



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

Av. Roberto Silveira, 123 - Niterói - RJ - Brasil
CEP 24230-150 - Tels.: (21) 2710-1549 e 2715-1446

DIRETORIA SBDST (2004 - 06)

Presidente:
Maria Luiza Bezerra Menezes

1º Vice-Presidente:
Geraldo Duarte

2º Vice-Presidente:
Newton Sergio de Carvalho

1º Secretário:
Adele S. Benzaken

2º Secretário:
Paulo Giraldo

1º Tesoureiro:
Carlos Alberto Sá Marques

2º Tesoureiro:
Mariângela Silveira

Diretor Científico:
Mauro Romero Leal Passos (RJ)

REGIONAL AMAZONAS
Presidente: João Catarino Dutra Júnior

REGIONAL BAHIA
Presidente: Roberto Dias Fontes

REGIONAL CEARÁ
Presidente: Ivo Castelo Branco Coêlho

REGIONAL ESPÍRITO SANTO
Presidente: Angélica Espinosa Miranda

REGIONAL GOIÁS
Presidente: Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

REGIONAL PARANÁ
Presidente: Newton Sergio de Carvalho

REGIONAL PERNAMBUCO
Presidente: Carlos Alberto Sá Marques

REGIONAL RIO DE JANEIRO
Presidente: Mauro Romero Leal Passos

REGIONAL RIO GRANDE DO NORTE
Presidente: Jair Maciel de Figueiredo

REGIONAL RIO GRANDE DO SUL
Presidente: Mauro Cunha Ramos

REGIONAL RONDÔNIA
Presidente: Alberto Saraiva Tibúrcio

REGIONAL SÃO PAULO
Presidente: Geraldo Duarte



**ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO
LATINO-AMERICANA E CARIBENHA PARA
O CONTROLE DAS DST**

Presidente: Adele Schwartz Benzaken (Brasil)
1º Vice Presidente: Enrique G. Garcia (Cuba)
2º Vice Presidente: Alicia Farinati (Argentina)
3º Vice Presidente: Anibal H. Pinochet (Chile)
4º Vice Presidente: Mauro Cunha Ramos (Brasil)
1º Secretário: Mauro Romero Leal Passos (Brasil)
2º Secretário: Freddy T. Guzman (Bolívia)
1º Tesoureiro: José Carlos G. Sardinha (Brasil)
2º Tesoureiro: Miguel Tilli (Argentina)
Diretor Científico: Paulo César Giraldo (Brasil)
Diretor Científico Adjunto: Newton S. de Carvalho (Brasil)
Diretor Científico Adjunto: Patricia J. Garcia (Peru)

Conselho Fiscal: Maria Luiza Bezerra Menezes (Brasil)
Renata de Queiroz Varella (Brasil)
Vandira Maria dos S. Pinheiro (Brasil)



CONSELHO EDITORIAL
Editor Chefe:
Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:
Adele S. Benzaken (AM)
Paulo Giraldo (SP)
Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Comissão Editorial:
Geraldo Duarte (SP)
Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)
Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)
Iara Moreno Linhares (SP)
José Antônio Simões (SP)
Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)
Luiz Carlos Moreira (RJ)
Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)
Mauro Cunha Ramos (RS)
Paulo Canella (RJ)
René Garrido Neves (RJ)
Tomaz Barbosa Isolan (RS)
Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional:
Alicia Farinati (Argentina)
Enrique Galbán García (Cuba)
Marc Steben (Canadá)
Peter Piot (UNAIDS-Suíça)
Rui Bastos (Moçambique)
Steven Witkin (EUA)

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

uff MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CCM / CMB / MIP
SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Outeiro de S. João Batista, s/nº
Campus do Valonguinho - Centro
Niterói - RJ - 24210-150 - Brasil
Tel.: 55 (21) 2629-2495 - 2629-2506
Fax.: 55 (21) 2629-2507
E-mail: mipmaur@vm.uff.br
<http://www.uff.br/dst/>

Reitor da UFF:
Cicero Mauro Fialho Rodrigues

Chefe do Setor do DST:
Mauro Romero Leal Passos

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Ministro
Humberto Costa

**COORDENAÇÃO NACIONAL
DST/Aids**
Pedro Chequer



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

Presidente:
James Bingham

Secretário Geral:
Ron Ballard

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

Direcionamento e Distribuição:
DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis é direcionado aos sócios da SBDST, assinantes, bibliotecas, centros de referência, ginecologistas, urologistas, infectologistas, dermatologistas, clínicos, programas saúde da família e entidades com convênio. É trimestral com tiragem de 15.000.

**Pede-se permuta - Exchange requested
On prie l'échange - Se solicita ei cazxe
Mau bitet nu Austausch - Si prega lo escambo**

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

É proibida a reprodução total ou parcial do DST - JBDST
sem a expressa autorização do editor.

APOIO



**Projeto - Atividade 532/03
Ministério da Saúde/PN DST/Aids**

SUMÁRIO

EDITORIAL

- RECIFE 2004: DESAFIO VENCIDO PELA “UNIÃO DE FORÇAS” VOLTADAS PARA A “ATENÇÃO INTEGRAL”3
 MENSAGEM DO PRESIDENTE LULA PARA O DST 5, PREVENÇÃO 5, AIDS I4

ARTIGOS

- A IMPLICAÇÃO DOS MECANISMOS DO LUTO NA EXPOSIÇÃO AO HIV7
The Mechanisms Related to Grief and Their Implications for Exposure to HIV
 Solange MS Oliveira, Wilza V Villela
- “MADRE FRONTERIZA”: ESTUDO CONJUNTO DE PREVALÊNCIA DE SÍFILIS, TRICOMONÍASE E HIV EM GESTANTES DA TRÍPLICE FRONTEIRA DO ALTO RIO SOLIMÕES15
“Madre Fronteriza”: Joint Prevalence Study of Syphilis, Trichomoniasis and HIV in Pregnant Women in the Triple Frontier of the Upper Solimões River
 Adele S Benzaken, Enrique G García, Adelma de O Rodrigues, Claudia Mora, Martín S Sánchez, José Carlos G Sardinha
- ESTRESSE NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM UMA UNIDADE DE PACIENTES PORTADORES DE HIV-AIDS24
Stress Among Nursing Professionals at an HIV-Aids Unit
 Janice DL Miquelim, Cleide BO Carvalho, Elucir Gir, Nilza TR Pelá
- CARACTERIZAÇÃO FENOTÍPICA E MOLECULAR DE *NEISSERIA GONORRHOEAE* ISOLADAS NO RIO DE JANEIRO, 2002–200332
Phenotypic and Molecular Characterization of Neisseria gonorrhoeae Isolated in Rio de Janeiro, Brazil, 2002–2003
 Nero A Barreto, Raquel RP Sant’anna, Luísa BG Silva, Aline A Uehara, Renata C Guimarães, Isabele M Duarte, Marise D Asensi
- A DANÇA COMO MEIO DE CONHECIMENTO DO CORPO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES43
The Dance as Means of Body Knowledge for Adolescent Health Promotion
 Anny GM Costa, Estela MLM Monteiro, Neiva FC Vieira, Maria GT Barroso
- AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS SÃO PROBLEMAS ENTRE GESTANTES NO CEARÁ?50
Are Sexually Transmitted Diseases a Problem to Pregnant Women in Ceará?
 Telma A Martins, Pierre Y-Bello, Martha D Bello, Lígia Regina SK Pontes, Lúcia V Costa, Iracema S Miralles, Telma Régia BS Queiroz
- ESTUDO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA EM AIDS – VITÓRIA, ES – BRASIL59
Clinical and Epidemiological Profile of Patients Attended at Home Care Assistance in Aids – Vitória, ES – Brazil
 Janaina AS Casotti, Luciana N Passos, Angela MCS Silva, Simone SF Tosi, Tânia QR Motta
- INFLUÊNCIA DO HPV-16 SOBRE A PRODUÇÃO INTRALESIONAL DE IL-10 EM MULHERES IMUNOGENETICAMENTE RESPONSIVAS E PORTADORAS DO HIV-167
Influence of the HPV-16 on IL-10 Intralesional Production in Immunogenetically Responsive Women Carrying HIV-1 Infection
 Ana Paula M Fernandes, Maria Alice G Gonçalves, Renata T Simões, Silvana Maria Quintana, Geraldo Duarte, Eduardo A Donadi
- A FEMINIZAÇÃO DA AIDS: CONHECIMENTO DE MULHERES SOROPOSITIVAS SOBRE A TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO DO HIV-173
The Feminization of Aids: Knowledge of Seropositive Women about HIV-1 Transmission and Prevention
 Elucir Gir, Silvia RMS Canini, Marinésia A Prado, Milton J Carvalho, Geraldo Duarte, Renata Karina Reis
- FATORES ASSOCIADOS AO USO DO PRESERVATIVO EM ADOLESCENTES DO GÊNERO FEMININO NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA77
Factors Associated with Condom Use by Female Adolescents in Goiânia City
 Maria AS Vieira, Eleuse MB Guimarães, Maria A Barbosa, Marília D Turchi, Maria de Fátima C Alves, Mirian SC Seixas, Mônica MD Garcia, Ruth Minamisava
- ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL À AIDS: A BUSCA PELAS QUESTÕES SUBJETIVAS84
Psychosocial Attendance the Aids: the Search for the Subjective Questions
 Ana AW Saldanha, Marco AC Figueiredo, Maria da Penha L Coutinho

Editorial

Recife 2004: Desafio Vencido pela “União de Forças” Voltadas para a “Atenção Integral”

Após várias reuniões, em Brasília, Bertioga-SP, Pirai-RJ, Rio de Janeiro e Recife, a SBDST, em perfeita harmonia com o PN-DST/AIDS do Ministério da Saúde, e contando com a colaboração técnico-científica de sociedades e organizações civis, dentre elas a SBI e sua federada pernambucana, ABIA e FEBRASGO, e com o apoio de diversas outras instituições (ALAC-DST, UNODC, UNAIDS, USAID, UNICEF, UNFPA, DFID, OPAS/OMS e BEMFAM) e secretarias de saúde municipal de Recife e estadual de Pernambuco, fechamos com o que, nada modestamente, classificaria como “chave de ouro” o Congresso “Recife 2004” que marcou história para a nossa sociedade. Apelidado de “3 em 1”, as marcas deixadas fizeram-se através da articulação e do atendimento, na medida do possível, dos interesses diversos dos quase 3.700 participantes, entre inscritos e convidados, oriundos de todo o Brasil, América Latina, América do Norte, África e Europa.

De fato, procuramos seguir o tema do congresso: **“Unindo forças para a atenção integral: diversidade de gênero, raça, etnia e orientação sexual”**. E a mobilização de todos foi tão intensa que fizeram com que no megaevento estivesse presente ao meu lado, o que muito me honrou, o nosso Ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa, presidindo a mesa da solenidade de abertura do Congresso, e abrindo-o, após a leitura da mensagem do nosso Presidente Lula (publicada nesta edição), juntamente com as demais autoridades, não menos ilustres, a citar nossa querida Presidente da SBDST, Dra. Adele Benzaken, o Secretário de Estado da Saúde, Dr. Guilherme Robalinho, representando o Governador do Estado de Pernambuco, Jarbas Vasconcelos, o Prefeito da Cidade do Recife, João Paulo Lima e Silva, o Diretor Executivo do Programa Global de AIDS das Nações Unidas (UNAIDS), Dr. Peter Piot, o representante da OPAS no Brasil, Dr. Horácio Toro, o Diretor da UNAIDS para Américas e Europa, Dr. Luís Mateus Loures, o representante da União das Nações Unidas para o Combate das Drogas e Crimes (UNODC), Dr. Giovanni Quaglia, o Diretor Regional da UNICEF para América Latina e Caribe, Dr. Nils Katsberg, o Secretário Nacional de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Dr. Jarbas Barbosa, o Secretário Municipal de Saúde do Recife, Dr. Gustavo de Azevedo Couto, representando o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, a Secretária de Saúde de Olinda, Dra. Marina Mendes, representando a prefeita de Olinda, Luciana Santos, o Diretor do Hospital das Clínicas de Pernambuco, Dr. Luiz Gonzaga de Castro e Souza Filho, representando o Magnífico Reitor da UFPE, o Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica, Dr. José Guido Correia de Araújo, representando o magnífico reitor da UPE, o Diretor do PN-DST/AIDS, Dr. Pedro Chequer, o Presidente do Grupo Temático – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, Dr. Armand Pereira, o representante da UNICEF no Brasil, Mary Pierre Moirier, o Presidente da SBI, Dr. João Silva de Mendonça, o presidente da SBDST-PE, Dr. Carlos Alberto Sá Marques, companheiro de fundação da nossa regional e idealizador do almejo de sediar este Congresso, e o representante da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, Jair Brandão de Moura Filho.

Tão importantes e emocionantes quanto as presenças e falas de alguns dos acima citadas, foram as homenagens prestadas, destacando-se à de honra ao mérito, ao Dr. Márcio Lobo Jardim, médico “venereologista”, prof. Titular de Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da UFPE, que muito contribuiu para o ensino, pesquisa, con-

trole e prevenção das DST a nível local e nacional, e à de Presidente de Honra do Congresso, ao Ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa. Pessoalmente, a mais comovente foi a que me prestaram todas as 11 regionais, cada uma com um buquê de rosas fazendo um semicírculo ao meu redor, ladeada pelo meu marido e meu tesouro maior, meu filho, cada um deles, também, com uma rosa. Fiquei boba com tamanha surpresa, e sem ação, diante de tanto cerimonial.

A programação, distribuída nas 22 salas do Centro de Convenções de Pernambuco, foi constituída por 18 atividades pré-congresso dentre cursos, oficinas, fóruns e reuniões, e as atividades do congresso propriamente dito, ou seja, quatro simpósios, 10 cursos, 24 oficinas, 69 mesas redondas, um seminário, dois painéis, um fórum, três sessões interativas, uma sessão de “ponto e contra-ponto” e 56 conferências. Destas, cinco plenárias, ocorrendo sempre no final de cada manhã e de cada tarde, oportunidade em que foram as únicas atividades científicas no congresso proporcionando um conagraçamento do grande público. Além das atividades científicas, 27 apresentações culturais, veiculadas em duas sessões de vídeos e três de *performances* teatrais compuseram a programação.

Houve ainda a prova de título de qualificação em DST, dividida em duas partes, teórica e de imagens, com a aprovação de 56 profissionais, o que em muito contribuirá para uma melhor assistência ao portador dessas mazelas em todo o país.

Foram apresentados 138 trabalhos científicos ou experiências de serviços, distribuídos em 31 sessões de comunicações coordenadas e uma sessão de multimídia. Estes concorreram ao prêmio dos oito melhores trabalhos em apresentação oral, nas diversas categorias, no valor de R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais) cada. Extensa área esteve disponível para apresentação de 1.218 pôsteres, que também concorreram aos prêmios dos oito melhores nesta categoria, com igual valor cada. Paralelamente, 31 trabalhos originais completos, concorrendo também a premiações dos quatro melhores com valor de R\$ 3.000,00 cada, foram enviados para publicação neste periódico científico indexado (o nosso órgão oficial).

Vencida esta tarefa árdua graças à ajuda de todos, é hora de assumir mais desafios. Aliás, estes têm-se tornado cada vez mais constantes em minha vida após ingressar no mundo das DST/AIDS. Comecei com o ambulatório de DST no CISAM/UPE, depois veio o mestrado, a qualificação em DST, a fundação e presidência da SBDST-PE, a coordenação de SAE-Materno-Infantil do CISAM/UPE, o doutorado e a presidência do Congresso. Desta vez me confiam a presidência da SBDST. Após o susto, espero vencer! E para isso, gostaria de continuar contando com a ajuda de todos, para que os sabores da vitória possam ser, mais uma vez, conjuntos. Dar um abraço carinhoso em todas as pessoas que participaram e ajudaram para que o nosso evento lograsse êxito, talvez não seja possível. Todavia, dizer muito OBRIGADA é o mínimo que posso fazer para retribuir.

Vamos rumo ao “DST 6”, Prevenção 6, Aids 2, em Santos 2006!

MARIA LUIZA BEZERRA MENEZES
Presidente da SBDST



**MENSAGEM DO SENHOR PRESIDENTE DA REPÚBLICA
V CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DST – DST 5
V CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST E AIDS
I CONGRESSO BRASILEIRO DE AIDS**

Brasília, 29 de agosto de 2004.

Senhores e senhoras congressistas, profissionais de saúde, ativistas, representantes da sociedade civil e militantes da causa da luta contra as DST e aids.

Compromissos agendados me impediram de vir a este Congresso. No entanto, dada a importância que meu governo confere à luta contra a epidemia de aids e às infecções de transmissão sexual (DST), não poderia deixar de me manifestar publicamente, por meio dessa mensagem.

Todos sabem o impacto que a epidemia de aids trouxe ao mundo. Também sabem quanto às infecções de transmissão sexual potencializam e multiplicam o problema.

Muito já alcançamos no passado. De fato, a resposta brasileira foi precoce e eficaz. A iniciativa de disponibilizar o tratamento universal para todas as pessoas com aids no país tem sido reconhecida no mundo inteiro como exemplo de política pública bem sucedida. Por meio dessa política, houve uma grande redução da mortalidade, uma melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com aids, garantindo, inclusive, a possibilidade de sua reinserção no mercado de trabalho e uma diminuição expressiva dos custos com gastos hospitalares. A diferença é que, neste governo, ela deve ser entendida como um instrumento de garantia dos direitos de cidadania do povo brasileiro e não pode ser encarada isoladamente do conjunto de políticas de proteção social.

Essa resposta tem, em sua formulação e desenvolvimento, uma consistente participação da sociedade civil, cujas instituições, mais do que parceiras, são por mim consideradas sujeitos estratégicos e imprescindíveis. Além disso, nada dessas ações seria possível sem o efetivo engajamento dos profissionais de saúde e da comunidade acadêmica atuando de forma interdisciplinar e integrada, na busca constante da excelência técnica.

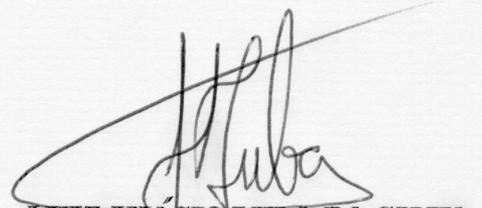
Outra característica que distingue a política de enfrentamento das DST/Aids no meu governo é o estímulo contínuo ao desenvolvimento de atividades envolvendo, não só o Ministério da Saúde, mas também os Ministérios da Educação e Justiça, as Forças Armadas e outros setores, atuando de forma intersetorial e interdisciplinar, no sentido de mobilizar atores institucionais estratégicos no controle da epidemia. A intersetorialidade das ações de enfrentamento das DST/Aids, no âmbito do SUS, é outra característica atual. Por isso, posso dizer, sem sombra de dúvida, que a resposta brasileira de forma pujante, caracterizada pela indissociabilidade entre prevenção e assistência é, hoje, política de governo!

No campo da política externa, o Brasil vem assumindo uma posição de destaque, liderando a formação de uma Rede de Transferência de Tecnologia entre países em desenvolvimento, buscando a redução de custos dos medicamentos antiretrovirais e uma conseqüente ampliação do acesso às populações mais pobres e vulneráveis do planeta. O Brasil iniciou a implementação de um programa de cooperação internacional para apoiar outros países em desenvolvimento nas áreas de assistência e tratamento com o suprimento de antiretrovirais produzidos no país, como parte da cooperação horizontal entre países da América Latina e África carentes desses medicamentos. Particular atenção desse programa está reservada aos países membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Em resposta às tendências da epidemia de aids de interiorização, atingindo cidades de médio e pequeno portes, e da pauperização, atingindo pessoas de menor escolaridade e renda, é meu compromisso ampliar as ações e recursos para os níveis estadual e municipal, além de fortalecer as instâncias de controle social no sentido de prover acesso e cobertura a serviços de qualidade para essas populações de maior vulnerabilidade, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Neste governo estamos implementando políticas sociais que garantam os direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids, política pública para os órfãos da aids e uma política específica de proteção social para os portadores de HIV/Aids, pois é no segmento de baixa renda que fica mais evidente a falta de apoio familiar e insuficiência ou ausência de renda. Também devemos honrar o compromisso de tornar acessíveis os medicamentos para o tratamento das DST.

Senhores e senhoras congressistas, muito já foi feito, mas há ainda muito a se fazer. Da minha parte, não pouparei esforços para avançar no enfrentamento desse problema, tendo certa a competência do meu Ministro da Saúde, Humberto Costa, na condução da política de saúde e, como já disse, compreendendo a luta contra as DST/Aids como uma prioridade de meu governo.

Bom congresso para todos e todas,



LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Presidente da República Federativa do Brasil

A IMPLICAÇÃO DOS MECANISMOS DO LUTO NA EXPOSIÇÃO AO HIV

THE MECHANISMS RELATED TO GRIEF AND THEIR IMPLICATIONS FOR EXPOSURE TO HIV

1º LUGAR – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: PREVENÇÃO

Solange MS Oliveira¹, Wilza V Villela²

RESUMO

Introdução: a complexidade da relação entre os fatores que estariam envolvidos na aquisição de doenças torna difícil estabelecer uma delimitação de variáveis, uma quantificação de influências. Discutir de que forma alguns momentos de vida, marcados por determinados mecanismos psíquicos inconscientes, estariam entre esses fatores, foi o objetivo dessa pesquisa. **Objetivo:** Descrever algumas marcas da vida psíquica dos sujeitos infectados, no momento imaginário da exposição ao HIV. **Método:** a abordagem foi qualitativa, com entrevistas abertas e não estruturadas. Os sujeitos foram convidados a falar sobre si, suas vidas e em quais circunstâncias acreditavam que se infectaram. A análise das entrevistas pautou-se no referencial teórico psicanalítico, buscando, na lógica interna do discurso, os aspectos da vida emocional relacionados com o momento suposto da infecção. **Resultado:** todos os entrevistados ao relatarem suas condições de vida delineando os seus fatores de vulnerabilidade ao HIV associaram ao momento imaginário da infecção aspectos importantes de sua vida, marcado por situações de perdas, que os desorganizaram emocionalmente. **Conclusão:** evidenciaram-se situações específicas nas quais estavam relacionados os mecanismos do luto, como fator individual de vulnerabilidade a exposição ao HIV.

Palavras-chave: infecções por HIV - psicologia, vulnerabilidade, análise qualitativa

ABSTRACT

Introduction: the complex relationship between the factors which can be involved in the acquisition of diseases makes it difficult to identify variables and to quantify their influences. This paper aims to discuss ways in which some life moments marked by unconscious psychic mechanisms could be among these factors. **Objective:** describe features of the psychic life of infected individuals in the supposed moment of the HIV exposure. **Method:** the approach was qualitative, the interviews were open, non-structured. The interviewees were invited to talk about themselves, their lives and under which circumstances they believed to have become infected. The interviews were analyzed according to psychoanalytic theory, finding in the internal logic of their speech aspects of their emotional lives related to the supposed moment of the infection. **Result:** all the interviewees, describing aspects of HIV vulnerability in their lives, related the supposed moment of the infection to situations of loss, which had emotionally disorganized them. **Conclusion:** in some specific situations mechanisms related to grief were found, as individual factors of vulnerability to HIV exposure. According to Freudian theory, grief is a reaction to the loss of a loved object, signifying an emptiness of the self, and an over-investment in a sole representation, as an attempt to keep alive the lost object. In these interviewees such reactions are hidden, and a lack of an internal working through of the grief was found. Attempts to reorganize life through the denial of loss and intensification of the search for new loving relationships were found.

Keywords: HIV infections psychology, vulnerability, qualitative analysis

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3):7-14, 2004

INTRODUÇÃO

A escuta no aconselhamento individual da testagem anti-HIV – que tem como foco a prevenção e como um dos instrumentos a entrega de resultado de exame – propicia indagações sobre quais fatores interferem na exposição ao vírus. Escutar alguns usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), relatando suas condições de vida e delineando os seus fatores de vulnerabilidade ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), proporcionou a investigação: *Sobre o Morrer*: a vida psíquica e suas implicações na exposição ao HIV, de Oliveira¹, da qual apresentaremos aqui alguns elementos.

A aquisição de doenças está determinada por uma ampla ordem de fatores, desde o aparato orgânico, hereditário, constitucional até

questões emocionais e mesmo sociais. A complexidade da relação entre os fatores que estariam envolvidos na aquisição de doenças, torna difícil estabelecer uma delimitação de variáveis, uma quantificação de influências. Discutir até que ponto e de que forma alguns momentos de vida, marcados por determinados mecanismos psíquicos inconscientes, estariam entre esses fatores, foi o objetivo dessa pesquisa.

Não se pretende discutir concepções de saúde e doença. No entanto, para situar em qual âmbito a pergunta que norteia este estudo se localiza, alinhavaremos algumas idéias sobre como as ciências têm discutido a aquisição das doenças.

“A etiologia específica das doenças, a racionalização científica do método anatomoclínico, o método experimental, depuram e despojam o saber médico do sagrado, das aspirações a uma causalidade absoluta e dogmática. O século XIX estabelece os fundamentos conceituais da medicina moderna. Doravante,

¹Mestrado pelo PPG/CIP-SES

Instituição: Centro de Testagem Aconselhamento Henrique de Sousa Filho – CTA Henfil

²Doutorado pela FMUSP – Instituição: Instituto de Saúde - SES

apenas os progressos das ciências e as técnicas anexas (física, química, informática etc) podem evidenciar, de maneira espetacular, o desenvolvimento e os resultados do saber médico na arte e o conhecimento do diagnóstico, do prognóstico e dos tratamentos das doenças.” (Del Volgo, 1998, p. 32)².

Para Shiller³ (2000), o desenvolvimento das ciências assinalou uma forma de se entender a causa das doenças. Dessa forma, o que não pode ser apreendido pelo método empírico será relegado às credências, tais como ficaram as idéias de que os processos psíquicos pudessem a elas estar relacionados.

“Uma outra visão estabelece que a doença depende de alguma coisa que se passa com o sujeito, sendo efeito da ruptura de um equilíbrio ou de distúrbios de uma função fisiológica. A origem pode estar numa desarmonia do homem com o seu meio. Se a doença se origina em nossa intimidade, isto se pode dar por nossa constituição, caráter ou temperamento, por uma falha genética ou imunológica. É uma concepção que confere ao médico um poder menor” (Schiller³, 2000, p. 129).

Freud, com a criação da psicanálise, vai dar subsídios para a construção das relações entre o mundo psíquico e sentidos das doenças, e o seu aparecimento. Alexander, precursor em Chicago da medicina psicossomática, vai buscar compreender o papel das emoções como causa das doenças, atribuindo-lhes um papel patogênico na medida em que evidenciam conflitos inconscientes.

Balint⁴ (1988), médico que apresentou, na década de 1940, importante posição sobre as teorias de como surgem as doenças, vai trabalhar o como se enfrenta uma doença e o quanto essa forma se relaciona com a estrutura psíquica. Afirma que um dos problemas da medicina é estabelecer qual é o fato primário no processo do adoecer: o orgânico ou o psíquico.

Se hoje os conhecimentos da ciência permitem compreender os processos bioquímicos que estão envolvidos nas doenças, associar a isso a inexistência de outros mecanismos, que interferiram na origem das doenças, só é possível pois a sociedade evoluiu de forma que é a ciência positivista, o médico, quem ocupou o lugar de dono da vida.

“O emaranhado celular, como sede causal das doenças, não está jamais excluído. Esse raciocínio pressupõe que, com o avanço da pesquisa, reduz-se a participação do psiquismo – como estrutura abstrata e destacada da anatomia – na gênese das doenças. ... Assim configura-se o equívoco que apaga a distinção entre causa e mecanismo. Pois para o médico um aumento da frequência é causado pela produção de adrenalina. Este, na realidade, não passa do mecanismo que leva à taquicardia. A verdadeira causa estará na esfera psíquica: um drama existencial, uma dificuldade, uma situação de medo” (Schiller⁵, 2003, p. 27).

Em 1951, Perestrello⁶ (1989) produziu uma série de ensaios sobre psicossomática, alertando para a necessidade de uma nova concepção sobre as doenças. Propunha que as doenças não são locais, mas de todo o indivíduo e que conflitos inconscientes seriam

os principais responsáveis pelos sintomas somáticos, quem faz a doença ou propicia as condições para que ela se instale é o próprio homem.

Se o método anatomoclínico funda uma concepção de saúde-doença, que possibilita a construção de um aparato eficiente de dominar os males, ao mesmo tempo extirpa a subjetividade do discurso conceitual da medicina. Assim, perde qualquer sentido o discurso do doente sobre sua doença. E será nesse âmbito que investigaremos a relação do sujeito com sua doença, ouvindo o mito, no sentido do relato das origens, e o romance do sujeito sobre sua doença para identificar caminhos que possam deixar-nos mais próximos do processo de morrer implicado no adoecimento.

Buscar a interferência da subjetividade na aquisição das doenças, faz caminhar por um terreno minado. Portanto, cabe levantar idéias questionadoras dessa relação.

“Essas absurdas e perigosas opiniões¹ conseguem atribuir o ônus da doença ao paciente, não só enfraquecendo a sua capacidade de compreender o alcance do possível cuidado médico, mas também, implicitamente, afastando o paciente do tratamento. A cura é tida como dependente, sobretudo da capacidade já seriamente provada ou enfraquecida do paciente de ter amor-próprio” (Sontag⁷, 1984, p. 61).

Considerando que a verdade refere-se a uma produção social e histórica, que representa uma fissura no universo inesgotável e quase inapreensível do humano, perguntamos: A doença se instaura simplesmente no corpo biológico e este não guarda uma relação com o corpo erótico? Pois, reside também aí a diferença, quando ousamos entrar no campo da subjetividade, buscando relações com a produção da doença. Mas, ainda é importante esclarecer um outro aspecto:

“[...] que não se deixe pairando no ar a suspeita de que a pessoa, contaminada ou doente, pode como que por um ato de vontade ou como resultado da psicoterapia, fazer desaparecer a doença, numa crença mágica que basta evitar o estresse e a depressão para que tudo esteja resolvido: os processos inconscientes em curso superam em muito a vontade e a consciência” (Moreira⁸, 2002, p. 21)

Moreno⁹ (2001), em seu estudo bibliográfico sobre a produção do conhecimento envolvendo o tema psicanálise e aids no âmbito da saúde pública, afirma que é conveniente refletir sobre a necessidade de uma investigação, oriunda de uma possível lacuna na produção literária brasileira, em torno das pesquisas envolvendo aids e psicanálise no que se refere à relação entre a infecção e uma possível “busca ativa, mas inconsciente”, da mesma.

A definição do presente estudo tangencia as questões não pouco complexas da causalidade, estando referendada pelo princípio da complementaridade de Bohr (1956), pelo qual é possível coexistirem diversas descrições de um mesmo fenômeno, que nos permite

¹ Referindo-se, entre outras, às idéias de Grodeck e Menninger que estão citados nesse estudo.

conceber a idéia de uma relação entre o sujeito e a aquisição de uma doença, no caso a aids, cuja etiologia é determinada por um agente externo, um vírus. Para processar essa discussão, é importante lembrar, por exemplo, as dificuldades que as pessoas têm encontrado para manter os tratamentos da aids ou mesmo de adotar comportamentos preventivos.

Como não pensar na implicação do sujeito na aquisição de uma doença que é sexualmente transmissível, quando observamos que inúmeras pessoas com todas as informações sobre a doença continuam infectando-se? O fato de ser uma DST põe em evidência a implicação da sexualidade do sujeito, o que nos leva para o âmbito da constituição psíquica do sujeito. Via as peripécias da busca de algo que se refere ao prazer ou à manutenção da vida, que o sujeito vai se deparar-se com o vírus, com algo que faz marca de morte.

Ao longo desses 23 anos da pandemia de aids, segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério de Saúde¹⁰ (2003), no Brasil, 600 mil pessoas foram infectadas pelo HIV (0,65% da população), 277.154 foram notificadas. Dessas últimas, 64% foram infectadas através de relação sexual. O perfil da população atingida tem-se alterado. Inicialmente, foram os homens que fazem sexo com homens; num segundo momento, a epidemia cresceu entre usuários de drogas injetáveis, afetando uma população mais jovem. Atualmente, as características da epidemia são heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. Assim, cada vez mais, o perfil da epidemia aproxima-se do perfil sócio-econômico da população em geral. Apesar de as políticas públicas brasileiras de prevenção, tratamento e distribuição gratuita de preservativos e medicação contribuírem para a desaceleração da curva de crescimento, a epidemia ainda continua crescendo.

A responsabilização das pessoas pela aquisição do vírus e a sua associação a um desvio moral, deram vazão a juízos pelos quais a doença seria uma punição justificável. São interpretações calcadas em preconceito, fatores que contribuíram para a estigmatização da aids.

Este estudo pretende trazer uma outra nuance à reflexão da vulnerabilidade do indivíduo: a da imbricação do psiquismo no processo de aquisição das doenças. Como a vida psíquica do sujeito torna-o vulnerável a infecção? Isto não se refere à idéia de culpabilização das pessoas, por meio da qual são culpadas por um processo consciente de sua doença, como uma acusação.

“Ninguém pode fugir da condição fundamental de desamparo sem condenar-se a viver na mediocridade do anonimato, ou da inautenticidade, como sugere Heidegger, ou ainda, sem se deixar envolver pelo engodo das ilusões, como ensina Freud. Mas daí não se segue que devemos submeter-nos servilmente a esta condição humana. Pela força criativa da inteligência e da imaginação e pela capacidade de luta que lhe é inata, o homem projeta seus sonhos e seus anseios para conseguir, não digo transcender sua condição humana, mas escapar à sua servidão. Olhando a existência como tarefa, o homem deixa de ser joguete do Destino e passa, ele próprio, a construir o seu destino e a escrever sua história” (Rocha¹¹, 2000, p. 161).

OBJETIVO

O objetivo é investigar se haveria algo peculiar que marca o momento de vida de alguém que se infecta pelo HIV e qual a rela-

ção desse evento com a exposição à infecção, e assim conhecer mecanismos da vida emocional presentes no momento imaginário da aquisição da infecção pelo HIV, assinalando como os aspectos psíquicos revelados na pesquisa podem interferir nas estratégias de prevenção às DST/aids nos serviços de saúde.

MÉTODO

A pesquisa tem uma abordagem qualitativa, subsidiada pelo método psicanalítico, dado que se busca abordar aspectos inconscientes da estruturação psíquica dos sujeitos envolvidos.

O método psicanalítico é definido por Freud como um meio para investigação de processos mentais ou psíquicos e um método terapêutico. É baseado na associação livre do sujeito, materializado num discurso, que pressupõe que o sujeito incorpora a sua história ao seu discurso. Deve falar livremente sobre o que vier à cabeça, mas se trata de uma liberdade demarcada, por emergir o que de antemão estava sobredeterminado pela estruturação do psiquismo do sujeito.

A vertente de investigação do método psicanalítico dá subsídios teóricos para a busca do material da pesquisa, fazendo-se necessário encontrar um primeiro instante que viabilize que os sujeitos falem. Para tanto, a entrevista psicológica foi a técnica de investigação, usando o instrumental da entrevista aberta. De forma não-direcionada, inicialmente a pessoa se expõe, propiciando o aparecimento daquilo que o sujeito supõe marcar o momento da sua vida quando se infecta, e a partir de então os próprios conteúdos do discurso do entrevistado direcionam o aprofundamento do tema. Assim, o campo da entrevista configura-se pelas variáveis referentes à estruturação do mundo mental do sujeito, supondo-se que a continuidade da narrativa vai tecendo associações, delineando os aspectos a serem abordados.

Iniciou-se a entrevista com a mesma explanação: “É uma entrevista na qual eu espero que você me conte de você, da sua vida e do momento em que você acredita que se infectou. Talvez você possa começar contando como foi para você saber que era soropositivo.”

Os sujeitos da pesquisa foram pessoas soropositivas, cujo critério de inclusão foi terem mais de 21 anos, de ambos os sexos, de qualquer profissão ou classe social, que aceitassem através do termo de consentimento livre e esclarecido, por escrito, participar da pesquisa.

Foram colocados cartazes nos Serviços Municipais de Saúde de DST/Aids e numa ONG que trabalha na luta contra a aids, da região central de São Paulo, onde reside a maior parte dos soropositivos desta cidade, convidando as pessoas que quisessem participar da pesquisa a entrar em contato com a pesquisadora. Nessa região temos o Centro de Testagem e Aconselhamento Henrique de Sousa Filho (CTA Henfil) e Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids Campos Elíseos (SAE Campos Elíseos). Também, os profissionais desses serviços ofereceram aos seus usuários a participação na pesquisa.

Foram realizadas dezesseis entrevistas. Metade do número dos entrevistados procurou os serviços espontaneamente, querendo participar da pesquisa. A outra metade foi sugerida a participar pelos profissionais que os atenderam.

Quadro 1 – Alguns dados sobre os entrevistados

Entrevistado	Situação Atual Trabalho	Escola-ridade	Forma de Infecção	Parceria época infecção	Contato suposto infecção	Marcas do momento
E 41 ² , M ³	Formal	Superior incompleto	Homo	Início parceria fixa	Parceiro fixo	Perda amorosa
AV 62, M	Aposentado	Superior	Homo	Sem parceria fixa	Não identifica	Perda amorosa
NR 28, M	Informal	Ensino médio	Homo	Sem parceria fixa	Parceiro eventual	Perda amorosa. Morte mãe
G 33, M	Informal	Ensino médio	Homo	Início parceria fixa	Parceiro fixo	Perda amorosa. Morte mãe
F 35, M	Autônomo	Ensino médio	Homo	Sem parceria fixa	Parceiro eventual	Perda amorosa
Ale 43, M	Autônomo	Ensino médio	UDI	Sem parceria fixa	Amigo	Morte mãe
MC 54, F	Aposentada	Ensino fundamental	Hetero	Parceria fixa	Parceiro fixo	Perda amorosa trabalho
LU 26, M	Formal	Ensino médio	Homo	Parceria fixa	Parceiro fixo	Separação casamento Perda trabalho Assumir homos. Morte amigo
VI 39, M	Formal	Ensino fundamental	Homo	Sem parceria fixa	Parceiro eventual	Perda trabalho Morte mãe
ALI 37, M	Esporádico	Ensino fundamental	UDI	Sem parceria fixa	Primo	Morte esposa
LE 29, M	Desemprego	Ensino médio	Hetero	Sem parceria fixa	Parceira eventual	Relação amorosa
JE 37, F	Formal	Ensino médio	Hetero	Sem parceria fixa	Parceiro fixo	Perda amorosa trabalho
Ro 25, M	Formal	Superior	Homo	Sem parceria fixa	Parceiro fixo	Perda amorosa trabalho
JA 43, M	Desemprego	Ensino fundamental	Hetero	Parceira fixa	Parceira eventual	Perda Igreja Fracasso casamento

RESULTADO

Apresentaremos abaixo um quadro com dados gerais sobre os sujeitos e informações sobre o momento suposto da sua infecção.

As entrevistas evidenciam a singularidade, mas também aspectos que se repetem. Para efeito da análise do material, estes aspectos foram organizados em torno de três eixos: a interpretação pessoal da história da infecção, o momento suposto para a infecção, a vivência das perdas.

É importante assinalar que a metodologia do trabalho, no que se refere à captação de sujeitos, viabilizou que chegassem para a pesquisa pessoas que apresentam, em dados gerais, o mesmo perfil da população atingida pela epidemia na cidade de São Paulo. Isso se verifica pelo do Quadro 1, apresentado nesse estudo, no que tange à faixa etária (20 a 60), sexo (homens e mulheres), escolarização (predominância do ensino fundamental) e categoria de exposição (homossexual, heterossexual e UDI). Assim, embora o nosso olhar repouse sobre a singularidade, não se pode atribuir aos sujeitos que falam nesse estudo características distintas daqueles que a epidemia tem atingido.

Todos os entrevistados puderam associar um momento imaginário para a infecção. Assim essas pessoas engendram para si um momento narrável, no qual se vêem vulneráveis ao vírus. Esse dado tem sua importância acrescida ao compará-lo com o que se encontra no CTA, onde algumas pessoas, ao receberem seus exames, no aconselhamento, não relatam esse momento, seja porque ainda estão sob o primeiro impacto do conhecimento, seja porque não encontram acolhimento adequado para fazê-lo ou por qualquer outra razão.

Isso se amplia ao se tomar o total dos usuários do serviço, independentemente do resultado do exame. Embora se abordem questões díspares, ser soronegativo e ser soropositivo, sabe-se que a maioria das pessoas que fazem exame se supõe em risco, percebendo uma vulnerabilidade. Abordar aquele momento e nomeá-lo pode fazer uma diferença para os objetivos de prevenção à epidemia.

Todos os participantes relataram suas vidas e mazelas, independentemente do tempo de conhecimento do seu *status* sorológico. Abordaram-se pessoas que sabiam ser soropositivas há pouco (20 dias) e outras há muito tempo (12 anos).

Também todos expuseram aspectos marcantes de suas vidas atribuídos ao momento em que supõem terem-se infectado. Uma ocasião para todos, marcada por situações de perdas, na maioria amorosa e de trabalho, situações que os desorganizaram emocionalmente.

A maioria dos entrevistados, depois das perdas amorosas, entrou num processo de busca ininterrupta por novas parcerias sexuais;

² Idade do entrevistado.

³ Sexo do entrevistado.

assim, vivenciaram um recrudescimento da vida sexual, pondo em jogo mecanismos autodestrutivos, podendo ser vistos como auto-mortíferos.

Para que se vislumbre a riqueza das singularidades que se desenharam nas entrevistas, o que cada sujeito enuncia na articulação do discurso, para que se possa vislumbrar esse fenômeno, apresentamos alguns recortes por meio dos seguintes eixos organizadores da discussão: *o momento suposto para a infecção, a vivência das perdas*, que em parte pretendem por si só enunciar uma captura da vida emocional desses entrevistados.

NR

“Eu não conseguia assimilar a morte (da mãe). Fiquei muito deprimido, uns quinze dias eu fiquei assim [...] e falei: eu vou tocar minha vida, só vou pensar na morte da minha mãe quando eu tiver superado [...] os primeiros dois anos eu não parava pra nada, quando eu tava parado eu tava fazendo alguma coisa”.

Interrupção da relação: *“acho que foi um tapa na cara maior do que esse de descobrir que estou com vírus [...] Eu não conseguia assimilar aquilo”.*

“Eu ainda estava numa fase destrutiva. Eu queria de alguma forma me agredir, me machucar, porque assim eu saia com pessoas desconhecidas então eu tinha o risco de alguma coisa grave fosse acontecer comigo [...] uma maneira meio doida de acabar comigo mesmo”.

VI *“No prazo de dois meses, ele faleceu. E o outro depois de quatro meses da morte dele. O outro amigo começou a sentir os mesmos sintomas, [...], a gente viu ele se desfazendo, desfazendo, se acabando, morrendo mesmo. Aí, outro amigo do apartamento foi lá, estava com HIV, estava todo mundo indo, eu preciso ir também, mas eu vou consciente de quando sair o resultado eu sou mais um portador”.*

“Como foi? Foi. Quem foi? Não sei. Mas eu sei como eu adquiri o vírus HIV, através das minhas várias relações [...] Se eu estou com o vírus, eu sou o culpado, essa coisa, eu sou consciente, não foi nem aquela pessoa, que meu amigo me alertou que estava com a aids que eu transei, não. O tempo todo da minha vida assim, eu procurei, se eu estou com o bichinho lá dentro encubadinho, que vai ficar quietinho, quietinho por muito tempo, eu procurei, esse amiguinho que vai me acompanhar pelo resto da minha vida, entendeu?” Procura motivada pelo prazer, sem tampouco se ligar a ninguém. “É difícil eu falar assim: eu amo uma pessoa única. Eu amo todo mundo que esta ao meu redor [...] Eu sou muito promíscuo, mas sexualmente assim tranqüilo”.

“Eu estava me procurando, eu estava procurando alguma coisa minha antes, eu não tinha sentido a minha vida”.

RO *“Eu tava no último ano da minha faculdade. Eu passei por um período, assim, foi um vendaval que passou, porque meus pais se separaram, tudo muito junto uma coisa da outra”. Professor de natação: uma paixão de sua vida. “Foi tudo muito sabe, uma coisa atrás da outra. De repente meus pais se sepa-*

ram, a gente muda de casa, eu saio do emprego, vou fazer um estágio depois de um tempo me formo”.

“Começou tudo errado, em vez de começar, sabe, tudo perfeito, não, começou tudo errado [...] Eu tinha um namorado que fazia tudo por mim, que pegava no pé, mas que vivia em função do namoro e de repente eu peguei um que tinha um monte de prioridades além do namoro. E eu ficava meio perdido nisso [...] lá no fundo eu sentia que falava não, esse cara é o cara que eu gosto e tem alguma coisa aqui me dizendo que eu tenho que continuar com ele. Não sei se é amor o que, que é. Mas tinha alguma coisa aqui dentro que falava não, não termina que você vai sofrer ou que você tem que continuar com ele, tem muita coisa pra aprender com ele. E continuamos e deu no que deu [...] Não, que daí eu me contaminei”.

JA *“Eu nessa fase toda, com a mente toda conturbada. Eu sem ninguém pra conversar, afastado de tudo que eu conhecia até então [...] todos aqueles anos de casado. Eu nunca havia traído a minha esposa, nunca. Nunca eu havia tido um relacionamento extraconjugal por uma questão de princípios”.*

“A coisa foi vindo durante anos. Sabe e eu sempre sendo humilhado [...] Eu já estava com aquela coisa no meu coração. Eu já estava tão afastado de tudo, estava me sentindo tão mal, já afastado da igreja [...] Eu comecei a colocar o relacionamento na frente de tudo, o sexual, foi aí que eu acho que eu acabei me [...] E até hoje eu penso como é que pode uma situação dessas? [...] Quer saber de uma coisa? Eu tava com uma situação completamente perdida, em casa, o casamento deteriorado, a vida na igreja, sabe assim já tudo por água. Eu estava com aquele sentimento de tudo ter dado errado”.

DISCUSSÃO

Os entrevistados expuseram os emaranhados dos seus viveres e foram escutados, engendrando o enredo das vidas e o que surgiu foi a aventura do viver. Como toda vez que um humano se põe a falar, surge uma gama grande de questões, mas, estranhamente, ela parece única: uma imensa vontade de ser amado estampada pela estranha luta travada para que um perdido lugar se reabite. No entanto, não poderia ser diferente, já que é essa a história de fundação do psíquico, essa inatingível busca de amor, que tem na vida uma ampla gama de significantes.

Nesse recorte com esses humanos, essa procura é marcada por histórias de amor estampadas pela relação de afeto com o parceiro sexual, ora do mesmo sexo, ora diferente, por vezes se entremeiam e são vividas com uma magnitude estonteante. Mas já que tudo que começa pode acabar, reduzidos a pó, esses humanos sentem-se ou perdem-se quando as histórias se desfazem. Surpreendentemente se refazem. Da noite para o dia travestem-se de uma energia de vida desconhecida, prontos para o novo amor. E assim parecia seguirem quando esbarraram: são atropelados, atravessados pelo, agora para sempre companheiro, HIV.

São histórias de amores interrompidas. Pessoas que buscavam laços amorosos com uma frequência e uma potência surpreendentes. Aqui não está instalada apenas a busca inerente de amor que circunscreve o humano, que vai nortear a constituição psíquica, mas conta de como a busca pelo romance amoroso é a grande forma de encontrar significação.

Os entrevistados relatam, por via de um emaranhado de perdas, o momento em que supõem a infecção. Perder é algo inerente ao ser humano. Ultrapassar e prosseguir são marcas do cotidiano do viver. Então, aparentemente, trata-se do mais banal dos fatos da vida, no entanto parece que aqui há uma sobrecarga. Portanto, cabe pensar o montante de perdas que se dá na vida dessas pessoas, especialmente as perdas amorosas, já que os romances por elas são procurados como significantes de vida.

Aprofundar a marca dos mecanismos do luto parece necessário. Pois há uma recuperação no tempo, na capacidade de novamente se ligar também *sui generis*. Haveria aqui uma diferença no processo de luto, os mecanismos seriam esses do morrer de fato por um instante? Mas o que são esses mecanismos e como os identificar será tratado mais à frente.

Foi possível observar como os entrevistados constroem uma rede de entendimento para seus males e que ao enunciarem suas crenças, estão articulando a história de si mesmos, anunciam um entendimento de sua exposição ao HIV tomando uma vertente subjetivante, que poderíamos enunciar como um saber inconsciente.

Assim, entre outras idéias, emerge uma consciência de que algo dos processos internos orientou, subsidiando esse encontro com o vírus. Ao se levantar o aspecto de que os entrevistados relacionam sua exposição ao vírus com as experiências de vida, articulando os mecanismos de sua vida psíquica, isso nos aproxima da questão de que as marcas da vida psíquica estariam imbricadas nesse processo de morrer. Nesse recorte, cabe apenas registrar a existência da relação entre a vida psíquica e a aquisição do vírus. Assim, não se trata de discutir o material no que ele explicita do sujeito, já que implicaria em entrar por um caminho de discussão da história de vida, da constituição de suas singularidades. Os discursos foram selecionados por serem construções explícitas das relações entre o imaginário dos sujeitos e a aquisição do vírus. Essa vinculação põe em pauta a questão da auto-estima e traz imediatamente a idéia de culpa. Surgiram também relatos que relacionam a suposição de o parceiro estar infectado com a entrega amorosa independentemente disso, pois ali a paixão conta mais que qualquer outra coisa, uma forma encontrada de recuperar a sensação de existência do sujeito.

Ferreira¹² (1992), em “Conversando com o paciente HIV positivo: um estudo clínico”, busca averiguar, a partir dos indivíduos potencialmente estigmatizados, até que ponto a condição de soropositivos afeta suas vidas, suas relações interpessoais. Embora faça a análise dos dados usando um referencial psicanalítico, na sua introdução discute a relação aids e a psiconeuroimunologia e refere que, dentre outros fatores, o desencadeamento da doença seja precedido ou acompanhado de forte estresse emocional”.

Ao se ouvir esses sujeitos responsabilizarem-se, elegendo o significativo culpa para tal, torna-se necessário ofertar os holofotes por eles reivindicados e aprofundar a compreensão. A questão da culpa está no mito da origem do homem, se tomamos a tentativa cristã ocidental de dar conta da sua origem. Não podemos deixar de aten-

tar para a vertente da cultura quando o tema que emerge é a culpa. Esta ligada a uma dívida a ser resgatada, e no traçado do resgate vemos os sujeitos revelarem-se.

Freud¹³ (1930), em “Mal-estar na civilização”, investiga a origem do sentimento de culpa. Seu aparecimento surge ligado à consideração de se ter feito algum mal, e muitas vezes não se refere a algo de desagradável ao eu, muito pelo contrário. Assim, é um julgamento resultante da dependência humana com relação a outros humanos, já que se pode perder o amor desses, ficando assim exposto a perigos, o que poderá levar à renúncia de uma satisfação. No entanto, a autoridade, que primordialmente era externa, será no processo de constituição do humano internalizada, assim o homem não poderá de si mesmo esconder o mal realizado, ou pensado. Freud passa dessa forma a operar com o conceito de eu e supereu para explicar a outra origem do sentimento de culpa, o medo do supereu, cuja função entre outras é a de manter a vigilância sobre ações e intenções do eu. “O sentimento de culpa é uma expressão tanto do conflito devido à ambivalência, quanto da eterna luta entre Eros e a pulsão de destruição ou de morte” (Freud¹³, 1930, p. 156).

Assim, o autor está articulando idéias já enunciadas em “Totem e tabu”¹⁴, pelas quais o processo de construção da cultura passa pelo assassinato do filho ao pai primeiro. Dessa forma, ao humano estaria fadado uma culpa irremovível, forjada antes de tudo por uma dívida, que é fundante do psíquico, a dívida por ser falante, instaurada na passagem do biológico para a condição humana processada pela linguagem, que torna o humano dependente de um outro humano. “Ora, isto insere o sujeito na ordem da linguagem e, ao mesmo tempo, traduz o desamparo como a experiência de uma falta fundamental, que cuidado algum pode suprir [...] esta ‘falta a ser’ é a incapacidade da linguagem de dizer a última palavra sobre a verdade do ser” (Rocha¹¹, 2000, p. 161).

Articulando esses conceitos e o material das entrevistas, na culpa anunciada por alguns desses sujeitos pela infecção, como poderíamos observar essa punição? Pode-se inferi-la na doença? Assim, um sentimento de culpa poderia na doença encontrar satisfação, pois o sujeito passa a se sentir doente e não culpado.

Suas falas sobre o *momento suposto para a infecção* enunciam perdas amorosas e em seguida podemos ouvi-los relatar de como se embrenham numa busca incessante de outros parceiros. Aqui se deve ponderar que se está aproximando alguns modelos de compreensão, e que o ato humano é expressão de uma sobre-determinação na qual estão em jogo diversas vertentes da vida psíquica.

Todos os entrevistados atribuíram um momento para sua infecção, construindo assim uma história de suas vidas, enodadas por diversas perdas que não trazem marcas de sentido, que se impõem revelando suas construções imaginárias. Esses seres perdem, perdem-se nessa busca de amar, de serem amados. Perdem amores, vínculos, empregos, casas. Alguns se viram envolvidos em lutos familiares de figuras fundamentais: suas mães. Parece perderem tudo e, atravessados por essas vivências, que se visibilizam de diferentes formas, que não trazem a morte do corpo e não se estancam, mas pulsam por nova ligação. A procura de novos amores torna-se, então, imperativa. Vivem, embora se descubram acompanhados do HIV. Perfurados por essas experiências de perdas, é que supõem terem-se infectado.

Como essas perdas foram vividas, quais foram seus efeitos sobre o sujeito, como se estrutura a reação à perda do ente querido ou

daquilo com que se tinha um vínculo? A escuta desses entrevistados, relatando suas condições de vida e delineando os seus fatores de vulnerabilidade ao vírus HIV, sugere situações específicas nas quais os mecanismos advindos do processo de luto colocam-se como fator individual de vulnerabilidade à exposição ao HIV. Algumas pessoas, em momentos de luto, expuseram-se à possibilidade de se infectar. Assim, os mecanismos do luto, aquilo que emerge da perda de qualquer objeto amado, toda a vivência interna e sua reação interferem na exposição, marcando o aparecimento da infecção pelo HIV, estabelecendo uma relação entre um momento de luto na vida do sujeito e o aparecimento de doenças.

A implicação entre luto e deterioração da saúde é uma relação verificada em alguns estudos, por exemplo, sobre efeitos da viuvez. Maddison e Viola¹⁵ (1968) compararam grupos de mulheres viúvas e não-viúvas concluindo que o luto do cônjuge é uma ameaça à saúde. Os resultados do trabalho de Stroebe e Stroebe¹⁶ (1987), sobre causa de morte por problemas cardíacos depois da perda do cônjuge, apontam para a suscetibilidade a doenças. Parkes¹⁷ (1998), importante pesquisador sobre o luto, em estudos comparativos mostra que o índice de mortalidade, considerando diversas causas e levando em conta a mesma idade, é muito maior entre viúvos do que entre pessoas casadas.

Devemos considerar que havia um sistema de ligações, uma harmonia no funcionamento psíquico que incluía à ligação com a pessoa amada. Acontecida a perda, haverá um trabalho de desligamento da energia até então destinada à ligação com aquele objeto, que acarretará em libido livre.

A perda de objeto traria à baila algo que implica numa perda do eu, já que no luto o eu passa a ser reinvestido pela libido que fora liberada, pois o objeto perdido nunca se tratou de um objeto externo, aquele que tinha sido internamente construído. O investimento libidinal recai sobre o mundo de representações, assim desde sempre parte do eu: “só o olhamos, escutam, sentimos ou tocamos envolvido no véu tecido pelas imagens nascidas da fusão complexa entre a sua imagem e a imagem de nós mesmos [...] O amado é uma parte de nós mesmos”. (Nasio¹⁸, 1996, p. 41).

Perdida está uma imagem de mim mesmo. Assim, o sujeito se encontra sem recursos diante da absurda tensão para a liberação das forças investidas, e da própria libido desgarrada. Aqui a marca da perda do outro desenha a queda de algo de si.

Posto isso, reduzidos a pó, esses humanos sentem-se e perdem-se quando essas histórias se desfazem. Submetidos à tamanha confusão pulsional e sofrimento psíquico, atravessados pelo que tem a marca do insuportável e por isso será rechaçado, esses entrevistados passam a buscar novos parceiros amorosos. Surpreendentemente se refazem, e, da noite para o dia, travestem-se da energia de vida errante, prontos para o novo amor. São como emergentes dessa procura que hipotetizam terem se deparado com o HIV. Como é essa procura? Aparentemente, o resultante deu-se no desvio da trajetória, aparente equívoco pois o que se buscava era a excelência do prazer, este ligado ao viver.

E nessa ausência emerge uma libidinização, na qual o sexo conta muito, já que o romance é tão intensamente buscado, como o grande acolhedor, aquilo que dá significado, que faz rolar o registro do que foram as marcas. Parece ser da magnitude da vida. Mais do que qualquer coisa, aqui o que conta é o romance. Há um excesso que

não pode ser deixado para amanhã, não pode ser postergado. Ouça-se AV: “A gente quer a felicidade aqui agora, todo mundo quer ser feliz hoje, ninguém quer ser feliz o ano que vem. Só na poupança que a gente guarda para ter os juros mais pra frente”.

É importante observar que as clássicas características das reações do luto como: o desânimo penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a inibição de atividades e a perda da capacidade de amar, nesses sujeitos estão escamoteadas. O que se apresenta aqui, em parte, é a ausência do trabalho do luto. Parece faltar a possibilidade de suportar toda a dor decorrente da perda e do próprio luto. Esses sujeitos tentam se reorganizar a partir de uma estrondosa negação da perda. E toda energia antes ligada ao objeto, que hipoteticamente se reverteria caindo sobre o eu, aqui é violentamente dissipada. Torna-se novamente livre para se ancorar em um outro. Então, não é o eu que será investido. É a busca incessante de um outro que se imporá. O que se observa desse movimento não é uma reconstrução que impulsiona vida, o que se esperaria como fim do luto, mas antes, uma obturação da falta. Assim, na tentativa de exorcizar a morte e procurar a vida, infundiu-se a ação silenciosa da pulsão de morte, assim nomeada por Freud, cuja tendência é a de manter tudo inerte, apaziguado.

Assim, vê-se emergir o que alguns autores, como Torok¹⁹ (1987), relatam a partir de suas clínicas: uma saída maníaca no processo do luto, resultante da forte tensão pelo excesso de libido desligada, tentativa premente de descarga desse excesso. Também Allouch²⁰ (1977), considerando essa possibilidade, assinala o caráter de perda de parte de si, atribuindo ao luto um sacrifício fálico.

No texto de “Luto e melancolia”, Freud²¹ (1917) aborda a diferença dos mecanismos em pauta no luto e suas peculiaridades discutindo-os à penumbra da melancolia. Enfatiza como traço diferenciador a diminuição da auto-estima, o empobrecimento do eu caracterizado por uma intensa auto-recriminação. Ao se ouvir os entrevistados, emergem muitas vezes essas sensações, já que de suas bocas escorrem os significantes da baixa auto-estima. Sem contudo enveredar pela discussão da estruturação psicopatológica desses entrevistados, mesmo que muito sedutor, considero não ser o eixo dos objetivos, nesse trabalho, abordar o mortífero na melancolia, pode nortear caminhos. Na melancolia vê-se exacerbada a perda relativa ao eu que se configura pelo digladiar de partes do eu, fruto de um deslocamento do ódio ao objeto perdido. Viabilizando um verdadeiro ataque ao eu, ação da agressividade que retorna sobre o eu.

Rudge²² (2001) afirma que o trabalho do luto, independente de como se processe, relaciona-se necessariamente à restauração de um narcisismo ferido, deixando talvez marcas permanentes, e a reconstrução de uma ilusão necessária aos investimentos na vida e no amor.

Os discursos sobre o sofrimento diante da separação dos amados emanam envoltos, constituídos por instantes sem fala. Mudos arrebatados por algo que emerge sem símbolo, sem representação. Ressurgidos no narrar de alguns sobre o conhecimento do *status* sorológico. Considerando o desligamento pulsional do objeto perdido, esse processo de intensa pressão, o pulsar, sem contudo se ancorar, e já que a morte é sem representação, poderíamos entender como aquilo que não se liga, não se representa, não se inscreve. Isto é marca do momento suposto da infecção.

Por esse estudo, entendeu-se que o HIV atingiu esses entrevistados em momentos específicos de suas vidas, marcados por perdas,

uma vez que os mecanismos maníacos e de negação do luto por si facilitam as experiências de descuido e baixa da guarda da proteção. Sabe-se que a separação ou a perda de um objeto de ligação é uma vivência impactante para o ser humano em diversas culturas, experimentadas por muitas pessoas em nossa organização social. Porém, o comum do fato não deve ser argumento para a irrelevância do fenômeno, muito pelo contrário. Talvez sejam nas experiências mais corriqueiras, por atingir muitas e várias vezes a mesma pessoa, que residam as forças motoras do avanço da epidemia, pelas quais se levantam aspectos importantes dos efeitos mortíferos, aqueles que tornam as pessoas mais vulneráveis.

CONCLUSÃO

Imbricados estiveram o momento de exposição ao vírus e a dor, junção esta que pode tornar as pessoas vulneráveis ao HIV. Como fazer prevenção se o sofrimento não é da ordem da cura, já que constitutivo da posição de ser faltante do humano?

Ao longo da epidemia, cada vez mais, tem-se discutido os modelos prescritivos de comportamentos presentes nas intervenções de prevenção, creditando-lhes ineficiência. Cabe saber se essa discussão atingiu de fato as práticas. A ultrapassagem da distância entre o discurso político dos profissionais de saúde e as práticas que marcam a rede pública, em parte, tem sido construído diariamente por diversas ações. No entanto, inerente às instituições, está a alienação que atravessa esses profissionais. Dessa forma, urge que se possa refletir sobre como implementar práticas de prevenção considerando o humano, no referente ao que lhe é irredutível, a falta constitutiva do ser humano.

Atentando ao que perpassa esses entrevistados, podem-se vislumbrar outras nuances da epidemia de aids, por meio do que está inscrito nesses sujeitos e que deu amálgama em suas lutas pela vida para se depararem com o HIV.

Assim, a atenção para esse fator de vulnerabilidade pode trazer uma importante colaboração para as intervenções de prevenção dos profissionais de saúde. O conceito de vulnerabilidade tem norteado as práticas de prevenção em DST/aids e, a partir dele, tem-se construído intervenções específicas para as populações vistas como mais vulneráveis. Aqui se delinea uma possibilidade de inserir os enlutados no patamar dessas populações. Trata-se da vulnerabilização, que a forma de processamento de determinadas experiências emocionais impõe às pessoas.

Percebeu-se, no presente estudo, de forma emblemática que os mecanismos pelos quais se instalará a vivência do luto, da perda de um objeto de amor, podem tornar as pessoas mais vulneráveis, uma vulnerabilidade temporária e concomitante ao período singular do luto.

Considerando a vulnerabilidade do sujeito instalada pela perda, os serviços de saúde podem desenvolver, por meio de simples ações, viáveis de serem implementadas no âmbito dos serviços de DST/aids, desde a atenção aos casais sorodiscordantes nas eventuais perdas dos parceiros, como para outras pessoas em vivência de perda. Construindo técnicas de intervenção, pelas quais se possa acolher, escutar e viabilizar o trabalho do luto. Pode ser um importante recorte

para se pensar a prevenção secundária, a discussão da vivência de perda que a soropositividade por si só impõe às vidas das pessoas.

Proferir sobre a importância do olhar para a imunodeficiência psíquica, emprestando o termo de Berlinck²³ (1997), decorrente das experiências de perda, não é condição suficiente para as transformações das práticas, porém é condição necessária. Assim, cabe a construção de uma política de ação de saúde frente ao processo do luto, evidenciando o reconhecimento de sua vulnerabilidade psíquica, de sua imbricação no processo de aquisição de doenças. Dessa forma, não se pode mais intentar práticas de prevenção às doenças sem ousar escutar esse inominável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OLIVEIRA, SMS. – *Sobre o Morrer*: a vida psíquica e suas implicações na exposição ao HIV [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós Graduação em Infecções e Saúde Pública da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2003.
2. EL VOGO, M.J. - *O instante de dizer*: o mito individual do doente sobre a medicina moderna. São Paulo: Editora Escuta; Goiânia, Editora da UCG; 1998.
3. SCHILLER, P. - *A vertigem da imortalidade - segredos, doenças*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
4. BALINT, M. - *O médico seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1988.
5. SCHILLER, P. - As psicossomáticas in: *Psicossoma III* org. Volich, R. M. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
6. PERETRELLO, D. - *Trabalhos escolhidos*. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu; 1987.
7. SONTAG, S. - *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
8. MOREIRA, A.C.G. - *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta; 2002.
9. MORENO, D.M.F.C. - *A saúde pública e a psicanálise: a produção do conhecimento no Brasil acerca da aids*. [Dissertação] FSPUSP; 2001.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. *BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS*. - Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST/Aids. Brasília. 2003.
11. ROCHA, Z. - *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Escuta; 2000.
12. FERREIRA, C.V.L. - *Conversando com o paciente HIV positivo: um estudo clínico*. [tese]. Campinas: UNICAMP; 1992.
13. FREUD, S. (1930) - *O mal estar na civilização*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974. V. 21.
14. FREUD, S. (1913) - Totem e tabu. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974. V. 13.
15. MADDISON, D.C. E VIOLA, A - The health of widows in: the year following bereavement. *Journal of Psychosomatic Research*, 12, 1968
16. STROEBE, W. E STROEBE, M. - *Bereavement and health: the psychological and physical consequences of partner loss*. Cambridge: Cambridge University, 1987.
17. PARKES, C.M. - *Luto - estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus; 1998.
18. NASIO, J.D. - *O livro do amor e da dor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1996.
19. TOROK, M. - Doença do luto e fantasia do cadáver saboroso. In: ABRAHAM, NICOLAS E TOROK, M. *A casca e o Núcleo*. São Paulo: Escuta, 1987
20. ALLOUCH, J. - *Erotic du deuil au temps de la mort sèche*. Paris: E.P.E.L.; 1997.
21. FREUD, S. (1917) - *Luto e melancolia*. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud. RJ, Imago; 1974. V. 14.
22. RUDGE, A. M. - *Notas sobre a culpa no luto*. In: Culpa, Peres, U. T. (Org.), São Paulo: Escuta; 2001.
23. BERLINCK, M.T. - Insuficiência imunológica psíquica. In: *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, Ano X, nº 103, novembro de 1997.

Endereço para correspondência:

SOLANGE M S OLIVEIRA

Rua Clodomiro Amazonas 576 aptº 10j

São Paulo – SP - CEP: 04537-001

E-mail: langemar@uol.com.br

Recebido em: 10/06/04

Aprovado em: 21/09/04

“MADRE FRONTERIZA”: ESTUDO CONJUNTO DE PREVALÊNCIA DE SÍFILIS, TRICOMONÍASE E HIV EM GESTANTES DA TRÍPLICE FRONTEIRA DO ALTO RIO SOLIMÕES

“MADRE FRONTERIZA”: JOINT PREVALENCE STUDY OF SYPHILIS, TRICHOMONIASIS AND HIV IN PREGNANT WOMEN IN THE TRIPLE FRONTIER OF THE UPPER SOLIMÕES RIVER

1º LUGAR – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: EPIDEMIOLOGIA

Adele S Benzaken¹, Enrique G García², Adelma de O Rodrigues³,
Claudia Mora⁴, Martín S Sánchez⁵, José Carlos G Sardinha⁶

RESUMO

Introdução: a epidemiologia das DST, nas regiões de fronteira do interior da Amazônia é pouco estudada. **Objetivo:** Com o objetivo de se aprofundar no seu conhecimento e de estimular os países vizinhos a desenvolver intervenções comuns, realizou-se trabalho com recursos próprios dos municípios envolvidos. **Método:** um estudo de corte transversal (prevalência) em amostra representativa das mulheres gestantes da intrincada região do Alto Solimões, que compreende oito municípios da tríplice fronteira que conformam Brasil, Colômbia e Peru no noroeste da Amazônia Internacional. De um tamanho amostral mínimo necessário de 338 mulheres, alcançou-se incorporar ao finalizar o período do estudo (3 de agosto – 4 de novembro de 2003) um total de 550. A todas aplicou-se um questionário e colheram-se amostras para estudo de tricomoníase vaginal, sífilis e HIV. **Resultado:** a taxa de prevalência encontrada para o conjunto das três DST investigadas foi de 7,4%, mais elevado no lado peruano que foi superior a 10%. A prevalência para tricomoníase vaginal, sífilis e infecção pelo HIV foi, respectivamente, de 6,3%, 0,92% e 0,2%, com ligeiras diferenças entre as distintas comunidades dos países integrantes do estudo. **Conclusão:** considera-se muito provável que as DST curáveis representem um importante problema de saúde e que medidas de controle comuns devem ser implementadas a fim de evitar uma rápida propagação da epidemia de HIV-aids, que se encontra, neste momento, numa fase precoce do seu desenvolvimento. Este trabalho evidenciou que é possível a colaboração entre países vizinhos no controle das DST.

Palavras-chave: DST, ITS, gestantes, cooperação, fronteiras

ABSTRACT

Introduction: the epidemiologists of STIs are poorly defined in the isolated frontier regions of the Amazon. **Objective:** With the goal of deepening the knowledge and of stimulating neighbor countries to practice shared interventions, a study of prevalence was founded with the resources of its own area of interest. **Method:** such study took place with samples from pregnant women from each region of the Upper Solimões River. This area comprehends eight municipalities in the northwest of the International Amazon, which are found in the triple border of Brazil, Colombia, and Peru. At the end of the study (08/03/03 – 11/04/03), a total number of samples from 550 women had been incorporated to a starting number of only 338. An epidemiological inquiry was applied and samples were collected for the study of vaginal trichomoniasis, syphilis, and HIV. **Result:** the level of prevalence found for the three investigated STIs were of 7,4%, more aggravated in the Peruvian side which was superior to 10%. The prevalence for vaginal trichomoniasis, syphilis, and HIV infection was respectively of 6,3%, 0,92%, and 0,2%. There were slight differences between different residential communities and countries that integrated the study. **Conclusion:** it is very likely that the curable STIs represent an important health problem. Joint controlling measures should be implemented so to avoid a fast dissemination of the HIV/Aids epidemic, which is found at this moment in a premature developing stage. This study has showed that the cooperation between neighbor countries is attainable in the control of STIs.

Keywords: STD, STI, pregnant women, cooperation, frontiers

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3): 15-23, 2004

INTRODUÇÃO

Em setembro de 2002, por iniciativa da Fundação Alfredo da Matta (FUAM), Manaus, Amazonas, com o apoio de OPAS/OMS (Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde) e do Ministério da Saúde do Brasil, se realizou-se, na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil, uma reunião com os coordenadores dos Programas Nacionais de DST do Brasil, Venezuela, Colômbia, Equador, Peru e Bolívia, com o objetivo de explorar novas possibi-

¹Médica, Ginecologista, Gerente do Setor de DST da FUAM

²Prof. Dr. Departamento Medicina Interna e Saúde Pública Faculdade Medicina Calixto García, Universidad de La Habana, Cuba. Médico, Epidemiologista, Consultor da FUAM

³Bióloga, Coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids de Tabatinga

⁴Psicóloga, Coordenadora do Programa de DST/Aids do Departamento de Saúde do Amazonas em Letícia – Colômbia

⁵Médico de Caballo Cocha, Peru

⁶Médico, Dermatologista do Setor de DST da FUAM

Apoio: OPS/OMS de Brasil e Washington, do Programa Nacional DST/Aids do Ministério da Saúde do Brasil e da Direção da Fundação Alfredo da Matta.

lidades de colaboração para o controle das DST nas fronteiras da região Amazônica.

Previamente, os técnicos da FUAM haviam coordenado a elaboração de um “Diagnóstico da Situação” dos programas de DST nos países participantes, que serviu de base para revisar e discutir as experiências precedentes, propor novas formas de cooperação e atualizar as prioridades geográficas.

Como resultado deste trabalho acordou-se realizar, também na cidade de Manaus, em fevereiro de 2003, o “Primeiro Curso de Planejamento, Administração e Avaliação de Programas de DST para Profissionais de Saúde de Áreas Fronteiriças da Amazônia”, curso bilíngüe (Português/Espanhol) no qual participaram 27 profissionais do Brasil, Colômbia, Peru e Bolívia, que desenvolviam trabalho nas áreas de fronteiras ou nas coordenações estaduais e departamentais que administrativamente as dirigem. Parte do conteúdo programático do curso foi dedicada à formulação de possíveis intervenções conjuntas para suas respectivas áreas fronteiriças.

O presente relato é o primeiro resultado concreto surgido da colaboração entre três países: Brasil, Colômbia e Peru, realizado na região do Alto Solimões, localizado no coração da Amazônia e que formam entre eles uma complexa tríplice fronteira internacional (Figura 1).

Características da Região do Alto Solimões

A região do Alto Solimões inclui um total de oito municípios: do Brasil (Tabatinga, Atalaia do Norte e Benjamin Constant), da Colômbia (Letícia e Puerto Narino) e do Peru (Caballo Cocha, Islandia e Santa Rosa) que no total compreendem uma população de 173.074 habitantes, 50,5% deles feminina. Na época, estimou-se o número anual de gestantes em 4.928 e de nascidos vivos em 3.938.

Sobre o ponto de vista socioeconômico e político destaca-se, ainda que com diferentes intensidades entre os países, a coexistência de alguns fatores que podem potencializar a disseminação das DST, como passagem sem restrições pelas fronteiras, marcantes diferenças no nível de recursos/qualidade dos serviços de saúde e de desenvolvimento de programas de controle de DST/HIV-aids, existência de tráfico e consumo de drogas, prostituição, presença de conflitos armados e a existência de população indígena dispersa e de difícil acesso.

Não obstante as diferenças, também se identificaram como problemas comuns o fato de as DST provavelmente serem um importante problema de saúde e a existência de um acentuado grau de subnotificação das mesmas, que em geral não contavam com o apoio político que se requer e que seria necessário desenvolver trabalhos conjuntos para controle das DST, como já haviam sido realizados nos programas de vacinação, luta contra o cólera e outros.

Para a realização deste trabalho, a FUAM, que recebeu dos diferentes países o encargo de coordenar a organização das atividades da chamada “Iniciativa Pan Amazônica”, teve que, previamente, realizar visitas locais para articular-se com as Secretarias de Saúde dos Departamentos do Amazonas (Colômbia) e Loretoyacu (Peru) e com a Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (Brasil), assim como com as Secretarias Municipais de Saúde de Tabatinga, Benjamin Constant e Atalaia do Norte (Brasil), Caballo Cocha, Islandia e Santa Rosa (Peru), Letícia e Puerto Narino (Colômbia); Hospital de Guarnição de Tabatinga, Hospital de Puerto Narino e Laboratório de Saúde Pública de Letícia, Colômbia. Componente fundamental desta articulação foi a busca e obtenção do apoio político das Prefeituras de Tabatinga e Letícia.

A realização deste projeto contou apenas com os recursos disponíveis na região, uma vez que não foi possível obter financiamento adicional. Isso impossibilitou de se incluir na investigação, como se



Figura 1 – Tríplice Fronteira da Região do Alto Solimões

havia desejado, o estudo da prevalência da infecção gonocócica e por clamídia.

OBJETIVO

Objetivo geral: Realizar estudo conjunto de prevalência de DST em gestantes da região da Tríplex Fronteira do Alto Solimões

Objetivos específicos:

- Estimular a integração dos Programas de Controle de DST/AIDS na região do Alto Solimões.
- Estimar a prevalência da infecção por sífilis, tricomoníase vaginal e da infecção pelo HIV na população feminina sexualmente ativa da região, assim como identificar as áreas com maior prevalência.
- Identificar e tratar as mulheres grávidas com sífilis, tricomoníase vaginal e infecção pelo HIV.
- Avaliar a possibilidade de atuação conjunta dos países da região no controle das DST.

MÉTODO

Realizou-se um estudo transversal (prevalência) com componente analítico, selecionando a subpopulação de mulheres grávidas como representativas da população feminina sexualmente ativa. De uma estimativa anual de 4.928 mulheres grávidas e estimando uma freqüência de DST de 4%, uma precisão de 2% e nível de signifi-

cância de 5%, calculou-se o tamanho da amostra em 338 gestantes, as quais e de acordo a média mensal de grávidas da região, poderiam incorporar-se ao estudo num período de tempo relativamente curto (três meses)

Para garantir a aleatoriedade das integrantes da investigação, estas foram incorporadas em sua primeira consulta a partir de um dia de começo uniforme para todas as unidades, selecionado ao acaso a partir de (04/08/04) sem levar em conta a idade gestacional (e somente uma vez) de maneira consecutiva e continuada até o dia 03/11/03.

Questionário com dados de identificação, antecedentes epidemiológicos e resultados de exames laboratoriais foi aplicado no momento da entrada das pacientes na investigação e enviado, junto com as amostras de sangue e de secreção vaginal, aos laboratórios selecionados para o diagnóstico (**Figura 2**).

O número de mulheres incluídas na amostra foi proporcional à população feminina e de gestantes das populações de cada um dos países. Todos os municípios envolvidos incluíram sua alíquota correspondente, entretanto Caballo Cocha (Peru), Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia) por serem os de maiores dimensões, tamanho populacional e densidade demográfica corresponderam a 70% da amostra.

A investigação desenvolveu-se sem interrupção durante os três meses de execução, no primeiro mês (agosto) foram incluídas cerca de 50% das mulheres, em setembro e outubro completaram 21,6% e 26% restantes respectivamente.

Todas as mulheres com resultados positivos a qualquer dos três agentes estudados, receberam tratamento imediato e gratuito. Os casos de HIV receberam medicação doada pela Coordenação Estadual de DST e Aids do Amazonas.

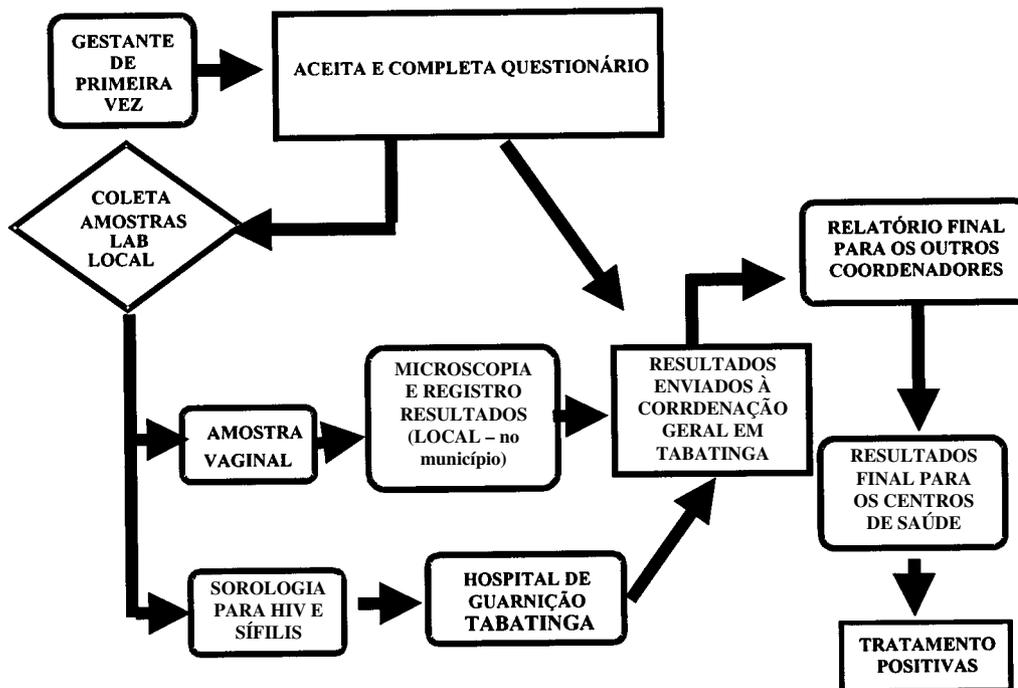


Figura 2 – Fluxograma da Investigação

RESULTADO

Compareceram 550 gestantes à consulta de primeira vez no pré-natal, durante o período, sendo incluídas no estudo. O tamanho amostral inicialmente calculado foi superado em mais de 60%. As **Tabelas 1 e 2** mostram a distribuição das pacientes segundo países e municipalidades.

A média das idades para toda a região foi de 23,6 anos, com valores extremos entre 14 e 48 anos. Encontrou-se diferença estatisticamente mais significativa ($p = 0,04$) ao se comparar a idade média das peruanas com a de suas vizinhas brasileiras e colombianas (**Tabela 3**).

O nível educacional foi muito semelhante entre as mulheres dos três países e pôde ser considerado como bastante alto. Mais de 95% delas haviam concluído o ensino fundamental. As colombianas tinham escolaridade mais elevada, porém as diferenças não foram significativas ($p > 0,05$) (**Tabela 4**).

O questionário em busca de antecedentes de DST foi minuciosamente realizado e encontrou-se que 13,6% afirmaram haver tido alguma delas no passado, 18,7% das peruanas, 10,8% das brasileiras e 10,5% das colombianas (**Tabela 5**). Entre estas que referiram antecedentes de DST, 83,8% relataram corrimento vaginal interpretado por elas como anormal, embora não se possa afirmar em que proporção tenha sido efetivamente ocasionada por um agente de

Tabela 1 – Distribuição das gestantes segundo os países

País	Nº	%
Brasil	256	46,5
Peru	199	36,2
Colômbia	95	17,2
Total	550	100,0

Tabela 2 – Gestantes incorporadas ao estudo segundo municípios de residência

Municípios	Nº	%
Atalaia do Norte	51	9,3
Tabatinga	144	26,2
Benjam in Constant	61	11,1
Caballo Cocha	175	31,8
Santa Rosa	15	2,7
Islandia	9	1,6
Letícia	73	13,5
Puerto Narino	22	2,7
Total	550	100,0

Tabela 3 – Idade média das gestantes segundo os países

País	Idade média/em anos
Brasil	23,6
Colômbia	24,9
Peru	22,9
Total	23,6

Idade mínima 14 anos

Idade máxima: Brasil 48, Colômbia 42 e Peru 41

Tabela 4 – Nível de escolaridade segundo os países

Nível	Brasil	Colômbia	Peru	Total
Analfabeto	12 (4,8%)	0 (0,0%)	4 (2,1)	16 (3,0%)
Alfabetizado	2 (0,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (0,4%)
Ensino Fundamental	160 (64,5%)	45 (49,4%)	122 (64,5%)	327 (61,9%)
Ensino Médio	70 (28,2%)	37 (40,6%)	50 (26,4%)	157 (29,7%)
Superior	4 (0,6%)	9 (9,9%)	13 (6,9%)	26 (4,9%)
Total	248 (100,0%)	91 (100,0%)	189 (100,0%)	528 (100,0%)

Tabela 5 – Antecedentes referidos de DST

País	Antecedentes DST		DST			
	Sim	%	Gonorréia	Verrugas	Sífilis	Corrimento
Brasil	27/249	10,8	1 (0,4%)	1 (0,4%)	3 (1,2%)	22 (8,8%)
Colômbia	10/95	10,5	4 (4,2%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	5 (5,3%)
Peru	37/198	18,7	2 (1,0)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	35 (17,8%)
Total	74/542	13,6	7 (1,3%)	2 (0,4%)	3 (0,6%)	62 (11,4%)

Tabela 6 – Número de parceiros sexuais no último ano

Número de parceiros	Brasil	Colômbia	Peru	Total
1	224	83	192	499
2	14	4	3	21
3	5	3	0	8
4	1	1	0	2
5	6	0	0	6
Total	250	9	195	536

Mais de um parceiro ($p < 0,01$ Peru vs. Brasil e Colômbia)

Brasil: 10,4%

Colômbia: 8,8%

Peru: 1,5%

transmissão sexual. Doze mulheres identificaram realmente passado venéreo (2,3%), sete delas com infecção gonocócica, três com sífilis e duas com verrugas genitais. Neste grupo Brasil e Colômbia com cinco casos cada, tiveram uma incidência referida maior que Peru.

Das 536 mulheres de toda a região, 5,8% responderam que tiveram mais de um parceiro sexual no último ano (**Tabela 6**), este indicador, com 1,5%, foi significativamente inferior no lado peruano e alcançou valores significativos ($p < 0,05$), com respeito ao lado brasileiro (10,3%) e colombiano (8,8%).

A síndrome do corrimento vaginal foi encontrada em 57,1% das mulheres examinadas, porém do lado peruano esta cifra alcançou 81%. A única etiologia desta síndrome estudada foi a tricomoníase vaginal, comprovada em 6,3% das mulheres da região com variações entre 1,1% nas colombianas e 9,6% nas residentes peruanas, diferença na prevalência estatisticamente significativa ($p = 0,007$), encontrada a partir do diagnóstico efetuado por um técnico de laboratório, que desconhecia a procedência das amostras (**Tabela 7**).

Não foi possível demonstrar diferença estatisticamente significativa ($p = 0,07$) quando comparadas as taxas de prevalência por tri-

comoníase vaginal com relação às gestantes com múltipla parceria sexual no último ano e as que tiveram parceiro único, apesar da prevalência no primeiro grupo ter-se relevado mais que o dobro do segundo (13,9% vs. 5,9%).

Para o diagnóstico de sífilis, combinou-se um rastreio da população-objeto do estudo com uma prova não-treponêmica (VDRL) e a confirmação daquelas reativas por uma prova treponêmica (FTAABs). A prevalência global de gestantes VDRL reativas foi de 7,2%. No lado peruano foi mais elevada, 9,6%, seguido das brasileiras (6,3%) e colombianas (4,3%). Das 39 reativas ao VDRL somente 5 (12,8%) foram positivas na prova confirmatória, portanto a prevalência de sífilis no grupo estudado é de 0,92%, sendo que a Colômbia apresentou uma prevalência duas vezes maior que Brasil e Peru (2,2%, 0,8% e 0,5%, respectivamente), diferenças estas não estatisticamente significativas.

Das gestantes, 99,4% realizaram sorologia anti-HIV e duas (uma do Peru e outra da Colômbia) resultaram soropositivas na prova de ELISA confirmadas por *W. Blot* sendo a prevalência do grupo de 0,2%.

A **Tabela 8** resume os níveis de prevalência para cada um dos agentes etiológicos estudados e a prevalência global das três DST

Tabela 7 Prevalência de tricomoníase vaginal segundo os países

País	Estudadas	Positivas	%
Brasil	250	14	5,6
Colômbia	95	1	1,1
Peru	199	19	9,6
Total	544	34	6,3

Peru vs. Colômbia $p = 0,007$

Tabela 8 – Prevalência de DST segundo os países

País	Sífilis	Tricomoníase	HIV	Total
Brasil	2/252 (0,8%)	14/250 (5,6%)	0/256 (0,0%)	6,4%
Colômbia	2/93 (2,2%)	1/95 (1,1%)	1/95 (1,1%)	3,1%
Peru	1/198 (0,5%)	19/199 (9,5%)	1/199 (0,5%)	10,5%
Tríplice Fronteira	0,92%	6,3%	0,2%	7,4%

Tabela 9 – Prevalência de DST segundo o município de residência

Município	Tricomon íase	Sífilis	HIV	Total DST
Atalaia Norte	7/49 (14,3%)	1/49 (2,0%)	0/51 (0,0%)	8/51 (15,7%)
B. Constant	0/61 (0,0%)	0/61 (0,0%)	0/61 (0,0%)	0/61 (0,0%)
C. Cocha	16/175 (9,15%)	1/174 (0,6%)	1/175 (0,6%)	18/175 (10,3%)
Islandia	3/9 (33,3%)	0/9 (0,0%)	0/9 (0,0%)	3/9 (33,3%)
Let ícia	0/73 (0,0%)	2/72 (2,8%)	1/73 (1,4%)	3/73 (4,1%)
Porto Narino	1/22 (4,5%)	0/21 (0,0%)	0/22 (0,0%)	1/22 (4,5%)
Sta. Rosa	0/15 (0,0%)	0/15 (0,0%)	0/15 (0,0%)	0/15 (0,0%)
Tabatinga	7/140 (5,0)	1/142 (0,75)	0/144 (0,0%)	8/144 (5,6%)

Tabela 10 – Prevalência de DST em gestantes ou mulheres em idade fértil. Seleção de trabalhos publicados na literatura (Medline) nos últimos 10 anos

Pa ís	Autor	Ano	n	Prevalência (%)				
				Tricomoníase	Sífilis	HIV	Gonorréia	Clamídia
A. Solimões	Benzaken	2003	550	6,3	0,92	0,2	-	-
Austr ália	Sullivan	2000	547	27,5	2,4	0,0	5,9	21,5
Austr ália	Sullivan	2003	441	20,8	0,5	0,0	3,3	30,9
Tailândia	Kilmarx	1996	521	-	0,5	7,1	0,2	5,7
Aboyeji	Nigeria	2000	230	4,7	1,7	-	1,3	-
Brasil	Miranda	1999	1608	-	3,0	0,8	-	-
Brasil	Cook RL	2003	200	-	6,5	8,0	9,5	8,0
C. Marfil	Diallo	1996	546	-	1,1	16,2	3,7	5,5
R. Checa	Kacena	2000	134	-	-	0,0	0,0	2,2
USA*	Campos	1994	347	-	0,3	-	1,2	10,1
Jamaica	Dowe	1997	200	16	-	0,5	0,5	-
Barbados	Levett	1994	98	18,3	2,0	-	1,0	18,3
It ália	Menegon	1997	4396	-	-	0,6	-	-
Brasil**	De Lima	2002	341	10,0	3,0	-	6,0	6,0
Peru	Alarcon	96 -97	12436	-	-	0,5	-	-
B. Faso	Sombie	95 -98	10980	-	0,24	8,8	-	-
Brasil***	Miranda	2000	121	30	16	9,9	7,6	11
Peru	Thompson	1999	363	10,8%	das gestantes tinha m uma DST			

* Mulheres México -americanas

** Mulheres em idade reprodutiva, Maceió, Alagoas

***Mulheres prisioneiras, Espírito Santos

por país. Para o total da área do Alto Rio Solimões a prevalência das três DST estudadas foi de 7,42%, tendo um valor máximo de 10,5% no Peru, intermediário no Brasil (6,4%) e mínimo (3,1%) na Colômbia. Com relação aos municípios compreendidos no estudo, observa-se na **Tabela 9** que Islandia, no Peru, com menor número de mulheres estudadas, apresenta a prevalência global mais alta (33,3%), seguida de Atalaia do Norte (Brasil) com 15,7% e Caballo Cocha (Peru) com 10,3%.

DISCUSSÃO

Em revisão da literatura indexada no Medline (**Tabela 10**) para identificar estudos de prevalência de DST em gestantes (ou mulheres em idade fértil) realizados nos últimos 10 anos¹⁻¹⁷ com a finalidade de comparar as taxas de prevalência encontradas com os publicados por outros autores, observou-se que a maior parte destes estudos tiveram um desenho semelhante (estudos de corte transver-

sal) e são de países em desenvolvimento ou em grupos de subpopulações *menos favorecidas* em nações de elevado nível sócio-econômico.

Ao comparar os resultados deste estudo observa-se que os valores de prevalência para tricomoníase vaginal se encontram entre os mais baixos neste grupo de publicações, que tem uma média ao redor de 15%, sendo o mais baixo o da Nigéria⁴ (4,7%) e o mais elevado de um estudo do Brasil¹⁶ realizado em presidiárias. Para sífilis, a prevalência média dos estudos revisados situa-se entre 2% e 3% e um estudo realizado em Burkina Faso com valores inferiores (0,24%). Destaca-se o trabalho de Miranda¹⁶ e colaboradores, do Brasil, como o que obteve a maior prevalência (9,9%), em presidiárias, grupo de maior vulnerabilidade. A terceira DST investigada no estudo, a infecção pelo HIV, apresenta prevalências intermediárias entre 3% e 4%, valores muito superiores aos encontrados neste estudo (0,2%), o que permite inferir que, comparativamente, a região do Alto Solimões encontra-se numa etapa inicial da epidemia pelo HIV-aids.

Apesar de não se ter investigado as prevalências da infecção gonocócica e por clamídia, os estudos revisados em mulheres gestantes demonstram uma prevalência média de 5% e 10% respectivamente para cada uma delas. Uma investigação realizada em mulheres jovens por Cook⁶ e colaboradores no Rio de Janeiro, Brasil, alcançou a cifra de 9,5% de prevalência para infecção gonocócica e outra realizada por Sullivan² na Austrália mostrou 30,9% para infecção por clamídia.

A OMS¹⁸ estabeleceu que quando a prevalência das DST se situa ao redor de 5% na população geral, estas representam um problema importante de saúde para a localidade ou país em questão. A prevalência global das três DST estudadas alcança 7,4%, (no lado do Peru acima de 10%). Por mais baixos que fossem os níveis de prevalência para as DST curáveis não-estudadas (gonorréia e clamídia), se fossem acrescentados as gestantes sem cobertura de pré-natal, as demais mulheres e homens sexualmente ativos, muito provavelmente, de acordo com os indicadores internacionais, a cifra ultrapassaria, em muito, à estabelecida pela OMS.

Admitindo-se que as gestantes são representativas da população feminina sexualmente ativa, pode-se considerar então que, mesmo comparadas com os resultados publicados, as prevalências deste estudo são relativamente baixas de DST na região do Alto Solimões, porém não deixam de ser um problema de saúde importante e que deve receber a maior prioridade possível por parte das autoridades políticas de todos os países que a conformam.

CONCLUSÃO

A taxa de prevalência estimada para as DST curáveis na região fronteira do Alto Solimões é superior a 5% e a de sífilis a 1%, o que significa que este grupo de doenças representa um problema importante de saúde na população geral, que permanecia oculto até a realização da presente investigação.

Ao contrário, a seroprevalência do HIV (0,2%) é, todavia, relativamente baixa e isto representa que se encontra num momento oportuno para que a implementação de programas efetivos de prevenção e controle das DST (especialmente as curáveis) possam ser

eficientes na prevenção da expansão da epidemia do HIV-aids e suas conseqüências.

Este estudo demonstrou, também, que a realização de programas ou intervenções conjuntas entre países vizinhos são possíveis, mesmo sem contar com recursos econômicos adicionais e que um efetivo controle das DST na região será mais factível se os diferentes programas tiverem coordenação comum necessária para que as intervenções sejam semelhantes em todos os lados da fronteira.

Finalmente, se a divulgação destes resultados alcançar as autoridades correspondentes de cada um dos três países envolvidos e levar à reflexão profunda do problema e ao estabelecimento de novas intervenções conjuntas de maneira contínua, acredita-se ter sido cumprido o nosso propósito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SULLIVAN, E. A., ABEL, M., TABRIZI, S. *et al.* Prevalence of sexually transmitted infections among antenatal women in Vanuatu, 1999-2000. *Sex Transm Dis*, 30(4):362-6, 2003.
2. SULLIVAN, E. A., KORO, S., TABRIZI, S. *et al.* Prevalence of sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus among women attending prenatal services in Apia, Samoa. *SM. Int J STD AIDS*, 15(2):116-9, 2004.
3. KILMARX, P.H., BLACK, C.M., LIMPAKARNJANARAT, K. *et al.* Rapid assessment of sexually transmitted diseases in a sentinel population in Thailand: prevalence of Chlamydia infection, gonorrhoea, and syphilis among pregnant women—1996. *Sex Transm Infect*, 74(3):189-93, 1998.
4. ABOYEJI, A. P., NWABUISI, C. Prevalence of sexually transmitted diseases among pregnant women in Ilorin, Nigeria. *J Obstet Gynaecol*, 23(6):637-9, 2003.
5. MIRANDA, A.E., ALVES, M.C., NETO R.L., AREAL, K.R., GERBASE, A.C. Seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and syphilis in women at their first visit to public antenatal clinics in Vitoria, Brazil. *Sex Transm Dis*, 28(12):710-3, 2001.
6. COOK, R.L., MAY, S., HARRISON, L.H. *et al.* High prevalence of sexually transmitted diseases in young women seeking HIV testing in Rio de Janeiro, Brazil. *Sex Transm Dis*, 31(1):67-72, 2004.
7. DIALLO, M.O., ETTIEGNE-TRAORE, V., MARAN, M. *et al.* Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infections in women attending an antenatal clinic in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Int J STD AIDS*, 8(10):636, 1997.
8. KACENA, K.A., DOHNAL, K., BENESOVA, V. *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, and HIV-1 prevalence among five populations of women in the Czech and Slovak Republics. *Sex Transm Dis*, 28(6):356-62, 2001.
9. CAMPOS-OUTCALT, D., RYAN, K. Prevalence of sexually transmitted diseases in Mexican-American pregnant women. *Sex Transm Dis*, 22(2):78-82, 1995.
10. DOWE, G., KING, S.D., SMIKLE, M.F., WYNTER, H.H., CHOUT, R., KLASKALA, W. Prevalence of viral and bacterial sexually transmitted pathogens in Jamaican pregnant women. *West Indian Med J*, 47(1):23-5, 1998.
11. LEVETT, P.N., TARUVINGA, M., MAHESWARAN, K., ROTCHELL, Y. Genital tract infections in sexually active women in Barbados. *West Indian Med J*, 44(4):128-9, 1995.
12. MENEGON, T., BALDO, V., CRISTOFOLETTI, M., GRELLA, P., CARLETTI, M., TRIVELLO, R. Seroprevalence of HIV infection among pregnant women in the Veneto region (north-east Italy). *Public Health*, 114(6):477-9, 2000.
13. SOARES, V.L., MESQUITA, A.M., CAVALCANTE, F.G. *et al.* Feldmeier H. Sexually transmitted infections in a female population in rural north-east Brazil: prevalence, morbidity and risk factors. *Trop Med Int Health*, 8(7):595-603, 2003.
14. ALARCON, J.O., JOHNSON, K.M., COURTOIS, B. *et al.* Determinants and prevalence of HIV infection in pregnant Peruvian women. *AIDS*, 17(4):613-8, 2003.
15. SOMBIE, I., MEDA, N., CARTOUX, M. *et al.* Seroprevalence of syphilis among women attending urban antenatal clinics in Burkina Faso, 1995-8. The

- DITRAME Study Group. Diminution de la Transmission Mere-Enfant. *Sex Transm Infect*, 76(4):314-6, 2000.
16. MIRANDA, A.E., VARGAS, P.M., ST. LOUIS, M.E., VIANA, M.C. Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors. *Sex Transm Dis*, 27(9):491-5, 2000.
17. THOMPSON, D.A., TSAI, Y.K., GILMAN, R.H., VIVAR, A., CALDERON, M. Sexually transmitted diseases in a family planning and an antenatal clinic in Peru: limitations of current practices and analysis of the use of potential markers, pH testing, and Whiff testing. *Sex. Transm Dis*, 27(7):386-92, 2000.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION HIV/AIDS/STI INITIATIVE STI TECHNICAL WORKING GROUP. STI.PAC: a framework and tools for implementing STI Prevention and Care. Tentative document, Geneva, 2003.

Endereço para correspondência:

ADELE S BENZAKEN

Rua Codajás 24-Cachoeirinha,
Manaus-Amazonas - CEP:69.065-130
E-mail: dst@fuam.am.gov.br

Recebido em: 22/06/04

Aprovado em: 27/09/04

ESTRESSE NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM UMA UNIDADE DE PACIENTES PORTADORES DE HIV-AIDS

STRESS AMONG NURSING PROFESSIONALS AT AN HIV-AIDS UNIT

1º LUGAR – MELHOR TRABALHO COMPLETO NA CATEGORIA: PREVENÇÃO

Janice DL Miquelim¹, Cleide BO Carvalho¹, Elucir Gir², Nilza TR Pelá³

RESUMO

Introdução: a enfermagem é reconhecida como uma profissão estressante devido a sobrecarga física e mental, conflitos no trabalho e a necessidade de conviver com o doente, fatos estes agravados no cuidado com pacientes portadores de HIV-aids pela alta complexidade da assistência, gerando um trabalho intensivo em decorrência da gravidade destes pacientes. **Objetivo:** o objetivo deste estudo visa identificar entre os trabalhadores de enfermagem de um serviço de atendimento a pacientes portadores de HIV-aids a ocorrência de estresse e verificar a fase do estresse em que se encontram os profissionais já comprometidos. O estudo foi realizado em uma unidade de atendimento a pacientes portadores de HIV-aids de um Hospital Universitário do interior do Estado de São Paulo, que atende nas modalidades de internação, hospital-dia e ambulatorial. **Método:** foram estudados 10 enfermeiros e 37 auxiliares de enfermagem. Utilizou-se o “Inventário de Sinais e Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp” (ISSL). **Resultado:** apresentaram estresse três (30%) enfermeiros e 16 (48,5%) auxiliares de enfermagem. Dentre os três enfermeiros, dois (66,6%) estavam na fase de resistência, um (33,3%) na fase de quase exaustão e nenhum na fase de exaustão. Já, entre os auxiliares de enfermagem, 11 (68,7%) encontravam-se na fase de resistência, 4 (25%) na fase de quase exaustão e um (6,3%) na fase de exaustão. **Conclusão:** conclui-se, com este estudo, que a presença de estresse nos profissionais de enfermagem resulta em enfermidades físicas e psicológicas, levando-os a um estado de insatisfação, desmotivação e diminuição da produtividade no trabalho, além de outras manifestações como diminuição do estado de “alerta e concentração”, condições estas imprescindíveis para o desempenho de suas funções.

Palavras-chave: Estresse, enfermagem, HIV-Aids

ABSTRACT

Introduction: nursing is recognized as a stressful profession due to physical and mental overload, work load and the need to live with ill persons. These facts become even worse in care for HIV/AIDS patients due to the high complexity of care, creating an intensive work environment as a result of the gravity of these patients' condition. **Objective:** the aims of this investigation were to identify stress among nursing workers in care for HIV/AIDS patients and to verify the stress phase the affected professionals are in. This study was carried out at the HIV/AIDS unit of a University Hospital in the interior of São Paulo, Brazil, with hospitalization, day hospital and clinical care. **Method:** we studied 10 nurses and 37 nursing auxiliaries, using Lipp's Stress Symptom Inventory. **Result:** three (30%) nurses and 16 (48.5%) nursing auxiliaries displayed stress. With respect to work time, we observed that stress tends to appear earlier among nursing auxiliaries than among nurses. Among the 3 nurses, 2 (66.6%) were in the resistance phase, 1 (33.3%) in the near exhaustion phase and nobody in the exhaustion phase. 11 (68.7%) of the nursing auxiliaries were in the resistance phase, 4 (25%) in the near exhaustion phase and 1 (6%) in the exhaustion phase. **Conclusion:** we conclude that stress in nursing professionals results in physical and psychological diseases, bringing them to a state of dissatisfaction, demotivation and decreased productivity at work, besides other signals such as decreased “alertness and concentration”, which are essential for carrying out their function.

Keywords: Stress, nursing, HIV-Aids

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3):24-31, 2004

INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo tem-se caracterizado por avanços cada vez mais surpreendentes e rápidos no campo da tecnologia, regulações de mercado e verdadeiras revoluções.

Na área da saúde, especialmente nas últimas cinco ou seis décadas, verifica-se também uma enorme evolução, devido ao desenvolvimento da ciência médica, na qual a cada dia novas tecnologias são incorporadas aos métodos de diagnóstico e tratamento.

Inevitavelmente, este avanço tecnológico possibilitou uma ampliação na taxa de sobrevivência das pessoas, por proporcionar

uma gama de alternativas terapêuticas no tratamento das várias patologias, exigindo, dos profissionais que atuam nesta área, uma maior qualificação e especialização, gerando uma necessidade frequente de adaptação e mudanças de comportamento em curto prazo, para que as instituições mantenham seu tônus de desenvolvimento.

Neste atual contexto, observa-se que se fez necessário aos profissionais da saúde, uma alteração na sua forma de atuar em razão da exigência constante de atualização e adaptação aos processos de mudanças, para conseguir acompanhar de perto as inovações tecnológicas. Tal esforço demanda dos indivíduos um intenso desgaste físico e mental, caracterizando o trabalho como um importante gerador de estresse.

O “estresse” tem sido um tema muito estudado por diferentes especialistas e sob diversos enfoques. Para alguns autores, o estresse é considerado o mal do século, como uma epidemia que em outras épocas dizimou populações da Idade Média. Na área da saúde, este “poder de disseminação” é até considerado exagerado, pois os profissionais estão tão envolvidos com o “assistir o pacien-

¹ Enfermeiros, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

² Enfermeiro, Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902. Telefone (16) 6023414 ou 6023462. E-mail: egir@eerp.usp.br.

³ Enfermeiro, Professor Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (aposentado). E-mail: ropela@eerp.usp.br

te”, que muitas vezes não se dão conta de sua própria vulnerabilidade ao estresse¹.

O ambiente hospitalar gera estresse de várias naturezas e em vários níveis: o estresse do paciente e de seus familiares, o estresse dos profissionais e do pessoal de saúde envolvidos, a morte, a constatação de que nem sempre os pacientes fazem o que lhes é recomendado, colocando em risco ou anulando os mais delicados esforços, a sobrecarga ou trabalhos realizados em contextos que, muitas vezes, não permitem um final feliz ou, então, pressupõem requisitos desagradáveis e dolorosos para os pacientes².

Os profissionais de enfermagem desempenham continuamente atividades em contato com pessoas, implicando, muitas vezes, em um trabalho desgastante, estando frequentemente envolvido em situações imprevisíveis e de sofrimento³.

Alguns autores entendem ser o hospital, o local onde os trabalhadores de enfermagem permanecem grande parte de suas vidas, ambiente este considerado insalubre e que apresenta uma variedade de riscos de exposição, favorecendo o surgimento de enfermidades e a ocorrência de acidentes de trabalho⁴.

Esses riscos ocupacionais podem estar ocultos, por ignorância ou falta de informação dos trabalhadores e ou por irresponsabilidade e incompetência dos mesmos, o que contribui para que os riscos permaneçam escondidos ou latentes; ou seja, quando os trabalhadores sabem que eles existem, mas as condições de trabalho os forçam a isso e quando são conhecidos por todos, mas sem possibilidades de controle, ou por inexistência de solução para tal ou por falta de vontade política para solucioná-los⁵.

Além dos riscos presentes, existem alguns aspectos penosos das atividades peculiares à assistência de enfermagem, quais sejam o desrespeito aos ritmos biológicos e aos horários de alimentação, a ausência de um programa de trabalho, as longas distâncias percorridas durante as jornadas laborais, a dimensão inadequada dos mobiliários, a ausência ou a inexistência de cadeiras e insuficiência ou inadaptabilidade de material de manutenção⁶.

Sentimentos de responsabilidade por pessoas, inevitavelmente demandam do profissional de enfermagem um maior tempo dispensado no processo de interação, aumentando a probabilidade de ocorrer estresse por efeitos interpessoais.

Além disso, a necessidade de memorização de um grande contingente de informações pertinentes ao trabalho e atitudes de atenção e vigília permanente produzem uma elevada exigência mental do trabalho efetuado e podem levar à fadiga mental e ao estresse na enfermagem⁶.

Tais relatos apontam para o fato de que os profissionais de Enfermagem estão submetidos a grandes pressões, tanto físicas como psicológicas, que potencializam cada vez mais o aparecimento de enfermidades de diferentes naturezas.

Dentro desta perspectiva, tem sido motivo de constante preocupação para a Chefia de Enfermagem da Instituição, da qual fazemos parte, a qualidade do ambiente de trabalho, de modo a preservar a saúde de nossa equipe. Estudos apontam para a importância de detectarmos, no ambiente hospitalar, os setores considerados como maiores geradores de estresse, em decorrência do tipo de clientela atendida, volume de trabalho realizado e fatores ambientais, entre

outros. São inegáveis os benefícios proporcionados aos profissionais quando o seu ambiente laboral mantém um equilíbrio com relação ao nível de estresse, pois acreditamos que certamente se reverterá em qualidade do trabalho.

Interessamo-nos em desenvolver a presente investigação na unidade de pacientes portadores de HIV-aids, por considerá-la um setor em que o trabalho realizado pode ser categorizado como intensivo e de alta complexidade, em decorrência do nível de gravidade dos pacientes, demanda de assistência de enfermagem frente ao perfil da clientela e da doença, o que a diferencia, em termos de dinâmica de trabalho, dos demais setores do hospital.

Os inúmeros avanços no diagnóstico, tratamento e controle da Aids, associados às ações de prevenção, mudaram de modo significativo o seu panorama. A unidade de atendimento de portadores de HIV-aids, em decorrência disto, sofre rápidas modificações em sua estrutura de trabalho, obrigando certamente os profissionais que ali atuam, a manterem-se em processos constantes de reformulação de suas práticas profissionais.

A unidade, por ser considerada referência, para esta cidade do interior do estado de São Paulo e região, no tratamento desta patologia, acaba absorvendo os pacientes, com diferentes exigências quanto aos níveis de cuidados, sejam ambulatoriais, intermediários ou terciários, quando destinados a pacientes graves. A característica física estrutural desta unidade define o atendimento, destes pacientes, em um único espaço, por estar confinado a um prédio próprio, independente da estrutura restante da Instituição. Entendemos que tal situação acaba se constituindo em um “sítio de isolamento” para esta unidade, com todas as implicações que tal configuração pode advir.

A aids é uma doença carregada de estigma e preconceitos, pois além de ser uma doença sexualmente transmissível está associada a comportamentos discriminados pela sociedade, levando inúmeras vezes à rejeição da sociedade, abandono da família, amigos e até mesmo de profissionais de saúde que se recusam a prestar assistência aos pacientes acometidos desta patologia, pelo receio de contágio⁷.

As diferenças no trabalho com aids, com relação a outras doenças, levam o profissional a se defrontar com aspectos específicos como medo à exposição-transmissão da infecção; medo de que outros pacientes, amigos ou parentes saibam que o mesmo lida com aids. Ainda, estes profissionais lidam com uma quantidade enorme de informações, científicas ou não, verdadeiros bombardeios, em que o desespero do paciente, dos familiares, e da própria equipe, em geral, impede-os de discriminar, com calma, o que é apropriado ou charlatanice, muitas vezes até prejudicial; as dificuldades em trabalhar com subgrupos específicos, tais como homossexuais, toxicômanos, prostitutas etc., em que entrarão em jogo preconceitos quanto a estilos de vida do paciente; imprevisibilidade com relação ao prognóstico; o trabalho com pacientes jovens, geralmente no auge de sua história vital; o ter de haver-se com a morte e o morrer, o que leva, queiramos ou não, a defrontarmos com nossa própria morte; o ocupar-se com a impotência, a desesperança, a agressividade, a negação, a atuação e toda a gama de mecanismos mentais que invadem o profissional; a dificuldade de diferenciar os sintomas provocados pela ação do vírus, ou outros agentes oportunistas, no sistema nervoso central e reações emocionais dos paciente, decorrentes de sua situação vital, levando o profissional de saúde, por

vezes, a se sentir fracassado em sua ação psicoterapêutica, por não levar em conta a síndrome psicorgânica, que se pode apresentar de forma multifacetada⁸.

Entendemos então que o profissional para atuar na unidade de pacientes portadores do HIV-aids necessita estar preparado para lidar, não só, com a doença aids, mas também com diferentes efeitos provocados pela mesma, ou seja, as que envolvem uma grande variedade de especialidades como neurologia, psiquiatria, pediatria, ginecologia, cirurgia, ortopedia entre outros.

Estas reflexões nos direcionaram para o tema deste estudo, pois entendemos que o impacto deste cotidiano na atuação dos profissionais de enfermagem desta unidade implica num desgaste físico e emocional que ultrapassa os limites dos cuidados intensivos requeridos pelos pacientes, envolvendo também um confronto diário com a morte, a impotência, o fracasso e a dor.

Diante do exposto entendemos ser pertinente estudar a existência de estresse nos profissionais de enfermagem desta unidade, assim como a fase em que os mesmos se encontram.

OBJETIVO

- Identificar entre os trabalhadores de enfermagem de um serviço de atendimento a pacientes portadores de HIV-aids, a ocorrência de estresse.
- Verificar a fase do estresse em que se encontram os profissionais já comprometidos.

REFERENCIAL TEÓRICO: O ESTRESSE

Conceituações

A palavra “estresse” vem do inglês “*stress*”. Hans Selye, médico austríaco, foi o primeiro pesquisador em estresse, nas décadas de 20 e 30 do século passado, sendo considerado o líder nesta linha de pesquisa. Este autor exprime um significado para o estresse: “Esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações que considera ameaçadoras a sua vida e a seu equilíbrio”. Descreveu a chamada síndrome geral de adaptação (SGA). A síndrome envolve uma série de sintomas que o indivíduo apresenta quando submetido a situações que exijam uma importante adaptação do organismo para enfrentá-las⁹.

A síndrome do estresse se divide em três fases: uma inicial, que é chamada de *alarme*, uma segunda, que é a de *resistência*, e a terceira, denominada de *exaustão*¹⁰⁻¹².

A fase de *alarme* ocorre quando o organismo se prepara para as reações de luta ou fuga, ou seja, ocorre no momento em que o estressor é percebido pela pessoa. A segunda fase, chamada de *resistência*, efetiva-se quando o estresse continua presente por períodos prolongados ou quando a sua dimensão é muito grande. Nesta fase, predomina o desgaste, a pessoa tenta instintivamente se adaptar ao que está passando através de reservas de energia adaptativa que possui.

A terceira, chamada de *exaustão*, é a fase em que o organismo chega a seu limite, ao esgotamento. Esta fase caracteriza-se pela “quebra” do organismo e está associada a uma série de doenças.

A síndrome de adaptação citada por Selye pode ocorrer através de estímulos internos (psicoemocionais) ou externos (meio socioeconômico, inclusive, o trabalho).

Um dos autores caracteriza o estresse em dois termos, eutresse e distresse, esclarecendo que as reações químicas subjacentes são iguais. O termo eutresse refere-se às conseqüências positivas das experiências vividas pelo indivíduo. Já o termo distresse refere-se à fase negativa e de aflição experienciadas pelo indivíduo¹³.

O estresse é definido por um dos autores como “o desgaste causado pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se vê forçada a enfrentar uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo a faça imensamente feliz. Qualquer situação que depende de uma emoção forte, boa ou má, que exige mudança, é um estressor, isto é, uma fonte de estresse¹⁴”.

Causas e conseqüências do estresse

Fonte de estresse ou estressor é a denominação dada a algum evento que gera estresse. Existem vários tipos de estressores e muitas vezes o que estressa uma pessoa não estressa outra.

Um estressor é qualquer evento que amedronte, confunda ou excite a pessoa. Existem alguns eventos que são intrinsecamente estressantes em virtude da sua natureza, tais como o frio ou o calor excessivo, a fome, a dor ou a morte de alguém querido. Outros eventos tornam-se estressantes em conseqüência da interpretação que damos a eles. Esta interpretação é o resultado da aprendizagem que ocorre durante o curso de nossa vida¹⁴.

O estresse pode ser causado por fontes internas ou externas. O estresse por determinantes internos estão relacionados com a personalidade do indivíduo e com a maneira como ele reage à vida, de como enfrenta obstáculos e perigos que se apresentam durante a vida, ou seja o indivíduo autoproduz seu estresse. Com relação aos determinantes externos, a referida autora ressalta que determinados eventos causam mais estresse que outros. Mas que estas fontes não estão separadas, uma reflete na outra, ou seja, um acontecimento de origem externa pode ser sentido como agradável ou não, então, tem-se um estímulo interno que pode provocar um impacto de maior ou menor grau, de acordo com as características de personalidade da pessoa¹⁵.

O estresse quando presente no indivíduo pode desencadear uma série de doenças. Se nada é feito para aliviar a tensão, a pessoa cada vez mais se sentirá exaurida, sem energia, depressiva, com crises de ansiedade e desânimo. Na área física muitos tipos de doenças podem ocorrer, dependendo da herança genética da pessoa. A partir daí, sem tratamento especializado e conforme as características pessoais, existe o risco de ocorrerem problemas graves como enfarte, acidente vascular cerebral, dentre outros. Não é o estresse que causa estas doenças, mas ele propicia o desencadeamento daquelas para as quais a pessoa já tinha uma predisposição ou, ao reduzir a defesa imunológica, ele abre espaço para que doenças oportunistas apareçam¹⁵.

Como resultado do estresse, uma pessoa pode, por exemplo, mostrar inicialmente um aumento de produtividade, no entanto a partir de determinado nível ou tempo de duração o estresse passará a prejudicá-la, reduzindo sua produtividade. Cada pessoa tem o seu limite de padrão de resposta ao estresse, conforme suas características e peculiaridades exclusivas. Uma pessoa não alcança o desempenho total ou pleno, conforme seu potencial, se estiver em situação de estresse.

Assim sendo é de suma importância que dentro do ambiente laboral (no nosso caso o hospital) as pessoas aprendam a controlar o estresse de forma que ele venha a se tornar positivo, trazendo benefícios individuais e para toda a equipe. Para tanto faz-se necessário compreender as manifestações do estresse e saber como o prevenir.

Estresse e enfermagem

A enfermagem é reconhecida como uma profissão estressante. A primeira autora a designar a profissão de enfermagem como estressante, relacionou o cuidado dispensado às pessoas doentes com uma grande demanda de compaixão, sofrimento e simpatia por parte do cuidador, e que este se sentia irritado, desapontado e culpado por não conseguir lidar com estes sentimentos¹⁶.

A literatura aponta a enfermagem como uma profissão estressante e que as razões deste estresse incluem sobrecarga física e mental, conflitos no trabalho e a necessidade de conviver com o doente. Para estes autores, os fatores estressantes mais frequentes são o contato constante com o sofrimento humano, procedimentos com os familiares, sobrecarga de trabalho, outras responsabilidades e conflitos interpessoais¹⁷.

Diversos autores realizaram estudos acerca dos estressores presentes no trabalho da Enfermagem na unidade de terapia intensiva, emergência, unidade de internação, hemodiálise, centro cirúrgico, unidade de pacientes oncológicos e alguns estudos que correlacionavam o estresse com a unidade de atuação do enfermeiro. Assim foi possível elaborar uma classificação e agrupamento dos mesmos nas categorias¹.

- a) Problemas de comunicação com equipe: relacionamento com superiores; relacionamento interpessoal com pacientes, familiares, colegas e outros profissionais; falta de suporte; equipe de enfermagem apática e descontente.
- b) Inerentes à unidade: recursos físicos, mudanças tecnológicas; mudanças profissionais; ambiente; falta de mudanças (trabalho repetitivo); carga de trabalho; pressão no trabalho; número inadequado de pessoal; odores desagradáveis; exposição constante a riscos; falta de equipamentos; pressão no tempo.
- c) Assistência prestada: lidar com morte e morrer; paciente com dor; doença terminal; lidar com necessidades emocionais do paciente e família; pacientes e familiares agressivos; incerteza quanto ao tratamento do paciente.
- d) Interferência na vida pessoal: conflito entre trabalho e casa; desenvolvimento de carreira; tomada de decisão nos rumos da vida; experiências anteriores.
- e) Atuação do enfermeiro: conflito de papéis; ambigüidade de papéis, falta de autonomia; estilo de supervisão; recompensa; salário não-condizente; falta de treinamento; falta de oportu-

nidade de crescimento na organização; falta de suporte administrativo; envolvimento.

Desta forma, identificam-se estressores de diversas naturezas e conclui-se que eles fazem parte de um universo de atuação da enfermagem e que se encontram intimamente ligados aos aspectos relativos às unidades de atuação, cargos ocupados, satisfação no trabalho e clientela atendida.

MÉTODOS

Este estudo foi realizado em uma unidade de atendimento a pacientes portadores de HIV-aids de um hospital universitário geral, de um município do estado de São Paulo. Esta unidade conta com três áreas distintas (Ambulatório, Hospital-Dia, 14 leitos, e Unidade de Internação, 28 leitos, porém somente 22 ativados) para o atendimento de pacientes adultos e crianças com aids).

A população desse estudo, foi composta por 47 profissionais de enfermagem, que atuavam, na época da coleta de dados, nas três unidades citadas, sendo dez enfermeiros e 37 auxiliares de enfermagem.

Segundo os critérios estabelecidos houve a exclusão de quatro auxiliares de enfermagem, pelos seguintes motivos: dois recusaram-se a participar da pesquisa; um aposentou-se antes do início da coleta de dados e, finalmente, um encontrava-se em licença Saúde pelo INSS.

Assim sendo, a amostra do presente estudo constou de 43 profissionais de enfermagem, ou seja, dez enfermeiros e 33 auxiliares de enfermagem.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos auto-administrados, ou sejam:

- **Formulário de categorização profissional:** Trata-se de questões abertas e fechadas, cujo objetivo é a caracterização dos participantes da pesquisa.
- **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL):** Este teste permite realizar um diagnóstico preciso de estresse. É de fácil aplicação e visa identificar de modo objetivo a sintomatologia que o indivíduo apresenta, avaliando se este possui sintomas de estresse, o tipo de sintoma existente (se *somático* ou *psicológico*) e a fase em que se encontra. Apresenta um modelo quadrifásico do estresse baseado inicialmente no modelo trifásico de Selye (1984), com relação aos efeitos do estresse poderem manifestar-se tanto na área somática como na cognitiva e aparecem em seqüência e graduação de seriedade à medida que as suas fases do estresse se agravam¹⁹.

O ISSL requer cerca de dez minutos para ser administrado. Ele é composto de três quadros que se referem às quatro fases do estresse (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão) sendo o **Quadro 2** utilizado para avaliar as fases 2 e 3 (resistência e quase exaustão). Os sintomas listados são os típicos de cada fase. O **Quadro 1** corresponde à fase de *alerta*. Ele é composto de 12 sintomas físicos e três psicológicos, nos quais o respondente assinala F1 ou P1 para os sintomas físicos ou psicológicos que tenha vivenciado nas últimas 24 horas. O **Quadro 2** é dividido em duas partes mostrando a divisão

entre as fases de resistência e de quase exaustão. Este quadro é composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, em que o respondente assinala com F2 e P2 os sintomas experienciados na última semana. O quadro 3, o qual corresponde à fase de exaustão, é composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, e o respondente assinala com F3 ou P3 os sintomas experienciados no último mês. No total, o ISSL inclui 34 itens de natureza somática e 19 de psicológica, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade e seriedade. O número de sintomas físicos é maior que os psicológicos e varia de fase a fase porque a resposta do estresse é assim constituída e é por isto que não se pode simplesmente utilizar o número total de sintomas assinalados para fazer o diagnóstico, sendo necessário consultar as tabelas de avaliação²⁰.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2003, através da aplicação dos dois formulários auto-administrados. Estes, após orientações detalhadas sobre o preenchimento, foram entregues individualmente a cada respondente, solicitando a sua devolução o mais breve possível.

A análise dos resultados foi feita, seguindo as normas de avaliação propostas originalmente pelos autores dos instrumentos de sintomas de estresse ou seja do "Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp-ISSL"¹⁸.

Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição pesquisada, em 04 de agosto de 2003, sendo que os sujeitos da população estudada expressaram aquiescência através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a resolução do CNS 196/96.

O uso do instrumento de coleta de dados "Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP-ISSL" foi solicitado à autora, de quem obtivemos permissão, seguindo sua recomendação de que houvesse a participação de um psicólogo para a correção e interpretação dos dados, de acordo com as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia, quanto ao uso destes testes¹⁸.

RESULTADO

Os resultados apresentados relacionam-se com os 43 profissionais de enfermagem que responderam aos formulários do estudo. Os resultados referem-se à caracterização da população; da avaliação do instrumento de pesquisa (ISSL) quanto a presença de estresse e a fase em que os profissionais se encontram.

Para a apresentação dos resultados quanto à caracterização da população, consideramos as variáveis de identificação dos profissionais como sexo, idade, categoria profissional, o tempo de trabalho na unidade de atendimento de pacientes portadores do HIV/aids e na enfermagem.

A população estudada encontrava-se na faixa etária de 20 a 59 anos. Verificamos que há nove profissionais na faixa etária de 20 a 30 anos e na de 40 a 50 anos, e oito profissionais do sexo feminino em ambas faixas etárias. No grupo etário de 30 a 40 temos 22 profissionais, sendo que somente quatro representam o sexo masculino. Já na faixa etária de 50 a 59 anos há três profissionais, estes do sexo feminino. Assim sendo, 86% da população de nosso estudo são do sexo feminino e 14% do sexo masculino.

A maior parte dos profissionais deste estudo possui idade entre 20 e 40 anos (72%); portanto, pode-se dizer que é um grupo relativamente jovem, compatível com a necessidade de uma unidade de alta complexidade como é a unidade de atendimento de pacientes portadores de HIV-aids, pois exige um grau elevado de destreza, agilidade e energia, características estas de pessoas jovens.

Estes achados foram semelhantes aos encontrados na literatura onde em um hospital público geral foram investigados 32 enfermeiros de unidade de terapia intensiva, encontrando-se 87,4%, na faixa etária de 20 a 40 anos⁴. Na pesquisa sobre "Sintomas de Estresse nos Trabalhadores Atuantes em Cinco Núcleos de Saúde da Família", a autora retrata que a maioria dos trabalhadores se concentra na faixa etária de 19 a 29 anos (40,5%) e se observarmos o conjunto os grupos etários de 19 a 39 anos, estes representam 67,5% dos trabalhadores¹³.

Neste estudo encontramos a predominância de mulheres, pois 37 (86%) são do sexo feminino e seis (14%) pertencem ao sexo masculino. Este resultado já era esperado, vez que o trabalho de enfermagem no século XIX, quando se deu o início do processo de profissionalização da enfermagem no Brasil, era considerado essencialmente feminino, relacionado com o ato de "cuidar do outro". Vários autores, reforçam que o cuidar em enfermagem é uma extensão das atividades realizadas na manutenção da família²¹.

Quanto ao tempo no exercício da enfermagem, a maioria dos participantes deste estudo, 20 (46,5%) encontrava-se nesta profissão por um período de 5 a 10 anos; oito (18,6%), de 15 a 20 anos; sete (16,3%), de um a cinco anos; cinco (11,6%), de 10 a 15 anos; e três (7,0%) por um período superior a 29 anos.

No que se refere à presença do estresse e a fase em que estes profissionais se encontram, os resultados estão apresentados na **Tabela 1**.

Quanto à presença de estresse, a **Tabela 1** mostra que 44,2% dos profissionais da população do estudo apresentavam sintomas físicos e ou psicológicos que os classificam como estressados, o que pressupõe que está havendo um desgaste de energia nestes profissionais, maior do que a reposição, trazendo um desequilíbrio para os seus organismos. Os demais profissionais (55,8%) não apresentam estresse, ou estão conseguindo repor as suas energias, ainda que apresentem alguns sintomas do instrumento ISSL utilizado neste estudo.

Esclarecemos que os profissionais deste estudo se encontravam trabalhando nesta unidade no período que variou de 1 a 7 anos. O tempo foi limitado a sete anos, pelo fato de esta unidade ter sido inaugurada no ano de 1996.

Observou-se que entre os enfermeiros com tempo de trabalho na unidade de 1 a 3 anos, 100% (1) não apresentou estresse; de 3 a 5 anos, 50% (1) apresentou e 50% (1) não; e de 5 a 7 anos, 28,6% (2) apresentaram e 71,4% (5) não apresentaram estresse.

Já nos auxiliares de enfermagem com tempo de trabalho na unidade de 1 a 3 anos, 66,7% (2) apresentaram e 33,3% (1) não apresentou estresse; de 3 a 5 anos, 50% (2) apresentaram e 50% (2) não apresentaram; e de 5 a 7 anos, 46,2% apresentaram e 53,8%, não.

Com estes dados foi possível identificar que a ocorrência de estresse, tanto nos enfermeiros quanto nos auxiliares de enfermagem desta unidade, diminuiu conforme aumentou seu tempo de trabalho no local.

Tabela 1 - Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem lotados em uma unidade de atendimento a pacientes portadores de HIV/aids, segundo a presença de estresse e categoria profissional. Ribeirão Preto, 2003.

Categoria profissional	Com estresse	N %	Sem estresse	N %	Total estresse	N
Enfermeiros	3	30,0	7	70,0	10	100
Auxiliares Enfermagem	16	48,5	17	51,5	33	100
Total	19	44,2	24	55,8	43	100

Tabela 2 - Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem lotados em uma unidade de atendimento a pacientes portadores de HIV-aids, segundo as fases do estresse e categoria profissional, no período compreendido entre os meses de agosto e setembro de 2003.

Fases do estresse	Categoria profissional					
	Enfermeiro		Aux. de enf.		Total	
	N = 3		N = 16		N = 19	
	F	%	F	%	F	%
Alerta	0	0	0	0	0	0
Resistência	2	66,6	11	68,7	13	68,4
Quase exaustão	1	33,3	4	25,0	5	26,3
Exaustão	0	0	1	6,3	1	5,3
Total	3	100	16	100	19	100

É de nosso conhecimento que a maioria dos profissionais de enfermagem admitidos na Instituição onde foi feito o estudo, são recém-formados, com inexperiência na função. O treinamento destes é feito no próprio local de trabalho sob supervisão, levando um certo tempo para que o profissional se adapte às rotinas da unidade bem como a desenvolver por completo suas habilidades técnicas. Acredita-se que este “é um período de grande expectativa para muitos dos profissionais, pois necessitam aplicar na prática, os conhecimentos adquiridos na graduação ou curso de nível médio, e, após os três meses em que são submetidos ao treinamento, teoricamente já estão aptos ao exercício da função, o que nos leva a crer que seja fator de grande geração de estresse”.

Ainda, estes dados demonstram na estatística descritiva que os auxiliares de enfermagem nesta amostra, apresentam um percentual de estresse mais alto do que os enfermeiros. Do total de enfermeiros (dez), de acordo com o instrumento aplicado, 30% foram classificados apresentando estresse. Entre os auxiliares de enfermagem, do total de 33, 48,5% foram classificados com estresse. Assim sendo, pode-se afirmar que a incidência de estresse entre os auxiliares de enfermagem neste estudo é maior do que a dos enfermeiros.

Estes dados podem ser explicados tendo em vista as atividades exercidas por estes profissionais, ou seja, apesar de todas as suas responsabilidades frente aos pacientes, equipe e unidade de trabalho, não é o enfermeiro quem presta assistência direta aos pacientes. O auxiliar de enfermagem é o profissional que passa a maior parte do seu tempo de trabalho, no cuidado aos pacientes, nos procedimentos de higienização, administração de medicamentos, alimentação, entre outros, ficando, na unidade deste estudo, por um período maior de tempo em confinamento junto ao paciente, numa situação também de isolamento.

O estresse é uma reação do organismo, envolvendo componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais, que se desenvolve em etapas ou fases. A manifestação do estresse pode ocorrer em

qualquer pessoa, pois todo o ser humano está sujeito a um excesso de fatores estressantes que ultrapassam sua capacidade de resistir física e emocionalmente¹⁸

As manifestações fisiológicas do estresse podem ou não ocorrer em pessoas experienciando estresse, dependendo da maneira como ela percebe e reage com relação ao evento estressor.

No processo de desenvolvimento do estresse é necessário considerar o quadro sintomatológico, que varia dependendo da fase em que a pessoa se encontra.

Na fase de alerta, considerada a fase positiva do estresse, o ser humano energiza-se através da produção de adrenalina, a sobrevivência é preservada e uma sensação de plenitude é freqüentemente alcançada.

Na segunda fase, a de resistência, a pessoa automaticamente tenta lidar com os seus estressores de modo a manter sua homeostase interna. Se os fatores estressantes persistirem em freqüência ou intensidade, há uma quebra na resistência da pessoa e ela passa à fase de quase exaustão. Nesta fase, o processo de adoecimento inicia-se e os órgãos que apresentarem uma maior vulnerabilidade genética ou adquirida, passam a mostrar sinais de deterioração. Se não há alívio para o estresse por meio da remoção dos estressores ou pelo uso de estratégias de enfrentamento, o estresse atinge a sua fase final, a da exaustão, quando doenças graves podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis, como enfarte, úlceras, psoríase, depressão e outros.

Analisando por categoria profissional observa-se na **Tabela 2** que, entre os profissionais com estresse, havia 13 (68,4%) na fase de *resistência* (dois enfermeiros e 11 auxiliares de enfermagem), cinco (26,3%) na fase de *quase-exaustão* (um enfermeiro e quatro auxiliares de enfermagem) e um (5,3%) na fase de *exaustão* (um auxiliar de enfermagem). Não foram detectados pelo instrumento utilizado para o diagnóstico de estresse, profissionais na fase de alerta.

Para os profissionais de enfermagem, encontrar-se na fase de resistência, quase exaustão e exaustão, pode significar a diminuição do estado de atenção e concentração exigidos para a realização das atividades destes profissionais, condição esta imprescindível para a atuação em uma unidade de alta complexidade.

O nível de pressão exercido pela organização do trabalho, a exigência de maior produtividade, associada à redução contínua do contingente de trabalhadores, à pressão do tempo e ao aumento da complexidade das tarefas, além de expectativas irrealizáveis e as relações de trabalho tensas e precárias, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional, constituindo-se em fatores psicossociais responsáveis por situações de estresse relacionado com o trabalho.

Os riscos psicossociais interferem até mais do que fatores físicos no desempenho do trabalho. Esses riscos são os menos estudados e raramente considerados capazes de causar doenças ocupacionais ou relacionados com o trabalho, porém o desconhecimento e a desatenção com relação aos mesmos não reduzem os seus efeitos deletérios²².

A presença do estresse e a incapacidade de enfrentá-lo, como já mencionamos, resultam em enfermidades físicas, mentais e outras manifestações. Assim sendo, profissionais estressados no trabalho podem também resultar em insatisfação, desmotivação e diminuição da produtividade, trazendo conseqüências drásticas à qualidade e segurança da assistência prestada à clientela.

Assim sendo, é de suma importância para a saúde física e psicológica dos profissionais de enfermagem, que os mesmos saibam identificar as manifestações do processo de estresse de maneira individual e que aprendam a detectar os estressores que desencadeiam este processo, pois desta forma poderão utilizar mecanismos de enfrentamento eficientes para a adaptação ao estressor, e conseqüentemente interromper a evolução do processo de estresse.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu-nos tecer as seguintes conclusões:

Características gerais: Os 43 profissionais de enfermagem de uma unidade de atendimento a pacientes portadores de HIV/aids encontravam-se na faixa etária de 20 a 59 anos, sendo que a maior parte dos trabalhadores se concentrava na faixa etária de 20 a 40 anos (72,2%). Destes, 86% são do sexo feminino; 39,6%, casados; 60,4%, com filhos; 46,5%, no exercício na profissão de enfermagem entre 5 e 10 anos e 76,7%, com tempo de trabalho na unidade do presente estudo entre 5 e 7 anos.

Através do instrumento utilizado, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos – ISSL, constatamos que 44,2% dos profissionais de enfermagem apresentavam-se estressados, sendo que no grupo de enfermeiros, 30% encontravam-se estressados e 70% sem estresse. Já, no dos auxiliares de enfermagem, 48,5% apresentavam-se estressados enquanto 51,5% não se encontravam em processo de estresse¹⁸.

Quanto à fase de estresse, encontravam-se: 13 (dois enfermeiros e 11 auxiliares de enfermagem, 68,4%), na fase de resistência; cinco (um enfermeiro e quatro auxiliares de enfermagem, 26,3%), na fase de quase-exaustão; e um (um auxiliar de enfermagem, 5,3%), na fase de exaustão. Não foi detectado no presente estudo,

pelo instrumento utilizado para avaliar a presença de estresse, profissionais na fase de alerta, apesar de alguns deles apresentarem alguns sintomas físicos e/ou psicológicos da referida fase.

Os achados deste estudo encontram-se em consonância com os dados da literatura, apontando a enfermagem como uma profissão desgastante e potencialmente estressante. Os estressores de várias naturezas existentes no hospital, que fazem parte do universo de atuação de enfermagem encontram-se intimamente ligados aos aspectos relativos às unidades de atuação, cargos ocupados, satisfação no trabalho e clientela atendida.

A presença de estresse nos profissionais de enfermagem e a incapacidade de enfrentá-los, resultam em enfermidades físicas e psicológicas, insatisfação, desmotivação, diminuição da produtividade, além de outras manifestações como a diminuição do estado de “alerta”. Ressaltamos que em uma unidade de alta complexidade, como a deste estudo, profissionais estressados podem levar sérios riscos e prejuízos à clientela assistida, ao próprio profissional e ao local de trabalho.

Portanto, é de suma importância para a saúde física e mental destes profissionais, que eles saibam identificar as manifestações do processo de estresse e que aprendam a detectar quais são os estressores que desencadeiam o processo, pois desta forma poderão utilizar “mecanismos de enfrentamento” eficientes para a adaptação ao estressor e conseqüentemente interromper a evolução do processo de estresse.

Frente a estas considerações, entendemos que compete à Instituição auxiliar na preservação da saúde mental de seus funcionários, estimulando-os e melhorando a satisfação e as condições de trabalho. Não podemos deixar de reconhecer que a situação é complexa, pois envolve os funcionários, os quais necessitam ter o conhecimento pessoal sobre si mesmos e o respeito do próprio processo de estresse; as políticas e/ou culturas organizacionais; e a cultura de cada unidade.

Assim sendo, algumas ações preventivas poderiam estar sendo asseguradas pela chefia imediata da unidade e também pela administração da Instituição. Para tanto, sugerimos algumas iniciativas no sentido de proporcionar a estes profissionais, condições de trabalho mais satisfatórias como melhora no ambiente físico, nas escalas de trabalho diário, mensal e de férias; melhora das relações entre chefia e subordinados; estimular relações mais positivas e colaborativas entre as equipes; oferecer cursos sobre o processo de estresse e atualização e treinamentos permanente sobre como assistir os pacientes portadores do HIV-aids, e ainda oferecer suporte emocional a estes trabalhadores como técnicas de relaxamento, ginástica laboral, dinâmicas de grupo, entre outros, com a participação de profissionais especializados. Com estas ações visamos não só preservar a saúde física e mental destes profissionais como, também, oferecer uma melhor qualidade de assistência prestada.

Diante de todo o exposto e por considerarmos preocupantes os resultados encontrados nesta pesquisa, ou seja, um nível alto de pessoas com estresse, sugerimos a continuação destes estudos, na unidade em questão, no sentido de detectar os eventos estressores dentro do ambiente laboral, que estão desencadeando este processo de estresse nos profissionais de enfermagem, bem como os mecanismos de enfrentamento utilizados pelos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIANCHI, E.R.F. *Stress entre Enfermeiros Hospitalares*. São Paulo, 1999. 101 p., Tese (Livro-docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
2. CANDEIAS, N.M.F.; ABUJAMRA, A.M.D.; LIM, T.A. "Stress" em um instituto de cardiologia da cidade de São Paulo. *Rev. Bras. de Saúde Ocupacional*, v.16, n.64, p. 33-40, out./dez. 1988.
3. REIS, J.N.; CORR A, A.K. Unidade de emergência: stress x comunicação. In: SIBRACEN, 2, Ribeirão Preto, 1990. *Anais*. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1990. p. 528-38.
4. MIRANDA, C.M.L.; Garcia, T.R.; SOBRAL, V.R.S. Um estudo sobre a construção da identidade profissional da enfermeira. *Rev. Enf. UERJ*, Rio de Janeiro, v.4, p.117 - 124, Abril 1996.
5. BULHÕES, I. *Riscos do trabalho de Enfermagem*. Rio de Janeiro: editora, 1994. 221p.
6. MARZIALE, M.H.P. *Estudo da fadiga mental de Enfermeiros atuantes em Instituição Hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes*. 1995, f.. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Rib. Preto, 1995.
7. GIR, E. *Práticas sexuais e a infecção pelo HIV*: um estudo sobre crenças entre universitários de Ribeirão Preto - São Paulo. 1994. 234 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.
8. CASSORLA, R.M.S. Lidando com AIDS: uma experiência de supervisão de equipe multiprofissional. In: CASSORLA, R.M.S. (coord.). *Da morte: estudos brasileiros*. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1998. Cap. 13, p. 231-39.
9. SELYE, H. *The stress of Life*. New York Mc.Graw Hill, 1956. 324 p.
10. BIANCHI, E.R.F. *Estresse em Enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico*. 1990.113f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.
11. GIANNOTTI, A. Stress psicológico: ambigüidade conceitual e fator de risco coronário. *Rev. Soc. Cardiol., Est. S. P.*, v.3, n.5, p. 7-10, set/out. 1993
12. FERRAZ, A.E. P. *Modos de enfrentar problemas e sua relação com componente emocional e controle metabólico das pessoas portadoras de diabetes mellitus*. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.
13. CAMELO, S.H.H. *Sintomas de Estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família*. 2002. 109 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
14. LIPP, M.E.N.; et al. *Como enfrentar o stress*. 4. ed. São Paulo, Ícone, 1994.
15. LIPP, M.E.N. (Ed.). *O stress esta dentro de você*. São Paulo: Contexto, 1999. Cap.1, p.9.
16. MENZIES, I. *O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra ansiedade*. Tradução e adaptação Aracy Martins Rodrigues. São Paulo, FGV, 1970.
17. ANDRADE, N.H.S. *O conviver com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: a ótica de profissionais de enfermagem*. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
18. LIPP, M.E.N.; *Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002
19. LIPP, M.E.N.; GUEVARA, A.J.H. Validação Empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS) *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.11, n.3, p.43-9, 1994.
20. LIPP, M.E.N.; *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)*/Marilda Novaes Lipp. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
21. BORSOI, I.C.F.; CODO, W. *Enfermagem, trabalho e cuidado*. Petrópolis: Vozes, 1995. Cap. 8: Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho. P.39 -151
22. MIRANDA, A. F. *Estresse Ocupacional: Inimigo Invisível do Enfermeiro ?* 156 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

Endereço para correspondência:

CLEIDE BALDIM DE OLIVEIRA CARVALHO

Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP - Campus Monte Alegre .

Av. Bandeirantes, Monte Alegre. CEP: 14048-900.

E-mail: cbaldini@hcrp.fmrp.usp.br

Recebido em: 01/06/04

Aprovado em: 21/10/04

CARACTERIZAÇÃO FENOTÍPICA E MOLECULAR DE *NEISSERIA GONORRHOEAE* ISOLADAS NO RIO DE JANEIRO, 2002–2003

PHENOTYPIC AND MOLECULAR CHARACTERIZATION OF *NEISSERIA GONORRHOEAE* ISOLATED IN RIO DE JANEIRO, BRAZIL, 2002–2003

1º LUGAR – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: LABORATÓRIO

Nero A Barreto¹, Raquel RP Sant'anna², Luisa BG Silva³, Aline A Uehara⁴,
Renata C Guimarães⁵, Isabele M Duarte⁵, Marise D Asensi⁶

RESUMO

Introdução: ao longo da era antimicrobiana, a *Neisseria gonorrhoeae* vem desenvolvendo resistência a vários agentes. Estima-se que ocorram mais de 1,5 milhão de novos casos por ano no Brasil e a vigilância da emergência e disseminação de cepas resistentes deve ser periodicamente monitorada. **Objetivo:** avaliação da resistência, caracterização fenotípica e molecular de gonococos isolados na região metropolitana do Rio de Janeiro no período de fevereiro de 2002 a junho de 2003, estabelecendo informações básicas para estudos posteriores. Conhecer o perfil sócio-demográfico dos pacientes portadores de gonorréia. **Método:** *Neisseria gonorrhoeae* isoladas de forma consecutiva foram testadas para penicilina, tetraciclina, azitromicina, ciprofloxacina, ceftriaxona e cloranfenicol, utilizando o método E-test para determinação da concentração mínima inibitória (CIM). Para todas as amostras foram realizadas a pesquisa de β -lactamase, análise plasmidial, sorotipagem e eletroforese em campo pulsado (PFGE) para estudo da variabilidade genética. As características sócio-demográficas dos pacientes foram obtidas nos prontuários médicos. **Resultado:** das 115 amostras testadas, 10 (8,7%) eram produtoras de β -lactamase (PPNG), 88 (76,5%) exibiam resistência intermediária a penicilina e 17 (14,8%) eram sensíveis. Para tetraciclina, 39 (33,9%) foram resistentes, 37 (32,2%) manifestavam resistência intermediária e 39 (33,9%) sensíveis. Resistência mediada por plasmídeo a tetraciclina (TRNG, CIM = 16 μ g/mL) foi detectado em 20% dos isolados. Frente ao cloranfenicol, 4 (3,4%) foram resistentes, 14 (12,2%) com resistência intermediária e 97 (84,5%) sensíveis. Foram encontrados 23 (20%) isolados com sensibilidade diminuída à azitromicina (CIM 0,25 – 0,5 μ g/mL) e duas (1,7%) com sensibilidade diminuída à ciprofloxacina (CIM = 0,5 μ g/mL). Todas as amostras foram sensíveis à ceftriaxona. Entre as PPNG, encontramos três tipos distintos de plasmídios, o tipo Ásia (4,4 Mda), África (3,2 Mda) e o Toronto (3,05 Mda). O sorogrupo predominante foi o I-B/WII/III em cerca de 90% das amostras. **Conclusão:** a vigilância da resistência aos antimicrobianos é importante para monitorar a emergência e dispersão de cepas resistentes, auxiliando na escolha terapêutica. Na região Rio de Janeiro, penicilina e tetraciclina não devem ser recomendadas para o tratamento de gonorréia e o uso de azitromicina exige atenção. A análise fenotípica e genotípica das amostras estudadas fornecerá instrumentos comparativos para futuros estudos epidemiológicos. Nossos pacientes portadores de gonorréia são homens brancos, jovens (média de 22 anos), solteiros, heterossexuais, com múltiplas parceiras, com nível de escolaridade e renda familiar baixos, e expostos continuamente a riscos de adquirir uma doença de rota sexual.

Palavras-chave: *Neisseria gonorrhoeae*, resistência, plasmídios, sorotipos, β -lactamase

ABSTRACT

Introduction: along of antimicrobial era *Neisseria gonorrhoeae* have been developing resistance to several agents. It is estimated the occurrence of more than 1,5 million new cases for year in Brazil and the emergence of the vigilance and dissemination of resistant strains must be periodically monitored. **Objective:** evaluate the resistance, phenotypic and molecular characterization of gonococcus isolated in the metropolitan area of Rio de Janeiro between February 2002 and June 2003, establishing basic information for further studies. Demographic profile of the patients with gonorrhea was determined. **Method:** samples of *Neisseria gonorrhoeae* isolated consecutively were tested for penicillin, tetracycline, azithromycin, ciprofloxacin, ceftriaxone and cloranfenicol using the E-test method to determine the Minimum Inhibitory Concentration (MIC). All the strains were tested for β -lactamase, plasmidial analysis, serotyping and Pulsed-Field Gel Electrophoresis (PFGE) to study the genetic variability. The demographic characteristics of the patients were obtained in medical file. **Result:** of the 115 tested samples, 10 (8,7%) were β -lactamase producing (PPNG), 88 (76,5%) had intermediary resistance to penicillin and 17 (14,8%) were sensitive. For tetracycline 39 (33,9%) were resistant, 37 (32,2%) had intermediary resistance and 39 (33,9%) were sensitive. The resistance mediated by plasmid to tetracycline (TRNG, MIC \geq 16 μ g/mL) was detected in 20% of the isolate. To cloranfenicol, 4 (3,4%) were resistant, 14 (12,2%) had intermediary resistance and 97 (84,5%) were sensitive. Were found 23 (20%) isolates with reduced susceptibility to azithromycin (MIC 0,25 – 0,5 μ g/mL) and 2 (1,7%) with reduced susceptibility to ciprofloxacin (MIC = 0,5 μ g/mL). All the samples were sensitive to ceftriaxone. Among PPNG, we found three distinct type of plasmids, the Asia (4.4 Mda), Africa (3.2 Mda) and Toronto (3.05 Mda) types. The predominant serogroup was I-B/W II/III in about 90 % of the samples. **Conclusion:** the resistance surveillance to antimicrobial is important to monitorate the emergence and spread of resistant strains helping in therapeutic choice. In the area of Rio de Janeiro, penicillin and tetracycline are not recommended for the treatment of gonorrhea and the use of azithromycin demands attention. The phenotypic and genotypic analyses of the studied samples will give comparative instruments for future epidemiological studies. Our patients with gonorrhea are white men, young (average 22 years old), singles, heterosexuals, with multiple partners, with low level of education and familiar income, and continually exposed to risks of acquiring sexually transmitted diseases.

Keywords: *Neisseria gonorrhoeae*, resistance, plasmids, serotypes, β -lactamase

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3):32-42, 2004

¹Prof. Adjunto do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense. Setor de DST da UFF.

²Biomédica. Aluna do Curso de Especialização em DST/UFF.

³Bióloga. Setor de DST/UFF.

⁴Bióloga. Setor de DST/UFF.

⁵Monitora de Bacteriologia. Setor de DST/UFF.

⁶Pesquisadora Doutora do Departamento de Bacteriologia da FIOCRUZ.

Fonte financiadora e apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Proc.466908/00-8; UNESCO/ PNDST/AIDS do Ministério da Saúde. Projeto 914/BRA/58-UNESCO; Trabalho de tese do Curso de Doutorado em Biologia Parasitária do Instituto Oswaldo Cruz, desenvolvido no Departamento de Bacteriologia da Fundação Oswaldo Cruz.

INTRODUÇÃO

O ressurgimento de infecções gonocócicas resistentes em vários países desenvolvidos e a expansão naqueles em desenvolvimento sugerem evidências de que uma pandemia se aproxima, visto que a disseminação de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes a antimicrobianos avança rapidamente no mundo globalizado¹⁻⁶.

A incidência mundial da gonorréia é estimada em 62 milhões de novos casos a cada ano⁷, cuja distribuição difere entre o mundo industrializado e o em desenvolvimento, e entre diferentes grupos socioeconômicos dentro do mesmo país⁸. No Brasil, o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, estima que ocorram mais de um milhão e 500 mil novos casos anualmente, entre homens e mulheres (Fabio Moherdau – comunicação pessoal).

A importância do controle da gonorréia não está limitada apenas à frequência numérica, mas à possibilidade de complicações que ela pode causar, como prostatite e epididimite no homem, ou doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e infertilidade na mulher⁹. Tem sido observado que, em pacientes com gonorréia, o risco de contrair infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) aumentaria de três a cinco vezes¹⁰ e que *Neisseria gonorrhoeae* pode aumentar a replicação do HIV-1, *in vitro*, em até 133 vezes na presença de leucócitos polimorfonucleares¹¹.

Ao longo da era antimicrobiana, *Neisseria gonorrhoeae* vem desenvolvendo resistência a vários agentes utilizados em regimes de tratamento. A produção de penicilinase pela *Neisseria gonorrhoeae* (PPNG) é o tipo mais comum de resistência, resultado da aquisição de plasmídios que codificam uma enzima β -lactamase do tipo TEM-1¹², seguido pela resistência de alto nível à tetraciclina (TRNG), cujas cepas codificam o determinante tet M encontrado num plasmídio conjugativo¹³, estando todos eles disseminados por todo o mundo.

Em outra mão, a resistência cromossômica processa-se através de combinações de mutações em diversos *loci* genéticos que codificam os alvos preferenciais dos antimicrobianos, e é considerada resistência de baixo nível ou de sensibilidade diminuída, que ocorre tanto para penicilinas e tetraciclina quanto para fluoroquinolonas e macrolídeos¹⁴.

Uma característica notável da *Neisseria gonorrhoeae* é sua variabilidade fenotípica e genotípica, expressada por diferentes partes do seu genoma ou pela incorporação de novos materiais genéticos, sejam adquiridos por conjugação ou por transformação¹⁵. Com isso, diversas técnicas com propósito epidemiológico podem ser aplicadas, como a auxotipagem, que avalia o requerimento nutricional de múltiplos compostos para o crescimento da bactéria^{16,17}; a sorotipagem, reação de co-aglutinação com anticorpos monoclonais contra epítopos da principal proteína da membrana externa (PI, Por)^{18,19}; o teste de sensibilidade antimicrobiana, com determinação da concentração inibitória mínima^{20,21}; a análise do conteúdo de plasmídios^{22,23}; e por fim, a genotipagem, que frequentemente utiliza a eletroforese em campo pulsado (PFGE), com bom poder discriminatório^{24,25}. Deste modo, a combinação de vários métodos possibilita rastrear a circulação de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes, correlacionando-as com áreas geográficas específicas ou mesmo com a expressão da doença²⁶⁻³⁰.

Nas duas últimas décadas, vários países, em diferentes regiões do mundo, implementaram programas de vigilância da resistência antimicrobiana para *Neisseria gonorrhoeae*, baseados em dados laboratoriais. Fizeram de forma isolada ou participando de redes internacionais, de maneira que pudessem monitorar a emergência e a prevalência de cepas resistentes e sua circulação, antecipando condutas terapêuticas e contribuindo para o controle da gonorréia³¹⁻³⁸.

No Brasil, a partir dos pioneiros trabalhos de Magalhães em Recife³⁹⁻⁴¹, responsável pelo isolamento da primeira cepa de PPNG, em 1984, portadora do plasmídio tipo Africano, outros estudos foram realizados, como em Belo Horizonte-MG⁴² e em São Paulo⁴³. Na década seguinte, Smânia *et al.*^{44,45} relataram a presença de PPNG e susceptibilidade diminuída a vários antimicrobianos na cidade de Florianópolis-SC. De certa maneira, estes trabalhos foram realizados de forma esporádica e sem o viés da vigilância sistemática.

De São Paulo vieram estudos fenotípicos e epidemiológicos de cepas PPNG isoladas entre 1985 e 1990, evidenciando a cidade como área endêmica e ressaltando a necessidade de implantação de um programa de vigilância sentinela em nível nacional^{46,47}. Coube ao Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PNDST/Aids), do Ministério da Saúde, em 1996, patrocinar a implantação da Rede Nacional de Vigilância da Resistência dos Gonococos – RENAGONO⁴⁸, reunindo doze laboratórios de saúde pública (LACEN) de várias regiões do país, e dois de duas universidades públicas na região sudeste, como parte do Programa de Vigilância Antimicrobiana para Gonococos – GASP, na América Latina e Caribe. Os primeiros resultados foram produzidos em 2001, com amostras isoladas em Manaus-AM, e enviadas para serem processadas no Canadá⁴⁹, registrando altos níveis de resistência à penicilina e tetraciclina, e sensibilidade diminuída a azitromicina e ciprofloxacina.

Ultimamente, raros estudos têm sido realizados em nosso país para a avaliação da resistência antimicrobiana⁵⁰, assim como aqueles necessários para a caracterização fenotípica e genotípica das amostras circulantes, permanecendo desconhecida em nosso ambiente a variabilidade genética de *Neisseria gonorrhoeae*.

OBJETIVO

- Caracterização fenotípica e molecular de *Neisseria gonorrhoeae* isoladas na região do Rio de Janeiro.
- Desenvolvimento de informações básicas sobre resistência antimicrobiana de *Neisseria gonorrhoeae*, contribuindo assim como referência para futuros estudos da RENAGONO.
- Determinar o perfil sociodemográfico dos pacientes portadores de gonorréia em nossa região.

MÉTODO

Origem das amostras

As amostras de *Neisseria gonorrhoeae* foram isoladas de pacientes de ambos os sexos, de demanda espontânea, atendidos

numa clínica de doenças sexualmente transmissíveis (DST) localizada na região metropolitana do Rio de Janeiro.

No período de fevereiro de 2002 a junho de 2003, as primeiras sete amostras consecutivas de cada mês foram reservadas, perfazendo um total de 119 amostras, das quais 115 foram aproveitadas.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz e, dos pacientes participantes, era solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Isolamento e identificação

O material clínico colhido da fossa navicular da uretra masculina ou do canal endocervical, no sexo feminino, com *swabs* apropriados, foram semeados diretamente em meio de Thayer & Martin modificado e as placas eram imediatamente levadas para a incubadora com 5% de CO₂, em atmosfera úmida, a 35,5°C por 24 a 48 horas. Após este período, as colônias suspeitas eram presumivelmente identificadas pelo método de Gram, e pelas respostas positivas para os testes de catalase e oxidase. A seguir, eram subcultivadas em agar chocolate enriquecido com 1% de fatores de crescimento (AC sup.) para confirmação definitiva com testes de oxidação de carboidratos, no meio de cistina triptose agar (CTA) suplementado com 1% de açúcares (glicose, maltose, lactose e sacarose) e com anticorpos monoclonais (Gonogen II – Becton Dickson, Oxford, UK)^{51,52}.

As amostras assim identificadas eram estocadas em caldo cérebro coração (BHI, Difco Laboratories – Detroit) com 20% de glicérol e armazenadas em *freezer* a -70°C para estudos posteriores⁵².

Pesquisa de β-lactamase

Todas as amostras após crescimento em AC sup. por 20 a 24 horas, foram submetidas ao teste da produção de β-lactamase pelo método da cefalosporina cromogênica⁵³ (*BBL Dryslide Nitrocefin*).

Teste de sensibilidade aos antimicrobianos

A concentração inibitória mínima (CIM) para penicilina (PG), tetraciclina (TC), azitromicina (AZ), ciprofloxacina (CI), cloranfenicol (CL) e ceftriaxona (TX) foi determinada utilizando o sistema de fita E-test (*AB Biodisk, Solna, Sweden*). Este método é comparável ao método de diluição em agar, procedimento recomendado para avaliar resistência em gonococos, entretanto pela simplicidade e menor custo, pode tornar-se uma alternativa para os países em desenvolvimento⁵⁴⁻⁵⁶. Consiste de uma fita plástica, com um lado impregnado com antimicrobiano, distribuído em concentrações exponenciais predefinidas.

Os testes foram realizados em meio agar GC (*Difco Laboratories – Detroit*) suplementado com 1% de fatores de crescimento, após subcultivo em AC sup.

O inóculo de 10⁸ bactérias por mL foi preparado pela suspensão direta das colônias, com 20 a 24 horas de crescimento, em 5 mL de solução PPS (proteose peptona a 1% em solução salina, pH 7,2)⁵⁷ para leitura em espectrofotômetro numa absorbância entre 0,08 a 0,1 até alcançar turvação corresponde ao tubo 0,5 da escala McFarland, seg. NCCLS⁵⁸. A seguir, a suspensão foi semeada na superfície da placa, em três direções, com auxílio de um *swab*, e esperou-se cerca de 15 minutos para colocação das fitas. Feito isto, as placas foram levadas para a incubadora, em atmosfera úmida, com 5% de CO₂ para um período de 20 a 24 horas numa temperatura de 35,5°C, e os resultados processados de acordo com as instruções do fabricante.

As amostras testadas foram agrupadas e categorizadas fenotipicamente de acordo com os padrões de susceptibilidade recomendados pelo NCCLS⁵⁸ (**Tabelas 1 e 2**), sendo que para azitromicina e cloranfenicol as definições dos valores de CIM tiveram por base a literatura^{31,32, 36,59}.

As cepas de referências de *Neisseria gonorrhoeae* incluídas no controle de qualidade, foram gentilmente cedidas pelo Instituto Adolfo Lutz – São Paulo (ATCC 49226) e pelo *Centers for Diseases Control and Prevention*, Atlanta, Ga. USA por intermédio do Dr. David Trees (F-45, P681E, CDC 10328 e CDC 10329).

Tabela 1 – Atividade antimicrobiana de 115 amostras de *Neisseria gonorrhoeae* isoladas no período de fevereiro de 2002 a junho de 2003 no Rio de Janeiro.

Antimicrobiano	CIM (µg/mL)	Perfil de sensibilidade = n° (%) de amostras		
		R	RI	S
Penicilina	≤ 0,06 - ≥ 2,0	10 (8,7)	88 (76,5)	17 (14,8)
Tetraciclina	≤ 0,25 - ≥ 2,0	39 (33,9)	37 (32,2)	39 (33,9)
Azitromicina	≤ 0,06 - ≥ 2,0			
23 (20,0)	92 (80,0)			
Ciprofloxacina	≤ 0,06 - ≥ 1,0			
2 (1,7)	113 (98,3)			
Cloranfenicol	≤ 0,25 - ≥ 2,0	4 (3,5)	14 (12,2)	97 (84,3)
Ceftriaxona	≤ 0,25			115 (100,0)

R = resistente;

RI = sensibilidade diminuída ou intermediária;

S = sensível.

Tabela 2 – Resistência mediada por plasmídeo e por cromossomo a penicilina e tetraciclina (n = 115).

Categoria fenotípica	Crítérios ^a	Nº (%) de amostras
1. PPNG (<i>N. gonorrhoeae</i> produtora de penicilinase)	β-Lac (+); CIM (TC) < 2μg/mL	2 (1,7)
2. TRNG (<i>N. gonorrhoeae</i> com R a TC mediada por plasmídeo)	β-Lac (-); CIM (TC) ≥ 16μg/mL	18 (15,7)
3. PP/TRNG	β-Lac (+); CIM (TC) ≥ 16μg/mL	5 (4,3)
4. CMTR (Resistência cromossômica à TC)	β-Lac (-); CIM (TC) ≥ 2 e < 16μg/mL	13 (11,3)
5. PP/ CMTR	β-Lac (+); CIM (TC) ≥ 2 e < 16μg/mL	3 (2,6)
6. Sensível ^{PT}	CIM < 2 μg/mL para PG e TC.	74 (64,4)

^a β-Lac (+) = β-lactamase positivo; β-Lac (-) = β-lactamase negativo.

Sorotipagem

A classificação em sorogrupos e sorotipos foi realizada por reação de co-aglutinação utilizando um conjunto de anticorpos monoclonais ligados à proteína A de *Staphylococcus*, segundo instruções do fabricante (*Phadebact GC Serovar Test – Boule Diagnostics AB – Sweden*).

Cada amostra foi testada contra um painel com cinco anticorpos monoclonais para a proteína I-A (Ao, Ar, As, At e Av) e nove anticorpos monoclonais para a proteína I-B (Bo, Br, Bs, Bt, Bu, Bv, Bx, By e Bv). A letra maiúscula A representa o sorogrupo WI e a letra B, o sorogrupo W II/III. Quando seguidas por letras minúsculas, correspondem à reação positiva com os respectivos anticorpos (sorotipos). A partir de um crescimento em AC sup. por 20 a 24 horas, as colônias foram suspensas em 1 mL de solução PPS, até alcançar turvação correspondente ao tubo 0,5 da escala McFarland e, em seguida, aquecida em banho-maria por 10 minutos. Após estabilizar em temperatura ambiente junto com os reagentes previamente homogeneizados em agitador tipo Vortex, 20 μL do antígeno foram adicionados a igual quantidade de anticorpos, sobre uma placa de vidro demarcada, misturados e lidos em até dois minutos, em movimento rotatório. A possibilidade de auto-aglutinação era checada utilizando-se apenas solução salina, como antígeno, para todos os reagentes dos dois painéis, e, quando reação duvidosa acontecia, todo o procedimento era repetido^{18,19,60}.

Análise de plasmídios

Todas as amostras foram submetidas à extração de DNA plasmidial para verificação de seu conteúdo e peso molecular aproximado, empregando-se a técnica rápida de lise alcalina descrita por Birboim & Doly⁶¹, com adaptações para *Neisseria gonorrhoeae*. Resumidamente, cerca de metade de um crescimento abundante em meio AC sup. (placa de 90 × 15mm) por 20 a 24 horas, foi adicionado a 1 mL de solução PPS, e centrifugado duas vezes a 13.000 rpm por dois minutos a 4°C. Após extração, 10 μL do sedimento obtido (DNA plasmidial) era misturado a 2 μL de um tampão carreador (0,25% de azul de bromofenol + 0,25% de xilenocianol + 15% de ficoll tipo 400 + H₂O q.s.p.) e colocados no gel de agarose a 0,7% em tampão TBE 0,5X (TRISMA + EDTA), para corrida eletroforética alimentada por fonte termogeradora a 60 V por três horas.

Finalizada a eletroforese, o gel foi corado com solução aquosa de brometo de etídio (10 μL /100 mL) por 20 minutos e lavado com água destilada por cinco minutos, para ser visualizado e fotografado sob luz UV em aparelho “ImageMaster VDS” (*American Pharmacia Biotech, England*).

Para determinação estimada dos pesos moleculares, utilizaram-se como marcadores controles de peso molecular, as cepas de *E. coli* V517⁶² e *E. coli* R861⁶³, possibilitando assim traçar uma curva de migração plotada em papel semilog [\log_{10} (MDa) × distância (mm)] a partir da localização fotográfica dos plasmídios das respectivas cepas.

O plasmídeo conjugativo de peso molecular de 25,2 MDa (tipo Dutch ou American)⁶⁴, que confere alto nível de resistência a tetraciclina, foi presumivelmente identificado a partir da CIM ≥ 16 μg/mL.

Genotipagem

A eletroforese em campo pulsado (*PFGE – Pulsed-Field Gel Electrophoresis*) foi realizada para todas as 115 amostras estudadas, o que permitiu analisar os perfis de macrorrestrrição do DNA cromossomal, utilizando a enzima endonuclease de restrição Spe I (5'-A↓CTAGT - 3') (10U, *American Pharmacia Biotech – England*)⁶⁵⁻⁶⁷. Sucintamente, cerca de ¼ de um crescimento abundante em AC sup. (placa 90 × 15mm) por 20 a 24 horas, foi adicionado a 1 mL de solução PPS, e centrifugado por duas vezes a 13.000 rpm por dois minutos a 4°C. Ao sedimento foram acrescentados 30 μL de EDTA (0,5M, pH 7,5), homogeneizados em agitador tipo Vortex, mais 200 μL da solução TEN (EDTA 0,5M, pH 7 e 8; TRIS base 1M, pH 7 e 8; NaCl 4M, SIGMA), e homogeneizados novamente. A seguir, adicionou-se 230 μL de agarose Low Melting Point a 2,0% (SIGMA), previamente estabilizado a 50°C em banho-maria, para preparação dos blocos de agarose (BIO RAD). Após extração, purificação e digestão do DNA cromossomal foi preparado o gel para a eletroforese em campo pulsado.

Utilizou-se como marcador de peso molecular o *lambda DNA ladder*, 50-300 kpb (BIO RAD). O gel foi preparado com agarose a 1 g% em tampão TBE 0,5X concentrado (TRIS base; BORATO e EDTA), e moldado em suporte próprio (BIO RAD) com 100 mL. Após aplicação das amostras, o aparelho CHEF DR III (BIO RAD) foi programado para o tempo de pulso de 5-15 segundos por 24 horas a 14°C em voltagem igual a 6V sob um ângulo de 120°.

Com o fim da corrida eletroforética, o gel foi corado por 30 minutos com uma solução aquosa de brometo de etídio (50 µL/500 mL) e descorado por 10 minutos com água destilada, para ser visualizado e fotografado sob luz UV em aparelho “ImageMaster VDS” (American Pharmacia Biotech, England).

A avaliação final dos perfis de restrição obtidos com a PFGE foi realizada utilizando o programa “Gel Compar II – Comparative Analysis of Electrophoresis Patterns. Version 1.5 – Applied Maths, Kortrijk – Belgium”. O grau de identidade entre os perfis foi determinado pela construção de uma matriz de similaridade, aplicando-se o coeficiente de Dice com 2% de tolerância de posição e 2% de otimização. A definição de clones tomou por base as orientações preconizadas por Tenover *et al.*⁶⁸.

Dados sociodemográficos

As informações extraídas dos prontuários médicos dos pacientes incluíam idade, sexo, estado civil, origem étnica, comportamento sexual, história de DST, grau de instrução, renda familiar, uso de preservativo, números de parceiros e uso de antibióticos. A análise estatística utilizou-se do programa Epi Info versão 6.1 (Centers for Diseases Control and Prevention, Atlanta, Ga. USA) para cálculo de média, mediana e desvio padrão do item idade. Para as demais variáveis, foi empregada a distribuição de frequência simples e percentual.

RESULTADO

Tendências da resistência

Susceptibilidade à penicilina e à tetraciclina

Das 115 amostras de *Neisseria gonorrhoeae* analisadas (Tabela 1), 10 (8,7%) eram resistentes à penicilina, 88 (76,5%) exibiam resistência intermediária, e 17 (14,8%) eram sensíveis, cuja CIM variou entre 0,008 a 32 µg/mL.

Para tetraciclina, 39 (33,9%) foram resistentes, 37 (32,2%) apresentavam RI e 39 (33,9%) foram sensíveis, com a CIM variando de 0,06 a 32 µg/mL (Tabela 1).

Todas as dez amostras resistentes a PG eram produtoras de β-lactamase, sendo que oito também eram resistentes a TC, uma apresentava RI a TC e outra também apresentava RI a TC e AZ simultaneamente.

Várias categorias de resistência aos dois antibióticos foram encontradas (Tabela 2). Entre todas as amostras, 28 (24,3%) exibiam resistência mediada por plasmídios a PG, a TC ou a ambas, e 16 (13,9%) apresentaram resistência mediada por cromossomo, sendo que três (2,6%) eram PP/CMTR.

Ao todo, 105 (91,3%) amostras foram sensíveis à penicilina, 84 (73%) sensíveis à TC e, por fim, 74 (64,3%) sensíveis ao mesmo tempo aos dois antibióticos.

Das 88 (76,5%) amostras com RI a PG, 26 (29,5%) também eram resistentes a TC, 17 (19,3%) exibiam RI a TC e 20 (22,7%) apresentavam algum tipo de resistência a outros antimicrobianos.

Quanto às 37 amostras com RI a TC, apenas oito (21,6%) eram exclusivamente, ao passo que as 29 (78,4%) restantes exibiam perfil de resistência variado com outros antimicrobianos.

Susceptibilidade a azitromicina, ciprofloxacina, cloranfenicol e ceftriaxona.

Todas as amostras estudadas foram sensíveis a ceftriaxona (CIM ≤ 0,25 µg/mL). Entretanto, em 23 (20%, Tabela 1) isolados foi notada sensibilidade diminuída a azitromicina, sendo que 14 deles apresentaram CIM = 0,25 µg/mL e os outros nove CIM = 0,5 µg/mL. Concomitantemente, um isolado exibiu resistência a PG e RI a TC; outro apresentava RI a PG, TC e CI e outro, a PG e CI; dois isolados apresentavam RI a TC; cinco eram resistentes a TC (CIM entre 2 e 8 µg/mL); seis exibiam RI a PG e, finalmente, sete apresentavam RI a PG e a TC.

A seguir, observou-se também que dois (1,7%, Tabela 1) isolados manifestavam sensibilidade diminuída a ciprofloxacina (CIM = 0,5 µg/mL). Um deles, ao mesmo tempo exibiu RI a PG, TC e AZ, enquanto outro, a PG e AZ.

Todas as amostras foram testadas para cloranfenicol, quatro (3,5%, Tabela 1) mostraram-se resistentes e 14 (12,2%) manifestaram sensibilidade diminuída.

Análise plasmidial

O conteúdo de plasmídios foi determinado nas 115 amostras (Tabela 3). Todas continham o plasmídio críptico de 2,6 MDa. Dentre as dez PPNG, foram encontrados três tipos distintos de plasmídios produtores de β-lactamase, assim denominados: quatro do tipo Ásia com peso molecular de 4,4 MDa, nove do tipo África de 3,2 MDa e um do tipo Toronto de 3,05 MDa. Cinco delas abrigavam presumivelmente o plasmídio conjugativo tet M de 25,2 MDa, três o plasmídio de transferência de 24,5 MDa e duas não possuíam o plasmídio de transferência. O plasmídio conjugativo foi presumivelmente encontrado em 23 (20%) amostras TRNG e o de transferência em 16 (13,9%) isolados resistentes à tetraciclina (CIM ≤ 8 µg/mL), sendo três PPNG.

Sorotipagem

Todas as 115 amostras de *Neisseria gonorrhoeae* sorogrupadas e sorotipadas com o painel de 14 anticorpos monoclonais, apresentaram pelo menos um epítipo para ser reconhecido, não ocorrendo nenhuma cepa “não tipável” nem que apresentasse reação cruzada entre as classes PI-A e PI-B. A grande maioria pertencia ao sorogrupo I-B/WII/III, somando 104 (90,4%) cepas contra 11 (9,6%) pertencentes ao sorogrupo I-A/WI (Tabela 4). Quatro perfis sorológicos foram encontrados no sorogrupo I-A/WI e 47 perfis diferentes no sorogrupo I-B/WII/III.

O epítipo predominante no sorogrupo I-A/WI foi o At, presente em nove (81,8%, Tabela 4) das cepas, sendo que em sete de maneira combinada, ora com o As (4 ×) ora com o Ar e As (3 ×). Em outras duas cepas o epítipo At estava sozinho, assim como o Av. O epítipo Ao não foi encontrado em nenhuma cepa.

Tabela 3 – Perfil plasmidial de *Neisseria gonorrhoeae* (n = 115).

Peso molecular (MDa)	n (%)	
	PPNG	Não-PPNG
2,6 + 3,2	1 (0,9)	
2,6 + 3,2 + 4,4	1 (0,9)	
2,6 + 3,2 + 25,2 *	3 (2,6)	
2,6 + 3,2 + 4,4 + 25,2	1 (0,9)	
2,6 + 3,2 + 4,4 + 24,5	2 (1,7)	
2,6 + 3,2 + 24,5	1 (0,9)	
2,6 + 3,05 + 25,2	1 (0,9)	
2,6		74 (64,3)
2,6 + 24,5		13 (11,3)
2,6 + 25,2		18 (15,6)

* TRNG = resistência plasmidial à TC, CIM \geq 16 μ g/mL.

Tabela 4 – Distribuição de sorogrupos e sorotipos entre as 115 amostras de *Neisseria gonorrhoeae*.

PPNG Sorogrupos	Não-PPNG Sorotipos	n = 10	Sorogrupos	Sorotipos	n = 105
I-A / WI	Arst	1	I-A / WI	Ast	2
	Ast	2		Arst	2
	At	1		At	1
	Av	2			
I-B / WII/III	Boprtv	1	I-B / WII/III	Btvy	10
	Botuvy	1		Boprtv	7
	Bstvy	1		Bopr	6
	Bsty	1		Btv, opt, tuv	5 de cada
	Btuvy	1		Bptuvy, oprt	4 de cada
	Btuy	1		Boprtuv, otv, otvy	3 de cada
			Outros*	43	

* Outros: 2 de cada; oprtu, optv, opv, optvy, ostv, psty, st, stvy, vy.

1 de cada; oprtuvy, opru, opstu, opstuy, ost, ostvy, ov, ovy, pr, prstvy, prstuy, prt, prtvy, prvy, ps, pstuy, ptu, ptv, pv, rs, rtv, s, st, sty, tuv.

O sorotipo predominante foi o Ast 4/11(36,3%), seguido do Arst com 3/11 (27,2%).

No sorogrupo I-B/WII/III, predominou o epítipo Bt = 86/104 (82,7%, **Tabela 4**), distribuído de forma combinada em 37 diferentes perfis sorológicos, seguido do Bv = 60/104 (57,7%), que aparecia em 25 diferentes perfis de forma combinada; depois surge o By = 54/104 (51,9%), presente em 20 perfis de forma combinada. A seguir vinha o Bp = 52/104 (50%), presente em 27 perfis de forma combinada e, a partir daí, aparecia o epítipo Bo = 49/104 (47,1%), em 22 perfis; Br = 31/104 (29,8%), em 16 perfis; Bu = 25/104 (24,0%), em 14 perfis, e Bs = 23/104 (22,1%), em 13 perfis sorológicos de forma combinada. O epítipo Bx não foi encontrado em nenhuma amostra. Neste sorogrupo, o sorotipo predominante foi o Btvy, 10/47 (21%), seguido do sorotipo Boprtv, com 8/47 (17%).

Entre as PPNG, 4/10(40%) pertenciam ao sorogrupo I-A/WI com predomínio do sorotipo Ast e 6/10(60%) ao sorogrupo I-B/WII/III. Quanto às amostras não-PPNG, 7/105 (6,6%) eram do sorogrupo I-A/WI e 98/105(93,9%) do sorogrupo I-B/WII/III, predominando o sorotipo Btvy 10/98 (10,2%), seguido do Boprtv 7/98 (7,1%) e do Bopr 6/98 (6,1%, **Tabela 4**).

Com exceção de uma (Ast), todas as amostras TRNG (**Tabela 3**) pertenciam ao sorogrupo I-B/WII/III 22/23 (95,6%), com os sorotipos Bopr e Bopt aparecendo duas vezes cada.

As amostras de *Neisseria gonorrhoeae* com sensibilidade diminuída à azitromicina, 23/115 (20%), e à ciprofloxacina, 2/115 (1,7%), eram do sorogrupo I-B/WII/III, bem como aquelas resistentes ao cloranfenicol 4/115 (3,5%, **Tabela 1**).

Genotipagem

A análise dos padrões de restrição gerados na PFGE após digestão com a endonuclease SpeI de baixa frequência de clivagem dos DNA genômico das 115 amostras de *Neisseria gonorrhoeae*, permitiu identificar um clone A com 51 subclones (predomínio do A₁ e A₃ com sete cepas cada), de outro clone B, com três cepas e mais nove clones (C – K) com uma cepa cada.

Os perfis eletroforéticos obtidos mostraram 8 a 16 fragmentos de DNA com tamanhos estimados entre 20 e 480 kb. O coeficiente

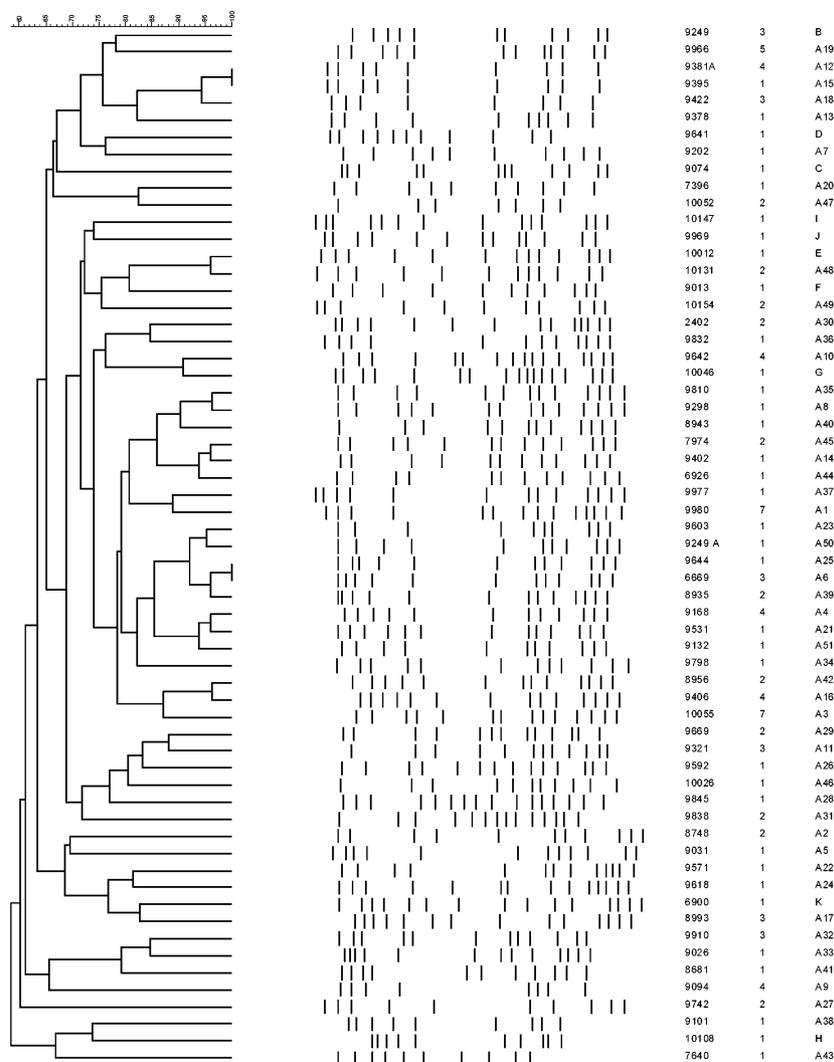


Figura 1 - Representação esquemática da diversidade genômica encontrada nas 115 amostras de *Neisseria gonorrhoeae* (dendrograma).

de Dice registrou 58,34% de similaridade caracterizando considerável diversidade genética entre as amostras estudadas (**Figura 1**).

As amostras resistentes à penicilina e à tetraciclina, pertenciam ao clone A, com exceção de uma (clone C) que apresentava resistência mediada por plasmídeo à tetraciclina (CIM \geq 16 $\mu\text{g}/\text{mL}$) e de outra (clone E), que manifestou resistência cromossômica também à tetraciclina (CIM = 4 $\mu\text{g}/\text{mL}$).

Todas as amostras com sensibilidade diminuída à azitromicina pertenciam ao clone A.

Características sociodemográficas

As 115 amostras de *Neisseria gonorrhoeae* analisadas pertenciam a 111 pacientes, pois quatro deles retornaram à clínica com

nova infecção. Dos 111 pacientes com diagnóstico laboratorial conclusivo de gonorréia, 100 (90,1%) eram do sexo masculino e 11 (9,9%) do sexo feminino. Com relação à faixa etária (média de 24 anos e mediana de 22 anos), 80 (72,1%) estavam entre 15 e 25 anos, 21 (18,9%) entre 25 e 35 anos, seis (5,4%) entre 35 e 45 anos, e quatro (3,6%) tinham mais de 45 anos. Cinquenta e sete (51,4%) residiam no município de Niterói, 50 (45,0%) no município de São Gonçalo, dois (1,8%) no município de Itaboraí, um (0,9%) na cidade do Rio de Janeiro e um (0,9%) em Londrina – PR. Analisando a etnia, 42 (37,8%) tinham origem étnica branca, 33 (29,7%) eram pardos, 32 (28,8%) negros e 4 (3,6%) não declararam. Setenta e sete (69,4%) eram solteiros, 32 (28,8%) casados e dois (1,8%) divorciados.

Neste estudo, 103 (92,8%) apresentavam-se como heterossexuais e oito (7,2%), não-heterossexuais. Quanto ao grau de instru-

ção formal, 67 (60,4%) possuíam o primeiro grau incompleto, 33 (29,7%) o segundo grau incompleto e 11 (9,9%) do segundo grau completo ao terceiro grau incompleto. Renda familiar de até dois salários mínimos foi declarada por 56 (50,5%) pacientes, 34 (30,6%) declararam renda de três salários, dois (1,8%) acima de dez salários e nove (8,1%) declararam não possuir renda. Sessenta e cinco (58,6%) dos pacientes tinham múltiplos parceiros, 29 (26,1%) declararam ter parceiro fixo e exclusivo, 14 (12,6%) estavam sem parceiro no momento da consulta e três (2,7%) não informaram.

A análise dos prontuários médicos demonstrou que 72 (64,9%) pacientes não relataram história pregressa de DST, enquanto dos pacientes que reportaram algum tipo de DST no passado, 18/39 (46,1%) afirmaram ter tido gonorréia; 4/39 (10,2%) tiveram gonorréia associada a outras DST, por exemplo, sífilis, HPV e escabiose; 3/39 (7,7%) relataram HPV; outros 3/39 (7,7%) tiveram sífilis; 3/39 (7,7%) tiveram sífilis associada a HPV e candidíase; 4/39 (10,2%) disseram ter tido corrimento uretral e 4/39 (10,2%) não souberam informar o tipo de DST.

A maioria dos pacientes reconhecia a importância de utilizar preservativos, mas apenas 28 (25,2%) deles faziam uso regularmente. Dos 111 pacientes estudados, 17 (15,3%) disseram ter feito uso de antimicrobianos, por iniciativa própria, após perceberem sinais de corrimento uretral.

DISCUSSÃO

Este trabalho foi desenvolvido com a intenção de gerar informações básicas sobre *Neisseria gonorrhoeae*, na região metropolitana do Rio de Janeiro, um dos sítios integrantes da RENAGONO/PNDST E Aids e que possa servir para futuros estudos epidemiológicos no Brasil, comparando tendências regionais da resistência dos gonococos e eficácia de regimes usados no tratamento da gonorréia. Realizado inteiramente com recursos locais, esperamos estimular outros sítios, ajudando na implantação definitiva do programa de vigilância dos gonococos e controle da gonorréia.

O perfil de resistência das *Neisseria gonorrhoeae* encontradas em nossa região revelou a presença de resistência mediada por plasmídios e por cromossomo à penicilina, tetraciclina e ao cloranfenicol. Reflete também a emergência de *Neisseria gonorrhoeae* com sensibilidade diminuída a azitromicina e ciprofloxacina. Nenhuma amostra foi encontrada com resistência à ceftriaxona.

A ocorrência de 8,7% de cepas PPNG entre os isolados, demonstra equivalência com as porcentagens encontradas em outros estudos no Brasil, como o de Recife, que encontrou 8,3% de PPNG⁴¹ e o de Manaus, no qual foi detectado 8,6%⁴⁹. Até agora, os estudos realizados em nosso país revelaram nível baixo de prevalência de PPNG⁴²⁻⁴⁶ em comparação com a tendência em outros países, como, por exemplo, na Jamaica⁶⁹, com 58,6%, em Honduras⁷⁰, com 60%, no Uruguai⁷¹, com 54%, na Nicarágua⁷², com 78%, e em Cuba⁷³, com 55,6%.

Fato relevante é que todas as amostras resistentes à penicilina eram produtoras de penicilinase, mediada por plasmídio, não sendo encontrada nenhuma amostra com resistência cromossômica, apesar de 76,5% apresentarem resistência intermediária a este antibiótico. De qualquer maneira, o comitê especialista da Organização

Mundial da Saúde não recomenda o uso de um antimicrobiano na ocorrência de 5% de resistência⁷⁴.

Resistência de alto nível mediada por plasmídio a tetraciclina é devida à aquisição do determinante tet M pelo plasmídio de transferência (24,5 Mda), resultando no plasmídio 25,2 Mda, com duas classes: tipo Dutch e tipo American⁷⁵. Na corrida eletroforética, torna-se muito difícil sua separação, necessitando confirmação de sua presença com o uso de técnica de hibridização ou PCR (*protein chain reaction*). O CIM das amostras contendo o plasmídio tet M é de pelo menos 16 $\mu\text{g/mL}$. Então, o fenótipo TRNG foi presumivelmente detectado quando a CIM alcançava este valor.

No presente estudo, 33,9% das amostras eram resistentes à tetraciclina, sendo que 20% foram identificadas como TRNG. Estes dados são diferentes dos encontrados em Florianópolis-SC⁴⁵, onde aproximadamente 70% eram resistentes à tetraciclina, e de Manaus-AM⁴⁹, que refletiam uma alta porcentagem de TRNG, cerca de 76,5%, condição jamais observada nos países da América Latina e Caribe⁶⁹⁻⁷². Em Cuba³⁷ foram encontrados 48,3% de TRNG, ao passo que nos Estados Unidos, cerca de 7% de TRNG foram encontrados no período de 1988 a 1998, e aproximadamente 14% exibiam resistência mediada por cromossomo⁷⁶. No Canadá⁴⁹, em 1995, tal como em nossa região, foram encontrados 20% de TRNG.

A clínica de DST em que estas amostras foram coletadas utiliza o regime recomendado pelo PNDST/Aids⁷⁷, que lista ciprofloxacina, ofloxacina, azitromicina, ceftriaxona e tianfenicol como antimicrobianos de escolha para o tratamento da gonorréia. Os pacientes com gonorréia não-complicada são tratados com dose única de 500 mg de ciprofloxacina por via oral, e azitromicina ou doxiciclina para infecção por *Chlamydia trachomatis*. Encontramos aqui duas cepas com sensibilidade diminuída à ciprofloxacina e 20% das amostras com sensibilidade diminuída à azitromicina, situação semelhante àquela observada no estudo de Manaus⁴⁹. Por conta do uso aumentado de azitromicina para o tratamento de infecções causadas por *Chlamydia trachomatis* e de outras infecções comunitárias, diversos autores de vários lugares do mundo têm demonstrado preocupação com que a resistência desenvolvida pela *Neisseria gonorrhoeae* venha limitar o pequeno número de antimicrobianos disponíveis para o tratamento da gonorréia^{59,78,79}.

A taxa de ocorrência de cepas resistentes ao cloranfenicol neste trabalho foi de 3,4%, com 12,2% de resistência intermediária. Resultado bem mais baixo do que foi encontrado em outros países, como na Indonésia³³, que registrou 76,2% de resistência entre as PPNG. Em outro estudo, realizado em Paris, com amostras coletadas em Kyrghystan³⁶, encontraram-se 51,7% de resistência ao cloranfenicol. Curiosamente, no Kenia⁸⁰, entre 1995 e 1996, 177 amostras analisadas foram sensíveis a este antimicrobiano. É possível que o uso excessivo do cloranfenicol para outras condições patológicas, como observado nos países em desenvolvimento, pressione a seleção de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes³⁶.

Comparando ainda nossos resultados com os encontrados em Manaus, observamos que em nossa região, o sorogrupo com presença marcante foi o I-B (90,4%) enquanto lá, cerca de 60% pertenciam ao sorogrupo I-B e 40% ao sorogrupo I-A. Entre as PPNG, 10,4% eram do sorogrupo I-A, diferente daqui, em que encontramos 40%. As nossas amostras TRNG, com exceção de uma, pertenciam ao sorogrupo I-B, enquanto entre eles, 25,9% pertenciam ao

sorogrupo I-A. O número absoluto 23 foi encontrado nos dois estudos que quantificaram *Neisseria gonorrhoeae* com sensibilidade diminuída à azitromicina, sendo que as desse estudo pertenciam ao sorogrupo I-B, mas no estudo comparado, estavam distribuídos quase uniformemente entre os sorogrupos I-A e I-B.

A resistência mediada por plasmídeo em cepas resistentes à penicilina é devida à presença de seis tipos de plasmídios, distinguidos com base no tamanho de seus pesos moleculares e denominados em função da região onde foram encontrados, a saber: Nova Zelândia (6,5 MDa), Ásia (4,4 MDa), Nimes (3,8 MDa), África (3,2 MDa), Toronto (3,05 MDa) e Rio (2,9 MDa). As amostras aqui isoladas abrigavam os plasmídios tipo África, tipo Ásia e tipo Toronto. Em Recife⁴⁰, as amostras PPNG carregavam o plasmídeo tipo África e, em Manaus⁴⁹, foram encontrados o tipo África e o tipo Toronto. Esses plasmídios produtores de β -lactamase estão espalhados por todo o mundo, e sua transmissão por conjugação entre os gonococos ou entre gêneros bacterianos distintos permite propagar a resistência por diversas regiões do Brasil e do mundo.

A análise genômica realizada por eletroforese em campo pulsado (PFGE), utilizada pela primeira vez em nosso país para *Neisseria gonorrhoeae*, possibilitou estabelecer uma base comparativa para futuros estudos epidemiológicos, mostrando uma grande variabilidade genética entre as cepas estudadas, confirmando sua origem não-clonal. Como ferramenta útil de largo poder discriminatório, para rastreamento e investigação, podemos concluir que nos quatro episódios de reinfecção encontrados neste trabalho, em três deles a cepa tinha o mesmo perfil de restrição do DNA, provavelmente a mesma fonte de origem.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados confirmam que a penicilina e a tetraciclina não devem ser usadas para o tratamento de gonorréia na região metropolitana do Rio de Janeiro e que a detecção de cepas, com diminuída sensibilidade a azitromicina e ciprofloxacina, deve servir de alerta para o seu uso e futuro monitoramento. A taxa de resistência encontrada para cloranfenicol, e que deve ser projetada para tianfenicol, está próxima daquela preconizada pela Organização Mundial da Saúde para sua contra-indicação. A ceftriaxona foi a droga que apresentou o melhor perfil de sensibilidade.

A análise fenotípica e genotípica das amostras estudadas poderá estabelecer, para nossa região, instrumentos comparativos para futuras pesquisas.

Finalmente, o perfil sociodemográfico dos pacientes portadores de gonorréia atendidos numa clínica de DST nesta região, é constituído de homens brancos, jovens, solteiros, heterossexuais, com múltiplas parceiras, com nível de escolaridade e renda familiar baixos, e expostos continuamente a riscos de adquirir uma doença de rota sexual.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a prestimosa colaboração da Prof^a Agnes Marie Sá Figueiredo na análise da PFGE e ao Prof. Cláudio César Cirne dos Santos na preparação das tabelas e digitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HERIDA, M, SEDNAOUI, P, GOULET, V. Gonorrhoea surveillance system in France: 1986 – 2000. *Sex. Transm. Dis.* 31 (4): 209 – 214. 2004.
- Reuters Health Information. UK reports big increase in antibiotic-resistant. Disponível em: . Acesso em 29 de abril de 2003.
- ARREAZA, L, VAZQUEZ, F, ALCALÁ, B, OTERO, L, SALCEDO, C, VAZQUEZ JA. Emergence of gonococcal strains with resistance to azithromycin in Spain. *J. Antimicrobial Chemotherapy.* 51: 190 – 191. 2003.
- GREEN, MS, ANIS, E, GANDACU, D, GROTO, I. The fall and rise of gonorrhoea incidence in Israel: an international phenomenon? *Sex. Transm. Infect.* 79: 116 – 118. 2003.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Increases in fluoroquinolone – resistant *Neisseria gonorrhoeae* – Hawaii and California, 2001; *MMWR.* 51 (46): 1041 – 1044. 2002.
- WHO - Western Pacific Region Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme. Surveillance of antibiotic susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* in the WHO Western Pacific Region, 2000. *Commun. Dis. Intell.* 25 : 274 – 277. 2001.
- GERBASE, AC, ROWLEY, JT, HEYMANN, DHL, BERKLEY, SFB, PIOT, P. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. *Sex. Transm. Infect.* 74 (suppl.1) : S12 – S16. 1998.
- DAN, M. The use of fluoroquinolones in gonorrhoea: The increasing problem of resistance. *Expert. Opin. Pharmacother.* 5(3): 1 – 25. 2004.
- PASSOS, MRL, LOPES, PC, ALMEIDA, GL, GOUVÊA, TVD, Gonorréia. In: PASSOS, MRL. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Rio de Janeiro, Cultura Médica 4ª ed. Cap. 8. 1995.
- FLEMING, DT, WASSERHEIT, JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex. Transm. Infect.* 75: 3 – 17. 1999.
- DUARTE, G, COSENTINO, LA, GUPTA, P, MIETZNER, TAE, LANDERS, DV. Aumento da replicação do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 induzida por *Neisseria gonorrhoeae* na presença de leucócitos polimorfonucleares. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 15 (3): 5 – 9. 2003.
- ASHFORD, WA, GOLASH, RG, HEMMING, VG. Penicillinase – producing *Neisseria gonorrhoeae*. *Lancet.* ii: 656 – 657. 1976.
- MORSE, AS, JOHNSN, SR, BIDDLE, JW, ROBERTS, MC. High-level tetracycline resistance in *Neisseria gonorrhoeae* is result of acquisition of streptococcal tet M determinant. *Antimicrob. Agents Chemother.* 30: 664 – 670. 1986.
- DILLON, JR, YEUNG, KH. β -lactamase plasmids and chromosomally mediated antibiotic resistance in pathogenic *Neisseria* species. *Clin. Microbiol.* 2: 125 – 133. 1989.
- SARAFIAN, SK, KNAPP, JS. Molecular epidemiology of gonorrhoea. *Clin. Microbiol. Rev.* 2 (suppl.): S49 – S55. 1989.
- CATLIN, BW, Nutritional profiles of *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis* and *Neisseria lactamica* in chemically defined media and the use of growth requirements for gonococcal typing. *J. Infect. Dis.* 128: 178 – 194. 1973.
- HENDRY, AT, STEWART, IO. Anxanographic grouping and typing of *Neisseria gonorrhoeae*. *Can. J. Microbiol.* 25: 512 – 521. 1979.
- TAM, MR, BUCHANAN, TM, et al. Serological classification of *Neisseria gonorrhoeae* with monoclonal antibodies. *Infect. and Immun.* 36 (3): 1042 – 1053. 1982.
- KNAPP, JS, TAM, MR, NOWINSK, RC, HOLMES, KK, SHADSTRÖM, EG. Serological classification of *Neisseria gonorrhoeae* with use of monoclonal antibodies to gonococcal outer membrane protein I. *J. Infect. Dis.* 154: 44 – 48. 1984.
- KNAPP, JS. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in the United States. *Clinical Microbiology Newsletter.* 21 (1). 1999.
- CASTILLO, MC, SAAB, OA, et al. *In vitro* comparison of disk diffusion and agar dilution antibiotic susceptibility test methods for *Neisseria gonorrhoeae*. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz.* 93 (4): 517 – 522. 1998.
- ROBERTS, MC et al. Tet M and β -lactamase containing *Neisseria gonorrhoeae*. *Antimicrob. Agents Chemother.* 32: 158 – 160. 1988.
- DILLON, JR, LI, H et al. A PCR assay for discrimination *Neisseria gonorrhoeae* β -lactamase producing plasmids. *Molecular and Cellular Probes.* 13: 89 – 92. 1999.
- XIA, M, WHITTINGTON, WL, HOLMES, KK, PLUMMER, FA, ROBERTS, MC. Pulsed-field gel electrophoresis for genomic analysis of *Neisseria gonorrhoeae*. *J. Infect. Dis.* 171: 455 – 458. 1995.

25. LOOVERN, M, VAN, ISON, CA *et al.* Evaluation of the discriminatory power of typing methods for *Neisseria gonorrhoeae*. *J. Clin. Microbiol.* 37 (7): 2183 – 2188. 1999.
26. BRUNHAM, RC, PLUMMER, F. *et al.* Correlation of auxotype and protein I with expression of disease due *Neisseria gonorrhoeae*. *J. Infect. Dis.* 152 : 339 – 343. 1985.
27. KLIGEREN, B, VAN, ANSINK-SCHIPPER, MC, *et al.* Relationship between auxotype, plasmid pattern and susceptibility to antibodies in PPNG. *J. Antimicrob. Chemother.* 16 : 143 – 147. 1984.
28. DILLON, JR, PAUZE, M. Relationship between plasmid content and auxotype in *Neisseria gonorrhoeae* isolates. *Infect. Immun.* 33 : 625 – 628. 1981.
29. HUGHES, G, ANDREWS, N, *et al.* Investigation of the increase incidence of gonorrhoea diagnosed in genitourinary medicine clinics in England, 1994 – 6. *Sex. Transm. Infect* 76:18 – 24. 2000.
30. ZENILMAN, JM. Update on quinolone resistance in *Neisseria gonorrhoeae*. *Current Infectious Disease Reports.* 4 : 144 – 147. 2002.
31. RADDADI, AA, ZIMO, SK, ABDULLAH, SA. *In vitro* activity of several antimicrobial agents against *Neisseria gonorrhoeae* in the western region of the Kingdom of Saudi Arabia. *Sex. Transm. Inf.* 74 : 294. 1998.
32. TEMMERMAN, M. Antimicrobial susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* isolates from men with urethritis in Kenya. *Sex. Transm. Inf.* 74 : 294 – 295. 1998.
33. LESMANA, M, *et al.* *In vitro* antibiotic susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* in Jakarta, Indonesia. *Antimicrob. Agents Chemother.* 45 (1): 359 – 362. 2001.
34. TREES, DL, *et al.* Molecular epidemiology of *Neisseria gonorrhoeae* exhibiting decreased susceptibility and resistance to ciprofloxacin in Hawaii, 1991 – 1999. *Sex. Transm. Dis.* 28 (6): 309 – 314. 2001.
35. DILLON, JR, LI, H *et al.* Antimicrobial susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* isolates from three caribbean countries: Trinidad, Guyana and St. Vincent. *Sex. Transm. Dis.* 28 (9): 508 – 514. 2001.
36. DORLENCOURT, F, BOIREAUX, C, SEDNAOUI, P, DANILENKO, NV, LEGROS, D. *In vitro* susceptibility of 120 strains of *Neisseria gonorrhoeae* isolated in Kyrgyzstan. *Sex. Transm. Dis.* 29 (7) : 376 – 378. 2002.
37. LLANES, R, SOSA, J, *et al.* Antimicrobial susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* in Cuba (1995 – 1999) – Implications for treatment of gonorrhea. *Sex. Transm. Dis.* 30 (1): 10 – 14. 2003.
38. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Increases in fluoroquinolone – resistant *Neisseria gonorrhoeae* among men who have sex with men – United States, 2003 and revised recommendations for gonorrhea treatment, 2004. *MMWR.* 53 (16): 335 – 338. 2004.
39. MAGALHÃES, M. Uretrite causada por *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase: relato de um caso. *Rev. Bras. Pat. Clin.* 20 (4): 116 – 118. 1984.
40. MAGALHÃES, M. *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase no Recife, Brasil. *Rev. Microbiol.* 18 (3) : 229 – 234. 1987.
41. MAGALHÃES, M. Resistência cromossômica à penicilina em *Neisseria gonorrhoeae*. *Rev. Microbiol.* 18 (3): 219 – 223. 1987.
42. ANTUNES, GS, DAMASCENO, CAV, CISALPINO, EO. Perfil de suscetibilidade de *Neisseria gonorrhoeae* a antimicrobianos em Belo Horizonte, MG. *Rev. Microbiol.* 15 (4): 217 – 221. 1984.
43. LOMBARDI, C, SIQUEIRA, LGF, SANTOS JUNIOR, MFQ, FRANCISCO, N, BELDA, W. *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase. Primeira cepa isolada em São Paulo, SP (Brasil). *Rev. Saúde Pública.* 19 : 374 – 376. 1985.
44. SMÂNIA, A, *et al.* Resistência a agentes antimicrobianos de amostras de *Neisseria gonorrhoeae* isoladas em Florianópolis – SC. *Rev. Microbiol.* 22 (4): 308 – 312. 1991.
45. SMÂNIA, A, SMÂNIA, EFA, GIL, ML. Decreased susceptibility to antibiotics among *Neisseria gonorrhoeae* isolates in Florianópolis – SC, Brasil. *Rev. Microbiol.* 26 (3): 236 – 238. 1995.
46. SIQUEIRA, LGF. Aspectos fenotípicos e epidemiológicos de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase isolados na cidade de São Paulo. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da USP. 1993.
47. NITRINI, SMOO. Vigilância sentinela em *Neisseria gonorrhoeae* : características epidemiológicas na cidade de São Paulo e proposta de um modelo em nível nacional. Tese de Livre Docente. Faculdade de Saúde Pública da USP. 1995.
48. BARRETO, NA. Resistência dos gonococos: uma década perdida. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 12 (6): 5 – 7. 2000.
49. DILLON, JR, RUBABAZA, JA, *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.* 28 (9) : 521 – 526. 2001.
50. FERREIRA, WA, SARDINHA, JCG, SCHETINI, APM, FERREIRA, CM, BENZAKEN, AS. Suscetibilidade de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* aos antibióticos utilizados para o tratamento de uretrites e cervicites gonocócicas em ambulatório de DST de Manaus – Brasil. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 13 (6): 36 – 40. 2001.
51. EVANGELISTA, AT, BEILSTEIN, HR. Cumitech 4A. Laboratory diagnosis of gonorrhoea. Coordinating ed. Abramson, C. American Society for Microbiology, Washington. DC. 1993.
52. VAN DYCK, E, MAHEUS, AZ, PIOT, P. Laboratory diagnosis of Sexually Transmitted Diseases. WHO. Switzerland. p. 1 – 21. 1999.
53. O'CALLAGHAN, CH, MORRIS, A, KIRBY, SM, SHINGLER, AH. Novel method for detection of β -lactamase by using chromogenic cephalosporin substrate. *Antimicrob. Agents Chemother.* 1 : 283 – 288. 1972.
54. VAN DYCK, E, SMET, H, PIOT, P. Comparison of E test with agar dilution for antimicrobial susceptibility testing of *Neisseria gonorrhoeae*. *J. Clin. Microbiol.* 32 (6): 1586 – 1588. 1994.
55. MEHAFFEY, PC, PUNT, AM, SD, BARRET, MS, JONES, RN. 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 E test methods. *J. Clin. Microbiol.* 34 (2): 479 – 481. 1996.
56. BIODENBACH, DJ, JONES, RN. Comparative assessment of E test for testing susceptibilities of *Neisseria gonorrhoeae* to penicillin, tetracycline, ceftriaxone, cefotaxime and ciprofloxacin: investigation using 510 (K) review criteria recommended by Food and Drug Administration. *J. Clin. Microbiol.* 34 (12): 3214 – 3217. 1996.
57. NORROD, P, WILLIAMS, RP. Stability and viability of *Neisseria gonorrhoeae* in various solutions and buffers. *Appl. Environ. Microbiol.* 37 (2): 293 – 297. 1979.
58. NATIONAL COMMITTEE FOR CLINICAL LABORATORY STANDARDS. Approved Standard M100-S13. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing: Thirteenth Informational Supplement. Wayne, PA: National Committee for Clinical Laboratory Standards. 2003.
59. ZARANTONELLY, L, BORTHAGARAY, G, LEE, EH, SHAFER, WM. Decreased azithromycin susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* due to mtr R mutations. *Antimicrob. Agents Chemother.* 43 : 2468 – 2472. 1999.
60. GILL, MJ. Serotyping *Neisseria gonorrhoeae*: a report of the fourth international workshop. *Genitourin. Med.* 67: 53 – 57. 1991.
61. BIRBOIM, HC, DOLY, J. A rapid alkaline extraction procedure for screening recombinant plasmid DNA. *Nucleic Acids Research.* 7 (6) : 1513 – 1523. 1979.
62. MACRINA, FL, KOPECKO, DJ, JONES, KR, AYRES, DJ, McCOWEN, SM. A multiple plasmid-containing *Escherichia coli* strains: convenient source of size reference plasmid molecules. *Plasmid.* 1 (3): 417 – 420. 1978.
63. THERELLFALL, EJ, ROWE, B, FERGUNSON, JL, WARD, LR. Characterization of plasmids conferring resistance to gentamicin and apramycin in strains of *Salmonella typhimurium* phage type 204C isolated in Britain. *J. Hyg. (London)* 97: 419 – 426. 1986.
64. GASCOYNE, DM, HERITAGE, J *et al.* Molecular evolution of tetracycline-resistance plasmids carrying tet M found in *Neisseria gonorrhoeae* from different countries. *J. Antimicrob. Chemother.* 28 : 173 – 183. 1991.
65. BIRREN, B, LAI, E. Pulsed Field Gel Electrophoresis: a practical guide. San Diego, CA. Academic Press Inc. 1993.
66. POH, CL, LAU, QC. Subtyping of *Neisseria gonorrhoeae* auxotype – serovar groups by pulsed – field gel electrophoresis. *J. Med. Microbiol.* 38 : 366 – 370. 1993.
67. XIA, M, WHITTINGTON, WL, *et al.* Pulsed – field gel electrophoresis for genomic analysis of *Neisseria gonorrhoeae*. *J. Infect. Dis.* 171: 455 – 458. 1995.
68. TENOVER, FC, ARBEIT, RD, *et al.* Interpreting chromosomal DNA restriction patterns produced by PFGE: criteria for bacterial strain typing. *J. Clin. Microbiol.* 33 (9): 2233 – 2239. 1995.
69. KNNAP, JS, *et al.* Plasmid-mediated antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in Kingston, Jamaica: 1990 – 1991. *Sex. Transm. Dis.* 22: 155 – 159. 1995.
70. ENEGAS, VM, VILLAFRANCA, P, MADRID, JP, COSENZA, H, BOYGD-DEMAN, S. Gonorrhoea and urogenital chlamydial infection in female prostitutes in Tegucigalpa, Honduras. *Int. J. STD/AIDS.* 2: 195 – 199. 1991.

71. MARQUEZ, C. *et al.*. The first molecular characterization of tetracycline-resistant *Neisseria gonorrhoeae* from Uruguay. *J. Antimicrob. Chemother.* 37: 839 – 841. 1996.
72. CASTRO, I, BERGERON, MG, CHAMBERLAND, S. Characterization of multiresistant strains of *Neisseria gonorrhoeae* isolated in Nicaragua. *Sex. Transm. Dis.* 20: 314 – 320. 1993.
73. LLANES, R, SOSA, J, MARTINEZ, I. Detection of penicillinase producing *Neisseria gonorrhoeae* strains in Cuba, 1995 – 1998. *Sex. Transm. Dis.* 76: 58 – 59. 2000.
74. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Management of sexually transmitted diseases. World Health Organization. WHO/UNAIDS; WHO/GPA/ 94.1. Rev.1.1997.
75. GASCOYNE, DM, HERITAGE, J, HAWKEY, PM. Nucleotide sequences of the tet(M) genes from the American and Dutch type tetracycline resistance plasmid of *Neisseria gonorrhoeae*. *J. Antimicrob. Chemother.* 32: 667 – 676. 1993.
76. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Gonorrhea – United States. *MMWR.* 49 (24): 538 – 542. 2000.
77. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília. Ministério da Saúde, 74p. 1999.
78. TAPSALL, JW, *et al.* Failure of azithromycin therapy in gonorrhea and discorrelation with Laboratory test parameter. *Sex. Transm. Dis.* 25: 505 – 508. 1998.
79. MCLEAN, CA, *et al.*. The emergence of *Neisseria gonorrhoeae* with decreased susceptibility to azithromycin in Kansas City, Missouri, 1999 a 2000. *Sex. Transm. Dis.* 31 (2): 73 – 78, 2004.

Endereço para correspondência:

NERO ARAÚJO BARRETO

Estrada Caetano Monteiro, 2301.

Pendotiba – Niterói – Rio de Janeiro. CEP:24320-570

E-mail: neronab@vm.uff.br

Recebido em: 26/05/04

Aprovado em: 20/09/04

A DANÇA COMO MEIO DE CONHECIMENTO DO CORPO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES

THE DANCE AS MEANS OF BODY KNOWLEDGE FOR ADOLESCENT HEALTH PROMOTION

MENÇÃO HONROSA – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: PREVENÇÃO

Anny GM Costa¹, Estela MLM Monteiro², Neiva FC Vieira³, Maria GT Barroso⁴

RESUMO

Introdução: unir a arte da dança à enfermagem num contexto de educação em saúde é uma idéia inovadora que pode envolver o adolescente como sujeito de mudança de comportamento, consolidando a atuação do enfermeiro na promoção da saúde. A dança constitui um recurso de consciência corporal ao associar a motivação para expressão, movimento, equilíbrio, conhecimento do corpo e suas relações com o meio social. **Objetivo:** aplicar um Programa Prático de Dança Educativa (PPDE) como recurso de educação em saúde para adolescentes e descrever o conhecimento construído sobre saúde, sexualidade e DST/Aids. **Método:** estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado numa escola pública de Fortaleza, com 28 adolescentes, entre 12 e 15 anos de idade, da 6ª a 8ª série do ensino fundamental. Realizaram-se 12 encontros semanais com o grupo de adolescentes, com duração de 90 minutos nos quais foram trabalhados conceitos relacionados com corpo, movimento e comportamento. Registraram-se seus depoimentos, organizados em temas e categorias. **Resultado:** foram geradas seis temáticas principais e suas categorias conceituais: 1. Fase de Sensibilização – corpo, equilíbrio e postura; 2. Vivência e Expressão – relações interpessoais, controle, solidariedade; 3. Estima e Confiança – auto-estima, autoconfiança, enfrentamento; 4. Espaço e Tempo – Vida, tempo, espaço, produtividade; 5. Compreensão Corporal e Sexualidade – conhecimento, corpo, prevenção, DST/aids; 6. Aprendizado e Divulgação – apresentação, agentes multiplicadores, avaliação. **Conclusão:** PPDE contribuiu para a participação dos adolescentes. Temas sensíveis e conversas informais ampliaram conhecimentos sobre saúde, DST/aids, corpo e valores como solidariedade e autoconfiança. Os resultados demonstraram que o método pode ser aplicado com outros grupos de adolescentes.

Palavras-chave: adolescente, educação em saúde, dança, enfermagem

ABSTRACT

Introduction: the integration of art and dance to the nursing action in a context of health education is an innovation idea that can involve adolescents as a subject in the behavior change, in which improves nurse's performance for health promotion. The dance constitutes a resource of corporal awareness when associating the motivation for expression, movement, balance, body knowledge and relationship to the social environment. **Objective:** to apply the Practical Educative Dance Program (PEDP) as health education strategy for adolescents and to describe their improved knowledge on health, sexuality and STD/AIDS by means PEDP. **Method:** descriptive study based on qualitative approach. The study was in a public school in Fortaleza. A number of 28 adolescents at the age between 12 and 15 years old participated in the study. They attended basic education. The adolescents attended 12 meetings weekly. Each meeting lasted 90 minutes and discussed concepts of body, movement and behavior. **Result:** Data was organized in six mains themes and conceptual categories: 1. Sensitization body, balance and position; 2. Life experience, body expression and interpersonal relations, decision-making, solidarity; 3. Selfesteem and Confidence, coping; 4. Place and Time – Life, place and work; 5. Body comprehension and Sexuality – knowledge, body, prevention, SDT/AIDS; 6. Learning and dissemination – performance, peers education evaluation. **Conclusion:** the PEDP contributed for adolescents' participation and helped to discuss sensitive issues and smoothly talks among participants. Thus adolescents improved their knowledge about health, STD/aids, body and values such solidarity, confidence. The results demonstrated that the method may apply in other adolescent groups.

Keywords: adolescent, health education, dance, nursing

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3): 43-49, 2004

INTRODUÇÃO

A arte acompanha o homem nas mais diversas fases de vida, despertando, neste, a sensibilidade necessária para a compreensão do ser humano em sua totalidade, na busca interior de culto ao belo, ao movimento e à evolução do pensamento. “A função da arte é criar beleza, mas a beleza não é ornamento dispensável e sim uma necessidade fundamental do ser humano”¹.

Sendo a arte um recurso de expressão da beleza, do prazer e do domínio do movimento, ela possui elementos que podem ter significativa relevância para a promoção da saúde dos adolescentes, que precisam criar e utilizar estratégias de culto ao belo, ao ser, como consequência da auto-estima tão fundamental para o bem-estar psicossocial nesta fase de vida.

* Subprojeto do Projeto Integrado de Pesquisa: Educação em saúde: saber fazer em construção na promoção de saúde na escola. Apoio CNPq – Processo 551326/2002/6. Protocolo 7388477379961852. Grupo FAMEPE (Família, Ensino, Pesquisa e Extensão). Projeto de Extensão AIDS – Educação e Prevenção da UFC/PRÓ-EXTENSÃO/FFOE/DENF.

⁵ Acadêmica de enfermagem da UFC. Bolsista de Pesquisa (PIBIC-CNPq). Integrante do Grupo FAMEPE e do Projeto AIDS - Educação e Prevenção. Endereço: Rua Mato Grosso, 80, Pan Americano. CEP: 60440-820. E-mail: .

⁶ Enfermeira do HUOC-PE. Professora da FENSG – Universidade de Pernambuco. Doutoranda em Enfermagem/UFC. Bolsista PQI/CAPES. Integrante do grupo de pesquisa FAMEPE e Projeto AIDS – Educação e Prevenção.

⁷ Orientadora; Enfermeira; PhD em Educação em Saúde pela Universidade de Bristol – Inglaterra. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFC. Coordenadora do grupo FAMEPE (Família, Ensino, Pesquisa e Extensão) e do Projeto de Extensão AIDS – Educação e Prevenção.

⁸ Profª Hemêrita da UFC. Pesquisadora do CNPq. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ DENF/UFC. Coordenadora do Projeto Integrado de Pesquisa. E-mail: grasiela@ufc.br.

Ao abranger o ser humano holisticamente, a enfermagem utiliza meios diversos para promover o bem-estar e o cuidado humano. A enfermagem deve ser compreendida como arte e ciência de pessoas que convivem e cuidam de outras, e seu princípio ético é manter ou restaurar a dignidade do corpo em todos os âmbitos da vida. Entretanto, a enfermagem não é apenas ciência, mas se utiliza da arte como um recurso de restauração do processo de assistência ao ser humano através da promoção da saúde e seus processos educativos².

A função de um processo educativo em saúde é, sem dúvidas, preparar o homem para a preservação de seu bem-estar biopsicossocial. Falar de um processo educativo é refletir sobre mudanças de atitude; assim, ao desenvolver educação em saúde com adolescentes, o enfermeiro atua diretamente sobre os conceitos individuais de bem-estar e cria um ambiente de reflexão sobre os estilos de vida de cada um³.

Dentro deste contexto de arte, enfermagem e educação em saúde, surge a dança, que durante muitos anos vem proporcionando benefícios ao homem através de suas técnicas de movimentação corporal e de expressões cultural e emocional. A dança engloba movimentos rítmicos e coordenados da musculatura corporal, além de possibilitar o desenvolvimento de um raciocínio mais rápido e lógico para a execução destes movimentos no indivíduo.

Toda a energia proveniente do movimento, na dança, contribui para o equilíbrio geral da saúde, e uma atividade psicoprofilática corporal nascida, neste caso, da dança, favorece o reencontro do indivíduo com a realidade⁴.

Através de sua prática, a dança é capaz de desenvolver um sentido mais ampliado de saúde corporal em um indivíduo; e sendo a adolescência um período de maiores transformações corporais, psíquicas e sociais, a dança poderá proporcionar benefícios mais significativos nesta fase de vida.

Estudo apresenta os lazeres mais freqüentes entre os adolescentes, que são, sobretudo, os esportes, seguidos de música, passeio, namoro, dança, leitura, etc., e mostra que a orientação e encaminhamento para as atividades esportivas, intelectuais e sociais são de suma importância “porque canalizam as tensões desses adolescentes para estas atividades, promovendo-lhes a saúde física e mental”⁵.

É importante que adolescente compreenda as mudanças fisiológicas ocorridas em seu organismo durante a puberdade, para que dessa forma possa cuidar melhor do seu corpo, respeitando seus limites e necessidades.

Vale destacar que a dança, sendo considerada

“como criação total desde o primeiro encontro na aula, faz com que o adolescente se esqueça de seu corpo e comece assim a compreendê-lo, tomando consciência do espaço que o rodeia enquanto busca sua própria expressão”⁶.

Iniciativas de articular a dança com atividades educativas estão presentes em projetos de organizações não-governamentais (ONG) em vários locais do país. A idéia é utilizar a dança para proporcionar a socialização, a solidariedade e o respeito a jovens em situação de risco, prevenindo-os contra as drogas, a criminalidade, a gravidez precoce e outros males tão preocupantes à sociedade brasileira.

Diante do exposto, o estudo visa utilizar a dança como um recurso de consciência corporal, associando fatores como a motivação para expressão, o movimento, o equilíbrio ao conhecer o corpo e suas relações com o meio social. Pois parte da premissa de que os problemas que afetam os adolescentes são causados principalmente pelo desconhecimento do próprio corpo, na condição de pubescência, de sua sexualidade e das conseqüências que estes podem acarretar em sua vida. A idéia é criar, no adolescente, através da dança, uma concepção de ser saudável.

Esta pesquisa apóia-se nas diretrizes presentes nos parâmetros curriculares nacionais (PCN), preconizados pelo Ministério da Educação e Desporto, onde a promoção da saúde é realizada através da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável, procurando instrumentalizar tanto para intervenção individual quanto coletiva sobre os fatores que determinam o processo saúde/doença⁷.

A própria questão da promoção da saúde do adolescente tem sido objeto de discussão tanto na área acadêmica como nas instituições de saúde e escolas. A principal preocupação tem sido no sentido de estimular nos adolescentes comportamentos e estilos de vida saudáveis que se insiram no eixo de motivação para o autocuidado.

O referido estudo justifica-se à medida que “a maioria dos casos de gravidez, na adolescência, são indesejados, e, cada vez mais, também aumentam os casos de aids, nessa faixa etária”⁸, sendo fundamental a atuação do enfermeiro como educador de saúde, para prevenir tais acontecimentos.

Observando os aspectos já citados, este será um estudo importante para a área da enfermagem, pois ao utilizar a arte como recurso de educação em saúde, o enfermeiro poderá oferecer um cuidado capaz de abordar aspectos físicos, psíquicos e espirituais, além de propiciar uma complexa interação entre o ser cuidado e o ser cuidador, aplicando uma prática de enfermagem integrada ao seu conceito de ciência e arte na visão de um cuidado holístico e humanizado, do qual o ser humano e os adolescentes, em especial, tanto necessitam⁹.

OBJETIVO

Diante do exposto, o estudo apresenta como *objetivo geral* aplicar um Programa Prático de Dança Educativa (PPDE) como recurso de educação em saúde para adolescentes de uma escola pública de Fortaleza. Para tanto, foram determinados como **Objetivos específicos**:

- Identificar, a partir dos pressupostos da dança, quais temas pertinentes à promoção da saúde do adolescente podem ser desenvolvidos no cenário escolar.
- Descrever a participação dos adolescentes na construção do conhecimento sobre saúde, corpo e sexualidade no decorrer do PPDE.
- Identificar as percepções dos adolescentes participantes como agentes multiplicadores do conhecimento adquirido através do PPDE.

MÉTODO

A investigação foi do tipo descritiva, pois procurou conhecer e descrever as diversas situações e relações que ocorrem na vida

social, política e econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente, quanto de grupos e comunidades maiores; neste estudo, trabalhamos com um grupo de adolescentes¹⁰.

O estudo foi desenvolvido em uma escola pública de Fortaleza-CE, sendo composto por 28 adolescentes de ambos sexos, na faixa etária de 12 a 15 anos, que estavam cursando da 6^a à 8^a série do ensino fundamental II.

Para a seleção dos participantes, consideramos os seguintes critérios de inclusão: o aluno já ter participado de atividades culturais ou festivas na escola, ter frequência acima de 75%, demonstrar interesse e participação com relação a assuntos como conhecimento do corpo, adolescência, auto-estima e dança, dispor de tempo para a realização das atividades, não ter problemas de saúde que possam interferir na prática de atividades corporais, além do consentimento formal da escola e dos pais ou responsáveis, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde do Brasil¹¹.

A seleção para os participantes seguiu as seguintes etapas: a primeira, constou de um questionário, distribuído entre os alunos interessados no projeto, apresentado nas salas de aula, totalizando 152 questionários devolvidos. Os mesmos continham perguntas objetivas e subjetivas e foram analisados conforme os critérios já descritos de inclusão no estudo. Para a segunda etapa, restaram 50 alunos, que foram submetidos a uma entrevista coletiva separada por séries. Neste momento, foram questionados sobre o interesse pessoal em participar do programa, observando as capacidades físicas de cada adolescente e sua disponibilidade. A conclusão deste processo resultou na delimitação de um grupo de 28 adolescentes.

O projeto de pesquisa foi desenvolvido semanalmente na própria escola, às sextas-feiras, das 17:00 às 18:30 horas, no período de setembro a dezembro de 2003, conforme combinado com os participantes, a direção da escola e os pais ou responsáveis dos alunos.

Depois de selecionado o grupo participante do PPDE, optamos por incorporar procedimentos da pesquisa-ação, já que a mesma tem como princípio integrar os participantes na seleção dos temas a serem discutidos no grupo.

A pesquisa-ação ou investigação-ativa é uma “forma de pesquisa em que o meio de chegar a soluções para um problema é a própria ação deliberada, a qual visa uma mudança no mundo real”¹². Esta estratégia metodológica é caracterizada por uma ampla interação entre o investigador e os participantes; a interação propicia a priorização dos problemas a serem enfrentados; o objeto da investigação é a situação social e os problemas aí encontrados; ocorre um processo de acompanhamento das decisões, das ações e da atividade intencional dos envolvidos; não se deve restringir a forma de ação, mas incluir a ampliação do conhecimento dos envolvidos¹³.

Os encontros constaram de dinâmicas, discussões e debates coletivos dos temas pré-definidos articulados aos movimentos da dança e ao autocuidado corporal. Utilizamos o diário de campo, onde foi imediatamente registrada a vivência do grupo durante cada encontro educativo, observações apuradas dos adolescentes no decorrer do estudo e fotografias dos mesmos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE/UFC) no mês de agosto de 2003 sendo seu N^o de protocolo 158/03.

A análise dos dados foi realizada dentro de uma abordagem qualitativa constando de transcrição das informações coletadas na íntegra, submetidas a leituras sucessivas, interpretadas, categorizadas e analisadas por meio de literatura sobre o tema.

RESULTADO

Os resultados do presente estudo constituem-se de duas etapas descritas a seguir:

A primeira apresenta um quadro que mostra o processo de seleção dos participantes, no qual aplicamos o questionário e tivemos o interesse de identificar aqueles que já demonstravam afinidade com o tipo de atividade e proposta do estudo. O quadro também demarca o perfil do grupo estudado.

Compreendemos ser necessário identificar no grupo de participantes os interesses referentes à música e à dança, por serem, estes, os veículos a serem utilizados pelo projeto para desencadear uma discussão sobre conhecimentos e vivência de valores relativos ao cuidado com o corpo e com a expressão corporal. Partimos do pressuposto que o processo de mudança de comportamento do adolescente terá mais resultado se articulado com o prazer, o gostar e o sentir.

O educador deve estimular ao máximo a motivação dos alunos, despertando neles a busca pelo conhecimento, o alcance das metas pessoais, metas de aprendizagem e desenvolvimento de competências e habilidades. Desta forma, o processo de ensino é desenvolvido para proporcionar um ambiente favorável ao autodesenvolvimento e valorização do “eu” do indivíduo¹⁴.

Podemos identificar no quadro supracitado que o grupo de adolescentes estudados são alunos participativos nas atividades da escola, além de terem interesse e afinidade pela dança. Eles demonstraram um gosto mais popular da dança, em virtude desse fato escolhemos que o tipo de dança a ser trabalhado deveria apoiar-se em uma amplitude mais livre de movimentos, o que a dança contemporânea contempla. Observa-se ainda que 12 adolescentes do grupo não estão satisfeitos com sua imagem corporal, o que nos leva a trabalhar com ênfase a questão da auto-estima, tão fundamental nesta fase de vida.

Na segunda etapa, descrevemos a experiência vivenciada no decorrer dos encontros, utilizando a pesquisa-ação como instrumento na construção dos dados. Para tanto, houve uma preocupação das autoras em registrar as falas e expressões dos participantes. Cada encontro constou de dois momentos: no primeiro, trabalhamos os temas pré-definidos com exposições dialogadas, dinâmicas e debates coletivos. No segundo momento enfocamos a dança como veículo de exteriorização dos conhecimentos adquiridos no instante anterior. A partir das atividades realizadas com o grupo e as respectivas temáticas, foram delineadas as categorias conceituais aqui apresentadas:

Fase de sensibilização – encontros 1 e 2

Esta etapa do projeto foi referente aos primeiros contatos com o grupo de adolescentes, incluindo o conhecimento mútuo dos inte-

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo

Questionamentos	Conhecendo o grupo
Participação em atividades artística e/ou cultural na escola:	25 adolescentes já participaram 4 adolescentes não participaram mas demonstraram interesse
Grau de prioridade da dança entre outras atividades de interesse dos alunos:	1º Lugar - 20 alunos 2º Lugar - 4 alunos 3º Lugar - 2 alunos Outras - 2 alunos
Tipos de dança mais citados:	1. Forró 2. Axé music 3. Ballet Clássico 4. Dança de rua
Conceitos de adolescência mais referidos:	“ Fase de descobrimento e responsabilidade” “ É ser feliz...” “ É curtir a vida da melhor maneira.”.
Sentimentos com relação à auto-imagem corporal:	16 alunos estão felizes com seu corpo 6 estão confusos com a questão da auto-estima 6 estão tristes com o corpo que possuem
Interesse em participar de aulas de dança-educação na escola	Os 28 adolescentes tinham interesse em participar

Nº de componentes: 28 adolescentes

Divisão por sexo: 24 meninas e 4 meninos

grantes através de dinâmicas de apresentação e de familiarização com o tipo de dança a ser trabalhada. O objetivo foi sensibilizar e iniciar um processo de discussão sobre a relação entre o corpo, o movimento e o comportamento a partir da apresentação de figuras que expressavam o corpo dançante.

Observamos que as figuras que mais expressavam movimentos corporais para os jovens eram aquelas nas quais o indivíduo necessitava de postura e muito equilíbrio para a realização do movimento. Então abordamos a temática do equilíbrio e da postura na dança e na própria vida dos adolescentes.

Em estudo recente, foi verificada a preocupação de adolescentes com a postura corporal, provavelmente devida à idéia de que a postura é fundamental no equilíbrio corporal; portanto, uma inadequação postural pode trazer danos e dores ao corpo¹⁵. Esta situação pode ser evidenciada na seguinte narração: *“Temos que ter postura com as outras pessoas e na dança também, porque se não a pessoa pode cair ...”*.

Verificamos que a idéia da postura corporal presente no grupo também significa uma forma de comportar-se perante a sociedade e observamos, através de expressões não-verbais, que esta demarca o sentimento de afirmação do adolescente no grupo, como podemos apreciar nos depoimentos a seguir:

“Escolhi essa figura porque posso usar todo o corpo para mostrar o movimento.”

“Você precisa de equilíbrio, muito treino, uma postura...”

“Pessoas desequilibradas não podem viver bem.”

“Tem que ter equilíbrio para não fazer coisas erradas.”

“A adolescência é curtir a vida... mas a pessoa tem que se respeitar.”

Diante da perspectiva sociocultural, na análise do movimento, o corpo expressa a relação do indivíduo com seu meio. Ele é veículo e conteúdo do indivíduo nas relações que estabelece¹⁶. Assim, buscamos explorar através da consciência corporal a integração do adolescente com o grupo e seu meio.

Fase de vivência e expressão – encontros 3 e 4

Durante estes encontros, os adolescentes puderam vivenciar as temáticas sobre a expressão do corpo como meio de controle de suas vontades e a prática da solidariedade no trabalho grupal e na convivência diária com outras pessoas.

Utilizamos as dinâmicas, inicialmente a da expressão facial, formando duplas, em que cada um teria que interpretar sentimentos que o colega escolhia; em seguida, a da trilha da solidariedade, na qual os jovens teriam que ajudar o colega a passar por uma trilha com obstáculos a serem superados.

Neste momento, destacamos algumas falas como:

“Não vou passar por essa trilha, sei que não vou conseguir.”

“Expressão é dizer ou fazer o que queremos.”

“Posso me expressar por causa dos meus movimentos.”

“...é muito difícil você olhar no olho do outro e expressar algo que não era seu.”

“As pessoas só querem passar pela trilha e não teve trabalho de equipe.”

“...é bem melhor ajudar o outro que tentar derrubar.”

“... tem que ser assim na vida com as outras pessoas.”

Observamos, durante as dinâmicas, que os jovens, ao se confrontarem com um desafio, no caso, a trilha de sapatos, regrediram em seus lugares e precisaram ser estimulados ainda mais para participarem da dinâmica.

Uma pessoa pode enfrentar as situações de vida de forma eficiente, se tiver mais energia passível de ser livremente traduzida em movimento e expressão. A emoção e a ação estão interligadas¹⁷. Buscamos, juntamente com o grupo, trabalhar as emoções, solicitando que expressassem sentimentos comuns aos seres humanos nas muitas vezes negados ou obscurecidos.

Após esse momento de debates, os jovens expressaram, na dança, através de coreografias em duplas e movimentos de artes teatrais, a ajuda ao colega na sustentação do corpo. O encontro da dança com a expressão das emoções e a prática da solidariedade

constituem um processo de exteriorização a partir da prática, não como substituição do conteúdo teórico, mas como um processo sistemático no ritmo dos participantes, permitindo que eles descubram os elementos teóricos através das técnicas e consigam aprofundar-se gradativamente conforme o avanço do grupo³.

Etapa de estima e confiança – encontros 4 e 5

Neste momento, incentivamos os jovens a refletirem sobre autoestima e autoconfiança, encorajando-os a enfrentarem satisfatoriamente os desafios. Nosso objetivo principal foi focar a reflexão de que a própria saúde corporal depende da valorização e estima pelo corpo.

Utilizamos discussões sobre as questões individuais de percepção e aceitação do corpo e sobre o tema autoconfiança na vida dos integrantes do grupo. Realizamos movimentos corporais que retratam o respeito pelo corpo na dança, com ênfase na autoconfiança como preparação para o primeiro contato com o público, ou seja, a primeira apresentação de dança.

Durante estes encontros, os adolescentes relataram:

“Se eu gosto de mim, vou estar bem.”

“Você deve valorizar seu corpo para que o outro valorize você...”

“Devo valorizar meu corpo para evitar doenças.”

“A gente precisa se unir, se ajudar, sentir se estamos agindo certo ou não, isso é confiar em você.”

“É importante ter autoconfiança quando for dançar e em tudo que for fazer.”

Quando o indivíduo avança para a adolescência, confronta-se com a realidade objetiva, ameniza a onipotência característica de sua infância, porém, não a ponto de desprezá-la. Fica numa corda bamba entre o poder e a fraqueza¹⁸. Destacamos a importância da compreensão das características biopsíquicas peculiares nesta faixa etária, visando fortalecer seu processo de auto-afirmação, de modo a gerar movimentos de participação social e defesa de sua qualidade de vida.

Etapa de espaço e tempo – encontros 6 e 7

Nesta etapa, objetivamos utilizar o espaço e o tempo como horizontes e possibilidades de produção de atividades na vida dos jovens, levando-os a refletir quanto à importância do tempo na programação das atividades diárias.

Abordamos a temática através de discussão sobre o tema: “Meus espaços...” e da utilização da dinâmica do tempo, através da expressão verbal com base na duração da chama do palito de fósforo. Durante o segundo momento, enfocamos movimentos de expressão corporal que exploram o maior espaço possível do corpo no ambiente articulado ao tempo musical dos movimentos na dança.

Através do movimento no contexto do tempo e do espaço, a pessoa pode adquirir consciência do que acontece com seu próprio corpo⁴.

Os adolescentes expressaram-se:

“Não consigo ir além desse espaço porque as pessoas atrapalham.”

“Muitas vezes a gente tem preguiça de enfrentar os desafios.”

“... não quer enfrentar porque tá bom, por exemplo, quando eu tô vendo tv, eu não quero estudar.”

“Muita gente não sabe aproveitar o tempo que tem.”

“Pois eu faço tanta coisa no meu dia, eu faço mil e uma coisas.”

Ao percebermos o engajamento dos participantes do estudo sentimos seu comprometimento e potencialidades, necessitando, entretanto, de oportunidades e apoio que direcionem suas atividades como práticas salutares, capazes de transformar sua realidade.

Verificamos que as concepções sobre espaço e tempo são diferentes entre os adolescentes. Cada indivíduo tem sua peculiaridade sobre a maneira de como aproveitar o tempo e o espaço que possuem em torno de si. Alguns têm dificuldades em programar e aproveitar o tempo na realização das atividades, como neste relato, *“...tem que ver que na vida eu não tenho tempo pra nada, já tá tudo ocupado, aí eu deixo pra lá, sabe, algumas coisas...”*

A noção de tempo que o adolescente tem é um assunto que impressiona. O tempo de cumprir certas obrigações pode ser enorme. Muitas vezes, passam-se horas entre o adolescente “resolver fazer” e “fazer realmente” o que tem de ser feito. Suas medidas de tempo, nestas ocasiões, são semelhantes a “daqui a pouco”, “espera mais um minutinho”, “já estou indo...”¹⁸.

Fase de compreensão corporal e sexualidade – encontros 9, 10 e 11

Consideramos esta fase do estudo como uma das mais importantes, pois compreendemos a adolescência como um período de desenvolvimento cognitivo, emocional e físico, freqüentemente caracterizado pela exploração e experimentação. É o momento inicial de exploração da intimidade, da sexualidade e do desenvolvimento de autonomia. Por estas razões é, simultaneamente, um período de aquisição de novas forças e competências, e uma época de riscos, incluindo o risco de infecção pelo HIV, que pode levar à aquisição de novas vulnerabilidades¹⁹.

Logo, os objetivos foram, auxiliar os adolescentes a identificar suas dificuldades no campo da sexualidade e realizar um processo de exteriorização dos conhecimentos sobre DST/HIV. Nosso intuito foi causar uma reflexão nos jovens sobre sua vulnerabilidade em contrair tais agravos.

No primeiro momento, utilizamos as seguintes dinâmicas: do semáforo e dos contatos pessoais³, a partir das quais desencadeou a discussão grupal dos temas.

Em segundo momento, o grupo vivenciou na dança os contatos pessoais e as possibilidades da interação humana no contexto social através da montagem da coreografia denominada “PREVINA-SE”, na qual os próprios adolescentes criaram o contexto da dança.

Os jovens relataram:

“É muito difícil falar sobre esses assuntos...”
 “Todo mundo tem curiosidade em saber do assunto tesão.”
 “Quando eu falo em expressão é que eu tenho dificuldade em me expressar sobre sexualidade.”
 “A gente sabe dos nomes das doenças mas nunca sabe como é no corpo.”
 “Eu nunca vi uma camisinha, queria aprender a usar...”
 “A aids e as DST estão por toda a parte, inclusive perto da gente.”
 “A gente e todo mundo tem que se prevenir.”

Detectamos que alguns adolescentes do grupo, principalmente os mais novos (6ª série) estavam ansiosos em aprender a usar a camisinha, enquanto os da 8ª série gostariam de debater sobre temas como tesão, primeira vez e DST/HIV. O grupo interessou-se instantaneamente pela abordagem utilizada e divertiu-se quando foram estimulados a demonstrar na prática o que haviam aprendido na teoria.

Fase de aprendizado e divulgação – encontro 12 e apresentação da coreografia “Previna-se”

Tivemos como objetivo, neste momento, avaliar os conhecimentos adquiridos pelos jovens no decorrer do projeto e identificar as percepções dos mesmos como agentes multiplicadores na prevenção de DST/HIV-aids.

A abordagem utilizada foi à dinâmica da colagem sobre as formas de contágio do HIV, quando identificamos que os jovens desconheciam as formas de transmissão mãe-filho, como apreciamos nesta colocação, “As mulheres têm que ter cuidado, né? Porque nem todo mundo sabe sobre isso, eu não sabia”. Evidenciamos, assim, que as campanhas educativas desenvolvidas pela mídia necessitam ser fortalecidas por trabalhos de educação em saúde com base na valorização do ser humano enquanto ser autônomo e capaz de decidir sobre seus hábitos de vida. O enfermeiro, portanto, na condição de educador, deve ultrapassar o processo tradicional de transferência de informação, levando o indivíduo a refletir e decidir, buscando a adoção de hábitos saudáveis²⁰.

Os adolescentes em cena:

“A gente não pode só decorar isso para uma prova como a gente faz, tem é que aprender para a vida.”
 “Aqui aprendi a ter mais juízo porque a gente conversa sobre tudo.”
 “Ganhei novas amizades e aprendi a conviver com pessoas diferentes de mim.”
 “Fiz amigos, aprendi a ter paciência e equilíbrio para falar com as pessoas.”
 “Entendi as DST e a aids e a valorizar tudo de bom que vem pra gente.”

Neste momento, abrem-se as cortinas e lá estão os atores principais no palco da vida apresentando o resultado do PPDE: a coreografia “Previna-se”. O grupo encenou sua primeira apresentação no Dia Mundial de Luta Contra a Aids ocupando cenários públicos

como *shopping*, Secretaria Executiva Regional III e Campus Universitário da UFC.

O desafio da batalha contra o HIV-aids é algo constante, obrigando à utilização de novos métodos que permitam sensibilizar em primeiro plano, para conscientizar em segundo e quando as circunstâncias permitirem, capacitar os envolvidos²¹.

O diagrama a seguir apresenta uma síntese das principais categorias/temas que emergiram durante a aplicação do PPDE. Nele pode-se visualizar a integração bio-psicossocial no trabalho com grupo. Como vemos, várias palavras presentes estão carregadas de sentido, sendo resultado do processo interativo entre os participantes do grupo como, por exemplo: equilíbrio, postura, solidariedade, possibilidades, afirmação enfrentamento, entre outras. No ciclo central, damos ênfase ao nome do Programa Prático de Dança Educativa (PPDE) e ao sujeito principal de nossas investigações, o adolescente. Nos dois ciclos posteriores, abordamos as temáticas que foram o eixo norteador da aplicação do PPDE, pois durante os encontros com os adolescentes estas palavras foram discutidas e utilizadas para reflexão do grupo. No ciclo externo, apresentamos as seis categorias conceituais mais abrangentes, que integram as etapas do processo de pesquisa-ação constituindo elementos essenciais na construção dos momentos trabalhados e no delineamento das questões eixos que fomentaram o processo de articulação do conteúdo a expressão corporal.

CONCLUSÃO

Percebemos que projeto propiciou a integração grupal e a expressão verbal sobre a percepção do corpo dos adolescentes na vida e na dança, pois estes se encontraram motivados a participar dos encontros, discutindo ativamente os temas propostos e refletindo o que aprenderam em seus depoimentos e em suas expressões corporais.

Durante os encontros, os adolescentes adquiriram uma postura de aprendizado que integrou o grupo, fato este que diminuiu o número de dúvidas com relação ao próprio corpo, com seus limites e necessidades.

O grupo apresentou-se em diversos lugares públicos a convite da Secretaria Executiva Regional III, de Fortaleza, Escola Félix de Azevedo, Shopping, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da UFC e direção de posto de saúde da SER I. Tais apresentações propiciaram aos adolescentes uma abordagem de agentes multiplicadores do conhecimento adquirido no PPDE, alcançando os objetivos do projeto.

O estudo ainda revelou as seguintes implicações:

O desenvolvimento e a metodologia contribuíram para a utilização desta estratégia e/ou de outras como práticas criativas e diferenciadas nas escolas, aplicadas ao processo contínuo de educação em saúde dos alunos, gerando conhecimento suficiente para que os alunos busquem outras maneiras igualmente saudáveis para preservar seu corpo e sua saúde.

Tais resultados demonstram que o método aplicado contribuiu positivamente para a promoção da saúde dos adolescentes, pois durante todos os encontros detectaram-se o interesse, a participação e a integração do jovem com a escola e a comunidade, fato este que

gerou satisfação por parte das autoras e interesse em desenvolver um novo trabalho voltado para a elaboração de um modelo de ação do PPDE para outros enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALLADO, A. *Arte*. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <>. Acesso em: 30 jul. 2003.
2. LIMA, M. J. *O que é enfermagem?* 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p 8 - 9.
3. BRASIL. Ministério da Educação e Desporto. Secretaria de Ensino Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais para o ensino fundamental*. Brasília, 1997.
4. BRIKMAN, L. *A linguagem do movimento corporal*. 2.ed. São Paulo: Summus, 1989. p.9-96
5. BUENO, S. M., OLIVEIRA, M. H. P. Atuação da enfermagem junto a jovens escolares 2º Grau. *Rev. Bras. Enfermagem*, 39(2/3): 66-75, abr./ set., 1986.
6. FUX, M. *Dança, experiência de vida*. 3.ed. São Paulo: Summus, 1978. p.40-83.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Manual do multiplicador: adolescentes*. 2.ed. Brasília, 1997.
8. BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. *Rev. Saúde Pública*, 26(6):437-43, dez. 1992.
9. COSTA, L. G.; SARAIVA, K. V. O; XIMENES, L. B. Prática de enfermagem com terapias alternativas em adolescentes grávidas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 12(2): 151-7, abr./jun., 2003.
10. BERVIAN, P. A., CERVO, A. L. *Metodologia científica*. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996. p.47 – 50.
11. BRASIL, Ministério da Saúde. *Resolução 196/96 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, 1996.
12. LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Pallotti, 2001. p.272.
13. THIOLLENT, M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis, 1987.
14. PEREIRA, L. F. P. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública*, 19(5): 1527-34, set./out., 2003.
15. CARDOSO, C. P., COCCO, M. I. M. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 11(6): 778-85, nov./dez., 2003.
16. LABAN, R. *A linguagem do movimento corporal*. São Paulo: Summus, 1978.
17. BRAID, L. M. C. Educação física na escola: uma proposta de renovação. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 16(1/2): 54-8, 2003.
18. GOLDENSTEIN, E. *Adolescência: a idade da razão e da contestação*. São Paulo: Gente, 1995.
19. CANAVARRO, M. C., MORGADO, L. M., PEREIRA, M. *A adolescência, a mulher e a SIDA*. Disponível em: <>. Acesso em: 1 dez. 2003.
20. VIEIRA, N. F. C.; VICTOR, J. F. A educação em saúde na visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF). *Rev. RENE*, 3(2): 43-48, jul./dez., 2002.
21. AGUILAR, H. VENE, D. *Determinar la importancia y la efectividad del teatro en la prevencion del HIV/SIDA*. Comisiòn de lucha contra el SIDA de la Asociaciòn Argentina de Actores. Argentina, Buenos Aires, s/d.

Endereço para correspondência:

ANNY GISELLY MILHOME DA COSTA

Rua Mato Grosso, n. 80, Pan Americano. CEP: 60440-820.

E-mail: annygisa@bol.com.br

Recebido em: 13/05/04

Aprovado em: 26/10/04

AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS SÃO PROBLEMAS ENTRE GESTANTES NO CEARÁ?

ARE SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES A PROBLEM TO PREGNANT WOMEN IN CEARÁ?

MENÇÃO HONROSA – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: EPIDEMIOLOGIA

Telma A Martins¹, Pierre Y-Bello², Martha D Bello³, Lígia Regina SK Pontes⁴,
Lúcia V Costa⁵, Iracema S Miralles⁶, Telma Régia BS Queiroz⁷

RESUMO

Introdução: é reconhecido na literatura mundial o papel das DST na gravidez ectópica, abortos espontâneos e nascimento de natimortos, prematuridade, infecções congênitas e perinatais, e infecções materno puerperal. No Brasil, embora se reconheça este problema, são poucos os estudos que têm como foco esta população, embora os efeitos destas doenças na gravidez sejam notórios. **Objetivo:** estimar a prevalência de sífilis, gonorréia, *Chlamydia* e tricomoníase em gestantes de dois municípios do Ceará. Identificar fatores de risco associados às DST. **Método:** realizou-se um estudo transversal em que 1.019 gestantes foram entrevistadas individualmente, realizando-se exame físico e laboratoriais, a saber: PCR, RPR e Gram. **Resultado:** a prevalência de *C. trachomatis* foi de 11,0%, em Fortaleza e 6,4% em Aracati; de *N. gonorrhoeae* foi de 1,3% nos dois municípios, de *T. vaginalis* foi de 6,2% em Fortaleza e 4,4% em Aracati; e de sífilis, 2,1% em Fortaleza e 0,3% em Aracati. Os fatores de risco associados às DST entre as gestantes em Fortaleza foram: não estar em união conjugal, não possuir renda pessoal e ter tido mais de dois parceiros nos últimos 12 meses. Para Aracati, estes fatores foram: analfabetismo, início precoce da vida sexual e mais de três parceiros sexuais na vida. **Conclusão:** a prevalência de DST nas gestantes foi alta nos dois municípios, e os diferentes fatores socioculturais identificados requerem estratégias preventivas distintas e adequadas à realidade de cada município.

Palavras-chave: DST, prevalência, gestantes, fatores de risco

ABSTRACT

Introduction: the complications of STD (Sexually Transmitted Diseases) include ectopic pregnancy, spontaneous abortions, stillbirth, prematurity, congenital perinatal and puerperal infection. In Brazil, studies in pregnant women are scarce, although STD have an important impact in pregnancy outcome. **Objective:** to estimate the prevalence of syphilis, gonorrhea, chlamydeous, and trichomoniasis in pregnant women in two municipalities of Ceará and to identify risk factors related to STD in this population. **Method:** cross-sectional study with the application of questionnaires, physical examination and laboratory diagnosis (PCR, RPR and Gram staining). The study population consisted of 1.019 women attending clinics in Fortaleza and Aracati. **Results:** the prevalence in Fortaleza and Aracati were, respectively: *C. trachomatis* - 11.0% and 6.4%; *N. gonorrhoeae* - both 1.3%; *T. vaginalis* - 6.2% and 4.4%; *T. pallidum* - 2.1% and 0.3%. The risk factors related to the STD in Fortaleza were: not living with partner, no personal income, and more than 2 partners in the last twelve months. In Aracati, the following risk factors were identified: illiteracy, early sexual debut, and more than three sexual partners in life. **Conclusion:** high prevalences of STD were found in Fortaleza and Aracati. The different risk factors identified in these two different social-cultural setting require distinct STD control.

Keywords: sexuality transmitted diseases, prevalence, pregnant, risk factors

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3): 50-58, 2004

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que 36 milhões de novos casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) tenham ocorrido na América latina e Caribe em 1999¹. Esta mesma instituição estimou para o Brasil a ocorrência anual de 12 milhões de casos

de algumas DST curáveis (sífilis, gonorréia, tricomoníase e *Chlamydia*)². Mesmo que ainda possa haver um grande percentual de casos em sub-registro, esta estimativa nos alerta para a alta magnitude que têm estas doenças. Ocorre, no entanto, que na maioria das vezes estas doenças não são percebidas pelos doentes, ou ainda não são adequadamente diagnosticadas e tratadas pelos profissionais de saúde. Mesmo não sendo as DST de notificação compulsória no país, os registros de 15 serviços de referência no Ceará nos revelam que as DST se constituem em uma parcela importante de todos os problemas que chegam à rede de saúde pública. No período de 1999-2000, apenas nestes 15 serviços, foram registrados 11.058 casos de DST³. Pesquisa realizada com mulheres que procuraram um serviço para realizar a prevenção anual de câncer ginecológico, apontou uma importante taxa de prevalência de DST entre esta população, sendo 5,6% para o herpes genital, 3,7% para *Chlamydia trachomatis*, sífilis, HPV e gonorréia, e de 2,8% para gonorréia no Ceará⁴. Vale ressaltar que a maioria destas mulheres era assintomática no momento da consulta, tendo procurado o serviço apenas para fazer a prevenção.

¹ Coordenadora do Programa Estadual de DST/Aids do Ceará, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Secretária de Saúde do Estado do Ceará

² Mestre em Epidemiologia pela Universidade de Bordeaux II, Médico do Observatório Francês Contra as Drogas

³ Doutora pela Universidade de Bordeaux II, bióloga

⁴ PhD, Professora Adjunta do Departamento de Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Ceará

⁵ Enfermeira do Núcleo de Vigilância Epidemiológica na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

⁶ Gerente da Unidade de Bacteriologia, Especialista em Saúde Pública, Bióloga do Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará

⁷ Assessora do Comitê Assessor de DST do PN-/DST/Aids no Ministério da Saúde, Médica Infectologista do Hospital São José de Doenças Infeciosas no Ceará

Muitos estudos mostram que as DST ocupam um importante espaço no desenvolvimento de patologias no ciclo grávido-puerperal, podendo causar gravidez ectópica, abortos, nascimentos de natimortos, prematuridade, infecções congênitas e perinatais, e infecções puerperais⁵. Se estas doenças são diagnosticadas e tratadas precoce e adequadamente, as conseqüências das DST para a mãe e o bebê podem ser minimizadas. Mas isto, na prática não acontece comumente. O que se observa é que, na maioria das vezes, não se realiza uma avaliação de risco para DST no pré-natal. Avalia-se apenas a evolução da gravidez, havendo uma preocupação apenas com as doenças mais comuns do período gestacional, dando-se atenção apenas para as possíveis intercorrências que podem acontecer neste tão delicado período.

OBJETIVO

Com o objetivo de aumentar o número de diagnósticos precoces de casos assintomáticos de DST em mulheres, e quebrar a cadeia de transmissão, a equipe do Programa Nacional de DST/HIV-Aids, do Ministério da Saúde do Brasil, têm sugerido a busca de casos de DST em serviços de atendimento ginecológico, em especial os de planejamento familiar, pré-natal e prevenção do câncer cérvico uterino⁶.

A Organização Mundial de Saúde sugere estudos de prevalência de DST com mulheres grávidas, caracterizadas como uma população sexualmente ativa de baixo risco, por isso, semelhante à população em geral. Populações de baixo risco são caracterizadas por apresentarem taxas de parceiros sexuais e de relacionamentos simultâneos relativamente baixos, menor número de vínculos sexuais e contatos relativamente limitados com outros subgrupos da população⁷.

Este estudo tem por objetivo estimar a freqüências de algumas DST curáveis (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* e sífilis) e os fatores de risco associados a estas doenças, entre mulheres grávidas do Ceará, para que, a partir do conhecimento da realidade nos diferentes municípios, possamos desenhar estratégias e ações que venham a contribuir para a melhora da saúde de gestantes, e, porque não dizer, de todas as mulheres em idade reprodutiva no Ceará, que são atendidas no Sistema Único de Saúde.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, durante o ano 2000, cuja população foi composta por mulheres atendidas em primeira consulta do pré-natal, em dois serviços da rede pública do Sistema Único de Saúde, nos municípios de Fortaleza e Aracati. A sede do estudo em Fortaleza (capital do estado) foi o Hospital Gonzaga Mota de Messejana, cujas gestantes atendidas residiam no bairro de Messejana ou adjacências (45 bairros) com população estimada em aproximadamente 693.226 habitantes. Geralmente estas mulheres chegavam à unidade por demanda espontânea. Em Aracati (município da zona litorânea do Ceará com 62.384 hab.), a sede do estudo foi o Serviço de Assistência a Mulher de Aracati (SAMA), onde as gestantes eram provenientes da área urbana ou rural, e atendidas na

unidade por demanda espontânea ou referenciadas pelas equipes do Programa de Saúde da Família do município.

Foi utilizada uma amostra constituída de 1.019 mulheres grávidas, sendo 630 residentes em Fortaleza e 389 em Aracati. Utilizaram-se como critérios de seleção a confirmação do teste de gravidez e a residência nos municípios da pesquisa. Uma exigência para a participação da gestante foi à assinatura de um termo de consentimento. Quando a mesma era analfabeta, o profissional de saúde procedia a leitura do texto que era carimbado pela gestante. Este documento permitiu à gestante conhecer a finalidade da pesquisa, os exames a que seria submetida, o tratamento instituído para a mesma e o(s) parceiro(s), no caso de um exame positivo para DST. Um estudo piloto foi realizado nas duas unidades para verificar o nível de adesão das gestantes e dificuldades na aplicação do instrumento.

Os dados foram coletados em entrevista individual realizada por enfermeiras, durante um período de seis meses. Foi utilizado um questionário semi-estruturado contendo as variáveis: idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, renda individual, número de pessoas no domicílio, última regra, número de gestação, parto e aborto, peso e altura, gravidez desejada, uso de antibióticos, aborto, prevenção de câncer, planejamento familiar, uso de preservativo, gravidez desejada, idade de início da vida sexual, número de parceiros na vida, número de parceiros nos últimos 12 meses, relações sexuais violentas na vida, relações sexuais violentas nos últimos 12 meses, antecedentes de DST, parceiro sexual nos últimos três meses, idade do parceiro, vida sexual do parceiro e resultados de exames laboratoriais para DST.

A análise dos dados compreendeu uma descrição detalhada da população estudada, seguida de uma análise bivariada entre a variável dependente (DST)* e as variáveis independentes (idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, renda individual, aborto, prevenção de câncer, planejamento familiar, preservativos, idade de início da vida sexual, número de parceiros sexuais na vida e nos últimos 12 meses, relações sexuais violentas na vida, relações sexuais violentas nos últimos 12 meses, tem parceiro, diferença da idade da gestante e parceiro).

Considerou-se portadora de uma DST a gestante cujo exame foi positivo para sífilis, gonorréia, *Chlamydia trachomatis* e tricomoníase. Segundo a Organização Mundial da Saúde, essas doenças e a infecção pelo HIV têm sido classificadas como alta prioridade para inclusão nas pesquisas de prevalência de DST. As quatro primeiras são curáveis, causam considerável morbidade e mortalidade em adultos e crianças, são disseminadas principalmente por transmissão sexual, e são freqüentemente assintomáticos na mulher⁷. As gestantes cujos exames foram positivos para uma DST, foram tratadas adequadamente, assim como foi garantido o tratamento de todos os parceiros, convidados a comparecer à unidade.

Na discussão deste estudo consideraram-se três faixas etárias de referência para a gestante. Na descrição da gestante e na identificação dos fatores de risco para DST, utilizou-se como referência a faixa etária maior ou menor de 18 anos de idade, por ser a faixa em que se encontrou significância, sendo este o mesmo motivo pelo qual foi utilizada a idade de 16 anos como referência para o início da vida sexual. Além disso, mesmo considerando algumas variações regionais, um grande número de pesquisas na literatura têm

apontado que, adolescentes do sexo feminino iniciam a vida sexual mais precocemente (em torno dos 16 anos) que os adolescentes do sexo masculino (em média, aos 15 anos).

Na análise estatística bivariada foi utilizado o teste de Pearson e o exato de Fisher para as proporções. Para comparação de variáveis contínuas, utilizou-se o teste t de Student ou Wilcoxon. As variáveis que se mostraram associadas à variável dependente ($p < 0,15$) foram incluídos na análise multivariada pela regressão logística, para a qual se utilizou o STATA 7.0.

Foram realizadas coletas de material para o diagnóstico de *Chlamydia trachomatis*, gonorréia, sífilis, tricomoníase, candidíase, vaginose bacteriana e infecção pelo HIV, e realizados os seguintes exames:

- Para Sífilis: RPR (*rapid plasma reagin*), teste não-treponêmico cuja sensibilidade varia de varia de 72% a 100% e a especificidade de 93% a 98%⁸.
- Para gonorréia e *Chlamydia*: biologia molecular com ampliação do material genético, PCR (*Polymerase Chain Reaction*). A sensibilidade desta técnica para *Chlamydia* varia entre 87% e 100% para os homens e 82 e 93% para as mulheres, com alta especificidade (acima de 99%) para ambos os sexos⁹. Para gonorréia o teste também apresenta sensibilidade entre 89 e 97% e especificidade entre 94 e 100%⁸.
- Para *Trichomonas vaginalis*: exame direto a fresco cuja sensibilidade varia de 50 a 70% e especificidade de 100%¹⁰. Gram com sensibilidade e especificidade de 98% e 99% respectivamente⁸.

A escolha destes exames foi baseada na sensibilidade e especificidade das técnicas, mas principalmente na viabilidade de execução e na capacidade laboratorial instalada do Laboratório Central de Saúde do Ceará (LACEN-Ce). Todos os exames foram processados neste laboratório que padronizou as técnicas de coleta junto às equipes locais, e estabeleceu com estas uma rotina para o acondicionamento e envio das amostras. Uma ficha de laboratório contendo dados sobre os exames foi utilizada, e definido um fluxo para o envio das amostras, que após serem recebidas pela coordenadora operacional da pesquisa eram acondicionadas no LACEN-Ce. As unidades foram supervisionadas a cada quinze dias pelo coordenador operacional, e ocasionalmente pelo coordenador do laboratório do LACEN-Ce.

O estudo recebeu aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital São José de Doenças Infecciosas, no ano de 2001.

RESULTADO

Características sociodemográficas

Observa-se na **Tabela 1** que treze por cento das entrevistadas em Fortaleza e 17% em Aracati tinham menos de 18 anos de idade. A maioria das mulheres entrevistadas (80% em Aracati e 70% em Fortaleza) tinha, no máximo, oito anos de escolaridade, era casada ou vivia com um parceiro (85% em Fortaleza e 81% em Aracati), e não possuía uma renda pessoal (68% em Aracati e 69% em Fortaleza). Das que tinham renda pessoal, a média da renda era de aproximadamente US\$ 13 nos dois municípios. A renda familiar

média em Fortaleza foi de US\$ 79 (mediana 61; desvio-padrão 67; amplitude 0-716), enquanto que as de Aracati tiveram renda de US\$ 106 (mediana 77; desvio-padrão 115; amplitude 0-1235). Cerca de 1/3 das gestantes em Aracati e Fortaleza estavam no primeiro trimestre da gestação, porém 9% das entrevistadas em Aracati e 11% em Fortaleza já estavam no terceiro trimestre da gestação quando foram à primeira consulta no pré-natal. O número médio de gestação por mulher em Aracati foi de 2,3 (mediana 2; amplitude 1-4) e em Fortaleza a média foi 2,8 (mediana 2,5; amplitude 1-4). O número médio de partos por gestante em Aracati foi 1,2 (mediana 1; amplitude 0-13), e em Fortaleza foi de 1,4 (mediana 1; amplitude 0-13).

Comportamento/Atitudes

O aborto foi referido por 31% das gestantes em Fortaleza e 29% destas mulheres em Aracati. Um alto percentual de mulheres (46% em Fortaleza e 40% em Aracati) referiu não ter feito prevenção de câncer uterino no último ano. As técnicas de planejamento familiar foram adotadas por 27% e 47% das entrevistadas, em Fortaleza e Aracati, respectivamente. A maioria das mulheres, 67% em Fortaleza e 55% em Aracati, afirmou nunca ter feito uso de preservativo na vida, e apenas 3% em Fortaleza e 6% em Aracati referiram fazer uso sempre (**Tabela 1**).

Prevalência de DST

Dezoito por cento das mulheres em Fortaleza e 11% de Aracati tiveram um diagnóstico de DST confirmado por laboratório (**Tabela 2**). Os resultados dos exames de biologia molecular (PCR) mostraram uma prevalência de *Neisseria gonorrhoeae* (1,3%) semelhante para os dois municípios, e uma prevalência de *Chlamydia trachomatis* significativamente mais alta ($p = 0,002$) entre as mulheres de Fortaleza (11,0%), com relação às mulheres de Aracati (6,4%). Das 107 mulheres com exames positivos pelo PCR, 3,7% delas tinham uma co-infecção pelas duas bactérias. O resultado da sorologia para sífilis por RPR mostrou uma maior proporção de exames positivos em Fortaleza (2,1%) que em Aracati (0,3%), sendo a prevalência significativamente mais alta ($p = 0,002$) no primeiro município. A proporção de exames de microscopia (fresco e Gram) positivos para tricomoníase foi maior entre as mulheres de Fortaleza (6,2%) que em Aracati (4,2%), porém esta diferença entre os dois municípios não foi significativa.

Comportamento sexual

A idade média de início da vida sexual das mulheres de Fortaleza foi de 16,8 anos (mediana 16; desvio-padrão 3,3; amplitude 11-32), e em Aracati foi de 17,3 anos (mediana 17; desvio padrão 3,7; amplitude 10-35). Setenta e um por cento das mulheres em Fortaleza e 75% em Aracati declararam ter tido menos de três parceiros na vida, e 90% em ambos municípios afirmou ter tido apenas um parceiro sexual nos últimos 12 meses. Cerca de 60% das gestantes, nos dois municípios, afirmaram que seus parceiros

Tabela 1 – Distribuição das entrevistadas segundo as características sociodemográficas e de comportamento/attitudes, Ceará, 2002.

Variáveis	Aracati (%)	Fortaleza (%)
Sociodemográficas		
Idade	n = 389	n = 630
> 18 anos	87,4	83,5
= 18 anos	12,6	16,5
Dif. idade	n = 327	n = 545
< 5 anos	68,5	70,7
5 — 10 anos	16,8	18,5
< 10 anos	14,7	10,8
Escolaridade	n = 387	n = 626
Analfabeta	4,6	5,3
1º grau	69,8	79,5
2º grau e superior	25,6	15,2
Estado civil	n = 384	n = 629
Solteira /Viúva/Divorciada	19,3	14,9
Casada/ Junta	80,7	85,1
Renda familiar	n = 343	n = 567
< 2 U\$86	47,3	56,4
= U\$86 M	52,7	43,6
Renda individual	n = 306	n = 476
Sem renda	67,6	68,7
Com renda	32,4	31,3
Comportamento/attitudes		
Aborto	n = 389	n = 630
Sim	28,5	26,3
Não	71,5	73,7
Prevenção de câncer	n = 388	n = 630
Sim	60,3	54,4
Não	39,7	45,6
Planejamento familiar	n = 385	n = 625
Sim	47,5	27,5
Não	52,5	72,5
Uso de preservativo	n = 343	n = 579
Nunca	55,4	67,4
Às vezes	26,6	24,3
Freqüentemente	12,2	6,3
Sempre	5,8	2,6

Tabela 2 – Distribuição dos microorganismos causadores de DST em mulheres grávidas, Ceará, 2002.

DST	Aracati N (%)	Fortaleza N (%)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	17 (4,4)	39 (6,2)
<i>Neisseria Gonorrhoeae</i>	5 (1,3)	8 (1,3)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	25 (6,4)	69 (11,0)
<i>Treponema pallidum</i>	1 (0,3)	13 (2,1)
Total	48*	129*

*O número de mulheres com DST é diferente dos resultados de exames, porque algumas mulheres apresentaram mais de uma DST.

sexuais não tinham outra parceira. Um alto percentual de mulheres (57% em Fortaleza e 73% em Aracati) afirmou ter tido um antecedente de DST (**Tabela 3**).

Fatores de risco associados as DST

Os dados da **Tabela 4** mostram que ter menos de dezoito anos foi associado ao risco para DST em Aracati ($p = 0,020$), e não em Fortaleza ($p = 0,820$) (**Tabela 4**). O analfabetismo apresentou uma associação positiva com DST em Aracati ($p = 0,018$), mas não em Fortaleza ($p = 0,149$). Ser solteira/viúva ou divorciada tornou as mulheres mais propensas a contrair uma DST em ambas as cidades ($p < 0,001$). As mulheres sem renda individual em Fortaleza apresentaram mais DST do que aquelas que tinham alguma renda ($p = 0,034$); em Aracati, não houve associação significativa ($p = 0,583$).

Comportamento/atitudes e comportamento sexual

O fato de a mulher ter abortado não foi associado ao risco para DST em qualquer dos municípios ($p < 0,713$). Não ter feito prevenção de câncer não tornou as mulheres mais propensas a ter DST em Fortaleza ($p = 0,533$) ou em Aracati ($p = 0,208$), assim como não

ter feito planejamento familiar também não mostrou uma associação positiva com DST em Aracati ($p = 0,717$) ou em Fortaleza ($p = 0,622$). A frequência do uso de preservativo não foi associada significativamente ao risco para DST em qualquer dos dois municípios ($p < 0,264$). Iniciar a vida sexual com menos de 16 anos mostrou associação positiva com DST em Aracati ($p = 0,012$), o mesmo não ocorrendo em Fortaleza ($p = 0,474$). Ter tido três ou mais parceiros na vida esteve associado ao risco de contrair uma DST em ambos os municípios ($p < 0,018$), assim como ter tido mais de dois parceiros nos últimos doze meses ($p < 0,032$). As mulheres que sabiam ou desconfiavam que o parceiro tinha outra parceira sexual foram mais propensas a ter DST nos dois municípios ($p < 0,010$). Ter antecedentes de DST não foi associado à presença de DST em Fortaleza ou Aracati ($p < 0,412$).

Análise multivariada dos fatores associados à presença de DST

A regressão logística permitiu identificar, ajustando para os outros fatores incluídos no modelo, fatores de riscos parcialmente diferentes nos dois municípios (**Tabela 6**). Em Fortaleza, as mulheres que tiveram mais de dois parceiros nos últimos 12 meses (OR: 3,53; CI 95%: 1,69-7,12), as que não tinham renda pessoal (OR:

Tabela 3 - Distribuição das entrevistadas segundo o comportamento sexual, Ceará, 2002.

Variáveis	Aracati (%)	Fortaleza (%)
Comportamento sexual		
Início da vida sexual	n = 389	n = 630
< 16 anos	35,0	38,1
= 16 anos	65,0	61,9
Parceiro na vida	n = 380	n = 630
= 3 parceiros	23,7	29,4
< 3 parceiros	76,3	70,6
Parceiros em 12 meses	n = 389	n = 630
1 parceiro	90,2	92,1
+ de 2 parceiros	9,8	7,9
Tem parceiro	n = 389	n = 624
Sim	90,2	95,2
Não	9,8	4,8
Parceiro teve outro	n = 364	n = 551
Sim/Talvez	19,5	12,7
Não	66,2	68,2
Não sei	14,3	19,1
Violência sexual na vida	n = 316	n = 553
Sim	7,9	4,9
Não	92,1	95,1
Violência em 12 meses	n = 340	n = 579
Sim	4,4	1,0
Não	95,6	99,0
Antecedente de DST	n = 387	n = 625
Sim	73,1	56,5
Não	26,9	43,5

Tabela 4 - Características sociodemográficas das entrevistadas segundo a presença de DST. Ceará 2002.

Variáveis	Aracati n	DST n(%)	p-valor(*)	Fortaleza N	DST n(%)	p-valor(*)
Sócio demográficas						
Idade						
> 18 anos	340	32 (9,4)	0,020	526	93 (18,0)	0,820
= 18 anos	49	10 (20,4)				
104	19 (18,3)					
Dif idade da gestante e parceiro						
< 5 anos	224	22 (9,8)	0,908	385	71 (18,4)	0,229
5 —10 anos	55	6 (10,9)				
101	12 (11,9)					
= 10 anos		48	4 (8,3)			
59	8 (13,6)					
Educação						
Analfabeta	42	5 (27,8)	0,018	33	9 (27,3)	0,149
Não analfabeta	345	37 (10,0)				
593	103 (17,4)					
Estado civil						
Solt./ viuva/ divorciada	74	16 (21,6)	0,001	94	30 (31,9)	0,000
Casada/ junta	310	26 (8,4)				
535	82 (15,3)					
Renda familiar						
< U\$ 86	162	14 (8,6)	0,224	320	67 (20,9)	0,005
= U\$86	181	23 (12,7)				
247	36 (14,6)					
Renda individual						
Sem renda	207	23 (11,1)	0,583	327	63 (19,3)	0,034
Com renda	99	9 (9,1)				
149	17 (11,4)					

1,85; CI 95%: 1,22-4,13) e as que não conviviam com seus parceiros (OR: 2,58; CI 95%: 1,10-4,29) tiveram mais risco de ter uma DST. Em Aracati, o fato de ser analfabeta (OR: 3,45; CI 95%: 1,05-9,79), de ter mais de três parceiros sexuais na vida (OR: 2,19; CI 95%: 1,06-4,15), como também de iniciar a vida sexual antes dos 16 anos de idade (OR: 2,24; CI 95%: 1,05-3,93) tornou estas mulheres mais propensas a ter uma DST (**Tabela 5**).

DISCUSSÃO

A taxa de prevalência de DST nas mulheres grávidas nos dois municípios foi alta, considerando que esta é uma população tida como de baixo risco para estas doenças⁸. A maioria das mulheres vive maritalmente e referiu um único parceiro nos últimos 12 meses. Isto significa que provavelmente as mulheres foram infectadas através de relações sexuais com o parceiro. Possivelmente estas não têm muitas informações sobre estas doenças, ou são pouco comprometidos com a própria saúde, e conseqüentemente com a saúde de suas parceiras(os). Outro ponto importante observado é que as mulheres atendidas na pesquisa, em geral as solteiras mais que as casadas, não fazem uso consistente de preservativo com o(s)

parceiro(s). Talvez isto venha explicar as altas taxas de DST encontradas nesta população.

Analfabetismo

O analfabetismo foi identificado como fator de risco somente entre as mulheres de Aracati. Dados oficiais do estado do Ceará mostram que na faixa etária de 10 a 49 anos, a taxa de analfabetismo entre mulheres em Aracati foi duas vezes maior (15,1%) que em Fortaleza (6,8%)¹¹. As instituições de saúde pública geralmente têm uma grande dificuldade em produzir programas educativos voltados para a população que não têm educação formal. Desta maneira, este segmento da população, pelas barreiras naturais impostas por suas condições, não concretiza o aprendizado, não detém as informações indispensáveis à prevenção, nem os meios para isto, tornando-se mais vulneráveis a contrair muitas doenças, incluindo nestas as que se relacionam à própria sexualidade e a saúde. As estatísticas no Brasil têm apontado que há uma maior tendência de infecção pelo HIV-aids nos indivíduos com menor grau de escolaridade, o que por sua vez, seria indicativo da propagação da epidemia entre os seguimentos mais desfavorecidos da população brasileira, descrita como pauperização¹². A falta de informação com relação à

Tabela 5 - Comportamento/attitudes da entrevistada segundo a presença de DST. Ceará 2002.

Variáveis	Fortaleza N	DST n (%)	p-valor(*)	Aracati N	DST n (%)	p-valor(*)
Comportamento/attitudes						
Aborto						
Sim	111	13 (11,7)	0,713	166	36 (21,7)	0,125
Não	278	29 (10,4)		464	76 (16,4)	
Prevenção de câncer						
Sim	234	21 (9,0)	0,208	343	58 (16,9)	0,533
Não	154	20 (13,0)		287	54 (18,8)	
Planejamento familiar						
Sim	183	18 (9,8)	0,622	172	29 (16,9)	0,717
Não	202	23 (11,4)		453	82 (18,1)	
Uso de preservativo						
Nunca	190	21 (11,0)	0,264	390	70 (17,9)	0,201
Às vezes	91	6 (6,6)		141	31 (22,0)	
Freqüentemente	42	6 (14,3)		33	6 (18,2)	
Sempre	20	4 (20,0)		15	0 (0,0)	
Comportamento sexual						
Início da vida sexual						
< 16 anos	136	22 (16,2)	0,012	240	46 (19,2)	0,474
= 16 anos	253	20 (7,2)		390	66 (16,9)	
Parceiros na vida						
= 3 parceiros	99	17 (17,2)	0,018	185	48 (25,9)	0,001
< 3 parceiros	290	25 (8,6)		445	64 (14,4)	
Parceiros nos últimos 12 meses						
1 parceiro	351	34 (9,7)	0,032	580	92 (15,9)	0,000
= 2 parceiros	38	8 (21,0)		50	20 (40,0)	
Teve parceiro nos últimos 3 meses						
Sim	373	37 (9,9)	0,004	594	97 (16,3)	0,001
Não	15	5 (33,3)		30	12 (40,0)	
Parceiro teve outro parceiro						
Sim	71	14 (19,7)	0,002	70	18 (25,7)	0,010
Não	241	17 (7,0)		376	51 (13,6)	
Violência sexual na vida						
Sim	25	4 (16,0)	0,310	27	9 (33,3)	0,044
Não	325	34 (10,5)		526	94 (17,9)	
Violência sexual (12 meses)						
Sim	15	2 (13,3)	0,724	6	1 (16,7)	0,925
Não	325	34 (10,5)		573	104 (18,1)	
Antecedente de DST						
Sim	283	33 (11,7)	0,399	353	66 (18,7)	0,412
Não	104	9 (8,6)		272	44 (16,2)	

Tabela 6 - Análise multivariada das variáveis relacionadas com a presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Ceará, 2002.

Variável/Município	Odds Ratio Bruto	IC* 95%	Odds Ratio Ajustado**	IC* 95%
Fortaleza				
Ser solteira/viúva/divorciada/separada	2,58	1,58-4,24	2,18	1,10-4,29
Ter mais de 2 parceiros (em 12 m)	3,53	1,92-6,49	3,47	1,69-7,12
Não ter renda individual/pessoal	1,85	1,04-3,29	2,25	1,22-4,13
Aracati				
Não ter escolaridade (analfabeta)	3,45	1,16-10,2	3,20	1,05-9,79
Iniciar vida sexual <16 anos de idade	2,24	1,17-4,28	2,03	1,05-3,93
Ter tido mais de 3 parceiros na vida	2,19	1,13-4,26	2,10	1,06-4,15

*IC - Intervalo de confiança.

**OR – ajustado para todas as variáveis da tabela.

transmissão do HIV, a multiplicidade de parceiros e a falta de preservativo podem aumentar o risco individual de as mulheres contraírem a infecção pelo HIV e outras DST¹³.

Início da vida sexual com menos de 16 anos

Retornando à **Tabela 2** observamos que a prevalência de DST é bem menor (7%) nas mulheres que iniciaram a vida sexual com 16 anos ou mais, do que entre aqueles que iniciaram com menos de 16 anos. Isto pode ser atribuído a fatores socioculturais, e no nosso entender merecem estudos mais aprofundados a esclarecer.

Multiplicidade de parceiros

O fato de a gestante ter tido um maior número de parceiros sexuais, seja nos últimos 12 meses (em Fortaleza) ou na vida (em Aracati) aumentou a chance de esta mulher contrair uma DST. Estudo desenvolvido em ambulatório no Rio de Janeiro, mostrou resultado bastante diferente, em que nas grávidas que apresentaram uma DST, somente um percentual muito baixo referiu ter múltiplos parceiros¹⁴. Na literatura muitos estudos que comparam o número de parceiros sexuais na vida de pessoas HIV com pessoas não-infectadas do mesmo grupo, homens homossexuais ou homens heterossexuais e mulheres, os indivíduos que têm tido um maior número de diferentes parceiros sexuais são mais prováveis de estar infectados¹⁵. Análise realizada em banco de dados de aids no Ceará mostrou que nos cinco anos, o percentual de mulheres que contraíram o HIV e referiram múltipla parceria é em média de 40%¹⁶. A falta de controle de uma grande parte das mulheres sobre as condições de suas vidas em geral, e em especial as condições nas quais elas fazem sexo, aumenta o risco de contrair uma DST.

União conjugal

Não estar em união conjugal com o parceiro foi fator de risco muito alto para DST em Fortaleza. É provável que isto se deva ao fato de que em cidades do interior exista um controle social fami-

liar especialmente muito forte sobre a mulher, o que poderia explicar esta diferença. Na capital, ao contrário do interior, a mulher solteira estaria livre para manter relacionamentos e assim estaria mais vulnerável a riscos ligados à sua vida sexual¹⁷. Pesquisa realizada com mulheres, nas cinco regiões brasileiras, mostrou que mulheres sem parceiro fixo têm uma menor percepção quanto ao risco de contrair o HIV¹⁸. Mas será que apenas a percepção de risco seria importante na determinação do risco de um indivíduo? Os modelos comportamentais mais tradicionais defendem que a percepção de risco é o único pressuposto básico de motivação para a mudança e manutenção de repertórios comportamentais adquiridos. Entretanto, as recentes discussões referentes a mulheres apontam que questões como a valorização do amor, confiança e alternativas de sobrevivência podem ser mais importantes do que o nível de informação para a percepção de risco na determinação da mudança comportamental¹⁸.

Renda individual

Não ter uma renda pessoal foi um fator de risco considerável para as mulheres em Fortaleza, o mesmo não ocorrendo para as mulheres em Aracati. Sendo a renda média das famílias em Fortaleza significativamente menor que as de Aracati, isto pode ser um obstáculo ao apoio financeiro à gestante, caso esta necessite. Além disso, a cultura mais tradicional existente no interior faz com que as famílias sejam mais solidárias, apoiando a mulher em todos os aspectos, inclusive garantindo o sustento dos filhos, caso esta chegue ao fim de um relacionamento estável.

A maioria dos estudos afirma que os fatores econômicos influenciam bastante sobre o modo como as mulheres se protegem. O fato de a mulher ter que depender economicamente do parceiro para sobreviver, e garantir o sustento dela e dos filhos, com bastante frequência obriga a mulher a submeter-se a situações que a põe em perigo de contrair o HIV e demais DST. Mulheres casadas, que não possuem uma renda individual, mesmo sabendo que seus parceiros são infieis, aceitam a situação de infidelidade, ou fingem não saber que estão em situação de risco¹⁹.

CONCLUSÃO

A prevalência de DST foi alta nos dois municípios, numa população representativa da mulher gestante, supostamente considerada de baixo risco. Para algumas doenças, como *Chlamydia trachomatis* e sífilis, as taxas de prevalência foram significativamente mais altas em Fortaleza que em Aracati. Acreditamos que as condições que levam as DST a se diferenciarem significativamente de um município para o outro, provavelmente acontecem devido às diferenças socioeconômicas e culturais distintas das duas populações. Estes dados de prevalência, que são bastante preocupantes, levando-se em conta as possíveis conseqüências para a mãe e seu conceito, levamos a concluir que é extremamente importante dar uma maior visibilidade ao problema das DST no Ceará, dando-se a mesma prioridade que têm hoje as ações e estratégias de controle da infecção pelo HIV-Aids. Neste contexto é indispensável promover a integração das ações de DST/aids e saúde reprodutiva, em todos os níveis de atenção, em especial na atenção básica, em que são atendidas as gestantes no pré-natal, mas também não deixando de considerar as ações de controle no momento do parto e no puerpério.

Dados apresentados neste estudo mostram que é imprescindível e urgente o desenvolvimento de políticas de prevenção em DST e HIV-aids voltadas para adolescentes e jovens na comunidade escolar, ou fora dela, e para a população feminina de baixa renda nos serviços de saúde, e no movimento organizado de mulheres. Incluir nos momentos educativos as temáticas ligadas à sexualidade, relações de gênero, prevenção da violência, prevenção de DST e HIV-aids, prevenção de câncer, auto-estima e outros, que possam empoderar estas populações. Procedendo desta forma estaremos contribuindo para não só aumentar a informação, mas também a percepção de risco e o autocuidado. Também estaremos ajudando a promover uma reflexão e o debate sobre a necessidade da adoção do sexo seguro, e a responsabilidade de todos neste aspecto, assim como o respeito entre os parceiros.

O cuidado com as estratégias de ensino aprendizagem para os indivíduos sem educação formal não pode ser esquecido, tendo em vista que o risco de adquirir uma DST é maior para estas pessoas, dado este evidenciado em muitos estudos na literatura. Devemos buscar exemplos de estratégias de acesso a esse grupo populacional, nas áreas de educação e/ou comunicação, preparando as instituições de saúde para desenvolvê-las.

É imprescindível que se reflita sobre a necessidade de desenvolver estratégias de triagem sistemática para o diagnóstico e o tratamento de DST na gravidez, como forma de se intervir e evitar as graves conseqüências destas doenças para a gestante e o bebê.

Por fim, é muito importante que sejam previstos recursos para a realização de outros estudos, que examinem os fatores sociais, econômicos e culturais relacionados à sexualidade e relações de gênero e que tenham um forte foco na realidade em que estas pessoas vivem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: Overview and Estimates. World Health Organization, Geneva (2001)
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica das DST por meio da notificação de casos: Uma nova abordagem. *Boletim Epidemiológico-AIDS XIII*. Brasília, p. 39-46, jul-set. Brasília, 2000.
3. CEARÁ UNIDO CONTRA AS DST. *Boletim Informativo do Projeto HIV/DST*. No3. Ceará, 1999
4. BELLO, P-Y; FRANCO, E.S; QUEIROZ, T.R.B.S et al. HIV and STD prevalence in women making prevention of the cervix cancer, in Fortaleza, Brasil. *XIII International AIDS Conference*. Durban, South Africa. WePeC4371. 9-14 July 2000.
5. SIMÕES JA, GIRALDO PCJ. O corrimento vaginal durante a gravidez. *J Bras Doenças Sex Transm* -10(5): 20-30, 1998.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Manual de Bolso de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Brasília, p.12-13, 2000
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexually Transmitted Infections. Guidelines for the implementation of STI prevalence surveys. Geneva, 1999. p 3-7
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Laboratory Testes for the detection of reproductive tract infections, Geneva, p. 3-17, 1999.
9. STAMM, W. E. Chlamydia trachomatis infections of the adult. In: *HOLMES, K. K. et al (Eds). Sexually Transmitted Diseases*. 3rd ed. United States: McGraw-Hill Companies, chap 29, p. 407-422, 1999.
10. KRIEGER, J. N.; ALDERETE, J. F. Trichomonas vaginalis and trichomoniasis. In: *HOLMES, K. K. et al (Eds). Sexually Transmitted Diseases*. 3rd ed. United States: McGraw-Hill Companies, chap 43, p.587-604, 1999.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <>.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica das DST por meio da notificação de casos: Uma nova abordagem. *Boletim Epidemiológico-AIDS*, ano XII, n.02, p. 39-46, jul-set, 2000.
13. VILLELA, W. Oficinas de Sexo Mais Seguro para Mulheres: abordagens metodológicas. São Paulo: NEPAIDS, cap. 2: A vulnerabilidade das mulheres ao HIV, p.21-33, 1996.
14. BASTOS L M, PASSOS M R, TIBÚRCIO A S, VARELLA R Q, PINHEIRO M S. Gestantes atendidas no setor de DST da Universidade Fluminense. *J Bras Doenças Sex Transm* 12 (2):5-12, 2000.
15. HOLMBERG S D. Risk factors for sexual transmission. In: Vicent T. De Vita, Jr., Samuel Hellman, and Steven A Rosenberg editors. *AIDS: Biology, Diagnosis, treatment and Prevention*, 4th ed. Atlanta: Raven Press; p.569-75, 1997.
16. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. *Boletim Epidemiológico. AIDS I*. Ceará, 2000.
17. KERR-PONTES LRS. Migration and AIDS: concerns about prevention in Northeast Brazil. In: *Internacional AIDS Conference, XIV*, 2002, Barcelona. Abstract on disk...Barcelona: IAS, 2002. [D11412].
18. SOCIEDADE CIVIL DO BEM ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. DST/AIDS e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Uma análise do nível de Conhecimento e Comportamentos de Vulnerabilização. Rio de Janeiro, 1997.
19. SIMMONS J, FARMER P, SCHORPF B G. A Global Perspective. In: *Farmer P, Connors M, Simmons J (ed). Women, Poverty, and AIDS. Sex, Drugs, and Structural Violence*. Common Courage Press, Maine, p.39-89, 1996.

Endereço para correspondência:

TELMA ALVES MARTINS

Secretaria de Saúde do Estado

Av. Almirante Barroso 600,

Praia de Iracema, 60455-300 Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: telmaa@saude.ce.gov.br

Recebido em: 12/06/04

Aprovado em: 11/10/04

ESTUDO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA EM AIDS – VITÓRIA, ES – BRASIL

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS ATTENDED AT HOME CARE ASSISTANCE IN AIDS – VITÓRIA, ES – BRAZIL

MENÇÃO HONROSA – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: ASSISTÊNCIA

Janaina AS Casotti¹, Luciana N Passos², Angela MCS Silva³,
Simone SF Tosti⁴, Tânia QR Motta⁵

RESUMO

Introdução: é extremamente importante estudar o perfil da clientela exposta à infecção pelo HIV para detectar possíveis falhas e traçar estratégias preventivas e terapêuticas. **Objetivo:** estudar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos pela Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT/Aids). **Método:** estudo descritivo retrospectivo de prontuários de pacientes da região metropolitana de Vitória, atendidos no ADT/Aids. **Resultado:** o tempo médio de diagnóstico da infecção pelo HIV à admissão foi 2,5 anos e os fatores de exposição predominantes foram sexual/heterossexual (32,4%) e uso de drogas injetáveis (28,7%). Dificuldade de locomoção foi motivo de encaminhamento em 80% dos casos, relacionado a neurotoxoplasmose e caquexia em 46,6% das vezes. Durante a assistência, 66,7% dos pacientes não necessitaram de hospitalização. Anteriormente à admissão, 47% dos pacientes tinham recebido um esquema anti-retroviral, necessitando mais de duas trocas em 43,5% dos casos. Após admissão, 21% dos pacientes trocaram o esquema, necessitando mais de duas trocas em 27,3% das vezes. A mediana do tempo de permanência no ADT/Aids foi 64 dias, sendo a alta por melhora clínica em 41,4% e por óbito em 49,4% dos casos. **Conclusão:** o perfil encontrado neste estudo reflete a epidemia de aids com respeito a heterossexualização, pauperização e baixo nível de escolaridade. Embora a avaliação tenha ocorrido na era pós-HAART, os pacientes admitidos tinham pouco tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, mas já com doença avançada. Assim, o ADT/Aids continua sendo uma alternativa eficaz de assistência em países em desenvolvimento, reduzindo a necessidade de hospitalização e constituindo uma importante ferramenta na adesão ao HAART.

Palavras-chave: Perfil, HIV, aids, cuidado domiciliar, epidemiologia

ABSTRACT

Introduction: it's extremely important the profile study of patients with HIV/AIDS for improvement of assistance, prevention and detection of faults. **Objective:** knowing clinical and epidemiological profile of HIV/AIDS patients attended in home care program of AIDS (ADT/AIDS). **Method:** retrospective analyses of charts of patients attended in ADT/AIDS in Vitória metropolitan region. **Result:** the mean time from diagnostic of HIV until admission was 2.5 years, predominant exposition factors were: heterosexual (32.4%) and injecting drug users (28.7%). Locomotion difficulty was reason to ADT/AIDS' assistance in 80% of cases, related with neurotoxoplasmosis and wasting syndrom in 46.6% of times. During the assistance, 66.7% of patients didn't need hospitalization. Before the admission, 47% of patients have been prescribed at least one antiretroviral therapy (HAART), and had changed this more than two times in 43.5%. After admission, 21% of patients changed HAART more than two times in 27.3% of cases. The median time of staying in ADT/AIDS was 64 days, and discharge from the program was for clinical improvement in 41.1% and deads in 49.4% of cases. **Conclusion:** this study found similar profile with the current epidemiology of AIDS that related with heterosexualization, impoverishment and bad level of schooling. Despite the avaliation happened after of HAART era, patients in ADT/AIDS had few time of diagnostic of HIV infection, but they had advanced disease. Therefore, ADT/AIDS have been good alternative of assistance in development countries, leading a reduction of hospitalization and it's an important mean for compliance/adhesion to HAART.

Keywords: profile, HIV, aids, home care, epidemiology

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3): 59-66, 2004

INTRODUÇÃO

Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) () no final de 2003 havia 40 milhões de pessoas vivendo com infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e síndrome de imu-

nodeficiência adquirida (aids) no mundo, com uma incidência de cinco milhões de novas infecções pelo HIV em 2003. Neste período, a América Latina contribuiu com 1,3 a 1,9 milhões de pessoas infectadas e com 130.000 a 180.000 casos novos. Ainda, segundo a OMS, a epidemia global matou mais de três milhões de pessoas em 2003. No Brasil, dados referentes ao último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (), até o final de setembro de 2003 tinham sido notificados 277.154 casos de aids, sendo que no ano de 2003 ocorreram 5.722 casos novos. Segundo dados do último boletim epidemiológico da Secretaria de Saúde do estado do Espírito Santo, até agosto de 2003 somavam-se 3.411 casos de aids notificados neste estado, sendo 71,7% sexo masculino e 28,3% no sexo feminino; a média anual de casos notificados neste Estado vem se mantendo

¹Residência médica em doenças infecciosas pela Universidade Federal do Espírito Santo.

²Doutora em doenças infecciosas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

³Mestranda em educação pela Universidade Federal do Espírito Santo

⁴Residência médica em clínica médica pela Universidade Federal do Espírito Santo.

⁵Mestre em doenças infecciosas pela Universidade Federal do Espírito Santo.

ADT/Aids – Instituto Estadual de Saúde Pública do Estado do Espírito Santo (IESP/ES) e Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM/UFES).

do estável com 332 casos/ano, o que representa uma incidência anual de 10,3 casos de aids por 100.000 habitantes.

Existem poucos estudos clínico-epidemiológicos sobre HIV-aids na literatura, principalmente da população brasileira, onde os dados são adquiridos predominantemente das notificações de aids realizadas. Sabe-se que a epidemia da infecção pelo HIV-aids é um fenômeno dinâmico, e que vem sofrendo mudanças epidemiológicas significativas¹.

No Brasil, ocorreram nos últimos anos alterações no perfil desta epidemia, que vem sofrendo uma constante interiorização, bem como um aumento da transmissão por via heterossexual, com um crescente número de mulheres infectadas³, e apresentando manutenção dos casos entre usuários de drogas injetáveis. Sabe-se que no início da epidemia ocorria um predomínio na população de homo/bissexuais, mas que atualmente este perfil tem mudado, ocorrendo uma predominância em heterossexuais, o que indiretamente levou ao aumento de casos nas mulheres^{4,5}. Desde o começo da epidemia, o grupo etário mais atingido tem sido de 20 a 39 anos em ambos os sexos¹.

Inquérito realizado nos Estados Unidos da América, utilizando correspondência enviada a vários centros que tratavam pacientes adolescentes HIV positivos, encontrou que metade desta população era do sexo feminino. Os modos de transmissão mais frequentes foram vertical, sanguíneo e também sexual, demonstrando que muitas crianças estão sobrevivendo até a adolescência, e que a atividade sexual se torna importante como forma de transmissão nesta faixa etária. Por outro lado, a notificação de pacientes na terceira idade vem crescendo, sendo evidenciado também nesta faixa etária um aumento do número de casos entre mulheres, principalmente aquelas casadas, tendo a via sexual como a principal fonte de exposição.

O conhecimento da dinâmica da infecção pelo HIV é importante em vários aspectos, pois permite que sejam traçados objetivos tanto para a redução na transmissão deste vírus, como no decréscimo da prevalência de pessoas com aids. Estudos comportamentais têm sido realizados para se traçar estes perfis na população brasileira, e foi observado que a grande maioria das pessoas já se sentiu exposta ao HIV em algum momento das suas vidas. Observou-se também que quanto menor o grau de escolaridade menor a frequência no uso de preservativos pela população, e que o aumento da escolaridade leva a uma diminuição no consumo de drogas^{5,6}. Estes dados são compatíveis com os de outros países, onde baixo nível socioeconômico e de instrução levam a uma maior susceptibilidade a doenças sexualmente transmissíveis^{8,9}.

É notável também o expressivo aumento na sobrevivência dos pacientes com HIV-aids, fato este devido aos constantes avanços tecnológicos e melhora do conhecimento da etiopatogenia da doença, permitindo o surgimento de novas propostas de intervenções diagnósticas, profiláticas e terapêuticas. Com o surgimento da terapia anti-retroviral de alta eficácia (HAART) em 1996 – adição dos inibidores da protease ao arsenal terapêutico desta doença – houve uma modificação na história natural da infecção pelo HIV e consequente declínio da mortalidade por aids⁸⁻¹⁰. Entretanto, o sucesso do tratamento nem sempre se mostra de forma linear, e devemos considerar, como possíveis causas de falência, potência e farmacocinética do esquema em uso, presença de cepas resistentes, ocorrên-

cia de interações medicamentosas, além de problemas na adesão às drogas escolhidas¹¹.

OBJETIVO

É de extrema importância o estudo do perfil da clientela exposta à infecção pelo HIV com o objetivo de detectar possíveis falhas e traçar estratégias preventivas e terapêuticas para o futuro. Raras são as publicações referentes aos pacientes acompanhados em programa de Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT/Aids) e nós conduzimos um estudo nesta população.

MÉTODO

O ADT/Aids

No Estado do Espírito Santo, o ADT/Aids funciona no município de Vitória desde novembro de 1997, com sede no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), atendendo aos pacientes encaminhados dos serviços de referência em aids de cinco municípios da região metropolitana: Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra, Viana. A equipe do ADT é composta por dois médicos, um fisioterapeuta, um auxiliar de enfermagem e uma assistente social, mas já contou com nutricionista, psicólogo, odontólogo e enfermeira. A média mensal de pacientes inscritos tem variado de 12 a 20 pacientes, que recebem visitas semanais de pelo menos um dos profissionais da equipe.

Para serem admitidos no ADT/Aids de Vitória, os pacientes devem ser encaminhados pelo médico assistente do serviço no qual se encontra matriculado, e preencher os seguintes critérios:

- Apresentar condição clínica que justifique dificuldade de seguir acompanhamento ambulatorial.
- Não apresentar condições clínicas que indiquem condutas de urgência/emergência.
- Caso esteja fora de condições terapêuticas, estas devem estar claras para os familiares/cuidadores.
- Preenchimento do formulário de encaminhamento para o ADT/Aids pelo médico assistente, constando todos os dados clínicos, epidemiológicos e sociais solicitados, motivo do encaminhamento, drogas em uso, últimos exames clínicos e laboratoriais, além de endereço com ponto de referência.
- Desejo manifesto pelo paciente, ou de seu familiar caso não tenha condições de lucidez, de ser atendido pela equipe ADT/Aids.
- Disponibilidade do cuidador – familiar ou acompanhante (amigos, vizinhos, outros) – em dar ao paciente os cuidados e atenções necessárias.
- Interesse do cuidador em participar do programa, mantendo o paciente em casa, seguindo a orientação médica e observando seu estado de saúde.

O estudo

Com o objetivo de conhecer o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com HIV-aids em assistência domiciliar, no período de março a maio de 2004 foi realizado estudo descritivo retrospectivo baseado em levantamento dos prontuários de pacientes matriculados no ADT/Aids em Vitória – ES, desde sua implantação, em novembro de 1997, até maio de 2004. Cento e quatorze (114) pacientes foram matriculados no programa e tiveram seus prontuários avaliados, por meio de preenchimento de formulários estruturados e previamente testados em estudo piloto. Foram avaliadas características demográficas, sociais, epidemiológicas e clínicas. Pesquisa em prontuário do serviço do qual o paciente havia sido encaminhado também foi realizada, quando necessária, e se havia disponibilidade por parte das instituições. Participaram do preenchimento dos formulários a equipe médica e do serviço social, após discussão e estabelecimento de padronização de coleta de informações.

Avaliação de qualidade e critérios de inclusão e exclusão de prontuários

Critérios de inclusão:

- Ter sido admitido pela equipe para acompanhamento no ADT/Aids.
- Ter recebido pelo menos duas visitas dos profissionais da equipe.

Critério de exclusão:

- Má qualidade de informações no prontuário traduzida por impossibilidade no preenchimento mínimo de 80% das informações solicitadas em nosso formulário de pesquisa.

Análise estatística

Os resultados foram analisados pelas frequências e gráficos. A significância das diferenças entre proporções foi determinada pelo método do qui-quadrado (χ^2). O intervalo de confiança (IC) de valores foi estimado para um nível de 95%. Foram consideradas indicativas de significância estatística as probabilidades entre as médias ou frequências menores do que 0,05 ($p < 0,05$). Os dados coletados foram incluídos em banco de dados e analisados com auxílio do programa estatístico SPSS (*Social Package Sciences Social*).

RESULTADO

Centos e quatorze prontuários foram avaliados, mas nove foram excluídos pelos critérios de inclusão/exclusão. Foram revisados então 105 prontuários. Dos 105 pacientes, 61% eram do sexo masculino, enquanto 39% do sexo feminino. A idade média à admissão foi de 39,8 anos. Quanto à raça, 45,7% eram brancos, 37,2% pardos e 17,1% negros. Dentre a categorização por profissão houve predo-

mínio de serviços domésticos (22,9%), construção civil (11,4%), serviços gerais (9,5%) e comerciante/comerciário (8,6%). A renda familiar mensal ficou entre 1 a 2 salários mínimos (69,2%) e o grau de escolaridade mais freqüente foi ensino fundamental incompleto (41,9%). Dados demográficos podem ser visualizados no **Quadro 1**.

O tempo médio de diagnóstico da infecção pelo HIV à admissão foi de 2,5 anos. Fator de exposição predominante foi sexual/heterossexual (32,4%), seguido por uso de drogas injetáveis (28,6%) (**Figura 1**).

Dificuldade de locomoção foi o motivo de encaminhamento para o ADT em 80% dos casos (**Figura 2**), relacionada com a neurotoxoplasmose e a síndrome consuptiva em 46,6% das vezes (**Tabela 1**). Baixa adesão aos anti-retrovirais utilizados foi motivo de encaminhamento para o ADT em 7,6%.

As doenças intercorrentes durante o acompanhamento no ADT/Aids foram sinusite, pneumonia e monilíase oral e esofagiana. Nos cinco anos e meio de funcionamento do ADT/Aids 66,7% dos pacientes nunca necessitaram hospitalização (**Tabela 2**).

A maioria dos pacientes (47%) tinha recebido um esquema anti-retroviral anteriormente à admissão, com trocas de esquemas ocorrendo em 43,5% dos casos. Durante a assistência pelo ADT/Aids, 79% (83 de 105) não precisaram trocar anti-retrovirais (**Tabela 3**). Dentre aqueles que trocaram, 18,2% estavam usando zidovudina/lamivudina/nelfinavir, 13,6% zidovudina/didanosina, 9,1% estavudina/lamivudina/saquinavir/ritonavir e 9,1% zidovudina/lamivudina/saquinavir/ritonavir. A causa da primeira troca do esquema anti-retroviral foi intolerância no trato gastrointestinal em 36,4% das vezes e falência laboratorial em 31,8% (**Tabela 4**).

Os principais cuidadores dos pacientes (**Tabela 5**) foram a mãe (24,8%), a filha (14,3%) e a esposa (11,4%); sendo que 75,5% dos cuidadores eram do sexo feminino. Durante o ADT/Aids, 22,9% dos pacientes ficaram em casa de apoio pelo menos uma vez, com tempo mediano de permanência de 24 dias.

O tempo de permanência no ADT/Aids foi em média 139 dias com mediana de 64 dias, tendo como motivos de alta, melhora clínica em 41,4% e óbito em 49,4% (**Tabela 6**).

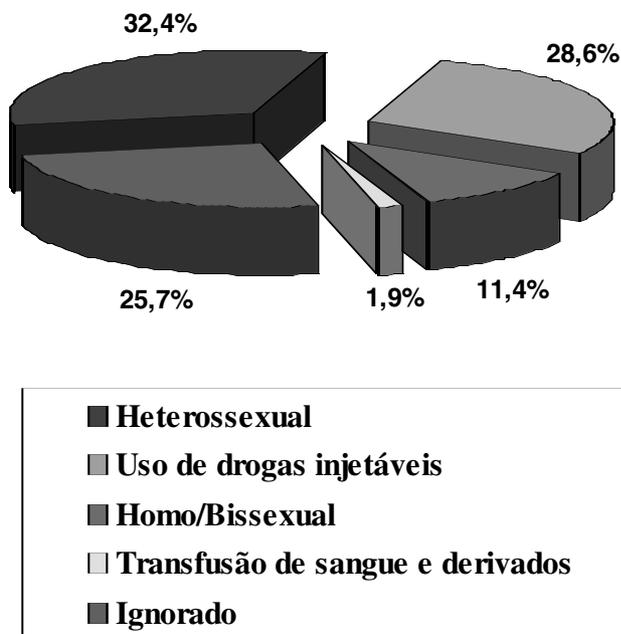
DISCUSSÃO

Em concordância com publicações regionais^{1,4} e mundiais^{7,8,9}, nosso estudo observou que a clientela ADT/Aids em Vitória-ES foi predominantemente do sexo masculino, com idade média de 39,8 anos^{1,4}. Heterossexualização da transmissão da infecção pelo HIV – 32,4% no ADT/Aids e 40% nos dados da Secretaria Estadual de Saúde¹ – também pode ser notada, refletindo o principal fator de exposição a esta infecção em nosso estado¹, fato que tem sido relacionado com o aumento do número de casos entre mulheres e crianças, e visualizado em dados de notificação nacional⁴. A pauperização da infecção pode ser identificada tanto na observação de que 69,2% dos pacientes viviam com renda familiar menor ou igual a dois³ salários mínimos sendo 9% sem qualquer fonte de renda, quanto no achado de baixo nível de escolaridade, com 14,3% de analfabetos e 41,9% de ensino fundamental incompleto. Embora nosso serviço seja ligado à rede pública, este achado tem sido reportado em fontes gerais de notificação nacional^{1,4} e literatura internacional⁷⁻⁹.

Quadro 1 – Dados demográficos dos pacientes admitidos no ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004.

Sexo		Idade média à admissão	39,8 anos
Masculino	64 (61%)		
feminino	41 (39%)		
Raça		Grau de escolaridade	
Branca	48 (45,7%)	Analfabeto	15 (14,3%)
Parda	39 (37,1%)	Fundamental incompleto	44 (41,9%)
Negra	18 (17,1%)	Fundamental completo	4 (3,8%)
		Médio completo	8 (7,6%)
		Superior incompleto	1 (1%)
		Superior completo	3 (2,9%)
		Ignorado	30 (28,6%)
Município de residência	Renda média familiar		
	Zero	7 (6,6%)	
Vitória	30 (28,6%)	1 salário mínimo	27 (25,7%)
Vila Velha	27 (25,7%)	2 salários mínimos	27 (25,7%)
Cariacica	23 (21,9%)	3 salários mínimos	11 (10,1%)
Serra	20 (19%)	4 salários mínimos	3 (2,9%)
Viana	2 (1,9%)	> de 4 salários mínimos	3 (2,9%)
Outros	3 (2,9%)	Ignorado	27 (25,7%)
Profissão		Serviço encaminhador	
Serviços domésticos	24 (22,9%)	HUCAM	71 (67,6%)
Construção civil	12 (11,4%)	Santa Casa Misericórdia	16 (15,2%)
Serviços gerais	10 (9,5%)	CRT-AIDS Vitória	7 (6,7%)
Comerciante/comerciário	9 (8,6%)	Hospital Dório Silva	5 (4,8%)
Autônomo	6 (5,7%)	Hospital São Lucas	2 (1,9%)
Cabelereiro/manicure	4 (3,8%)	Hospital Polícia Militar	2 (1,9%)
Outros	26 (25%)	Hospital Santa Rita	1 (1%)
Ignorado	14 (13,3%)	Casa de apoio	1 (1%)

HUCAM: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes; CRT-AIDS: Centro de referência e tratamento em DST/Aids de Vitória.

**Figura 1**- Fatores de exposição à infecção por HIV dos pacientes admitidos no ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil.

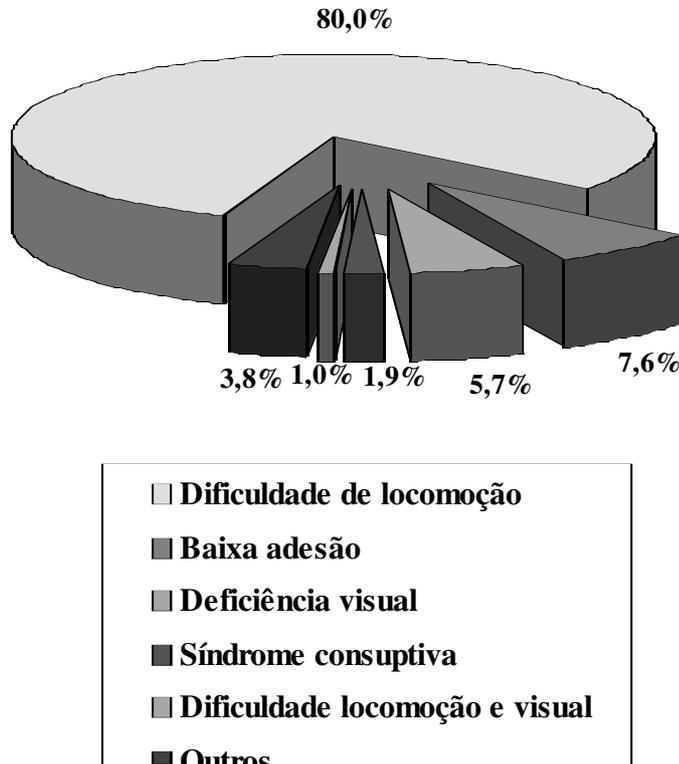


Figura 2 – Motivos de encaminhamento para o ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil.

Tabela 1 – Situações clínicas que ocasionaram o motivo de admissão no ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil

Situações clínicas	Frequência de pacientes N (%)
Neurotoxoplasmose	33 (31,4%)
Caquexia	16 (15,2%)
Baixa adesão	7 (6,7%)
Retinite por citomegalovírus	6 (5,7%)
Sarcoma Kaposi	4 (3,8%)
Fratura fêmur	4 (3,8%)
Paraparesia	4 (3,8%)
Acidente vascular cerebral	3 (2,9%)
Polineuropatia periférica	3 (2,9%)
Outros	25 (23,8%)
Total	105 (100%)

Tabela 2 – Frequência de internações hospitalares durante a permanência no ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil

Número de internações	Frequência de pacientes N/(%)
Nenhuma	70 (66,6%)
Uma	24 (22,9%)
Duas	8 (7,6%)
Três	3 (2,9%)
Total	105 (100%)

Tabela 3 – Frequência de trocas de esquemas anti-retrovirais utilizados pelos pacientes antes e durante o permanência no ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil

Número de trocas de ARV	Frequência de pacientes que trocaram ARV		
	Antes da ADT/Aids N (%)	Durante ADT/Aids N (%)	Valor de p
Nenhuma	12 (11,4%)	83 (79%)	< 0,001
Uma	48 (45,7%)	16 (15,2%)	< 0,001
Mais de uma	30 (28,6%)	6 (5,7%)	< 0,001
Ignorado	8 (7,6%)	0	–
Total	105 (100%)	105 (100%)	

ADT: Assistência Domiciliar Terapêutica; ARV: Anti-retroviral.

Tabela 4 – Causas de troca dos esquemas anti-retrovirais durante a permanência na ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil

Condições associadas à troca de ARV	Frequência de trocas N (%)
Intolerância gastrointestinal	8 (36,5%)
Falência laboratorial	7 (31,8%)
Leucopenia	2 (9,1%)
Intolerância gastrointestinal e leucopenia	1 (4,5%)
Dislipidemia	1 (4,5%)
Falta de comodidade posológica	1 (4,5%)
Outros	2 (9,1%)
Total	22 (100%)

ARV: Anti-retroviral.

Tabela 5 - Grau de ligação do cuidador com o paciente durante a permanência na ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 – Vitória/ES, Brasil

Grau de ligação do cuidador	Frequência de pacientes n (%)
Mãe	26 (24,8%)
Filha	15 (14,3%)
Esposa	12 (11,4%)
Irmã	7 (6,7%)
Esposo	6 (5,7%)
Amiga	5 (4,8%)
Outros	34 (32,3%)
Total	105 (100%)

Tabela 6 – Motivos de alta de pacientes matriculados na ADT/Aids de novembro de 1997 a maio de 2004 - Vitória/ES, Brasil

Motivos de alta do ADT/Aids	Frequência de pacientes N (%)
Óbito	43 (49,4%)
Melhora clínica	36 (41,4%)
A pedido	2 (2,3%)
Falta suporte familiar	3 (3,4%)
Falta de condições de segurança para equipe	1 (1,2%)
Internação hospitalar	1 (1,2%)
Outras	1 (1,1%)
Total	87* (100%)

* Dos 105 pacientes avaliados, 18 ainda se mantinham em acompanhamento na ADT, logo, total de 87 pacientes que tiveram alta.

Interessantemente, encontramos que em 75,5% das vezes os cuidadores dos pacientes admitidos eram do sexo feminino, sendo a mãe em 24,8%, a filha em 14,3% e a esposa em 11,4%. O fato de as mulheres assumirem a responsabilidade de cuidar efetivamente de seus filhos, pais ou parceiros com aids, é um dado bastante comentado em serviços de saúde, porém com pouca evidência em análises socioepidemiológicas. Em nosso estudo, conseguimos demonstrar percentualmente a significância desta peculiaridade sociocultural na dinâmica das inter-relações da aids da nossa sociedade.

Quanto aos dados clínicos, o tempo de conhecimento da infecção pelo HIV à admissão no ADT/Aids foi de 2,5 anos. Entretanto, a grande maioria dos pacientes foi encaminhada com quadro clínico denotando doença já avançada, como neurotoxoplasmose e síndrome consuptiva (46,6%), com uma mortalidade de 49,4%. Isto fala a favor de que, apesar de todos os avanços científicos do ponto de vista propedêutico e terapêutico, ainda existem pacientes que têm tido o diagnóstico da infecção pelo HIV tardiamente, alguns submetidos à investigação sorológica por já apresentarem doenças definidoras de aids. Este fato indica que esforços devem ser feitos no intuito de melhorar ainda mais as campanhas educativas no sentido de estimular testagens anônimas e voluntárias da população geral, disponibilização gratuita de exames em locais de fácil acesso, assim como maior conscientização do público médico da necessidade de diagnóstico precoce desta infecção no sucesso da condução e evolução da doença.

Embora seja fato que a introdução do HAART tenha reduzido a mortalidade e a morbidade dos pacientes com aids⁴, muitas vezes os pacientes têm necessitado hospitalização relacionada direta ou indiretamente com problemas ligados aos esquemas de tratamento. No primeiro caso, quando apresentam eventos adversos mais sérios como farmacodermia grave e desidratação por distúrbios gastrintestinais; e no segundo por ocorrência de infecções oportunistas, ocasionadas muitas vezes por falhas na adesão ao HAART, com uso inadequado de doses e horários dos anti-retrovirais, ocasionando falhas imunológicas e virológicas, além de emergência de cepas multirresistentes. Concomitantemente, embora no Brasil o acesso à HAART seja gratuito, dificuldades ligadas aos aspectos socioculturais contribuem para diagnóstico tardio da doença e incidência de doenças oportunistas ainda na era HAART.

Sabe-se da real indisponibilidade de leitos hospitalares na rede pública de saúde, e que, com a criação do programa ADT/Aids em 1995 pelo Ministério da Saúde do Brasil, muitos dos pacientes que ficariam internados para cuidados em regime de hospitalização, agora podem ser tratados em seus domicílios. O ADT/Aids consiste em uma abordagem multidisciplinar do paciente com aids em seu domicílio, oferecendo visitas médicas, suporte nutricional, tratamentos de feridas e escaras e cuidados gerais de enfermagem, fisioterapia, além de orientações gerais do serviço social e apoio psicoterápico.

Em nosso estudo encontramos diferença estatisticamente significativa entre necessidade de troca de anti-retrovirais entre pacientes antes e após admissão no ADT/Aids. Anteriormente à admissão, 47% dos pacientes tinham recebido um esquema anti-retroviral, necessitando mais que duas trocas no esquema anti-retroviral em 43,5% dos casos. Já após admissão, apenas 21% dos pacientes trocaram o esquema, necessitando mais que duas trocas em 27,3% das

vezes. Estas trocas ocorreram geralmente durante os primeiros meses de acompanhamento, sendo geralmente ocasionadas por intolerância gastrointestinal (36,4%) e falência laboratorial (31,8%). Uma vez que este programa de atendimento nos permite conhecer de fato as características socioeconômicas e culturais de cada paciente, assim como características individuais ligadas aos pacientes e cuidadores, a equipe de atendimento encontra-se em situação privilegiada no que diz respeito à tentativa de adequação a tipos de associações de medicamentos anti-retrovirais e outros do arsenal terapêutico, horários de tomadas dos comprimidos e cápsulas, assim como pronta disponibilidade na resolução ou atenuação de possíveis eventos adversos. Estudo prospectivo realizado no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), Vitória-ES, utilizando entrevistas com pacientes matriculados no ambulatório de atendimento a pacientes com HIV-aids e no ADT/Aids (dados ainda não-publicados) comparou os níveis de adesão da população atendida nos dois serviços. Este estudo demonstrou que houve um maior sucesso na terapêutica (medido por diminuição nos níveis de carga viral do HIV) na população assistida pelo ADT/Aids com relação aos pacientes atendidos somente a nível ambulatorial. Talvez como reflexo da divulgação de relatório preliminar do referido estudo, além da grande preocupação com este tema nos serviços de aids, o segundo motivo de indicação de ADT/Aids encontrado em nossos dados foi a baixa adesão ao esquema HAART (7,6% dos encaminhamentos), no qual os médicos assistentes referiram algum grau de dificuldade em conseguir que seus pacientes tomassem corretamente os medicamentos prescritos.

Estes fatos corroboram a importância dos programas de assistência domiciliar terapêutica em aids no sentido de trabalhar as condições para melhorar a adesão aos anti-retrovirais. Assim, projetos devem ser implementados num futuro próximo visando à disponibilização de programas como o ADT/Aids como ferramenta revolucionária capaz de modificar a evolução da história clínica da aids, através da intervenção no sucesso da resposta aos esquemas anti-retrovirais.

Estudos prospectivos deverão ser conduzidos com o objetivo de melhorar o conhecimento da história natural da infecção pelo HIV-aids em nossa população, atenuando nuances próprias aos estudos retrospectivos, como dificuldades relacionadas com as limitações na recuperação de dados referentes aos pacientes e sua doença, por falhas no registro de fatos e condições nos prontuários clínicos. Impõe-se uma abordagem para conscientização dos profissionais de saúde quanto à importância de registros mais fidedignos, transformando os prontuários em fontes mais reais de pesquisas clínico-epidemiológicas importantes, que poderiam subsidiar transformações na história natural de doenças.

CONCLUSÃO

O perfil encontrado neste estudo reflete a epidemia de aids em nossa população com respeito a heterossexualização, pauperização e baixo nível de escolaridade. Embora a avaliação tenha ocorrido na era pós-HAART, os pacientes admitidos tinham pouco tempo de

diagnóstico da infecção pelo HIV, mas já apresentando doença avançada.

Assim, o ADT/Aids continua sendo uma alternativa eficaz de assistência para estes pacientes, reduzindo a necessidade de hospitalização e promovendo a humanização do tratamento desta doença através do reforço do vínculo do paciente com seus familiares e/ou amigos, assim como com os profissionais de saúde que o assistem. Futuros estudos deverão avaliar o papel da abordagem deste programa como possível ferramenta na melhora da adesão ao HAART.

AGRADECIMENTOS

Somente foi possível conduzir este estudo com a preciosa colaboração de Raimundo Elias Mota Sousa, Edna Maria Ribeiro Matias e Fernanda Rufino Oliveira dos Santos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MOREIRA-SILVA, S. F. – Situação Epidemiológica da AIDS no Estado do Espírito Santo até agosto de 2003. - *Boletim epidemiológico DST/AIDS* Espírito Santo, 10:12-25, 2003.
- ROGERS, A. S.; FUTTERMAN, D.; LEVIN, L.; D'ANGELO, L. - A profile of Human Immunodeficiency Virus-infected Adolescents Receiving Health Care Services at Selected Sites in the United States. - *J. Adolescent Health*, 19:401-408, 1996.
- GOMEZ, M. A.; FERNÁNDEZ, D.M.; OTERO, J.F.; MIRANDA, S.; HUNTER, S. - The shape of the HIV/AIDS epidemic in Puerto Rico. - *Pan. Am. J. Public Health*, 7(6):377-383, 2000.
- BRITO, A. M.; CASTILHO, F.A.; SZWARCOWALD, C.L. - AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. - *Rev. Soc. Bras. Méd. Trop.*, 34(2):207-217, 2000.
- VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R.H.S.; NOGUEIRA, S.A. - Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. - *Cad. Saúde Pub.* Rio de Janeiro, 15(3):369-379, 1999.
- VASCONCELOS, E. M. R.; ALVES, F.A.P.; MOURA, L.M.L. - Perfil epidemiológico dos clientes HIV/AIDS na terceira idade. - *R. Bras. Enferm.*, 54(3):435-445, 2001.
- SPINDOLA, T.; ALVES, C.F. - Perfil de mulheres portadoras do HIV de uma maternidade no Rio de Janeiro. - *Rev. Esc. Enferm. USP*, 33(1):66-80, 1999.
- KRAL, A.H.; LORVICK, J.; BLUTHENTHAL, R.N.; WATTERS, J.K. - HIV risk profile of drug using women who have sex with women in 19 United States Cities. - *J AIDS*, 16(3):211-217, 1997.
- LOW-BEER, S. et al. - A demographic and health profile of gay and bisexual men in a large Canadian setting. - *AIDS care*, 14(1):111-115, 2002.
- HOGG, R. S. et al. - Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. - *JAMA*, 279(6):450-454, 1998.
- MAX, B.; SHERER, R. - Management of the adverse effects of antiretroviral therapy and medication adherence. - *Clin. Inf. Dis.*, 30(S2):96-116, 2000.
- PALELLA JR, F. J. et al. - Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. - *N. Engl. J. Med.*, 338(13):853-860, 1998.
- HIRSCH, M. S. et al. - Antiretroviral drug resistance testing in adults with HIV infection: implications for clinical management. - *JAMA*, 294(24):1984-1991, 1998.
- BAQI, S.; KAYANI, N. KHAN, J. A. - Epidemiology and clinical profile of HIV/AIDS in Pakistan. - *Trop. Doctor*, 29:144-148, 1999.
- WELCH, K. et al. - The clinical profile of end-stage AIDS. - *AIDS Patient Care and STDs*, 12(2):125-129, 1998.

Endereço para correspondência:

JANAINA AS CASOTTI

Rua Tupinambás, nº 121, aptº 401,

Jardim da Penha, Vitória, ES - CEP: 29060-810

E-mail: janaina_sch@hotmail.com

Recebido em: 20/06/04

Aprovado em: 19/09/04

INFLUÊNCIA DO HPV-16 SOBRE A PRODUÇÃO INTRALESIONAL DE IL-10 EM MULHERES IMUNOGENETICAMENTE RESPONSIVAS E PORTADORAS DO HIV-1

INFLUENCE OF THE HPV-16 ON IL-10 INTRALESIONAL PRODUCTION IN IMMUNOGENETICALLY RESPONSIVE WOMEN CARRYING HIV-1 INFECTION

MENÇÃO HONROSA – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: LABORATÓRIO

Ana Paula M Fernandes¹, Maria Alice G Gonçalves², Renata T Simões²,
Silvana Maria Quintana³, Geraldo Duarte⁴, Eduardo A Donadi⁵

RESUMO

Introdução: a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) do tipo 16, constitui importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer cervical. Citocinas são importantes na resposta imune contra infecções virais. Geneticamente determinadas, podem apresentar predomínio para padrão associado com a eliminação do HPV, ou associadas com a persistência da infecção e progressão para lesões cervicais, como a interleucina 10 (IL-10). Além disso, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana do tipo 1 (HIV-1), parece ser uma co-morbidade para o desenvolvimento das lesões cervicais. **Objetivo:** avaliar a influência da infecção pelo HPV-16 sobre fatores imunogenéticos associados à produção da citocina imunoinibitória IL-10, em mulheres infectadas pelo HIV-1 e apresentando lesões cervicais. **Método:** foram avaliadas biópsias de lesões cervicais de 42 mulheres (20 portadoras do HIV-1 e 22 não). A reação em cadeia da polimerase foi utilizada para identificação do HPV-16 e do polimorfismo da IL-10. Níveis intralesionais de IL-10 foram dosados por ELISA. **Resultado:** independentemente da infecção pelo HIV-1, pacientes infectadas com o HPV-16, portadoras de alelos associados à baixa produção da IL-10, apresentaram níveis intralesionais significativamente maiores da IL-10 quando comparados com as pacientes que não possuíam o HPV-16 ($p = 0,01$). **Conclusão:** a presença do HPV-16, independentemente da co-morbidade determinada pela infecção pelo HIV-1, parece ser um importante fator para a instalação e progressão das lesões cervicais, devido à presença de respostas permissivas, com níveis aumentados de IL-10, mesmo naquelas mulheres que imunogeneticamente estão predispostas a respostas que as protegeriam de instalação e progressão de lesões precursoras do câncer cervical.

Palavras-chave: HPV, lesões cervicais, HIV, IL-10, citocina, polimorfismo de citocina

ABSTRACT

Introduction: Infection with human papillomavirus 16 (HPV 16) is considered to be the major risk factor for cervical cancer development. Cytokines play an important role in the defense against viral infection. Such differences may be attributed to genetically determined molecular mechanisms including variations in transcription, translation and secretion pathways. Genetically determined, has been predominance of Th1 polarization, associated with the clearance of HPV infection or, in contrast, with immunosuppressive cytokines associated with persistence of HPV infection and progression to cervical lesions, as interleukine 10 (L-10). Furthermore, the human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection is co morbidity to cervical lesions development. **Objective:** to further evaluate the HPV16 infection influence on immunogenetic factors associated with IL-10 immunoinhibitory cytokine production levels in women presenting with HIV infection and squamous intraepithelial lesions. **Method:** cross-sectional study ($n = 42$ cervical biopsies from 22 HIV - and 20 HIV +). Cytokine polymorphism, and HPV detection and typing were performed using amplified DNA hybridized with sequence specific primers, and cytokine intralesional levels were detected using ELISA. **Result:** independence of HIV infection, women HPV16 infected presenting with low production allele associated with IL-10 exhibited increased intralesional levels of IL-10 compared to HPV16 negative women ($p = 0,01$). **Conclusion:** presence of HPV16 infection, irrespective of co morbidity of the HIV-1 infection, may predispose to cervical lesion installation and progression, due the presence of permissive response, with increased IL-10 levels, inclusive among women with immunogenetically responsive to installation and progression cervical lesions to cervical cancer.

Keywords: HPV, cervical lesion, HIV, IL-10, cytokine, cytokine polymorphisms

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3):67-72, 2004

INTRODUÇÃO

No Brasil, estima-se que o câncer do colo do útero seja a terceira neoplasia mais comum na população feminina, de acordo com dados absolutos sobre a incidência e mortalidade por câncer divulgada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Segundo dados do Ministério da Saúde, essa neoplasia foi responsável pela morte de 3.953 mulheres no Brasil em 2002. Em 2003, estimativas apontaram para 16.480 novos casos e 4.110 óbitos em decorrência dessa doença¹. Como visto, a neoplasia do colo uterino ainda é um sério problema de saúde pública em nosso país.

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3):67-72, 2004

¹ Prof^a. Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

² Pós-Doutoranda do Departamento de Clínica Médica, Divisão de Imunologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

³ Médica Assistente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

⁴ Prof Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

⁵ Prof. Associado do Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Fonte financiadora: FAPESP (97/04490-8 e 01/02908-2).

Vários fatores de risco estão associados ao desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC), lesões precursoras do câncer do colo uterino²⁻⁴. Entretanto, a infecção persistente pelo papilomavírus humano (HPV) é aceita como o fator mais fortemente associado à progressão das lesões cervicais para neoplasia⁵.

De acordo com o potencial oncogênico, os HPV podem ser classificados em HPV de baixo ou de alto risco. Os HPV de alto risco, a exemplo do tipo 16, são detectados em cerca de 50-80% das lesões de alto grau (NIC-II e NIC-III), e em cerca de 99,7% dos casos de câncer invasor do colo uterino².

O papel da imunidade local para controlar a infecção pelo HPV e o subsequente desenvolvimento das lesões cervicais é mostrado, indiretamente, pela frequência aumentada de lesões associadas às infecções pelo HPV em pacientes que apresentam imunidade celular reduzida^{7,8}, como ocorre na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1).

Avaliações da produção de citocinas por linfócitos T do sangue periférico têm sido realizadas em mulheres apresentando a infecção pelo HPV, portadoras de lesões cervicais de vários graus de gravidade, sugerindo que o desenvolvimento das lesões cervicais está associado, preferencialmente, ao padrão local de citocinas imunoinibitórias, como a interleucina 10 (IL-10) e não a um padrão de resposta imune pró-inflamatória, que seria mais apropriada contra infecções virais e tumores⁹⁻¹⁵.

Sabe-se que existem três polimorfismos nucleotídicos únicos (*single nucleotide polymorphisms* – SNPs) descritos na região promotora do gene da IL-10, nas posições –1082, –819 e –592. A presença da base nitrogenada A na posição –1082 foi correlacionada com baixa produção da IL-10 após estimulação de células T *in vitro*¹⁵. Este polimorfismo do gene da IL-10 parece ter aplicabilidade clínica, visto que alguns alelos da região promotora podem determinar baixa, intermediária ou alta produção de IL-10¹⁶. A capacidade de secretar diferentes níveis de citocinas, herdadas geneticamente, parece ser relevante na resposta imune contra a infecção pelo HPV e na oncogênese das lesões cervicais¹⁷. No entanto, são raros os estudos avaliando o polimorfismo de citocinas nas lesões cervicais^{18,19}.

Estudo avaliando o polimorfismo da IL-10 mostrou que pacientes com câncer cervical parecem estar imunogeneticamente predispostos a produzir altos níveis da IL-10. Além disso, foi observado que a prevalência de alelos associados à baixa produção foi menor no grupo de pacientes com câncer cervical quando comparados com o de mulheres saudáveis, no qual não foram observados alelos para alta produção. Estes resultados sugerem que a habilidade, geneticamente determinada, de produzir altos níveis da IL-10 pode ser um fator importante no desenvolvimento do câncer cervical²⁰.

OBJETIVO

Frente a estas considerações, este estudo tem o objetivo de avaliar, em mulheres apresentando NIC, com ou sem a infecção pelo HIV-1, a influência da infecção pelo HPV-16 sobre a produção da IL-10 associada a fatores imunogenéticos.

MÉTODO

Foram avaliadas 42 mulheres com idade variando entre 16 e 46 anos, apresentando NIC de baixo e alto grau, sendo 20 (47,6%) portadoras e 22 (52,4%) não-portadoras da infecção pelo HIV-1. As pacientes foram selecionadas no Setor de Moléstias Infecto-Contagiosas em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRPUSP).

Aspectos éticos

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRPUSP, sob o número 6597/2001. Foram selecionadas apenas aquelas pacientes que concordaram em participar do estudo após serem informadas dos objetivos da pesquisa, com a garantia de anonimato, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Colheita das amostras

Foram colhidos, no mesmo dia da realização da biópsia, 10 mL de sangue venoso periférico de cada paciente, em tubos Vacutainer (Beckton & Dickinson, USA), contendo EDTA K3 (0,054 mL/tubo), para extração de DNA e posterior tipificação do polimorfismo da IL-10.

Os fragmentos cervicais foram obtidos a partir de biópsias cervicais, colposcopicamente dirigidas, de pacientes com indicação clínica deste procedimento para complementação diagnóstica de NIC diagnosticada pelo esfregaço citológico. Estas amostras foram imediatamente imersas em nitrogênio líquido e mantidas a -70°C até serem processadas. O DNA genômico extraído foi usado para a detecção da infecção e tipagem do HPV.

Extração de DNA e proteínas

O DNA genômico, utilizado para tipificação do polimorfismo da IL-10, foi isolado das células linfomononucleadas do sangue periférico pelo método de *salting out* previamente descrito²¹.

A extração do DNA viral e das proteínas nas amostras cervicais, para detecção da infecção pelo HPV, tipagem viral e quantificação dos níveis intralésionais da IL-10, foram realizadas utilizando Trizol® (Gibco, MD, Estados Unidos), de acordo com as instruções do fabricante.

Tipificação e detecção do HPV

O DNA foi amplificado pela reação em cadeia da polimerase (PCR) utilizando 12,5 pM de cada dNTP, 25 pM de cada iniciador, 1,5 U de DNA Taq polimerase (BioTools-Spain), 5 µL de 10X tampão de enzima, 20 µg de DNA genômico e H₂O destilada deionizada até completar o volume total de 25 µL. A mistura foi processada

em termociclador (MJ Research, MA, USA) nas seguintes condições de ciclagem: 1 ciclo a 94° C por 5 min, 35 ciclos de 94° C por 1 min seguido de 55° C por 40 s e 72° C por 40 s, uma extensão de 72° C por 10 min e, finalmente, 4° C indefinidamente.

Foram utilizados diferentes pares de iniciadores. Os iniciadores GP5 e GP6²² (que amplificam pequenos fragmentos de DNA) e os iniciadores MY09 e MY11²³ (que amplificam fragmentos maiores de DNA) foram utilizados para a amplificação e detecção genérica do HPV. Os iniciadores HPV16E7.667/HPV16E7.774, específicos para o HPV-16, também foram utilizados²⁴.

Os fragmentos de DNA amplificados foram aplicados em gel de poli-acrilamida a 10%, submetidos à eletroforese a 200 mA por duas horas e marcados com AgNO₃²⁵.

Quantificação dos níveis intralesionais da IL-10

Para quantificar os níveis intralesionais da IL-10 utilizou-se o método imunoenzimático (ELISA) através de anticorpos monoclonais humanos específicos para IL-10 revelados pela reação biotina-avidina-peroxidase, descrito por Fernandes *et al.*²⁶. Para a realização destes experimentos, foram colocados 50 µL de anticorpos humanos monoclonais específicos para IL-10 (na concentração de 2 µg/mL) em todos os poços da placa de poliestireno (Nunc, EUA), imediatamente tampada e incubada *overnight* em 4° C. Após este período, a placa foi lavada manualmente por quatro vezes, adicionando 200 µL de PBS/Tween 0,05% (Sigma, EUA). Em seguida, foram adicionados à solução de bloqueio, 100 µL de albumina bovina (BSA) 1% (Sigma, EUA), permanecendo por uma hora em temperatura ambiente e submetida à lavagem. Após este procedimento, foram adicionados, em cada unidade de reação (poço da placa), 50 µL de citocina-padrão, em concentrações conhecidas, utilizadas no preparo da curva-padrão e 50 µL das amostras a serem avaliadas, obtidas a partir de peças de biópsias. Logo em seguida, a placa foi vedada e incubada *overnight*, a 4° C, para que ocorresse a interação antígeno-anticorpo. Foram utilizadas citocinas recombinantes humanas na construção da curva-padrão (Pharmlingen, EUA), diluídas em tampão Tween e preparadas numa concentração inicial de 2.000 pg/mL e, posteriormente, diluídas logaritmicamente em base dois, até atingir 0,1 pg/mL. Por último, colocou-se o controle negativo (tampão). Após este período de incubação, a placa foi novamente lavada por quatro vezes e, logo em seguida, adicionados 50 µL do anticorpo de detecção biotinilado (Pharmlingen, EUA). A diluição desse anticorpo foi realizada utilizando a solução Tween na concentração de 0,5 µg/mL. A incubação por uma hora em temperatura ambiente foi realizada, seguida pela lavagem e adição de 100 µL da solução contendo o conjugado

avidina-peroxidase (SAV-HRP, Dako, Dinamarca) diluída em 1:5.000. Após 30 minutos, foram adicionados 100 µL do reagente colorido (solução substrato OPD – o-fenilenodiamina dihidroclorido), fabricado pela Sigma (EUA), na concentração de 10 mg/mL contendo H₂O₂. As placas foram mantidas no escuro, na temperatura ambiente por 15-20 minutos ou até que a coloração amarela da curva padrão fosse visibilizada. A reação enzimática foi interrompida pela adição de 100 µL da solução de bloqueio (H₂SO₄ – 1M), fabricado pela Merck (EUA). A densidade óptica nas placas foi determinada pela leitura em espectrofotômetro a 490 nm (Spectra Max 250, EUA), e as concentrações das citocinas foram determinadas, a partir da curva-padrão, pelo programa *Soft Max Pro* (Molecular Devices, EUA). Os resultados foram expressos em pg/mL.

Tipificação do polimorfismo de IL-10

O DNA genômico, obtido a partir de células do sangue periférico, foi amplificado por intermédio da reação em cadeia da polimerase, utilizando iniciadores seqüência-específicas, com *kits* da One Lambda (EUA). A **Tabela 1** mostra os polimorfismos nucleotídicos únicos na região promotora do gene da IL-10 correlacionado com os níveis de produção, na posição –1082.

Inicialmente, foi acrescentado 1 µL do diluente do DNA (H₂Odd) na unidade de reação referente ao controle negativo. Em seguida, foi acrescentado 1 µL da Taq-polimerase (Gibco, EUA) (5 U/µL) ao tubo contendo o D-mix (180 µL), agitando-se vigorosamente por cinco segundos. Desta solução foram retirados 9 µL e acrescentados à unidade de reação do controle negativo. Na seqüência, foram acrescentados 19 µL de solução contendo DNA, na concentração de 100 ng/µL, à solução D-mix/Taq-polimerase, sendo, então, agitada vigorosamente por cinco segundos. Foram, então, pipetados 10 µL desta solução em cada unidade de reação contendo os iniciadores seqüência-específicas, exceto a unidade do controle negativo. Esse material foi colocado no termociclador (PE-9600, Perkin-Elmer, EUA) para amplificação do DNA, que ocorreu em três etapas. Inicialmente, a amostra era aquecida a 96° C, por dez segundos. A seguir, a reação foi resfriada a 59° C, por 50 segundos. Por fim, a reação era aquecida a 72° C, por 30 segundos. No total foram realizados 30 ciclos de amplificação e a presença dos produtos de amplificação foram detectados em gel de agarose a 2%, submetidos à eletroforese em 170 V por 5 min, sob marcação com brometo de etídio.

Tabela 1 – Associação entre genótipo e fenótipo de produção da IL-10.

Polimorfismo	Genótipo	Fenótipo de produção
IL-10 (-1082)	GCC/GCC GCC/ACC, GCC/ATT ACC/ACC, ACC/ATA, ATA/ATA	Alto Intermediário Baixo

Análise estatística

Para a avaliação estatística utilizou-se o teste de Mann-Whitney, considerando significantes as diferenças cujo $p < 0,05$.

RESULTADO

Polimorfismo da IL-10 e status da infecção pelo HPV-16 e HIV-1

A avaliação com a reação em cadeia da polimerase determinou que todas as pacientes deste estudo eram portadoras da infecção pelo HPV. Destas, 26/42 (62,0%) apresentavam infecção cervical pelo HPV-16. Relativo ao polimorfismo da IL-10, 18/42 (43,0%) pacientes apresentavam alelos associados à baixa produção, 19/42 (45,0%) tinham alelos para produção intermediária e 5/42 (12,0%) possuíam alelos associados à alta produção da IL-10. A presença da infecção cervical pelo HPV-16 foi detectada em 12/26 (46,0%) das pacientes portadoras de alelos associados com a baixa produção da IL-10, 11/26 (42,0%) para produção intermediária e 3/26 (12,0%) para a alta produção da IL-10. Das pacientes portadoras da infecção pelo HIV-1, 10/20 (50,0%) apresentavam alelos de baixa produção para IL-10, 7/20 (35,0%) para produção intermediária e 3/20 (15,0%) para a alta produção. A **Tabela 2** mostra estes resultados.

Tabela 2 – Caracterização das pacientes portadoras de lesões cervicais estratificadas de acordo com o polimorfismo associado com diferentes níveis de produção da IL-10 e status da infecção pelo HPV-16 e HIV-1.

Infecção pelo HIV Polimorfismo da IL-10	HPV-16		TOTAL n (%)
	Sim HIV-1 n (%)	Não HIV-1 n (%)	
Baixa produção	5 (27,8%)	7 (38,9%)	18 (100,0%)
Intermediária produção	4 (21,1%)	7 (36,8%)	19 (100,0%)
Alta produção	3 (60,0%)	0 (0%)	5 (100,0%)
Total	12 (28,7%)	14 (33,3%)	42 (100,0%)

Tabela 3 – Níveis intralésionais (mediana) da IL-10 de acordo com o polimorfismo associado aos diferentes níveis de produção da IL-10 em pacientes estratificadas de acordo com o status da infecção pelo HIV-1 e HPV-16.

Polimorfismo da IL-10	Infecção pelo HIV-1		Infecção pelo HPV-16	
	Ausente pg/mL (variação)	Presente pg/mL (variação)	Ausente pg/mL (variação)	Presente pg/mL (variação)
Baixa produção	786 (0-7816)	203 $p > 0,99$ (0-6716)	0 (0-1586)	2840 (0-7816)
Intermediária produção	3228 (0-8304) $p = 0,77$	3405 (0-6764)	1571 (0-8304) $p = 0,84$	4936 (0-6764)
Alta produção	0 (0)	5453 (5213-5692) **	0 (0)	5453 (5213-5692) **

*Mann-whitney ($p \leq 0,05$).

** Número insuficiente de casos.

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3): 67-72, 2004

Associação entre polimorfismo e níveis intralésionais da IL-10

Pacientes infectadas pelo HPV-16, portadoras de polimorfismos associados à baixa produção da IL-10, apresentaram níveis intralésionais significativamente maiores da IL-10 quando comparados com os de pacientes que não possuíam infecção pelo HPV-16, independentemente da infecção pelo HIV-1 ($p = 0,01$). A **Tabela 3** ilustra tais resultados.

DISCUSSÃO

As citocinas têm papel importante na defesa do organismo contra infecções virais, indiretamente, na determinação do padrão de resposta imune deflagrada ou diretamente pela inibição da replicação viral²⁷. Tem sido descrito que na presença de respostas imunes contra o HPV, com predomínio para o padrão de citocinas imunoinibitórias, seja na região cervical ou na circulação periférica, um ambiente favorável para transformações neoplásicas se desenvolve, permitindo a progressão das lesões cervicais para o câncer cervical^{28,29}.

Evidências sugerem regulação cruzada entre diferentes padrões de citocinas nas respostas imunes³⁰. Se por um lado, citocinas pró-inflamatórias, como o IFN-gama, induzem a resposta imune pró-

inflamatória que se mostra efetiva contra infecções virais e neoplasias, por outro lado, citocinas imunoinibitórias, como IL-10, induzem a resposta imune humoral, eficaz contra antígenos extracelulares, entretanto, permissiva ao desenvolvimento de tumores^{28,31,32}.

Dados consistentes têm descrito que a variação na produção de citocinas é geneticamente determinada¹⁷⁻¹⁹. Assim, o polimorfismo único de nucleotídeos na região do gene promotor da IL-10, na posição -1082, está associado à produção diferencial da IL-10 em baixos, intermediários e altos produtores da IL-10³³.

Os resultados da presente casuística mostraram que mulheres portadoras da infecção pelo HPV-16, mesmo apresentando padrão imunogenético para respostas imunoinibitórias reduzidas, ou seja, portadoras de alelos para baixa produção da IL-10, apresentavam níveis intralesionais da IL-10 maiores do que aquelas pacientes que não possuíam a infecção pelo HPV-16. Esses resultados sugerem que mesmo geneticamente pré-determinada, a infecção pelo HPV-16 pode influenciar a resposta imune local e, conseqüentemente, contribuir para a instalação e progressão das lesões cervicais. Esses achados corroboram outros³², confirmando níveis aumentados de mRNA para IL-10 em pacientes portadoras de lesões cervicais de alto grau e positivas para a infecção pelo HPV-16 com relação às mulheres saudáveis.

Segundo Gianini *et al.*³⁴, níveis aumentados de IL-10 em mulheres com lesões cervicais infectadas pelo HPV, com relação às mulheres saudáveis apresentando colos uterinos normais, indicam a ocorrência de imunossupressão local, visto que a IL-10 estaria inibindo: 1) a apresentação de antígenos, 2) a função das células T citotóxicas, 3) a proliferação das células T e 4) a secreção de citocinas pró-inflamatórias. Essas inibições contribuem para a instalação e o desenvolvimento de lesões cervicais após infecção pelo HPV.

Lesões cervicais e o câncer do colo do útero ocorrem comumente em pacientes positivas para a infecção pelo HIV-1 imunocomprometidas, condição que claramente define a disfunção imune local^{35,36}. A presente análise mostrou que mulheres portadoras de alelos associados à baixa produção da IL-10 e da infecção pelo HPV-16 apresentaram níveis intralesionais significativamente maiores da IL-10. Entretanto, quando a infecção pelo HIV-1 foi avaliada, nenhuma diferença foi observada. Estes achados sugerem que a presença da infecção pelo HPV-16, mais do que a presença da infecção pelo HIV-1, é um fator predominantemente influenciador na indução da resposta intralesional imunoinibitória, permissiva para a instalação das lesões cervicais. Na atual casuística, não houve nenhuma paciente com estado imune altamente comprometido, podendo justificar os resultados referentes à concentração da IL-10 intralesional.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos na presente casuística sugerem que a presença da infecção pelo HPV-16, tipo viral predominantemente encontrado em estudos brasileiros, parece influenciar a produção intralesional da IL-10, citosina imunoinibitória, aumentando sua produção em mulheres que geneticamente estariam predispostas a produzir níveis reduzidos dessa citocina, deixando-as mais susceptí-

veis a instalação e progressão das lesões cervicais, precursoras do câncer do colo uterino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer (INCA), Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro, 2002.
2. Human papillomavirus: epidemiology and public health. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 127(8): 930-934, 2003.
3. KJELLBERG, G. L., et al. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. *Br. J. Cancer*, 82(7): 1332-1338, 2000.
4. GONÇALVES, M.A., BURATTINI, M.N., DONADI, E.A., MASSAD, E. Risk factors associated with genital warts in HIV-positive Brazilian women. *Tumori*, 89: 9-15, 2003.
5. WALLIN, K.L., et al. Type-specific persistence of human papillomavirus DNA before the development of invasive cervical cancer. *N. Engl. J. Med.*, 341(22): 1633-1638, 1999.
6. ZUR HAUSEN, H. Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nat. Rev. Cancer*, 2: 342-350, 2002.
7. PETRY, K.U., SCHEFFEL, D., BODE, U., et al. Cellular immunodeficiency enhances the progression of human papillomavirus-associated cervical lesions. *Int. J. Cancer*, 57: 836-840, 1994.
8. ELLERBROCK, T.V., CHIASSON, M.A., BUSH, T.J., et al. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. *JAMA*, 283(8): 1031-1037, 2000.
9. TARTOUR, E., GEY, A., SASTRE-GARAU, X., et al. Analysis of interleukin 6 gene expression in cervical neoplasia using a quantitative polymerase chain reaction assay: evidence for enhanced interleukin 6 gene expression in invasive carcinoma. *Cancer Res.*, 54(23): 6243-6248, 1994.
10. CLERICI, M., MEROLA, M., FERRARIO, E., et al. Cytokine production patterns in cervical intraepithelial neoplasia: association with human papillomavirus infection. *J. Natl. Cancer Inst.*, 89: 245-250, 1997.
11. OLAITAN, A., JOHNSON, M.A., REID, W.M., POULTER, L.W. Changes to the cytokine microenvironment in the genital tract mucosa of HIV+ women. *Clin. Exp. Immunol.*, 112: 100-104, 1998.
12. AL-SALEH, W., GIANNINI, S.L., JACOBS, N., et al. Correlation of T-helper secretory differentiation and types of antigen-presenting cells in squamous intraepithelial lesions of the uterine cervix. *J. Pathol.*, 184(3): 283-290, 1998.
13. GIANNINI, S.L., AL-SALEH, W., PIRON, H., et al. Cytokine expression in squamous intraepithelial lesions of the uterine cervix: implications for the generation of local immunosuppression. *Clin. Exp. Immunol.*, 113(): 183-189, 1998.
14. MOTA, F., RAYMENT, N., CHONG, S., SINGER, A., CHAIN, B. The antigen-presenting environment in normal and human papillomavirus (HPV)-related premalignant cervical epithelium. *Clin. Exp. Immunol.*, 116(1): 33-40, 1999.
15. TURNER, D.M., WILLIAMS, D.M., SANKARAN, D., LAZARUS, M., SINNOTT, P.J., HUTCHINSON, I.V. An investigation of polymorphism in the interleukin-10 gene promoter. *Eur. J. Immunogenet.*, 24: 1-8, 1997.
16. ESKDALE, J., GALLAGHER, G., VERWEIJ, C.L., KEIJSERS, V., WESTENDORP, R.G., HUIZINGA, T.W. Interleukin 10 secretion in relation to human IL-10 locus haplotypes. *Immunology*, 95: 9465-9470, 1998.
17. HUTCHINSON, I.V., PRAVICA, V., HAJEER, A., SINNOTT, P.J. Identification of high and low responders to allografts. *Rev. Immunogenet.*, 1: 323-333, 1999.
18. BIDWELL, J.L., WOOD, N.A., MORSE, H.R., OLOMOLAIYE, O.O., KEEN, L.J., LAUNDY, G.J. Human cytokine gene nucleotide sequence alignments: supplement. *Eur. J. Immunogenet.*, 26: 135-223, 1999.
19. HAUKIM, N., BIDWELL, J.L., SMITH, A.J., et al. Cytokine gene polymorphism in human disease: on-line databases. *Genes Immun.*, 3 (6): 313-330, 2002.
20. STANCZUK, G.A., SIBANDA, E.N., PERREY, C., et al. Cancer of the uterine cervix may be significantly associated with a gene polymorphism coding for increased IL-10 production. *Int. J. Cancer*, 94(6): 792-794, 2001.
21. MILLER, A.S., DYKES, D.D., OLESKY, H.F. A simple salting-out procedure for extraction of DNA from human nucleated cells. *Nucleic Acids Research*, 16: 1255, 1988.

22. NIJDERS, P.J., VAN DEN BRULE, A.J., SCHRIJNEMAKERS, H.F., SNOW, G., MEIJER, C.J., WALBOOMERS, J.M. The use of general primers in the polymerase chain reaction permits the detection of a broad spectrum of human papillomavirus genotypes. *J. Gen. Virol.*, 71:173-181, 1990.
23. MANOS, M.M. The use of polymerase chain reaction amplification for the detection of human papillomaviruses. In: Furth M and Greaves M eds. Molecular diagnostic of Human Cancer, Cancer Cells, New York, Cold Spring Harbor Press, 1989
24. WALBOOMERS, J.M., JACOBS, M.V., MANOS, M.M., et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J. Pathol.*, 189:12-19, 1999.
25. SANGUINETTI, C.J., DIAS-NETO, E., SIMPSON, A.J. Rapid silver staining and recovery of PCR products separated on polyacrylamide gels. *Biotechniques*, 17: 914-921, 1994.
26. FERNANDES, A.P.M. Polimorfismo e níveis intralesionais de citocinas em lesões cervicais associadas à infecção pelo papilomavírus humano em mulheres com ou sem a infecção pelo HIV-1. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP*; 2003.
27. KOZIEL, M.J. Cytokines in viral hepatitis. *Semin. Liver Dis.*, 19(2): 157-169, 1999.
28. OLAITAN, A., JOHNSON, M.A. Cervical intraepithelial neoplasia in women with HIV. *J. Int. Assoc. Physicians AIDS Care*, 3(5): 15-17, 1997.
29. AHMED, S.M., AL H., REID, W.M., POULTER, L.W. The cellular response associated with cervical intraepithelial neoplasia in HIV+ and HIV- subjects. *Scand. J. Immunol.*, 56: 204-211, 2002.
30. MOSMANN, T.R. Cytokine secretion patterns and cross-regulation of T cell subsets. *Immunol. Res.*, 10: 183-188, 1991.
31. CLERICI, M., SHEARER, G.M. The Th1-Th2 hypothesis of HIV infection: new insights. *Immunol. Today*, 15: 575-581, 1994.
32. EL-SHERIF, A.M., SETH, R., TIGHE, P.J., JENKINS, D. Quantitative analysis of IL-10 and IFN-gamma mRNA levels in normal cervix and human papillomavirus type 16 associated cervical precancer. *J. Pathol.*, 195: 179-185, 2001.
33. TURNER, D.M., GRANT, S.C.D., YONAN, N., et al. Cytokine genotypes and heart transplant rejection. *Transplantation*, 64:776-8, 1997.
34. GIANNINI, S.L., HUBERT, P., DOYEN, J., BONIVER, J., DELVENNE, P. Influence of the mucosal epithelium microenvironment on Langerhans cells: implications for the development of squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Int. J. Cancer*, 97(5): 654-659, 2002.
35. MAIMAN, M., FRUCHTER, R.G., GUY, L., CUTHILL, S., LEVINE, P., SERUR, E. Human deficiency virus infection and invasive cervical carcinoma. *Cancer*, 71: 404, 1993.
36. SHAMANIN, V., ZUR HAUSEN, H., LAVERGNE, D., et al. Human papillomavirus infections in nonmelanoma skin cancers from renal transplant recipients and nonimmunosuppressed patients. *J. Natl. Cancer Inst.*, 88, (12): 802-811, 1996.

Endereço para correspondência:

ANA PAULA MORAIS FERNANDES

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

Av Bandeirantes 3900, Monte Alegre,

E-mail: anapaula@eerp.usp.br

Recebido em: 28/06/04

Aprovado em: 20/10/04

A FEMINIZAÇÃO DA AÍDS: CONHECIMENTO DE MULHERES SOROPOSITIVAS SOBRE A TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO DO HIV -1

THE FEMININIZATION OF AÍDS: KNOWLEDGE OF SEROPOSITIVE WOMEN ABOUT HIV-1 TRANSMISSION AND PREVENTION

MENÇÃO HONROSA – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: PREVENÇÃO

Elucir Gir¹, Silvia RMS Canini², Marinésia A Prado³, Milton J Carvalho⁴, Geraldo Duarte⁵, Renata Karina Reis⁶

RESUMO

Introdução: FALTA **Objetivo:** identificar aspectos relacionados com o conhecimento dos modos de transmissão e de prevenção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e relatados por mulheres soropositivas ao HIV-1. **Método:** os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada gravada, norteadas por um formulário específico. **Resultado:** antes de saberem o diagnóstico de infectadas, a maioria referiu desconhecer sobre os modos de transmissão e de prevenção do HIV. Ressalta-se que 62% referiram desconhecer os mecanismos de transmissão do HIV e 68% desconheciam as medidas preventivas. Dentre as possíveis vias de transmissão deste vírus, a maioria das mulheres consideraram que a relação vaginal e ou anal com condom é suficiente para prevenir a transmissão do HIV e 12% delas não consideram o sexo oral como uma via de transmissão. **Conclusão:** ainda hoje existem mulheres portadoras do HIV-1 desempenhando comportamento sexual inseguro e persistindo na subestimação da infecção. Há necessidade premente da atuação multiprofissional visando não só a informação sobre a prevenção e transmissão do HIV, mas também a elaboração de um programa de educação em saúde que possibilite discussões e implementação de ações que possam incluí-las ativamente neste processo.

Palavras-chave: HIV, síndrome da imunodeficiência adquirida, mulheres soropositivas, conhecimento

ABSTRACT

Introduction: FALTA **Objective:** to identify aspects related to ways of transmitting and preventing the human immunodeficiency virus (HIV) and reported by HIV seropositive women. **Method:** Data were collected by means of recorded semi-structured interviews, which were guided by a specific form. **Result:** most participants mentioned they did not know about HIV transmission and prevention modes before finding out about the infection diagnosis. It is highlighted that 62% mentioned they did not know about the HIV transmission mechanisms, while 68% did not know about prevention measures. Among the possible ways of transmitting this virus, most women considered that vaginal and/or anal intercourse with condom is sufficient to prevent HIV transmission, and 12% of them did not consider oral sex a transmission way. **Conclusion:** it was concluded that, nowadays, there are still female HIV-1 patients with unsafe sexual behavior who continue underestimating the infection. There is an urgent need for multiprofessional actions, not only with a view to information on HIV prevention and transmission, but also to elaborate a health education program that allows for discussions and the implementation of actions able to give these women an active role in this process.

Keywords: HIV, acquired immunodeficiency syndrom, seropositive women, knowledge

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3):73-76, 2004

INTRODUÇÃO

Desde a descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ainda que muitos esforços tenham sido envidados em pesquisas para prevenção, controle, assistência e educação/informação, a crescente vulnerabilidade ao HIV-1 permanece um desafio real.

Apesar do avanço e progresso na produção do conhecimento sobre essa infecção muitas dúvidas ainda permanecem sem respostas científicas. Atualmente tem-se presenciado um enorme crescimento no número de anti-retrovirais disponíveis no mercado, porém até hoje não se dispõe de tratamentos curativos e nem de vacinas capazes de prevenir a infecção, indicando a importância da adoção de ações preventivas, que por sua vez são alternativas muito bem definidas, faltando apenas serem incorporadas objetivamente aos hábitos de vida da população.

Sabe-se que o HIV-1 é essencialmente transmitido por via sexual e ao contrário do que se pensou no início da década de 80, a infecção causada por este vírus não se limita à identidade sexual, mas sim aos comportamentos adotados. Historicamente os primeiros casos da infecção ocorrerem entre homossexuais masculinos, nos últimos anos houve um aumento dos casos entre os heterossexuais e atualmente o que se observa é o processo de feminilização da aids. Em 1983, o número de casos no Brasil correspondia à pro-

¹ Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP CEP: 14040-902. Email: .

² Enfermeira do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

³ Enfermeira. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

⁴ Médico. Professor Assistente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do ABC Paulista.

⁵ Médico. Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

⁶ Enfermeira. Mestranda do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

porção de 40 homens para 1 mulher; a partir de 1998, vem se mantendo em 2:1, com fortes tendências a tornar-se 1:1¹.

A transmissão heterossexual do HIV-1 pode ocorrer tanto a partir da mulher infectada para o homem não-infectado quanto do homem infectado para a mulher não contaminada. Estudos mostram que a transmissão homem/mulher é mais efetiva, uma vez que elas podem ser receptivas do sêmen e pelo fato de o vírus apresentar-se em quantidade significativamente maior, quando comparado ao conteúdo vaginal².

Pode-se considerar que a mulher se tem tornado uma das maiores vítimas da transmissão heterossexual deste vírus, com o agravante adicional da transmissão vertical, que é uma das principais formas de disseminação desse vírus na população pediátrica, podendo variar de 13 a 48%^{4,2,3}. A profilaxia com anti-retroviral no pré-natal e no momento do parto, aliada à administração no recém nascido, tem melhorado o panorama de soroconversão nesta população. Porém, o problema da possível orfandade não deixa de existir, podendo refletir negativamente nas dimensões psicossociais.

OBJETIVO

Diante do contexto que envolve mulheres e a infecção HIV-aids, torna-se oportuno identificar os aspectos relacionados com a transmissão e prevenção do HIV-1, nesta população.

MÉTODO

Estudo descritivo, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com mulheres soropositivas ao HIV-1 atendidas no Ambulatório de Moléstias Infecto-Contagiosas (AMIGO) e que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ter uma de suas gestações resultantes em feto vivo; resolvida na instituição; participar do seguimento puerperal, ter conhecimento de sua condição sorológica há pelo menos seis meses; ter aquiescido em participar da pesquisa e apresentar condições clínicas e emocionais para responderem a pesquisa. Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do referido hospital.

A população foi composta por 258 mulheres atendidas no serviço e a amostra constituída por 50 mulheres soropositivas ao HIV-1 que foram selecionadas aleatoriamente por meio de uma tábua de números randômicos, o que correspondeu a 19,4% da população de acesso.

Foi empregada a técnica de entrevista semi-estruturada gravada, utilizando um roteiro validado por três juízes, profissionais peritos na temática em questão. Dados complementares foram obtidos mediante a revisão de prontuários médicos.

Os dados foram armazenados e analisados no EPIINFO, por meio de estatística descritiva e testes de proporção.

RESULTADO

Das 50 mulheres entrevistadas, 66,0% tinham idade entre 22 e 27 anos, com uma média de 25,1 anos. No Brasil⁵, os casos notifi-

cados de HIV-1 entre mulheres com esta média de idade, tem-se mantido constante nos últimos dez anos, ou seja em torno de 20,7%, segundo dados do Ministério da Saúde⁶.

Com relação ao grau de escolaridade, 72,0% das mulheres tinham o ensino fundamental incompleto, 8,0% médio incompleto, 2,0% com superior incompleto, 12,0% completaram o ensino fundamental, 4,0% eram analfabetas, 2,0% com 2º grau completo.

Com referência ao conhecimento sobre a transmissão e prevenção do HIV-1, antes de saberem que estavam infectadas, 62,0% das mulheres mencionaram não ter informação prévia ou conhecimento acerca da transmissão desse vírus (**Tabela 1**) e 68,0% desconheciam as medidas preventivas recomendadas (**Tabela 2**).

Os resultados evidenciam que 62% das mulheres desconheciam os modos de transmissão do HIV-1, dados significativos como demonstrou o teste entre duas proporções $z = 4,00$ e $\alpha < 0,001$. Consideramos que o alto nível de desconhecimento também pode ter sido influenciado pelo baixo nível de escolaridade da amostra.

Estes dados são corroborados com as estatísticas apresentadas pelo Ministério da Saúde do Brasil⁵, as quais apontam que 55,5% das mulheres de 19 anos ou mais, soropositivas, possuíam o ensino fundamental incompleto. Estes dados nos levam a refletir sobre o impacto dos programas educativos atuais sobre esta clientela. Além disso, um outro problema chama-nos a atenção: qual tem sido a participação dessas mulheres nos programas dos serviços de saúde e o quanto estes serviços têm propiciado a inclusão delas nos programas?

Ao serem questionadas sobre o conhecimento atual referente aos aspectos específicos sobre as medidas preventivas do HIV-1, as mulheres investigadas, em sua maioria, referiram desconhecer-las, antes de saberem seu diagnóstico. O teste de proporção apresentou resultado significativo $z = 6,0$ e $\alpha < 0,001$. Observa-se que o número de mulheres que desconheciam as medidas preventivas foi tão significativo quanto o das que desconheciam as vias de transmissão do HIV-1. Ressaltamos que conhecer as vias de transmissão e as medidas preventivas são passos importantes para minimizar os riscos de exposição ao HIV-1 e outros patógenos sexualmente transmissíveis, porém o conhecimento só poderá trazer benefícios quando incorporado à sua prática sexual.

Na **Tabela 3** temos um detalhamento das vias de possível transmissão do HIV-1, segundo os relatos das mulheres estudadas.

Com relação à prática sexual vaginal sem condom, todas as mulheres reconheceram como sendo uma importante via de transmissão do HIV-1, quanto ao uso do condom apenas 8% das mulheres consideraram que apesar de seu uso a transmissão pode ocorrer. Vale ressaltar que para haver maior proteção com o uso do condom, é necessário que este seja de boa qualidade, usado de modo correto e sistemático, do início ao fim da relação sexual. Estudos mostram que o condom é indicado em qualquer tipo de prática sexual e reconhecido como método de barreira efetivo também contra as doenças sexualmente transmissíveis desde que usado criteriosamente^{7,8}.

Os dados apresentados na **Tabela 4**, nos alertam para o fato de que as mulheres subestimam o risco da infecção pelo HIV. A maioria das mulheres sinaliza que não ter relações sexuais com parceiros sabidamente HIV positivos bem como diminuir o número de parceiros e selecioná-los, constituem-se em medidas preventivas. Estes achados são bastante preocupantes uma vez que atualmente não é mais possível distinguir os indivíduos que apresentam comporta-

Tabela 1 – Distribuição do número de mulheres soropositivas ao HIV-1, segundo as respostas atribuídas quanto ao conhecimento sobre a transmissão do HIV-1, antes de saberem que estavam infectadas. Ribeirão Preto, 1997.

Conhecimento sobre transmissão	N	%
Sim	19	38
Não	31	62
Total	50	100

Tabela 2 – Distribuição do número de mulheres soropositivas ao HIV-1, segundo as respostas atribuídas quanto ao conhecimento sobre a prevenção do HIV-1, antes de saberem que estavam infectadas. Ribeirão Preto, 1997.

Conhecimento sobre prevenção	N	%
Sim	16	32
Não	34	68
Total	50	100

Tabela 3 – Distribuição do número de mulheres portadoras de HIV-1, segundo as respostas atribuídas quanto às possíveis vias de transmissão do HIV-1. Ribeirão Preto, 1997.

Vias de transmissão	Sim		Não		Não sei		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Beijo na boca	06	12,00	43	86,00	01	2,00	50	100,00
Conversar	02	4,00	48	96,00	-	-	50	100,00
Compartilhar talheres	02	4,00	46	92,00	02	4,00	50	100,00
Relação vaginal sem condom	50	100,00	-	-	-	-	50	100,00
Relação vaginal com condom	4	8,00	41	82,00	05	10,00	50	100,00
Relação anal sem condom	46	92,00	01	2,00	03	6,00	50	100,00
Relação anal com condom	09	18,00	34	68,00	07	14,00	50	100,00
Sexo oral	37	74,00	06	12,00	07	14,00	50	100,00
Compartilhar seringas e agulhas	50	100,00	-	-	-	-	50	100,00
Ter múltiplos parceiros sexuais	49	98,00	-	-	01	2,00	50	100,00

Tabela 4 – Distribuição do número de mulheres portadoras de HIV-1, segundo as respostas atribuídas quanto ao conhecimento de medidas preventivas para o HIV-1. Ribeirão Preto, 1997.

Medidas preventivas	Sim	Não	Não sei	Total	N	%	N	%
	N	%	N	%				
Usar condon sistematicamente	50	100,00	-	-	-	-	50	100,00
Uso individual de seringas e agulhas	47	94,00	-	03	-	6,00	50	100,00
Não ter relações sexuais com pessoas sabidamente HIV positivas	46	92,00	02	4,00	02	4,00	50	100,00
Selecionar parceiros sexuais	47	94,00	02	4,00	01	2,00	50	100,00
Não ter relação sexuais com parceiros que apresentam fator de risco para o HIV	48	96,00	02	4,00	-	-	50	100,00
Diminuir número de parceiros sexuais	48	96,00	02	4,00	-	-	50	100,00
Uso de condom entre parceiros discordantes	48	96,00	01	2,00	01	2,00	50	100,00
Uso de condom entre parceiros concordantes	43	86,00	06	12,00	01	2,00	50	100,00

mentos de risco, e diminuir o número de parceiros não significa excluir o risco.

CONCLUSÃO

Concluímos que a maioria das mulheres portadoras do HIV-1 estudadas apresentam comportamento sexual inseguro, demonstrado pelo baixo nível de conhecimento acerca das vias de transmissão e das medidas de prevenção para o HIV-1. O conhecimento, por si só, acaba não sendo determinante para o comportamento seguro. Vitiello⁹, afirma que o processo educativo é mais do que a soma do informar, orientar e aconselhar, ou seja, por meio da educação podem-se proporcionar condições e meios para a pessoa crescer interiormente. O informar é uma das etapas do processo educativo que se preocupa com o fornecimento de dados, sendo que para completar este processo é necessário criar espaços para que essas mulheres possam discutir seus problemas, trocar experiências e assim ter possibilidade de conquistar uma consciência crítica.

O profissional da saúde, para trabalhar medidas preventivas sobre HIV-aids, deve ter conhecimento específico sobre as várias dimensões da sexualidade humana.

A prevenção da transmissão sexual deve constituir-se em uma das principais metas dos programas de educação em saúde, objetivando sensibilizar os indivíduos por meio da adoção de comportamentos sexuais seguros, também enfatizando a vulnerabilidade em situações de risco.

A infecção pelo HIV requer uma atuação multiprofissional e interdisciplinar que considere a abordagem tanto da dimensão psicossocial quanto do contexto sociocultural dos sujeitos. Assim, outro foco de atenção deve ser a capacitação dos profissionais que atendem a essa clientela. Podemos considerar que apesar de a aids ter acarretado transtornos diversos à humanidade, têm-nos mostrado constantemente a importância de se resgatar e disseminar os valores mínimos do ser humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. *AIDS. Bol. Epidemiol.*, v. XIII, n.3, Semanas Epidemiológicas 36 a 52, outubro a dezembro de 2000.
2. OSMOND D. Transmission of HIV in body fluids. In: COHEN PT, SANDE MA.; VOLBERDING P.A. (ed.) *The AIDS knowledge base*. Waltham, Edwards Brothers, 1990, cap.1.2.1, p.1.2.1.-1 a 3.
3. VAN VLIET A, VAN ROOSMALEN J. Worldwide prevention of vertical human immunodeficiency virus (HIV) transmission *Obstet Gynecol Survey* 1997; 52(5): 301-309.
4. MERTENS T, PIOT P. Global aspects of Human Immunodeficiency virus Epidemiology: general considerations. In: DE VITA VJr, HELLMAN S, ROSENBERG S, A. *AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention*. 4ed. Philadelphia, *Lippincott-Raven*, 1997. cap.6 p.103-118.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. *AIDS. Bol. Epidemiol.*, v.9, n.5 Semana Epidemiológica, 46/96 a 09/97, dezembro a fevereiro de 1996/1997.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. *AIDS. Bol. Epidemiol.*, v.14, n.1 Semana Epidemiológica, 14/52, abril a dezembro de 2002.
7. SHERRIS J. D, LEWISON D, FOX G. Atualização sobre condons: produtos, proteção e promoção. *Popul. Rep.*, n.6, p.H.1-H.40, 1983/Série H/.
8. NAKAMURA R. M. Condoms: manufacturing and testing. In: VOELLER B, REINISCH J.M, GOTTLIEB M. *AIDS and Sex: an integrated biomedical and behavior approach*. New York, Oxford University, 1990. Cap.21, p.337-343.
9. VITIELLO, N. Reprodução e sexualidade: um manual para educadores. São Paulo, *CEICH*, 1994. 236p.

Endereço para correspondência:

ELUCIR GIR

Departamento de Enfermagem Geral.
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP.
Av. Bandeirantes, n. 3900, Monte Alegre.
Ribeirão Preto-SP. CEP: 14040-902.
E-mail: egir@eerp.usp.br

Recebido em: 19/06/04

Aprovado em: 20/09/04

VISITE:

www.hpvquebichoesse.com.br

FATORES ASSOCIADOS AO USO DO PRESERVATIVO EM ADOLESCENTES DO GÊNERO FEMININO NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA

FACTORS ASSOCIATED WITH CONDOM USE BY FEMALE ADOLESCENTS IN GOIÂNIA CITY

MENÇÃO HONROSA – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: EPIDEMIOLOGIA

*Maria AS Vieira¹, Eleuse MB Guimarães², Maria A Barbosa³,
Marília D Turchi⁴, Maria de Fátima C Alves, Mirian SC Seixas⁶,
Mônica MD Garcia⁷, Ruth Minamisava⁸*

RESUMO

Introdução: as doenças sexualmente transmissíveis (DST) são altamente prevalentes no mundo, constituindo problema de saúde pública. A população mais suscetível às DST é constituída por adolescentes e jovens em razão da prática de relações sexuais desprotegidas. **Objetivo:** descrever a prevalência do uso de preservativo masculino relatado pelas adolescentes residentes no Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia e identificar os fatores associados ao seu uso inconsistente. **Método:** foi realizado um estudo transversal de base populacional, com seleção aleatória sistemática de adolescentes do gênero feminino, sexualmente ativas, com idade entre 15 e 19 anos, residentes no Distrito Sanitário Noroeste de Goiânia, Goiás. Os dados foram obtidos por meio de entrevista confidencial, realizada nas unidades do Programa Saúde da Família (PSF), onde as adolescentes foram atendidas. **Resultado:** o resultado revelou que 60% das adolescentes iniciaram a atividade sexual precocemente e 42,1% delas tinham história de gravidez. A prevalência de uso inconsistente do preservativo foi de 79,5%. Os fatores fortemente associados ao uso inconsistente do preservativo foram: uso do contraceptivo hormonal; o estado civil casada ou união consensual; e uso de drogas ilícitas pelo parceiro antes das relações sexuais. As razões mais frequentes referidas para o não-uso do preservativo foram: confiança no parceiro, parceiro não gosta, redução do prazer e quebra do clima da relação sexual. **Conclusão:** conclui-se que é alta a prevalência do uso inconsistente do preservativo. Recomenda-se atenção especial às adolescentes como forma de amenizar as condições responsáveis por transformá-las em categoria de risco.

Palavras-chave: preservativo, adolescente, doenças sexualmente transmissíveis, estudo transversal

ABSTRACT

Introduction: The Sexually Transmitted Diseases (STD) are highly prevalent in the world, being a public health problem, especially in developing countries. The consistent and correct use of the condom reduces the risk of HIV and other STD transmission. The most susceptible population to STD is constituted by adolescents and youngsters, due to the practice of unprotected sexual intercourse. **Objective:** describe the prevalence of the use of male condom reported by female adolescents and identify the factors associated to the inconsistent use of condom reported by the female adolescents resident in a Health Sector (HS) of Goiânia-GO, in Brazil. **Method:** Population based sample was 914 females adolescents age 15 to 19 year old, randomly selected from de HS. The data were collected through the means of confidential interview, conducted in the units of the Family Health Program, where the adolescents were attended. **Result:** 60% of the adolescents started sexual activities precociously and 42.1% of them presented previous pregnancy. **Conclusion:** The prevalence of inconsistent use of the condom was high and adolescents presents other sexual risk behavior.

Keywords: condom, adolescent, sexually transmitted diseases, cross-sectional study

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3):77-83, 2004

¹Mestre pela Universidade de Brasília em Ciências da Saúde, enfermeira do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás – UFG.

²Doutora em Medicina – USP, Prof^a Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina- UFG.

³Doutora em Enfermagem – USP, Prof^a Titular da Faculdade de Enfermagem – UFG.

⁴Doutora em Imunologia, Prof^a Adjunta do Departamento de Microbiologia e Imunologia, Parasitologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – UFG.

⁵Doutora em Doenças Infecciosas – Faculdade de Medicina – UNIFESP, Prof^a Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva e Dermatologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – UFG.

⁶Mestre pela Universidade de Brasília em Ciências da Saúde, docente da Faculdade de Enfermagem – UFG.

⁷Mestre em Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Prof^a adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – UFG.

⁸Mestranda em Medicina Tropical, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública – UFG.

Fonte financiadora: Ministério da Saúde – CNDST/Aids – Unesco (CFA 670/01)

INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento, os adolescentes e jovens constituem a população mais suscetível às doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a aids¹. A Organização Mundial de Saúde estima que metade de todas as novas infecções com o HIV ocorrem em jovens de 10 a 24 anos, resultando em aproximadamente 6.000 casos a cada dia².

Os adolescentes apresentam alta prevalência dos chamados comportamentos de risco para as DST: início sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, relações sexuais desprotegidas, uso de álcool e drogas ilícitas³. Alguns adolescentes ainda apresentam outras situações de risco relacionadas com a vulnerabilidade social, como

desemprego, baixa escolaridade, violência e falta de acesso amplo aos serviços de saúde⁴. Esses e outros fatores como conhecimento deficiente sobre o uso do preservativo, gênero, falta de recursos para obtenção de preservativos, influência dos pares, uso de contraceptivo hormonal podem influenciar no seu uso^{5,6}.

O uso consistente de preservativo – considerado como a principal estratégia de combate às DST – vem aumentando desde a década de 80, quando se iniciou a epidemia da aids, e tornou-se mais intenso na década de 90. Entretanto, várias pesquisas mostram que a proporção de adolescentes que usam preservativo em todas as relações sexuais ainda é bastante baixa, apesar de os jovens terem um conhecimento bastante razoável sobre a aids⁷.

No Brasil, as campanhas do Ministério da Saúde também conseguiram aumentar o uso de preservativo, principalmente entre os jovens. Todavia, evitar a gravidez mostrou ser uma motivação mais forte que a prevenção de doenças, não sendo raro o abandono do condom quando se inicia a contracepção hormonal⁸.

Na população feminina, a via heterossexual é hoje a predominante na transmissão do vírus da imunodeficiência humana⁹. Na tentativa de aderir ao sexo seguro, as mulheres que tentam introduzir o preservativo na relação, freqüentemente são percebidas como preparadas demais para o sexo, desconfiadas da infidelidade do parceiro, infieis ou infectadas pelo HIV¹⁰. Vários estudos concordam que há dificuldade de as mulheres negociarem práticas sexuais mais seguras devido às diferenças de poder entre os gêneros. Essas diferenças colocam as mulheres em desvantagem sexual com relação à sua autoproteção^{11,12}.

Outro dado não menos preocupante, é a crescente incidência da aids em adolescentes do gênero feminino, favorecida pelo início precoce da atividade sexual, muitas vezes com homens mais velhos e mais expostos aos riscos de infecção pelas DST-aids.¹³

Além dos fatores comportamentais, os aspectos biológicos também aumentam a susceptibilidade das adolescentes às DST (o epitélio colunar estende-se à superfície externa do colo uterino, aumentando a chance de infecção pela *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e papilomavírus humano, pois ele é mais susceptível a essas infecções que o epitélio escamoso).¹⁴

OBJETIVO

As extensas e diferentes regiões do Brasil, com suas características socioeconômicas e culturais particulares, constituem um verdadeiro desafio para o desenvolvimento de programas locais específicos para prevenção das DST. Assim, os objetivos do presente estudo foram determinar a prevalência e identificar os fatores associados ao uso inconsistente do preservativo masculino relatado pelas adolescentes residentes no Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia.

Esta pesquisa faz parte de um grande estudo de base populacional com o objetivo de determinar a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis e validar seu diagnóstico em adolescentes do gênero feminino com idade entre 15 a 19 anos residentes no Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia (GO)¹⁵.

MÉTODO

A população do estudo foi de 4.091 adolescentes, obtida através de lista nominal fornecida pelos agentes de saúde do Programa Saúde da Família, da área em questão.

A amostra planejada foi de 588 adolescentes sexualmente ativas, com prevalência mínima esperada de 4% e precisão de 1,5%, para as DST estudadas, estimativa de 60% de adolescentes sexualmente ativas e índice de recusa de 10%. Foi então planejada a convocação de 1.078 adolescentes. Para isso, realizou-se um sorteio aleatório sistemático entre as famílias que tinham adolescentes do gênero feminino com idade de 15 a 19 anos. A realização do projeto piloto mostrou taxa de 51% de adolescentes sexualmente ativas e a amostra total de adolescentes foi recalculada para 1.764, considerando-se o índice de comparecimento obtido de 50%.

A amostra final foi composta por 914 adolescentes das quais 472 eram sexualmente ativas. Destas, quatro adolescentes não esperaram pela consulta ginecológica e, assim, 468 participaram deste estudo.

Todas as adolescentes eram inicialmente entrevistadas por médica de adolescentes ou enfermeira treinada, por meio de questionário contendo questões sociodemográficas e de saúde, incluindo início da vida sexual. As adolescentes não sexualmente ativas eram orientadas sobre as questões de saúde e encaminhadas para consultas e/ou vacinação quando necessário. As adolescentes sexualmente ativas eram encaminhadas para consulta ginecológica, onde respondiam a um questionário contendo questões sobre prática sexual e vida reprodutiva.

A variável dependente ou efeito a ser investigado foi o uso inconsistente do preservativo (nunca usar, usá-lo às vezes ou raramente) nas relações sexuais. Usar sempre o preservativo foi considerado uso consistente. As variáveis independentes incluídas neste estudo foram divididas em sociodemográficas e de comportamento sexual. As variáveis sociodemográficas foram idade, estado civil, escolaridade, escolaridade da mãe, renda familiar e ainda prática religiosa. As variáveis do comportamento sexual foram idade da primeira relação sexual, métodos contraceptivos usados, número de parceiros sexuais na vida, parceiro fixo ou não, relação sexual com outros parceiros, o uso e as razões para o não-uso do preservativo e o uso de drogas lícitas e ilícitas antes das relações sexuais pelas adolescentes e pelos parceiros.

Os dados foram codificados e armazenados no programa Excel. Para a análise dos dados, foi utilizado o *Statcalc calculator* do *software Epi Info*¹⁶ e realizada a análise univariada para identificar as variáveis associadas ao uso inconsistente do preservativo, com estabelecimento de valores de *odds ratio* e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Foi realizada a análise multivariada dos fatores identificados como associados ao uso inconsistente do preservativo na análise univariada, pelo emprego de regressão logística multivariada *não-condicional*¹⁷, para ajustamento dos potenciais efeitos de confusão e análise de interações. Para a seleção do modelo final, foram incluídas todas as variáveis com valor de $p < 0,10$ e submetidas à análise de regressão logística.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e sua realização foi autorizada pela Secretaria de

Saúde do município de Goiânia. Com a finalidade de atender os aspectos éticos, o projeto foi denominado “Adolescer com Saúde”, para que não houvesse identificação pública das adolescentes sexualmente ativas. Todas as entrevistas foram realizadas em local privado, sendo assegurada a confidencialidade para as adolescentes.

RESULTADO

A média de idade das adolescentes foi de $17,2 \pm 1,3$ ano, sendo que 53,4% tinham de 15 a 17 anos, 66,5% eram solteiras ou separadas, e 53,3% tinham menos de oito anos de estudo. Das mães das adolescentes, 76,9% tinham menos de oito anos de estudo e 8,8% não estudaram.

A renda familiar foi menor que quatro salários mínimos para 82,7% das adolescentes, 46,2% pertenciam a famílias com renda menor que dois salários mínimos e somente 11,5% tinham renda acima de quatro salários mínimos.

Os dados do comportamento sexual encontram-se na **Tabela 1**. Mais da metade das adolescentes tiveram a primeira relação sexual com idade igual ou menor que quinze anos. Também foram referidos outros comportamentos sexuais de risco: 17,3% referiram ter tido mais de quatro parceiros durante a vida e 15,2% referiram sexo anal. O uso consistente do preservativo, em todas as relações sexuais, foi referido apenas por 20,5% (IC 95% 17,0-24,4), das adolescentes e, 25,3% usam às vezes, 23,9% raramente e 30,3% nunca usam. O uso inconsistente do preservativo (às vezes, raramente e nunca) totalizou 79,5% (IC 95% 75,7-83,0) dos casos. As razões para não usar o preservativo em todas as relações sexuais estão mostradas no **Gráfico 1**.

A **Tabela 2** apresenta os fatores associados ao uso inconsistente do preservativo que foram estado civil, uso de contraceptivos hormonais, renda familiar, iniciação sexual precoce (antes dos 15 anos de idade), prática de sexo anal e uso de drogas ilícitas pelo parceiro. A **Tabela 3** apresenta os resultados da regressão logística. Os fatores que se mantiveram estatisticamente significantes para o uso inconsistente do preservativo foram o uso de contraceptivo hormonal, ser casada ou viver em união consensual e o uso de drogas ilícitas pelo parceiro antes das relações sexuais. As outras variáveis que foram significativas na análise bivariada, perderam a significância após ajustamento na análise multivariada.

DISCUSSÃO

Este estudo foi de base populacional, com amostra representativa da população de adolescentes do gênero feminino em uma das regiões socialmente mais carentes do município de Goiânia.

O preservativo é o método mais efetivo para evitar a transmissão do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis, no entanto, embora seu uso esteja aumentando, sobretudo nos últimos anos, está muito longe de atingir níveis satisfatórios^{9,13,20}. Nesta pesquisa, somente 20,5% das adolescentes referiram uso consistente do preservativo. Esses dados são semelhantes aos de outros estudos tanto nacionais como internacionais. As pesquisas nacionais sobre comportamento sexual, incluindo uso de preservativo, são bem

menos numerosas que as dos países desenvolvidos. E as pesquisas realizadas com o gênero feminino até a década de 80 foram mais centradas na questão da contracepção, considerando-se o problema da gravidez na adolescência⁸⁻²⁷⁻³¹. A partir da década de 90, a epidemia da aids começou a atingir vários grupos da população além dos que anteriormente foram considerados de risco. A partir deste momento, passou-se a considerar os comportamentos de risco que estão presentes em diferentes populações. As adolescentes do gênero feminino constituem hoje uma população especialmente de risco para as DST incluindo a infecção pelo HIV¹⁸.

Várias pesquisas nacionais mostram ainda um baixo uso de preservativo, entre os adolescentes. Badiani *et al.*¹⁹ (1997) mostraram que somente 24% das adolescentes de 15 a 19 anos usavam preservativos em todas as relações sexuais. Paiva *et al.*²⁰ (2003) mostraram o uso consistente do preservativo somente em 28,3% de jovens de ambos os sexos com idade entre 14 a 24 anos, em pesquisa de abrangência nacional. Uma pesquisa realizada no município de Goiânia, em 1999, numa amostra representativa da população de estudantes da rede pública, mostrou dados semelhantes ao deste estudo no qual apenas 19% das adolescentes relataram uso consistente do preservativo²¹.

Os países desenvolvidos apresentam um número muito maior de estudos sobre comportamento sexual que os países em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) desenvolveu um sistema denominado *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS) para monitorar comportamentos de risco para a saúde entre adolescentes e adultos jovens. Foram realizados inquéritos nacionais desde 1990 e depois bianualmente a partir de 1991²². Utilizando esses dados, Grunbaum *et al.*²³ (2002) publicaram um estudo das tendências de comportamentos sexuais de risco. Neste estudo, o uso do preservativo relatado na última relação sexual variou de 38% em 1991 para 51,3%, em 2001, diferenças que foram estatisticamente significantes²³.

Em outros países desenvolvidos, as pesquisas também mostram o aumento do uso do preservativo. Na Suíça, um estudo usando entrevista telefônica entre jovens de 17 a 30 anos, com parceiros casuais, mostrou que o uso consistente do preservativo aumentou de 8% para 56% entre 1987 e 1999²⁴.

Mesmo em países da África, onde o uso do preservativo era muito baixo, houve aumento nos últimos anos; em Uganda, o uso consistente do preservativo entre mulheres passou de 1% em 1989 para 6% em 1995 e 16% em 2002. Entre os homens, aumentou de 16% em 1995 para 40% em 2002²⁵.

Algumas pesquisas mostram que o estrato socioeconômico é um importante preditor do uso inconsistente do preservativo⁶. No presente estudo, a baixa renda familiar não foi associada ao uso inconsistente do preservativo na análise multivariada. Uma justificativa possível para esse fato é que todas as adolescentes estudadas residiam em uma mesma região, que é a de menor nível socioeconômico do município de Goiânia. Assim, por ter sido estudada uma amostra relativamente homogênea, do ponto de vista socioeconômico, não foram realizadas comparações com níveis socioeconômicos mais elevados.

Entre os fatores sociodemográficos, somente o estado conjugal foi fortemente associado com o uso inconsistente do preservativo. As adolescentes casadas ou em união consensual apresentaram

Tabela 1 – Comportamento sexual das adolescentes (n = 468) do Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia, Goiás, 2003.

Variáveis	Nº	%
Idade da 1ª relação sexual (anos)		
≤ 15	281	60,0
> 15	187	40,0
Nº de parceiros na vida		
1	254	54,3
2 a 3	133	28,4
4 a 10	73	15,6
> 10	8	1,7
Parceiro fixo		
Sim	384	82,1
Não	52	11,1
Não respondeu	32	6,8
Caso sim, tem relação sexual com outro		
Sim	4	1,0
Não	379	98,7
História de gravidez		
Sim	197	42,1
Não	271	57,9
Uso de preservativo na última relação sexual		
sim	180	38,5
não	287	61,3
não respondeu	1	0,2
Sexo anal		
Sim	71	15,2
Não	392	83,7
Não respondeu	5	1,1
Parceiro tem outra parceira ao mesmo tempo		
Sim	86	18,4
Não	311	66,4
Não sei	70	15,0
Não respondeu	1	0,2
Uso de bebida alcoólica antes das relações sexuais		
Às vezes	39	8,3
Raramente	92	19,7
Nunca	336	71,8
Não respondeu	1	0,2
Uso de drogas antes das relações sexuais		
Às vezes	6	1,3
Raramente	20	4,3
Nunca	441	94,2
Não respondeu	1	0,2
Parceiro usa álcool antes das relações sexuais		
Sempre	11	2,4
Às vezes	118	25,2
Raramente	125	26,7
Nunca	213	45,5
Não respondeu	1	0,2
Parceiro usa drogas antes das relações sexuais		
Sim	61	13,0
Não	395	84,4
Não sei	11	2,4
Não respondeu	1	0,2

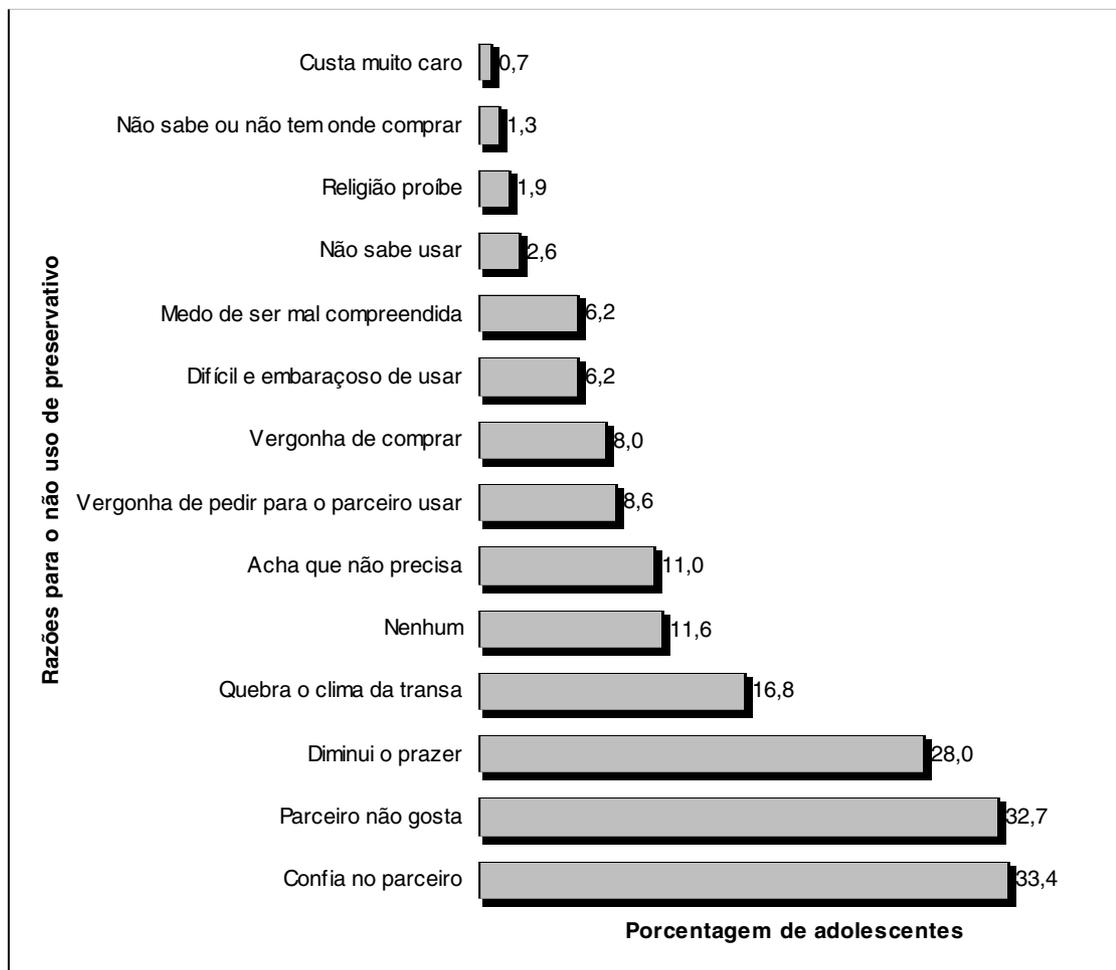


Gráfico 1 – Razões para o não uso do preservativo pelas adolescentes do Distrito Sanitário Noroeste de Goiânia, Goiás, 2003.

maior chance de uso inconsistente do preservativo do que as adolescentes solteiras. Outros estudos também concluíram que o uso do preservativo com esposo ou parceiro regular é baixo e consideraram que seu uso pode ser visto como confissão de comportamento promíscuo ou falta de confiança no parceiro²⁶⁻²⁷. Os homens casados usam o preservativo mais frequentemente com parceiras sexuais casuais e extraconjugais do que com suas esposas²⁷⁻²⁸.

Outro fator fortemente associado ao uso inconsistente do preservativo masculino foi o uso de contraceptivos hormonais. Isso sugere que quando as adolescentes têm acesso a outras formas de contracepção usam menos o preservativo. Uma pesquisa nacional sobre comportamento sexual da população brasileira revelou que o aumento do uso de preservativo teve, notadamente, finalidade contraceptiva³⁰. Uma explicação possível para este fenômeno é que as jovens tendem a se preocupar mais com as conseqüências imediatas do que com os riscos tardios. O estudo de Paiva⁸ (2000) assinala que a prevenção da gravidez constitui a principal motivação para o uso do preservativo, pois é vista como uma ameaça mais próxima do que as DST ou a aids. Quando a gravidez se torna a principal preocupação entre as adolescentes sexualmente ativas, a prevenção

das DST fica em plano secundário, aumentando a sua vulnerabilidade à contaminação pelo vírus HIV por meio da relação sexual³¹.

Um indicador indireto de comportamento sexual de risco para DST e aids é o percentual de gravidez entre as adolescentes. Neste estudo encontrou-se um alto percentual de adolescentes com história de gravidez (42,1%), o que ratifica a elevada prevalência do uso inconsistente do preservativo.

Com relação a outros comportamentos de risco, observou-se neste estudo que as adolescentes cujos parceiros sexuais usavam drogas antes das relações sexuais tinham maior chance de não usar preservativo. O uso de drogas favorece práticas sexuais desprotegidas, como demonstraram alguns autores³.

Os usuários de drogas têm sido citados como os que mais resistem a qualquer abordagem sobre proteção, criando situações que dificultam a adoção de medidas que visam diminuir a incidência de HIV e das DST.³ Neste estudo, o uso do álcool não foi estatisticamente associado ao uso inconsistente do preservativo.

As razões mais freqüentes para o não-uso do preservativo foram a “confiança no parceiro”, o “parceiro não gosta”, “diminui o prazer” e “quebra o clima da transa”.

A confiança no parceiro provavelmente está relacionada com o tipo de vínculo e o envolvimento emocional no momento do ato sexual. Parece que o simples fato de estar com um namorado produz a sensação de que se trata de um encontro sexual seguro e, ao mesmo tempo, que a falta de confiança poderia colocar em risco a relação.

A negociação que permite a passagem do preservativo para a pílula é ancorada na confiança no parceiro, no respeito que o parceiro deve ao outro e no pacto de fidelidade. Pirotta³² (2002) considera que a jovem, ao abandonar o preservativo, abre mão da segurança oferecida por este método como forma de afirmar o dever do outro de não ter outros parceiros sexuais e de assegurar seu compromisso de entrega, confiança e respeito. Esse pacto é reafirmado a cada vez que o casal mantém uma relação sexual. A mesma autora acredita que, diante dessa dinâmica, a presença do preservativo numa relação sexual indica que o compromisso não está estabelecido e que o cenário em que ela acontece aproxima-se do universo do “ficar”. Outros autores também apresentaram resultados similares relacionados com a associação existente entre a confiança no parceiro e o uso do preservativo.

O fato de 32,7% das adolescentes justificarem o não-uso do preservativo com a afirmação de que o parceiro não gosta evidencia uma dificuldade de negociação sexual. Isso parece ser reflexo da relação de poder entre os gêneros e da ascendência do parceiro, em razão da maior idade e da experiência. Essa vulnerabilidade às preferências masculinas dá aos homens maior controle sobre os meios de proteção e coloca as mulheres em uma posição secundária na relação, o que também já foi apontado por diversos autores^{11,28,31}.

A alegação de que o uso do preservativo “diminui o prazer”, utilizada pelas adolescentes para justificar o não-uso, está de acordo com os achados de vários autores que consideram essa uma crença comum.

Na opinião de Galvão *et al.*³³ (2002), para as adolescentes que relatam diminuição do prazer, o preservativo é percebido como um objeto que interfere no relacionamento. Nos resultados do presente estudo, das 78 adolescentes que relataram que o preservativo diminui o prazer, 62 também disseram que ele “quebra o clima da transa”. Isso pode indicar que a interrupção da atividade sexual para a colocação do preservativo pode significar redução do prazer e da espontaneidade da relação.

As mudanças sociais e culturais que levam as mulheres a assumirem maior autonomia na dinâmica das relações, principalmente as íntimas, são lentas. Embora o uso do preservativo seja a melhor opção conhecida no combate às DST e à aids, a incorporação consistente de seu uso ainda representa um grande desafio.

Este estudo apresentou algumas limitações, uma vez que algumas variáveis que envolvem o uso do preservativo entre adolescentes não foram avaliadas como idade dos parceiros e uso do preservativo na primeira relação sexual.

Alguns estudos sobre comportamento sexual, discutem a validade das respostas em entrevistas *versus* a dos questionários auto-aplicáveis mostrando vantagens e desvantagens nas duas modalidades.³⁴ Nessa pesquisa, a metodologia usada com entrevistas, realizada por profissionais com experiência no trabalho com adolescentes e em ambiente privativo, nos pareceu adequada para a obtenção de informações delicadas como a do comportamento sexual.

O presente estudo concluiu que o uso consistente do preservativo foi baixo. Os fatores associados ao uso inconsistente do preservativo foram o estado civil, casada/união consensual, uso de contraceptivo hormonal e o uso de drogas ilícitas pelo parceiro, antes das relações sexuais.

Os resultados obtidos são importantes, porque permitiram identificar grupos de risco para o uso inconsistente do preservativo, o que aumenta a possibilidade de planejar intervenções específicas, bem como novas questões de investigação.

CONCLUSÃO

A adolescência é a fase em que o indivíduo torna-se apto para a reprodução e na qual o exercício da sexualidade passa a ocupar um espaço de destaque, assim, os cuidados para evitar as DST por meio do uso consistente do preservativo são fundamentais.

A discussão sobre o significado de sexo seguro e sobre a dinâmica dos relacionamentos em uma perspectiva de gênero é essencial para o desenvolvimento de habilidades de negociação entre os pares. Igualmente, é importante o acesso deles ao debate dos direitos reprodutivos e sexuais.

Geralmente, os adolescentes estão em um processo de consolidação de atitudes e de busca de autonomia. Assim, profissionais da saúde e educadores devem ser preparados para assumir o papel de facilitadores dessas discussões com os adolescentes.

As políticas públicas devem incentivar nos adolescentes comportamentos e atitudes que promovam sua saúde sexual e reprodutiva, gerando atitudes responsáveis, permitindo que eles vivenciem sua vida sexual de maneira saudável e prazerosa. Também devem incorporar a noção de equidade de gênero e superar os preconceitos que cercam a sexualidade dos adolescentes e os papéis sociais de homens e mulheres perante a vida reprodutiva e sexual.

Os resultados deste estudo auxiliam na identificação da população de risco para o uso inadequado do preservativo e chamam a atenção para a grave situação atual e as atitudes das adolescentes.

Ainda é necessário o desenvolvimento de novas estratégias de intervenção dirigidas especialmente aos adolescentes em condições desfavoráveis de vida, os quais constituem o segmento populacional de maior vulnerabilidade às DST e à aids.

Espera-se que os resultados desta pesquisa, associados a outros, contribuam para aprimoramento dos programas de promoção da saúde entre os adolescentes, criando para eles melhores perspectivas relativas à sua qualidade de vida e saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GERBASE, A. C.; ROWLEY, J. T.; HEYMANN, D. H.; BERKLEY, S. F.; PIOT, P. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. *Sex Transm Infect*, v.74 Suppl 1, Jun, p.S12-6. 1998.
2. WHO. Child and adolescent health and development - Progress report - 2000-2001. Department of Child and Adolescent Health and Development. *World Health Organization*. Geneva: 86p. 2002. (report number WHO/FCH/CAH/02.19).
3. LEIGH, B. C. Alcohol and condom use. *Sex Transm Dis*, v.29, n.8, Aug, p.476-482. 2002.

4. SANTOS, V. L.; SANTOS, C. E. Adolescentes, jovens e aids no Brasil. In: *Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde. v.1. 1999. p.289-299.
5. GIL, A. C.; TEMPORINI, E. R. Prevenção da aids entre estudantes universitários: existe influência dos pares? *Medicina*, Ribeirão Preto, v.33, Abr.-Jun., p.147-154. 2000.
6. HOYOS, R. C.; SIERRA, A. V. El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante del condón en adolescentes. *Rev Saúde Pública*, v.35, n.6, p.531-538. 2001.
7. PARKER, R. Diversidade sexual, análise cultural e a prevenção da aids. In: Parker R. (Org). *A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994, p.117-132.
8. PAIVA, V. *Fazendo arte com camisinha*. Sexualidades jovens em tempos de aids. São Paulo: Summus, 2000.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Crianças, adolescentes e jovens. Populações. Prevenção. Programa Nacional de DST e Aids. In: . 2003a. Acessado em: 20 de dezembro de 2003.
10. CAROVANO, K. More than mothers and whores: redefining the AIDS prevention needs of women. *Int J Health Serv*, v.21, n.1, p.131-142. 1991.
11. GIFFIN, K.; LOWNDES, C. M. *Gêneros, sexualidades e doenças sexualmente transmissíveis*. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Nov. 24p. 1995. (mimeo)
12. SILVEIRA, F. M.; BEIRA, J. U.; HORTA, B. L.; TOMARI, E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. *Rev Saúde Pública*, v.36, n.6, p.670-677. 2002.
13. DE VISSER, R.; SMITH, A. Relationship between sexual partners influences rates and correlates of condom use. *AIDS Educ Prev*, v.13, n.5, Oct, p.413-427. 2001.
14. SHRIER, L. A.; GOODMAN, E.; EMANS, S. J. Partner use among adolescent girls with sexually transmitted diseases. *J Adolesc Health*, v.24, n.5, May, p.357-361. 1999.
15. Alves M. F. C.; Guimarães, E. M. B. *Estudo das doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes no Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia: prevalência e validação do diagnóstico de cervicite por escore de risco e exame ginecológico- Relatório final do Projeto -Ministério d Saúde CNDST/ Aids- Unesco (CR:670/01)*
16. DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; BURTON, A. H.; DICKER, R. C. *Epi Info.(software)*. Centers for Disease Control and Prevention / World Health Organization. Atlanta, Georgia. 2003.
17. NIE, N. H.; HULL, C. H.; BENT, D. H. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). (Software). *SPSS Inc*. Chicago, Illinois. 2001.
18. PETERS, S. E.; BECK-SAGUE, C. M.; FARSHY, C. E. *et al* Behaviors associated with *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis*: cervical infection among young women attending adolescent clinics. *Clin Pediatr (Phila)*, v.39, n.3, Mar, p.173-7. 2000.
19. BADIANI, R.; QUENTAL, I.; SANTOS, E. M. *DST/Aids e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde: uma análise do nível de conhecimento e comportamentos de vulnerabilização*. BEMFAM - AIDSCAP/Brasil. Rio de Janeiro. Set, v.52 p.1997.
20. PAIVA, V.; VENTURI, G.; FRANÇA JÚNIOR, I.; LOPES, F. . In: Pesquisa com a população sexualmente ativa (IBOPE, janeiro 2003). In: artigo_preservativo.rtf. Acessado em: 11 de dezembro de 2003.
21. MONTEIRO, L. C. Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis/aids e comportamento sexual em jovens de escolas públicas de Goiânia. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 1999. 126p.
22. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Youth risk behavior surveillance - United States, 1995. *MMWR Surveill_Summ*, v.45, n.SS4, Sep, p.1-83. 1996.
23. GRUNBAUM, J. A.; KANN, L.; KINCHEN, S. A.; *et al*. Youth risk behavior surveillance—United States, 2001. *MMWR Surveill_Summ*, v.51, n.4, Jun 28, p.1-62. 2002.
24. DUBOIS-ARBER, F.; JEANNIN, A.; KONINGS, E.; PACCAULD, F. Increased condom use without other major changes in sexual behavior among general population in Switzerland. *Am J Public Health*, v.87, n.4, Apr, p.558-566, 1997.
25. HEARST N, CHEN S. Condoms promotion for aids prevention in the developing world - a review of the scientific literature. Report to UNAIDS. 2003. Geneva
26. LIMA, J.R. *L' infidélité et la confince: défi pour la prévention du VIH/Sida apures des Brésiliennes ayant un partenaire sexuel régulier et vivant en situation de pauvreté*. (Tese de Doutorado em Saúde pública). Universidade de Montreal, Canadá, 2003. 261p.
27. SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da aids entre homens casadas. *Rev Saúde Pública*, v.36, n.4 (Supl), p.40-49. 2002.
28. VISSER, R, SMITH, A. Relationship between sexual partners influences rates and correlates of condom use, *AIDS Educations*, 13 (5), 413-427, 2001.
29. PULLERWITZ, J.; AMARO, H.; DE JONG, W.; GORTMAKER, S. L.; RUDD, R. Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS care*, v. 14, n. 6, Dec, p. 789-800.2002.
30. BERQUÓ, E.; LOYOLA, M. A. R.; PINHO, M. C. G. *et al*. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde - CEBRAP, v.4. 2000. 248p. (Série Avaliação).
31. ROYE, C. F.; SEALS, B. A qualitative assessment of condom use decisions by female adolescents who use hormonal contraception. *J Assoc Nurses AIDS Care*, v.12, n.6, Nov-Dec, p.78-87. 2001.
32. PIROTTA, K. C. M. *Não há guarda-chuva contra o amor - estudo do comportamento reprodutivo e do seu universo simbólico entre jovens universitários da USP*. [Dissertação de doutorado]. Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. 295p.
33. GALVÃO, M. T. G.; RAMOS, C. A. T.; FERREIRA, M. L. S. M.; SOUZA, L. R. Razões do não uso do preservativo masculino entre pacientes com infecção ou não pelo HIV. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, v.14, n.1, p.25-33. 2002.
34. FENTON, K. A.; JOHNSON, A. M.; MCMANUS, S.; ERENS, B. - Measuring sexual behaviour: Methodological challenges in survey research. *Sex Transm Inf*, 77: 84-92, 2001.
35. ANTUNES, M. C.; PERES, C. A.; PAIVA, V.; STALL, R.; HEARTH, N. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*, v.36, (Supl.4), p.88-95. 2002.
36. BARBOSA, R.; VILELA, W. A trajetória feminina da Aids. In: Parker, R.; Galvão, J. (org.). *Quebrando o silêncio. Mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996, p.17-32.
37. BASUKI, E.; WOLFFERS, I.; DEVILLÉ, W.; ERLAINI, N.; LUHPURI, D.; HARGONO, R.; MASKURI, N.; SUESEN, N.; BEELEN, N. V. Reasons for not using condoms among female sex workers in Indonesia. *AIDS Educ Prev*, v.14. n.1, p.102-116. 2002.
38. BOGASKI, N. T.; SCHIRMER, J.; BARBIERI, M. A prevenção DST/Aids entre adolescentes. *Acta Paul Enf*, v.13., n.1, p.18-26. 2000.
39. BOYER, C. B.; SHAFER, M. A.; TEITLÉ, E.; WIBBELSMAN, C. J.; SEEBERG, D.; SCHACHTER, J. Sexually transmitted diseases in a health maintenance organization teen clinic: associations of race, partner's age, and marijuana use. *Arch Pediatr Adolesc Med*, v.153, n.8, Aug, p.838-844. 1999a.
40. CHEQUER, P. A prevenção e o combate à aids. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. 96:22-23. 1998.
41. FRANÇA JÚNIOR, I.; PAIVA, V.; VENTURI, G. *Aspectos metodológicos e analíticos da pesquisa MS/IBOPE, Brasil - 2003*. In: <http://www.aids.gov.br>. 2003. Acessado em: 20 de dezembro de 2003.
42. LINDSAY, J.; SMITH, A. M. A.; ROSENTHAL, D. A. Conflicting advice? Australian adolescents' use of condoms or the pill. *Fam Plann Perspect*. v.31, n.4, p.190-194. 1999.
43. MS (Ministério da Saúde) *Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento* In: . Ministério da Saúde. Acessado em: 06 de agosto de 1999.
44. _____, *Campanha de carnaval de 2004*. Programa Nacional de DST e Aids. In: . 2004. Acessado em: 22 de abril de 2004.
44. PULERWITZ, J.; AMARO, H.; DE JONG, W.; GORTMAKER, S. L.; RUDD, R. Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care*, v.14, n.6, Dec, p.789-800. 2002.

Endereço para correspondência:**ELEUSE BRITO GUIMARÃES**Rua T62 Q 128 L Q Setor Bueno
Goiânia- Goiás – CEP: 74.223- 180
E-mail: cidav@cultura.com.br

Recebido em: 30/06/04

Aprovado em: 30/09/04

ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL À AÍDS: A BUSCA PELAS QUESTÕES SUBJETIVAS

PSICOSSOCIAL ATTENDANCE THE AÍDS: THE SEARCH FOR THE SUBJECTIVE QUESTIONS

MENÇÃO HONROSA – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: ASSISTÊNCIA

Ana AW Saldanha¹, Marco AC Figueiredo², Maria da Penha L Coutinho³

RESUMO

Introdução: tendo como base a necessidade de ampliação de estrutura de suporte psicológico para portadores do HIV-aids, este estudo se justifica pela complexidade do atendimento, em que a contrapartida psicossocial da doença exige uma estrutura integrada e ampliada que possa complementar a abordagem multidisciplinar atualmente dispensada ao paciente. **Objetivo:** buscar subsídios para uma reorientação na abordagem ao paciente. **Método:** dentro da abordagem qualitativa de pesquisa, foi utilizada a técnica de entrevista aberta para a coleta da história de vida de dez mulheres soropositivas para o HIV, enquanto usuárias de Serviços Públicos de Saúde, enfocando suas relações no modo de organização da assistência prestada nesses serviços. A análise dos conteúdos das entrevistas foi realizada com base em categorias temáticas, determinadas a partir dos temas suscitados nas entrevistas. **Resultado:** emergiram as seguintes categorias: A Prática em Saúde no Discurso da Mulher Soropositiva; Relação Profissional de Saúde-Paciente-Serviço de Saúde; Devolução do Diagnóstico; Equipe Multidisciplinar. **Conclusão:** o estudo enfatiza a necessidade de síntese entre as duas perspectivas que devem prevalecer no atendimento a pessoas com aids: a visão compreensiva do profissional sobre a perspectiva do paciente e o envolvimento deste com as condições técnicas do atendimento.

Palavras-chave: aids, atendimento psicossocial, profissionais de saúde

ABSTRACT

Introduction: having as base the necessity of magnifying of structure of psychological support for carriers of the HIV-Aids, this study if justifies for the complexity of the attendance, where the psicossocial counterpart of the illness demands an integrated and extended structure that can complement the boarding to multidiscipline currently excused to the patient. **Objective:** to search subsidies for a reorientation in the boarding to the patient. **Method:** inside of the qualitative boarding of research, the technique of interview opened for the collection of the history of life of ten soropositivas women for the HIV, while using of Public Services of Health was used, focusing its relations in the way of organization of the assistance given in these services. The analysis of the contents of the interviews was carried through on the basis of determined Thematic Categories from the subjects excited in the interviews. **Result:** the following categories had emerged: The Practical one in Health in the Speech of the Soropositiva Woman; Professional relation of Health-Patient-Health Service; Devolution of the Diagnosis; Multidisciplinary Staff. **Conclusion:** the study it emphasizes the synthesis necessity enters the two perspectives that must take advantage in the attendance the people with AIDS: the comprehensive vision of the professional on the perspective of the patient and the involvement of this with the conditions techniques of the attendance.

Keywords: aids, psicossocial attendance, professionals health

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3): 84-91, 2004

INTRODUÇÃO

Enquanto o tratamento clínico da aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) tem avanços indiscutíveis, o apoio emocional ao paciente, ajudando-o a lidar com as questões de ordem afetiva, fundamentais para a adoção de práticas voltadas para o autocuidado, ainda sofre conseqüências do despreparo que envolve o trato psicossocial da doença. Além disso, verifica-se a complexidade que envolve o sistema de saúde que, além de acarretar desgaste psicológico para o profissional, reflete no atendimento e na adesão ao tratamento pelo paciente, principalmente pela forma fragmentária com que a doença é encarada¹.

Particularmente, com relação a essa síndrome, diante do impressionante impacto dos medicamentos anti-retrovirais na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes, a adesão ao tratamento centraliza as finalidades das intervenções. Permanece centrado na tradição biomédica e freqüentemente reduz tudo: vivências sociais, culturais, psicológicas, emocionais por viver com a aids, são fatores que favoreçam ou dificultam a adesão ao tratamento, ou seja, ao “paciente aderido”².

Sem desqualificar a importância da medicação e da adesão, diversos profissionais²⁻⁵ apontam para outra dimensão da assistência, que configura o que Ayres (2000) chama de “cuidado”. Consiste nas relações que ampliam o sentido mais convencional de assistência, como operação de saberes técnico-científicos, equipamentos, normas, estruturas organizacionais e outros, ao integrar as trocas interpessoais de suporte para o bem-estar social e mental dos pacientes.

Esta desvitalização da relação terapêutica, característica da forma técnica de atuação, não permite que o profissional leve em

¹Doutora em Psicologia, Departamento de Psicologia – Universidade Federal da Paraíba

²Doutor em Psicologia, Departamento de Psicologia – Universidade de São Paulo

³Doutora em Psicologia, Departamento de Psicologia – Universidade Federal da Paraíba

Fonte Financiadora: CAPES

conta esta fonte extremamente rica de informações, o que torna os limites da prática auto-agravantes, naturalizando-se à medida que o distanciamento do paciente se realiza.

OBJETIVO

Partindo destas colocações, o objetivo deste estudo consiste em buscar subsídios para uma reorientação na abordagem ao paciente, a partir dos discursos de mulheres soropositivas para o HIV, enquanto usuárias sistemáticas dos serviços de saúde que, ao contarem sua história de vida, expressaram opiniões sobre as instituições de saúde. Os discursos aqui analisados não retratam necessariamente a realidade dos serviços, mas antes, são a representação de sua realidade pelas usuárias destes serviços, constituindo-se em pistas para contribuir com o debate sobre a relação profissional de saúde-paciente e destes com os serviços de saúde.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo dez mulheres soropositivas para o HIV, atendidas no Ambulatório de Moléstias Infecto-Contagiosas de Ginecologia e Obstetrícia, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (-HCFMRP-USP). A escolha deu-se aleatoriamente, após a consulta médica, esclarecendo a respeito do estudo e questionando quanto à anuência em participar.

Coleta de dados

A abordagem qualitativa, por incorporar uma dimensão integral e favorecer um aprofundamento do tema, apresentou-se mais adequada ao desenvolvimento deste estudo. Dentro desta abordagem foi utilizada a técnica de entrevista aberta para coleta da história de vida.

Sob o ponto de vista psicológico ou sociológico⁶, a história de vida oferece condições para reconstituir as posições, estágios e formas de pensar dos indivíduos ao longo da sua vida, enfatizando o papel das organizações, acontecimentos marcantes e outras pessoas com influências significativas na definição de si próprios e suas perspectivas sobre a vida. A história de vida evoca a experiência de uma pessoa, grupo ou organização e a forma como estas experiências são interpretadas por este indivíduo, acentuando ainda três características básicas⁷: é a história da própria pessoa; a situação social e cultural em que o sujeito está inserido; e a sequência de experiências passadas e situações na vida do sujeito.

As entrevistas ocorreram em ambiente privativo, com auxílio de um gravador. A duração de cada entrevista variou de duas a quatro horas, sendo transcrita após seu término. Após a coleta dos dados sociodemográficos, foi utilizada a seguinte questão norteadora: "Conte-me a história de sua vida."

Procedimento de análise dos dados

A análise dos conteúdos das entrevistas foi realizada com base em categorias temáticas determinadas a partir dos temas suscitados nas entrevistas e processada conforme se descreve a seguir⁸:

Primeira fase

As entrevistas foram analisadas individualmente e a junção concentrou conteúdos comuns dentro de cada discurso. Assim, cada discussão foi transcrita e estudada em função de cada entrevista realizada, devendo se referir às questões particulares de cada indivíduo. Compreenderá as seguintes fases:

- A. Leitura Inicial: Nessa primeira leitura, foram identificados alguns pontos preliminares, ligados às categorias, realizando anotações a respeito de aspectos relacionados com a situação da entrevista, como *rapport*, dificuldades de interação, disponibilidade e seu estado afetivo.
- B. Marcação: Foram selecionados alguns trechos da entrevista que corresponderam às categorias preestabelecidas na etapa anterior, além de outros conteúdos também considerados importantes.
- C. Corte: Os trechos selecionados foram retirados do texto.
- D. Junção: Os trechos selecionados foram agrupados; ou seja, todas as anotações de uma mesma entrevista foram dispostas em protocolos de análise.
- E. Notação: Foram feitas observações marginais sobre os trechos, com o objetivo de localizá-los na literatura e no contexto do grupo.
- F. Discussão: As observações foram discutidas para que se pudesse fazer a segunda junção, na qual serão agrupados os trechos de todas as entrevistas com relação a uma mesma categoria.

Segunda fase

Nesta etapa, as entrevistas não foram consideradas individualmente e a junção se referiu-se a conteúdos comuns a todas entrevistas. Assim, as junções realizadas na etapa anterior foram agrupadas e estudadas em função da equivalência de conteúdos, referindo-se às questões comuns, dentro de cada categoria. Seguiram-se as seguintes fases:

- G. Leitura inicial: Foi realizada uma leitura para que se pudesse identificar os trechos cujos conteúdos são comuns, dentro de cada categoria.
- H. Organização: Esses trechos foram, então, agrupados e classificados em subcategorias com base em protocolos especiais.
- I. Notação: Quando necessário, foram ampliadas as observações marginais relacionando-as às subcategorias.
- J. Discussão final e redação: Foi realizada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos através da análise de conteúdo, relativo às categorias que surgiram durante as entrevistas.

Aspectos éticos

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996), tendo sido submetido à avaliação e aprovado pela Comissão de Ética Médica do HCFMRP – USP.

RESULTADO

Caracterização das participantes

Este grupo de dez entrevistadas tem o perfil da tendência da epidemia, isto é, são mulheres jovens, em sua maioria donas-de-casa, que foram contaminadas, via sexual, por seus maridos ou parceiros estáveis. Mulheres que não se perceberam vulneráveis, principalmente porque cumpriam o papel que se espera delas – o amor monogâmico e dedicação ao lar e à família. A maioria só teve conhecimento do diagnóstico soropositivo quando ficaram grávidas e iniciaram o pré-natal.

Estas mulheres têm em média 26 anos, com variação de idade de 21 a 35 anos e tempo de diagnóstico de seis meses a dez anos ($x = 4,1$), o que nos mostra que foram infectadas muito jovens, algumas ainda na adolescência. Apenas 30% se encontram em fase sintomática da infecção, o que nos leva a observar o aumento da longevidade após a introdução dos anti-retrovirais.

O perfil socioeconômico destas mulheres nos remete aos estudos sobre a feminização da epidemia. A maioria vive em situação conjugal, sendo 30% casadas legalmente e 40% consensualmente e tempo de relacionamento mínimo de três anos e máximo de dez anos ($x = 5,6$).

Nenhuma destas mulheres foi além do ensino fundamental, sendo que 80% nem chegaram a completá-lo. Com relação à ocupação anterior e ocupação atual, não foi encontrada diferença significativa, visto que 70% sempre foram donas-de-casa dedicadas ao lar, filhos e marido; 30% têm como ocupação o trabalho de faxineira, escolhido por não ter vínculos que desviem sua atenção do lar. Portanto, a maioria não possui renda própria, tornando-se, assim, dependente do marido.

Categorias temáticas enunciadas

As mulheres soropositivas para HIV, ao contarem a sua história de vida, relatam também a realidade vivida enquanto usuárias sistêmicas de serviços de saúde, o que consiste um *locus* privilegiado para a sua avaliação. Da análise das histórias de vida transcritas, seguindo o modelo já mencionado, derivaram as seguintes categorias:

- A Prática em Saúde no Discurso da Mulher Soropositiva
- Relação Profissional de Saúde–Paciente–Serviço de Saúde
- Devolução do Diagnóstico
- Equipe Multidisciplinar

DISCUSSÃO

A prática em saúde no discurso da mulher soropositiva

Ainda que não satisfaça as necessidades da população, é a ordem médica que tem poder e é reconhecida e legitimada por todos os profissionais e usuários, extremamente influenciados pelas crenças e valores vigentes. Entretanto, de uma forma geral, observa-se que, apesar de assimilarem as concepções clínicas e agirem também a partir das regras estabelecidas pelos especialistas, as mulheres soropositivas têm uma visão mais abrangente do fenômeno saúde, que comporta uma concepção de homem como corpo/alma, matéria/espírito e inclui relações afetivas e condições de vida e trabalho na definição de sua situação. Assim, apesar de reconhecerem o poder médico e subordinarem-se à medicalização, elas possuem uma visão crítica a partir da experiência, tanto dos profissionais e suas técnicas, quanto do sistema de assistência em saúde do qual fazem uso. Por isso, reinterpretam o esquema racionalizado, usam-no conforme os seus interesses imediatos e concepções particulares, não legitimando o saber médico, configurando um “código de resistência”⁹.

Relação Profissional de Saúde–Paciente–Serviço de Saúde

A relação médico-paciente, que neste trabalho é ampliada para profissional de saúde–paciente, de acordo com Nardi (1999), tem uma função tão ou mais importante que o medicamento utilizado para o tratamento da doença¹⁰. Com o isolamento urbano das sociedades industriais, o médico torna-se, muitas vezes, o único recurso para o qual o paciente consegue dirigir suas queixas. Portanto, a maneira como este escuta a sua queixa, independente de uma origem patológica clássica ou de origem psicossomática, vai implicar no seguimento ou não do tratamento. Ainda que o médico não apresente solução para o problema apresentado, o principal gerador de sofrimento se dá quando o paciente percebe que o médico desvaloriza sua queixa e não se interessa em compreendê-lo, ignorando sua dor.

Foi observado que, na relação entre profissional de saúde e paciente, a percepção que o médico faz do paciente é anterior ao contato pessoal, decorrente das anotações deixadas no prontuário médico, no qual estão assinalados seus *antecedentes*, ou pela carta de encaminhamento que o acompanha de setor a setor e que fornece informações selecionadas que traçam uma imagem social, em função da qual o profissional definirá sua estratégia frente ao paciente.

Em conseqüência, o discurso do paciente sobre o médico não deixa de ser um discurso hesitante¹¹, conforme pode ser observado na entrevista 2:

“... parece que a gente nem tem o problema. Tratam a gente, quer dizer, às vezes a gente precisa lembrar. (...) pô, será que eles sabem do meu problema? (...) você tem que ficar lembrando os médicos e pedir, pelo amor de Deus, me ajuda.”

Este fato se deve à ausência de um critério objetivo que lhes permita apreciar as qualidades profissionais do médico. Diferente das classes mais favorecidas, que escolhem os profissionais baseados em títulos e reputação, nas classes trabalhadoras esta *escolha* é feita ao acaso, em função dos critérios dos serviços de saúde, onde nem sempre é o mesmo profissional quem faz o seguimento do tratamento. Portanto, por não possuírem os critérios específicos que lhes permitam medir a competência do médico, a avaliação dá-se “em função de critérios difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem: a amabilidade, a boa vontade e a complacência” (p. 38)¹¹. Tal situação foi constatada no discurso das mulheres entrevistadas. O fato de o médico ser amável e conversar foi um critério de avaliação de competência, como pode ser exemplificado no discurso a seguir:

“O médico que eu faço a minha consulta, ele é muito bom. Ele é muito atencioso, conversa bastante. Qualquer coisa que eu não sei, que eu tenha dúvida, eu pergunto e ele sempre me responde.” (entrevista 3)

Entretanto, é importante discutir como as explicações são dadas, se pelo simples repasse de conteúdos (visto como instrução ou orientação informativa, de caráter normativo) ou pela valorização da interação profissional/usuários, incentivando a troca de conhecimentos e a verbalização de dúvidas e temores. Essa troca só é possível com o reconhecimento de que os usuários detêm conhecimento prévio, baseados nas experiências do cotidiano e do senso comum, que embora não tenha caráter científico, é orientador do comportamento destes indivíduos⁴. Portanto, ignorar tais concepções é perder a chance de relativizá-las.

Foi observado, ao longo do período de coleta de dados, um grande comprometimento dos profissionais com seu trabalho e o compromisso que têm com o paciente. No entanto, tal postura não pode ser confundida com uma atitude de verdadeira escuta, sendo a priorização das informações do paciente baseada na sua vivência. Em geral, além do tratamento diferenciado, a utilização pelo profissional de um vocabulário especializado e as explicações dadas ao paciente, variam de acordo com a sua classe social. Não são dadas explicações efetivas senão àqueles que julgam capazes de entender. Geralmente as explicações vêm em forma de ordens imperativas, em vez de um aconselhamento em duplo fluxo de linguagem.

A falta de informação sobre a doença e o tratamento leva o paciente a construir, por seus próprios meios, um discurso com materiais fragmentados e palavras mal-entendidas, conforme se observa na entrevista 7 referindo-se a um dos anti-retrovirais:

“...to tomando dorim, parece. Eu não sei, acho que é isso, esse nome do remédio mesmo. É uma cápsula branca.”

Outro ponto observado refere-se a que, principalmente no primeiro contato profissional/paciente, o preenchimento de fichas de anamnese seja visto como meta a ser cumprida, transformando a atitude de escuta em coleta de dados sobre o paciente, em vez de priorizar este momento na personalização das informações com base nas vivências do paciente.

A atitude autoritária do profissional de saúde e sua reserva em fornecer informações que permitiriam dar um sentido aos atos e prescrições, ou seja, as razões e o conhecimento que fundamentam e dão sentido às regras, ficam sempre implícitos¹¹. No caso de perceber alguma resistência do paciente em seguir as prescrições, não é através da explicação sobre o princípio de eficácia do medicamento prescrito ou da regra enunciada que ele procura eliminar as objeções, mas através do enunciado de sanções que decorrerão automaticamente da desobediência, ou seja, pela enumeração das consequências da transgressão da norma.

Este fato pode ser observado na entrevista 4, quando, após ter recebido o diagnóstico da causa da morte do parceiro, é solicitada a fazer o teste anti-HIV:

“... o médico falou: ó, você faz, mas com certeza vai dar que sim. Eu já vou logo te avisando. Ai, claro, com certeza eu ia ter, né? Eu já sabia, né?”

Os problemas de entendimento da mensagem não se limitam à falta de clareza da linguagem, visto que também dizem respeito ao não compartilhamento dos significados culturais vinculados às vivências do paciente. O conteúdo a ser comunicado precisa ser competente, do ponto de vista de uma compreensão mediada pelos valores e vivências do grupo a que se destina. A comunicação diz respeito, necessariamente, à possibilidade do diálogo, confronto e reciprocidade⁴.

O doente faz, então, uma seleção do discurso médico, retendo apenas os termos que reconhece, mesmo ignorando o seu significado *científico*, na tentativa de reconstruir um discurso coerente:

“... às vezes depende do que é melhor pensar, do que lembrar daquilo do que ele falou...” (entrevista 10).

Ou ainda, atribui sentido aos termos, reinterpretando-os de acordo com a sua vontade:

“...eles me trataram como se eu fosse uma mãe normal. Então, eu fiquei naquela, pô, será que eles sabem do meu problema? Porque facilitaria pra mim não ter mais...” (entrevista 2).

A barreira mais visível entre o médico e o paciente⁹ dá-se através de um código de linguagem fechado e específico que, em primeiro lugar, atém-se ao contorno biológico e individual do doente, explicando o fenômeno saúde/doença como o bom funcionamento dos órgãos e como responsabilidade individual, separando o sujeito do seu meio, de suas experiências, de sua classe e dos condicionantes de sua situação. Em segundo lugar, reduz o conceito de doença à especificidade de um determinado órgão, objeto de um saber fragmentado. Em terceiro lugar, a práxis médica chega a prescindir da realidade mais imediata e sensível que é o corpo e seus sintomas, voltando-se para as mensagens infracorporais fornecidas pelos equipamentos laboratoriais.

A aids trouxe consigo a necessidade de reformulação da estrutura de autoridade médica, impondo a necessidade de escutar o paciente como um todo e não apenas examinar o órgão doente. Trouxe também a necessidade de lidar com as questões afetivas e

sociais, antes relegada ao segundo plano. E, assim, tornou visível o despreparo e a desorientação que envolve os profissionais de saúde no trato psicossocial da doença. Além disso, como doença recente, muitos profissionais não aprenderam sobre aids na faculdade, tendo que o fazer na prática diária de seu atendimento.

A dificuldade e o despreparo dos profissionais de saúde são captados pelas pacientes, conforme pode ser observado na entrevista 10:

“Os médicos estão estudando, mas entender, entender mesmo... nem eles sabem.”

Muitos profissionais, diante da impotência frente à irreversibilidade do quadro da aids, têm apontado nos próprios clientes a causa de seu fracasso⁵. Pressões psicológicas, decorrentes da interação com o paciente, contrapõem-se a pressões profissionais determinadas pelas obrigações e auto-realização no trabalho. E, diante deste quadro, que determina um atendimento caracterizado pela ênfase na competência técnica, o paciente sofre a ausência de abordagens que se estendem ao atendimento de suas necessidades psicossociais.

Devolução do Diagnóstico

Estudos¹² sobre o ponto de vista do paciente com aids a respeito do atendimento clínico recebido ressaltam que, dada a complexidade do momento da confirmação do diagnóstico, a forma com que se dá é determinante para suas condutas futuras, envolvendo o convívio com a doença, a adesão ao tratamento e, principalmente, as representações de si enquanto portador. O papel do profissional é determinante, devendo este estar preparado para lidar com as questões afetivas que envolvem o trato psicossocial da doença, além de ser continente às necessidades de cada pessoa.

A necessidade de ter que lidar com aspectos que não estão previstos nas “rotinas diagnósticas”, coloca o profissional frente à abordagem de temas para os quais sua formação não o prepara, deixando-lhe a opção de abordá-lo segundo seu padrão moral particular. Esta falta de preparo no lidar com as questões de ordem afetiva pode ser observada na entrevista 7, ao receber o diagnóstico soropositivo:

“Eu fiquei chocada com ela (médica). Ela não devia ter dito assim, na lata. Eu acho que ela deveria chegar, conversar, explicar tudo direitinho... Por exemplo, o enfermeiro... médico... acho que era estudante, ficou doidinho ali do meu lado. ‘Não fica assim, você não está doente, não fica assim’, ele falou pra mim. Ela falou pra mim e saiu e ele entrou. Ele não sabia o que falava pra mim, o que fazer”.

Os profissionais com formação fisiopatológica, por acreditarem que a escuta e o apoio não seriam seu papel ou por não se sentirem aptos para incorporar essas práticas, fazem encaminhamentos aos psicólogos ou assistentes sociais, sem perceber que a escuta, o acolhimento e a terapêutica medicamentosa são indissociáveis.

Estes fatos têm origem no modo com que o trabalho em saúde tem sido organizado e sua determinação sobre a formação do profissional. Principalmente pela forma fragmentária com que a doen-

ça é encarada, consequência da subdivisão do conhecimento em especialidades, cujos territórios são estreitamente demarcados, fazendo com que o profissional de saúde veja o paciente sob a ótica de sua especialidade, tratando somente “parte” da pessoa^{1,12}. Como se existisse corpo ou demanda referida ao corpo, “que já não seja imediatamente revestido de significados sociais, psicológicos e emocionais”¹³.

Transparecem, nos relatos, as dificuldades do médico que, diante de um resultado positivo para o HIV, recorre a outros profissionais para que comuniquem o resultado à pessoa que fez o exame:

“O médico (do posto de saúde) falou assim: eu não tenho certeza porque isso aqui foi passado por telefone, não tenho certeza. Então você vai pra lá (serviço de saúde especializado) pra fazer um teste de novo. Aí, marcou pra mim, eu vim, fiz um teste rápido, na hora já saiu o resultado. (...) Aí eu fiquei, na hora, eu fiquei sabendo. Já entrei em desespero.” (entrevista 5)

A subdivisão do conhecimento em especialidades, cujos territórios são estreitamente demarcados, fazendo com que o profissional de saúde veja o paciente sob a ótica da sua especialidade, exclui da prática cotidiana categorias essenciais para que haja a formação do vínculo profissional-paciente.

A ambivalência da responsabilidade em função da competência técnica também pode ser observada na entrevista 10, ao perceber a dificuldade do profissional como falta de conhecimento:

“Eu já tava no final da gravidez, já não tava fazendo pré-natal no posto, tava fazendo na... (maternidade). Aí, o posto me chamou de novo, que havia tido um problema no meu sangue. De lá vim direto no posto, mas não consegui saber o resultado porque o médico... acho que ele não entendia bem do exame. Ele pediu que a gente voltasse no outro dia que ele ia conversar com alguém que entendesse para dar o resultado. Fomos pra casa, a cabeça a mil... No outro dia a gente voltou lá, eu voltei com o meu marido de novo, e ele deu o resultado...”

Em outro caso, foi necessária uma postura ativa de busca do diagnóstico pelo paciente:

“O médico não me falou nada. Tinha uma moça no meu quarto e aí, um dia, o médico foi lá e falou pra ela que ela era. Eu não sabia de nada, mas achei estranho. Aí, eu cheguei lá e falei: olha, se eu tiver alguma coisa, me fala. Porque se ela era HIV, por que eu tava lá também? Aí foi quando ele me explicou que tava desconfiado. Mas ele não falou pra mim, chamou meu marido e falou pra ele. Aí meu marido me falou...” (entrevista 8)

Perde-se, assim, a possibilidade de preparação psicológica, desde o primeiro contato com o profissional ou o serviço de saúde até a recepção do diagnóstico, considerando não somente o momento da devolutiva, mas também os antecedentes e consequência deste, considerando esse processo como um todo, o que é fundamental para o acompanhamento efetivo da pessoa.

Fica claro também, a dificuldade do profissional em lidar com o sofrimento do outro e, frente à própria dificuldade, ele passa o diag-

nóstico para que outra pessoa comunique ao paciente, conforme relatado na entrevista 3:

“... o pior de tudo pra mim foi a minha mãe saber, que eu acho que ela era a última pessoa a poder saber, né? E ela foi a primeira. Porque o médico não me comunicou, não comunicou ninguém que ia fazer o exame. Até isso eu achei errado. Porque eu acho que é essencial você ter a autorização do paciente pra fazer o exame. E tem que dar notícia com autorização do paciente. Não, ele fez o exame sem minha autorização, sem falar nada comigo e ainda foi direto na minha mãe, não falou comigo. Ele queria que minha mãe me desse, me falasse... (...) ele queria um meio de sair fora”.

No relato acima, observa-se uma total desqualificação da paciente enquanto sujeito de sua saúde. Ela não foi comunicada do exame e, tampouco do diagnóstico. Foi usurpada em sua individualidade. Foi exposta em sua intimidade. Foi desrespeitada enquanto indivíduo e cidadã. Não lhe foi possibilitada a sua condição de pessoa com papel ativo e determinante na relação com o profissional que a atende.

As dificuldades em falar da aids e em enfrentar uma possível recusa do paciente em realizar o teste são alguns dos motivos que levariam os profissionais a não informá-lo sobre a solicitação do teste de HIV. A idéia do consentimento livre e esclarecido, atualmente um dos mais importantes princípios de ética em medicina, adequa-se perfeitamente a essa situação. A autonomia do paciente refere-se à possibilidade de fazer uma escolha, no entanto esta escolha não poderá ser pautada apenas no medo ou desejo, deverá ser informado das conseqüências de sua escolha. Ou seja, mesmo enfatizando o direito do paciente em fazer ou não o exame, é dever do profissional, em qualquer situação de risco de doença, oferecer os recursos disponíveis e procurar convencer o paciente dos benefícios do tratamento, mesmo que esses sejam poucos com relação aos problemas que terá que enfrentar diante de um resultado positivo. A situação da testagem pré-natal é um exemplo de que, mesmo sendo rotina, o paciente deve ser informado sobre os exames solicitados, devendo ser justificados de forma a convencê-lo dos benefícios em realizá-los.

Tem-se, assim, um modelo de saúde em que as forças psicossociais não desempenham um papel importante e há uma propensão dos profissionais de ignorá-las. Desta forma, o profissional de saúde não se aproxima da realidade única, subjetiva do paciente. Esta desvitalização do atendimento, além da falta de espaço para os sentimentos fluírem pode ser observada no seguinte discurso:

“Comecei a fazer os exames pré-natal, mas ninguém me falou nada. Só fiquei sabendo na hora que tive o neném. Eu fiquei 15 dias lá, internada, eu querendo ir embora e ninguém falava nada. Até que vieram me falar. Me deram um comprimido primeiro...” (entrevista 9).

Presença de exigências conflitantes que envolvem simultaneamente responsabilidade e autopreservação, o profissional de saúde vê-se frente a situações ambivalentes. E, diante deste quadro, que determina um atendimento caracterizado pela ênfase na competência

técnica, o paciente se ressentido de uma abordagem que permita estender um atendimento às suas necessidades psicossociais:

“Eu acho que ela (a médica) deveria chegar, conversar, explicar tudo direitinho... Porque ela deu pra mim assim, na lata, e saiu.” (entrevista 7)

É fundamental reconhecer que os profissionais que trabalham com DST/Aids, deparam-se dia a dia com situações estressantes – entrega de diagnóstico de exame sorológico, crises conjugais, dependência de drogas, falta de recursos, dor, desespero, rupturas etc. – que impõem a necessidade de superação de limites institucionais e pessoais. Neste sentido, a criação de espaços de reflexão e discussão, além de suporte psicológico, beneficiariam tanto o médico quanto os seus pacientes.

Equipe Multidisciplinar

Com relação à última categoria emergente, a estrutura dos serviços com base na multidisciplinaridade, estudos² recentes demonstram que não tem garantido respostas adequadas. Ainda que no campo intelectual este trabalho tenha emergido como possibilidade, na prática ele está fortemente organizado em torno do modelo médico, em que as demais áreas agregam seus trabalhos em torno da racionalidade clínica e na busca de autonomia, resultando na compartimentalização do atendimento. As práticas dos diferentes profissionais são freqüentemente isoladas e muitas vezes concorrentes, demonstrando dificuldade de interação entre diferentes competências técnicas.

A busca da integralidade, muitas vezes é confundida com ações de encaminhamento dos usuários, configurando em justaposição de ações. Ou ainda, tem-se a percepção do trabalho multidisciplinar como estratégia para reforçar prescrições, reforçando a convivência segmentada e autonomizada das diferentes competências técnicas. Estes aspectos podem ser observados conforme recorte na fala dos sujeitos:

“É uma confusão, porque daqui me mandam pro postinho lá perto de casa. Lá não tem infectologista. Dali me mandam pro pronto-socorro. Do pronto-socorro mandam pro postinho da (rua) Cuiabá. Ai, eles marcam consulta pra daqui a um mês. Ai, depois tem que vir buscar uns papéis e tirar um monte de sangue. Mas eles marcam assim... Ah! Lá é muito complicado, porque eles, por exemplo, se eu vou fazer um exame pra contar aquele negócio de CD4, eles marcam pra três ou quatro meses na frente, porque tem muita gente. Mas, desse jeito pra mim não dá, porque quando eu conseguir fazer este exame, já tô morrendo, porque eu não tô fazendo nenhum tratamento. Não, dessa vez eu vou falar: olha, não me alterem, se me mandarem pra essa UETDI (Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecto-Contagiosas), eu não vou a lugar nenhum. Ah não. Eles brincam muito com a gente, não dá, não.” (entrevista 6)

Estes dados indicam pistas importantes para uma reorientação na abordagem do paciente que leve em conta uma visão da pessoa

como um todo, não fragmentada pelas várias especialidades técnicas, que priorize o vínculo pessoal profissional-paciente, que seu sofrimento seja acolhido e considerado nos vários aspectos.

Estudos sobre o trabalho de equipes multidisciplinares^{2,14,15} buscando ampliar o foco do atendimento para além da racionalidade de clínica e do modelo médico tradicional (que busca exclusivamente o “paciente aderido” ao preservativo ou ao medicamento), indicam que alterações nas circunstâncias em que essa assistência interdisciplinar se realiza têm impacto perceptível na assistência. Confirmam as sugestões para o desenho de programas de prevenção do HIV e da aids que apontam a necessidade de ampliar a integralidade do atendimento e o aconselhamento para todos os momentos de contato com os participantes das ações de saúde, apesar dos obstáculos para superar a compartimentalização entre as várias especialidades profissionais ou a sobrecarga de trabalho nas unidades básicas de saúde.

Há que se destacar a importância desta equipe multidisciplinar como estratégia de construção de práticas assistenciais integrais, qualificando a assistência e propiciando transformações nas relações tradicionalmente estabelecidas pelos serviços públicos e de saúde. A perspectiva de existência de um espaço de trocas favorece o compartilhamento de angústias, dúvidas e dificuldades vividas, aliviando o estresse, fortalecendo a equipe, estimulando pesquisas e proposições nas quais os profissionais de saúde, assim como os usuários, poderão resgatar suas possibilidades de transformação das relações de poder, propondo alternativas assistenciais criativas e participação nas instâncias decisórias.

Mais que equipes técnicas, as equipes multidisciplinares que tratam o fenômeno aids devem se constituir enquanto grupos estratégicos, em que a real dimensão do problema passa pela luta por melhores condições de trabalho e pela inserção do profissional nos processos de concepção e organização do atendimento enquanto um todo. Assim, além de se estender às questões da organização da prática, a formação deve ser reorientada para a capacitação do profissional de saúde no sentido de poder sistematizar e aproveitar a aprendizagem informal, acumulada pela experiência no trato com o paciente¹⁶.

CONCLUSÃO

A atuação em Saúde, de um modo geral, carrega consigo contradições que se multiplicam, determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade, que baniu e vem gradativamente eliminando o componente humano do trabalho e que lhe conferia a condição de categoria histórica e de força transformadora na luta pela perpetuação e subsistência da humanidade. Atualmente, o trabalho, esmigalhado em atividades subjugadas e orientadas por fora do processo, caracteriza-se pela justaposição de elementos objetivados pela especialização, como se a busca da recuperação da totalidade perdida pudesse ser realizada na multidisciplinaridade das equipes dentro das instituições.

O avanço tecnológico não deixa alternativas para a formação do profissional de saúde; a “neutralidade” e a particularização e objetivação do tratamento são o reflexo da dicotomia entre o conhecimento técnico e a competência social, comum na formação, e que

coloca o profissional frente às questões características de sua especialidade. A racionalidade desvitaliza o tratamento, transformando o homem doente em questão técnica a ser resolvida. A formação profissional, direcionada por esta lógica objetiva, prioriza a competência técnica em detrimento da sensibilidade social; e, neste universo reificado, a racionalidade clínica prevalece.

Todas estas questões¹ remetem às bases do fenômeno aids, colocando a descoberto algumas contradições que determinam as principais dificuldades para o trato psicossocial do paciente, tanto a nível técnico e profissional, quanto dentro da sociedade organizada. Por mais que as equipes profissionais estejam instrumentalizadas técnica, teórica e tecnologicamente, sua compreensão do fenômeno restringe-se ao seu corpo especializado e a ação ressent-se, na prática. Se a informação técnica é essencial para a superação de questões estruturadas da ação imediata, falta à maioria dos especialistas a competência social para ultrapassar os limites da compartimentalização do conhecimento.

De acordo com os relatos deste estudo, observou-se que o encontro com o paciente não está sendo utilizado para que se estabeleça um diálogo, mas conduzem à repetição de preceitos normativos, além de uma postura de distanciamento, com o exercício da autoridade médica dicotomizada com relação às expectativas e vivências do paciente, agravadas pelo pouco tempo disponível para o atendimento.

Diálogo pressupõe *troca*, em que o conhecimento prévio e as crenças dos pacientes, que orientam seu comportamento cotidiano, possam ser relativizadas conjuntamente e, dessa forma, o próprio usuário possa identificar com mais clareza suas demandas e reconhecê-las como pertinentes. Entretanto, essa troca só é possível com o reconhecimento de que o usuário detém um conhecimento prévio, com base nas experiências e no saber de senso comum, que são bastante arraigados e orientadores das condutas cotidianas.

Ao relatar as histórias de vida, as experiências fragilizadoras e os caminhos encontrados para romper com o determinismo, elas vão, ao mesmo tempo, construindo formas de enfrentamento da situação atual. Para os profissionais de saúde, o momento da escuta serve para buscar, na história de vida de cada paciente, a melhor forma de introduzir as orientações e prescrições, de modo que sejam adaptadas ao contexto sociocultural e à realidade de cada um.

Diante deste confinamento da prática em campos estanques onde, por um lado, a busca pelas questões subjetivas do atendimento colide com o caráter assistemático da intervenção e, por outro, as questões técnicas prevalecem pela desvitalização e objetivação da relação terapêutica, a formação profissional volta-se para conhecimentos instrumentais que particularizam a ação e especializam as intervenções. A participação conjunta de pacientes e profissionais no processo de enfrentamento à aids tem sido destacada e a concepção do atendimento tem passado pelo crivo das necessidades destes dois elementos da ação terapêutica¹.

Espera-se, assim, obter alguns elementos necessários para realizar a síntese entre as duas perspectivas que devem prevalecer no atendimento a pessoas com aids: a visão compreensiva do profissional sobre a perspectiva do paciente e o envolvimento deste com as condições técnicas do atendimento.

Neste sentido, este trabalho representou uma tentativa para entrar no universo de representações de quem sofre com a aids, reti-

rando subsídios para a reorientação do atendimento e a formação profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FIGUEIREDO, MAC. - Aids, Ciência e Sociedade: A dicotomia entre conhecimento técnico e competência social no trabalho do profissional de saúde. In: Boarini M.L. - *Desafios na atenção à Saúde Mental*. Londrina: Editora Universidade de Londrina, 2000a.
- SILVA, NEK., OLIVEIRA, LA., FIGUEIREDO, WS., LANDRONI, MAS., WALDMAN, CCS., AYRES, JRCM. - Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 36(4):108-116, 2002.
- Ayres, JRCM. - Cuidado em Saúde: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface*, 6,117-120, 2000.
- FILGUEIRAS, SL. & DESLANDES, SF. - Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 159(2):121-131, 1999.
- FIGUEIREDO, MAC. - Algumas questões psicossociais do atendimento a pessoas que convivem com o HIV/Aids, sob o ponto de vista de um grupo de profissionais de saúde. *Jornal Brasileiro de Aids*, 2 (1):17-24, 2001.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - *Investigação Qualitativa em Educação*. Portugal-Porto: Porto Editora, 1997.
- DENZIN, NK. - *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. 3ª ed, Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1989.
- FIGUEIREDO, MAC. - *Profissionais de Saúde e Aids*. Um estudo diferencial. *Medicina*.Ribeirão Preto, 26 (3): 393-407, 1993.
- MINAYO, MC. - *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.
- NARDI, HC. - *Saúde, Trabalho e Discurso Médico*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 1999
- BOLTANSKI, L. - *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Edições Graal,1989.
- FIGUEIREDO, MAC. & RIBEIRO, DF. - A devolução do diagnóstico anti-HIV positivo. In: O ponto de vista do paciente com aids a respeito do atendimento clínico recebido. FFCLRP-USP, 1997.
- MENDES-GONÇALVES, RBM. - Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centro de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- FIGUEIREDO, R. & AYRES, J.R. - Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade feminina de mulheres às DST/Aids em São Paulo. *Revista Saúde Pública*, 36 (4):96-107, 2002.
- BUCHALLA, CM. & PAIVA, V. - Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista Saúde Pública*, 36 (4):117-119, 2002.
- FIGUEIREDO, MAC. - Estudo de Representações sobre Aids em pacientes, para a formação profissional visando grupos de suporte para pessoas contaminadas pelo HIV, sintomáticas ou não. *Jornal Brasileiro de Aids*, 1(5): 22-31, 2000b.

Endereço para Correspondência:

ANA ALAYDE W SALDANHA

Av. Argemiro de Figueiredo, 505, apt. 101 C – Bessa

João Pessoa – PB CEP: 58037-030

E-mail: analayde@pontoweb.com.br

Recebido em: 30/06/04

Aprovado em: 29/09/04

DST 6/Prevenção 6/Aids 2, Santos, 2006

www.dستاopaulo.org.br



Os pedidos poderão ser feitos enviando vale postal ou cheque nominal cruzado em nome do Sr. Luiz Antônio Leão Pereira. Maiores informações podem ser obtidas pelos telefones (016) 618-4841 e 618-4814.

Valor do livro: R\$ 50,00
(mais o valor da postagem)

Rua João Nantes Júnior, 283
14096-260 – Ribeirão Preto - SP

Pedidos:

São Paulo – Rua Jesuíno Pascoal, 30
Tels.: (11) 3331-9186/223-0143
222-4199 (R. 25, 28 e 30)
Fax: (11) 223-5513
E-mail: edathe@terra.com.br

Rio de Janeiro – Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 2539-1295
Fax: (21) 2538-1284
E-mail: atheneu@atheneu.bom.br

Ribeirão Preto – Rua Barão do Amazonas, 1.435
Tel.: (16) 636-8950/636-5422
Fax: (16) 636-3889
E-mail:
editoratheneu@netsite.com.br

Belo Horizonte – Rua Domingos Vieira, 319 –
Conj. 1.104

