessence Internacional*, v. 29, n.9, p.594-598, 1998.
- CASTRO, G. F.; RIBEIRO, A. A.; PORTELA, M. B. *et al.* Conhecimentos e atitudes de médicos em relação à cárie precoce em crianças HIV+. *RBO*, v.59, n.1, p.19-21, jan./fev. 2002.
- VIEIRA, A. L.; SANTOS, C. B.; SILVA, M. M. P. Avaliação da eficiência da técnica de Bass em crianças de 9 a 14 anos de uma escola estadual. *Rev. Fluminense de Odont.*, ano V, n.10, p.77-81, jan./abr. 1999.
- HAAS, N. A. T.; ALVES, M. U.; VALENÇA, A. M. G. Controle de cárie incipiente. *RBO*, v.58, n.6, p.411-412, nov./dez. 2001.
- ABREU, F. V. G.; SOVIERO, V. M.; BASTOS, E. P. S. *et al.* Amamentação e desenvolvimento: função e oclusão. *JBO*. n.11, ano 2, p.17-20, set/out 1997.
- REGO, J. D. *Aleitamento Materno*. Atheneu, São Paulo. 2001. 518 p. Cap.12: Doenças maternas e Aleitamento natural.
- JUNQUEIRA, P. *Amamentação, hábitos orais e mastigação – Orientações, cuidados e dicas*. Revinter, RJ. 1999. 26p.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R. La promoción de la lactancia materna en la era del sida. *Rev. Panam Salud Publica*. V.9, n.6, p.357-361, June 2001.
- FERREIRA, D. C.; GLEISER, R. Contribuição ao estudo das maloclusões em crianças infectadas pelo HIV. RJ, 2002, 62p. *Monografia (Odontopediatria)* – FO/ UFRJ.
- HAUK, M. J.; MOSS, M. E.; WEINBERG, G. A. *et al.* Delayed tooth eruption: association with severity of HIV infection. *Pediatric Dentistry*, v.23, n.3, p.260-262, Febr. 2001.
- LOPES, S.; PINHEIRO, M.; PORTELA, M. *et al.* Atraso da erupção dentária: associação com a gravidade da infecção pelo HIV. *Anais SBPqO*. v.16, p.99. 19.a. reunião anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. SP, Set., 2002.
- SCHINESTSCK, P. A.; SCHINESTSCK, A. R. A importância do tratamento precoce da má-oclusão dentária para o equilíbrio orgânico e postural. *JBO*, v.3, n.13, p.15-30, 1998

Endereço para correspondência:
DENNIS DE CARVALHO FERREIRA
 Rua Riodades, 132 – Fonseca
 Niterói – RJ – CEP:24130-240
 E-mail: carvalhoferr@hotmail.com

Recebido em: 03/04/04

Aprovado em: 02/07/04

LEUCOPLASIA PILOSA ORAL EM PACIENTE HIV POSITIVO: REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE CASO

ORAL HAIRY LEUKOPLAKIA IN HIV SEROPOSITIVE PATIENT: LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

Adrianna Milagres¹, Ruth T Ramos², Marília H Castiliano³, Eliane P Dias⁴

RESUMO

Introdução: a leucoplasia pilosa oral (LPO) é uma lesão branca, não-destacável, localizada com maior frequência nas bordas laterais da língua. Geralmente se apresenta assintomática e não requer tratamento. Está associada a grave comprometimento imunológico, sendo considerada um indicador da infecção pelo HIV, assim como do desenvolvimento e prognóstico da aids. O vírus Epstein-Barr (EBV) é seu agente etiológico, o qual promove alterações nucleares nos ceratinócitos (CA, VF, NC). **Objetivo:** realizar uma revisão da literatura e relatar um caso clínico de leucoplasia pilosa oral em paciente portador do HIV. **Métodos:** realizou-se exame clínico e raspado das lesões, para confecção de esfregaços em lâmina de vidro, os quais foram fixados em álcool a 96% e corados pela técnica de Papanicolaou. **Resultados:** através de análise citopatológica identificaram-se as alterações nucleares causadas pelo EBV e hifas de *Candida* sp., obtendo-se o diagnóstico de LPO e candidíase. **Conclusão:** LPO regride à medida que ocorre a melhora do estado imunológico do paciente, com o uso de terapia anti-retroviral. Para o diagnóstico da lesão é necessária a identificação do EBV ou de seu efeito citopático; sendo assim, a citopatologia pode ser considerada o método de escolha, utilizando os moleculares nos casos em que a citopatologia for negativa.

Palavras-chave: leucoplasia pilosa oral, HIV, aids, citopatologia

ABSTRACT

Introduction: oral hairy leukoplakia (OHL) is a white lesion, nonremovable, most commonly on the lateral border of the tongue. Usually is asymptomatic and treatment is not necessary. It is associated with severe immunodeficiency, and is considered a indicator of HIV infection and indicator of aids's development and prognostic. Epstein-Barr virus is the causative agent, that causes nuclear changes in the keratinocytes (CA, GG, NB) **Objective:** to realize a literature review and to relate a case of oral hairy leukoplakia in a patient infected with HIV. **Methods:** a clinic examination was realized and scraps from the lesions were obtained, fixed and stained by Papanicolaou technique. **Results:** the cytopathologic analysis showed the nuclear changes and *Candida* sp. hyphae, and the diagnoses was OHL associated with candidiasis. **Conclusion:** OHL disappeared when the improvement of the imunologic status occur, with antiretroviral therapy. The diagnosis was made only when EBV or the nuclear changes were identified, than the cytopathology was a effective method, using the molecular methods only in doubtful cases.

Keywords: oral hairy leukoplakia, HIV, aids, cytopathology

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(2):58-62, 2004

INTRODUÇÃO

Com o aparecimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), uma nova entidade foi descrita: a leucoplasia pilosa oral (LPO), sendo considerada um importante marcador de desenvolvimento e prognóstico da síndrome.¹⁻⁴

A LPO é uma lesão branca causada pelo vírus Epstein-Barr (EBV), de superfície variando de plana a pilosa, não removível por raspagem. Localiza-se com maior frequência nas bordas laterais da língua.^{1,5,6,7} Na maioria dos casos não apresenta sintomatologia, sendo o tratamento desnecessário.⁸⁻¹¹

Os aspectos microscópicos incluem paraceratose, hiperplasia epitelial, acantose, papilomatose e alterações nucleares nos ceratinócitos (Cowdry A, núcleo em “vidro fosco” e núcleo “em colar”) representativas do efeito citopático do EBV, também identificadas através de análise citopatológica,^{5,12-15} tanto na forma clínica como na forma subclínica da lesão.^{16,17}

Sua prevalência em portadores do HIV tem sido estudada em vários países, e, com a implantação das novas terapias anti-retrovirais, os casos de LPO, assim como outras manifestações bucais, estão ocorrendo com menor frequência.¹⁸⁻²⁰

REVISÃO DA LITERATURA

Greenspan *et al.*¹, em 1982, observaram uma lesão branca em borda de língua de pacientes masculinos homossexuais, portadores do vírus HIV, que desenvolveram aids alguns meses depois. Posteriormente, em 1984, descreveram esta lesão denominando-a

¹Aluna do Curso de Especialização em Estomatologia da F.O. UERJ.

²Professora da Disciplina de Estomatologia da F.O. UVA.

³Coordenadora do Curso de Especialização em Estomatologia da F.O. UERJ.

⁴Coordenadora do Curso de Mestrado em Patologia Bucodental da UFF.

Órgão de fomento: CAPES

de leucoplasia pilosa oral, sendo considerada uma nova entidade reconhecida a partir do aparecimento da infecção pelo HIV.

A partir de então, vários autores como Greenspan *et al.*², Lupton *et al.*³, Husak *et al.*⁴ e investigaram e demonstraram a associação da LPO com HIV/aids, concluindo que a LPO é um indicador precoce da infecção pelo HIV e um importante marcador do desenvolvimento e progressão da aids.

Com a atual terapêutica anti-retroviral, Tappuni e Fleming¹⁸, Birnbaum *et al.*¹⁹ e Cherry-Peppers *et al.*²⁰ demonstraram, em seus estudos, significativa diminuição na prevalência das manifestações orais em pacientes infectados pelo HIV. Concluíram que a nova terapia tem aumentado a expectativa de vida dos pacientes, contribuindo na melhora da qualidade de vida, e, conseqüentemente, na saúde oral desses indivíduos.

Clinicamente, a LPO foi descrita por Greenspan *et al.*¹ como lesão branca formada por placas, de superfície plana, corrugada ou “pilosa” e com limites imprecisos. Acomete principalmente as bordas laterais da língua, mas, segundo Triantos *et al.*⁷ e Itin e Ruffli²¹, outras regiões da cavidade oral podem ser acometidas, como mucosa jugal, ventre e dorso de língua, assoalho da boca, palato mole e orofaringe.

Segundo Scully *et al.*¹¹, na maioria dos casos, a LPO é assintomática e regride espontaneamente ou não apresenta sintomatologia relevante, assim, não está indicado qualquer tratamento. De acordo com Greenspan *et al.*¹⁰, em alguns casos, pode haver dor e ardência e, até mesmo de comprometimento estético para o paciente, em que o tratamento se faz necessário.

A terapêutica indicada por Lozada-Nur e Costa²² e Triantos *et al.*⁷ inclui antivirais tópicos como aciclovir, desciclovir, zidovudine, ganciclovir e podofilina. Triantos *et al.*⁷ ainda sugerem o uso de podofilina tópica, excisão cirúrgica e crioterapia.

Para Schiodt *et al.*⁶ Schulten *et al.*²³ destacam-se como diagnósticos clínicos diferenciais: candidíase crônica hiperplásica, ceratose friccional, leucoplasia idiopática, leucoplasia associada ao tabaco, lesões galvânicas, língua geográfica, maceração, nevo branco esponjoso e líquen plano.

Greenspan *et al.*¹, inicialmente, associaram a etiologia da LPO ao papilomavírus humano (HPV) e a um vírus do grupo herpes. Em estudos posteriores, Greenspan *et al.*²⁴ confirmaram a presença do HPV na LPO pela técnica de imuno-histoquímica (IHC), e, através de hibridização *in situ* (ISH), constataram também a presença do EBV. No mesmo estudo, concluíram que o EBV se replicava no interior dos ceratinócitos e questionaram o envolvimento do HPV no desenvolvimento da LPO.

Seguidamente, Eversole *et al.*⁸, Belton e Eversole²⁵, Zhang *et al.*²⁶ e Fowler *et al.*⁹ em seus estudos vieram a confirmar que o EBV é o agente causador da LPO, pois em várias amostras de LPO identificaram a presença do EBV e o HPV não foi encontrado.

As características histopatológicas da LPO, descritas no início por Greenspan *et al.*¹, foram inespecíficas, como hiperplasia epitelial, paraceratose, papilomatose, acantose e células balonizadas. Em alguns casos pode haver a presença de *Candida sp.* e discreto infiltrado inflamatório em região subepitelial. Posteriormente, Fraga-Fernández *et al.*¹³ e Migliorati *et al.*¹⁵ acrescentaram aos aspectos microscópicos as alterações nucleares observadas nos ceratinócitos, representativas do efeito citopático do EBV: Cowdry A (CA), núcleo “vidro fosco” (VF) e núcleo “em colar” (NC).

Greenspan *et al.*²⁷, Itin²⁸ e Rocha²⁹, relataram casos de lesões que mimetizam clínica e histopatologicamente a LPO, mas não apresentam associação com o agente viral, sendo denominadas de “pseudoleucoplasia” pilosa. Assim, ressaltando a importância da identificação do agente etiológico.

Para Mabruk *et al.*³⁰, a identificação do EBV por métodos imunológicos ou moleculares é necessária para diagnosticar corretamente a LPO.

Segundo Fraga-Fernández e Vicandi-Plaza¹⁴, as alterações nucleares causadas pelo EBV são suficientes para o diagnóstico da LPO, uma vez que se apresentam da mesma forma tanto na histopatologia quanto na citopatologia. Assim, citopatologia é considerada, por vários autores, como Silva Jr.³¹, Dias *et al.*^{5, 12, 38}, uma técnica eficaz para o diagnóstico desta lesão.

Mais tarde, Dias *et al.*¹⁶, após estudos histopatológicos e citopatológicos em bordas de língua de pacientes soropositivos para o HIV, sem expressão clínica da lesão, descreveram a forma subclínica da LPO, caracterizada pela ausência de hiperparaceratose, papilomatose ausente ou discreta, paraceratose ausente ou focal, acantose leve, células claras, hiperplasia da camada basal e as alterações nucleares nos ceratinócitos.

A LPO tem sido estudada em vários países, onde Ramirez *et al.*³², Laskaris *et al.*³³, Ajubi *et al.*³⁴, Sivayathorn *et al.*³⁵, Nittayananta *et al.*³⁶, e Logan *et al.*³⁷ avaliaram clinicamente sua prevalência em pacientes portadores de HIV/aids, que variou de 0 a 45,2%.

No Brasil, Dias *et al.*³⁸ estudaram a prevalência da LPO, através de análise citopatológica em 676 pacientes portadores de HIV/aids, apresentando ou não a lesão clinicamente. Foram identificados 65 (9,6%) casos de LPO na forma clínica e 114 (17%) na forma subclínica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, com 35 anos de idade, compareceu à clínica do Curso de Especialização em Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com queixa principal de lesão na língua.

Durante a anamnese o paciente relatou que a lesão foi observada pelo cirurgião-dentista em exame de rotina, há cinco meses, o qual o encaminhou para um serviço de estomatologia.

Relatou ser portador do vírus HIV há cinco anos, mas que apenas neste momento, procurou tratamento. Apresentou-se com quadro de hipertensão, inflamação renal por citomegalovírus e seu hemograma acusava eosinofilia, leucopenia e anemia.

Ao exame físico, observou-se lesão branca assintomática, formada por placas verticais, não-destacáveis, de superfície rugosa e localizada nas bordas laterais da língua (**Figuras 1 e 2**). Não apresentou sintomatologia durante a manipulação.

Realizou-se raspagem das lesões, em bordas direita e esquerda, para a confecção de dois esfregaços, utilizando-se espátula de madeira e lâmina de vidro, sendo fixado em frasco contendo álcool a 96%. O material foi enviado ao serviço de anatomia patológica do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, para análise microscópica.

O laudo citopatológico descreveu esfregaços semelhantes, com boa celularidade epitelial, presença de células orangeófilas

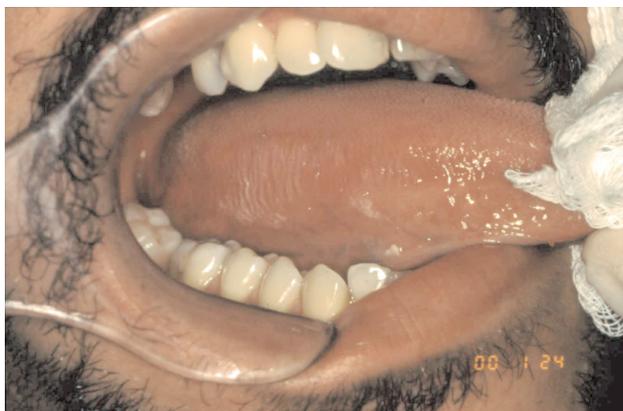


Figura 1 A - Lesão branca formada por placas verticais, de superfície rugosa, em borda direita da língua.
B - Lesão branca formada por placas verticais, de superfície rugosa, em borda esquerda da língua.

cas, alterações nucleares (CA, VF e NC) e hifas de *Candida sp.* (Figuras 3, 4 e 5). O diagnóstico foi de leucoplasia pilosa oral e candidíase.

Não foi prescrita medicação para candidíase, pois, nenhum incômodo foi relatado pelo paciente e, após o início da terapia anti-retroviral, observou-se a regressão da LPO bem como da candidíase. O paciente foi acompanhado por um período de seis meses, no qual apresentou melhora considerável em seu estado hematológico, não havendo recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

A cavidade oral é comumente acometida por inúmeras infecções, sendo as de maior prevalência a candidíase, herpes simples e LPO. Outras lesões são observadas com certa frequência, como o sarcoma de Kaposi, úlcera inespecífica e condiloma acuminado. As manifestações orais são consideradas um marcador clínico da aids.⁵

A LPO representa uma entidade reconhecida a partir do surgimento da aids¹, considerada um importante marcador da infecção pelo HIV, do desenvolvimento e prognóstico da síndrome.²⁻⁴

A introdução de novas drogas anti-retrovirais, como a terapia tripla e o avanço nos conhecimentos sobre a infecção pelo HIV, permitiram o aumento do tempo e da qualidade de vida dos pacientes soropositivos. A melhora do estado sistêmico refletiu na saúde bucal, pois ocasionou a diminuição das manifestações orais.¹⁸⁻²⁰

A LPO caracteriza-se clinicamente como uma lesão branca, não destacável, de limites irregulares, podendo apresentar superfície plana, corrugada ou pilosa. Localiza-se principalmente nas bordas laterais da língua,^{1,7} mas outras áreas da mucosa oral também podem ser acometidas, como mucosa jugal, palato, dorso e ventre lingual, assoalho bucal e orofaringe.^{1,7,21}

Devido ao fato da LPO não provocar alguma sintomatologia relevante, não é indicado qualquer tipo de tratamento,¹¹ pois, estando associada ao comprometimento imunológico, havendo melhora no sistema de defesa do paciente, espera-se sua regressão espontânea.

Suas características histopatológicas são paraceratose, hiperplasia epitelial, papilomatose, acantose, células balonizadas dispostas em faixa, com halos perinucleares e alterações nucleares nos ceratinócitos, representativas do efeito citopático do EBV: CA, VF e NC.^{9,13-15,32} Em alguns casos, pode-se observar colônias bacterias

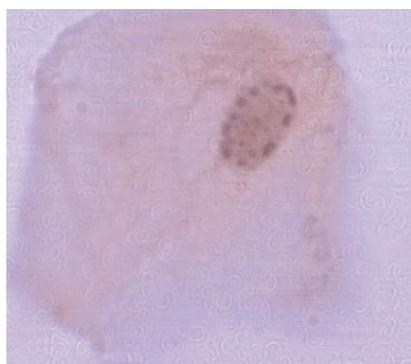
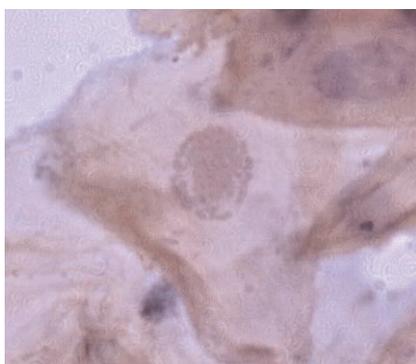


Figura 2 A - Ceratinócito com inclusão nuclear do tipo Cowdry A (Papanicolaou, 100x).
B - Ceratinócito com alteração do tipo “núcleo em colar” (Papanicolaou, 100x).
C - Placa de ceratinócitos com núcleo em “vidro fosco” e hifas de *Candida sp.* (Papanicolaou, 100x).

nas na camada de paracerasose, hifas de *Candida* sp. no epitélio e discreto infiltrado inflamatório em região subepitelial.^{1,7}

Os aspectos citopatológicos são caracterizados pela presença de células orangeofílicas e alterações nucleares nos ceratinócitos, que se apresentam da mesma forma que no exame histopatológico.¹⁴

Há várias lesões brancas, denominadas “pseudoleucoplasias” pilosas que mimetizam, tanto clínica como histopatologicamente a LPO.^{6,24,27-29} Sendo assim, deve-se fazer o diagnóstico diferencial através da identificação do EBV.^{6,23,27}

Após a identificação das alterações nucleares, correspondentes nas análises cito e histopatológica,¹⁴ a citopatologia vem sendo apontada por vários autores como metodologia de escolha para o diagnóstico definitivo da LPO,^{5,12,14-16,31,32} utilizando os métodos imunológicos e moleculares nos casos em que a citopatologia for negativa.

Os estudos sobre a identificação da LPO em pacientes soropositivos para o HIV demonstram uma prevalência variável de 0% a 45%, sendo que nestes estudos o diagnóstico foi apenas por exame clínico.³³⁻³⁸ O que não reflete o número real de casos, pois desta forma não é possível excluir as “pseudoleucoplasias” pilosas,²⁷⁻²⁹ e identificar a forma subclínica da lesão.^{16,32,39}

O caso clínico apresentado está concordante com a literatura, o qual descreve uma lesão branca, de superfície rugosa, não destacável, localizada nas bordas laterais da língua. O paciente é portador do HIV e não estava sob tratamento anti-retroviral no momento da consulta. Seu quadro sistêmico sugeria uma deficiência imunológica agravada, pois apresentava infecção pelo CMV, eosinofilia, leucopenia e anemia.

O exame citopatológico confirmou o diagnóstico de LPO, no qual foram identificadas as alterações nucleares nos ceratinócitos, além de hifas de *Candida* sp.

Sendo a lesão assintomática, não foi necessário qualquer tratamento, pois o paciente iniciou a terapia anti-retroviral, ocasionando a melhora de seu estado sistêmico e, conseqüentemente, a regressão da LPO.

Cabe-nos ressaltar a importância da anamnese e do exame físico para diagnóstico diferencial, principalmente das lesões brancas, as quais apresentam etiopatogenia, tratamento e prognóstico variados. Não obstante, um minucioso exame clínico é considerado de grande valia para atuação do estomatologista na identificação e diagnóstico das lesões, possibilitando-lhe uma conduta mais adequada no que diz respeito ao melhor atendimento e ao bem-estar do paciente.

CONCLUSÃO

A presença da LPO é considerada um marcador precoce da infecção pelo HIV, assim como do desenvolvimento e do prognóstico da aids.

A LPO regride à medida que ocorre a melhora do estado imunológico do paciente, com o uso de terapia anti-retroviral.

Para o diagnóstico definitivo da LPO é necessária a identificação do EBV ou de seu efeito citopático (CA, VF e NC). Assim, a citopatologia é o método de escolha para o diagnóstico da LPO, por ser uma técnica eficaz e pouco invasiva, que confirma o diagnóstico clínico, além de identificar a forma subclínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J. S.; CONANT, M. Oral hairy leukoplakia in male homosexuals: evidence of association with both papillomavirus and a herpes-group virus. *Lancet*, v. 2, p. 831-837, 1984.
- GREENSPAN, D.; HEARST, N. G. Relation of oral hairy leukoplakia to infection with the human immunodeficiency virus and the risk of developing AIDS. *J Infect Dis*, v. 155, n. 3, p. 475-481, 1987.
- LUPTON, G. P.; JAMES, W. D.; REDFIELD, R. R. Oral hairy leukoplakia – a distinctive marker of human T-cell lymphotropic virus type III (HTLV-III) infection. *Arch Dermatol*, v. 123, p. 624-628, May., 1987.
- HUSAK, R.; GARBE, C.; ORFANOS, C. E. Oral hairy leukoplakia in 71 HIV-seropositive patients: clinical symptoms, relation to immunologic status, and prognostic significance. *J Am Acad Dermatol*, v. 35, p. 928-934, 1996.
- DIAS, E. P.; FEIJÓ, E. C.; POLIGNANO, G. A. C. Diagnóstico clínico e cito-histopatológico das manifestações bucais na AIDS. *DST J bras Doenças Sex Transm*, v. 10, n. 1, p. 10-16, 1998.
- SCHIODT, M.; GREENSPAN, D.; DANIELS, T. E.; GREENSPAN, J. S. Clinical and histologic spectrum of hairy leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v. 64, p. 716-720, 1987.
- TRIANOS, D.; PORTER, S. R.; SCULLY, C. Oral hairy leukoplakia: clinicopathologic features, pathogenesis, diagnosis and clinical significance. *CID*, v. 25, p. 1392-1396, 1997.
- EVERSOLE, L. R.; JACOBSEN, P.; STONE, C. E. Oral condyloma planus (hairy leukoplakia) among homosexual men: a clinicopathologic study or thirty-six cases. *Oral Surg*, v. 66, n. 3, p. 249-255, 1986.
- FOWLER, C.; REED, K.; BRANNON, R. Intranuclear inclusions correlate with the ultrastructural detection of herpes-type virions in oral hairy leukoplakia. *Am J Surg Pathol*, v. 13, n. 2, p. 114-119, 1989.
- GREENSPAN, D. Oral hairy leukoplakia: diagnosis and management. *Oral Surg*, v. 67, n. 4, p. 396-403, 1989.
- SCULLY, C.; LASKARIS, G.; PINDBORG, J. Oral manifestations of HIV infection and their management- More common lesions. *Oral Surg*, v. 71, n. 2, p. 158-66, 1991.
- DIAS, E. P.; SILVA Jr, A.; POLIGNANO, G. A. C. Diagnóstico citopatológico da leucoplasia pilosa. *Jornal Bras de Patologia*, v. 35, n. 1, p. 23-27, jan./fev., 1999.
- FRAGA-FERNÁNDEZ, J.; BENITO, C.; LIZALDEZ, E. B. Oral hairy leukoplakia: a histopathologic study of 32 cases. *Am J Dermatopathol*, v. 12, n. 6, p. 571-578, 1990.
- FRAGA-FERNÁNDEZ, J.; VICANDI-PLAZA, B. Diagnosis of hairy leukoplakia by exfoliative cytologic methods. *Am J Clin Pathol*, v. 97, n. 2, p. 262-266, 1992.
- MIGLIORATI, C. A.; JONES, A. C.; BAUGHMAN, P. Use of exfoliative cytology in the diagnosis of oral hairy leukoplakia. *Oral Surg*, v. 76, n. 6, p. 704-710, 1993.
- DIAS, E. P.; ROCHA, M. L.; SILVA Jr, A. Oral hairy leukoplakia – Histopathologic and cytopathologic features of a subclinical phase. *Am J Clin Pathol*, v. 114, p. 394-400, 2000.
- DIAS, E. P.; SPYRIDES, K. S.; SILVA JUNIOR, A.; ROCHA, M. L.; FONSECA, E. C. Leucoplasia pilosa oral: aspectos da fase subclínica. *Pesqui Odontol Bras*, v. 15, n. 2, p. 104-111, abr./jun., 2001.
- TAPPUNI, A. R.; FLEMING, G. J. The effect of antiretroviral therapy on the prevalence of oral manifestations in HIV- infected patients: a UK study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral radiol Endod*, v. 92, n. 6, p. 623-628, Dec., 2001.
- BIRNBAUM, W.; HODGSON, T. A.; REICHAERT, P. A.; SHERSON, W.; NITTAYANNANTA, S. W.; AXELL, T. E. Prognostic significance of HIV-associated oral lesions and their relation to therapy. *Oral Dis*, v. 8, Suppl 2, p. 110-114, 2002.
- CHERRY-PEPPERS, G.; DANIELS, C. O.; MEEKS, V.; SANDERS, C. F.; REZNIK, D. Oral manifestations in the era of HAART. *J Natl Med Assoc*, v. 95, Suppl 2, Feb., 2003.
- ITIN, P. H.; RUFELI, T. Oral hairy leukoplakia. *Int J Dermatol*, v. 31, n. 5, p. 301-306, 1992.
- LOZADA-NUR, F.; COSTA, C. Restrospective findings of the clinical benefits of podophyllum resin 25% sol on hairy leukoplakia. *Oral Surg*, v. 73, n. 5, p. 555-8, 1994.

23. SHULTEN, E. A. J. M.; SNIJDERS, P. J. F.; TEN KATE, R. W. Oral hairy leukoplakia in HIV infection: a diagnostic pitfall. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v. 71, p.32-37, 1991.
24. GREENSPAN, J.S.; GREENSPAN, D.; LENNETTE, E.T. Replication of Epstein-Barr virus within the epithelial cells of Oral hairy leukoplakia an AIDS-Associated lesions *N Engl J Med*, v. 313, n. 25, p. 1564-71, 1985.
25. BELTON, C. M.; EVERSOLE, L. R. Oral hairy leukoplakia: ultrastructural features. *J Oral Pathol*, v. 15, p. 493-499, 1986.
26. ZHANG, X.; LANGFORD, A.; BACKER, J.; RABANUS, J.; POHLE, H.; REICHHART, P.; GELDERBLUM, H. Ultrastructural and immunohistochemical findings in oral hairy leukoplakia. *Virchows Archiv A Pathol Anat Histopathol*, v. 412, p. 533-542, 1988.
27. GREENSPAN, J. S.; GREE, T. L. Bucal lesions mimicking hairy leukoplakia: a diagnostic dilemma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v. 67, p. 422-426, 1989.
28. ITIN, P.H. Oral hairy leukoplakia-10 year on. *Dermatol*, v. 187, n.3, p. 159-163, 1993.
29. ROCHA, M. *Patologia da língua: estudo prospectivo em 100 necropsias*. 1997.108p. Dissertação (Mestrado em Patologia Bucodental). Universidade Federal Fluminense. Orientadora: Profª. Drª. Eliane Pedra Dias.
30. MABRUK, M. J. E. M. F.; FLINT, S. R.; TONER, M. Detection of Epstein-Barr virus DNA in tongue tissues from AIDS autopsies without clinical evidence of oral hairy leukoplakia. *J Oral Pathol Med*, v. 24, p. 109-112, 1995.
31. SILVA Jr, A. *Leucoplasia Pilosa: aspectos clínicos, histopatológicos e citopatológicos*. 1996. 77p. Dissertação (Mestrado em Patologia Bucodental) Universidade Federal Fluminense. Orientadora: Profª Drª Eliane Pedra Dias.
32. RAMIREZ, V.; GONZALEZ, A.; DE LA ROSA, E.; GONZALEZ, M.; RIVERA, I.; HERNANDEZ, C.; PONCE DE LEON, S. Oral lesions in Mexican HIV-infected patients. *J Oral Pathol Med*, v. 19, n. 10, p. 482-5, Nov, 1990.
33. LASKARIS, G.; HADJIVASSILIOU, M.; STRATIGOS, J. Oral signs and symptoms in 160 Greek HIV-infected patients. *J Oral Pathol Med*, v. 21, n. 3, p. 120-3, Mar., 1992.
34. AJUBI, N.; NOSSENT, J. C. AIDS on Curacao: the first 6 years. *Ned Tijdschr Geneesk*, v. 19, n. 137(25), p. 1251-5, Jun, 1993.
35. SIVAYATHORN, A.; SRIHRA, B.; LEESANGUANKUL, W. Prevalence of skin disease in patients infected with human immunodeficiency virus in Bangkok, Thailand. *Ann Acad Med Singapore*, v. 24, n. 4, p. 528-33, Jul, 1995.
36. NITTAYANANTA, W.; CHUNGPANICH, S. Oral lesions in a group of Thai people with AIDS *Oral Dis*, v. 1, Suppl 3, p. 41-5, May., 1997.
37. LOGAN, R. M.; COATES, E. A.; PIERCE, A. M.; WILSON, D. F. A retrospective analysis of oral hairy leukoplakia in South Australia *Aust Dent J*, v. 46, n. 2, p. 108-13, Jun., 2001.
38. DIAS, E. P.; SILVA JR, A.; FERREIRA, S. M. S.; POLIGNAMO, G. A. C.; MILAGRES, A. Diagnóstico citopatológico da leucoplasia pilosa oral. *J Bras Patol Med Lab*, v. 39, n. 1, jan./fev./mar., 2003.

Endereço para correspondência:

ADRIANNA MILAGRES

Rua Rubens Falcão, nº 81 – Porto Novo

São Gonçalo-RJ - CEP: 24435-090

E-mail: adrianna_milagres@hotmail.com

Recebido em: 20/04/04

Aprovado em: 24/06/04

*Carta dos Editores**Carta para os Diretores de Faculdades de Medicina*

Niterói, 20 de abril de 2004.

Prezado Diretor,

A Organização Mundial da Saúde estima que ocorrem no mundo mais de 340 milhões de casos de DST por ano apenas com quatro clássicas DST (tricomoníase = 174, clamídia = 92, gonorréia = 62 e sífilis = 12).

No Brasil estima-se a ocorrência de cerca de 10 milhões de casos novos por ano destas DST (tricomoníase = 4, clamídia 1.9, gonorréia = 1.5 e sífilis = 900 mil).

O número de pessoas infectadas pelo HIV no Brasil ultrapassa 500 mil.

Nestes números deve-se destacar que, hoje, a doença avança mais rapidamente entre adolescentes femininas, adolescentes homens que fazem sexo com homens e em maior velocidade e porcentagem, ainda, nas mulheres acima de 40 anos.

Portanto, fica claro que as estratégias atuais necessitam de reforço.

Os Programas Nacional, Estaduais e Municipais de DST/Aids se empenham junto com inúmeras instituições, inclusive com as Universidades, para tentar capacitar profissionais para, com melhor conhecimento, prover atividades médicas de diagnóstico e tratamento, mas também de ações nas esferas: educativa, aconselhamento, prevenção e política.

Entretanto, com as disponibilidades atuais dificilmente serão metas que consigam fazer frente às epidemias.

O número de pessoas treinadas, em DST, nos últimos anos pode encher os olhos de gestores e profissionais de um país em desenvolvimento. Todavia, para um país continental como o nosso, com mais de 170 milhões de habitantes e com os números citados anteriormente é muito pequeno. Para muitos, desprezível frente à necessidade.

Isto se agrava, pois em geral não há periodicidade nem continuidade em tais ações.

Com toda a certeza, podemos garantir que em todas as faculdades de medicina deste país existem aulas de DST. Porém, com toda a certeza também, são ações dicotomizadas na maioria absoluta das entidades, uma vez que cada disciplina (dermatologia, ginecologia, infectologia, saúde pública, urologia...) atua de maneira isolada.

Hoje, a cada ano são formados no Brasil cerca de 11.000 mil médicos.

Imagine se todos, ao mesmo tempo participarem, de forma sincronizada, de atividades programadas por uma ementa específica e com uma equipe voltada para tais ações.

A Universidade Federal Fluminense faz isto desde 1992. A Universidade Federal do Paraná há vários anos faz o mesmo. A Faculdades de Medicina de Vassouras e de Campos recentemente ingressaram neste time. Temos certeza que existem outras, que ainda não sabemos, que criaram, como nós, disciplina optativa ou mesmo obrigatória de DST.

Pedimos que o nobre colega e sua equipe analisem o conteúdo do material anexo e ajude nosso país a promover o controle das DST. Caso já exista em sua faculdade uma disciplina específica de DST rogamos que nos seja informado a época de criação e nome do professor coordenador.

Aceite um forte e afetuoso abraço.

Atenciosamente,

Os editores