
SUMÁRIO

EDITORIAL

ESTUDO IMUNO-HISTOQUÍMICO DA PROTEÍNA P53 NA INFECÇÃO PELO HIV	3
--	---

ARTIGOS

REPRODUTIBILIDADE DO TESTE DE CAPTURA HÍBRIDA DE SEGUNDA GERAÇÃO NA DETECÇÃO DE HPV DE ALTO RISCO EM MATERIAL CERVICOVAGINAL DE AUTOCOLETA	5
--	---

Reproducibility of Hybrid Capture II Second Generation for High Grade HPV Detection in Cervico-Vaginal Selfcollecting Samples
Adriana Cremonesi, Eliane Taromaru, Gerson Botacini das Dôres, Aduino Castelo, Adhemar Longatto Filho, Tânia Maria CW Veras, Francisco Holanda Júnior

PREVALÊNCIA DE HIV ENTRE DOADORES DE SANGUE NO BANCO DE SANGUE DO MARANHÃO	11
--	----

HIV Prevalence Among Blood Donors in a Blood Bank in Maranhão

Ana Maria B Pereira, Flávia RF Nascimento

ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A AIDS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO CONTEXTO DA SOROPOSITIVIDADE PARA O HIV	14
--	----

Study of Social Representations on Aids in Professionals of Health Who Act in the Context of the Soropositividade for the HIV

Cristiane G Ribeiro, Maria da Penha L Coutinho, Ana Alayde W Saldanha

PRÁTICAS SEXUAIS E ESCOLHAS REPRODUTIVAS DE CASAIS SORODIFERENTE PARA O HIV	19
---	----

Sexual Practices and Reproductive Choices for Sero-Different-To-HIV Couples

Taís Renata Dalapria, Francisco RG Ximenes Neto

CITOLOGIA DE BASE-LÍQUIDA PELO SISTEMA DNA-CITOLIQ® (DCS) – EFICÁCIA NA IDENTIFICAÇÃO DA MICROBIOTA VAGINAL ..	27
--	----

Liquid-Based Cytology by DNA-Citoliq® System (DCS) – Efficacy in Identification of Vaginal Microbiota

Venâncio A FAlves, Aduino Castelo Filho, Gislene Namiyama, Adhemar Longatto Filho, Maria Regina Vianna, Eliane Taromaru, Gerson Botacini das Dôres

A MAGNITUDE DA INFECÇÃO PELO HIV-AIDS EM MAIORES DE 50 ANOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE	32
--	----

The Magnitude of the Infection for the HIV-Aids in Greater of 50 years in the City of Fortaleza-CE

Aline R Feitoza, Adriano R Souza, Maria Fátima M Araújo

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES HIV+ SUBMETIDOS A TRATAMENTO DE DROGAS ANTI-RETROVIRAIS ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO, EM CAMPINA GRANDE – PB	38
--	----

Epidemiologic Profile in HIV + Patients with Treatment of Anti-Retrovirals Drugs in the Alcides Carneiro University Hospital, in Campina Grande City- PB

Pollianna M Alves, Pedro HAS Leite, Christiana F Marcelino, Arlindo CCM Brasileiro, Robéria LQG Figueirêdo, Edna QG Figueirêdo

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DST/AIDS PARA ADOLESCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO ABRIGO COM EXPERIÊNCIA PREGRESSA DE VIDA NAS RUAS DA CIDADE DE GOIÂNIA	43
--	----

Social Representation of STD/Aids for Sheltered Adolescents with Life Experience in the Streets of Goiânia

Ida K Borges, Marcelo Medeiros

REVISÃO

AIDS E SAÚDE MENTAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	50
--	----

Aids and Mental Health: Bibliographical Review

Carolina Maria L Carvalho, Violante Augusta B Braga, Marli Teresinha G Galvão

PREVALÊNCIA DOS AGENTES DE CERVICITE: ANÁLISE DA LITERATURA	56
---	----

Prevalence of Cervicitis Agents: Literature Review

Newton Sergio de Carvalho, Rodrigo Angeli, Márcia Krajdén

SUMÁRIO Nº 1

EDITORIAL

DST, DARLENE, CELEBRIDADE, LULA E EDUCAÇÃO 3

ARTIGOS

MANEJO SINDRÓMICO DE FLUXO VAGINAL Y DOLOR ABDOMINAL BAJO EN HONDURAS:
VALIDACIÓN DE FLUJOGRAMAS
Syndromic Management of Vaginal Discharge and Lower Abdominal Pain in Honduras: Algorithm Validation 5
Abordagem Síndromica de Corrimento Vaginal e Dor Pélvica em Honduras: Validação de Fluxogramas
Marco Antonio Urquía, Lesby Castro de Midence, Gina Morales, Maytee Paredes, Soyapa Mendoza, Alba Paz, Marco Antonio Alvarenga, Fabio Moherdani

CYTOLÓGICO AND HIGH-RISK HPV TYPES DETECTED WITH HYBRID CAPTURE II (HC2) IN LIQUID-BASED
CITOLÓGIQ® SYSTEM: EXPERIENCE FROM THE LAMS (LATIN AMERICAN SCREENING) STUDY 17
*Deteção de HPV de Baixo e Alto Riscos pelo Método de Captura de Hibridos II (HC2) em Citologia de Base Líquida (Sistema DNA Citológiq®):
Experiência do Grupo de Estudo Lam (Rastros Latino Americanos)*
Adhemar Longatto Filho, Maria Lúcia Utugawa, Sonia Maria M Pereira, Janaina Erika Pittoli, Luciana S Aguiar, Marina YS Maeda,
Celso Di Loreto, Cecília Roteli-Martins, Themístocles P Lima, Janice Olívia Galvane, Kari J Syrjänen

INFLUÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HIV-1 SOBRE A PRESENÇA DO HPV EM LESÕES DO COLO UTERINO 21
Influence of HIV-1 Infection on the Presence of HPV in Uterine Cervix Lesions
Ana Paula M Fernandes, Maria Alice G Gonçalves, Renata T Simões, Silvana Maria Quintana, Geraldo Duarte, Eduardo A Donadi

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE POLYMERASE CHAIN REACTION AND THE HYBRID CAPTURE ASSAY
FOR THE DETECTION OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION 26
*Análise Comparativa da Reação em Cadeia da Polimerase e da Captura do Hibrido para Detecção de Infecções Causadas por
Papilomavírus Humanos*
Maria Odete O Carvalho, Fernando N Carestiano, Marisa O Ribeiro, Marcia Marinho, Fabio M Barbosa, Licínio E Silva, Trade Dimetz,
Leidy ES Oliveira, Sílvia MB Cavalcanti

EFICÁCIA DO ACONSELHAMENTO PARA DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM UNIDADES DE
REFERÊNCIA DA CIDADE DE FORTALEZA, CE, BRASIL 31
Efficacy of Counseling in STD Reference Health Units in the City of Fortaleza, CE, Brazil
Maria Alis L Araújo, Júlia SNF Bucher, Pierre Yves Bello

VALIDAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE CORRIMENTO VAGINAL EM GESTANTES 38
Validity of Flow Chart for Vaginal Discharge in Pregnant Women
Maria Lúcia B Meneses Anibal E Faindes

VULVOVAGINITES RECORRENTES: UMA DOENÇA PSICOSSOMÁTICA? 45
Recurrent Vulvovaginitis: A psychosomatic disease?
Sílvia N Cordeiro, Paulo C Giraldini, José Hugo Sabatini, Gislaine A Fonseca-Carusan, Egberto R Turato

ESTUDO DE EQUIVALÊNCIA ENTRE AZITROMICINA E PENICILINA G BENZATINA NO TRATAMENTO DA
SÍFILIS 52
Equivalence Trial of Azithromycin to Benzathine Penicillin G in the Treatment of Syphilis
Mauro RL Passos, Adele S Benzaken, Ivo CB Coelho, Gerson HS Rodrigues, João Catarina Dutra Junior, Renata Q Varela, Rogério R Tavares,
Nero A Barreto, Bruno P Marques, Jair Figueiredo

RELATO DE CASO

SÍFILIS SIMULANDO HANSENÍASE BORDERLINE-TUBERCULOÍDE: INTERFACES QUANTO AO CONTEXTO
HISTÓRICO, CLÍNICO E DE SAÚDE PÚBLICA 67
Syphilis mimicking Borderline (BT) Leprosy. Historical, Clinical and Public Health Interfaces
Antonio PM Schettini, José CG Sardinha, Renato CS Júnior, Maria CA Schettini, Nádyia PP Lopes

CARTA AO LEITOR

DOIS ANOS SEM VITIELLO 73
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO 76

SUMÁRIO Nº 3

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 1 4

ARTIGOS

A IMPLICAÇÃO DOS MECANISMOS DO LUTO NA EXPOSIÇÃO AO HIV 7
The Mechanisms Related to Grief and Their Implications for Exposure to HIV
Solange MS Oliveira, Wilza V Villela

"MADRE FRONTEIRA": ESTUDO CONJUNTO DE PREVALÊNCIA DE SÍFILIS, TRICOMONÍASE E HIV EM GESTANTES
DA TRÍPLICE FRONTEIRA DO ALTO RIO SOLIMÕES 15
*"Madre Fronteira": 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 Garcia, Adelmira de O Rodrigues, Claudia Mora, Martin S Sánchez, José Carlos G Sardinha

ESTRESSE NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM UMA UNIDADE DE PACIENTES
PORTADORES DE HIV-AIDS 24
Stress Among Nursing Professionals at an HIV-Aids Unit
Janice DE Miquelini, Cláudia BO Carvalho, Elucir Gir, Nilsa TR Pêla

CARACTERIZAÇÃO FENOTÍPICA E MOLECULAR DE NEISSERIA GONORRHOEAE ISOLADAS NO RIO DE
JANEIRO, 2002-2003 32
Phenotypic and Molecular Characterization of Neisseria gonorrhoeae Isolated in Rio de Janeiro, Brazil, 2002-2003
Nero A Barreto, Raquel RP Sant'anna, Lúcia BG Silva, Aline A Uehara, Renata C Guimarães, Iabele M Duarte, Marise D Asensi

A DANÇA COMO MEIO DE CONHECIMENTO DO CORPO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES 43
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, Marília D Belo, Ligia 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 TERAPÉUTICA EM AIDS – VITÓRIA, ES – BRASIL 59
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-1 67
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-1 73
The Feminization of Aids: Knowledge of Seropositive Women about HIV-1 Transmission and Prevention
Elucir Gir, Sílvia 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
GOIÂNIA 77
Factors Associated with Condom Use by Female Adolescents in Goiânia City
Maria AS Vieira, Elzeuse MB Guimarães, Maria A Barbosa, Marília D Tharcz, Maria de Fátima C Alves, Miriam SC Seixas, Mônica MD Garcia,
Ruth Minamisava

ATENDEMENTO PSICOSSOCIAL À AIDS: A BUSCA PELAS QUESTÕES SUBJETIVAS 84
Psychosocial Attendance the Aids: the Search for the Subjective Questions
Ana AW Saldanha, Marco AC Figueiredo, Maria da Penha L Coutinho

SUMÁRIO Nº 2

EDITORIAL

DOCUMENTO DE NITERÓI PARA O CONTROLE DA SÍFILIS 3

ARTIGOS

CONHECIMENTO SOBRE REPRODUÇÃO E SEXO SEGURO DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DE ENSINO
MÉDIO E FUNDAMENTAL DE FORTALEZA – CEARÁ 5
Knowledge of Reproduction and Safe Sex among Teenagers from a Highschool in Fortaleza – Ceará
Mônica C Façanha, Beatriz LF Meneses, Ana DB Fontenele, Marina A Melo, Adivânia S Pinheiro, Cecília S Carvalho, Ivna A Porto,
Larissa OC Pereira

BENEFÍCIOS DA INTERAÇÃO GRUPAL ENTRE PORTADORES DE HIV-AIDS 10
Benefits of the group interaction among the HIV-aids Bears
Nilzemar R Souza, Edna Paciência Vieira

A ABORDAGEM DE ADOLESCENTES EM GRUPOS: O CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO DE
DST 18
The Approaching of Adolescents in Groups in the Context of the Education in Health and Sexually Transmitted Diseases Prevention
Márcia M Souza, Ida K Borges, Marcelo Medeiros, Sheila A Teles, Denise B Munari

ESTUDO COMPARATIVO DE DIFERENTES FORMAS DE TRATAMENTO DE CONDILOMAS ACUMINADOS 23
Comparative Study of Different Ways of Treatment on Genital Wart
Tomaz B Isolani, Gutemberg L Almeida Filho, Mauro RL Passos, Renato S Bravo

NEISSERIA GONORRHOEAE PRODUTORAS DE BETALACTAMASE RESISTENTES A AZITROMICINA
EM MANAUS, AMAZONAS, BRASIL 28
Neisseria gonorrhoeae Betalactamase Producers Resistant to Azithromycin in Manaus, Amazonas, Brazil
William A Ferreira, Cristina M Ferreira, Antonio PM Schettini, José Carlos G Sardinha, Adele S Benzaken, Mirna A Garcia,
Enrique G Garcia, Luiz A Oliveira

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA DO SUL DO BRASIL 33
HIV Vertical Transmission in Low Class Population in the South of Brazil
Marilene Stefani, Breno F Araújo, Neiva MP Rocha

ESTUDO DA PREVALÊNCIA E VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS DA INFECÇÃO PELO HIV EM GESTANTES
ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CURITIBA 40
Study of Prevalence and Epidemiological Variables of the HIV Infection in Pregnant Women Attended in Clinical Hospital's Maternity from Curitiba
Renato Luiz Shalqueiro, Claudete Reggiani, Edson Gomes Tristão, Almir Antonio Urbemetz, Rosires Pereira de Andrade,
Denis José Nascimento, Newton Sergio de Carvalho

HERPES GENITAL Y EMBARAZO 48
Genital Herpes and Pregnancy
Miguel Tili

ASPECTOS ORAIS DA INFECÇÃO PELO HIV EM PACIENTES PEDIÁTRICOS – UMA ABORDAGEM ATUAL 53
Oral Aspects the HIV Infection in Pediatric Children – An Actual Approach
Dennis C Ferreira, Ana PV Dias, Philippe Godefroy, Daniela D Gardioli, Paula BM Mello, Rosângela S Knupp

REVISÃO

RELATO DE CASO

LEUCOPLASIA PILOSA ORAL EM PACIENTE HIV POSITIVO: REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE CASO 58
Oral Hairy Leukoplakia in HIV Seropositive Patient: Literature Review and Case Report
Adriana Mitoges, Ruth T Ramos, Marília H Castilho, Eliane P Dias

CARTA DOS EDITORES

CARTA PARA OS DIRETORES DE FACULDADES DE MEDICINA 63
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO 68

SUMÁRIO Nº 4

EDITORIAL

ESTUDO IMUNO-HISTOQUÍMICO DA PROTEÍNA P53 NA INFECÇÃO PELO HIV 3

ARTIGOS

REPRODUTIBILIDADE DO TESTE DE CAPTURA HÍBRIDA DE SEGUNDA GERAÇÃO NA DETECÇÃO DE HPV DE ALTO
RISCO EM MATERIAL CERVICOVAGINAL DE AUTOCOLETE 5
Reproducibility of Hybrid Capture II Second Generation for High Grade HPV Detection in Cervico-Vaginal Self-collecting Samples
Adriana Cremonesi, Eliane Taromara, Gerson Botucini das Dóres, Adauto Castelo, Adhemar Longatto Filho, Tânia Maria CW Veras,
Francisco Holanda Júnior

PREVALÊNCIA DE HIV ENTRE DOADORES DE SANGUE NO BANCO DE SANGUE DO MARANHÃO 11
HIV Prevalence Among Blood Donors in a Blood Bank in Maranhão
Ana Maria B Pereira, Flávia RF Nascimento

ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A AIDS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO CONTEXTO
DA SOROPOSITIVIDADE PARA O HIV 14
Study of Social Representations on Aids in Professionals of Health Who Act in the Context of the Soropositividade for the HIV
Cristiane G Ribeiro, Maria da Penha L Coutinho, Ana Alayde W Saldanha

PRÁTICAS SEXUAIS E ESCOLHAS REPRODUTIVAS DE CASAIS SORODIFERENTE PARA O HIV 19
Sexual Practices and Reproductive Choices for Sero-Different-To-HIV Couples
Tais Renata Dalupria, Francisco RG Ximenes Neto

CITOLOGIA DE BASE-LÍQUIDA PELO SISTEMA DNA-CITOLÓGIQ® (DCS) – EFICÁCIA NA IDENTIFICAÇÃO DA MICROBIOTA
VAGINAL 27
Liquid-Based Cytology by DNA-Citológiq® System (DCS) – Efficacy in Identification of Vaginal Microbiota
Venâncio A FAlves, Adauto Castelo Filho, Gislene Namiyama, Adhemar Longatto Filho, Maria Regina Vianna, Eliane Taromara, Gerson
Botucini das Dóres

A MAGNITUDE DA INFECÇÃO PELO HIV-AIDS EM MAIORES DE 50 ANOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE 32
The Magnitude of the Infection for the HIV-Aids in Greater of 50 years in the City of Fortaleza-CE
Aline R Feitosa, Adriano R Souza, Maria Fátima M Araújo

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES HIV+ SUBMETIDOS A TRATAMENTO DE DROGAS ANTI-RETROVIRAIS
ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO, EM CAMPINA GRANDE – PB 38
*Epidemiologic Profile in HIV + Patients with Treatment of Anti-Retrovirals Drugs in the Alcidos Carneiro University Hospital, in Campina
Grande City- PB*
Polianna M Alves, Pedro HAS Leite, Christiana F Marcelino, Arlindo CCM Brasileiro, Robéria LQG Figueiredo, Edna QG Figueiredo

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DST/AIDS PARA ADOLESCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO ABRIGO COM EXPERIÊNCIA
PREGRESSA DE VIDA NAS RUAS DA CIDADE DE GOIÂNIA 43
Social Representation of STD/AIDS for Sheltered Adolescents with Life Experience in the Streets of Goiânia
Ida K Borges, Marcelo Medeiros

REVISÃO

AIDS E SAÚDE MENTAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 50
Aids and Mental Health: Bibliographical Review
Carolina Maria L Carvalho, Violante Augusta B Braga, Marli Teresinha G Galvão

PREVALÊNCIA DOS AGENTES DE CERVICITE: ANÁLISE DA LITERATURA 56
Prevalence of Cervicitis Agents: Literature Review
Newton Sergio de Carvalho, Rodrigo Angeli, Márcia Krajdin



**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 GOLÁS
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: Mariângela Silveira

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: Aníbal 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 Carvalho (Brasil)
Diretor Científico Adjunto: Patrícia J. Garcia (Peru)

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

Filiado a
Associação Brasileira
de Editores Científicos



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 cazje
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**

Editorial

Estudo Imuno-Histoquímico da Proteína P53 na Infecção pelo HPV

Os papilomavírus humano (HPV) infectam as células epiteliais e causam, na maior parte das vezes, proliferações epiteliais benignas na pele e em mucosas, denominadas de verrugas. Porém, em alguns casos estas alterações podem ser malignas pelo efeito carcinogênico de alguns subtipos de HPV. A carcinogênese pelo HPV, resulta da expressão de dois genes virais, E6 e E7 que interferem com a função das proteínas Rb e p53 da célula hospedeira. A proteína E6 estimula a degradação da proteína p53 que são consideradas críticas para o desenvolvimento de tumores, uma vez que essa proteína está relacionada ao controle do ciclo celular, principalmente ao induzir apoptose quando ocorre alguma alteração nuclear. O objetivo deste editorial é apresentar estudo que visa estabelecer parâmetros laboratoriais de pré-malignidade em tumores causados pelo HPV em pênis humano através da detecção da proteína p53.

Até o momento, foi incluído neste estudo um paciente do sexo masculino, com 17 anos, que procurou o Serviço de DST da Santa Casa da Misericórdia com queixa de lesão em pênis com início há três meses. Após exame clínico, constatou-se tratar de um condiloma gigante de pênis. Foi realizado biópsia de fragmentos de pele e mucosa do pênis e o material foi submetido as seguintes técnicas: Hematoxilina-Eosina (histopatológico), Imunohistoquímica para HPV (DAKOM3528) e para a proteína p53 (DAKOM7001) com revelação pela peroxidase. Foi iniciado o tratamento (eletrocirurgia seguida de postectomia parcial e utilização de Imiquimod a 5% sete dias após a cirurgia por quatro semanas). Na histopatologia, obteve-se laudo de infecção epitelial por HPV. Na imuno-histoquímica para o HPV, observou-se grande quantidade de

vírus nas células mais superficiais do epitélio. Na imuno-histoquímica para a proteína p53, verificou-se positividade em várias células epiteliais desde a camada basal até o ápice do epitélio.

Os resultados confirmam a teoria que o HPV infecta as células da camada basal dos epitélios através de micro-lesões. Ao se dividirem, algumas células permanecem na camada basal e outras continuam o processo de diferenciação nas camadas superiores. Contudo, o vírus necessita que a célula apresente um certo grau de diferenciação para a formação do capsídeo, pois, o promotor para a transcrição do RNAm da proteína formadora deste, é mediada apenas em células diferenciadas. Esse fato pode ser reforçado pela observação de que a amplificação do DNA viral e a síntese de proteínas do capsídeo não acontecem nas camadas basal e parabasal. Os anticorpos para a proteína p53 apenas reagem com a forma mutante desta proteína, neste caso demonstrando um alto grau de proliferação e avanço das alterações celulares por incorporação do genoma viral ao funcionamento celular. Apesar das lesões exofíticas serem provocadas por vírus de baixo grau de malignização (6 e 11), também observa-se a presença de vírus de alto grau (16 e 18) devido a transformação da proteína p53.

JOÃO CÔRTEZ

Professor Assistente da Disciplina de Histologia
da Universidade Federal Fluminense
E.mail: joaocortes@yahoo.com.br

REPRODUTIBILIDADE DO TESTE DE CAPTURA HÍBRIDA DE SEGUNDA GERAÇÃO NA DETECÇÃO DE HPV DE ALTO RISCO EM MATERIAL CERVICOVAGINAL DE AUTOCOLETA

REPRODUCIBILITY OF HYBRID CAPTURE II SECOND GENERATION FOR HIGH GRADE HPV DETECTION IN CERVICO-VAGINAL SELF-COLLECTING SAMPLES

Adriana Cremonesi¹, Eliane Taromaru², Gerson Botacini das Dôres³, Adauto Castelo⁴, Adhemar Longatto Filho⁵, Tânia Maria CW Veras⁶, Francisco Holanda Júnior⁷

RESUMO

Introdução: o câncer de colo uterino é a terceira causa de óbito na população feminina do Brasil. Ocorrem anualmente cerca de 17 mil novos casos com taxa de mortalidade estimada em 4 mil casos. O papilomavírus humano (HPV) é o principal fator de risco associado a esse tipo de câncer. Alguns tipos de HPV, denominados de alto risco, são carcinogênicos e encontrados em praticamente 100% dos tumores cervicais e na maioria das lesões de alto grau. Assim, a aplicação clínica de testes moleculares para a detecção do HPV no conteúdo cervicovaginal, como estratégia de triagem de câncer de colo e lesões de alto grau, é de grande interesse. **Objetivo:** o presente trabalho teve por objetivo comparar os resultados da captura híbrida II para HPV de alto risco oncogênico em material coletado por médico e o proveniente de autocoleta domiciliar. **Métodos:** trezentas e vinte e três mulheres foram submetidas à coleta de material vaginal por autocoleta domiciliar e, posteriormente, por profissional médico. Os dois materiais de cada paciente foram submetidos ao teste de CH II (STM, DIGENE Corp., USA) para HPV de risco oncogênico. O presente protocolo foi submetido à apreciação e aprovado pela Comissão de Ética da Secretária de Saúde do Estado do Ceará, que indicou para participar do estudo as cidades de Crato, Juazeiro do Norte, Sobral e Pedra Branca. Foram incluídas neste estudo mulheres que moravam em uma das cidades selecionadas, com idade entre 15 a 50 anos e com o último exame preventivo realizado há mais de seis meses. **Resultados:** das 323 mulheres avaliadas, 17,96% apresentaram resultados positivos para ambos os métodos de coleta, 73,37% apresentaram resultados negativos para ambos os métodos de coleta, 1,86% apresentaram resultados positivos por coleta médica e negativa para autocoleta, e 6,81% apresentaram resultados positivos por autocoleta e negativos por coleta médica. **Conclusão:** a autocoleta mostrou-se significativamente reprodutível com a possibilidade de atender a mulheres sem acesso a serviços de saúde.

Palavras-chave: HPV, autocoleta, captura híbrida

ABSTRACT

Introduction: the cervical cancer, although the prevention is possible, is the third cause of death in women population in Brazil. According to National Institute of Cancer (INCA) occurs annually about 17.000 new cases in Brazil, with mortality rate estimated in 4.000 cases. Human papillomavirus (HPV) is the main factor of risk associated with this type of cancer. Some types of HPV, called high risk, are oncogenics and are found in practically 100% of the cervical tumors and in the majority of the high-grade lesions. Thus, the clinical application of molecular tests for detection of the HPV in the cervico-vaginal samples, as strategy of selection of cervical cancer and high-grade lesions, generated great interest. **Objective:** the present work had for objective to compare the results of Hybrid Capture II for HPV high risk in specimens collected by doctor and by self-collection. **Methods:** hybrid capture detection of oncogenic HPV (STM, DIGENE Corp., USA) from medical and self-collecting samples were compared. The study was approved by the Health Authorities of Ceará State, which indicated the four cities to participate: Crato, Juazeiro do Norte, Sobral and Pedra Branca. Were included women from one of these cities for this study with age ranging from 15 to 50 years old, and the last Papanicolaou test performed a least more than 6 months. **Results:** of 323 evaluated women, 17.96% were positive for both collection methods, 73.37% had presented resulted negative for both the collection methods, 1.86% were positive by medical collection and negative by self-collection and, 6.81% were positive by self-collection and negative by medical collection. **Conclusion:** we can conclude that self-collection, for HPV detection is so efficient on routine screening for oncogenic HPV types as the collection performed by professionals of the health.

Keywords: HPV, self-sampling, hybrid capture

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4):5-10, 2004

INTRODUÇÃO

A importância do HPV reside no fato de que certos tipos têm potencial oncogênico, e as infecções por estes tipos contribuem para o desenvolvimento de tumores, principalmente no trato genital feminino¹. O HPV do grupo de alto risco é considerado como uma das causas centrais do câncer cervical. Tem-se sugerido que o desenvolvimento deste tipo de câncer depende de uma variedade de fatores que atuam junto com o HPV². O tipo de HPV, a alta carga viral e a infecção persistente desse vírus são marcadores

1. Bióloga formada pela Universidade de Santo Amaro (UNISA), pós graduanda em Qualidade e Produtividade Empresarial: Logística e Gestão de Processos pelo IPT (USP) e Encarregada de Produção da Digene Brasil.
2. Gerente Técnica da Digene Brasil, São Paulo, Brasil.
3. Diretor Científico da Digene Brasil, São Paulo, Brasil.
4. Professor Adjunto de Doenças Infecciosas da Escola de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil
5. Pesquisador Científico do Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, Brasil, *Postdoctoral fellowship* Universidade do Minho, Escola de Ciências da Saúde, Braga, Portugal.
6. Diretora do Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC), médica, ginecologista e obstetra, coordenadora do Programa de Prevenção do Câncer de Colo do Útero do Estado do Ceará e mestranda em ginecologia pela UFCE.
7. Médico, ginecologista e obstetra da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

importantes de risco de progressão para o câncer invasivo. Por sua vez, a integração do genoma do HPV ao da célula hospedeira, é condição indispensável para o desenvolvimento de câncer³.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado associação entre o câncer cervical e vários fatores sociais^{4,5}. A prevalência é maior nas mulheres de classe social baixa, com início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, número de gestações, uso de contraceptivo oral e outros fatores hormonais². Além disso, a imunidade do hospedeiro desempenha papel fundamental nesse processo e pode modificar o curso da infecção viral⁶. Portanto, a neoplasia cervical comporta-se como uma DST^{5,7-9}.

Segundo Lancelotti *et al.*¹⁰, o interesse pelo HPV, assim como, por seu diagnóstico, ocorreu devido a alerta feito pelos citologistas que informaram uma nova realidade epidemiológica, mostrando a necessidade de meios eficazes de diagnóstico precoce dessa infecção.

Por sua forte associação com o câncer do colo uterino, é imperativa a utilização de métodos diagnósticos mais precisos que, além de identificar o vírus e quantificar a carga viral, permitam sua tipagem como oncogênico ou não¹¹.

Dôres¹², ressalta as dificuldades da realização de diagnóstico preciso com os métodos convencionais utilizados até então, como a citologia, a colposcopia e a histologia, enfatizando a importância do uso de técnicas biomoleculares na detecção do DNA-HPV.

A biologia molecular é de suma importância para o diagnóstico precoce e orientação de conduta a ser tomada nas pacientes com infecção genital pelo HPV, pois revela a presença do DNA-HPV antes mesmo que o vírus cause qualquer lesão, o que a torna muito importante no rastreamento de neoplasias do trato genital inferior, assim como no combate às doenças sexualmente transmissíveis¹³.

A captura híbrida II (CH II) é um ensaio simples, rápido, seguro e reproduzível que utiliza células esfoliadas obtidas tanto do trato genital feminino como do masculino. Pode ainda ser realizado em material de biópsia. Utiliza sondas de RNA altamente específicas para detectar 18 tipos de HPV que mais comumente infectam o trato anogenital. O teste diferencia dois grupos: o grupo A, que possui sondas para HPV de baixo risco (6, 11, 42, 43, 44) e o grupo B, que possui sondas para HPV de risco intermediário/alto risco (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68). Esses tipos representam 95% dos vírus que infectam o trato anogenital, sendo que os tipos do grupo intermediário/alto risco estão presentes em 99% dos casos de câncer. A sensibilidade é de 1 pg/ml de DNA-HPV, equivalente a 0,1 cópia de vírus/célula. Por essa sensibilidade, os estudos têm mostrado estreita relação com a evolução clínica. Todos os testes de CH II são, ao mesmo tempo, quantitativos e qualitativos¹⁰.

A autocolheita foi testada desde o final dos anos 70 para a citologia oncótica cervicovaginal na prevenção do câncer de colo uterino. Todavia, os resultados encontrados não se mostraram eficientes. Com a introdução da biologia molecular, pesquisas estão sendo realizadas para avaliar a viabilidade desse método de colheita, podendo haver vantagens para as mulheres com a redução de custos nos programas de rastreamento de massa¹².

Para um país de dimensões continentais, como o Brasil, com grande disparidade socioeconômica e cultural entre as regiões, a possibilidade de se coletar espécime através da autocolheita seria alter-

nativa bem-vinda, pois, pela sua fácil aceitação, representaria, além do benefício emocional para a paciente, sensível diminuição de custos. Assim, tivemos como objetivo, comparar os resultados da captura híbrida II para HPV de alto risco oncogênico em material coletado por médico e aquele advindo de autocolheita domiciliar.

PACIENTES E MÉTODOS

O presente protocolo foi submetido à apreciação e aprovado pela Comissão de Ética da Secretária de Saúde do Estado do Ceará, que indicou para participar do estudo as cidades de Crato, Juazeiro do Norte, Sobral e Pedra Branca. Como a maior parte da população estudada era analfabeta, os objetivos da pesquisa foram explicados em linguagem simples pelos Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará. Dessa forma, o consentimento foi verbal.

Trezentas e vinte e três mulheres elegíveis foram submetidas à coleta de material vaginal por autocoleta domiciliar e, posteriormente, por profissional médico, que na oportunidade, também coletava células para exame citopatológico convencional. Os dois materiais de cada paciente foram submetidos ao teste de CH II para a pesquisa de vírus oncogênico.

Foram incluídas neste estudo mulheres que moravam em uma das cidades selecionadas, com idade entre 15 a 50 anos e com o último exame preventivo realizado há mais de seis meses. Foram excluídas do estudo mulheres virgens, histerectomizadas e grávidas.

Utilizou-se na coleta de material para CH II o *kit* Digene, composto de um tubete com 1 ml de solução conservadora e uma escova com haste longa.

Para realização da autocoleta os Agentes Comunitários de Saúde foram instruídos a:

- descrever para a paciente de modo sucinto, porém claro, o objetivo do novo exame que estava sendo testado;
- perguntar sobre a data do último exame de prevenção;
- orientar sobre a necessidade da mulher: não estar menstruada, não ter relação sexual na véspera do exame, não usar cremes vaginais nos 3 dias que antecederam o exame e não fazer asseio antes da autocoleta.
- explicar para a paciente o procedimento de coleta da amostra;
- entregar o Guia de Orientação para Autocoleta contendo as ilustrações explicativas;
- entregar o *kit* de autocoleta, previamente identificado com o nome da paciente e aguardar o retorno do material coletado.
- agradecer a participação e cooperação da mulher e dispor-se a retornar com os resultados dos exames realizados;
- registrar o número de mulheres que não aceitaram participar assim como os motivos;
- providenciar o transporte do exame para a unidade de saúde receptora.

A coleta de material cervicovaginal feita pelo médico obedeceu à ordem de se coletar inicialmente espécime para a citologia oncótica e, posteriormente, para a CH II. O resultado da citologia oncótica não é objetivo do presente estudo.

Os médicos foram orientados a:

- esclarecer sobre a necessidade de abstinência sexual no dia anterior à coleta e não estar menstruada;
- não efetuar exame digital (toque), colposcopia ou assepsia prévia;
- introduzir toda escova no canal cervical e rodá-la cinco vezes no sentido horário. Com a espátula de Ayre, coletar material da ectocérvice e fundo vaginal;
- efetuar o esfregaço em lâmina citológica única, sendo que a parte próxima à identificação deveria conter o material obtido com a espátula e, na parte distal, aquele proveniente da escova.
- introduzir a lâmina citológica no fixador;
- introduzir novamente a mesma escova no canal cervical e rodá-la cinco vezes no sentido horário;
- imediatamente após a coleta inserir a escova no tubete do *kit* coletor, dentro da solução-tampão. Quebrar a haste da escova;
- fechar o tubete e agitar durante aproximadamente 30 segundos para homogeneizar a amostra.

As amostras cervicais coletadas por médico e aquelas colhidas através de autocoleta domiciliar foram mantidas e transportadas à temperatura ambiente por até duas semanas. Após esse período, foram conservadas e encaminhadas para o laboratório entre 2 a 8°C. O material coletado para CH II foi enviado periodicamente para o Laboratório da Digene do Brasil e processado de acordo com técnica-padrão pré-estabelecida¹⁴. O material para análise passou por cinco procedimentos: desnaturação; hibridização; captura dos híbridos; reação dos híbridos com o conjugado e detecção dos híbridos por quimioluminescência.

A concordância entre os dois métodos de coleta nas quatro cidades participantes foi analisada através do teste de McNemar e do teste estatístico Kappa, considerando-se um intervalo de confiança (IC) de 95%. Foi utilizado o programa estatístico SPSS para Windows versão 10, 2001, para entrada de dados e análise estatística.

RESULTADOS

Avaliaram-se 323 mulheres obtendo-se os seguintes resultados: 58 mulheres (17,96%) apresentaram resultados positivos para ambos os métodos de coleta; 237 mulheres (73,37%) apresentaram resultados negativos para ambos os métodos de coleta; seis

(1,86%) apresentaram resultados positivos por coleta médica e negativos para autocoleta e, 22 (6,81%) apresentaram resultados positivos por autocoleta e negativos por coleta médica. A concordância entre as amostras obtidas por profissional médico e por autocoleta foi de 91,33%. Das 323 mulheres, 64 (19,81%) obtiveram resultados positivos para a coleta médica e, 80 (24,77%), resultados positivos na autocoleta (**Tabela 1**).

DISCUSSÃO

Para um país de dimensões continentais, como o Brasil, com grande disparidade socioeconômica e cultural entre as regiões, a possibilidade de se coletar espécime através da autocoleta seria alternativa bem-vinda. As mulheres poderiam coletar o material em casa ou no próprio local de trabalho. Esta maneira de obter o material a ser examinado pode significar diminuição de custos, quer seja pela não-implantação e/ou implementação de estruturas físicas e de recursos humanos, como também pela redução de despesas no atendimento direto e com materiais usados na coleta. Além disso, possibilitaria que parte da população que não tem acesso aos programas de prevenção ou até foge deles pelo temor ou constrangimento quanto ao atendimento médico e de enfermagem, viesse a ele se incorporar, aumentando, por conseguinte, os índices de cobertura^{11,15}.

Segundo a mesma linha de raciocínio, Gravitt *et al.*¹⁶, referem que além de se poder incentivar a participação das mulheres que rejeitam o método convencional de coleta, o custo das visitas repetidas às clínicas de tratamento poderia ser reduzido.

Segundo Sellors *et al.*¹⁷, um método de amostragem não-invasivo para os tipos oncogênicos de HPV poderia ser incorporado a estratégias de rastreamento do câncer cervical, pela vantagem de aumentar o índice de cobertura da população.

Isto é importante, pois segundo Serwadda *et al.*¹⁸, principalmente nos países em desenvolvimento, há acesso limitado aos exames de prevenção e as mulheres submetem-se ao exame preventivo somente quando apresentam sintomas de patologia genital.

Segundo Dzuba *et al.*¹⁹, a autocoleta apresenta maior aceitabilidade entre as mulheres quando comparada com o método convencional pelo conforto e menor constrangimento, além de ser menos doloroso.

Tabela 1 - Comparação dos resultados da captura híbrida ii em material de autocoleta e aquele obtido por coleta médica

Autocoleta	Coleta Médica		Total N.º	%	N.º	%
	Positiva N.º	Negativa %				
Positiva	58	17,96	22	6,81	80	24,77
Negativa	6	1,86	237	73,37	243	75,23
Total	64	19,81	259	80,19	323	100,00

K = 0,75 (IC a 95%)

p = 0,004

Como pode ser visto pelos nossos resultados, a concordância entre as amostras obtidas por profissional médico e por autocoleta foi elevada (91,33%, $K = 0,75$)

Corroborando estes resultados, Gravitt *et al.*¹⁶, utilizando a técnica de PCR em 268 mulheres, encontraram concordância de 88,1% ($K=0,73$ -IC a 95%) entre os dois tipos de amostra.

Da mesma forma, Moscicki²⁰, verificou em estudo com 114 mulheres, 91% de resultados idênticos em ambos os métodos de coleta. Por sua vez, Fairley²¹, encontrou 88% de concordância utilizando a PCR como método diagnóstico.

Tomando por base a histopatologia, Lorincz²², refere resultados preliminares de estudos no Canadá e na China, indicando que em amostras autocoletadas, a sensibilidade varia entre 80 e 95% para o diagnóstico de lesões de alto grau.

Portanto, pelos nossos resultados e aqueles obtidos por outros autores aqui citados, pode-se inferir que a autocoleta, para o diagnóstico do vírus causador do câncer do colo uterino, é tão eficaz quanto a coleta realizada por profissional da saúde.

Todavia, nossos resultados mostraram que a autocoleta apresentou positividade significativamente maior (24,77% *versus* 19,81% - $p=0,004$). Números similares também são relatados por Hillemanns *et al.*²³ e Gravitt *et al.*¹⁶.

Estes resultados não são concordantes com aqueles observados por Belinson *et al.*²⁴, Sellors *et al.*¹⁷ e Wright *et al.*¹⁵. Nesses estudos, o material proveniente da coleta médica se mostrou mais sensível. Duas suposições podem ser feitas para se explicar este ponto controverso e os 22 casos em que a positividade ocorreu somente no espécime autocoletado. A primeira diz respeito ao instrumento utilizado para se coletar o material vaginal. Diferente de nosso estudo onde se usou uma escova, no de Belinson *et al.*²⁴, Sellors *et al.*¹⁷ e Wright *et al.*¹⁵ empregou-se um cotonete de Dacron para esse fim. Como é do conhecimento geral, a quantidade de células que se obtém com o cotonete de Dacron é menor. Dessa forma, esses autores poderiam ter resultados falso-negativos pela quantidade insuficiente de células contidas na amostra a ser testada.

A segunda hipótese remete-nos ao local e à ordem de coleta da amostra, enfatizando que neste estudo a autocoleta antecedeu a coleta médica. Apesar de se ter privilegiado o espécime autocoletado, pode-se supor que isso não tenha tido influência nos resultados, pois a mulher colhe células da vagina e não do colo uterino onde a infecção pelo HPV é mais freqüente. Por outro lado, existem os casos em que a infecção pelo HPV se assesta somente na vagina. Nessa oportunidade, o material vaginal que representa um *pool* celular oriundo do trato genital, seria positivo para DNA-HPV, ao contrário daquele colhido somente da cérvix.

Outro fator importante para justificar nossos resultados diz respeito à ordem da coleta realizada pelo médico. Ele obteve, em primeiro lugar, o material que foi usado para a citologia oncótica convencional. Dessa forma, o espécime para o teste biomolecular pode ser considerado como material de segunda coleta, portanto com provável menor número de células, podendo, como na coleta com o cotonete de Dacron, levar a resultados falso-negativos.

Essa premissa é corroborada por Gravitt *et al.*¹⁶ que, comparando dois métodos de coleta, mostraram aumento de amostras positivas na dependência da ordem da coleta. A primeira, apresentava maior positividade.

Ainda, segundo Wright⁸, casos negativos podem ocorrer em decorrência de poucas cópias do vírus ou lesões que contenham outros tipos de vírus ainda não descritos.

Portanto, há necessidade de se realizar novos estudos em que este viés não seja observado, a fim de se saber com exatidão a eficácia de cada método de coleta.

Apesar disso, é interessante notar que seis casos foram positivos somente no material médico, o que não pode ser justificado pela discussão acima.

Para esses, se poderia inferir que, apesar de bem orientadas pelo Agente Comunitário de Saúde, a mulher não agiu da maneira recomendada.

Durante a fase piloto do estudo realizado na África do Sul, após se ensinar à mulher, o pesquisador principal observava como elas executavam o procedimento. Por vezes se constatou que o recomendado não era efetuado, incluindo alguns casos em que o material era coletado da boca ou ouvido²⁵.

Por isso, são fundamentais o bom treinamento e real comprometimento da mulher para obtenção do material autocoletado.

A par desta variável, estudo realizado por Sellors *et al.*¹⁷, evidenciou que a autocoleta teve maior aceitação (88,2%) nas 127 mulheres participantes do estudo.

Pelas razões aqui apresentadas, a autocoleta mostra-se como metodologia eficaz, uma vez que os resultados obtidos neste estudo e na literatura indicam ser um método confiável para a realização do teste de HPV.

Segundo Coutlée *et al.*²⁶, métodos moleculares na detecção do HPV podem oferecer alternativa promissora no rastreamento de lesões cervicais pré-cancerosas e cancerosas não detectadas pelo método convencional.

Segundo Kiviat²⁷, passados cerca de 30 anos e levando-se em conta os conhecimentos atuais sobre o HPV, considera-se a metodologia de rastreamento convencional como ineficiente e de alto custo. Seu maior problema reside nas percentagens de resultados falso-negativos, variando, em diferentes estudos, entre 20 e 30%. Em outras palavras, considerável percentagem de mulheres com câncer invasor do colo têm resultado citológico negativo ou de atipias de origem indeterminada.

De acordo com Ferenczy²⁸, essa é a razão pela qual os índices de câncer de colo ainda permanecem inaceitavelmente altos, mesmo em países com programas de rastreamento bem organizado e com alta porcentagem de cobertura populacional. Ainda segundo este autor, os testes DNA-HPV fazem o diagnóstico de 91% de lesão de alto grau e câncer, sendo mais sensíveis e mais objetivos que a citologia convencional.

Por outro lado, segundo Dôres¹², existe a possibilidade de se agregar o exame citológico com a biologia molecular. São excelentes os resultados quando esses dois exames são usados ao mesmo tempo. A acurácia é próxima de 100%. Todavia, o custo de um programa de rastreamento desenhado de forma a se fazer esses

exames conjuntos chega a dobrar, o que poderia inviabilizar sua introdução em países com poucos recursos financeiros. Entretanto, iniciando-se o rastreamento pelos testes de DNA-HPV, não há diferença significativa quanto à eficácia dos resultados e os custos diminuem.

De acordo com Cuzick²⁹, agindo dessa maneira tem-se grande aumento no intervalo de rastreamento e, por conseguinte, há diminuição dos custos. Os recursos disponíveis com essa nova forma de rastrear poderiam ser usados de duas maneiras: examinar maior número de mulheres em menor intervalo de tempo e investir no melhor treinamento dos profissionais médicos.

Tem-se preconizado que as pacientes HPV negativas deveriam ser encaminhadas para novo rastreamento após cinco anos. Isso é viável, pois a literatura mostra que é de 0,5% ao ano a possibilidade de nova infecção. As mulheres com mais de 50 anos e teste DNA-HPV negativo seriam excluídas definitivamente dos programas de rastreamento, pois nessas, é remota a possibilidade de futuro carcinoma cervical¹².

Portanto, é inegável que a otimização dos métodos diagnósticos de identificação do HPV, podem modificar os dados estatísticos para o câncer cervical³⁰.

Dada a nossa grande extensão territorial, com muitos locais de difícil acesso, pode-se imaginar o ganho de produtividade que teriam os agentes de saúde e o programa de rastreamento do câncer cervical como um todo se fosse instituída a autocoleta para o teste de HPV.

Pela sua fácil aceitação isso representaria benefício emocional para a paciente e sensível diminuição de custos, pois não se estariam dependendo recursos com o transporte, a consulta médica ou de enfermagem, o instrumental para a coleta do exame e o investimento em unidades móveis para o atendimento da população.

Finalmente, a viabilidade analítica do espécime por até 15 dias à temperatura ambiente faria com que, independente da região onde ele tenha sido obtido, haveria tempo hábil para sua chegada até os laboratórios centralizados de processamento.

Pelos resultados obtidos e aqueles obtidos por outros autores aqui citados, pode-se inferir que a autocoleta, para o diagnóstico do vírus causador do câncer do colo uterino, é tão eficaz quanto a coleta realizada por profissional da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TAVARES, R.R.; PASSOS, M.R.L.; CAVALCANTI, S.M.B.; PINHEIRO, V.M.S.; RUBINSTEIN, I. Condilomatose Genital em Homens e Soropositividade para HIV. *DST - J. bras. Doenças Sex. Transm.*, 12 (1) : 1, 2000.
2. CARVALHO, M.O.; ALMEIDA, R.W.; LEITE, F.M.S.; FELLOWS, I.B.; TEIXEIRA M.H.; CAVALCANTI, S.M.B. Detecção do Papilomavírus humano pela Técnica de Captura Híbrida: Estudo Preliminar. *DST - J. bras. Doenças Sex. Transm.*, 13(4): 32-36, 2001.
3. BAUER, H.M.; TING, Y.; GREER, C.E. Genital Human Papillomavirus Infection in Female University Students as Determined a PCR-Based Method. *JAMA.*, 265: 472, 1991.
4. DISAIA, P.J.; CREASMAN, W.T. Preinvasive Disease of the Cervix. *In: Clinical Gynecologic Oncology*. 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby - Year Book Inc., 1997.
5. FOCCHI, J.; MARTINS, N.V. Câncer do Colo do Útero. *In: ABRÃO, FS. Tratado de Oncologia Genital e Mamária*. 1^a. ed. São Paulo: Editora Rocca Ltda, 257-269, 1995.
6. JACYNTO, C.; ALMEIDA, F.G.; MALDONADO, P.; HPV: Infecção Genital Masculina e Feminina. Rio de Janeiro: *Revinter*, 1994.
7. MITCHELL, M.F.; SCHOTTENFELD, D.; HONG, W.K., editores. Neoplasia Intra-epitelial Cervical e Câncer Cervical. *In: Clínicas Obstétricas e Ginecológicas da América do Norte*. Rio de Janeiro: Copyright Interlivros Edições Ltda., 339-399, 1996.
8. WRIGHT, T.C.; RICHART, R.M. Pathogenesis and Diagnoses of Preinvasive Lesions of the Lower Genital Tract. *Gynecol Oncol.*, 37: 509-535, 1990.
9. WRIGHT, T.C.; RICHART, R.M. Etiology, Diagnosis, and Management of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Curr. Probl. Obstet. Gynecol. Fertil.*, 163-178, 1992.
10. LANCELOTTI, C.L.P.; LEVI, E.J.; MALG, S.; SCHWARZSCHILD, M.; NICOLAU, S.M. Diagnóstico Laboratorial. *In: I Consenso Brasileiro de HPV*. (CARVALHO, J.J.M.; OYAKAWA, N.), São Paulo. Ed. Bg Produções Culturais Ltda. 1-142, 2000.
11. MARANA, H.R.C.; ANDRADE, G.; QUINTANA, S.M. Fatores de Risco para Recidiva após Tratamento de Lesões Provocadas pelo HPV no Tratamento Genital Feminino. *RGBO.*, 4 (21): 201-205, 1999.
12. DORES, G. B.; TAROMARU, E. K.; GALLO, C. Aspectos Atuais do Rastreamento das Lesões HPV Induzidas e do Câncer do Colo Uterino com Métodos Morfológicos e Moleculares. *NewsLab*, 35^o ed., 196-205, 1999.
13. ALBERTS, B.; BRAY, D.; LEWIS, J.; RAFF, M.; ROBERTS, K.; WATSON, J. D. *In: Biologia Molecular da Célula*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1503p, 1997.
14. DIGENE Captura Híbrida HPV. Sistema Microplaca. *Manual de Instruções*. Data de Edição, Maio de 2002.
15. WRIGHT, T.C JR.; DENNY, L.; KUHN, L.; POLLACK, A.; LORINCZ, A. HPV DNA Testing of Self-collected Vaginal Samples Compared with Cytologic Screening to Detect Cervical Cancer. *JAMA.*, 81-86, 2000.
16. GRAVITT, P.E.; LACEY, J.V JR.; BRINTON, L.A.; BARNES, W.A.; KORNESGAY, JR.; GREENBERG, M.D.; GREENE, S.M.; HADJIMICHAEL, O.C.; MCGOWAN, L.; MORTEL, R.; SCHWARTZ, P.E.; ZAINO, R.; HILDESHEIM, A. Evaluation of Self-collected Cervicovaginal Cell Samples for Human Papillomavirus Testing by Polymerase Chain Reaction. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 10(2): 95-100, 2001.
17. SELLORS, J.W.; LORINCZ, A.T.; MAHONY, J.B.; MIELZYNSKA, I.; LYTWYN, A.; ROTH,P.; HOWARD, M.; CHONG, S.; DAYA, D.; CHAPMAN, W.; CHERNESKY, M. Comparison of Self-collected Vaginal, Vulvar and Urine Samples with Physician-collected Cervical Samples for Human Papillomavirus Testing to Detect High-grade Squamous Intraepithelial Lesions. *CMAJ.*, 163: 513-8, 2000.
18. SERWADDA, D.; WAWER, M.J.; SHAH, K.V.; SEWANKAMBO, N.K.; DANIEL, R.; LI, C.; LORINCZ, A.; MEEHAN, M.P.; WABWIRE-MANGEN, F.; GRAY, R.H. Use of a Hybrid Capture Assay of Self-collected Vaginal Swabs in Rural Uganda for Detection of Human Papillomavirus. *J Infect. Dis.*, 180: 1316-9, 1999.
19. DZUBA, I.G.; DIAZ, E.Y.; ALLEN, B.; LEONARD, Y.F.; LAZCANO, P.E.C.; SHAH, K.V.; BISHAI, D.; LORINCZ, A.; FERRIS, D.; TURNBULL, B.; HERNANDEZ, A.M.; SALMERON, J. The Acceptability of Self-collected Samples for HPV Testing vs. the Pap Test as Alternative in Cervical Cancer Screening. *J Womens Health Gend Based Med.*, 11: 265-275, 2002.
20. MOSCICKI, B.A. Comparison Between Methods for Human Papillomavirus DNA Testing: A Model for Self-Testing in Young Women. *J. Infect. Dis.*, 167: 723-5, 1993.
21. FAIRLEY, C. K.; CHEN, S.; TABRIZI, S.N. Tampons: A Novel Patient-Administered Method for the Assessment of Genital Human Papillomavirus Infection. *J. Infect. Dis.*, 165: 1103-1106, 1992.
22. LORINCZ, A. Review Of Current Clinical Studies. *HPV Summit*, 1999; 12p.
23. HILLEMANN, P.; KIMMING, R.; HUTTEMANN, U.; DANNECKER, C.; THALER, J.C. Screening for Cervical Neoplasia by self-assessment for Human Papillomavirus DNA. *The Lancet*, 354: 1970, 1999.
24. BELINSON, J.; QIAO, Y.L.; PRETORIUS, R.; ZHANG, W.H.; ELSON, P.; PAN, Q.J.; FISCHER, C.; LORINCZ, A.; ZAHNISER, D. Shanxi Province Cervical Cancer Study: A Cross-Sectional Comparative Trial of Multiple Techniques to Detect Cervical Neoplasia. *Gynecol Oncol.*, 83:439-444, 2001.
25. DENNY, L. Comunicação Pessoal

26. COUILLÉE, F.; MAYRAND, M.H.; PROVENCHER, D.; FRANCO, E. The Future of HPV Testing in Clinical Laboratories and Applied Virology Research. *Clin Diagn Virol*, 8: 123-141, 1997.
27. KIVIAT, N.B.; KOTSKY L. Do our Current Cancer Control Strategies Still Make sense? *J. Nat. Cancer Inst.*, 88: 317-18, 1996.
28. FERENCZY, A. Clinician's Perspectives on HPV Testing. 17th International Conference, 43, 1999.
29. CUZICK, J. New Developments in Cervical Cancer Screening. *HPV Summit*, 364, 1998.
30. BOSCH, F.X. The Worldwide Prevalence of HPV. *HPV Summit*, 1999; 9p.

Endereço para Correspondência:**ADRIANA CREMONESI**

Rua Dr. Bacelar, 333

São Paulo, SP, Brasil

CEP: 04026-001

Recebido em: 01/12/04

Aprovado em: 29/12/04

O DESAFIO DE ELIMINAR A SÍFILIS CONGÊNITA É DE TODOS

(GESTORES, PROFISSIONAIS E POPULAÇÃO).

VAMOS ASSUMIR, JUNTOS, ESTE COMPROMISSO
E CUMPRIR TAL TAREFA ATÉ 2010.

www.uff.br/dst

www.dstbrasil.org.br

www.aids.gov.br

PREVALÊNCIA DE HIV ENTRE DOADORES DE SANGUE NO BANCO DE SANGUE DO MARANHÃO

HIV PREVALENCE AMONG BLOOD DONORS IN A BLOOD BANK IN MARANHÃO

Ana Maria B Pereira¹, Flávia RF Nascimento²

RESUMO

Introdução: no início da epidemia pelo vírus HIV, a transfusão de sangue/derivados era uma das mais importantes vias de aquisição da infecção. A partir de 1985 passaram a ser utilizados testes enzimáticos (ELISA) para detecção de anticorpos anti-HIV na triagem sorológica de doadores de sangue. **Objetivo:** determinar a prevalência de anticorpos anti-HIV em doadores de sangue do HEMOMAR. **Métodos:** foi realizado um estudo retrospectivo em que foram revisados os resultados das sorologias de todos os doadores no período de janeiro a julho de 2002. Os exames foram realizados no Hemocentro do Estado do Maranhão, utilizando o método de ELISA. **Resultados:** os resultados obtidos demonstraram que neste período houve 21.163 doadores negativos e 267 doadores positivos. Com estes resultados constatamos que a prevalência de anti-HIV nos doadores de sangue do HEMOMAR foi de 1,25%. **Conclusão:** apesar dos esforços na triagem do material nos bancos de sangue, ainda é grande o número de doadores positivos no Hemocentro do Maranhão, o que é fator de risco para possíveis contaminações.

Palavras-chave: aids, HIV, doadores de sangue

ABSTRACT

Introduction: in the beginning of HIV infection, blood or blood-derived transfusion was the most important via of infection. Since 1985, blood is analysed with ELISA assay to anti-HIV detection to select the healthy donors. **Objective:** to determine the prevalence of anti-HIV antibodies in blood donors of HEMOMAR. **Methods:** we did a retrospective study where we revised the serologic results from all donors in the period of January to July of 2002. The tests were made in HEMOMAR using ELISA assay. **Results:** the result obtained showed that there were 21.163 negative donors and 267 positive ones, with a prevalence of 1,25% of positive tests to anti-HIV. **Conclusion:** we conclude that despite of the trials of blood donors, it is still big the number of positive cases to HIV in blood center of Maranhão, what is a risk factor to contamination.

Keywords: aids, HIV, blood donors

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4):11-13, 2004

INTRODUÇÃO

O aumento excessivo do número de casos de aids e o acometimento de determinados grupos de população sugeriram que a aids pudesse ser transmissível. Hoje sabe-se que a transmissão do HIV envolve a exposição a fluidos corporais. O HIV tem sido encontrado principalmente no sangue, esperma e líquido cefaloraquidiano oriundos de pessoas infectadas. Porém concentrações mais baixas têm sido detectadas em lágrima, saliva, leite materno, colostro, urina e secreções vaginais. A dose infectante (quantidade de vírus), via de transmissão e a frequência da exposição são fatores que podem influenciar nas possibilidades de se adquirir a infecção, apesar da existência de casos de pessoas infectadas com quantidades mínimas de HIV¹.

Apesar de a maioria das transmissões do HIV acontecerem por via sexual, a contaminação por transfusão sanguínea é tam-

bém preocupante. O risco de se contrair o HIV por meio de transfusão sanguínea no final da década de 80 era de 2 a 5%^{2,3}. O primeiro caso relatado de aids adquirida por meio de transfusão sanguínea ocorreu em 1981⁴. Cerca de 2% dos casos de aids nos Estados Unidos e 5% na Europa ocorreram entre pessoas hemofílicas ou que receberam transfusões sanguíneas ou seus derivados contaminados⁵.

No Brasil, o primeiro caso de transmissão da aids por transfusão sanguínea foi reconhecido no ano de 1982, mas outros casos em hemofílicos foram descritos nessa mesma década⁶. Em 1996, houve 326 casos notificados de contaminação com vírus da aids por meio de transfusões sanguíneas, correspondendo a um risco de 1,6%. Entretanto, entre os anos de 1998 e 2000 o risco caiu para 0,1%. Mas, recentemente, em 2002, ainda foi relatado um caso de contaminação por meio de transfusão de sangue⁷.

Somente a partir de 1985, o Brasil teve acesso aos testes sorológicos para detecção de anticorpo anti-HIV na triagem sorológica de doadores de sangue. A detecção laboratorial do HIV pode ser feita por meio de testes que pesquisem anticorpos, antígenos ou que isolem o vírus. Os testes que empregam técnicas de biologia molecular são altamente precisos, porém, inacessíveis para a grande maioria da população e a programas de saúde pública⁸.

¹Especialista em Imunologia pela UFMA. HEMOMAR

²Doutora em Imunologia pela USP. Professora Adjunta do Departamento de Patologia, UFMA

Dessa forma, os testes que pesquisam anticorpos (sorológicos) são mais utilizados devido à simplicidade de realização, elevada sensibilidade e especificidade.

Em bancos de sangue, o ensaio conhecido como ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) é preferencialmente utilizado para triagens de doadores de sangue por apresentar sensibilidade e especificidade que ultrapassam 98%⁹.

O Ministério da Saúde obriga a realização combinada de dois testes distintos, que devem ter princípios metodológicos e/ou antígenos distintos (lisado viral, antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos). Pelo menos um dos testes deve ser capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2. As amostras reagentes nos testes 1 e 2 devem ser submetidas em seguida a teste confirmatório por imunofluorescência indireta, *Western Blot* ou PCR.

Para fins de segurança das transfusões sanguíneas, apenas um teste positivo (de triagem) é suficiente para o descarte da bolsa de sangue¹⁰. Os indivíduos que possuem anticorpos anti-HIV são considerados HIV-positivos. Entretanto, o diagnóstico de aids só é estabelecido com base nas manifestações clínicas⁸.

OBJETIVO

Uma vez que é conhecido o fato de a aids ser transmitida pela transfusão sanguínea, o que pode ser evitado pela triagem do sangue nos bancos de sangue, o objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência dos anticorpos anti-HIV em doadores de sangue do Hemocentro do Maranhão (HEMOMAR), no período compreendido entre janeiro e julho de 2002.

MÉTODOS

População estudada

Foi realizado um estudo retrospectivo em que foram revisados todos os registros dos resultados dos testes sorológicos para detecção de anti-HIV em doadores de sangue do Hemocentro do Maranhão (HEMOMAR), São Luís, MA, Brasil, no período de janeiro a julho de 2002.

Todos os candidatos a doadores de sangue do HEMOMAR foram entrevistados para preenchimento de um questionário e somente os candidatos aprovados nessa triagem doaram sangue.

Uma parte deste sangue foi utilizado para as avaliações sorológicas, nas quais foram avaliadas a positividade para doença de Chagas, hepatites B e C, sífilis, aids e infecção por HTLV. Os testes para detecção de anticorpos anti-HIV foram detectados por ELISA e os casos positivos confirmados por *Western Blot*.

RESULTADOS

Como podemos observar na **Tabela 1**, a avaliação mensal da triagem sorológica dos doadores de sangue do HEMOMAR realizada pelo teste de ELISA para anticorpos anti-HIV demonstrou que em todos os meses avaliados houve um número considerável de doadores positivos.

Os resultados apresentados na **Tabela 2** demonstram que dos 21.163 doadores de sangue no período de janeiro a julho de 2002, 267 eram HIV positivos, ou seja, 1,25% dos doadores.

Tabela 1 - Distribuição dos doadores do sangue no HEMOMAR no período de janeiro a julho de 2002.

Mês	Número de doadores	Doadores Positivos	% de casos positivos
Janeiro	2.210	28	1,27
Fevereiro	3.439	42	1,22
Março	2.884	39	1,35
Abril	3.080	33	1,07
Maió	3.584	50	1,39
Junho	3.404	50	1,46
Julho	2.829	25	0,88
Média	3.061 ± 473,24	38 ± 9,99	1,23 ± 0,20

Tabela 2 - Distribuição percentual dos doadores de sangue do HEMOMAR atendidos no período de Janeiro a Julho de 2002, segundo resultados obtidos pelo teste de ELISA.

Resultado	Doadores	%
Positivo	267	1,25
Negativo	21.163	98,75
Total	21.430	100,0

DISCUSSÃO

Os índices de positividade para o vírus HIV entre os doadores de sangue do HEMOMAR, estão de acordo com os relatos da literatura para populações brasileiras. Estudos realizados nos doadores de sangue do Hemocentro do Estado da Bahia, nos anos de 1993 a 1999, mostraram uma prevalência semelhante, em torno de 0,9% a 1,3%¹¹. Por outro lado, Andrade Neto *et al.* (2002)¹² em trabalho com doadores do Banco de Sangue de Curitiba, realizado entre 1992 a 1999, encontrou uma prevalência de anti-HIV bem menor, 0,14%.

Neste trabalho, a prevalência de casos positivos manteve-se constante em todos os meses avaliados, com uma queda apenas no mês de julho. Nesse mês, no entanto, houve uma diminuição no número total de doadores, provavelmente devido ao período de férias.

Segundo Lima (2000)¹³ não há diferença significativa entre os homens (1,1%) e mulheres (0,9%) soropositivos, confirmando as estimativas do Ministério da Saúde para o aumento do número de mulheres infectadas pelo vírus. É importante ressaltar que o aumento da prevalência da infecção pelo HIV entre as mulheres caracteriza uma tendência em que a doença, inicialmente predominante na população masculina (principalmente homossexuais e bissexuais), passa a se alastrar na população heterossexual e feminina. Com crescente incidência da doença em mulheres, há um aumento de novas transmissões verticais, ou de mãe para filho, tornando-se necessária a realização de testes sorológicos pra diagnosticar o *status* de infecção pelo HIV durante o pré-natal.

Neste trabalho não foi possível relacionar a prevalência de doadores positivos nos dois gêneros, tendo em vista o fato de haver muito mais homens doadores que mulheres, o que traria um grande viés à pesquisa. Mas é provável que não haja diferença entre homens e mulheres HIV positivos no Banco de Sangue do Maranhão.

A proibição da comercialização de sangue e a triagem clínica e laboratorial são de grande importância pra diminuir a incidência de doadores com HIV. Estima-se que o risco de transmissão do vírus HIV pelo sangue nos EUA, mesmo com a utilização de processos de triagem e testes laboratoriais, esteja, nos dias atuais, em uma contaminação a cada 676.000 doações. Conseqüentemente, entre as 12 milhões de doações de sangue coletadas anualmente nos EUA encontram-se aproximadamente 18 amostras infectadas disponíveis para transfusão¹⁴.

Embora as transfusões sanguíneas não sejam plenamente seguras, o risco residual de transmissão de infecções pode ser levado a níveis muito baixos se todos os procedimentos realizados, desde a captação do doador até a liberação do produto final, forem executados por profissionais bem treinados, dentro de um rigoroso esquema de controle de qualidade e utilizando-se as melhores técnicas e os melhores produtos.

É importante que se faça um esforço conjunto entre o Ministério da Saúde e as instituições hemoterápicas, através de campanhas dirigidas à sociedade, em geral no sentido de aumentar o número de doadores voluntários regulares. O investimento neste tipo de doação, em detrimento da doação de sangue por pessoas interessadas em realizar testes gratuitos para o HIV e outras infecções, diminuiria muito o risco residual de transmissão de doenças.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste trabalho indicam uma alta prevalência de casos positivos para o HIV no Hemocentro do Maranhão (HEMOMAR) o que reforça a necessidade de campanhas educativas no sentido de incentivar as doações de sangue conscientes. A população deve passar a encarar a doação como um gesto voluntário que salvará vidas e não como uma forma gratuita de se fazer exames. Os doadores devem ser amplamente informados sobre a responsabilidade, honestidade e seriedade que um doador de sangue deve ter durante todo o processo, em especial na triagem pré-doação, para que possa haver maior segurança para os futuros receptores desse sangue doado.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Professora Doutora *Rosane Nassar Meireles Guerra* pelas sugestões e ao *Senhor Jardel Cavalcante de Farias* pela revisão do texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VERONESI, R., FOCACCIA, R. - Tratado de infectologia. São Paulo. Ed. Atheneu, 1996.
2. TORRES, A. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida y transfusión. *Rev. Med. Hosp. Univ. Nuestra Señora de Assunción*, 2(2): 34-37, 1988.
3. HAMERSCHLAK, N.; PASTERNAK, J. *Doenças transmissíveis por transfusão*. São Paulo: Organização Andrei, 1991.
4. SOERESSEN, B. **Os riscos da transfusão sanguínea**. São Paulo. Ed. Sarvier, 1994.
5. BERKLEY, S. AIDS in the developing world: an epidemiologic overview. *Clinical Infectious Diseases*, 17(2): 329-36, 1993.
6. ALTAFULLA, M. Desarrollo de positividad al vírus de la imunodeficiencia humana (VIH) em pacientes receptores de derivados de sangue. *Rev. Med. Panamá*, 13(2): 76-78, 1988.
7. HENRIQUES, C. M. P. ANVISA – Notícias de esclarecimento sobre contaminação por sangue. Disponível em: ().
8. SHARON, J. *Imunologia básica*. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 2000.
9. FERREIRA, A. W., ÁVILA, S. L. M. *Diagnóstico laboratorial das principais doenças infecciosas e auto-ímmunes*. 2. ed. São Paulo. Ed. Guanabara Koogan, 2001. Acesso em 3. set. 2002.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.376 de 19/11/1993. Aprovam normas técnicas para a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, 24(1): 25-28, 2002.
11. MOREIRA, J R. E. D. Prevalência de HIV em doadores de sangue em Salvador, Bahia. *Rev. Soc. Br. Med. Tropical*, 33: 85-86, 2000.
12. ANDRADE NETO, J.L., PINTARELLI, V.L., FELCHNER, P.C., DE MORAES, R.L., NISHIMOTO, F.L. HIV prevalence among blood in a blood bank in CURITIBA (Brazil). *Braz. J. Infect. Dis.*, 6(1): 15-21, 2002.
13. LIMA, L. B. S. Prevalência de infecção pelo HIV nos doadores do banco de sangue do Hospital São Rafael (HSR), de 1993 a 1998. *Rev. Soc. Br. Med. Trop.*, 33: 92, 2000. (Suplemento).
14. DINIZ, E.A, VAZ, F.A.C. Síndrome da Imunodeficiência adquirida em população de alto risco para doenças sexualmente transmissíveis parte I – *Epidemia. Pediatría*, (18): 12-33, 1996.

Endereço para correspondência:

FLÁVIA NASCIMENTO

Rua Olavo Bilac, 138, Monte Castelo

CEP: 65035-480 - São Luís, MA

E-mail: nascimentofr@yahoo.com.br

Recebido em: 08/10/04

Aprovado em: 20/12/04

ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A AIDS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO CONTEXTO DA SOROPOSITIVIDADE PARA O HIV

STUDY OF SOCIAL REPRESENTATIONS ON AIDS IN PROFESSIONALS OF HEALTH WHO ACT IN THE CONTEXT OF THE SOROPOSITIVIDADE FOR THE HIV

Cristiane G Ribeiro¹, Maria da Penha L Coutinho², Ana Alayde W Saldanha³

RESUMO

Introdução: a aids é um fenômeno cujas conseqüências incidem na comunidade como um problema político, econômico e psicossocial, exercendo efeitos sobre a população, em geral, e os profissionais de saúde, particularmente, podendo interferir na qualidade do atendimento. **Objetivo:** esta pesquisa objetivou identificar as representações sociais da aids de médicos e enfermeiros que atendem pacientes soropositivos para o HIV, visando contribuir para o aperfeiçoamento das práticas destes profissionais e, conseqüentemente, na eficácia do tratamento. **Métodos:** a amostra foi composta por 56 profissionais de saúde que atuam diretamente no contexto da aids, nos serviços de saúde pública de João Pessoa-PB, composta, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino (82%), com idade superior a 44 anos (48%). Os dados foram coletados pela técnica de associação livre de palavras, processados através do *software* Tri-Deux-Mots e interpretados por meio da análise fatorial de correspondência (AFC). **Resultados:** os profissionais constroem representações da aids como um mal terrível mas que pode ser minimizado, dependendo das condições emocionais, culturais e econômicas do paciente, associadas a uma idéia geral de que o desenvolvimento da doença depende da forma como o paciente lida com ela e do apoio que recebe da família. **Conclusão:** esses resultados expressam que as representações sociais sobre a aids e seu tratamento, por esses profissionais, estruturam-se na interface da complexidade, colocando em jogo conhecimentos científicos e profanos, bem como valores sociais e contextuais. Sendo assim, é preciso articular, nas análises, as concepções médicas e as implicações das concepções sociais que lhes fazem eco.

Palavras-chave: representações sociais, aids, profissionais de saúde

ABSTRACT

Introduction: the aids is a phenomenon whose consequences happen in the community as a problem politician, economic and psicossocial, exerting effect on the population in general and the professionals of health particularly, being able to intervene with the quality of the attendance. **Objective:** this research objectified to identify to the Social Representations of the aids of doctors and nurses who take care of soropositivos patients for the HIV, aiming at to contribute for the perfecting of the practical ones of these professionals and, consequently, in the effectiveness of the treatment. **Methods:** the sample was composed for 56 professionals of health who act directly in the context of the aids, the Services of Public Health of João Pessoa-PB, composed, in its majority, for professionals of the feminine sex (82%), with superior age the 44 years (48%). The data had been collected by the technique of free association of words, processed through Tri-Deux-Mots software and interpreted by means of the factorial analysis of correspondence (AFC). **Results:** the professionals build representations of the aids as one badly terrible one but that she can be minimized, depending on the emotional, cultural and economic conditions of the patient, associate to a general idea on that the development of the illness depends on the form as the patient chore with it and of the support that receives from the family. **Conclusion:** these results express that the social representations on the aids and its treatment, for these professionals structuralize in the interface of the complexity, placing in game scientific and profane knowledge, as well as social and contextual values. Being thus, she is necessary to articulate, in the analyses, the medical conceptions and the implications of the social conceptions that make them echo.

Keywords: social representations, aids, professionals of health

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4):14-18, 2004

INTRODUÇÃO

A aids vem trilhando caminhos e descaminhos desde o seu aparecimento na década de 1980. Sua penetração no mundo vem

representando desafios que perpassam avanços tecnocientíficos, atingindo também aspectos psicológicos, sociais, econômicos e políticos dos indivíduos. Sua presença no mundo contemporâneo tem penetrado culturas, crenças e valores, exigindo assim redefinições e reconstruções mundiais¹.

A aids é um fenômeno cujas conseqüências incidem na comunidade como um problema político, econômico e psicossocial. Com relação ao efeito psicológico da doença sobre a população em geral e sobre os profissionais de saúde, especificamente, pode-se identificar uma “epidemia do medo”, que leva à discriminação dos indivíduos identificados como “grupos de risco”, à

¹Mestranda em Psicologia

²Doutora em Psicologia

³Doutora em Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia - Universidade Federal da Paraíba

Fonte Financiadora: CAPES

exclusão dos pacientes no trabalho e nos locais onde o paciente é atendido².

Nos hospitais e instituições que atendem o paciente com aids, o estigma que acompanha todos os aspectos relacionados com a doença, tem se constituído no maior bloqueio ao tratamento, revelando-se entre os profissionais de saúde. Na prática profissional, instituída nos hospitais e serviços de saúde, o suporte ao paciente com aids ainda sofre as conseqüências do despreparo, da desorientação e das questões afetivas que envolvem o trato psicossocial da doença, enquanto o tratamento clínico é favorecido por constantes descobertas^{2,3}.

Diante do 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. Da mesma forma, ao apreender a aids não apenas no âmbito biomédico, mas também em suas dimensões sociais, culturais e psicológicas, os profissionais reiteram a necessidade do aporte de vários campos do conhecimento na atenção às pessoas com aids^{3,4}.

Partindo desses pressupostos, optou-se por fazer uma leitura da aids à partir da teoria das representações sociais (RS), por permitir apreender não apenas o conhecimento estritamente técnico e cientificamente determinado, mas também o conhecimento baseado na experiência social comum através da expressão dos atores sociais (médicos e enfermeiros) inseridos no grupo ao qual pertence.

A importância de estudos no campo das representações sociais relacionados com a prática de saúde assume, assim, sua significação, pois possibilitam a apreensão de processos e mecanismos pelos quais os sentidos do objeto em estudo é construído pelos sujeitos concretos, em suas relações cotidianas. No caso da aids, encontram-se imbricados a sexualidade, a necessidade de afirmação do indivíduo, o afeto, demandas e desejo, em conjunção com normas, valores, informações e outros fatores de diferentes ordens. Pode-se, assim, antever a complexidade que envolve a prevenção desta doença⁵.

Sendo assim, a abordagem das representações sociais parece ser particularmente útil para a análise, a compreensão e a intervenção sobre os grandes problemas sociais atuais: a saúde e a doença e, em particular, as questões referentes à aids⁶.

É importante salientar que não se pretende fazer crer na existência de uma relação mecânica e linear entre representações e práticas sociais. O que se pretende alertar, quando se relaciona representações e práticas sociais, é para o fato de que uma estratégia racional de prevenção ou criação de atitudes com relação à doença, não pode desconsiderar todo este complexo de emoções, elaborações mentais, teorias práticas e explicativas do cotidiano, que se inserem na constituição das representações sociais e atuam concretamente nas escolhas e alternativas elaboradas pelos indivíduos diante da incerteza e ameaça que a aids provoca⁵.

OBJETIVOS

Partindo destes pressupostos, esta pesquisa objetivou identificar as representações sociais da aids de médicos e enfermeiros

que atendem pacientes soropositivos para o HIV, visando contribuir para o aperfeiçoamento das práticas destes profissionais e, conseqüentemente, na eficácia do tratamento.

MÉTODOS

Participantes

Participaram desta pesquisa 56 profissionais de saúde, dos quais 25 médicos e 31 enfermeiros de cinco serviços de saúde pública referendados pela Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba que dão assistência a pacientes HIV. O grupo formado por médicos caracterizou-se em 68% feminino e 32% masculino, em duas faixas etárias predominantes, sendo 40% na faixa de 24 a 33 anos e 48% entre 44 e 59 anos. A amostra de enfermeiros caracteriza-se por ser predominantemente feminina (94%) e idade superior a 44 anos (49%). Observa-se, portanto, que a amostra total foi composta, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino (82%), com idade superior a 44 anos (48%).

Instrumento

Foi utilizada a técnica de associação livre de palavras, desenvolvida por Jung, 1905, que consiste em um tipo de investigação aberta que se estrutura na evocação de respostas dadas com base em um ou mais estímulos indutores. Nesta pesquisa utilizou-se como estímulo indutor 1 a palavra aids e estímulo indutor 2 a palavra tratamento. Este instrumento já foi validado em pesquisas de representação sociais^{7,8}. Esta técnica permite a evidência de universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações, ou ainda, permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas⁶.

Procedimentos

Os profissionais foram escolhidos aleatoriamente, esclarecidos a respeito do estudo e questionados quanto à anuência em participar, observando-se todas as recomendações da resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

As entrevistas ocorreram no ambiente de trabalho dos profissionais, durante o horário de plantão, de forma individual, durante o primeiro semestre de 2004.

Após a coleta dos dados sociodemográficos, de acordo com a técnica de associação de palavras, foram seguidos os seguintes passos:

- foi questionado a cada participante: "Se eu lhe digo a palavra aids (primeiro estímulo indutor), quais as primeiras palavras que lhe vêm à mente?"
- foi solicitado que enumerasse suas respostas por ordem de importância, para que, além dos conteúdos da representação, fosse conhecida sua estrutura interna. Procedeu-se da mesma forma com palavra estímulo (tratamento).

O passo seguinte após os dados coletados consistiu na preparação do dicionário de respostas para posterior categorização dos conteúdos emergentes (análise fatorial de correspondência).

Os dados coletados pela técnica de associação livre de palavras foram processados através do *software* Tri-Deux-Mots⁹ e interpretados por meio da análise fatorial de correspondência (AFC). O princípio básico da AFC consiste em destacar eixos que explicam as modalidades de respostas, mostrando estruturas constituídas de elementos do campo representacional.

RESULTADOS

O princípio básico da análise fatorial de correspondência consiste em destacar eixos que explicam as modalidades de respostas, mostrando estruturas constituídas de elementos do campo representacional, o que permite representar graficamente a atração entre as variáveis fixas (neste estudo, médicos e enfermeiros) e as variáveis de opiniões, que correspondem às palavras evocadas pelos participantes. Deste modo, as primeiras encontram-se em colunas e as últimas são linhas constituídas de adjetivos que, quando cruzados no método Tri-Deux-Mots, revelam a dinâmica

de atração e distanciamento entre as modalidades de respostas e características dos grupos.

No **Gráfico 1** estão apresentados os dados coletados pelo teste de associação livre de palavras, acerca da representação social da aids e do tratamento dispensado a esta doença, construídos com base nos estímulos indutores (aids e tratamento). Sendo assim, o **Gráfico 1** oferece uma leitura que representa graficamente as variações semânticas na organização do campo espacial, revelando aproximações e distanciamentos das modalidades dos fatores (F1 e F2).

O fator 1 (F1) na linha horizontal, em negrito, apresentou-se como detentor de maior poder explicativo com 49% da variância total das respostas, enquanto o fator 2 (F2), na linha vertical, em itálico, apresentou 25% da variância total das respostas. Na totalidade, os dois fatores têm poder explicativo de 74% de significância, demonstrando possuir parâmetros estatísticos de consistência interna e fidedignidade, considerando pesquisas realizadas no âmbito das representações sociais¹⁰.

No fator 1, à direita, encontra-se o campo semântico das representações sociais da aids (estímulo indutor 1) elaborados pelos médicos, de ambos os sexos. Para esse grupo, a aids é representada enquanto doença que provoca *medo*, *morte*, onde a *prevenção* se faz necessária. Prevenção essa que passa por dois eixos: um

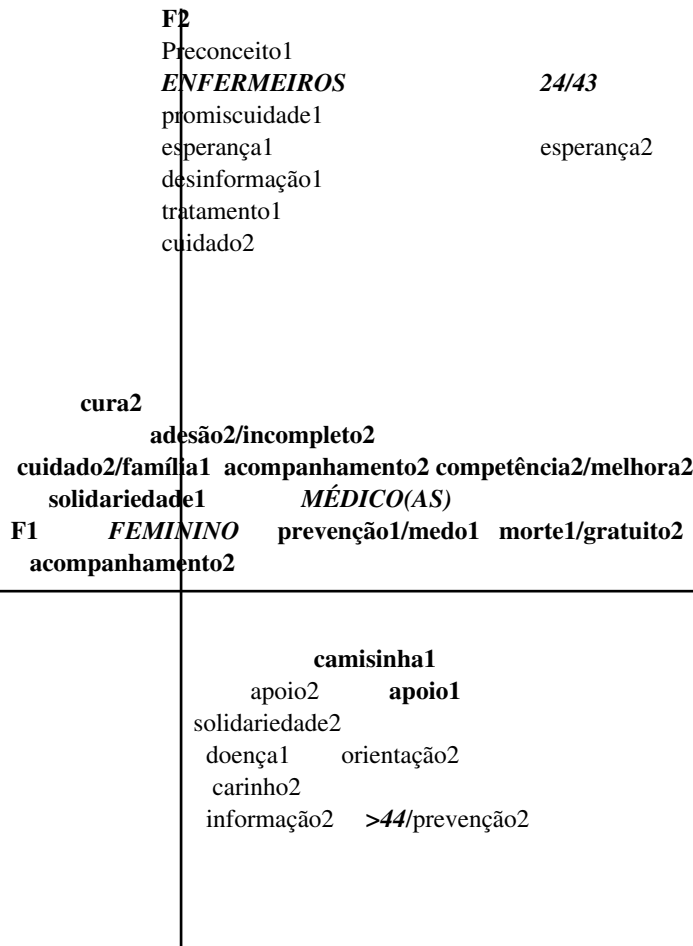


Gráfico 1 – Plano Fatorial de correspondência das representações sociais da aids e do tratamento em Profissionais de Saúde que atuam diretamente no atendimento à soropositividade.

eixo psicossocial, representado pela necessidade de *apoio*, e outro, representado pelo uso do preservativo (*camisinha*).

O tratamento (estímulo indutor 2) é associado por esses profissionais aos elementos gratuito, competência e acompanhamento. Pode-se concluir que, na visão destes profissionais médicos, é necessário um acompanhamento integral, efetivo e competente, além de gratuito.

Ainda com relação ao fator 1, no lado esquerdo, observa-se a representação social de médicos, prevalecendo o sexo feminino, em que a aids enquanto doença é associada à prevenção, à necessidade de cuidado, apoio familiar e solidariedade. Entretanto a prevenção emerge neste campo com relação ao contágio profissional/acidente de trabalho, ou seja, o medo de contaminar-se na prática com o paciente. Emerge também a necessidade de acompanhamento constante, mantendo a esperança de que poderá surgir cura para a doença.

Percebe-se, pela representação dos campos semânticos, que ambos os grupos possuem representações similares, como a necessidade de acompanhamento e apoio. Percebem-se, também, alguns elementos distintos, como morte e competência (médicos masculinos) e medo do contágio, solidariedade, esperança de cura.

No fator 2 (F2), linha vertical, as representações encontram-se diametricamente diferenciadas, tanto com relação ao seu significado quanto com as características dos grupos. Na margem superior localizam-se as representações de enfermeiros, grupo este predominantemente feminino, na faixa etária de 24 a 43 anos. A aids enquanto doença está aqui associada à promiscuidade, preconceito e desinformação, remontando a origem da doença, quando se instituíram os “grupos de risco”. Entretanto também surgem associações da doença aids com tratamento e a cura surge como esperança.

Apesar da conotação negativa dada à aids enquanto doença, esse grupo associa o tratamento (estímulo 2) o cuidado e esperança.

Na margem inferior do fator 2, destacam-se as modalidades representacionais de profissionais médicos e enfermeiros acima de 44 anos. Para esse grupo, a aids (estímulo 1) está associada apenas à doença em si, enquanto o tratamento (estímulo 2) está configurado nos elementos apoio, solidariedade, carinho, além de informação e orientação.

Esses resultados expressam que as representações sociais sobre a aids e seu tratamento, por profissionais de saúde diretamente envolvidos no trato com o paciente soropositivo para o HIV, estruturam-se na interface da complexidade, colocando em jogo conhecimentos científicos e profanos, bem como valores sociais e contextuais. Sendo assim, é preciso articular, nas análises, as concepções médicas e as implicações das concepções sociais que lhes fazem eco.

DISCUSSÃO

A abordagem das representações sociais leva a insistir que, numa área como a da saúde, para apreender o processo de assimilação (ou não-assimilação) das informações, é necessário considerar os sistemas de noções, valores e modelos de pensamento e

de conduta que os indivíduos aplicam para se apropriar dos objetos de seu ambiente¹¹.

Muitas barreiras são interpostas ao atendimento ao paciente, principalmente no âmbito do atendimento direto, o estigma representa uma primeira barreira, que, aliada a outras, como o medo, a ansiedade e a falta de informações, relegam o paciente a condições subumanas de assistência. Mesmo tendo sido observadas mudanças favoráveis na atitude de profissionais de saúde no decorrer da epidemia de aids, o estigma ao paciente permanece como um problema que não deve ser subestimado. Além disso, a complexidade do atendimento tem um duplo efeito: além de acarretar um enorme desgaste psicológico para o profissional envolvido, dificulta a identificação dos principais fatores deste desequilíbrio, multideterminado pelo medo, falta de informação, crenças e valores e, principalmente, pela forma parcelar com que a doença é encarada dentro dos meios especializados.

A aids colocou o médico e conseqüentemente toda a equipe diante do seu preconceito e da impotência, tornando mais freqüente a situação de enfrentamento da morte, sem se ter a certeza de que está preparado para tal tarefa. Tal fato obrigou os profissionais a se confrontarem com seus preconceitos e dificuldades diante da sexualidade, drogadição, traição, gerando ansiedade com relação às suas atividades profissionais e estilos de vida pessoais. Estas dificuldades se não abordadas, podem interferir no atendimento, gerando desconfiança, hostilidade, angústia, abandono do tratamento e até ameaças¹².

Os profissionais constroem representações da aids como um mal terrível mas que pode ser minimizado, ou não, dependendo das condições emocionais, culturais e econômicas do paciente. Isso vem associado a uma idéia geral de que o desenvolvimento da doença depende da forma como o paciente lida com ela; do apoio que recebe da família; da manutenção de uma atividade produtiva; do uso adequado dos medicamentos; da consciência em evitar a reinfecção; enfim, uma série de condições interdependentes.

Quanto à questão “aids/morte”, alguns médicos relatam não se sentirem instrumentalizados para abordar o assunto com seus pacientes. Sabe-se que no curso de medicina não há treinamento para abordar a questão. Ensina-se a combatê-la, retardá-la, mas não a discutir. Invariavelmente, a morte conduz os profissionais de saúde as suas próprias questões sobre a vida, sua impotência frente à morte, sua formação e identidade profissionais. Tais questões trazem um desafio a estes profissionais: aprender a lidar com a morte para lidar com a vida de seus pacientes¹².

A predominância da informação técnica em detrimento da formação nos cursos da área da saúde, principalmente com relação à Medicina e Enfermagem, diminui a competência social do profissional de saúde. É importante ressaltar que, se a informação técnica é essencial para a superação de questões estruturadas da ação imediata, falta a maioria dos especialistas a competência social para ultrapassar os limites da compartimentalização do conhecimento.

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 paciente.

Quanto à comunicação estabelecida, por parte dos profissionais, não são dadas explicações efetivas, senão àqueles que julgam capazes de entender. A falta de informações sobre a doença e o tratamento leva o paciente a construir com seus próprios meios, um discurso com materiais fragmentados (Saldanha, 2003). Tal fato caracteriza o surgimento de representações sociais próprias a cada grupo, dificultando, assim, uma comunicação adequada e conseqüentemente a observância de comportamentos relativos à expectativa médica e uma boa adesão ao tratamento.

Neste sentido, no plano das representações, na dinâmica do “ficar doente”, o indivíduo busca na equipe de saúde o referencial de sua situação, retirando atitudes e comportamentos com relação a seu estado, tornando-se doente para o outro: para a sociedade¹³. A “visão do outro envolvido” no atendimento clínico da aids representa a “porta de entrada” para um universo de representações que ultrapassam os limites da doença e que, pela sua natureza, esgotam os recursos da competência técnica e dos procedimentos clínicos voltados para o tratamento da doença.

CONCLUSÃO

Esses resultados expressam que as representações sociais sobre a aids e seu tratamento, por esses profissionais, estruturam-se na interface da complexidade, colocando em jogo conhecimentos científicos e profanos, bem como valores sociais e contextuais. Sendo assim, é preciso articular, nas análises, as concepções médicas e as implicações das concepções sociais que lhes fazem eco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MADEIRA, MC. – A confiança afrontada: representações sociais da aids para jovens. In: JODELET, D. *et al.* – *Aids e Representações Sociais: a busca de sentidos*. Natal-RN: EDUFRRN, 1998.

2. 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, 2000.
3. SALDANHA, AAW. - *Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável*. Tese de Doutorado. Pós Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo 2003.
4. SILVA, NEK., OLIVEIRA, LA., FIGUEIREDO, WS., LANDRONI, MAS., WALDMAN, CCS., AYRES, JRCM. - Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referencia para DST/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 36(4):108-116, 2002.
5. TURA, LFR. – Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, D. *et al.* – *Aids e Representações Sociais: a busca de sentidos*. Natal-RN: EDUFRRN, 1998.
6. ABRIC, JC. – A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, MASP. – *Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais*. Goiânia: AB, 1998.
7. DI GIACOMO, JP. – Alliance et rejets untergroupes au sein d’un mouvement de revendication. In: DOISE, W. *et al.* – *L’étude des représentations sociales*. Paris: Delchoux & Niestle, 1986.
8. DE ROSA, AS. – *Sur l’usage des associations libres dans l’étude des représentations sociales de la maladie mentale*. Rome: Université de Rome, 1988.
9. CIBOIS, PH. – *L’analyse factorielle*. Paris: PUF, 1990.
10. COUTINHO, MPL. – *Depressão Infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.
11. JODELET, D. – Representações do Contágio e a Aids. In: JODELET, D. *et al.* – *Aids e Representações Sociais: a busca de sentidos*. Natal-RN: EDUFRRN, 1998.
12. MALBERGIER, A. - Os médicos diante do paciente com Aids: atitudes, preconceitos e dificuldades. In.: ____, *Aids e Psiquiatria*. Um guia para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
13. MINAYO, M.C.S. – *O Desafio do Conhecimento*. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1993.

Endereço para Correspondência:

ANA ALAYDE W SALDANHA

Av. Argemiro de Figueiredo, 505, apt. 101 C

Bessa. CEP: 58037-030 – João Pessoa – PB

E-mail: analayde@pontoweb.com.br

Recebido em: 05/10/04

Aprovado em: 09/11/04

VISITE:
www.hpvquebichoesse.com.br

PRÁTICAS SEXUAIS E ESCOLHAS REPRODUTIVAS DE CASAIS SORODIFERENTE PARA O HIV

SEXUAL PRACTICES AND REPRODUCTIVE CHOICES FOR SERO-DIFFERENT-TO-HIV COUPLES

Taís Renata Dalapria¹, Francisco RG Ximenes Neto²

RESUMO

Introdução: até pouco tempo, as questões direcionadas à sorodiferença para o HIV não eram dadas à devida importância, e este dado extremamente delicado e socialmente receoso, potencialmente poderá interferir ou acarretar problemas na vida conjugal dos casais. **Objetivo:** identificar a prática sexual de casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV e identificar as aspirações relacionadas com o crescimento familiar e escolhas reprodutivas, além de caracterizar o perfil sociodemográfico dos mesmos. **Métodos:** o estudo foi realizado no período de outubro a dezembro de 2003, em Sobral, Ceará, com seis casais heterossexuais sorodiferente para o HIV. **Resultados:** observa-se que todos os casais têm filhos ou está esperando; nenhum dos indivíduos conhece a inseminação artificial e dois declaram a vontade de ter mais filhos. Quanto à prática sexual, quatro casais fazem sexo somente vaginal e dois praticam sexo oral, anal e vaginal. **Conclusão:** a ciência pouco tem-se dedicado a investigar a prática sexual entre casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV e suas aspirações relacionadas com o crescimento familiar; talvez pela falta de interesse dos profissionais da saúde, que em sua grande maioria estão sobrecarregados ou dispersos dessa realidade ou talvez pelo desconhecimento da temática.

Palavras-chave: HIV, casais, práticas sexuais, escolhas reprodutivas, sorodiferença

ABSTRACT

Introduction: until recently, questions directed to sero-difference-to-HIV were not given their due importance; to this extremely delicate and socially fearful matter, which could potentially interfere or cause problems in the married life of couples. **Objective:** to identify the sexual practice of sero-different-to-HIV heterosexual couples and to identify the aspirations related to family growth and reproductive choices, as well as characterizing their social-demographic profile. **Methods:** the study was held in the period from October to September 2003, in Sobral-Ceará, with six sero-different-to-HIV heterosexual couples. **Results:** it is noted that, all of the couples have children or are expecting; none of the individuals is aware of artificial insemination and two declare a wish to have more children. As for sexual practice, four couples only practice vaginal sex and two practice oral, anal and vaginal sex. **Conclusion:** science has dedicated itself little to investigate sexual practices amongst sero-different-to-HIV heterosexual couples and their aspirations related to family development; maybe through lack of interest from health professionals, who in their great majority are overburdened or dispersed from this reality or maybe through lack of knowledge on this theme.

Keywords: HIV, couples, sexual practices, reproductive choices, sero-difference

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4):19-26, 2004

INTRODUÇÃO

A contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), no início da década de 1980, ocorria predominantemente entre homens homossexuais e bissexuais, profissionais do sexo e em usuários de drogas injetáveis (UDI). Em duas décadas, o perfil epidemiológico da população atingida pela epidemia modificou-se, caminhando para pauperização, feminilização, interiorização e juvenilização; além da introdução do vírus em casais heterossexuais.

Neste contexto epidemiológico, são frequentes nos achados estatísticos a existência de casais, em que apenas um parceiro tem o HIV, sendo denominado de sorodiferença ou sorodiscordância.

Com relação aos termos sorodiscordante ou sorodiferente, opta-se por sorodiferente, pois:

(...) quando falamos em sorodiscordante parece estar implícita a idéia de conflito, de discordância, de dificuldade. Por que não falarmos em sorodiferença? Ou seja, é mais fácil lidarmos com a diferença do que com a discordância¹.

A sorodiferença no nível das relações conjugais é um tema que ainda ocupa muito pouco espaço nos debates sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). Um dos fatores que dificultam na abordagem dos casais sorodiferente é o preconceito, sendo muito mais evidenciado em casais em que ambos são soropositivos.

A união entre pessoas com sorologia diferente para o HIV é como se fosse uma aceitação que há entre uma pessoa saudável e outra que tem uma doença, na qual ela pode-se contaminar, caso não haja as precauções necessárias ou haver um relacionamento com companheirismo, união e dedicação ou de conflitos.

Caso o casal demonstre interesse em ter filhos, pode ser realizada a discussão e a escolha de formas reprodutivas distintas como a gravidez através do Protocolo Nº 076 do Aids Clinical Trial Group (PACTG 076) que evidenciou a diminuição do

¹Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA

²Enfermeiro, Mestrando em Gestão em Saúde, Professor do Curso de Graduação Enfermagem da UVA e Assessor da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral-Ceará.

número de transmissão vertical com o uso de zidovudina (AZT) durante a gestação, o trabalho de parto, parto e pelo recém-nascido; com a fórmula infantil, durante 42 dias. Um outro método é a inseminação artificial, através da lavagem de esperma.²

Para os casais sorodiferentes em que a mulher é soropositiva, a maternidade pode até ser uma forma de provar para si mesma e para os outros que ela ainda está viva; esse pensamento foi demonstrado em publicação do Ministério da Saúde³, quando, durante algumas oficinas realizadas com mulheres soropositivas e soronegativas, nas quais as primeiras (as portadoras de HIV) dizem que...*a decisão das mulheres com aids por manter uma gravidez: a possibilidade de sentir-se viva, porque carrega uma vida em si, a sensação de estar bem de saúde que até pode ser mãe.*

Ressalta-se, que a atividade sexual é uma questão que está frequentemente relacionada com amor e afetividade, e não somente com a questão da procriação. Querer ter filhos é um desejo legítimo de homens e mulheres, seja por razões religiosas, para dar sentido à vida, por causa das normas para os gêneros em que foram socializados, para a construção da sua identidade feminina ou viril.

OBJETIVOS

Diante deste contexto e das estatísticas do Ministério da Saúde do Brasil, em que há uma crescente expansão na transmissão do HIV entre casais heterossexuais, com vida sexual ativa, desencadeia-se um processo de (des)ajustamento entre estes, principalmente, quando um parceiro é soronegativo, acarretando dificuldades na prática sexual, aspirações para o crescimento familiar e a preocupação em escolher a melhor estratégia para a prevenção do vírus e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST); além disto uma experiência vivenciada com uma parturiente soropositiva para o HIV e seu parceiro soronegativo, motivou-nos para realização desta pesquisa.

Contudo, a pesquisa objetivou identificar a prática sexual de casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV, identificar as aspi-

rações relacionadas ao crescimento familiar e escolhas reprodutivas destes casais e verificar o perfil sociodemográfico dos casais.

MÉTODOS

O estudo é do tipo exploratório-descritivo. A pesquisa foi realizada no período de outubro a dezembro de 2003, no ambulatório de DST do Centro de Especialidades Médicas (CEM) e no Centro de Convivência Madre Rosa Gattorno (acolhe os portadores de HIV oriundos de outros municípios e estados do Nordeste), e no domicílio de alguns casais que permitiram as visitas. O estudo compreende seis casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV, residentes no município de Sobral, Ceará, que são assistidos pelo ambulatório de DST e pelo Centro de Convivência. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário, além de uma entrevista semi-estruturada. A pesquisa foi realizada conforme a Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em que foram respeitados os Princípios Éticos e Legais⁴. O Protocolo de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA).

RESULTADOS

Dados sociodemográficos dos casais sorodiferentes

Na **Tabela 1** vê-se uma predominância de casos na faixa etária de 22 a 30 anos (adultos jovens), entre homens quatro sobre o número de mulheres duas, na proporção de 2:1.

Estudos com casais heterossexuais com sorologia diferente demonstram taxa de transmissão semelhante do homem para a mulher e vice-versa. Estimou-se que a probabilidade da transmissão do vírus da mulher para o homem, por ato sexual vaginal, é de aproximadamente uma em mil, e do homem para mulher é de duas em mil⁵.

Tabela 1 - Distribuição dos casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV, conforme a idade, o sexo e a sorologia, Sobral, Ceará, out. a dez. 2003.

Idade	Soropositivo		Soronegativo	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
19	-	-	-	01
20	-	-	01	01
22	-	01	-	-
25	01	-	01	-
29	01	-	-	-
30	01	01	-	-
32	-	-	-	01
39	-	-	-	01
44	01	-	-	-
Total	04	02	02	04

Quanto ao estado civil, cinco casais vivem em união consensual e um casal vive em união legal. Com relação à renda familiar mensal, um casal ganha menos que um salário mínimo (SM); três de um a três SM; e dois de três a quatro SM. Estes dados refletem que a epidemia da aids caminha para a pauperização.

Segundo o Ministério da Saúde, os dados mostram o aumento do número de casos de aids entre pobres, desempregadas ou com baixo poder aquisitivo/renda, baixo grau de escolaridade e “submetido” culturalmente ao seu gênero, como no caso das mulheres.⁶

Das pessoas com HIV-positivo, quatro possuem até sete anos de estudo, um sem escolaridade e um com até 11 anos de estudo.

A aids tem atingido um número crescente de pessoas com baixa escolaridade, sendo que essa tem sido adotada como um indicador do extrato socioeconômico dos casos notificados por ser uma informação disponível nas fichas de notificação⁶. Dados do Ministério da Saúde⁷, apontam para uma maior taxa de incidência nos casos com um a três anos de estudos, dados estes, que diferem da nossa pesquisa, pois a maior incidência encontrada foi entre quatro a sete anos de estudos.

No início da epidemia de aids no Brasil, as pessoas com nível universitário eram as mais afetadas. A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará⁸ relata que, até 1992, a maioria dos casos com escolaridade conhecida era de nível universitário ou com até 11 anos de estudos.

Na atualidade, a desinformação, a pauperização, a interiorização e a baixa escolarização influenciam cada vez mais a disseminação do HIV-aids.

A PRÁTICA SEXUAL DOS CASAIS SORODIFERENTES

A prática sexual da pessoa soropositiva

Só uma vez na semana, às vezes tem semana que a gente faz mais... Nós usamo [usamos] a camisinha... Depois que a camisinha rasgô-se [rasgou-se] e eu ter pegado esse filho, ele não quis fazer mais sexo com camisinha, eu sempre pedi a ele... Foi duas vez [vezes], foi [foram] duas vez [vezes] que a camisinha rasgô [rasgou]... Mudô [mudou] muita coisa. Mudô [mudou] porque era assim, né? Eu tinha medo de contaminar alguém né? Mas aí, depois que eu encontrei ele aí, pronto. Eu perdi o medo... (MULHER, 30 ANOS, CASAL N° 1).

Não, ela me aceitô [aceitou], me recebeu muito bem sem nenhum preconceito... Nos acostumamos a usar preservativo, sempre usam o [usamos] preservativo... Não, só depois e eu confirmei e aí passamo [passamos] a ter relação... Eu uso preservativo... É aconteceram algumas falhas, umas três falhas tá entendendo? Não por parte minha né? Até mesmo por parte dela... Na hora não tinha preservativo sabe então ficô [ficou] ali sei lá com aquela sensação e acabamos caindo nessa fase... Sexo normal, sem ser oral, sem ser anal... (HOMEM, 30 ANOS, CASAL N° 2).

Ave Maria!... Ai viche ela não queria nada comigo, nada, nada, chorava e Ave Maria preconceito grande demais, muito, muito, muito. Aí tinha hora que eu me agitava, tinha raiva, na mesma hora pensava que a pobrezinha não tinha nada de culpa, o culpado era eu mesmo, né! O sem-vergonha foi eu porque, eu posso até voltar as palavra [palavras] atrás, que eu era solteiro talvez já era até contaminado né! Mas eu acho que não porque meus filhos não são... Mais, ele explicô [explicou] as coisa [coisas] para ela como era como que não era... Iche! Passô [passou] bem uns quatro mês [meses] sem ter relações... Foi aí que as coisas se tornava [tornavam] pior [piores] porque eu saia fora ia procurar na rua, onde tivesse... Usava sempre (preservativo), eu não sei como foi que eu peguei isso... Sempre gostei e quando saía por aí eu usava, eu não sei como foi acho que porque eu bebia muito também sei lá posso ter feito e não ter usado... Aí quem manda é ela... Quatro vezes, três (por semana)... Em casa, porque quando não tinha saltava fora e ia procurar onde tivesse... Aí, depois que foi descoberto esse problema [problema] meu, a gente usa preservativo... Mudô [mudou] porque antes o sexo era beijando, agora não tem mais, mudô... Fora tem mais as vez [vezes] eu tenho medo, será que esse bejo [beijo] não vai contaminar não? Às vezes eu botô [coloco] camisinha mesmo (no beijo), preservativo né!... Ela não aceita de jeito nenhum, ela não me beja [beija] mais... (HOMEM, 44 ANOS, CASAL N° 3).

Olha isso varia muito, varia muito em função principalmente da hemofilia. Quando eu passo 15 a 20 dias com os joelhos meio ruins né! Por causa das hemoartroses, derrame, aí diminui um pouco mais eu acredito que dois ou três vezes na semana, agora né! Que agora ta pouco. Porque há um ano ou dois anos atrás era eu acho que umas 10 ou 12 vezes por semana em média, era duas ou três vezes por dia – RISOS... Olha ela não toma medicamento hormonal, porque ela tem problemas, toda vez que toma vomita e sente enjoô e tudo, então a gente usa só a camisinha. A masculina porque ela não gosta da feminina não... Bom, eu quando descobri que era soropositivo eu tava começando a minha vida sexual, era muito jovem, então, eu descobri o sexo depois de ser soropositivo... (HOMEM, 29 ANOS, CASAL N° 4).

Para mim ela não mostro [demonstrou] nada não, continuou normal... (depois da descoberta) Nós passemos [passamos] a fazer com a camisinha... aí foi o tempo que nasceu outro bebê, né? – RISOS – aí nós fizemo [fizemos] sem camisinha, aí foi o tempo que ele nasceu, aí nós tornemo [tornamos] a fazer novos exame [exames] dela e não deu nada também... Não é porque nesse dia nós butemo [colocamos] a camisinha, deu uma falha não sei porque, foi aí que nós fomo [fomos] fazer exame nela e no nenê também não deu nada, aí a partir desse dia ninguém fez mais relação sem ser com preservativo, né?... Mas jamais ela rejeitô [rejeitou]... Vamos transar assim, não se for fazer é para a vida toda... Só com preservativo né?... Às vezes que nós fizemo [fizemos] sem foi, por exemplo, às vezes não tinha né! Eu deixei faltar, foi minha culpa mesmo porque às vezes eu me esqueci de pegar. Às vezes ela fazia, mas depois que nós fizemo [fizemos] isso, nós butamo [colocamos] na cabeça que não adianta fazer

assim, que tanto prejudica ela como prejudica eu... Eu posso pegar outra doença mais pior do que essa... (HOMEM, 25 ANOS, CASAL Nº 5).

Bom, é pôca [pouca] né! Porque ele viaja, passa oito dias fora aí só quando ele volta... Camisinha... Todos (tipo de sexo)... Mudou porque eu tenho medo... Ele diz que, as veiz [vezes] eu peço para ele colocar camisinha ele diz que não quer... A primeira vez que eu fiquei com ele, eu falei: Oh! De hoje em diante tu já sabe o problema que eu tenho e você não tem, mas eu só fico contigo se for com camisinha. Aí ele falo assim: quem me protege é Deus, e eu disse: eu sei, mas a gente também não deve arriscar a vida assim não. Mas ele disse: por você eu arrisco a minha vida. Aí justamente quando eu tive relação com ele a primeira vez sem camisinha, eu falei: oh! Vô [vou] ficar grávida... (MULHER, 22 ANOS, CASAL Nº 6).

Com relação à prática sexual, foi identificado que quatro pessoas fazem sexo somente vaginal e dois praticam sexo oral, anal e vaginal. A frequência sexual durante a semana variou entre os indivíduos.

Quanto ao uso de preservativo, todos relataram que utilizam esse método para proteção, porém, duas pessoas “deixaram falar”, um relata que rasgou várias vezes, dois nunca fazem sexo desprotegidos e um às vezes pratica sexo sem preservativo, por opção. Assim, nós temos constantemente quatro parceiros expostos ao HIV. É preocupante o dado encontrado, pois mesmo sabendo que são soropositivos e que podem transmitir o vírus para seu parceiro, eles ainda fazem sexo desprotegidos. Por razões como “rasgou”, ou então, “faltou” eles não se resguardam. Estes casais necessitam ser mais bem orientados, quanto ao uso do preservativo, com a aquisição de práticas sexuais mais seguras.

O desejo sexual e a qualidade das relações variam e interferem na frequência sexual desde a diminuição à ausência de desejo sexual, ou então, não há alteração. A forma como as pessoas tratam seus companheiros, interfere positiva ou negativamente no seu estímulo sexual. Quando essa interferência acontece de forma negativa, acaba desestimulando a prática sexual entre o casal⁹.

Com relação às mulheres, podemos ressaltar que:

...as mulheres heterossexuais, com parceiro fixo, frequentemente não têm consciência da sua vulnerabilidade. Em vez de preservativo usam a própria fidelidade, a confiança e o conhecimento do parceiro como uma fantasiosa forma de prevenção³.

A prática sexual da pessoa soronegativa

Com preservativo... Só a camisinha... Foi ela que pediu... Antes, a gente sempre usava preservativo... Aí quando foi por duas vezes já fazia bem uns três meses que eu tava [estava] com ela, aí quando eu terminei a relação com ela a camisinha tava [estava] rasgada, aí eu falei para ela: a camisinha rasgô [rasgou], aí ela fico [ficou] assustada, passou... Aí quando foi da outra vez, a camisinha tornou a rasgar de novo, mas que droga, e assim três vezes rasgou-se a camisinha, aí quê que eu vô [vou]

fazer agora? Eu boto [coloco] a camisinha. A camisinha rasga... Usar camisinha?... Em nenhum momento eu tive medo. Hoje, se me perguntar, eu faria tudo isso de novo, eu faria com certeza... Tentei usar de novo, mas rasgô [rasgou] de novo... (HOMEM, 25 ANOS, CASAL Nº 1).

A primeira vez eu não sabia que ele não tinha botado [colocado] a camisinha, aí a gente tava [estava] no escuro, quando a gente tinha acabado que eu fui vê... Eu achava sei lá que teria pegado, que não ia ter mais jeito, sabe? Aí a gente fazia sem usar preservativo... Fiquei pensando mais, depois eu fiquei desesperada, fiquei com medo, sei lá, aí eu fui lá, falei com a enfermeira o que tinha acontecido, mas não falei que eu não sabia que ele não tinha usado o preservativo não, eu só falei que tinha feito sem camisinha... Sei lá, ele falou que fez para que eu não deixasse ele... Sei lá, eu fiquei, não parava de pensar: meu Deus, será que eu peguei, aí uma vez eu doente achava até que era por isso, mas eu fiz o exame, deu negativo. Mas não dava tempo de dar positivo. Deu negativo, nunca mais eu fiz o exame não, já tá com mais de sete meses... (MULHER, 20 ANOS, CASAL Nº 2).

Foi, mas com camisinha, mas sem camisinha nunca tive não, depois que foi descoberto. E quando aconteceu esse problema [problema] com ele, há dias que ele vivia doente, então ninguém tinha relação não. Porque logo ele tava [estava] muito fraco... Foi. Aí depois as meninas ficaro [ficaram] assim me aconselhamo [aconselhando], me dizem [dizendo] que com camisinha não tinha perigo... Eu tenho medo, não tem negócio de bejo [beijo] não, ele diz, né? Deixa eu dar um bejo [beijo] na sua boca. Não pode não, pode fazer mal que por causa dos dentes, dente furado [cariado], eu digo, porque na minha mente faz mal. Eu nunca aceitei não... (MULHER, 39 ANOS, CASAL Nº 3).

Eu não diria receio, eu diria cuidado, né? A gente procura ter todos os cuidados possíveis... Exatamente no contato, né?... Todavia, porém, a gente sabe que o contato é pele a pele a gente não tem, só se for com camisinha, mas isso não atrapalha nada não, não deixa de ser gostoso não... Mulher é assim, quando dá vontade, a gente tem, e quando a saúde dele permite, no caso [caso] da hemofilia, às vezes ele tá com derrame aqui, outro ali aí, não dá certo, mas não, geralmente não atrapalha... O que atrapalha mais a nossa vida não é tanto o HIV, é uma coisa que a gente tem consciência e tem que ter cuidado, agora eu acho que o que limita mais nossa, vida em termo de outras coisas que a gente poderia fazer juntos e não pode, é a hemofilia... (MULHER, 32 ANOS, CASAL Nº 4).

... Só queria se tivesse preservativo, tá entendeno [entendendo]? Aí houve até nós quase se separamo [separamos] por causa disso, mas aí nós entramo [entramos] num acordo, aí teve uma época que ele aceitou sem a camisinha... Passou um tempo para ele me contar e enquanto isso nós fizemo [fizemos] sexo sem camisinha, depois que ele contô [contou] é que nós tivemo [tivemos] que usar. E depois que ele contô [contou] eu ainda não quis usar... Hoje eu só uso camisinha mesmo, não por medo da doença não, é para evitar filho, não é para negócio de doença não. (MULHER, 19 ANOS, CASAL Nº 5).

Ela talvez... pensou que eu tava [estava] fazeno [fazendo] aquilo ali não por amor, mas sim por, só por curtição e não era, para ela era isso, mas para mim não era... (frequência) Umas 30 e tantas vezes (mês)... Bote umas oito vezes na semana... (usam proteção?) Por incrível que pareça não... Já usei, mas não por necessidade, entenda, no nosso caso eu usei por experiência... (tipo de sexo) Todos... Mudou porque eu não conhecia o sexo em termos de..., porque com as outras eu saía, mas não, para mim não era nada. O sentimento não tinha, tá entendeno [entendendo]? porque o sexo, a gente quando gosta de uma pessoa, o sexo é completamente diferente do que quando a gente não gosta. Você compreende? Mas com ela é diferente, eu gosto dela... Eu sei. [Pausa] Não sei explicar... (HOMEM, 20 ANOS, CASAL N° 6).

A análise das falas dos parceiros soronegativos mostra que cinco pessoas utilizavam a camisinha como método de proteção, e um não utilizava nem um método de prevenção. Dentre os que usam preservativo, um relatou ter rasgado a camisinha e assim passou dois meses sem se proteger; um não se importa em usar, um teve relação sexual sem proteção, pois não sabia que seu parceiro não havia colocado, e, partir de então, realizou sexo umas quinze vezes sem se proteger.

Dois fazem sexo de todas as formas, três fazem sexo vaginal e um refere fazer somente sexo oral. Nas falas das mulheres soronegativas, nota-se a apreensão e o estresse (medo?) no momento da relação sexual, quanto à prevenção do HIV e da gravidez.

Ao compararmos as pessoas soronegativas com as soropositivas, verificaram-se algumas contradições com relação ao uso do preservativo.

No Casal N° 2, o homem soropositivo relata que houve falhas, como a falta do preservativo, enquanto sua parceira (soronegativa) relatou que o seu companheiro não usou o preservativo, e como estava escuro ela não viu. Nos discursos, ambos se isentam da responsabilidade do uso do preservativo, e que está sendo negligenciado o fator proteção, fato que nos traz muita preocupação, pois demonstra a necessidade de se trabalhar cada vez mais a educação sexual desses casais. Os profissionais de saúde precisam estar continuamente sensibilizando essa população para a prevenção. Percebe-se que a entrevistada sente-se obrigada a atender as necessidades sexuais do companheiro, sempre que forem solicitadas. Esta situação reflete um contexto cultural em que o papel da mulher encontra-se, ainda, permeado de submissão, e em que ela continua sendo colocada em papel secundário ao do homem, principalmente no que diz respeito à prática sexual⁹.

As mulheres, na grande maioria, não sabem ainda falar sobre camisinha com seu marido. O HIV mostrou que o casamento, relação sexual estável e vida convencional não imunizam ninguém¹⁰.

O Casal N° 5 também diverge quanto à prática da relação sexual e o uso de preservativo. O homem soropositivo diz que sua esposa só faz sexo se for com camisinha. Já a esposa soronegativa diz não se importar com a doença e que quando usa preservativo é a pedido do marido e também para não engravidar. Mais uma vez é percebido o negligenciamento, o déficit de informações e o desca-so com a própria vida. É uma opção dela não querer usar, mas é função do profissional de saúde conscientizar esta amostra sobre os riscos aos quais estão expostos.

O Casal N° 6 se contradiz-se quando a mulher soropositiva refere usar camisinha, e seu companheiro soronegativo diz não usar. Completa ainda dizendo que só agora ele descobriu o sexo com sentimento, que não sabe explicar o porquê de não usar a camisinha. Esse amor é questionável, pois, apesar de o expressar verbalmente, na prática, o entrevistado coloca seu amor e sua crença em Deus como imunidade ao vírus. “*Quem me protege é Deus...*”

Nos interrogamo-nos sobre o uso do preservativo. Será que as unidades de saúde onde esses casais são acompanhados estão enfatizando a importância do sexo protegido (seguro)? Será que as campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e ONGs estão repassando informações suficientes, a nível de entendimento para essas pessoas? Ou será que eles é que não querem ser protegidos?

Por viver, amei

Por amor me contaminei

Este é um trecho de uma poesia escrita por uma mulher HIV positiva¹¹ participante do treinamento Cidadã Positiva em Fortaleza, 2002, que talvez se relacione com a realidade de alguns casais desta pesquisa.

Através da atividade sexual, expressam-se sentimentos com relação à pessoa amada e/ou apenas há vazão às fantasias, aos anseios e aos desejos mais íntimos. Por isso, continuar com uma vida sexual ativa e sem riscos contribui para manter uma certa qualidade de vida. Se os casais sorodiferentes aprendessem mais sobre sexo seguro, talvez fossem mais menos estressados durante o ato sexual e mais dispostos a explorar suas possibilidades, tendo uma vida sexual ativa e satisfatória, sem riscos de transmitir o HIV para seu parceiro soronegativo e sem prejudicar ou complicar a saúde. A grande maioria das mulheres portadoras de HIV segue mantendo ativa sua vida sexual e afetiva; enfrenta dificuldades de comunicação do diagnóstico, da negociação permanente e cotidiana da camisinha, do medo da rejeição, de decisões difíceis quanto aos desejos de constituir família.

Solicitar o uso de preservativos para o(a) parceiro(a) implica assumir diversos riscos, que vão desde as questões mais ligadas à afetividade, à cumplicidade, como a quebra de confiança entre o casal, passando pelas questões culturais que não vêm com bons olhos quando as mulheres mostram conhecimento e iniciativa na esfera sexual, até o risco de perder o apoio financeiro do companheiro quando são dependentes deles. O aconselhamento quanto às escolhas reprodutivas de casais em que apenas um dos dois é soropositivo para o HIV é uma importante forma de diminuir o risco de infecção dos parceiros soronegativos e de seus filhos.

ASPIRAÇÕES DE CRESCIMENTO FAMILIAR E ESCOLHAS REPRODUTIVAS PELOS CASAIS SORODIFERENTE

A aspiração do crescimento familiar e escolhas reprodutivas do soropositivo

Tenho três com esse que tenho agora... Não, quero mais não. Porque esse aí já foi de risco e eu não quero arriscar mais não... (MULHER, 30 ANOS, CASAL N° 1).

Tem esse aí, que na época que eu conheci ela, ela tava [estava] grávida, ela tinha um caso com outra pessoa e ela tava [estava] grávida de outra pessoa, até que ela ficou muito constrangida para falar para mim, mas aí porque eu gostava dela, aí fiquei, falei que ela não preocupasse porque aquilo ali não importava para mim e aí o menino veio né!... Olha, eu queria, eu tenho muita vontade de ter, mas como não há nenhuma possibilidade, não há nem um jeito, vou ficar com esse daí mesmo... (HOMEM, 30 ANOS, CASAL Nº 2).

Tenho quatro, e um rapaz já adulto... Olha, você acredita que às vezes tenho, fico assim, sabe? mas aí eu penso que já vêm os netinhos por aí né? É que bom a gente se aquieta... (HOMEM, 44 ANOS, CASAL Nº 3).

Uma filha... Cinco anos... Diante das circunstâncias não, primeiro porque a situação financeira é complicada, a situação para criar um filho, a violência crescendo do jeito que está, a educação e uma série de coisas. É muito difícil a educação de um filho hoje em dia e, além disso, tem o sério complicador de ser soropositivo para HIV e porta hepatite C. E aí é isso... (gravidez segura) Conheço sim, inclusive o doutor queria me mandar para Campinas, eu era o primeiro da lista, ela tinha muita vontade de ter um filho, e um filho meu, a (...) não é minha filha legítima, é do primeiro casamento dela. Aí... o doutor disse que... no Ceará seriam alguns que iriam para Campinas para fazer o tratamento para engravidar... Eu acho que seria através da lavagem do sêmen, a inseminação artificial... Quer dizer, eu não tinha condições de pagar as passagens, teria que procurar a assistência social da prefeitura para tentar resolver... e isso envolvia uma série de coisas que estavam fora do meu alcance no momento, aí e foi também quando ela acabou se desinteressando mais... Dá muito trabalho e um já tá bom... (HOMEM, 29 ANOS, CASAL Nº 4).

Tenho dois... Um, a primeira eu não sabia né! Quando não tinha né! Já o segundo eu já sabia que eu tinha. A primeira tem quatro anos e o segundo tem dois anos... O sonho da vida dela é ter outra menina, mas se depender de mim não vai ter mais... (HOMEM, 25 ANOS, CASAL, Nº 5).

Tenho uma menina de dois anos e dez meses... Ela é negativa... Depois desse aqui vô [vou] parar... (MULHER, 22 ANOS, CASAL Nº 6).

Os casais da amostra todos têm filhos, sendo que dois não têm filhos legítimos, ou seja, eles assumiram os filhos de suas companheiras. Quatro confirmaram não quererem mais filhos; dois ainda pretendem tê-los. Com relação à gravidez segura, a inseminação artificial, somente dois conhecem esse método e quatro o desconhecem.

As aspirações para crescimento familiar podem estar relacionadas com os recursos financeiros disponíveis e a acessibilidade aos serviços de saúde.

A aspiração do crescimento familiar e escolhas reprodutivas pelo parceiro soronegativo

Tenho dois, tenho um com uma mulher e tenho um com ela... Já temos um, um já é o suficiente, tem mais dois dela que mora com a gente, já são três, três filhos já tá sobrando... (HOMEM, 25 ANOS, CASAL Nº 1).

Tenho, três filhos... De um outro relacionamento... Foi antes... No começo ele não falô [falou], ele não ligava que eu tava [estava] grávida, falava nada não... (Pretende ter mais filhos?) Não... (Gravidez segura?) Sei não... (MULHER, 20 ANOS, CASAL Nº 2).

Tenho três... sô... [sou] ligada há 13 anos. Eu já sô [sou] ligada porque ele bebia demais, aí sofria muito com os meninos... (MULHER, 39 ANOS, CASAL Nº 3).

Tenho... Uma menina, ela tem cinco anos, ela não é exatamente filha dele porque eu tive antes, mas é como se fosse, só não tá no sangue dele, mas tá no coração... Não. Tem vez que a gente pretende, mas diante desse mundo tão cruel, sinceramente às vezes eu penso assim que é, esse mundo não merece nascer mais nem uma criança... Porque a gente sabe que não pode. A ciência não descobriu, pelo menos que eu conheça, não... às vezes, tudo que eu queria era ter um filho dele, com as características dele, a boca dele, os olhos dele, enfim, essas coisas de mulher, mas devido a minha consciência eu prefiro dizer que não, entende?... A gente aceita... (MULHER, 32 ANOS, CASAL Nº 4).

Dois... Tem um de quatro anos e um de dois anos... Por mim eu já teria tido, mas o negócio não é a doença, são as condições de criar os filhos hoje em dia... Não, a menina foi antes dele descobrir, tem quatro anos, e o menino já foi depois... Se eu tenho vontade de ter mais. Ter eu tenho. Não tenho por causa dele... (MULHER, 19 ANOS, CASAL Nº 5).

Não, mas ela tá esperano [esperando] um... Aproximadamente cinco meses... (HOMEM, 20 ANOS, CASAL Nº 6).

Observa-se nas falas sobre o crescimento familiar que todos os casais têm filhos ou está gestante, nenhum dos indivíduos conhece a inseminação artificial e dois depoimentos declaram a vontade de ter mais filhos.

Ao confrontar as respostas, verificou-se que o cônjuge soropositivo do Casal Nº 4 diz que sabe sobre a gravidez segura, e que eles seriam um dos casais a fazerem a inseminação artificial do Ceará. Mas, conforme suas limitações devido à hemofilia, a dificuldade de conseguir as passagens para viajar e a diminuição do desejo de sua mulher com relação à gravidez, ele desistiu. Já sua esposa diz não conhecer nenhuma possibilidade de engravidar sem o risco de contaminação. A mesma falta de informação/dificuldade de comunicação ocorre entre o Casal Nº 1, em que o parceiro soronegativo diz não conhecer nenhum método de

gravidez segura. Será que o parceiro soropositivo não queira gerar expectativas futuras, como o receio da frustração?

É muito importante destacar que o assunto “filhos” envolve vários fatores psicossociais como, por exemplo, uma fonte de remuneração, a má distribuição de renda nesse país, as limitações dos soropositivos à dificuldade de acesso e acessibilidade à inseminação artificial.

O crescimento familiar, na visão destes casais não é tão interessante, pois salientaram sobre a dificuldade de se criar um filho no mundo atual, problemas financeiros e alguns até citam ter consciência da situação (a soropositividade) e por isso aceitam o fato de não poderem ter outra criança. A inseminação artificial, um dos avanços para uma gravidez segura, está muito distante do conhecimento e da realidade dos casais. Dois deles referem conhecer esse método, realizado em Campinas, mas as limitações físicas e financeiras não lhes permitem tentar.

O Protocolo Nº 076 do Ministério da Saúde fala sobre a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes e as recomendações que constam neste documento foram baseadas no conhecimento científico disponível e na experiência de especialistas da área, considerando sempre as condições de implementação das recomendações do Sistema Único de Saúde – SUS². Há técnicas sendo aperfeiçoadas que ajudam casais sorodiferentes a terem filhos. A fertilização *in vitro* com sêmen lavado é uma das técnicas de maior sucesso. Essa técnica consiste em recolher o sêmen e submetê-lo a sucessivas lavagens, reduzindo significativamente a quantidade de vírus contido no material e, conseqüentemente, o risco da parceira infectar-se. Não ocorrendo a infecção na mãe, não existe o risco de a criança nascer infectada.

A redução da transmissão vertical do HIV, a promoção de intervenções que reduzam a carga viral materna e que propicie a realização do parto com adequada assistência ao binômio mãe-filho, reforçam que todos os encontros com a gestante, parturiente ou puérpera representam oportunidade para o oferecimento do teste anti-HIV e início da terapia anti-retroviral tanto para a mãe como para o recém-nascido².

A maternidade, o desejo de ser mãe, muitas vezes, reafirma uma razão para as mulheres manterem-se vivas e lutando. Ter alguém que dependa dela, dentro de si, é algo muito precioso para deixar desanimar.

Muitas mulheres relatam que não desistiram de lutar para viver porque tinham filhos. A responsabilidade pelas crianças se por um lado é peso e exigência, por outro é a possibilidade de ainda poder cuidar de alguém, raiz que traz a mulher para o chão, concreto, conferindo sentido para o seu viver.³

Não restam dúvidas de que o casal sorodiferente para o HIV tem sérios riscos para gravidez. O relacionamento sexual poderá contaminar um deles, na vigência de uma gravidez, a mãe, o feto ou recém-nascido. Com a técnica de fertilização *in vitro*, a possibilidade de ocorrer tal contaminação é infinitamente menor. O aconselhamento quanto às escolhas reprodutivas desses casais sorodiferentes, é uma importante forma de diminuir o risco de infecção dos parceiros soronegativos e de garantir uma vida saudável para si, o parceiro e os filhos. Quando a mulher ou o homem tem que se defrontar com o viver com o HIV, e a convi-

vência com a sorodiferença, esta situação pode acarretar impactos, desafios e responsabilidades conjugais. Temores com relação ao corpo e as inseguranças na relação com o parceiro, ficam exacerbadas e os casais desenvolvem estratégias distintas de enfrentamento desta realidade (compartilhando a doença, competindo pelo cuidado, silenciando a doença) e tais estratégias afetam a prevenção e a adesão ao tratamento.

CONCLUSÃO

A ciência pouco tem se dedicado a investigar a prática sexual entre casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV e suas aspirações relacionadas com o crescimento familiar. Talvez pela falta de interesse dos profissionais da área da saúde, que em sua grande maioria estão sobrecarregados ou dispersos dessa realidade ou talvez pelo desconhecimento da temática.

Apesar das inúmeras campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde do Brasil e as informações repassadas pelas ONG/Aids, os dados analisados questionam a eficácia das mesmas em atingir este público, pois a grande maioria dos entrevistados (quatro casais) não utiliza ou utiliza de forma inadequada o preservativo durante a prática sexual. As principais dificuldades identificadas são: o preservativo rasgou, faltou ou o parceiro portador de HIV não usou; sendo encontradas também algumas dificuldades como o pouco interesse ou despreocupação com relação à assiduidade ao manuseio da camisinha por parte do casal. Outro problema é que nenhum casal faz uso de proteção dupla (método anticoncepcional eficaz associado ao método de barreira).

Os achados são de suma importância, pois se verifica um espaço para que o HIV se dissemine. Não se sabe até que ponto a culpa é do casal ou do sistema de saúde ou do sistema político. A importância da forma e da qualidade de oferta dos serviços e a aceitabilidade dos métodos de barreira, entre eles os preservativos masculino e feminino, são cruciais para que haja uma melhor adesão aos métodos de prevenção e contracepção.

Questiona-se, então, a respeito da demanda que o ambulatório de DST/Aids assiste; pois, observa-se que há uma clientela excessiva, sendo que parte desta não possui um acompanhamento periódico pelo Centro de Referência, em virtude da mesma morar em áreas distantes e de difícil acesso, fato que se tem como indicativo à necessidade de descentralização do referido serviço para as Unidades Básicas de Saúde – UBS (Estratégia Saúde da Família) ou ambulatórios em outros municípios pólo regional.

Deve-se, também, respeitar a diversidade da maneira com homens e mulheres procuram comunicar-se sobre assuntos sexuais e reprodutivos, bem como as múltiplas oportunidades de negociação que essa comunicação possibilita.

A maioria das pessoas desconhece a possibilidade de uma gestação sem riscos. Com isto, surge a interrogação: se os aparelhos e redes sociais, tais como o Ministério da Saúde, as ONG/Aids, os grupos de ajuda mútua, as unidades de saúde e centros especializados, estão preocupados com a saúde e a continuidade da vida com qualidade desses casais, por que os casais ainda desconhecem o Protocolo Nº 076 do Ministério da Saúde e a inseminação artificial? Que tipos de informações e orientações

Quadro 1 - Distribuição dos casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV, segundo o tempo de união conjugal, Sobral, Ceará, out. a dez. 2003.

Casal N°	Tempo de união conjugal/casamento
01	1 ano
02	1 ano e 7 meses
03	18 anos
04	4 anos
05	7 anos
06	6 meses

Tabela 2 - Distribuição dos casais heterossexuais sorodiferentes para o HIV, segundo os anos de estudo, Sobral, Ceará, out. a dez. 2003.

Escolaridade (Anos)	Soropositivo N°	Soronegativo N°
Nenhum	01	-
1 a 3	01	-
4 a 7	03	04
8 a 11	01	02
Total	06	06

estão recebendo? Por que os serviços de infertilidade não orientam as mulheres HIV positivo sobre a possibilidade de realizar inseminação artificial como uma opção segura de engravidar?

Quanto ao perfil sociodemográfico, a maioria da amostra apresenta baixa renda e pouca escolaridade, que condiz com a tendência de pauperização referida pelo Ministério da Saúde. Porém, não devemos excluir a população em geral, considerando que todo indivíduo, principalmente aquele com uma vida sexual ativa, é susceptível ao vírus.

Os dados desta pesquisa proporcionam, tanto para os profissionais da área da saúde, quanto aos casais sorodiferentes para o HIV e a comunidade em geral, um chamado à sua atenção, com o intento de voltar seus interesses para esta temática, despertando,

principalmente nos profissionais, o desenvolvimento do planejamento de uma assistência integral que envolva a prevenção, a promoção e a educação em saúde, a prática sexual segura e a possibilidade de natalidade num futuro bem próximo.

Vale esperar que estes casais transformem suas práticas buscando a prevenção e a promoção à saúde sexual e reprodutiva, evitando, a soroconversão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. POLEJACK L. Projeto Com-vivência: trabalhando com casais sorodiferentes para HIV/AIDS. . In: *Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde; CN-DST/AIDS, 2002/2003.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Fios da vida: tecendo o feminino em tempos de aids*. Brasília: Ministério da Saúde; CN de DST e Aids, 2000.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília 1996 abr/jun; v. 5, n. 2, supl. 3: 1-14.
5. RACHID M.; SCHECHTER M. *Manual de HIV/Aids*. 6. ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da oficina para análise de situação e de resposta: planejamento estratégico*. Disponível em: <<http://>>. Acesso em: 25 nov. 2003, 17:48:53.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos: Brasil. *Boletim Epidemiológico- Aids 2002*; 1: 24-33.
8. CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde- SESA- CE. *Curso de vigilância epidemiológica do treinando*. Fortaleza: SESA- CE, 2003.
9. SOUSA MFP; LOPES, MEL. Relacionamento conjugal e climatério: vivência de mulheres. In: MARINHO AC.; et al. *Fios que tecem as malhas da história e da vida das mulheres*. João Pessoa: Idéia, 2002.
10. DAMIÃO EO. Desmistificando a SIDA/Aids: reflexões para profissionais, cuidadores e cuidandos, na ótica da saúde da mulher. In: MARINHO, A. C.; et al. *Fios que tecem as malhas da história e da vida das mulheres*. João Pessoa: Idéia, 2002.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. *Cidadãs PositiHIVas*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; CN de DST e Aids, 2002.

Endereço para correspondência:

FRANCISCO XIMENES NETO

Rua Sebastião Miranda, S/N°, Centro,

CEP: 62184-000 - Cariré- Ceará

E-mail: rosemiro@sobral.org

Recebido em: 17/11/04

Aprovado em: 20/12/04

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

CITOLOGIA DE BASE-LÍQUIDA PELO SISTEMA DNA-CITOLIQ® (DCS) – EFICÁCIA NA IDENTIFICAÇÃO DA MICROBIOTA VAGINAL

LIQUID-BASED CYTOLOGY BY DNA-CITOLIQ SYSTEM (DCS) – EFFICACY IN IDENTIFICATION OF VAGINAL MICROBIOTA

Venâncio AF Alves¹, Aauto Castelo Filho², Gislene Namiyama³, Adhemar Longatto Filho⁴, Maria Regina Vianna⁵, Eliane Taromaru⁶, Gerson Botacini das Dôres⁶

RESUMO

Introdução: o sistema DNA-Citoliq® (DCS) (Digene, Brasil) é um novo sistema de citologia em base líquida que utiliza o UCM (*Universal Collection Medium*) como meio de preservação celular com utilidade tanto para a citologia oncológica quanto para a detecção molecular de DNA de HPV, *Neisseria gonorrhoea* e *Chlamydia trachomatis*. Estudos recentes têm mostrado sua elevada sensibilidade no diagnóstico de lesões epiteliais. **Objetivo:** comparar o diagnóstico morfológico microbiológico obtido entre o material preparado com o DCS e o de esfregaços convencionais. **Métodos:** coletaram-se amostras de 3.129 mulheres. Depois da passagem de espátula de Ayre e escova endocervical, realizaram-se os esfregaços clássicos, sendo as lâminas fixadas em solução alcoólica. A escova contendo material residual de células da endocérnix foi usada para coletar a amostra da ectocérnix e acondicionada em tubo com UCM. O processamento da lâmina DCS foi feito de acordo com o protocolo padrão. Todas as lâminas foram coradas pela técnica de Papanicolaou. **Resultados:** os métodos permitiram resultados semelhantes para lactobacilos (p=0,32), cocos (p=0,98), *Actinomyces sp.* (p=1,0), *Leptotrix vaginalis* (p=0,37), *Chlamydia trachomatis* (p=0,45) e *Candida sp.* (p=0,75). A detecção de *Gardnerella vaginalis* foi significativamente maior nos preparados DCS (p=0,0001), enquanto *Trichomonas vaginalis* foi observada mais frequentemente nos esfregaços convencionais (p=0,001). **Conclusão:** conclui-se que a colheita de amostras pelo sistema DCS foi capaz de identificar agentes microbiológicos com eficácia similar à obtida com os esfregaços convencionais.

Palavras-chave: citologia, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Candida sp*

ABSTRACT

Introduction: DNA-Citoliq System® (DCS) (Digene, Brasil) is a new liquid based cytology system for cervical material intended both for oncologic cytology and molecular tests for HPV, *Neisseria gonorrhoea*, and *Chlamydia trachomatis*. Recent studies have shown its high sensitivity for identifying epithelial lesions. **Objective:** compare the efficacy between specimens prepared with DCS and conventional Pap for morphological infectious agent's diagnosis. **Methods:** samples were collected from 3,129 women. After cervical scraping with Ayre spatula and endocervical brushing, the sample was immediately smeared on the slides and alcohol-fixed. The same brush with residual endocervical cells was again used to scrape the ectocervical surface and placed in a tube with Universal Collection Medium (UCM) and processed at the laboratory according to DCS protocol. All slides were stained by the conventional Papanicolaou method. **Results:** both methods yielded equal results for lactobacilli (p=0.32), cocci (p=0.98), *Actinomyces sp* (p=1.0), *Leptotrix vaginalis* (p=0.37), *Chlamydia trachomatis* (p=0.45) and *Candida sp* (p=0.75). *Gardnerella vaginalis* (p=0.0001) was seen significantly more on DCS slides, whereas *Trichomonas vaginalis* was more frequently seen on the conventional slides (p=0.001). **Conclusion:** besides yielding high sensitivity for detecting squamous lesions and proving to be suitable for molecular tests as reported in other studies, DNA-Citoliq performed as well as conventional smear in the identification of microbiological agents.

Keywords: cytology, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Candida sp*

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4):27-31, 2004

INTRODUÇÃO

O advento da citologia em base líquida promoveu impacto importante na rotina do exame periódico de Papanicolaou, pois, com uma única coleta, pode-se avaliar a existência de lesões epiteliais escamosas ou glandulares, além de permitir o uso de outros recursos diagnósticos moleculares por técnicas como a captura híbrida e o PCR^{1,2}.

As infecções vaginais constituem um dos mais frequentes problemas do ambulatório de ginecologia e, portanto, reconhecer os agentes envolvidos é de grande interesse na seleção da conduta adequada. Dentre os processos mais frequentes que acometem a

¹Professor Associado de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo e Patologista do Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, Brasil

²Professor Adjunto de Doenças Infecciosas da Escola de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

³Pesquisadores Científicos do Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, Brasil.

⁴Postdoctoral fellowship Universidade do Minho, Escola de Ciências da Saúde, Braga, Portugal.

⁵Diretora, CICAP, Laboratório de Patologia Cirúrgica, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, Brasil

⁶Diretor Científico e a senhora Taromaru é Responsável Técnica da Digene Brasil, São Paulo, Brasil

Grupo de Estudo DNA-Citoliq São Paulo, Brasil. Para serem creditados como **co-autores:** Sueli Maeda; Mauricio SB Leite; Elias F Miziara; Alvaro P Pinto; Antonio LMA.Horta; José L Portugal; Carlos A Ribeiro; Ruy Luzzatto.

Fonte Financiadora: este estudo teve parte de seu financiamento realizado pela Digene do Brasil Ltda.

população geral citam-se as infecções por *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp.* e *Gardnerella vaginalis*³.

Muito embora o teste de Papanicolaou tenha sido preconizado, fundamentalmente, para o reconhecimento das alterações epiteliais de natureza neoplásica ou pré-neoplásica do colo uterino, por meio dele, apesar de não ser o ideal, pode-se sugerir, com alta correlação aos testes considerados como padrão ouro, a presença de certos agentes infecciosos^{3,4}. Dessa forma, a identificação morfológica ou a suspeição diagnóstica de determinados vírus e bactérias são informes adicionais do exame citopatológico como tem sido relatado na vaginose bacteriana⁵, situação em que a coloração de Papanicolaou apresenta desempenho diagnóstico similar a outros métodos⁶, sobretudo quando as *clue-cells* são consideradas^{7,8}.

Por sua vez, as uretrites masculinas também podem ser estudadas em esfregaços corados pelo método de Papanicolaou com 90% de especificidade para a identificação de *Chlamydia trachomatis*⁹.

É muito elevada, variando de 93 a 99% para *Chlamydia trachomatis* e de 81 a 83 % para *Neisseria gonorrhoeae*, a sensibilidade e a especificidade de métodos moleculares realizados com amostras coletadas em fluidos desenvolvidos para a citologia de base líquida^{10,11}. Esses dados são muito estimulantes, uma vez que esses métodos poderão ser associados às rotinas clínico-laboratoriais, envolvendo a investigação ginecológica de doenças sexualmente transmissíveis, cuja prevalência tem se mostrado crescente no decorrer dos últimos anos¹².

O objetivo do presente trabalho foi comparar o desempenho do sistema DNA-Citoliq com o esfregaço convencional na suspeita citológica da presença de certos agentes microbianos que comumente acometem o trato genital feminino inferior.

MÉTODOS

As amostras foram coletadas em seis laboratórios privados distribuídos pelo Brasil: Ciap (Brasília); Instituto Roberto Alvarenga (Belo Horizonte); Analab (Curitiba); Biocito (Goiania) e Salomão e Zoppi (São Paulo). 3.129 mulheres encaminhadas para exame rotineiro de prevenção do câncer ginecológico tiveram amostras coletadas segundo o seguinte protocolo:

1. raspado do colo com espátula de Ayre e escova endocervical, realização imediata do esfregaço clássico e fixação em solução alcoólica;
2. a escova contendo o material residual de células da endocérvice foi usada para coletar amostra da ectocérvice e, após, acondicionada em tubo contendo um mililitro de solução de

UCM. No laboratório de citopatologia, para a feitura da lâmina citológica, esse material foi processado de acordo com o protocolo padrão do sistema DCS, a saber:

- a. agitar individualmente os tubos em vórtex, em alta velocidade, por 15 segundos, para desprender as células contidas nas cerdas da escova e homogeneizar a solução;
- b. imediatamente antes de pipetar cada amostra, agitar novamente o tubo, em vortex, por mais cinco segundos;
- c. remover a tampa do tubo e pipetar 200 µl da amostra;
- d. distribuir uniformemente a amostra sobre toda a superfície da membrana de policarbonato;
- e. após completar as 12 amostras, fechar a tampa do PrepGene® com as travas laterais. Manter nessa posição por 10 segundos a fim de filtrar o espécime e promover a transferência das células para as lâminas;
- f. fixar as lâminas contendo o *imprint* celular com fixador em *spray* ou imergir todo o Lamigene® em cuba com álcool absoluto;
- g. retirar as lâminas e corar pelo método habitual de Papanicolaou.

O reconhecimento morfológico da microflora obedeceu aos seguintes critérios¹³:

- 1- *Trichomonas vaginalis*: protozoário flagelado com cerca de 15 a 20 micra, forma ovalada, coloração cinza ou rosada, com núcleo pequeno excêntrico, ovalado e hipercrômico, com grânulos eosinófilos citoplasmáticos.
- 2- *Actinomyces sp.*: bactérias de aspecto filamentosas, que aparecem como grupos amorfos mais escuros centralmente e com projeções periféricas lembrando “ouriço do mar”.
- 3- *Gardnerella vaginalis*: reconhecidos pela identificação de *clue-cells* (células pistas), células cariopictóticas com citoplasma recoberto por diminutos cocobacilos.
- 4- *Chlamydia trachomatis*: aspecto variável de acordo com o ciclo do microorganismo. Podem-se observar vacúolos compostos de corpúsculos elementares intracitoplasmáticos, desde minúsculos fragmentos, geralmente escuros, até aglomerados maiores com tonalidades azul-avermelhada, acometendo, preferencialmente, células metaplásicas. Podem ocorrer alterações mais discretas, com aspecto de “mordedura de traça” (*moth eaten*), representado por fina microvacuolização pericitoplasmática que, ao exame cuidadoso, evidencia a presença de pequenos microorganismos.
- 5- *Candida sp.*: reconhecimento de hifas e/ou esporos. As hifas ou micélios têm comprimento variável, geralmente segmentado e coloração rosada. Os esporos também aparecem rosados e medem cerca de três a seis micra.

6- *Leptothrix vaginalis*: aparecem como estruturas curvilíneas, mais longas que os bacilos de *Döderlein* e de coloração acinzentada.

Os citopatologistas participantes da pesquisa tiveram dois períodos de treinamento específico com o novo método de preparação citológica. Esses treinamentos objetivaram discutir as minúcias diagnósticas e uniformizar os resultados. Dessa forma, computou-se como resultado de cada lâmina e de cada método de preparação, aquele que foi encaminhado pelo laboratório de origem da paciente.

As freqüências de positividade entre os dois métodos na detecção dos diversos agentes microbiológicos pesquisados foram comparadas através do teste do Qui-quadrado. Foram consideradas significantes, diferenças com erro alfa inferior a 5%.

RESULTADOS

A **Tabela 1** apresenta os resultados da detecção de cada agente infeccioso conforme o preparado citológico empregado. Como

pode ser visto, daqueles que não são constituintes normais da microflora vaginal, a maior percentagem encontrada, por qualquer um dos métodos, foi de *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* e *Candida sp.* Vale ressaltar que 84,9% das pacientes não apresentavam qualquer suspeita de infecção.

A **Tabela 2** apresenta a análise estatística para os agentes pesquisados. A suspeição diagnóstica foi semelhante nos dois métodos para os agentes lactobacilos ($p=0,32$); cocos ($p=0,98$); *Actinomyces sp* ($p=1,0$); *Leptotrix vaginalis* ($p=0,37$); *Chlamydia trachomatis* ($p=0,45$) e *Candida sp* ($p=0,75$). Por sua vez, a suspeição de infecção por *Gardnerella vaginalis* foi significativamente maior nas amostras preparadas com o sistema DNA-Citoliq ($p=0,0001$), em contrapartida, *Trichomonas vaginalis* foi mais freqüentemente evidenciada nos esfregaços convencionais ($p=0,001$).

DISCUSSÃO

A importante missão de representar adequadamente a amostra colhida em serviços privados ou públicos de ginecologia é passo

Tabela 1 - Agentes infecciosos. Correlação entre preparado convencional e DNA-Citoliq.

	DNA-Citoliq								
Convencional	Lactobacilos	Cocos	Actinomyces	Gardnerella	Leptotrix	Candida	Chlamydia	Trichomonas	Total
Lactobacilos	1307	108		26		35	2	60	1538
Cocos	115	949		26	4	8		17	1119
Actinomyces		1	4						5
Gardnerella	8	6		111		1	1	8	135
Leptotrix		1	4						5
Candida	39	3		1		82	1	3	129
Chlamydia	1			1					2
Trichomonas	91	52		11		2	1	39	196
Total	1561	1119	4	176	8	129	5	127	3129

Tabela 2 - Análise estatística da correlação entre preparado convencional e DNA-Citoliq na identificação de agentes microbiológicos.

Agente	p
Lactobacilos	0,32
Cocos	0,98
Actinomyces	1,00
Leptotrix	0,37
Candida sp.	0,75
Chlamydia	0,45
Trichomonas	0,001*
Gardnerella	0,0001**

(*) – para lâminas convencionais

(**) – para lâminas DNA-Citoliq

fundamental para a confiabilidade dos resultados obtidos pelo teste de Papanicolaou. O elevado número de amostras insatisfatórias é parâmetro importante de ser constantemente checado nesses serviços, pois dele depende a eficácia do teste. Além disso, o diagnóstico de alterações citopatológicas compatíveis com lesões intra-epiteliais e de agentes freqüentemente associados às infecções pelo HPV, devem nortear a questão da qualidade da citologia^{1,4}.

Em nosso meio é alta a prevalência de agentes bacterianos, fúngicos e protozoários no conteúdo vaginal, com oscilações ao longo do tempo, demonstrando que certas infecções, como a *Trichomonas vaginalis*, podem estar apresentando curva descendente, enquanto outras, como a *Candida sp*, apresentam-se ascendentes³. A *Gardnerella vaginalis*, por sua vez, tem alta prevalência e pode estar relacionada com as infecções pelo HPV⁴. De fato, em Brasília, Simões-Barbosa *et al.*¹² constataram que de 2000 a 2002, aumentou 2,2 vezes a prevalência de vaginose bacteriana, tricomoníase, candidíase e lesões intra-epiteliais. A despeito de eventuais diferenças regionais, o cuidado na investigação citopatológica é necessidade nacional premente.

Dessa forma, a identificação ou a presença de sinais citopáticos de agentes infecciosos no trato genital feminino inferior é de grande importância para o controle das doenças sexualmente transmitidas. Nesse escopo, o teste de Papanicolaou, embora não tenha sido originalmente proposto para esse fim, acaba por representar instrumento de grande impacto para a saúde pública, uma vez que é largamente empregado para o rastreamento das lesões HPV-induzidas¹². Por essa razão, como apregoa a Sociedade Brasileira de Citopatologia, se identificados, deve-se referir a presença desses agentes no laudo citopatológico.

É imperativo, portanto, que qualquer novo preparado para ser utilizado como padrão para o rastreamento citológico do câncer cervical, deve, além de ser mais sensível que o convencional no diagnóstico das lesões HPV-induzidas, ser também capaz de identificar os agentes que acometem o trato genital inferior. Foi com essa finalidade que se realizou o presente estudo.

O sistema DNA-Citoliq mostrou desempenho diagnóstico semelhante ao convencional na identificação dos agentes infecciosos mais comuns. Por sua vez, fez exceção à identificação da *Gardnerella vaginalis* e do *Trichomonas vaginalis*.

A retirada do muco, *debris* celulares e aglomerados leucocitários, além da distribuição homogênea das células epiteliais sobre a lâmina, proporcionada pelo sistema DCS, faz com que o aspecto microscópico desse preparado se apresente de forma mais “limpa”, permitindo melhor visibilização das *clue-cells* e, conseqüentemente, melhor sensibilidade para o diagnóstico de *Gardnerella vaginalis*^{6,7}.

A maior freqüência de *Trichomonas vaginalis* identificada nos esfregaços convencionais pode ser atribuída a maior experiência com esse método por parte da maioria dos observadores, uma vez

que não houve qualquer relato de dificuldade diagnóstica para o reconhecimento do protozoário com o meio líquido.

CONCLUSÃO

Conclui-se, pelos resultados obtidos, que a citologia em base-líquida, com o sistema DNA-Citoliq, para a suspeita diagnóstica das infecções vulvovaginais mais comumente encontradas, tem desempenho diagnóstico similar ao preparado convencional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MIELZYNSKA-LOHNAS, I; TANG, Y; ZHUL, J; MCGLYNN, S; HALLENBERG, R; WRIGHT, T; PAYNE, J; LORINCZ, A. Universal Collection Medium (UCM): a versatile medium for cytology, HPV DNA testing, and HPV RNA testing from a single patient specimen. *4th International Multidisciplinary Congress Eurogin 2000 Abstract Book*, page 74.
2. FIEL-GAN MD, VILLAMIL CF, MANDAVILLI SR, LUDWIG ME, TSONGALIS GJ. Rapid detection of HSV from cytologic specimens collected into ThinPrep fixative. *Acta Cytol.* Nov-Dec;43(6):1034-8. 1999.
3. ADAD SJ, DE LIMA RV, SAWAN ZT, SILVA ML, DE SOUZA MA, SALDANHA JC, FALCO VA, DA CUNHA AH, MURTA EF. Frequency of *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp* and *Gardnerella vaginalis* in cervical-vaginal smears in four different decades. *São Paulo Med J.* Nov 1;119(6):200-5, 2001.
4. MOTTA EV, FONSECA AM, BAGNOLI VR, RAMOS L, PINOTTI JA. Colpocytology in a preventive gynecological ambulatory service. *Rev Assoc Med Bras.* Oct-Dec;47(4):302-10. 2001.
5. FORSUM U, JAKOBSSON T, LARSSON PG, SCHMIDT H, BEVERLY A, BJORNEREM A, CARLSSON B, CSANGO P, DONDERS G, HAY P, ISON C, KEANE F, MCDONALD H, MOI H, PLATZ-CHRISTENSEN JJ, SCHWEBKE J. An international study of the interobserver variation between interpretations of vaginal smear criteria of bacterial vaginosis. *APMIS.* Nov;110(11):811-8. 2002.
6. VARDAR E, MARAL I, INAL M, OZGUDER O, TASLI F, POSTACI H. Comparison of Gram stain and Pap smear procedures in the diagnosis of bacterial vaginosis. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 10(4):203-7. 2002..
7. LIN DP, PAN BJ, FUH JC, HUANG TH. Improving Gram-stained reproducible result by further adding clue cells in diagnosing bacterial vaginosis. *Kaohsiung J Med Sci.* Apr;18(4):164-70. 2002.
8. OKWOLI RN, ADINMA JL, NNAEZE CN. Laboratory diagnosis of *Gardnerella vaginalis* vaginosis. *West Afr J Med.* Jul-Sep;21(3):244-7. 2002.
9. MAZUECOS BLANCA J, AZNAR MARTIN J, TORRES OLIVERA FJ, RODRIGUEZ PICHARDO A, PEREA PEREZ EJ, CAMACHO MARTINEZ F. Study of urethritis in males using Papanicolaou smears. *Rev Clin Esp.* Oct;201(10):568-71. 2001.
10. KOUMANS EH, BLACK CM, MARKOWITZ LE, UNGER E, PIERCE A, SAWYER MK, PAPP JR. Comparison of methods for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* using commercially available nucleic acid amplification tests and a liquid pap smear medium. *J Clin Microbiol.* Apr;41(4):1507-11. 2003.
11. TAHA NSA, FOCCHI J, CASTELO A, RODRIGUES DE LIMA G, LORINCZ A, DÔRES GB - *Estudo comparativo entre o Specimen Transport Medium e o Universal Collection Medium para a detecção de Papilomavírus Humano, Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae pela Captura*

Híbrida II - São Paulo, (Tese - Doutorado - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina). 2003.

12. SIMOES-BARBOSA A, COUTINHO FEIJO G, DA SILVA JX, RAMA LEAL II, WANDERLEY PAES BARBOSA T. Six-year follow-up survey of sexually transmitted diseases in Brasília, the Capital of Brazil. *Braz J Infect Dis.* Jun;6(3):110-8. 2002.
13. SILVA FILHO AM, LONGATTO FILHO, A. Cervicocolpites por agentes biológicos. IN. *Colo uterino & vagina.* Processos inflamatórios. Aspectos histológicos, citológicos e colposcópicos. Revinter: Rio de Janeiro, RJ, , p. 85-165. 2000.

Endereço para correspondência:

DR. VENANCIO AF ALVES

Instituto Adolfo Lutz – Divisão de Patologia
Avenida Dr. Arnaldo , 355 – Cerqueira Cezar
CEP: 01246-902, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: venancio@uol.com.br

Recebido em: 14/10/04

Aprovado em: 18/11/04

PARECERISTAS QUE ATUARAM EM 2004:

- Adele Benzaken (Fundação Alfredo da Matta - Fiocruz Manaus)
- Alcía Farinati (Universidade Del Salvador, Argentina)
- Ana Brito (Universidade Federal de Pernambuco)
- Angélica Espinosa Miranda (Universidade Federal do Espírito Santo)
- Cláudio Figueiredo de Araújo Pereira (Sociedade Brasileira de Patologia Clínica)
- Edilbert Pellegrini Nhan Junior (Faculdade de Medicina de Campos)
- Eliana Amaral (Universidade de Campinas)
- Enrique Galbán (Universidade de Havana, Cuba)
- Fábio Moherdau (Programa Nacional de DST/Aids, Ministério da Saúde)
- Geraldo Duarte (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP)
- Gesmar Volga H. Herdy (Universidade Federal Fluminense)
- Gutemberg Leão de Almeida Filho (Universidade Federal do Rio de Janeiro)
- Iara Moreno Linhares (Universidade de São Paulo)
- Isabel Chulvis do Val (Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia)
- Ivo Castelo Branco Coêlho (Universidade Federal do Ceará)
- José Antônio Simões (Universidade de Campinas)
- Ledy do Horto dos Santos Oliveira (Universidade Federal Fluminense)
- Luiz Carlos Moreira (Universidade Federal Fluminense)
- Maria Luiza Bezerra Menezes (Universidade de Pernambuco)
- Mariângela Silveira (Universidade Federal de Pelotas)
- Mauro Cunha Ramos (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre)
- Mauro Romero Leal Passos (Universidade Federal Fluminense)
- Nero Araújo Barreto (Universidade Federal Fluminense)
- Newton Sérgio de Carvalho (Universidade Federal do Paraná)
- Paulo Canella (Universidade Gama Filho)
- Paulo César Giraldo (Universidade de Campinas)
- Philippe Godefroy (Universidade Federal Fluminense)
- Renata de Queiroz Varella (Universidade Federal Fluminense)
- Renato de Souza Bravo (Universidade Federal Fluminense)
- René Garrido Neves (Universidade Federal do Rio de Janeiro)
- Roberto de Souza Salles (Universidade Federal Fluminense)
- Rosane Ribeiro Figueiredo Alves (Universidade Federal de Goiás)
- Rubem de Avelar Goulart Filho (Universidade Federal Fluminense)
- Sérgio Cimerman (Revista Pan Americana de Infectologia)
- Sérgio Mancini Nicolau (Universidade Federal de São Paulo)
- Sílvia Maria B. Cavalcanti (Universidade Federal Fluminense)
- Stefan Welkovic (Secretaria de Saúde do Estado do Pernambuco)
- Tomaz Barbosa Isolan (Universidade Federal de Pelotas)
- Vandira Maria dos Santos Pinheiro (Universidade Federal Fluminense)
- Vilma Câmara (Universidade Federal Fluminense)
- Walter Tavares (Faculdade de Medicina de Teresópolis)
- Wilza Vieira Vilella (Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde de São Paulo)

Nossos agradecimentos

A MAGNITUDE DA INFECÇÃO PELO HIV-AIDS EM MAIORES DE 50 ANOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

THE MAGNITUDE OF THE INFECTION FOR THE HIV-AIDS IN GREATERS OF 50 YEARS IN THE CITY OF FORTALEZA-CE

Aline R Feitoza¹, Adriano R Souza², Maria Fátima M Araújo³

RESUMO

Introdução: atualmente, têm-se percebido mudanças no curso da epidemia da aids, e uma delas é o aumento do número de casos na faixa etária de 50 a 70 anos, o que vem demonstrar a exclusão deste grupo nos projetos e programas de educação e prevenção do HIV-aids. **Objetivo:** caracterizar a magnitude da aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-Ce. **Métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico, onde foram determinadas taxas como incidência, prevalência, letalidade e anos potenciais de vida perdidos, através de dados colhidos no Sistema de Informação e Agravos Notificáveis (SINAN) referentes ao período de 1991 a 2001. **Resultado:** analisando-se a magnitude da aids, percebeu-se que a doença nessa população específica apresenta grande relevância epidemiológica, não pelos números absolutos, mas pelas taxas de incidência (7,65 casos p/100.000), prevalência (224,9 p/100.000 hab. no sexo masculino), letalidade (43,9%) e anos potenciais de vida perdidos (em até 15 anos). **Conclusão:** este estudo revelou a magnitude da epidemia, fortalecendo o conhecimento produzido como significativo para a compreensão da aids como problema de Saúde Pública, que inclui pessoas com idade superior a 50 anos, portanto abrindo novas perspectivas no campo dessa epidemia.

Palavras-chave: aids, epidemiologia, idoso

ABSTRACT

Introduction: now has been noticing if changes in the course of the epidemic of the aids, and one of them is the increase of the number of cases in the age group from 50 to 70 years, the one that comes demonstrate the exclusion of this group in the projects and education programs and prevention of the HIV-aids. **Objective:** this study has as objective characterizes the magnitude of the aids in larger of 50 years in the municipal district of Fortaleza-CE. **Methods:** it is treated of an epidemic study, where they were certain rates as to incidences, prevalence, lethality and potential years of life lost, through data picked in the System of Information and Offences you Notified (SINAN) referring to the period from 1991 to 2001. **Results:** being analyzed the magnitude of the aids, it was noticed that the disease in that specific population presents great epidemic relevance, not for the absolute numbers, but for the incidence rates (7,65 cases p / 100.000), prevalence (224,9 p / 100.000 hab. in the masculine sex), lethality (43,9%) and potential years of life lost (in up to 15 years). **Conclusion:** this study revealed the magnitude of the epidemic, strengthening the knowledge produced as significant for the understanding of the aids as problem of Public Health, that includes people with superior age to 50 years, therefore opening new perspectives in the field of that epidemic.

Keywords: aids, epidemic, aged

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4):32-37, 2004

INTRODUÇÃO

Atualmente são notórias as mudanças nas incidências da aids por faixa etária, o que demonstra uma estabilização com alguns declínios em todas as faixas, com exceção da faixa etária de 50 a 70 anos¹.

Tais mudanças podem ser resultado do aumento das relações sexuais mantidas pelos adultos maiores de 50 anos que, provavelmente por questões educativas, culturais, econômicas, dentre outras, deixam de usar preservativos.

Tal contexto pode revelar a forma excludente como vem sendo abordada a sexualidade de pessoas com idades superiores a 50 anos, como também a exclusão desse grupo populacional em projetos e programas de educação e prevenção do HIV-aids, o que demonstra grande lacuna nas múltiplas referências dos fatos em que se constrói a epidemia.

É crescente o número de pesquisas que mostram o indivíduo acima de 50 anos está cada vez mais ativo sexualmente, fato este observado principalmente após a liberação do uso de medicamentos que melhoram o desempenho sexual do homem, principalmente o Viagra².

¹Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária

Enfermeira, técnica da Coordenação Municipal de DST/Aids de Fortaleza-Ce e Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

²Especialista em Vigilância Epidemiológica

Enfermeiro do Centro de Apoio Psicossocial do município de Fortaleza-CE

³Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

A falta de campanhas de educação e prevenção da aids destinadas aos idosos faz com que esta população esteja geralmente menos informada sobre o HIV que os jovens e menos conscientes de como se proteger da infecção; ignoram ainda que, além de fazerem sexo, mesmo em menor frequência que os jovens, é real o número de idosos que usam drogas injetáveis.

Vale-se ressaltar que o idoso é inserido nesse estudo como o indivíduo maior de 50 anos, pois a variável faixa etária pode ser escalonada em diferentes grupos, e nesse caso optou-se por considerá-lo a partir de 50 anos, visto que a pesquisa visa medir a distribuição de mortalidade e morbidade de uma doença.

Outro fator preocupante é que, na maioria das vezes, só se descobre a soropositividade de um idoso quando este já se encontra em estágios avançados da aids, dificultando assim o tratamento com antivirais e diminuindo assim a sobrevida dessas pessoas.

Sabemos que o idoso está cada vez mais consciente de seus direitos e busca incessantemente ter uma vida de qualidade. É preciso que se compreenda que em pouco tempo teremos uma população formada por idosos e que se impõe incluí-los em todas as atividades, atualmente restrita aos jovens, principalmente no direito ao lazer, educação e saúde, tarefa moral e ética, ante o direito de igualdade para todos.

Em pouco tempo a tendência é de que teremos um grande número de idosos com aids; o idoso está exposto, pela vulnerabilidade física e psicológica, a pouco acesso a serviços de qualidade, ficando mais vulnerável ainda em razão de demandas terapêuticas, o que demarca outros tipos de exposição ao HIV, além do sexual, ou seja, transfusão sanguínea e uso de drogas ilícitas, questões que devem ser ressaltadas em qualquer outra idade.

A aids vem-se confirmando como uma ameaça à saúde pública. O idoso é tido como grupo populacional que cada vez mais atua e participa da vida social. Surgem, então, questionamentos que, ao olhar do investigador, mostram muitas inquietações ante a epidemia da aids, dentre elas: o idoso tem sexualidade ativa e não deixa de praticar sexo somente por causa da idade cronológica; os infectados pelo HIV, na faixa etária de 35-50 anos que ainda não desenvolveram a aids e que fazem uso de antivirais, têm um aumento em sua taxa de sobrevida, em pouco tempo, ficarão idosos que têm aids.

OBJETIVO

- Caracterizar a magnitude da doença em maiores de 50 anos no município de Fortaleza

MÉTODOS

A epidemiologia, através de suas medidas, tem sido amplamente utilizada no campo da Saúde Pública, o que também tem apresentado algumas dificuldades em se medir a “saúde” de uma população, porque, frequentemente, ao se avaliar o nível de

saúde de uma população, buscam-se dados de morte e de doenças através da obtenção de indicadores nas mais diversas fontes⁴.

Pensou-se em abordar apenas os idosos acima de 60 anos, contudo foi visto que seria difícil a coleta de dados a partir dos sistemas existentes em notificação de aids, pois eles trabalham com o critério ora detalhado, além de alguns estudos, citados anteriormente, mostrarem o crescimento da aids principalmente nos indivíduos entre 50 e 59 anos.

Para caracterizar a magnitude da aids, isto é, a extensão ou ainda a abrangência da aids em maiores de 50 anos na cidade de Fortaleza, determinou-se a necessidade de delinear a população municipal acima de 50 anos, saudáveis e doentes de aids.

A coleta de dados foi realizada a partir das fichas de notificação de aids, agrupadas nos bancos de dados do ministério da saúde no Sistema de Informação e Agravos Notificáveis (SINAN).

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (COMPEPE), onde obteve aprovação, pois seguia as normas regulamentadoras das pesquisas que envolvem seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, sob a resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.

A fim de analisar a magnitude, foram utilizadas algumas ferramentas importantes na epidemiologia, tais como: cálculo da incidência, prevalência, letalidade e anos potenciais de vida perdido.

Para calcular estas taxas, teve-se de coletar outros dados, tais como: população de maiores de 50 anos, saudáveis, residentes em Fortaleza, no período de 1991 a 2001, e expectativa de vida do cearense, sendo esses fornecidos pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Os cálculos seguiram fórmulas e análise preconizadas nos estudos epidemiológicos.

De posse dos dados, podemos realizar os cálculos cabíveis, sendo os resultados agrupados em gráficos e tabelas, como se verá a seguir, pois, “os indicadores de saúde em sua maioria são expressos, através de proporções, e de coeficientes e taxas”⁵.

A Epidemiologia Descritiva, suporte teórico deste estudo, concedeu a liberdade de se analisar a magnitude além dos dados matemáticos, buscando estudar cada indicador de forma descritiva e ao mesmo tempo com um enfoque crítico-analítico.

RESULTADOS

A) Incidência

O coeficiente de incidência serve para medir como uma doença, no caso, a aids, está se comportando em uma população específica – aqui, todos os indivíduos maiores de 50 anos no município de Fortaleza. A partir dele, pode-se analisar a importância que a aids revela nessa população.

É válido lembrar que a taxa de incidência difere do número absoluto de casos, pois é sempre calculada de acordo com a população específica a ser estudada; conseqüentemente é através

dela que se tem uma noção fidedigna de como a aids está se comportando na população acima de 50 anos.

Optamos em calcular a incidência sobre a população geral e também na população específica de maiores de 50 anos, para uma melhor análise do problema, sendo ambas descritas a seguir.

Com relação à incidência sobre a população geral, no período de 1991 a 2001, a incidência foi de 7,65/ 100.000 hab., taxa compatível com a nacional que é de 8/100.000hab.

Analisando-se as taxas de incidência no período de 1991 a 2001, dentro da população dos maiores de 50 anos residentes em Fortaleza, pode-se perceber que, mesmo com o aumento dessa população, a taxa vem crescendo progressivamente a partir de 1992. A incidência demonstrada no **Gráfico 1** revela claramente que a aids vem se manifestando com grande intensidade e velocidade nessa população específica.

O aumento da incidência começa a ser expressivo em 1995, tendo seu pico em 1998, quando alcança 30,7 por cada 100.000 habitantes maiores de 50 anos, valendo ressaltar que, a partir de

1999, a curva torna-se descendente, fato decorrente do retardo das notificações, como explicado em passagem anterior deste estudo (**Gráfico 2**).

Observando-se as taxas de incidências por sexo, estas revelam que, a partir de 1998, a incidência aumentou para ambos os sexos, contudo se nota claramente que a taxa para o sexo feminino, antes tão divergente, mostra uma convergência a partir de 1998, chegando em 2001 quase igual ao masculino, apesar da diferença populacional entre os sexos ser alta.

Sabe-se que a diferença entre a população masculina e feminina em maiores de 50 anos o número de mulheres supera o de homens, fato esse conseqüente da mortalidade masculina ser maior que a feminina.

No caso da aids, essa diferença influencia de maneira importante no percurso da doença. Havendo mais mulheres do que homens, era de se esperar que a incidência no sexo feminino fosse menor, pois o número de casos absolutos de aids ainda é maior no sexo masculino, porém a incidência nas mulheres nos

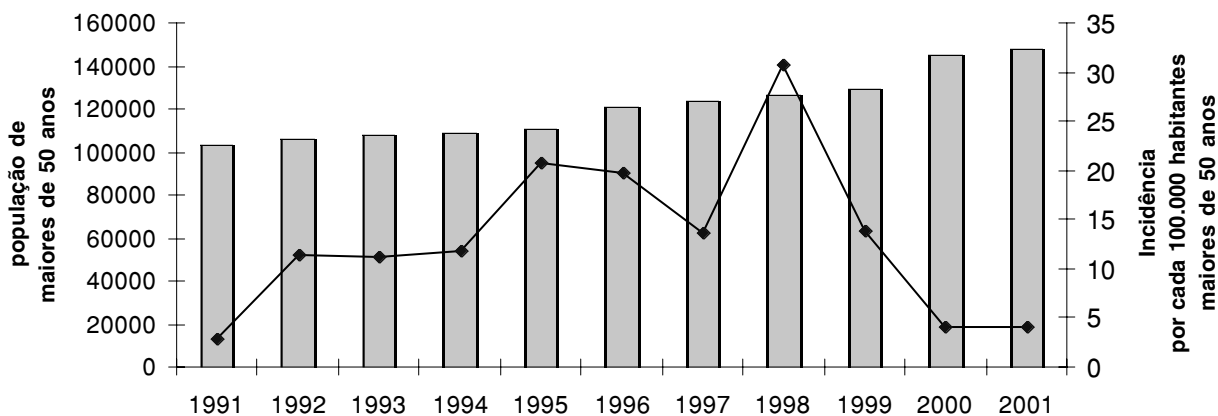


Gráfico 1 - Distribuição da taxa de incidência da aids na população de maiores de 50 anos no município de Fortaleza- CE, 1991-2001. Fontes: IBGE e Ministério da Saúde – CN/AIDS

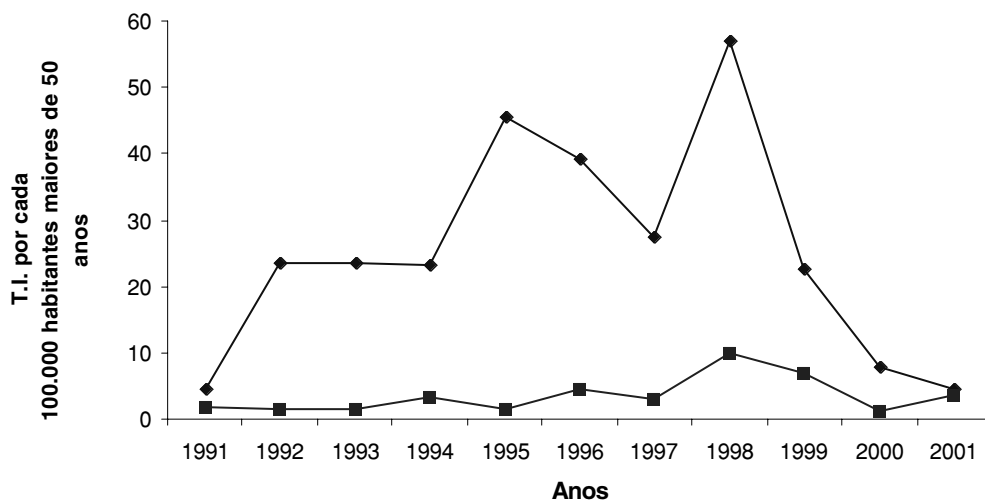


Gráfico 2 - Taxa de incidência da aids em maiores de 50 anos, por sexo. Fortaleza, CE. 1991-2001. Fontes: IBGE e Ministério da Saúde – CN/AIDS

últimos anos continua a subir, a demonstrar que, nessa faixa etária, a feminização da epidemia é bastante visível, assim como em outras faixas etárias.

B) Prevalência

O coeficiente de prevalência é utilizado na Saúde Pública para descrever como uma doença crônica evolui em uma determinada população, sendo utilizada para doenças como hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, tuberculose e aids, dentre outras.

O estudo da prevalência da aids inclui principalmente os casos novos e os óbitos, já que não há cura dos doentes. Esta pode ainda ser calculada por dia, mês, ano ou por um período determinado. No caso deste trabalho, calculou-se o período de 1991 a 2001.

Calculando a taxa de prevalência para o sexo masculino, encontrou-se um valor de 224,9 por 100.000 e de 32,6 por 100.000 para o sexo feminino. É nítida a diferença entre os dois sexos, presumindo-se que, sendo a prevalência a medida da “força” de como uma doença ocorre, é de se esperar que ela seja mais alta no sexo masculino, pois o número de casos no sexo masculino no período de 1991 a 2001 ainda é bem maior que para o sexo feminino. Apesar de, nos últimos anos, estar quase se igualando, ainda prevalece o número total do período como um todo.

Sendo a aids uma doença fatal até o momento, a tendência da taxa de prevalência será aumentar, já que a epidemia não se

encontra sob controle, principalmente na população acima de 50 anos.

C) Anos potenciais de vida perdidos

Além dos indicadores de saúde usados tradicionalmente, como os vistos anteriormente, nas pesquisas epidemiológicas tem se usado indicadores alternativos muito úteis na área de planejamento de saúde.

O indicador conhecido como anos potenciais de vida perdidos (APVP) expressa o efeito da morte ocorrido de maneira precoce em relação à expectativa de vida de uma população específica⁴.

Para calcular o indicador APVP, foi preciso pesquisar a expectativa de vida da população cearense, detalhada na **Tabela 1**.

Percebe-se que a expectativa de vida do cearense, segundo projeção do IBGE, está aumentando, contudo é necessário que se cuide da saúde da população para que as projeções se tornem dados concretos.

Como a aids pode afetar tais projeções? Diretamente e em pouco tempo, torna-se difícil uma projeção mais clara e objetiva de possíveis conseqüências no curso da epidemia nessa população específica. Todavia, quando se passa a analisar o indicador de APVP, percebe-se que a expectativa de vida chega a 70 anos no sexo feminino e uma pessoa quando morre de aids aos 50 anos terá perdido 20 anos potenciais de vida.

A **Tabela 2** mostra o cálculo do APVP na população acima de 50 anos .

Tabela 1 - Esperança de vida ao nascer por sexo – Ceará – 2000-2005.

Anos	Esperança de vida ao nascer (anos)		
	Homem	Mulher	Total
2000	63,11	69,74	66,36
2001	63,40	70,07	66,67
2002	63,66	70,35	66,94
2003	63,91	70,63	67,21
2004	64,17	70,92	67,48
2005	64,44	71,21	67,76

Fonte: IBGE – Projeção da população do Ceará por sexo e idade – 1991-2020

Tabela 2 - Cálculo dos anos potenciais de vida perdidos (APVP) entre 50 e 70 anos, por aids no município de Fortaleza, CE. 1991-2001.

Grupo Etário	AI	DI
50 – 54	15	37
55 – 59	9,5	26
60 – 64	5	10
65 – 70	-	3

Fonte: IBGE e Ministério da Saúde – CN/AIDS.

AI = diferença entre a idade limite e o ponto médio de um determinado grupo etário

DI = nº de óbitos ocorridos por uma determinada doença neste mesmo grupo etário, em um determinado período.

A perda de 15 anos de vida em um indivíduo na faixa etária de 50 a 54 anos é bastante significativa, pois acarreta em perda que no futuro pode vir a influenciar na expectativa de vida da população.

A expectativa de vida tem relação direta com as condições de vida de uma coletividade, representando um valor sujeito às influências do meio⁴.

Sabendo-se que a expectativa de vida é um indicador das condições de vida de uma população, toda e qualquer alteração que possa vir a interferir negativamente neste indicativo deve merecer atenção especial.

A aids como um todo, e em especial na população acima de 50 anos, influencia negativamente na expectativa de vida a longo prazo, o que foi demonstrado através dos anos potenciais de vida perdidos dos doentes de aids nessa faixa etária.

D) Letalidade

A letalidade pode ser definida como maior ou menor poder que tem uma doença em provocar a morte das pessoas que adoeceram por esta doença⁴.

Sendo assim, é de suma importância que se determine a letalidade que a aids tem nos indivíduos maiores de 50 anos. Estudos recentes^{4,6} mostram que a letalidade da aids tem sido decrescente, o que provavelmente decorre de fatores ligados à precocidade do diagnóstico e acesso às drogas anti-retrovirais no setor público de saúde.

Entre os anos de 1995 e 1999, em ambos os sexos, regiões e faixa etária, houve uma redução da tendência de crescimento na taxa de letalidade da aids⁷.

A letalidade da aids em maiores de 50 anos está detalhada na **Tabela 3**.

Percebe-se que a letalidade é maior na faixa de 55 a 59 anos, deixando a indagação do porquê dessa realidade.

Estudos^{8,9} chamam a atenção para o fato de muitos dos idosos terem como causa de morte doenças oportunistas, mas que, por desconhecimento do profissional de saúde, que raramente desconfia de o idoso ter aids, acaba por dar uma errada causa de óbito.

A letalidade por sexo mostrou-nos um fato interessante (**Tabela 4**).

A mortalidade por aids em mulheres vem aumentando ano a ano. Eles chamam a atenção para o fato de as mulheres terem acesso diferenciado e menor aos anti-retrovirais, implicando menor sobrevida, além de haver uma baixa valorização dos sinais e sintomas na mulher, dificultando e retardando o diagnóstico e as medidas terapêuticas cabíveis⁷.

Esta afirmação, embora lógica, ainda não mostra tal realidade nos doentes de aids acima de 50 anos do município de Fortaleza, onde a taxa de letalidade ainda é maior no sexo masculino. Não se pode afirmar que a letalidade aumentou no sexo feminino, nessa faixa etária, ao longo dos anos, já que foram encontrados estudos sobre o assunto nas fontes pesquisadas.

Todavia é importante que tais reflexões sirvam de alerta para aqueles que trabalham nos serviços de saúde, para que homens e mulheres, independentemente da idade, possam receber os cuidados cabíveis, a fim de que a taxa de letalidade seja cada vez menor.

Tabela 3 - Número de casos, óbitos e coeficiente de letalidade por aids em indivíduos maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE., por faixa etária, durante o período de 1991 a 2001.

Faixa etária	Casos	Óbitos	Letalidade (%)
50 – 54	87	37	42,5
55 – 59	47	26	55,3
+ de 60 anos	39	13	33,3
Total	173	76	43,9

Fonte: Ministério da Saúde – CN/DST-AIDS.

Tabela 4 - Coeficiente de letalidade por aids em maiores de 50 anos segundo o sexo, Fortaleza-CE. 1991 a 2001.

Sexo	Coeficiente de letalidade %
Masculino	46,5
Feminino	29,6
Total	43,9

Fonte: Ministério da Saúde – CN/DST-AIDS.

DISCUSSÃO

Este estudo de análise e da problemática da aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE, durante o período de 1991 a 2001, revelou a magnitude da epidemia, fortalecendo o conhecimento produzido como significativo para a compreensão da aids como problema de Saúde Pública, que inclui pessoas com idade superior a 50 anos, portanto abrindo perspectivas no campo dessa epidemia.

Analisando-se a magnitude da aids, percebeu-se que a doença nessa população específica apresenta grande relevância epidemiológica, não pelos números absolutos, mas pelas taxas de incidência (7,65 p/100.000 habitantes), prevalência (224,9 p/100.000 hab. no sexo masculino), letalidade (43,9%) e anos potenciais de vida perdidos (em até 15 anos).

CONCLUSÃO

O estudo permitiu que algumas hipóteses para o crescimento da aids em maiores de 50 anos fossem levantadas, tais como: o aumento do número das relações sexuais, com as novas terapias medicamentosas e o aumento da sobrevida dos doentes de aids, que, em razão das terapias anti-retrovirais, têm aumentado sua sobrevida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHAIMOWICZ, F. *Os idosos brasileiros no século XXI – Demografia, saúde e sociedade*. Belo Horizonte: Postgraduate Brasil, 1998.

2. SEGATTO, C; FERNANDES, N. *O Tabu acabou*: Brasileiros exorcizam o fantasma da impotência e assumem sem constrangimento o uso do Viagra. Revista Época. Editora Globo: 14/02/2002.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia Brasileiro de Vigilância Epidemiológica*. 5ªed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 19904.
4. ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia e Saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.
5. VERMELHO, L.L. *et al*. Indicadores de Saúde. In: MEDRONHO, R.A. *et al*. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002.
6. FONSECA *et al*. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad. Saúde Pública*. vol. 16. Rio de Janeiro, 2000.
7. FONSECA, M.G.; BARREIRA, D. A evolução da mortalidade por aids no país, segundo sua distribuição geográfica. *Boletim Epidemiológico – AIDS – Ministério da Saúde*, abril – junho de 2001. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sitebol.artigo2a.htm>. Acesso em 07 de jun. 2001.
8. FERREIRA, A. Aids na terceira idade. *Rev. Isto é*. 18 de dezembro de 1996. Edição eletrônica disponível em: <http://www.terra.com.br/istoe/politica/142011.htm>. Aceso em: 23 de jan. 2002.
9. DeCARLO, P. *Que necesitan las personas mayores de 50 en la prevención del HIV?* University of California: abril de 1998. Disponível em <http://www.caps.ucsf.edu/mayores.html>. Acesso em: 23 jan. 2002.

Endereço para correspondência:

ALINE RODRIGUES FEITOZA

Rua Estado do Rio ,nº 55, bloco 12d, apt. 1.234,

Bairro Pam Americano. CEP:650441-150

E-mail: Aline.dstajds@bol.com.br

Recebido em: 28/10/04

Aprovado em: 30/11/04

Assine DST

**DST - JORNAL BRASILEIRO DE
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

ISSN: 0103-4065

ASSINATURA ANUAL — 4 NÚMEROS
Individual R\$ 60,00 — Institucional R\$ 80,00

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

TEL.: () _____ FAX.: () _____ E-MAIL: _____

• Envie cheque nominal e cruzado para Sociedade Brasileira de DST — Av. Roberto Silveira, 123, Icarai — Niterói — RJ — CEP 24230-150

E-mail: dstrj@click21.com.br www.uff.br/dst

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES HIV+ SUBMETIDOS A TRATAMENTO DE DROGAS ANTI-RETROVIRAIS ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO, EM CAMPINA GRANDE – PB

EPIDEMIOLOGIC PROFILE IN HIV + PATIENTS WITH TREATMENT OF
ANTIRRETROVIRALS DRUGS IN THE ALCIDES CARNEIRO UNIVERSITY HOSPITAL,
IN CAMPINA GRANDE CITY- PB

Pollianna M Alves¹, Pedro HAS Leite², Christiana F Marcelino³,
Arlindo CCM Brasileiro³, Robéria LQG Figueirêdo⁴, Edna QG Figueirêdo⁵

RESUMO

Introdução: após 23 anos de descoberta da aids, muito se evoluiu no conhecimento dessa patologia. A aids é causada por um retrovírus com afinidade ao receptor CD4+ dos linfócitos T-auxiliares, denominado HIV. Esta interferência pode resultar em infecções oportunistas, inclusive na cavidade oral. Dentre as manifestações orais mais comuns nos soropositivos estão: as infecções fúngicas, as bacterianas, as virais e as manifestações de origem desconhecida. **Objetivos:** esta pesquisa objetivou apontar as manifestações bucais mais comuns que acometiam os pacientes HIV positivo do ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro segundo o gênero, idade, etnia, procedência dos mesmos e tratamento proposto. **Métodos:** foram utilizadas uma abordagem indutiva, com procedimentos estatísticos descritivos, cujos dados foram coletados através de questionários elaborados pelo próprio examinador e de exames clínicos odontológicos realizados nos pacientes HIV positivo. **Resultados:** os resultados mostraram que 65% dos pacientes eram do sexo masculino, 46% apresentaram lesões bucais, sendo a candidose a mais frequente (44,4%). E nas combinações de drogas utilizadas pelos pacientes observamos a prevalência dos inibidores da transcriptase reversa análoga de nucleosídeos. **Conclusão:** os resultados revelam que as drogas utilizadas pelos pacientes influenciam em sua imunidade fazendo com que diminua de forma significativa a frequência de lesões bucais nestes pacientes.

Palavras-chaves: aids, lesões orais, odontologia

ABSTRACT

Introduction: after 23 years the aids's discover, a lot of thing change in the knowledgements this disease. The aids is caused by retrovirus with attraction by CD4+ receipt of the lynfocits assistants, called of HIV. This inferece can result in opportunistic infection, including in the oral cavity. From the oral manifestation more casual in the soropositives are fungal, bacteriological, viral infections and manifestations of unknown etiology. **Objectives:** the purpose of this study was determine the oral manifestations more casual that occurred the patients HIV+ of the University Hospital evaluated genus, age, race, precedence and treatment utilized. **Methods:** used the induced broaching, with statistical and described proceeding, which values were observed behind of card index made by own searched and behind of dental trial exams realized in the patients HIV+. **Results:** the results showed that the genus more affected was the men (65%), 46% of the subjects showed oral lesions and the candidiasis was the more frequent. In the combinations of drugs utilizing, observed prevalence of the similar reverse transcriptase of nucleotides. **Conclusion:** the results showed that the drugs utilized by patients influence in your immunity , making that discrease significantly the frequency of the oral lesions these patients.

Keywords: aids, oral lesions, dentistry

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4):38-42, 2004

INTRODUÇÃO

Há cerca de vinte anos, quando surgiu o primeiro caso da doença nos EUA, a aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) levava ao óbito num curto espaço de tempo. Hoje em dia,

devido às novas estratégias terapêuticas, não somente contra o mas também contra os agentes específicos das infecções oportunistas (muitas vezes as responsáveis pela morte dos pacientes), o tempo de vida após o contágio se estendeu consideravelmente (Ledergerber, Telenti, Egger¹, 2000).

Hoje sabe-se que a infecção pelo não é o mesmo que aids, sendo dividida didaticamente em três fases distintas: a fase aguda ou de soroconversão, a fase assintomática e a fase sintomática. Somente a última fase citada é considerada como aids propriamente dita, pois é nesse momento que as infecções oportunistas começam a se apresentar e produzir danos ao paciente.

Título abreviado: Perfil epidemiológico de pacientes HIV+

¹ Mestranda em Diagnóstico Bucal na UFPB/ PB

² Graduando do curso de Odontologia da UEPB/ PB

³ Cirurgião-Dentista

⁴ Profª Drª da disciplina de Processos Patológicos e Diagnóstico Bucal da UEPB/ PB

⁵ Patologista Oral.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids/SIDA) é uma infecção viral crônica, em fase epidêmica, causada pelo HIV-1 e HIV-2 (retrovírus RNA com pelo menos oito subtipos já identificados), que infecta principalmente linfócitos CD4+ (células que comandam a resposta imune do organismo), levando a uma redução progressiva destes, o que acarreta grave imunodeficiência e uma série de infecções oportunistas graves (OMS², 1991).

A OMS² (1991) calcula que seis milhões de pessoas desenvolveram ou adquiriram, no mundo todo, a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids).

No Brasil, a relação entre homens e mulheres, em 1985, era de 38 homens para cada mulher, enquanto em 1997 esta relação já atingiu o valor de 3:1. É possível que, mantida esta tendência, a relação seja de 1:1 num futuro próximo (Succi³, 2000; Bastos *et al.*⁴, 2001).

Na região Nordeste, entre 1985 e 1998, o número de casos notificados e estimados de aids evoluiu de 100 para 3.500 casos. A partir de 1998 esse número diminuiu, sendo que no ano de 2000 se notificou um número de casos inferior a 1.500 e estimou-se um número inferior a 1.000 casos, perfazendo um total de aproximadamente 2.500 casos da doença (Boletim Epidemiológico Aids⁵, 2001).

Na Paraíba, de 1985 a 1999, houve um aumento tanto no número de casos notificados, de um valor inferior a 50 para cerca de 200 casos, quanto no número de casos estimados, para mais de 50 casos. Em 2000, esses números diminuíram para pouco menos de 150 casos notificados e 1000 casos estimados. Já em 2003, até o final de outubro, já tinham sido registrados 2,2 mil casos da doença aids (Bastos e Szwarcwald⁶, 1999; Boletim Epidemiológico Aids⁵, 2001; Oliveira⁷, 2003).

Segundo Moreira *et al.*⁸ (2002), são inúmeras as manifestações orais de pacientes infectados pelo HIV descritas até o momento. As mais comuns são as decorrentes de infecções fúngicas, infecções bacterianas específicas e inespecíficas, infecções virais, neoplasias e as de etiologia desconhecida.

O cirurgião-dentista tem papel fundamental na prevenção e diagnóstico precoce da aids. O paciente com esta enfermidade é um cliente em potencial dos consultórios dentários porque é na boca que normalmente surgem as primeiras manifestações relacionadas com a aids. O cirurgião-dentista tem o importante papel de promover e adequar a saúde bucal dos pacientes soropositivos permitindo-lhes melhor qualidade de vida. (Brasil⁹, 1996).

Mediante os dados observados na literatura, julgamos ser de grande valia o desenvolvimento desta pesquisa na qual se avaliou o perfil epidemiológico dos pacientes HIV positivo do ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HU) no município de Campina Grande-PB, identificando as principais manifestações extra e intra-orais que acometem estes indivíduos, as medicações da terapia tríplice utilizada e gerar, com base nos dados obtidos, meios de conhecimento das características da doença na região de Campina Grande – PB.

MÉTODOS

A metodologia utilizada foi uma abordagem indutiva, com procedimentos estatísticos descritivos (Lakatos, Marconi¹⁰, 1991), utilizando por técnica de pesquisa, a observação direta e indireta. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa e todos os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra foi composta por 37 pacientes soropositivos que freqüentavam o ambulatório de infectologia do Hospital Universitário, durante o ano de 2003, observando-se os seguintes critérios de inclusão: pacientes soropositivos confirmados por exames sorológicos específicos (Elisa e/ou *Western Blot*); com exames de contagem de CD₄⁺ atualizada e que estavam sob uso regular de agentes anti-retrovirais.

Os pacientes foram examinados para avaliação das alterações orais, e os prontuários do ambulatório foram consultados para coleta de dados, os quais foram anotados em ficha clínica previamente elaborada para este fim e as informações foram convertidas para um banco de dados informatizado a fim de facilitar o tratamento estatístico dos dados.

RESULTADOS

Dos 37 pacientes analisados observamos que 65% eram do gênero masculino, 70% dos pacientes encontravam-se na quarta década de vida, 54% eram da raça não-branca e 76% eram solteiros, segundo mostra a **Tabela 1**.

Quanto ao tempo de conhecimento da condição de soropositividade, observamos que 30% dos pacientes conheciam a sua soropositividade há 1-2 anos (**Tabela 2**).

Com relação ao estado geral de saúde dos pacientes, observamos que todos os pacientes HIV positivo entrevistados apresentavam algum tipo de manifestação de ordem sistêmica, sendo que destes 24% apresentavam história de outras DST associadas ao HIV e 24% relatavam depressão (**Tabela 3**).

Na **Tabela 4**, verifica-se que das DST apresentadas pelos pacientes (n=9) as mais comuns foram a herpes genital (8%) e a sífilis (8%), sendo seguida da blenorragia (3%), da candidose genital (3%) e do condiloma acuminado (3%).

Quando procedemos ao exame de ectoscopia nos pacientes observamos que a maioria dos pacientes (89,1%) não apresentava nenhum tipo de lesão extra-oral (**Tabela 5**).

Já durante o exame intra-oral, dos 37 pacientes examinados, 46% (n=17) apresentaram lesões intra-orais e 54% (n=20) não apresentaram nenhum tipo de lesão intra-oral como observamos na **Tabela 6**.

E dentre as lesões intra-orais observadas, a candidose foi a principal, estando presente em 47% dos pacientes (**Tabela 7**).

Quanto ao tipo de medicação utilizada, verificamos que houve uma predominância (75%) dos medicamentos pertencentes ao grupo dos Inibidores da Transcriptase reversa e análogos de nucleosídeos (ITRN) nas terapias anti-retrovirais, seguido dos inibidores de protease (IP), com 19% e dos inibidores da transcriptase reversa e não-análogos de nucleosídeos (ITRNN), com 6%, conforme mostra a **Tabela 8**.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes HIV positivo quanto ao gênero, faixa etária, raça e estado civil

Gênero	Faixa etária	Raça	Estado civil
Masculino (65%)	4ª década (70%)	Branca (46%)	Casados (24%)
Feminino (35%)	5ª década (30%)	Não-branca (54%)	Solteiros (76%)

Tabela 2 - Distribuição do tempo de conhecimento da soropositividade dos pacientes

Tempo de conhecimento	Nº de pacientes (n)	Porcentagem (%)
Aproximadamente 1 ano	10	27,0
1-2 anos	11	30,0
3-5 anos	9	24,0
Mais de 5 anos	7	19,0
Total	37	100,0

Tabela 3 - Distribuição das principais manifestações sistêmicas encontradas nos pacientes HIV positivo

Doenças sistêmicas	Nº de pacientes (n)	Porcentagem (%)
Hipertensão	3	8,0
Doença pulmonar	7	19,0
Doença hepática	2	5,0
Doença renal	2	5,0
Depressão	9	24,0
DST	9	24,0
Herpes zoster	1	3,0
Câncer gástrico	1	3,0
Gastrite	1	3,0
Pancreatite	1	3,0
Cardiopatas	1	3,0
Total	37	100,0

Tabela 4 - Distribuição das principais DST encontradas nos pacientes

DST	Nº de pacientes (n)	Porcentagem (%)
Herpes genital	3	33,4
Candidose genital	1	11,1
Blenorragia	1	11,1
Sífilis	3	33,3
Condiloma acuminado	1	11,1
Total	9	100,0

Tabela 5 - Distribuição das principais lesões extra-orais encontradas

Lesões extra-bucais	Nº de pacientes	Porcentagem (%)
Queilite actínica	2	5,5
Furúnculo na nuca	1	2,7
Sarcoma de Kaposi	1	2,7
Nenhuma lesão extra-oral	33	89,1
Total	37	100,0

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes quanto à presença ou não de lesões intra-orais

	Nº de pacientes (n)	Porcentagem (%)
Pacientes c/lesões intra-orais	17	46,0
Pacientes s/lesões intra-orais	20	54,0
Total	37	100,0

Tabela 7 - Distribuição das principais lesões intra-orais encontradas

Lesões intra-bucais	Nº de pacientes (n)	Porcentagem (%)
Candidose	8	47,0
Periodontite severa	2	11,8
Leucoplasia pilosa	1	5,9
Gengivite	3	17,6
Língua pilosa	1	5,9
Leucoplasia	1	5,9
Estomatite nicotínica	1	5,9
Total	17	100,0

Tabela 8 - Distribuição dos medicamentos Anti-retrovirais segundo os grupos a que pertencem

Medicamentos anti-retrovirais	Nº de pacientes (n)	Porcentagem (%)
ITRN	28	75,0
IP	7	19,0
ITRNN	2	6,0
Total	37	100,0

DISCUSSÃO

Na nossa pesquisa observou-se que a maioria dos entrevistados HIV infectados eram indivíduos do gênero masculino (65%), concordando com os dados do Brasil¹¹ (2000) onde se verificou que 139.502 dos pacientes HIV positivos são adultos do gênero masculino e 44.697 do gênero feminino.

Constatamos ainda que houve uma predominância de pacientes HIV-positivo na faixa etária da quarta década de vida (70%), o que entra em concordância com a pesquisa efetuada pelo Brasil¹¹ (2000), onde, desde o início da epidemia, verificou-se que a faixa etária mais atingida variava entre 20 e 39 anos em soropositivos de ambos os gêneros, perfazendo 70% do total de casos de aids notificados até 03/06/2000. Por outro lado, segundo o Boletim Epidemiológico Aids⁵ (2000), está havendo uma crescente incidência da aids com relação à faixa etária de 13 a 19 anos em adolescentes do gênero feminino.

Observamos ainda, entre os pacientes entrevistados, que 54% eram da raça não-branca, fato explicado pela alta miscigenação da população brasileira, e 76% eram solteiros, que se encontram

entre maioria por, provavelmente, apresentarem maior número de relacionamentos instáveis.

Quanto ao tempo de conhecimento da condição de soropositividade, observamos que a maioria dos pacientes (30%) conhecia sua condição há um tempo compreendido entre 1-2 anos. Isso ocorre provavelmente porque ainda inexistente na população brasileira a cultura de se efetuar revisões de saúde (*check-up*) periodicamente, sobretudo, a testagem de soropositividade após uma relação sexual sem o uso de preservativo.

Com relação ao estado geral de saúde dos pacientes HIV-positivo entrevistados, constatamos em nosso estudo que a maior parcela deles apresentava tanto depressão (24%) quanto DST (24%). Das DST, as mais comuns foram a herpes genital e a sífilis. Shiboski¹² (1997), afirmou que em sua pesquisa a depressão esteve mais presente entre as mulheres infectadas pelo HIV, sendo atribuída a diversos fatores, desde o comprometimento do sistema nervoso central, pela ação do vírus, à possibilidade de morte. Com relação ao elevado número das DST em nossa pesquisa, isso poderia sugerir que o contágio com o vírus se deu provavelmente por via sexual sem os devidos cuidados. Segundo Bastos e Szwarcwald⁶(1999) e Moreira *et al.*⁸(2002), o aumento da inci-

dência das DST/Aids reflete, em parte, as mudanças comportamentais das pessoas com relação à conduta sexual, o que envolve diversos tipos de experiências e práticas sexuais. As diferentes práticas sexuais permitem a transmissão de diversos agentes infecciosos, sendo a relação sexual buco-genital comum tanto em hetero quanto em homossexuais.

No exame extra-oral dos pacientes HIV-positivo, verificamos que 89,1% dos pacientes não apresentaram lesões extra-orais. Dentre as alterações observadas nos demais pacientes, verificamos a presença da queilite actínica, do furúnculo e do sarcoma de Kaposi na pele. De acordo com Grassi e Hammerle¹³ (1994), de todos os casos de pacientes portadores do Sarcoma de Kaposi, aproximadamente de 9 a 19%, apresentaram diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida, já conforme os dados achados por Langford¹⁴ (1994), 15-20% dos portadores eram HIV-positivo.

No exame intra-oral, nossa amostra apresentou mais significativamente a Candidose (47%). Sonis, Fazio e Fang¹⁵ (1996) encontraram a candidose como a manifestação fúngica mais expressiva que afeta a boca dos indivíduos HIV-positivo (quatro em cada cinco pacientes possuem a candidose), Raitz¹⁶(2002) verificou que o desenvolvimento da candidose bucal ocorre em 20 a 90% destes pacientes. Greenspan¹⁷ (1994) constatou que 41% dos pacientes com aids apresentaram candidose no estágio inicial da doença. Segundo pesquisa realizada por Muzka e Glick¹⁸ (1994), entre as lesões mais encontradas nos indivíduos soropositivos com CD4+ menor que 200 céls/mm³, estavam a candidose e a leucoplasia pilosa.

Constatamos ainda, em nosso estudo, que 54% dos pacientes examinados portadores do HIV não apresentaram lesões intra-orais. Isso provavelmente se deu pela boa manutenção da alta capacidade do sistema imune dessa amostra. Brasil¹¹ (2000) afirma que o uso de uma terapia anti-retroviral potente reduz drasticamente a ocorrência de processos oportunistas, devido à recuperação parcial da função imunológica após supressão da viremia, redução da destruição celular causada pelo HIV. O principal objetivo da terapia anti-retroviral é retardar a progressão da imunodeficiência e/ou restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida da pessoa infectada.

Verificamos que a maioria dos pacientes HIV-positivo de nosso estudo fazia uso da terapia anti-retroviral tríplice. Dentre os grupos de medicamentos mais empregados nas terapias anti-retrovirais, verificamos que a maioria pertenceu ao grupo dos ITRN (75%), seguido dos IP (19%) e dos ITRNN (6%).

De acordo com Brasil¹¹ (2000), a terapia inicial geralmente é composta por 2 ITRN associados a um ITRNN, ou ainda um ou dois IP associados a 2 ITRN. Em situações especiais, poderia ser empregado o esquema de três ITRN, com zidovudina (AZT), lamivudina (3TC) e abacavir (ABC).

O nosso estudo corrobora com a pesquisa feita por Mocroft et al.¹⁹ (2000), que verificaram que os pacientes HIV-positivo que utilizaram as drogas anti-retrovirais combinadas apresentaram um índice diminuído de doenças associadas à aids, grupo de doenças que inclui as manifestações bucais.

CONCLUSÃO

- A maior incidência de pacientes HIV infectados foi encontrada em indivíduos na quarta década de vida (70%), do sexo masculino (65%), não-brancos (54%) e solteiros (76%).
- Dentre as doenças sistêmicas manifestadas nestes pacientes, verificou-se predominância de depressão (24%) e de DST (24%), principalmente herpes genital e sífilis;
- A maioria dos indivíduos da amostra tinha conhecimento da existência da contaminação pelo HIV a apenas 1-2 anos (30%).
- No exame intra-oral realizado verificou-se como manifestação oral mais freqüente a candidose (47%).
- As drogas anti-retrovirais mais comuns foram os ITRN (75%).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LEDERGERBER, B; TELENTI, A; EGGER, M. AIDS across Europe, 1994-98: the Euro SIDA study. *Lancet*, 356: 96-291, Jul., 2000.
2. WORD HEALTH ORGANISATION. Current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic – a capsule summary. Geneva: WHO, 1991.
3. SUCCI, R. C. M. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS). *PRONAP-SBP*, (1): 1-25, São Paulo, 2000.
4. BASTOS, G. K. et al. *Aids e controle de infecção*. 2001 Disponível em [Acesso em 29/10/2004](#).
5. *Boletim Epidemiológico Aids*, 14ª a 26ª Semana Epidemiológicas, ano XIV, n. 02, Abr/Jun. Brasília, 2001.
6. BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C.L. *Aids e pauperização: principais conclusões e evidências empíricas sobre a epidemia da aids no Brasil: distintas abordagens*. Brasília, 1999.
7. OLIVEIRA, L. *Campanha que estimula Teste de HIV ainda não conseguiu adesões*. Disponível em: <>, João Pessoa, 2003. Acesso em 01/02/2004.
8. MOREIRA, L. C. PINHEIRO, VMS et al. A Boca como Órgão de Práticas Sexuais e Alvo de DST/Aids. *DST – J. bras. Doenças Sex. Transm.*, 2 (14): 37-53, 2002.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. Hepatite, Aids e Herpes na prática Odontológica*. Brasília, 1996.
10. LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas, 1991.
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Implantação da Vigilância de Gestantes HIV+ e Crianças Expostas (mimeo)*. Brasília, 2000.
12. SHIBOSKI, C. A. H. Epidemiology of HIV-related oral manifestations in women: a review. *Oral Diseases*, (3): 18-27, 1997.
13. GRASSI, M; ABB, J; HÄMMERLE, C. *Aids em odontologia*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
14. LANGFORD, A. Gingival and Periodontal alterations associated with infection with human immunodeficiency virus. *Quintessence International*, 25 (6): 375-387, 1994.
15. SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L., *Princípios e Prática de Medicina Oral*. 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
16. RAITZ, R. *Aids na Odontologia*. Disponível em: <http://>, 2002. Acesso em 01/02/2004.
17. GREENSPAN, D. Treatment of oral candidiasis in HIV infection. *Oral Sur. Oral Med Oral Pathol.*, 9 (78): 211-215, 1994.
18. MUZKA, B. C.; GLICK, M. Major aphthous ulcers in patients with HIV disease. *Oral Surg Oral Méd Oral Pathol*, (77): 116-120, 1994.
19. MOCROFT, A. et al. AIDS across Europe, 1994-98: the Euro SIDA study. *Lancet*, 356 (9226): 291-296, 2000.

Endereço para correspondência:

POLLIANNA MUNIZ ALVES

Rua Celestino Martins da Costa –147

Catolé – CEP: 58104 –720 , Campina Grande – PB

E-mail: polliannaalves@ig.com.br

Recebido em: 25/11/04

Aprovado em: 23/12/04

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DST/AIDS PARA ADOLESCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO ABRIGO COM EXPERIÊNCIA PREGRESSA DE VIDA NAS RUAS DA CIDADE DE GOIÂNIA

SOCIAL REPRESENTATION OF STD/AIDS FOR SHELTERED ADOLESCENTS WITH LIFE EXPERIENCE IN THE STREETS OF GOIÂNIA

Ida K Borges¹, Marcelo Medeiros²

RESUMO

Introdução: os adolescentes em situação de rua apresentam maior vulnerabilidade às DST/AIDS, por conviverem com a violência, tráfico de drogas e exploração sexual inerentes ao universo das ruas e, também devido às dificuldades de assimilação de informações sobre o assunto e acesso aos serviços de saúde. Estes aspectos foram aprofundados com base no conhecimento produzido por diversas áreas quanto aos aspectos da sexualidade, vulnerabilidade e exposição para as DST/AIDS de adolescentes abrigados com experiência pregressa de vida nas ruas. **Objetivo:** identificar e analisar as representações sociais da prevenção DST/AIDS por um grupo de adolescentes com experiência de vida nas ruas que vivem em uma instituição abrigo na cidade de Goiânia. **Métodos:** abordagem social da pesquisa qualitativa em saúde tendo, como princípio metodológico, as representações sociais. Os dados foram coletados por meio da entrevista semi-estruturada junto a um grupo de adolescentes de ambos os sexos abrigados e observação participante anotada em um diário de campo. Os dados foram analisados conforme a análise modalidade temática proposta por Bardin. **Resultados:** identificamos três categorias temáticas: “*onipotência e finitude*”, *prevenção e riscos, sexualidade e mudanças no corpo*, através das quais verificamos que a aids é mais conhecida entre eles em detrimento de outras DST. Nas suas concepções, a aids aparece como incurável, levando fatalmente à morte. Apesar de saberem dos riscos, não se utilizam dos meios de prevenção. Os fatores de riscos ligados à crença de onipotência, desinformação, o uso abusivo de drogas injetáveis ou não, dificuldade de acesso aos preservativos, faz com que diminua o limiar da percepção de riscos, e, conseqüentemente a adoção de proteção. O conhecimento da sexualidade é restrito às modificações físicas e biológicas, não sabendo como lidar com o corpo, nas fases de seu desenvolvimento físico, afetivo, sexual e social. Pela irregularidade com que iniciam a vida sexual, fazem com que, de alguma maneira, haja limitação no modo de se prevenirem contra as DST. **Conclusão:** estes resultados levam-nos a considerar a responsabilidade de estendermos nossas atividades além dos limites da academia, contribuindo, assim, com as políticas públicas através de convênios mantidos com organizações governamentais ou não, no sentido de, num esforço conjunto, traçarmos projetos efetivos de intervenções para esta população ainda desconhecida, dentro de seu contexto histórico, por grande parte da sociedade.

Palavras-chave: crianças de rua, doenças sexualmente transmissíveis, aids, saúde pública

ABSTRACT

Introduction: adolescents in street situation likely exposed to STD/AIDS, because the street world is favorable for violence, use and traffic of drugs, sexual exploration. **Objective:** in this study we sought to identify and to analyze the social representations of prevention DST/AIDS for a group of adolescents with experience of life in the streets, living in a shelter institution in Goiânia, Brazil. **Methods:** this inquiry has been based on social approach of qualitative research in health. The data was collected by in-depth interview with a group of sheltered adolescents of both genders and diary-field notes from participant observations, and analyzed by thematic modality of the content analysis. **Results:** as results we identified three thematic categories: “*omnipotence and finite*”, *prevention and risks, bodies changes*, in order to we verify that aids is better known among them than other STD. In their understanding Aids appears as incurable disease leading to death. Although they know about risks they do not adopt a prevention behavior. The risk factors are linked to their own powerful beliefs, ignorance, use of injectable drugs or others and difficulties to get condoms makes that diminishes the risks perceptions threshold and, consequently, also their protection attitudes. The knowledge about sexuality is restricted to the physical and biological modifications, not knowing exactly what is happening with their body, in each phase of their physical, affective, sexual and social development. Considering the irregularity that initiates their sexual life time, some limitations to preventing their selves against STD appears. **Conclusion:** these results allow us to consider about our responsibility to extending our activities beyond the limits of Academy and thus, contributing to Public Policy elaboration through accords with governmental and non-governmental organizations, by a community effort to propose effective projects of interventions for this population, still unknown for great part of the society, inside of its historical context.

Keywords: street children; sexually transmitted diseases; acquired immunodeficiency syndrome; public health

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4):43-49, 2004

INTRODUÇÃO

As doenças de transmissão sexual incluindo a infecção pelo HIV são os problemas mais comuns na área de saúde reprodutiva e sexual na atualidade. Essas condições são a maior causa de morbidade e mortalidade entre os jovens. Estima-se que um em

¹Mestre em Enfermagem. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

²Doutor em Enfermagem. Professor adjunto da Universidade Federal de Goiás.

cada 20 adolescentes no mundo contraem DST a cada ano. Quarenta e dois milhões de pessoas estão vivendo com o vírus da aids. Em 2002 a aids causou a morte de 3,1 milhões de pessoas, sendo que 610.000 foram crianças abaixo de 15 anos. Metade da população, torna-se infectada pelo HIV antes dos 25 anos e morre de aids antes de completar 35 anos. No final de 1999, a epidemia deixou um total acumulado de 11,2 milhões de órfãos da aids^{1,2}.

Os adolescentes em situação de rua, além de conviverem com o preconceito da sociedade, dividem o espaço com gigolôs, prostitutas, assaltantes, travestis e mendigos que, como eles, fazem da rua o seu local de trabalho ou moradia.

O convívio grupal intenso facilita o despertar precoce da sexualidade genital, que prontamente entra em prática induzindo uma promiscuidade permeada de violência e de abusos. As consequências de tais práticas se revelam pelos dos altos índices de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, visto ser um grupo exposto à promiscuidade nas relações sexuais sem a devida proteção, assim como o uso de drogas injetáveis ou não^{3,4}.

Adolescência, vulnerabilidade e exposição para as DST/Aids

Ayres⁵ chama a atenção para alguns aspectos mais particulares, que tornam esta população jovem mais vulnerável à aids, fazendo dela prioridade nos estudos sócio-antropológicos. Dentre tais aspectos, destacam-se: limites culturais próprios para a fixação simbólica das informações; necessidade de transgredir e experimentar riscos; sistema educacional desestimulante; desagração familiar; auto-estima baixa e exposição à violência.

A maior vulnerabilidade dos adolescentes para as DST incluindo o HIV decorre de falhas ou inconsistências no uso de preservativos^{6,7} em paralelo às elevadas taxas de atividade sexual com diferentes parceiros^{8,9}. Para a melhor compreensão da epidemia pela infecção pelo HIV, é importante conhecer o impacto cada vez maior desta infecção, em populações mais pobres e carentes, por limites existentes na informação e na educação para adoção de práticas seguras com baixo nível de escolaridade, e/ou dificuldade de compreensão e percepção de sua vulnerabilidade ao HIV¹⁰.

Parker & Camargo Jr.¹¹ afirmam que, no Brasil, as desigualdades sociais, econômicas e demográficas são identificadas como estruturantes da vulnerabilidade relacionada com a aids, tendo como agravantes a baixa incorporação dos valores da cidadania, e a falta de um sistema de bem-estar social.

Ações e propostas dos programas de prevenção das DST/Aids

Programas de intervenção realizados em outros países, com jovens pertencentes às minorias sociais, indicaram que a divulgação do conhecimento é importante, mas não suficiente para causar impacto no comportamento de risco sexual¹².

Assim, apesar de ter ciência de que no caso da aids o grau de informação que um indivíduo possui sobre formas de transmissão, e situações de risco, não é suficiente para que passe a adotar um comportamento protetor, a falta de informações básicas contribui para aumentar a sua vulnerabilidade¹³. Ou seja, a transformação do conhecimento na adoção de práticas protetoras é mediada por questões de gênero, classe social, etnia e outros componentes sociais que não se localizam apenas na esfera individual. Assim, o poder do conhecimento na troca do comportamento depende das alternativas e perspectivas existentes para o indivíduo^{14,15}.

Estudos sobre prevenção com adolescentes apontam para os baixos índices de adoção de práticas sexuais seguras, apesar dos índices elevados de conhecimento¹⁶. Cerqueira Leite^{17,18} demonstrou, em seus dois estudos sobre jovens universitários, que é grande a porcentagem daqueles que percebem o risco de aids para os jovens, de modo geral, enquanto a porcentagem dos que percebem o seu próprio risco individual é pequena. Os profissionais de saúde através de ações de saúde devem educar a população sobre a prevenção e os riscos das DST, bem como estimular a procura pelos serviços de saúde quando perceberem sintomas sugestivos de uma DST como corrimento, verrugas e feridas nos órgãos genitais¹⁹.

A sexualidade e o adolescente

O adolescente apresenta características, necessidades e problemas específicos que o diferenciam da criança e do adulto. Nessa fase, a educação sexual deve ser antecipada e formal tendo como objetivo preparar o jovem para as mudanças que vão ocorrer do ponto de vista físico, fisiológico, emocional e social. O programa educativo deve ultrapassar o conhecimento englobando atitudes, sentimentos e idéias relativos à sexualidade²⁰.

Contudo, o que observamos na prática é a abordagem dos problemas dissociados do seu contexto social como a gravidez na adolescência, as DST, a violência ou a dependência química, resultando na implementação de programas verticais e isolados para cada um dos programas²¹. Segundo Weeks²², a sexualidade extrapola a dimensão biológica. Embora o corpo biológico seja o local da sexualidade, estabelecendo os limites daquilo que é sexualmente possível, a sexualidade tem tanto a ver com as crenças, ideologias e imaginações quanto com o corpo físico. Hoje, buscam-se alternativas de sensibilização, conscientização e prevenção direcionadas às temáticas de sexualidade, aids e drogas, entendendo-as como procedimentos associados à melhora da qualidade de vida e viabilizadores do exercício da cidadania.

O trabalho com adolescentes implica a conjunção de vários fatores que explicam o desenvolvimento sexual, como saúde reprodutiva, relacionamento interpessoal, afetividade, auto-estima, imagem corporal e relações de gênero. Em um sentido mais amplo, o entendimento da sexualidade ocorre através do inter-relacionamento de diversos aspectos intelectuais, afetivos, familiares e sociais dentro de um contexto ético e moral, das leis culturais, e valores sociais do meio em que vivem os jovens^{23,24}.

MÉTODOS

Para a presente investigação optamos pela abordagem qualitativa considerando a natureza das questões a serem abordadas. Na realidade, buscamos trabalhar a partir dos pressupostos da pesquisa social nos quais se refletem aspectos do desenvolvimento e da dinâmica social assim como preocupações e interesses de classes e de grupos determinados²⁵.

Optamos por utilizar enquanto princípio metodológico as representações sociais, uma vez que, nesta investigação, buscamos compreender um fenômeno de natureza coletiva em nível de significado incorporado por uma parcela específica da sociedade.

Dessa forma, compartilhamos com Minayo²⁵ que representações sociais consistem de: “(...) um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento”.

O nosso campo de estudo é o município de Goiânia, capital do estado de Goiás. Segundo dados do censo 2000, a população total é de 1.146.103 habitantes, sendo 103.135 na faixa etária de 10 a 14 anos; 123.763 de 15 a 19 anos e 236.484 de 20 a 29 anos. Portanto, aproximadamente 50% da população, ou seja, 463.382 habitantes, situam-se na faixa etária de 10 a 29 anos²⁶.

Pela dificuldade em concentrar os adolescentes em um local determinado, sua rápida rotatividade em unidades de apoio e o tempo exigido para conclusão da pesquisa, optamos por realizar nosso estudo em instituições que abrigassem adolescentes dos sexos feminino e masculino, na faixa etária de 10 a 18 anos com experiência de vida nas ruas. Desta maneira, a escolha dos locais de pesquisa decorreram particularmente da acessibilidade e colaboração de duas Instituições abrigo não-governamentais, e dentro das normas e preceitos legais do Estatuto da Criança e do Adolescente de acordo com a Lei 8.069/90²⁷. Os critérios para admissão na casa abrigo, tanto para meninas como para meninos, ocorrem nos moldes legais, encaminhados pelo Conselho Tutelar e Juizado de Menores.

A autorização para utilização do espaço físico e aproximação com a população em estudo, enquanto campo de pesquisa, ocorreu em duas instâncias: junto aos responsáveis pelas instituições abrigo, e por meio dos próprios adolescentes. Quanto às instituições foi explicado o objetivo e o caráter sigiloso da pesquisa, o procedimento das entrevistas, o uso e guarda do material coletado, e o compromisso do envio de relatório. Nessa ocasião, também seria obtido o consentimento das diretoras das instituições abrigo que se responsabilizam pelos adolescentes. O grupo de adolescentes foi devidamente esclarecido quanto à liberdade de participação na pesquisa. Devido ao seu caráter sigiloso, sugerimos como opção que dessem um nome fictício, a partir do qual passaram a ser identificados(as). Quando apresentarmos fragmentos de suas falas no capítulo de resultados, optamos por utilizar a letra M para masculino e F para feminino, seguido do número referente à entrevista, sendo importante para cumprir o contrato de mútua confiança entre entrevistador e entrevistado.

A coleta de dados ocorreu sob a forma de entrevista semi-estruturada e observação participante com registros em um diário de campo. Para tratamento e análise dos dados, utilizamos como

referencial a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Análise Temática²⁸.

RESULTADOS

Estabelecemos, enquanto atores sociais desta investigação, sete meninos e sete meninas na faixa etária de 13 a 18 anos que estiveram em situação de rua, mas que no momento da pesquisa estivessem sob a responsabilidade de uma instituição abrigo. O critério de inclusão e exclusão foi o de aceitar participar do estudo e em número suficiente para garantir certa reincidência e saturação das informações contidas nos discursos das entrevistas, independentemente do sexo. Realizamos um total de 14 entrevistas individuais com adolescentes sendo de duas instituições abrigos – casa abrigo para meninas e casa abrigo para meninos. Este número foi alcançado considerando-se a representatividade dos dados coletados, conforme estabelecido por Minayo²⁵.

A partir da análise do discurso, chegamos às seguintes categorias temáticas: *DST/AIDS-onipotência e finitude, prevenção e sexualidade e mudanças no corpo*. “Onipotência e finitude”.

A partir do material coletado junto aos adolescentes (meninas e meninos), a construção das representações das doenças sexualmente transmissíveis foi feita de maneira contraditória. Ao mesmo tempo que diziam saber de tudo, confundiam-se ao citar as outras DST. De um modo geral, quando perguntados sobre o que sabiam a respeito de DST, verificamos que eles conheciam ou ouviram falar mais sobre aids, e detinham poucas informações com relação às outras DST. A idéia de contágio das doenças era muito bem definida pelos adolescentes, principalmente por relação vaginal. Além da aids, a gonorréia foi a mais citada por apresentar manifestações físicas e orgânicas, de acordo com os relatos:

“Tinha várias meninas de rua que tinham gonorréia” (F7)

“Conheço aids, sífilis, guinorréia. Guinorréia eu ouvi falar e vi nas fotos que o povo mostra nas palestras, é corrimento” (M3).

Como citado anteriormente, as DST mais comuns na população, são: sífilis, gonorréia, cancro mole, condiloma acuminado (popularmente conhecido como verruga, crista de galo), além da aids, e corroboram os dados de pesquisa realizados entre crianças e adolescentes em situação de rua na cidade de Goiânia²⁹.

Percebemos na fala dos adolescentes que as DST, com exceção da aids não representam uma ameaça em seu cotidiano, pois são curáveis, de tratamento rápido. Alguns que já tiveram a doença, como a gonorréia, condiloma, citam naturalmente incômodos como corrimento, prurido, mau odor que podem ser tratados nas unidades de saúde, até que se resolva o problema dos sintomas:

A aids é percebida como uma doença mortal, incurável, contagiosa, que maltrata, de sofrimento e tratamento prolongados, que pode aparecer de repente, com sinais visíveis de comprometimento externo, como no caso do emagrecimento. Além de se sentirem amedrontados, o entendimento de que a morte é iminente, podemos perceber nos seguintes fragmentos:

“Tenho mais medo da aids porque é contagiosa” (M1).

“A aids é uma doença que mata. Tenho medo da aids porque mata. Tinha um boiolo na rua que morreu de aids. Ficou magrinho e fraco e morreu no HDT” (M2).

“A aids é pior porque tem que tomar muito remédio e ir sempre ao médico. A aids é uma doença que judia muito, eu tenho medo de morrer de aids.” (M6).

Estes achados são similares aos encontrados em estudos como os de Mandú *et al.*³⁰ onde a aids é percebida pelos adolescentes como uma doença progressiva associada inevitavelmente à morte; e o de Oliveira³¹ e Paiva *et al.*³², que referem expressões sobre a aids como “feia, ruim, maldita, que dá medo, teimosa, à morte certa, à doença sem cura, que acaba com a vida da pessoa”.

Mais do que envolvidos pelos riscos, os adolescentes estão envolvidos pelo medo. A dor e a impotência também os assustam. A moléstia dá a eles a dimensão de sua finitude.

Para este grupo que esteve nas ruas, a aids apesar de ser mortal é apenas mais um risco como tantos outros, embora alguns entrem em contradição quando dizem que não se sentem ameaçados. O sentimento de onipotência, tão característico desta fase, pode ser evidenciado em várias falas, quanto à percepção de que estão sujeitos à doença, o que os leva a imaginar que com eles “nunca vai acontecer”:

“O pessoal tem medo de nada não. Tá na rua mesmo, medo de que” (F4).

“Não, não tenho medo de pegar doença alguma. Se tivesse medo não ia pra rua. (F5).

Para uma parcela significativa dos jovens, especialmente o grupo mais vulnerável, a aids é “apenas mais um risco”, e é mais confortável acreditar que “se tiver que pegar o HIV, não adianta fazer nada”³².

Prevenção e riscos

O que constatamos em nossos estudos é que os adolescentes acumulam certas informações sobre os meios de prevenção com relação à transmissão sexual das DST/Aids. A noção do contágio existe constitui-se em fonte de preocupação. Por ocasião das entrevistas, todos os adolescentes alegaram já ter tido relações sexuais. Os adolescentes relatavam os modos de prevenção conforme as vias de transmissão sexual, referindo a necessidade de conhecer a pessoa com quem transam, evitar proximidade com portadores da doença, evitar contato com objetos contaminados de sangue, de usar camisinha, não usar drogas, ou usar seringas individuais e realizar exames. A forma mais destacada de prevenção foi o uso da camisinha, coerentemente com a associação mais direta que fazem entre aids e contato sexual, sendo a mais perigosa a relação anal sem proteção, de acordo com os relatos:

“O que passa mesmo é a relação vaginal. Pega também na relação oral quem tem ferida na boca. O mais perigoso é a relação anal que não se deve fazer. Eu ouvi isso nas ruas, depois nas palestras. Ela passa mais por injetável e se alguém tiver ferida com sangue passa também” (F7).

“Eu nunca injetei droga. Os meninos na rua cada um tinha sua seringa”(M4).

Para essa população que vive na rua, e saiu precocemente de casa sem as devidas informações sobre menstruação ou gravidez, e sem acesso aos serviços de saúde, revelam que a gravidez não planejada e o risco de exposição ao HIV/aids e às demais DST, apresentam-se como realidades possíveis diante da não-existência de práticas de prevenção. Quando indagados sobre os riscos enquanto moradores de rua, as respostas vinham claras e ligeiras:

“Conheci duas pessoas que usavam a mesma seringa, nunca transava com camisinha, porque ainda não sabia dos perigos que corria, na rua ninguém fala dessas coisas, não” (M7).

“Na rua ninguém se preserva. As meninas da rua tão tudo buchada” (F4).

Entre as várias formas de prevenção, ainda prevalece o uso da camisinha, com associação coerente entre via sexual e aids. Todos os entrevistados revelaram conhecimento sobre prevenção citando o postinho de saúde, panfletos distribuídos na rua, escolas, e orientadores como principais fontes de informações; porém, nota-se um distanciamento grande entre ter conhecimentos dos perigos e mudanças de hábitos.

Ainda de acordo com os relatos, identificamos que as informações não eram sistematizadas, sendo esporádicas, em épocas de campanhas ou por palestras pelo pessoal da unidade sanitária quando eram solicitados. As informações restringiam-se em enumerar os vários tipos das DST, ressaltando a aids como de maior importância, e a utilização do uso de camisinha e anticoncepcionais para as meninas, para evitar a aids e a gravidez. Após as palestras, as camisinhas eram distribuídas, porém, quando perguntados sobre a maneira correta da colocação da camisinha, tivemos os seguintes relatos:

“Nunca coloquei em ninguém. Eu transava com meu namorado e ele nunca usou camisinha” (F3).

“Usava o preservativo dois de cada vez” (F5).

O uso da camisinha foi mencionado em situações em que não se conhecia o parceiro, para fazer programas, e em algumas a contaminação pelas DST cede lugar à preocupação com a gravidez, também compartilhada pelos meninos, confundindo frequentemente o uso dos contraceptivos com proteção contra as DST/HIV:

“Prá não pegar barriga, porque o médico falou que é prá não engravidar” (F1).

“Antes desse namorado, não usava camisinha, não. Tomo aquela injeção prá não engravidar” (F6).

Ao mesmo tempo que os adolescentes dizem saber alguma coisa sobre as DST de maneira geral, não são capazes de assumir na prática sexual as informações que dizem ter. Pudemos perceber que na rotina da rua, a percepção de risco apresentava-se de outra maneira. Através dos depoimentos, verificamos que o não-

uso do preservativo, o uso de bebidas alcoólicas e drogas, raramente a injetável, eram uma constante na vida deles.

Alegam que para fugir da fome, do frio, da exclusão social e da violência a que são submetidos diariamente, utilizam-se das drogas (inalantes, bebidas alcoólicas) como uma estratégia de sobrevivência. Eles afirmam também que o álcool e as drogas são geradores de violência, dando-lhes poder ilimitado, suprimindo tudo o que desejam tornado-os invulneráveis a quaisquer riscos ou sofrimentos. Imunes ao perigo, eles se expõem a todo tipo de violências físicas, inclusive dentro do grupo, e às relações sexuais, perdendo a noção das medidas preventivas:

“Nunca transei drogada. Senão tinha que pagar o BO (boquete)” (F4).

“Acordava toda machucada quando dormia drogada. Os meninos era doidinho prá pega a gente de ré, prá me torá” (F6).

“Quando eu tava drogada os meninos aproveitavam de mim, eu acordava machucada na boca de levar soco. Na rua tem todo tipo de sexo: anal, oral. Eu só usava droga de dia e perto do SOS, prá ficar esperta com os meninos, prá não abusarem de mim” (F5).

“O pessoal da rua não usa camisinha não, toma droga, fica doidão, não dá moral e transa sem querer saber de nada, não” (M3).

“Fumo desde os seis anos. Meu pai tinha um bar e eu bebia escondido” (M4).

Vários estudos enfocam a relação entre o uso de drogas, violência e um maior risco de DST/Aids entre adolescentes³³⁻³⁵. Segundo alguns autores, o efeito do álcool ou outras drogas reduz o limiar de percepção de riscos, e conseqüentemente a adoção de proteção individual^{29,36,37}.

Observamos nas falas que a questão da aids evidencia preocupação e medo, mas não leva a uma efetiva proteção. Para alguns, as preocupações sexuais giram em torno da gravidez e da fidelidade, pois quando se considera a parceira ou parceiro fiel, não se usa a camisinha. De maneira geral, os adolescentes pesquisados não são capazes de assumir na prática sexual as informações que dizem ter, embora permaneça o medo de contrair a doença. Assim, percebemos que a motivação para a prevenção da doença não é remota, nem se trata de uma questão para os outros, mas algo que é presente e que é capaz de mudar. Prova disso, é a vontade que manifestam de fazer o teste anti-HIV com o receio de estarem infectados, aspectos esses observados nos vários relatos dos nosso entrevistados.

“Tenho medo da aids. Ela pode dar a qualquer momento. Mas eu já fiz o exame e não deu nada” (M4).

Pedi prá ele fazer exame. Eu tenho o cartão de adolescente e faço os exames no hospital. De dois em dois meses a gente ia fazer exame de aids” (F1).

Sexualidade e mudanças no corpo

Ao discorrermos sobre o tema, percebemos que os adolescentes se sentiram bem à vontade ao relatar suas experiências, porém, confundiram-se na hora de expressar o significado de sexualidade. Pelo fato de as atividades sexuais terem começado mais cedo, a percepção da sexualidade detinha-se enquanto mecanismo biofisiológico, referindo-se à primeira transa, à menstruação, à perda da virgindade e ao estupro.

Através dos depoimentos, verificamos que a maioria dos adolescentes não conseguiu acompanhar as etapas do seu desenvolvimento e crescimento, por desconhecem seu próprio corpo, e por estarem fora de casa, sem alguém que pudesse acompanhá-los nessa fase. As informações das mudanças físico-biológicas têm como fontes principais os meios de comunicação, os amigos, os profissionais, e a própria instituição, ou às vezes o aprendizado ocorre por si mesmo, de acordo com os relatos:

“Não sabia nada do meu corpo (M1).

“Nunca aprendi nada sobre o meu corpo e do corpo da mulher. Aprendi na escola sobre a mudança do corpo. Já veio um médico aqui explicar sobre o corpo, que as mãos e os pés crescem..” (M2).

Desde a mais tenra idade os meninos que vivem na rua, conhecem e utilizam-se do sexo como parte do seu cotidiano, alheio ao mundo adulto ou à sociedade. Restritos a um pequeno espaço, utilizam-no em grupo para se trocarem, fazer sua higiene, e à noite tendem a agrupar-se para dormir, a fim de promover uma sensação de segurança, pois suas vidas estão constantemente ameaçadas. Daí para a iniciação sexual é um passo.

Nem sempre o adolescente consegue acompanhar e compreender as transformações biológicas que acontecem com seu corpo, principalmente com relação à sexualidade. Nesta fase, as atividades sexuais nem sempre são planejadas e a própria instabilidade emocional, presente nesta fase da vida, apresenta dificuldades de lidar com o próprio corpo de saber o que quer ou não, se é certo ou errado. Um dos problemas mais graves que se tem na adolescência é a falta de informação, principalmente para os que vivem na rua, embora este não seja um único fator que explique os problemas decorrentes da sexualidade, conforme os relatos:

“Não, ninguém tinha falado sobre a gravidez, não” (F2).

“O pessoal da rua transa sem querer sabe de nada, não” (M3).

“Menstruei aos 14 anos e aos 15 anos tive minha primeira relação sexual com um menino de rua. Ainda não sabia nada do meu corpo, não” (F6).

O presente estudo mostra o percurso que o menino e menina com experiência progressiva de vida nas ruas fazem até chegarem em uma instituição abrigo. As histórias de vida e os motivos que os levam às ruas fazem-nos crer que o fenômeno da criança e do adolescente, em situação de risco, não pode ser visto apenas como um problema de saúde pública, mas da implementação de

políticas públicas cujas ações de intervenção dependem dos órgãos oficiais de cada estado ou município.

De acordo com alguns autores^{4,38,39}, no desenvolvimento da sexualidade do adolescente em situação de rua, o aprendizado sexual faz-se comumente por si mesmo, por gestos espontâneos entre eles próprios ou por imposições de adolescentes mais experientes e adultos. Dificilmente recebem qualquer orientação em casa.

Segundo Gomes⁴⁰, no cenário da rua, cuja dinâmica é imprevisível e desconhecida, menstruar, adoecer e engravidar são fatos que ocorrem involuntariamente. Sem compreender racionalmente o funcionamento de seu corpo, esta menina o utiliza vivenciando com estranheza seus ciclos e transformações.

Não deve ser uma transmissão de crenças, valores e preconceitos sexuais ou em imposição de verdades. Ao contrário, deve favorecer trocas de informações, de forma que os sujeitos possam expressar, discutir, questionar, refletir e optar livre e espontaneamente, acerca de suas condutas no campo da afetividade e especificamente de sua vida sexual.

CONCLUSÃO

A proposta de analisar as representações sociais da prevenção de DST/Aids por um grupo de adolescentes com experiência de vida nas ruas e que vivem em uma instituição abrigo, nos possibilitou relacionar aspectos importantes de nossa observação de campo, articuladas ao levantamento teórico, além de permitir uma maior aproximação com essa população tão marginalizada pela sociedade.

Com relação à aids, o conhecimento chega através da mídia, escolas campanhas, e por pessoas próximas que tiveram a doença. Conforme seus conhecimentos, a aids é uma doença mortal, contagiosa, de tratamento prolongado, que maltrata e pode aparecer de repente.

Os adolescentes pesquisados conhecem pouco das DST, com exceção da aids, citando algumas características físicas facilmente reconhecidas e que podem ser tratadas a curto prazo nas unidades de saúde. Para as meninas, o comprometimento de órgãos reprodutores causados por DST não é motivo suficiente para que adotem medidas preventivas corretas, sendo sua maior preocupação, a gravidez.

Os adolescentes reconhecem os riscos que podem causar-lhes danos, acumulam certas informações de prevenção, principalmente com relação às DST e à aids; porém, entre o discurso e os meios de prevenção corretos, a distância é muito grande. Apesar das campanhas promovidas pela Coordenação Nacional de Saúde, algumas unidades de saúde e profissionais não se encontram preparados para receber e orientar essa população com suas peculiaridades e particularidades, principalmente com relação orientação e distribuição de preservativos para menores.

A nossa pesquisa revelou que as principais causas de risco para as DST/Aids consistem de relação sexual em idade precoce com múltiplos parceiros sem o uso de preservativos, consumo abusivo de drogas injetáveis ou não durante o ato sexual, desinformação

de sua sexualidade, encaminhamentos inadequados para os serviços de saúde, dificuldade de aquisição de preservativos.

Quanto à sexualidade, seu conhecimento detém-se apenas ao mecanismo bio-fisiológico, desconhecendo as fases do desenvolvimento físico e psicológico. Não conseguem incorporar o modo de transmissão do HIV e outras DST em suas vidas e em suas relações. O livre exercício da sua sexualidade é praticado nas ruas ou dentro da instituição masculina com o mesmo sexo. O aprendizado acontece na rua, com amigos ou por si só. A maioria desconhece o seu corpo e as sensações que ele lhe pode proporcionar, nas diversas fases de seu desenvolvimento.

O presente estudo aponta a prevenção como o maior desafio entre os adolescentes que trazem em sua bagagem conhecimentos e noções de condutas errôneas e distorcidas com relação à sua proteção individual e à sua sexualidade.

É necessário que o grupo em questão seja alvo de ações integradas, desenvolvidas tanto por instituições governamentais, envolvendo o nível federal, estadual e municipal, como por instituições não-governamentais.

No desenvolvimento de nossa pesquisa, conseguimos identificar vários problemas que servirão de subsídios para vários profissionais na elaboração de trabalhos com as instituições abrigos, campos de nossa pesquisa, cujo interesse foi uma das molas propulsoras para a realização de nossa dissertação. Pela aproximação junto a essas instituições, identificamos que a mesma representa o lar que os adolescentes deixaram para trás, não só pelo conforto físico que elas oferecem, mas pela disponibilidade, carinho e respeito com que eles são tratados. Apesar da ausência de um projeto pedagógico sistematizado, contam com educadores que se preocupam com palestras em educação em saúde e no desenvolvimento das atividades escolares.

Acreditamos na continuidade do trabalho das instituições abrigo junto às crianças sem autoritarismo nem imposições, concedendo-lhes o direito de ir e vir, até que a rua não se torne mais tão atrativa, resgatando sua auto-estima e cidadania, e, assim, visualizar a chance de inserção no mercado de trabalho e na sociedade.

Como profissionais da área de saúde pública, cabe-nos a responsabilidade da extensão de nossas atividades, além dos limites da academia, contribuindo, assim com as políticas públicas, através de convênios mantidos com organizações governamentais ou não.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNAIDS. *Report in the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (ISB: 92-9173-000-9) 2000.
2. WHO. Global summary of the HIV/AIDS epidemic, December 2002. Disponível em: < > Acessado em 14/09/2004.
3. PORTO, S. O. B., CARDOSO, D. D. P., QUEIROZ, D. A. O., ROSA, H., ANDRADE, A. L. S. S. ZICKER, M. D., MARTELLI, M. D. Prevalence and risk factors for HBV infection among street youth in Central Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 15:577-581, 1994.
4. MEDEIROS, M.; FERRINI, M. G. C.; MUNARI, D. B.; GOMES, R. A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. *Rev. Lat. Am. de Enfermagem*, v. 9 (2): 35-41. Março 2001.
5. AYRES, J. R. C. M. *HIV/Aids e Abuso de Drogas entre Adolescentes: Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas*. São Paulo: Casa de

- Edição. Departamento de medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1996.
6. ANDERSON, J. E.; KANN, L.; HOLTZMAN, D.; ARDAY, S.; TRUMAN, B. & KOLBE, L. HIV/AIDS knowledge and sexual behavior among high school students. *Fam Plan Perspect*, 22:252-255, 1990.
 7. KANN, L.; KINCHEN, S. A.; WILLIAMS, B. I.; ROSS, J. G.; LOWRY, R.; HILL, C. V.; GRUNBAUM, J. A.; BLUMSON, P. S.; COLLINS, J. L. & KOLBE, L. J. Youth risk behavior surveillance – United States, 1997. *Journal of School Health*, 68:355-369, 1998.
 8. KU, L.; SONENSTEIN, E. L.; LINDBERG, L. D.; BRADNER, C. H.; BOG- GESS, S. & PLECK, J. H. Understanding changes in sexual activity among young metropolitan men: 1979-1995. *Fam Plan Perspect*, 30:256-262, 1998.
 9. SANTELLI, J. S.; BRENER, N. D.; LOWRY, R.; BHATT, A. & ZABIN, I. S. Multiple sexual partners among U.S. adolescents and young adults. *Fam Plan Perspect*, 30:271-275, 1998.
 10. BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS*. Ano XIV Nº 1, janeiro a março de 2001.
 11. PARKER, R. & CAMARGO Jr., k. R. Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Sup. 1): 89-102. 2000.
 12. WALTER, H. J. & VAUGHN, R. D. AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students. *JAMA*, 270: 725-730, 1993.
 13. PERUGA, A. & CELENTANO, D. D. Correlates of AIDS knowledge in samples of the general population. *Soc. Sci. Méd.*, 36: 509-524, 1993.
 14. ANDRÉ, L. M. *Representações e Práticas Preventivas da AIDS em coletores de lixo no Município de São Paulo*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1999.
 15. PAICHELER, G. General populations and HIV prevention strategies: From risk to action. *Cad. Saúde Públ*, 15(Sup. 2): 93-105, 1999.
 16. BRASIL. Ministério da Saúde – Plano Nacional DST/AIDS 1999. *Projeto Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção sobre HIV e aids*. Brasília.
 17. CERQUEIRA LEITE, R. M. Psychosexual characteristics of male university students in Brazil. *Adolescence* 30 (118) summer. 1994.
 18. CERQUEIRA LEITE, R. M.. Psychosexual characteristics of female university students in Brazil. *Adolescence* 29 (114) summer. 1995.
 19. ALOI, A. P.; SOUZA, R. C.; CABRITA, K. S. T. Orientação dos adolescentes sobre DST em consulta de enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, 2(1): 126, 1994.
 20. SIGAUD, C. H. de S.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. *Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente*. São Paulo: EPU, 1996.
 21. BURAK, S. D. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes. In: S. D. Burak (comp). *Adolescência y juventude na América Latina*. Cartago, Costa Rica: LUR Libro Universidad Regional, p. 469-487, 2001.
 22. WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. *O corpo educado. Pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 37-82.
 23. GOUVÊA, D. R. *Sexo, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis*. São Paulo: Moderna, 1995.
 24. SAYÃO, R. Em: AQUINO, J. G. (Org.), *Sexualidade na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1997.
 25. MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996. 269 p.
 26. FUNDAÇÃO IBGE. *Dados Preliminares do Censo 2000*. Disponível em: <> Acessado em 21/09/2004.
 27. BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei 8096/90. São Paulo, Atlas, 1991.
 28. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
 29. SENA, C. S. Pesquisa realizada em Goiânia pela Secretaria Municipal de Saúde-Cidadão 2000 em convênio com a UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Ministério da Saúde. *Relatório da Pesquisa: “uso de drogas e exposição às DST entre crianças e adolescentes em situação de rua” em Goiânia, Go*. Goiânia, dez. 2002.
 30. MANDÚ, E. N. T.; CORR A, A. C. d. P.; VIEIRA, M. A. Conhecimentos, valores e vivências de adolescentes acerca das doenças de transmissão sexual e AIDS. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, São Paulo, 10(1), 2000.
 31. OLIVEIRA, M. H. P. et al. O conhecimento sobre a AIDS entre trabalhadores rurais. *Revista Paulista de Enfermagem*, 11(2): 77-80, 1992.
 32. PAIVA, V.; PERES, C. E BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. *Psicol. USP*, v. 13, n. 1. São Paulo, 2002.
 33. DEANS, A. & SINGH, N. Psychological factors which influence sexual practices of homeless youth in Seattle. *Journal of Adolescent Health*, 24:125-126, 1999.
 34. HUANG, Z., GUAGLIARDO, M. F. & D'ANGELO, L. J. HIV risk behaviors among adolescent girls who have older sexual partners. *Journal of Adolescent Health*, 1999.
 35. JOSEPH, J. G.; GUAGLIARDO, M. F. & D'ANGELO L. J. Sexual and drug use behaviors as risk factor for sexually transmitted diseases among urban African American adolescents: A case-control study. *Journal of Adolescent Health*, 24:131, 1999.
 36. FERGUSSON, D. M. Alcohol misuse and adolescent sexual behaviors and risk taking. *Adolescence*, 2891-96, 1999.
 37. UNAIDS. United Nations Programme on HIV/AIDS. *Innovative approaches to HIV prevention: selected case studies*. Genebra: UNAIDS; 2002.
 38. VITIELLO, N. *Gravidez na adolescência*. País & Teens, v. 2, n.3, p. 23 fev/abr. 1997.
 39. BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Prevenção de DST/AIDS*. Disponível em: <> Acessado em 03/06/2004a.
 40. GOMES, R. Processo saúde-doença ligado à sexualidade de meninas que vivem na rua. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.4, n. 1, p. 163-76, janeiro, 1996.

Endereço para correspondência:**IDA BORGES**

Rua T 62 nº 1452 apto 1100.

Ed. Solar do Ipês. Setor Bueno.

Goiânia -GO - CEP: 74223-180

Recebido: 10/12/04

Aprovado: 28/12/04

O Congresso da consolidação
DST 6/Prevenção 6/Aids 2, Santos, 2006
www.dstsaopaulo.org.br

AIDS E SAÚDE MENTAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

AIDS AND MENTAL HEALTH: BIBLIOGRAPHICAL REVIEW

Carolina Maria L Carvalho¹, Violante Augusta B Braga², Marli Teresinha G Galvão³

RESUMO

Introdução: a aids marca profundamente a pessoa acometida, pois afeta o seu bem-estar físico, mental e social e envolve sentimentos negativos como depressão, angústia e medo da morte, interferindo em sua identidade e auto-estima. Os usuários de serviços psiquiátricos portadores do HIV, enfrentam dificuldades para receber assistência adequada ao tratamento da aids. Desse modo, reconhecemos a necessidade de investigar sobre a atenção em saúde que se está prestando aos mesmos, levando em consideração que a complexidade desse quadro patológico gera demandas de toda ordem e uma abordagem múltipla. **Objetivo:** apresentar uma revisão bibliográfica contextualizando as questões do HIV/aids relacionadas à saúde mental. **Métodos:** trata-se de uma investigação bibliográfica, de análise qualitativa do conteúdo pesquisado. Foram captados artigos de periódicos indexados, no período de 1980 a 2004, correspondentes à descoberta da doença até os dias de hoje, com o intuito de se obter publicações sobre a aids que contextualizaram a saúde mental. Para obtenção dos artigos utilizou-se o indexador LILACS. **Resultados:** percebemos que os pacientes da rede de serviços de saúde mental pertencem a uma população com alto grau de vulnerabilidade para as DST e HIV-aids, sendo comum haver por parte destas pessoas uma distorção da percepção com relação ao risco de infecção, além da dificuldade de adoção de medidas preventivas e de acesso ao tratamento quando já infectados. **Conclusão:** esta revisão bibliográfica mostra a carência de estudos sobre a temática, levantando a necessidade e a urgência de se repensar a relação entre DST/HIV/aids e a atenção em saúde mental.

Palavras-chave: aids, HIV, saúde mental

ABSTRACT

Introduction: the aids marks the infected person deeply because it affects his physical, mental and social well-being and involves negative feelings such as depression, anguish and fear of death, interfering in his identity and self-esteem. The HIV bearers who use psychiatric services, face difficulties to receive appropriate assistance to the treatment of aids. This way, we recognized the need to investigate about the attention in health that is being given to these patients, taking into account that the complexity of this pathological situation generates demands of every order and a multiple approach. **Objective:** to present a bibliographical review contextualizing the HIV-aids subjects related to mental health. **Methods:** it is a bibliographical investigation, of qualitative analysis of the researched content. Articles of indexed journals were captured, in the period from 1980 to 2004, corresponding from the discovery of the disease to the present days, with the intention of obtaining publications about aids that contextualized the mental health. For obtaining the articles the LILACS index was used. **Results:** we noticed that the patients from the mental health services belong to a population with a high vulnerability degree to STD and HIV-aids, being common among these people a distortion of the perception in relation to the infection risk, besides the difficulty with adoption of preventive measures and with access to the treatment when already infected. **Conclusion:** this bibliographical revision shows the lack of studies on the theme, raising the need and urgency of rethinking of the relationship between STD/HIV-aids and the attention in mental health.

Keywords: aids, HIV, mental health

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4):50-55, 2004

INTRODUÇÃO

A disseminação em massa do HIV no mundo teve início a partir de meados da década de 1970, embora o vírus tenha sido descoberto no início da década de 1980. O tempo de latência do vírus, até a manifestação da aids, doença propriamente dita, gira em torno de dez anos, fato este que nos dá uma dimensão da gravidade da epidemia, pois, durante esse tempo, o portador, por não apresentar nenhum sintoma, muitas vezes transmite o vírus sem mesmo saber de sua condição¹.

Desde o aparecimento da aids, a sociedade mundial e a brasileira, em particular, apressou-se em fazer de conta que o proble-

ma não dizia respeito a ela. Ficava mais fácil ignorar, rotular e discriminar do que enfrentar a questão. A aids era um estigma. Algo que não devia ser mencionado e que só dizia respeito a grupos minoritários e que tinham comportamento sexual promíscuo, referidos, a maioria das vezes, como “aquele tipo de gente”.

A aids pegou o mundo de surpresa. Sem qualquer aviso prévio, instalou-se já como o mal do século. E nesses mais de 20 anos de luta contínua vem derrubando hábitos, revendo conceitos e revolucionando os costumes em todo o mundo. Como doença sexualmente transmissível, vem alimentar as estatísticas mundiais, configurando-se como entre os agravos à saúde mais comum. Sua disseminação ocorre por todos os continentes e atinge as pessoas em proporção geométrica, sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política; não é mais uma doença de “grupos de risco”, como foi preconizado no seu início, mas de comportamento de risco ou situações de risco².

Desde o momento do diagnóstico, o portador do HIV tem um grande impacto, gerando uma sobrecarga emocional que leva às mudanças de comportamento e do modo de viver e perceber a vida. O isolamento do paciente com HIV-aids é exacerbado pelos

¹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES. karollina@click21.com.br

² Enfermeira, Doutora em Doenças Tropicais, Professor Adjunto I do Departamento e do Curso de Pós - graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. vivi@ufc.br

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta II do Departamento e do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. marli@ufc.br

temores ou rejeição observados nas pessoas sadias. Cônjuges, familiares, amigos e colegas de trabalho podem afastar-se por medo do contágio, repulsa pelas alterações, ansiedade, incerteza, insegurança e uma profunda frustração por não poder ajudar. Um simples gesto de carinho, como um beijo ou um abraço, torna-se carregado de tensão ou mesmo são negados.

Da mesma forma, para o paciente apareceram conteúdos de forte conotação emocional envolvendo a estigmatização, o efeito psicológico e as necessidades da pessoa infectada. A responsabilidade por ter provocado a própria doença e a rejeição pela família reforçam o estigma com relação ao paciente. Em contrapartida, o efeito psicológico no paciente é visto como consequência irreversível, podendo deixá-lo propenso a contaminar outras pessoas³.

O HIV-aids é uma doença que, sem dúvidas, marca profundamente a pessoa acometida, pois, afeta o seu bem-estar físico, mental e social e envolve sentimentos negativos como depressão, angústia e medo da morte, interferindo em sua identidade e autoestima. O estigma que há em torno da doença torna-se um destruidor invencível e produz atitudes refratárias à busca do diagnóstico, retardando essa descoberta. Enquanto o estigma não for desfeito, o diagnóstico precoce, de valor máximo para o tratamento, será dificultado e os pacientes sofrerão muitas consequências por isso.

Sabemos que os pacientes infectados pelo HIV apresentam distúrbios psicoemocionais e que os soropositivos, ainda sem ter desenvolvido quadros característicos de aids, podem desenvolver complexo demencial e quadros neurológicos graves, gerando profundo sofrimento psicoemocional, não só do indivíduo acometido, mas, também, do seu núcleo familiar e social.

Voltando nossa atenção para os usuários de serviços psiquiátricos portadores do HIV, percebemos que esses clientes enfrentam grandes dificuldades para receber assistência adequada ao tratamento da aids. Desse modo, reconhecemos a necessidade de investigar sobre a atenção em saúde que se está prestando aos mesmos, levando em consideração que a complexidade desse quadro patológico gera demandas de toda ordem e uma abordagem múltipla.

OBJETIVO

Constatamos que há lacunas relativas a estudos que envolvam estes aspectos, o que prejudica a abordagem e a atenção em saúde que deveria ser prestada a essa clientela. Com este estudo, esperamos estar chamando a atenção para questões relativas às DST/Aids em pessoas com doença mental e, ainda, contribuindo para a diminuição da vulnerabilidade.

Em conformidade, ao exposto o objetivo do presente estudo é apresentar uma revisão bibliográfica contextualizando as questões do HIV-aids relacionadas com a saúde mental.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de análise qualitativa do conteúdo da literatura pesquisada. O objeto de análise constituiu a produção científica sobre o assunto. Como técnica, a pesquisa bibliográfica compreende leitura, seleção, fichamento e

arquivo dos tópicos de interesse para a pesquisa em pauta, com vistas a conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto.

A principal vantagem desse tipo de pesquisa é que permite ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos mais amplos⁴. Destaca-se, ainda, à importância desses estudos para pesquisadores iniciantes⁵.

A leitura direcionada dos referidos textos facilitou o alcance do objetivo a que nos propusemos.

Na leitura e análise das publicações, procuramos abordar as questões relativas à aids e à saúde mental de uma forma geral, destacando-se a história do HIV-aids; os sentimentos e conflitos envolvidos nesta condição; a vulnerabilidade do paciente em sofrimento mental; questões relativas à sexualidade; e a atenção do profissional de saúde ao doente mental portador de HIV-aids.

Os artigos foram captados de periódicos indexados, no período de 1980 a 2004, correspondente à descoberta da doença até os dias de hoje, com o intuito de se investigar o que há de publicação sobre a aids envolvendo aspectos relativos à saúde mental.

Para a obtenção dos artigos, utilizou-se a base de dados – BIREME. Para a seleção dos artigos, foi utilizado o indexador LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) que é um componente da Biblioteca Virtual em Saúde em contínuo desenvolvimento. Fazem parte dessa base de dados, normas, manuais, guias e aplicativos destinados à coleta, seleção, descrição e indexação de documentos. Também foi utilizada a base de dados do Ministério da Saúde, disponibilizada pelo site oficial desse órgão.

Optamos pelo banco de dados LILACS por se tratarem de artigos da América Latina e, dessa forma, retratarem melhor a nossa realidade. Foi feita uma revisão bibliográfica com as palavras-chave: aids e saúde mental. Foram localizados com os descritores sugeridos apenas dezoito trabalhos, sendo dois artigos e os demais distribuídos entre catálogos, capítulo de livros, monografias, manuais, anais e conferências. Em virtude do escasso material bibliográfico encontrado, utilizamos alguns artigos para contextualizarmos a discussão do assunto em foco.

Após criteriosa leitura do material pesquisado, optamos por apresentar um capítulo, cognominado HIV-aids e Saúde Mental: Produção teórica, revisão e cinco categorias definidas como: a aids e os conflitos psicossociais e emocionais envolvidos; sexualidade *versus* vulnerabilidade; vulnerabilidade da pessoa com distúrbio mental às DST/HIV; enfrentamento da problemática DST/HIV em pacientes com distúrbios mentais; e, finalmente, a aids e suas implicações na saúde mental.

HIV-AIDS E SAÚDE MENTAL: PRODUÇÃO TEÓRICA

A aids e os conflitos psicossociais e emocionais envolvidos

A relação entre HIV-aids e saúde mental tem nuances que precisam ser levadas em consideração por todos os que lidam com essas problemáticas, embora nem sempre as equipes de saúde estejam preparadas para lidar com as demandas oriundas dessa clientela.

É sabido que pacientes infectados pelo HIV, mesmo sem terem desenvolvido quadro característico de aids, apresentam complexo demencial, gerando profundo sofrimento psíquico, e que a aids pode provocar quadros neurológicos graves que atingem, por extensão, a estrutura familiar e social do paciente.

Ao ser diagnosticado, em geral, o paciente apresenta reações emocionais relativas à morte, à vergonha dentro da família e às respostas das pessoas de seu convívio familiar e social. Além disso, respostas teleológicas relacionadas com os costumes apareceram associadas ao surgimento da doença devido a hábitos censurados pela sociedade³.

A aids vem revelar, ainda, a importância de se respeitar a diferença e de se questionar preconceitos, medos e tabus em face dessa diversidade, pois, "...obriga toda a sociedade a olhar de frente os seus demônios, e nem todos conseguem"⁶.

O conhecimento da soropositividade gera um "choque inicial". A vivência da aids vai, aos poucos, requerer reações dos sujeitos envolvidos, no sentido de uma elaboração psíquica da situação. Os processos de enfermidades do parceiro e soropositivity trazem mudanças significativas no relacionamento afetivo-sexual e, na maioria dos casos, deixa de existir a atividade sexual. O uso do preservativo ocorre somente após a soropositividade. O grau de autonomia e flexibilidade no desempenho dos papéis de gênero mantém-se diretamente proporcional ao grau de decisão e à possibilidade de elaboração da crise.

Apesar de todos os avanços no tratamento da doença nos últimos anos, descobrir-se infectado pelo HIV continua a representar um grande impacto emocional. Observa-se atualmente, nas pessoas em geral, uma atitude de maior aceitação da doença, o que favorece a adaptação dos indivíduos a esta nova condição. Contudo, como já ressaltamos, é intenso o sofrimento mental à maioria das pessoas direta ou indiretamente atingidas pelo HIV⁷.

No atendimento aos pacientes infectados pelo o HIV, deve-se sempre estar atento para os distúrbios emocionais que eles podem vir a apresentar. Abandono de tratamento ou dificuldades na adesão ao mesmo, menor qualidade de vida e a possibilidade de uma menor sobrevida, podem estar associados à presença de sintomas ou quadros mentais nos indivíduos infectados pelo HIV⁸.

RESULTADOS

Atualmente, os serviços psiquiátricos vêm se defrontando com um contingente cada vez maior de usuários portadores do HIV e vivendo com aids sendo assistidos em unidades de internação e em ambulatórios. Entretanto, profissionais de saúde mental apresentam dificuldades quanto a desenvolver ações de prevenção em DST/Aids, abordar questões relacionadas com a sexualidade e lidar com o usuário vivendo com HIV internado nas instituições psiquiátricas.

Para atender a essa demanda, hoje colocada na eminência de uma epidemia e que deixa o usuário dos serviços psiquiátricos mais vulneráveis ao HIV é que se criou o Centro de Treinamento para Profissionais de Serviços Psiquiátricos em Sexualidade.

A efetivação dos avanços alcançados com a lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216 de abril de 2001, que dispõe sobre a

humanização dos métodos de tratamento e a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico é um dos desafios atuais da saúde mental⁹.

Muitas preocupações se originam desta nova possibilidade de relacionamento da sociedade com a loucura. Uma delas é a dos profissionais de Serviços de Saúde Mental no que se refere ao perigo de os usuários se contaminarem em relações sexuais no espaço institucional, a partir do momento que o surgimento da aids mudou as regras do jogo.

A aids vem redefinir a relação entre o paciente e o profissional, colocando em cheque todos os tabus, medos e incertezas diante da multiplicidade de emoções que são vivenciadas no dia-a-dia. É hora de usarmos a criatividade. O mundo da aids não nos pode congelar.

No contexto da reforma psiquiátrica, os cuidados com a saúde física e mental assumem um caráter prioritário, convidando os órgãos competentes a desenvolverem iniciativas visando garantir o direito à saúde e à vida dos usuários de serviços psiquiátricos. A epidemia de HIV-aids, frente à escassez de ações implementadas, representa atualmente uma das maiores ameaças à saúde dos portadores de doença mental.

Sexualidade Versus vulnerabilidade

Desde o surgimento da psiquiatria clássica, a sexualidade dos doentes mentais tem sido vista como uma função biológica, sendo tomada apenas pelo ponto de vista da reprodução da espécie. Desconsidera-se a existência de qualquer sentimento ou emoção que possam advir de um relacionamento sexual tido como normal. Assim, o desejo sexual do doente mental é desvalorizado e esvaziado na sua singularidade, tratado como uma manifestação de enfermidade mental¹⁰.

Como, então, a instituição psiquiátrica vai lidar com a sexualidade do doente mental? A sexualidade do doente mental nunca é considerada no espaço institucional. Recebendo uma marca negativa, ela será caracterizada como uma anomalia. Desdobrando-se numa precisa designação patológica, ela é desvalorizada por sua repetição e por sua atividade, perdendo, assim, a sua singularidade¹¹.

Apesar dos usuários dos serviços de saúde mental representarem a sexualidade não apenas como o ato sexual, mas, sim como parte de sua vida afetiva, parece que os profissionais ainda têm dificuldades em lidar com a sexualidade desses pacientes, tornando-se uma tarefa árdua abordar esta temática¹².

A doença mental pode favorecer a uma maior exposição e risco de essas pessoas contraírem a infecção pelo HIV. Estudos conduzidos entre indivíduos com distúrbios mentais crônicos nos Estados Unidos encontraram prevalência da infecção pelo HIV em torno de 6% das amostras estudadas, muito superiores à encontrada em população normal¹³. Este subgrupo de pacientes requer uma abordagem conjunta da infecção pelo HIV e do distúrbio mental.

Especialmente no Brasil, espera-se que seja construída uma nova história sobre a atenção à pessoa em sofrimento psíquico, procurando não somente atender as transformações impostas pelo

desenvolvimento da ciência e tecnologia, mas, também, a posicionamentos profissionais mais adequados ao enfrentamento da realidade atual. Assim, vimos como fundamental que sejam criados e adaptados estruturas e recursos de atenção a essa clientela, de forma a resgatar-lhe a cidadania e inseri-lo no seu meio social¹⁴.

Vulnerabilidade da pessoa com distúrbio mental às DST/HIV

As pessoas com distúrbios mentais constituem uma população extremamente vulnerável às DST/HIV em função de condições que lhes são próprias. Segundo Lent *et al*¹⁵, destaca-se por tratar-se de sujeitos à exclusão social, restringindo seu acesso à informação e a referências comunitárias; por estarem expostos a constantes violações de direitos humanos; em sua maioria mantêm vida sexual ativa, dentro e fora das instituições. Também cita-se que alguns quadros sintomáticos apresentam, temporária ou permanentemente, diminuição da crítica com relação ao comportamento sexual. Destaca-se, ainda, que em grande parcela das instituições a sexualidade dos usuários é desconsiderada e a sua atividade sexual “formalmente” proibida. Diante desta proibição, criam-se restrições no acesso a preservativos e informações específicas (acarretando na falta de suporte das instituições a iniciativas pontuais de prevenção).

Ainda, nesta perspectiva, os pacientes com distúrbios mentais experimentam múltiplas internações em unidades hospitalares, cuja equipe de profissionais envolvidos estão despreparados para prestar assistência adequada aos portadores do HIV. Destaca-se, finalizando que há grande desproporção entre o número de pacientes e a disponibilidade de atendimento, clínico, e integração insuficiente com os demais serviços de saúde, dificultando o tratamento dos doentes de aids⁸.

A associação destes fatores de risco cria uma situação de absoluta vulnerabilidade, comprometendo o direito à saúde e à vida desta população, tanto no que diz respeito ao acesso efetivo aos programas de prevenção das DST/HIV, quanto à assistência adequada no tratamento da infecção pelo HIV.

Enfrentamento da problemática DST/HIV em pacientes com distúrbios mentais

Uma observação geral do panorama da atenção à saúde mental frente à epidemia de HIV-aids, leva-nos a considerar que o enfrentamento dessa problemática requer o enfrentamento realista, considerando os fatores destacados: a importância dos aspectos emocionais/psicológicos na abordagem das pessoas infectadas pelo vírus do HIV, seus familiares e profissionais de saúde; a ausência de dados epidemiológicos sobre a incidência de soropositividade entre pessoas portadoras de algum tipo de patologia mental institucionalizadas ou não. Também, cita-se o relativo despreparo das equipes de atenção às DST/Aids, nos diferentes níveis de complexidade dos serviços, para o atendimento adequado

do aos portadores de doença mental nas suas práticas cotidianas, e a inexistência, até o momento, de mecanismos formais de integração entre os dois temas e áreas do aparato institucional responsáveis pela assistência aos grupos mencionados.

Para o enfrentamento adequado dessa realidade, faz-se necessário se faz refletirmos sobre todos os fatores envolvidos no processo de adoecimento de pessoas com quadros patológicos complexos e específicos com a junção entre HIV-aids e doença mental.

A aids e suas implicações na saúde mental

Em tempos de aids, a grande preocupação dos profissionais de saúde mental tem sido o perigo de os pacientes contaminarem-se em relações sexuais no espaço institucional, somando-se as outras preocupações já existentes no passado, como gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis e abuso sexual. A falta de conhecimento sobre a vida sexual dos pacientes psiquiátricos pode levar a negligenciarem na avaliação de comportamentos de risco, na orientação de uma prática sexual mais protegida, bem como na proteção contra abusos sexuais.

Uma associação de fatores como o baixo nível de escolaridade e renda; o longo tempo de tratamento psiquiátrico; o alto índice de reinternações em diversas instituições psiquiátricas; a vida sexual ativa e o não uso de preservativo; a troca de sexo por dinheiro; uso de drogas ou outros favores; a alta incidência de violência sexual; e a ocorrência de relações sexuais desprotegidas nas instituições psiquiátricas, tornam os usuários de Serviços de Saúde Mental vulneráveis ao HIV¹².

O avanço da epidemia de aids, a introdução de conceito de comportamento de risco e de vulnerabilidade ao HIV, trouxe à tona novas discussões a respeito da conduta sexual da população, fazendo com que autoridades e sociedade civil organizada voltassem suas atenções para segmentos marginalizados da população como, por exemplo, população carcerária e os usuários dos Serviços de Saúde Mental. Tornou-se evidente que tais segmentos têm uma vida sexual ativa e que seria imprescindível a criação de estratégias preventivas direcionadas a essas populações.

Em algumas fases da infecção, o paciente pode evidenciar uma maior vulnerabilidade aos sintomas mentais. Devem ser destacados os seguintes momentos: a notificação do diagnóstico sorológico; a descoberta de evidências laboratoriais de queda da imunidade; o início da terapia antiretroviral; o surgimento dos primeiros sintomas somáticos; a perda da eficácia de determinado esquema medicamentoso e a fase mais avançada da doença¹⁶.

As informações acerca da ocorrência de doenças mentais e o comportamento sexual de risco podem servir na identificação de uma população de risco para os dois problemas e, também, auxiliar na informação quanto à prevenção e práticas intervencionistas.

Estudos realizados anteriormente demonstraram a existência de associação entre problemas psiquiátricos, comportamento sexual de risco e doenças sexualmente transmissíveis. Quando comparados com indivíduos que não possuem distúrbios psiquiátricos, os membros do estudo portadores de transtornos de ansiedade mostraram-se mais susceptíveis às doenças sexualmente transmissíveis.

síveis. Os indivíduos portadores de transtornos do humor, depressão, dependência de substâncias psicoativas e distúrbios anti-sociais mostraram-se mais susceptíveis ao comportamento sexual perigoso e iniciaram a atividade sexual precocemente. Finalmente, os indivíduos portadores de transtornos esquizofrênicos apresentaram uma maior tendência aos três aspectos relevados no estudo: comportamento sexual de risco, contágio de doenças sexualmente transmissíveis e início precoce da atividade sexual¹⁷.

Os indivíduos com história de distúrbios mentais, de transtornos de personalidade, ou que fazem uso de álcool ou outras drogas, são mais susceptíveis de apresentarem distúrbios mentais e/ou alterações no comportamento na infecção pelo HIV e devem receber atenção especial. Deve ser pesquisada na história de vida do paciente a forma como tenta enfrentar os problemas em sua vida, o que nos pode dar uma idéia de como ele tenderá a reagir ao diagnóstico e ao tratamento da infecção pelo HIV. Os indivíduos mais jovens, os mais velhos e as mulheres parecem ter maior tendência a apresentarem mais distúrbios mentais¹⁶.

Diversos fatores devem ser considerados ao analisarmos os transtornos mentais associados à infecção pelo HIV e a aids. O HIV apresenta um tropismo pelo Sistema Nervoso Central, causando dano direto ao tecido cerebral e ainda favorecendo o surgimento de diversas doenças oportunistas cerebrais devido ao comprometimento do sistema imunológico. Os transtornos mentais como a depressão, a mania, a esquizofrenia, o pânico e os demais quadros mentais podem coexistir com a infecção pelo HIV. Por outro lado, os transtornos mentais podem, em algumas circunstâncias, devido à dificuldade de controlar impulsos, as limitações cognitivas, a diminuição do juízo crítico, o abuso de álcool ou outras drogas, predispor os indivíduos a infecção pelo HIV¹⁷.

A presença de sintomas depressivos pode ser considerada um dos indicadores da forma como pacientes estão interagindo com esta condição e com o seu tratamento, e a um prognóstico mais desfavorável.

A idéia suicida é frequentemente relatada em diversas fases da infecção pelo HIV. Alguns fatores estão associados a um maior risco como: história de quadros depressivos ou de outros distúrbios mentais, solidão e pouco suporte social; experiências negativas relacionada ao HIV e/ou surgimento de sintomas relacionados com o HIV; história de homo ou bissexualismo ou de drogas¹⁷.

Nossa experiência tem mostrado que falar livremente sobre sexualidade parece ser uma maneira eficaz de torná-los informados da grande necessidade de prevenir doenças de nossos dias, especialmente entre aqueles que não têm acesso a informações sobre prevenção.

Acreditamos, com isso, estarmos contribuindo para a diminuição da vulnerabilidade dos doentes mentais ao HIV e as DST através da informação, da troca de idéias e experiências a respeito de sua sexualidade, além de desmistificar questões relativas à sexualidade através de uma nova abordagem à assistência integral ao paciente psiquiátrico. Essa experiência tem mostrado a importância de conhecermos e respeitarmos cada vez mais a vida sexual dos doentes mentais crônicos, cuja realização faz parte de seu bem-estar.

CONCLUSÃO

A partir da realização dessa pesquisa bibliográfica, concluímos que, apesar da relevância do assunto em discussão, é escassa a literatura que trata da relação entre aids e saúde mental.

Percebemos que os pacientes da rede de serviços de saúde mental pertencem a uma população com alto grau de vulnerabilidade para as DST e HIV-aids, sendo comum haver por parte destas pessoas uma distorção da percepção com relação ao risco de infecção, além da dificuldade de adoção de medidas preventivas e de acesso ao tratamento quando já infectados.

Portanto, é fundamental que estes serviços contem com profissionais sensibilizados quanto à problemática da aids e capacitados a lidar com essa questão junto a seus pacientes. O profissional deve estar atento aos aspectos que foram levantados aqui, na busca de prestar uma assistência digna e de qualidade àqueles pacientes que através da história já tiveram usurpados seus direitos fundamentais, inclusive aquele relativo à saúde.

Esta revisão bibliográfica mostra a carência de estudos sobre a temática, levantando à necessidade e à urgência de se repensar a relação entre DST/HIV-aids e a atenção em saúde mental. O momento é de reflexão e de transformação da prática hoje existente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MELLO, M. C. P. F. *Contornos Femininos da Aids em São José do Rio Preto: Impasses e Desafios*. [Dissertação] Araraquara (SP): Universidade Estadual Paulista, UNESP; 1999.
- JULIANO, T. C.; AGUIAR, C. N.; ARAÚJO, M. F. M.; SILVA, R. M. O Cotidiano de Mulheres e a Prevenção da Aids. In: DAMASCENO, M.M.C.; ARAÚJO T.L.; FERNANDES, A. F. C.. *Transtornos vitais no fim do século XX: Diabetes Mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, aids, tuberculose e hanseníase*. Fortaleza: FCPC, 1999. Cap. 11, p.93 – 102.
- FIGUEIREDO, M. A. C.; FIORONI, L. N. A content analysis of beliefs related to AIDS among N. G. Os participants. *Estud. psicol. (Natal)*, Jan./June 1997, vol.2, no.1, p.28-41. ISSN 1413-294X.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1995. 206p.
- SOUZA, M. C. B. M.; ALENCASTRE, M.B. Produção da enfermagem psiquiátrica no Brasil, 1932-1993. *Revista Brasileira de Enfermagem*, V52. N.2, p. 271-282, abr./jun. 1999.
- PAIVA, V. *Em tempos de Aids*. São Paulo, Summus Editorial, 1992.
- RABKIN, J.G., FERRANDO, S.A. "second life" agenda. Psychiatricreseahch issues raised by protease inhibitor treatments for people with human immunodeficiency virus or the acquired immunodeficiency syndrome. *Archives of General Psychiatry* 54: 1049-53, 1997.
- TOSTES, M.A., A infecção pelo HIV e os Distúrbios Mentais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para profissionais de Saúde Mental*, Brasília; MS. 85 – 93p, 2002.
- OLIVEIRA, C. S. S. Diversificando a Linguagem na oficina de sexualidade. In: Brasil, Ministério da Saúde. *Manual para profissionais de Saúde Mental*, Brasília; MS. 52 – 55p, 2002.
- BIRMAN, J. *Sexualidade na instituição asilar*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980.
- BIRMAN, J., SERRA, A. A. *Os descaminhos da subjetividade: um estudo da instituição psiquiátrica no Brasil*. Niterói:EDUFF, p. 101-153, 1998.
- OLIVEIRA, S. B. *Loucos por sexo: um estudo sobre a vulnerabilidade dos usuários dos serviços de saúde mental*. – Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 1998, 114p. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria.
- COURNOS, F., HORWATH, E., GUIDO, J.R., MCKINNON, K., MEYER, I., SCRAGE, H., CURRIE, C., AGOSIN, B. HIV- 1 infection at two public psychiatric hospitals in New York Cyt. *AIDS Care*, 443-452, 1994.

14. MANN, C. G.; OLIVEIRA, S. B. Saúde e Sexualidade: um novo dispositivo de Saúde Mental em tempos de Aids. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para profissionais de Saúde Mental*. Brasília:MS. 48 – 51p, 2002.
15. LENT, C.; VALLE, A.; SCHECHTMAN, A.; MARANI, G. O.; PEDROSA, J. S.; MORAIS, M. F.; GHERPELLI, M. H.; FOCACCIA, R. *Saúde Mental & Aids – A incidência da subjetividade I*. (11/03/00).
16. CATALÁN, J., BURGESS, A. & KLIMES, I. *Psychological Medicine of HIV Infection*. 1ª edition. Oxford: Oxford University Press, 1995.
17. TOSTES, M. A. O Paciente de Aids no Hospital Geral. In: FIGUEIREDO A. C., LEIBING A., FORTES S.L. *Cadernos do IPUB* nº 5, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 1997.

Endereço para correspondência:
CAROLINA LIMA CARVALHO
Rua Walter Porto, 709, Lago Jacaré
CEP: 60822-250 – Fortaleza-CE.
E-mail: karolina@ckick21.com.br

Recebido em: 17/11/04
Aprovado em: 21/12/04

**Entrar Nestas Páginas
é Visitar Equipes Que Trabalham Duro.**

www.uff.br/dst

www.dstbrasil.org.br

www.aids.gov.br

PREVALÊNCIA DOS AGENTES DE CERVICITE: ANÁLISE DA LITERATURA

PREVALENCE OF CERVICITIS AGENTS: LITERATURE REVIEW

Newton S Carvalho¹, Rodrigo Angeli², Márcia Kraiden³

RESUMO

Os autores realizaram uma revisão da literatura com a finalidade de observar as prevalências dos principais agentes causadores das cervicites em nosso meio e em serviços estrangeiros. Para a clamídia foram encontradas prevalências entre 2,6% e 13,9 com média em torno de 5,6%, lembrando que a taxa mais alta observada de 13,9% foi estudo avaliando população de jovens americanos com idade entre 18 e 26 anos. Para o gonococo, a prevalência observada foi significativamente menor, variando de 0,43 a 19,0 com média de 5,43, embora este valor não seja "real", pois o estudo que revelou taxa de 19% foi realizado na África entre clínicas que atendem pacientes com DST, o que fez com que a média se elevasse. No Brasil a prevalência de clamídia também foi extremamente variada o estudo mais significativo mostrou taxas oscilando entre 0,6 e 20,2%, avaliando-se 16 estados brasileiros, sendo que para o Gonoco as taxas são escassas e difíceis de se extrair uma conclusão. Desta forma podemos concluir que estes microorganismos, principalmente a clamídia, são muito freqüentes e merecem avaliação mais detalhada, principalmente no sentido de se observar as taxas reais de sua prevalência em nosso meio.

Palavras-chave: clamídia, cervicites, DST

ABSTRACT

International and Brazilian literature review was made about the prevalence of cervicitis agents. Chlamidia was observed with prevalence between 2,6 and 13,9% with 5,6% media rate. The American study evaluated young people between 18 and 26 years old found 13,9% for chlamidia prevalence. Gonococcos was found with lower prevalence rather than Chlamidida. This prevalence was between 0,43 and 19,8% with 5,43% medium, but this is an incorrect value because the high prevalence with 19% was found in Africa in STD clinic increasing the medium value. We have a lack of data in Brazil but for chlamidia was found prevalence between 0,6 until 20,2 analyzing 16 Brazilian states. In conclusion we have had finding that this cervicitis agents has high prevalence, and need more studies, mainly in our sites in order to observe the real data.

Keywords: chlamidia, cervicitis, STD

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4):56-60, 2004

INTRODUÇÃO

As infecções por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* são causas importantes de cervicites que, em vários situações, evoluem para seqüelas importantes tais como doença inflamatória pélvica ou infecções na gestação. Ainda tendo como potenciais conseqüências: gravidez ectópica, infertilidade, aborto, trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematura e prematuridade. Apesar de o rastreamento para esses microorganismos ser recomendado entre mulheres adultas jovens, pouca informação está disponível sobre a prevalência destas infecções na população adulta jovem em geral.¹ Este fato torna-se relevante principalmente pelo caráter assintomático que estas infecções assumem e assim pela dificuldade de seu rastreamento. Desta forma, seria importante avaliarmos a prevalência local destes microorganismos e estabelecermos estratégias de prevenção e tratamento, trazendo benefícios com a redução de custo sobre as suas conseqüências.

Chlamydia trachomatis

A *Chlamydia trachomatis* é um bacilo Gram-negativo, intracelular obrigatório que parasita exclusivamente a espécie humana e com tropismo por células epiteliais colunares, conjuntiva, uretra, endocérvix, endométrio, trompa etc.²

Provavelmente é a mais comum doença bacteriana sexualmente transmissível.³ Uma vez que o microorganismo invadiu o epitélio colunar cervical ele poderia manter-se em estado latente e, se não diagnosticado e tratado, poderia permanecer por meses dessa forma.^{4,5} Ele poderia também ascender ao trato genital feminino superior sem causar sintomas.⁶

Nos Estados Unidos, as infecções por clamídia e suas seqüelas são referidas como tendo importante impacto tanto nos pacientes como em custos para o sistema de saúde.⁷ Para demonstrar isso, observamos nos estudo prevalências variáveis; assim, a prevalência de infecção ureteral em homens jovens que procuraram atendimento em clínica geral foi de 3 a 5%, em soldados assintomáticos que se submeteram a exames de rotina de mais de 10% e em heterossexuais que procuraram atendimento em clínicas de DST de 15 a 20%. Já em mulheres, a incidência de cervicite foi de aproximadamente 5% entre estudantes univer-

^{1,2,3}Departamento de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná / Setor InfectoGin-DST-Aids

sitárias assintomáticas, de mais de 10% naquelas que procuraram atendimento em clínicas de planejamento familiar, e de mais de 20% naquelas atendidas nas clínicas de DST.⁸

No Brasil, um estudo realizado em Porto Alegre, no período de 1987 a 1990, com 235 pacientes com doença inflamatória pélvica, o percentual de infecção pela clamídia relatado foi de 25,5%.⁹

Entre os fatores de risco a idade é um dos mais importantes, com maior incidência em adolescentes e adultos jovens.⁸ Outros fatores associados incluem-se raça não branca, não uso de contracepção, história de doença sexualmente transmissível (DST) nos últimos 12 meses e dor pélvica crônica.¹⁰ Sedlecki *et al.*¹¹, referem as características comuns em mulheres adolescentes com cervicite por clamídia como sendo: primeira relação sexual antes dos 17 anos, primeiro parceiro sexual mais velho, grande número de parceiros, relação sexual durante encontro casual e alta frequência de relações.¹¹

Entre 10 e 40% dos casos de infecção por clamídia podem desenvolver doença inflamatória pélvica,¹² e as seqüelas dessa condição incluem gravidez ectópica, infertilidade e dor pélvica crônica. Devido ao fato de a infecção ser em sua grande parte assintomática, poderia levar a estas conseqüências mesmo antes de ser diagnosticada. Se ocorrer na gravidez, poderia levar ao parto prematuro e endometrite pós-parto, além de morbidade neonatal significativa, como conjuntivite e pneumonia neonatal.⁸ Também poderia desempenhar papel em outras infecções, como, por exemplo, incrementando o potencial oncogênico do HPV (papilomavírus humano), principalmente no desenvolvimento de neoplasia cervical¹³ e aumento na incidência de câncer de ovário.^{14,15} Em homens, ela poderia causar, além da clássica uretrite, epididimite, proctite e esterilidade.⁸

Estima-se que 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva teriam no mínimo um episódio sintomático ou assintomático de doença inflamatória pélvica (DIP) causado por esta bactéria.¹⁶

O período de tratamento varia entre 7, 10 ou 15 dias, sendo o principal antibiótico, utilizado a azitromicina ou em algumas situações a doxiciclina. A azitromicina apresenta a vantagem de poder ser utilizada em gestantes, nos quais também a amoxicilina tem sido utilizada.²

Neisseria gonorrhoeae

Gonorréia é uma doença sexualmente transmissível “tradicional”, permanecendo como um problema de saúde pública em todo mundo. A sua importância é significativa, pois poderia acarretar seqüelas, como infertilidade, gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica, trabalho de parto prematuro ou prematuridade. Embora nos últimos anos tenha ocorrido um declínio na incidência da gonorréia nos Estados Unidos, permanece como causa significativa de morbidade nas nações em desenvolvimento. A gonorréia afeta predominantemente mulheres jovens, não-brancas, solteiras, com nível educacional mais baixo e em populações urbanas.¹⁷

O pico de incidência de gonorréia nos tempos modernos foi de 468 casos por 100.000 pessoas, que ocorreu em 1975 devido à

interação de vários fatores, incluindo falha diagnóstica, mudança no padrão de uso de contraceptivos e mudança no comportamento sexual (a “Revolução Sexual dos anos 60”).¹⁸ Em 1990, esta incidência caiu para 277 casos em 100.000 pessoas.⁸ A Organização Mundial da Saúde estima cerca de 25 milhões de novas infecções/ano no mundo, acometendo mais de 150 milhões de pessoas.¹⁹

Sua fisiopatologia não difere muito da clamídia, ascendendo o canal cervical, colonizando-o, à semelhança do que ocorre na uretra.

Entre várias opções de tratamentos citamos: tianfenicol 2,5 gramas ou ofloxacina 400mg, sendo ambos via oral e em dose única. Em gestantes, nutrízes e menores de 18 anos, poderia-se optar por ceftriaxona 250mg IM dose única.

Aproximadamente 35 a 50% das mulheres infectadas com a *Neisseria gonorrhoeae* eram co-infectadas com a *Chlamydia trachomatis*.²⁰ Em estudo realizado em Londres, verificou-se que 24% dos homens (124/512) e 38,5% das mulheres (136/353) com gonorréia apresentavam co-infecção por clamídia, e 18,8% dos homens (124/660) e 13% das mulheres (136/1022) diagnosticados com clamídia também eram infectados por gonorréia.²¹ Em razão destes fatos, justifica-se a tendência de se tratar ambos os microorganismos de forma simultânea.

Com finalidade de tentar estabelecer uma análise comparativa entre os vários estudos da literatura citando a prevalência destes dois agentes das cervicites, foram construídos os seguintes quadros:

No **Quadro 1** observamos estudos de vários autores com a prevalência média global da clamídia de 5,58%.

No **Quadro 2**, Gerbase em 1995 correlaciona a prevalência da clamídia e o sexo de indivíduos em vários locais do mundo.

No **Quadro 3** observamos a prevalência do gonococo em vários locais obtendo uma média de 6,67, ressaltando que o número de estudos é inferior com relação àqueles da clamídia.

Entre os estudos brasileiros, alguns estão demonstrados no quadro IV onde igualmente observamos a escassez de informações com relação à prevalência do gonococo, se comparado à clamídia. Neste quadro, as taxas de prevalência situam-se muito acima dos dados referidos na literatura de outros países, podendo ser criticado.

CONCLUSÃO

As cervicites causadas por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* apresentam importante impacto na saúde reprodutiva da mulher. Os dados sobre a prevalência destes dois microorganismos devem ser analisados com cautela, levando em consideração as políticas de testes adotadas, a prática clínica, a sensibilidade dos testes diagnósticos, o acesso da população aos serviços de saúde e as infecções assintomáticas. Em nosso meio, está disponível pouca informação sobre estas prevalências. Desta forma, observamos a necessidade de maiores e atuais estudos, avaliando assim a dimensão do problema. Desta forma, poderemos traçar estratégias de controle, prevenção e tratamento precoce destes agentes que apresentam impacto tão importante para a saúde da população.

Quadro 1 - Prevalência de clamídia – análise de vários estudos da literatura

Autor – ano População – país	Referência	N	Prevalência
MEIJER CJ, 1989 ²² Mulheres entre 35 e 55 anos Holanda	JAMA, 291(18):2229-36.	14.322	4,19%
PREECE PM, 1989 ²³ Gestantes, num estudo de 1 ano de duração – Inglaterra	Nat STD Prev Cent, Abstracts	300	4,9%
NYARI T, 2001 ²⁴ Gestantes jovens assintomáticas Hungria	BMC Womens Health, 4(1):3.	919	2,6%
POULIN C, 2001 ²⁵ Jovens de rua, trabalhadores do sexo e mulheres com problemas sociais – Canadá	Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 8(2):127-30	2.470	4,4%
ARMSTRONG J, 2002 ¹⁰ Mulheres economicamente ativas entre 15 e 25 anos – EUA	Paediatr Perinat Epidemiol, 3(3):268-77.	3309	6%
KENT CK, 2002 ²⁶ Mulheres jovens em 4 escolas de ensino médio São Francisco – EUA	Acta Obstet Gynecol Scand, 80(4):300-6	1300	4,5%
MILLER WC, 2004 ¹ Amostra de adultos jovens entre 18 e 26 anos – EUA	J Community Health, 29 (4):265-9	101	13,9%
KATZ AR, 2004 ²⁷ Mulheres jovens em uma casa de detenção – Haváí	Sex Transm Dis, 29(7):373-5	283	3,9%
GHAZAL-ASWAD S, 2004 ¹³ Mulheres casadas atendidas em serviços primário e secundário, independente da idade – Emirados Árabes	Sex Tansm Dis, 28(8):473-43	626	5,8%
Média das prevalências		23.636	5,58%

Quadro 2 – Prevalência da infecção por clamídia em várias populações

GERBASE A, 1998 Sex Transm Inf 74: S12-4 Prevalência de infecção por clamídia, entre 15 e 49 anos, por sexo e regiões globais, 1995²⁸

Região	Homens %	Mulheres %
América do Norte	0.8	2.7
Europa Ocidental	0.8	2.7
Austrália	0.8	2.7
América Latina e Caribe	2.5	4.0
África – Sul do Sahara	4.8	7.1
Norte da África e Oriente Médio	1.2	1.7
Europa Oriental e Ásia Central	1.7	3.7
Ásia Oriental e Pacífico	0.4	0.7
Sul e Sudoeste da Ásia	3.7	4.9
Média	1.855	3.355

Quadro 3 - Prevalência de gonococo – análise de vários estudos da literatura

Autor – ano População – país	Referência	N	Prevalência
KATZ AR, 2004 ²⁷ Mulheres jovens em uma casa de detenção – Havaí	J Community Health, 29 (4):265-9	101	5,9%
MILLER WC, 2004 ¹ Amostra de adultos jovens entre 18 e 26 anos – EUA	JAMA, 291(18):2229-36.	14.322	0,43%
KENT CK, 2002 ²⁶ Mulheres jovens em 4 escolas de ensino médio São Francisco – EUA	Sex Transm Dis, 29(7):373-5	283	0,7%
POULIN C, 2001 ²⁵ Jovens de rua, trabalhadores do sexo e mulheres com problemas sociais – Canadá	Sex Tansm Dis, 28(8):473-43	626	1,1%
GOMES JP, 2001 ²⁹ Pacientes atendidos em clínicas de DST ou de planejamento familiar. Guinéa-Bissau.	Acta Trop. 2001, 80(3):261-4	231	19%
Média das prevalências		15.563	5,43%

Quadro 4 - Prevalência dos agentes de cervicite no Brasil

Autor – ano População	Referência	Clamídia	Gonococo	co-infecção
WHITCHER JP, 2001 ³⁰ 121 mulheres que procuraram atendimento por DST – Manaus	Bulletin of the World Health Organization; 79:214-221	21%	-	-
LEITE R de C da S, 2001 ³¹ 207 gestantes atendidas em ambulatório de pré-natal – Minas Gerais	Rev. Bras. Ginecol. Obstet., vol.23, no.1, p.58-58	10,2%	-	-
ENDRISS D, 2002 ³² População feminina em área rural do estado de Alagoas	Arq Bras Oftalmol 2002;65:551-5	-	-	6%
ARAÚJO R S C de, 2002 ³³ 296 adolescentes do sexo feminino em distrito sanitário – Goiânia	Rev. Bras. Ginecol. Obstet., vol.24, no.7, p.492-492	19,6%	-	-
MUNÓZ B, 2002 ³⁴ 200 mulheres que procuraram atendimento de HIV em US – Rio de Janeiro	Br J Ophthalmol; 86:498-504	8%	9,5%	-
DE LIMA V, 2003 ³⁵ 407 mulheres atendidas em clínica de planejamento familiar – Campinas	Tropical Medicine and International Health; 8:595-603	7%	-	-
SANTOS C, 2003 ³⁶ revisão publicada incluindo 16 estudos brasileiros	Brazilian Journal of Infectious Diseases;7:91-5	de 0,6% a 20,2%	-	-

REFRÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MILLER WC, *et al.* Prevalence of chlamydial and gonococcal infections among young adults in the United States. *JAMA*. May 12;291(18):2229-36, 2004.
- CARVALHO, NS de, *et al.* Infecção urogenital por Chlamydia trachomatis. *J Bras Ginec*, 106(10):369-373, 1996.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Anonymous: Recommendations for the prevention and management of *Chlamydia trachomatis* infections, Center for Disease Control and Prevention *MMWR* 1993; 42(RR-12):1, 1996.
- HANNA S., *et al.* Latency in human infections with TRIC agents. *J Immunol* 101:43, 1968.
- ORIEL JD, *et al.* Studies on the epidemiology of chlamydial infections of the human genital tract. In: MARDLE PA, HOLMES KK. ORIEL JD, *et al* (eds): *Chlamydial infection*. Amsterdam, Elsevier, 1982, pp 425-454.
- McCORMACK WM, *et al.* Fifteen-month follow-up study of women affected with *Chlamydia trachomatis*. *N Engl J Med* 300:123, 1979.
- GROSECLOSE SL, *et al.* Estimated incidence and prevalence of genital Chlamydia trachomatis infections in the United States; 1996. *Sex Transm Dis. Jul. 26(6):339-44*, 1999.
- HARRISON'S. *Principles of Internal Medicine*. 15ª edição. McGraw-Hill Book Company. p. 759 – 766, 2002.
- NAUD P, *et al.* Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: FREITAS F, *et al.* *Rotinas em Ginecologia – 4 ed – Porto Alegre: Artmed Editora*, p. 110-133, 2001.

10. ARMSTRONG J, et al. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* (Ct) in a commercially insured population. 2002 National STD Prevention Conference - Abstracts.
11. SEDLECKI K, et al. Risk factors for Chlamydia infections of the genital organs in adolescent females. *Srp Arh Celok Lek*, Jul-Aug; 129(7-8):169-74. 2001
12. STAMM W, et al. Effect of treatment regimens for *Neisseria gonorrhoeae* on simultaneous infection with *Chlamydia trachomatis*. *N Engl J Med* 310:545-9. 1984.
13. GHAZAL-ASWAD S, et al. Prevalence of Chlamydia trachomatis infection among women in a Middle Eastern community. *BMC Womens Health*. May 27;4(1):3. 2004. 14. BUCHAN H, et al. Morbidity following pelvic inflammatory disease. *Br J Obstet Gynaecol* Jun;100(6):558-62. 1993.
15. RISCH H, et al. Pelvic inflammatory disease and the risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 4: 447-51.1995.
16. Anonymous: Pelvic inflammatory disease: Research direction in the 1990s. Expert Committee on Pelvic Inflammatory Disease. *Sex Transm Dis* . 18:46. 1991.
17. DALLABETTA G. Hook EW 3rd: Gonococcal infections. *Infect Dis Clin North Am* 1:25. 1987.
18. LOW N., et al. Gonorrhea in inner London: Results of a cross-sectional study. [See comments.] *Br Med J* 344:1719, 1997.
19. FREITAS F, et al. *Rotinas em Ginecologia*. 4 ed. – Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. Pg 115.
20. BATTEIGER BE, Jones RB. Chlamydial infections. *Infect Dis Clin North Am* 1:55. 1987.
21. CREIGHTON S, et al. Co-infection with gonorrhoea and chlamydia: how much is there and what does it mean? *Int J STD AIDS*. Feb;14(2):109-13. 2003.
22. MEIJER CJ, et al. Prevalence of Chlamydia trachomatis infection in a population of asymptomatic women in a screening program for cervical cancer. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. Feb;8(2):127-30, 1989.
23. PREECE PM, et al. Chlamydia trachomatis infection in late pregnancy: a prospective study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. Jul;3(3):268-77, 1989.
24. NYARI T, et al. Screening for Chlamydia trachomatis in asymptomatic women in Hungary. An epidemiological and cost-effectiveness analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Apr;80(4):300-6. 2001.
25. POULIN C. Prevalence of Chlamydia trachomatis and *Neisseria gonorrhoeae* among at-risk women, young sex workers, and street youth attending community organizations in Quebec City, Canada. *Sex Transm Dis*. Aug; 28(8):473-43. 2001.
26. KENT CK, et al. Chlamydia and gonorrhea screening in San Francisco high schools. *Sex Transm Dis*. Jul;29(7):373-5. 2002.
27. KATZ AR, et al. Prevalence of chlamydial and gonorrheal infections among females in a juvenile detention facility, Honolulu, Hawaii. *J Community Health*. Aug; 29 (4):265-9. 2004.
28. GERBASE A, et al. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. *Sex Transm Inf* 74: S12-4. 1998.
29. GOMES JP, et al. *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* infections in patients attending STD and family planning clinics in Bissau, Guinea-Bissau. *Acta Trop*. Dec 21;80(3):261-4, 2001.
30. WHITCHER JP, et al. Corneal blindness: a global perspective. *Bulletin of the World Health Organization* 79:214-221. 2001.
31. LEITE, Rita de Cássia da Silva. Infecção Cervical Causada por *Chlamydia Trachomatis* em Gestantes. Estudo de Prevalência e Fatores de Risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, vol.23, no.1, p.58-58. ISSN 0100-7203, 2001.
32. ENDRISS D, et al. Doenças oculares em neonatos. *Arq Bras Oftalmol* 65:551-5. 2002
33. ARAUJO, RSC. Estudo da infecção genital por *Chlamydia trachomatis* em adolescentes e jovens do sexo feminino no distrito sanitário leste do município de Goiânia: prevalência e fatores de risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, ago. vol.24, no.7, p.492-492. ISSN 0100-7203, 2002.
34. MUNÓZ B, et al. Blindness and visual impairment in the Americas and the Caribbean. *Br J Ophthalmol* 86:498-504, 2002.
35. DE LIMA V, et al. Sexually transmitted infections in female population in rural north-east Brazil: prevalence, morbidity and risk factors. *Tropical Medicine and International Health* 8:595-603, 2003.
36. SANTOS C, et al. Detection of *Chlamydia trachomatis* in endocervical smears of sexually active women in Manaus, Brazil, by PCR. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 7:91-5, 2003.

Endereço para correspondência:

NEWTON SERGIO DE CARVALHO

E-mail: infectogin@hotmail.com

Recebido em: 20/11/04

Aprovado em: 21/12/04

VALORIZE OS PERIÓDICOS CIENTÍFICOS NACIONAIS.
PUBLIQUE AQUI.



Sociedade Brasileira de SBDST Doenças Sexualmente Transmissíveis

Ficha de Sócio

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel: () _____ Fax: () _____ E-mail: _____

CPF: _____ Carteira de Ident.: _____ CRM: _____

Instituição de Trabalho: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel: () _____ Ramal: _____ Fax: () _____

Cargo/Função: _____

Obs.: _____

VALOR DA ANUIDADE: R\$ 100,00

Assinatura: _____

IMPORTANTE:

- Este valor inclui a assinatura do **DST-JBDST**, com direito a receber gratuitamente, em seu domicílio, todos os números publicados no período de sua anuidade (em geral 4 exemplares) e atividades científicas com preços especiais.
- Enviar **cheque nominal e cruzado** para a **Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis**
Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - CEP: 24230-150
- Se residente em Estado que possui Regional, enviar o pagamento para a mesma:
 - AMAZONAS:** SBDST - AM - Rua Codajás, 24 - Cachoeirinha - Manaus - AM - CEP: 69065-130 - A/C Dr. José Carlos G. Sardinha
 - BAHIA:** Av. Sete de Setembro 400 - Edifício Fundação Politécnica, Bloco B, Sala 62 - Salvador - BA - CEP 40060-903
 - CEARÁ:** SBDST - CE - Rua Carolina Sucupira, 770, aptº 202 - Aldeota - Fortaleza - CE - CEP: 60140-120 - A/C Dr. Ivo Castelo Branco Coêlho
 - ESPÍRITO SANTO:** SBDST - ES - Rua Jair Andrade, 315 - Praia de Itapoã - Vila Velha - ES - CEP: 29101-700 - A/C Dra. Maria Angélica Espinosa
 - GOIÁS:** SBDST - GO - Assoc. Méd. de Goiás, DPTO GO, Av. Mutirão, 2653 - Setor Marista - Goiânia - GO - CEP: 74155-020 - A/C Dra. Rosane Alves
 - PARANÁ:** SBDST - SOGIPA - Rua Buenos Aires, 995, Curitiba - PR - CEP: 80250-070 - A/C Dr. Newton Sérgio de Carvalho
 - PERNAMBUCO:** SBDST - PE - Rua Benfica, 352 - Madalena - Recife - PE - CEP: 50750-410 - A/C Dr. Carlos Alberto S. Marques
 - RIO DE JANEIRO:** ADSTRJ - RJ - Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - CEP: 24230-150 - A/C Dr. Mauro Romero Leal Passos
 - RIO GRANDE DO NORTE:** SDSTRN - Rua Raimundo Chaves, 1562, Res. West Park. BLV 84 Res. J 30. Candelária, Natal - RN - CEP: 59064-390 - A/C Dr. Jair Maciel
 - RIO GRANDE DO SUL:** SBDST - RS - Av. Goethe, 111 - Rio Branco - Porto Alegre - RS - CEP: 90430-100 - A/C Dr. Mauro Ramos
 - RONDÔNIA:** ADSTRO - Rua Dom Pedro II, 637 s/409, Centro, Porto Velho, RO - CEP: 78900-000 - A/C Dr. Alberto Tibúrcio
 - SÃO PAULO:** SBDST - SP - Rua. Don Francisco de Campos Barreto, 145, Campinas - SP - CEP: 13092-160 - A/C Dr. Paulo Giraldo

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

DIRETRIZES PARA A PREPARAÇÃO NO ORIGINAL

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

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

Página de rosto: Deve conter (a) o título do artigo, conciso e explicativo, evitando termos supérfluos; (b) versão exata do título para o idioma inglês; (c) título abreviado (para constar na capa e topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços; (d) primeiro e último nome dos autores e iniciais dos sobrenomes; (e) a titulação mais importante de cada autor; (1) instituição ou serviço ao qual os autores estão vinculados; (g) nome, endereço, telefone, fax e E-mail do autor responsável pela correspondência; (h) fonte financiadora ou fornecedora de bolsas, equipamentos e materiais, quando for o caso.

Resumo em português: O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres e deve ser apresentado no chamado formato semi-estruturado, que compreende obrigatoriamente as seguintes cinco seções, cada uma das quais devidamente indicada pelo subtítulo respectivo:

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

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

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

NORMAS DE PUBLICAÇÃO (2)

É indispensável envio de cópia de parecer de comitê de Ética nos casos de artigos originais completos.

- Artigo em periódico
 - (1) BUENO, S.M.V., MAMEDE, MV. - Comportamento das Profissionais do Sexo: relacionado a DST Aids. *DST - J bras. Doenças Sex Transm*, 9(3):4-9, 1997
 - Livro ou monografia
 - (2) TINKER, J. — Aids: como prevenir, conviver e cuidar. *J. Ed. Noruega, Cruz Vermelha, 1987.*
 - Capítulo em livro
 - (3) PAIVA, V. — Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/ Aids. *In: Parker, R. et al. — A Aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABA, IMS, 1994.*
 - Trabalho apresentado em congresso ou similar já publicado
 - (4) TOMPSON, N. LILLO, P. - The Crescent Proben of DST: adolescent. *Abstracts of the XXV American Pediatrics Congress, Idaho, 1991, 104.*

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

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

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

• **Discussão:** Uma das partes mais importantes do trabalho é comparar discutindo os resultados. Se a metodologia é o coração do trabalho, a discussão é a alma.

• **Conclusão:** Apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como, sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Sempre que possível indicar as implicações das conclusões.

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

Abaixo do resumo, fornecer três a seis descritores, que são palavras-chave ou expressões-chave que auxiliarão a inclusão adequada do resumo para os bancos de dados bibliográficos. Empregar descritores integrantes da lista de “Descritores em Ciências da Saúde”, elaborada pela BIREME e disponível nas bibliotecas médicas.

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

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

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

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

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

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

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

Cartas ao editor: O envio de cartas ao editor comentando, discutindo ou criticando os artigos publicados no JBDST serão bem recebidas e publicadas desde que aceitas pelo Conselho Editorial. Recomenda-se tamanho máximo de uma página, incluindo referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

LEITURA RECOMENDADA AOS AUTORES

- BIREME — Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS — Descritores em Ciências da Saúde: lista alfabética — T ed. rev. amp. São Paulo: BIREME, 1992, III.
- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *JAMA*, 1993, 169:2282-2286
- HAYNES, R.B., MULROW, CD., I-IUTH, E.J., ALTMAN, D.J., GARDNER, M.J. - More informative abstracts revisited. *Ann. Inter. Med.*, 1990, 113: 69.76.

Os trabalhos deverão ser enviados para:

DST - *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*
Associação Médica Fluminense
Av. Roberto Silveira, 123, Icaraí
Niterói - RJ - CEP 24230-150 - Brasil
A/C: Prof. Mauro Romero Leal Passos