

SUMÁRIO

EDITORIAL

O PROFESSOR DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE PÚBLICA BRASILEIRA	91
--	----

ARTIGOS

CONDUCTAS SEXUALES Y RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA	93
---	----

Sexual Behavior and Risk of Sexually Transmitted Infections in Medicine Students of the National University of Cordoba

Alberto F Leoni, Gladys I Martelloto, Ernesto Jakob, Julio E Cohen, César I Aranega

EROTISMO E PREVENÇÃO DE DST/AIDS ENTRE OS ADOLESCENTES. COMO ATUAM OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO?	99
---	----

Eroticism and Prevention of Sexual Transmitted Disease Among Teenagers. How Media is Acting?

Glauco Reggiani Mello, Gustavo Castro, Claudete Reggiani, Newton Sergio de Carvalho

COMPORTAMENTO DE HOMENS COM DST ATENDIDOS EM UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA DE FORTALEZA	107
--	-----

Behavior of Men with Std Who Have Been Treated in a Health Care Unit Of Std Reference in Fortaleza

Maria AL Araújo, Sérgio Diógenes, Raimunda da Silva

A SUBNOTIFICAÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: A SITUAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	111
---	-----

The Under-Reporting of Sexually Transmitted Diseases Cases: The Rio de Janeiro State's Situation

Tatiana CB Lutz, Michele L Pedrosa

¿LA PRESENCIA DEL PH VAGINAL NORMAL DESCARTA EL DIAGNÓSTICO DE LA VAGINOSIS BACTERIANA?	117
---	-----

Does the Presence of a Normal Vaginal ph Role out the Diagnosis of Bacterial Vaginosis?

Miguel Tilli, Adrián Orsini, María Marta Alvarez, Marisa Almuzara, Elena Gallardo Juan O Mormandi

A SEXUALIDADE MASCULINA E A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS	121
---	-----

The Male Sexuality and the Vulnerability to HIV/Aids

Laurinete S Andrade, Sílvia Maria Nóbrega-Therrien

A AIDS E SUAS CONTRADIÇÕES: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SEU ATENDIMENTO E TRATAMENTO PELOS PROFISSIONAIS E PACIENTES	127
--	-----

The Aids and its Contradictions: Social Representations of its Attendance and Treatment for the Professionals and Patients

Cristiane G Ribeiro, Alessandra R Castanha, Maria PL Coutinho, Ana AW Saldanha

ASSISTÊNCIA "PRESTADA AO SER" MASCULINO PORTADO DO HPV: CONTRIBUIÇÕES DE ENFERMAGEM	133
---	-----

Assistance Given to the "Carried Masculine Being" of the HPV: Contributions of Nursing

Marcos AM Arcoverde, Marilene Loewen Wall

VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV ENTRE MULHERES COM ALTO RISCO DE EXPOSIÇÃO – MENORES INFRATORAS E DETENTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL.	138
---	-----

Vulnerability to the HIV Infection Among High Risk Exposed Women – Disadvantaged Girls and Female Prisoners in São Paulo, Brazil

Leila Strazza, Raimundo S Azevedo, Tânia MQR Boccia, Heráclito B Carvalho

PERFIL DE MULHERES PORTADORAS DE LESÕES CERVICAIS POR HPV QUANTO AOS FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE COLO UTERINO	143
---	-----

Women's Profile with Cervical Lesions for HPV as for the Risk Factors for Cancer of Uterine Cervix

Saiwori JS Bezerra, Polyanna C Gonçalves, Eugênio S Franco, Ana KB Pinheiro

REVISÃO

VAGINOSE BACTERIANA E TRABALHO DE PARTO PREMATURO: UMA ASSOCIAÇÃO NÃO MUITO BEM COMPREENDIDA	149
--	-----

Bacterial Vaginosis and Preterm Labor: An Association Not Very Well Understood

Ana Maria Fachini, Paulo Giraldo, José Eleutério Jr, Cláudia Jacyntho, Ana Katherine Gonçalves, Iara Linhares

RELATO DE CASO

GESTAÇÃO APÓS INJEÇÃO INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZÓIDES (ICSI) EM CASAL SORODISCORDANTE PARA HIV-1: TEMPO DE REFLETIR SOBRE AIDS E REPRODUÇÃO	153
--	-----

Pregnancy Following Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) from a HIV-1 Serodiscordant Couple Time to Think About Aids and Reproduction

Ana Cristina A Mancebo, Maria do Carmo B Souza, Gutemberg L Almeida Filho, Marcelo M Souza, Christina A Rocha,

Carlos A Henriques, Angela CS Marcondes, Cristos Pritsivelis, Fernanda F Oliveira

CÂNCER CERVICAL: PREVENÇÃO PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA?	157
--	-----

Cervical Cancer: Primary or Secondary Level Prevention?

Sílvia Bomfim-Hyppólito, Eugênio S Franco, Rosana GFM Franco, Celina M Albuquerque, George C Nunes

RESUMOS DE TESES	161
------------------------	-----

NORMAS DE PUBLICAÇÃO — INSTRUÇÕES AOS AUTORES	162
---	-----



**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 (PE)

1º Vice-Presidente:
Geraldo Duarte (SP)

2º Vice-Presidente:
Newton Sergio de Carvalho (PR)

1º Secretário:
Adele S. Benzaken (AM)

2º Secretário:
Paulo Giraldo (SP)

1º Tesoureiro:
Carlos Alberto Sá Marques (PE)

2º Tesoureiro:
Mariângela Silveira (RS)

Diretor Científico:
Mauro Romero Leal Passos (RJ)

REGIONAL AMAZONAS
Presidente: João Catarino Dutra Júnior

REGIONAL BAHIA
Presidente: Roberto Dias Fontes

REGIONAL CEARÁ
Presidente: Ivo Castelo Branco Coêlho

REGIONAL ESPÍRITO SANTO
Presidente: Angélica Espinosa Miranda

REGIONAL GOIÁS
Presidente: Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

REGIONAL PARANÁ
Presidente: Newton Sergio de Carvalho

REGIONAL PERNAMBUCO
Presidente: Carlos Alberto Sá Marques

REGIONAL RIO DE JANEIRO
Presidente: Mauro Romero Leal Passos

REGIONAL RIO GRANDE DO NORTE
Presidente: Jair Maciel de Figueiredo

REGIONAL RIO GRANDE DO SUL
Presidente: 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:
Maria Luiza Bezerra Menezes (PE)
Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Comissão Editorial:
Adele S. Benzaken (AM)
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)
Newton Paulo Canella (RJ)
Newton Sérgio de Carvalho (PR)
Paulo Canella (RJ)
Paulo Giraldo (SP)
René Garrido Neves (RJ)
Tomaz Barbosa Isolan (RS)
Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional:
Alicia Farinati (Argentina)
Enrique Galbán García (Cuba)
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 caxzje
Mau bitet nu Austausch - Si prega lo escambo

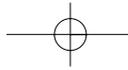
**INDEXADA: LILACS - Literatura Latino
Americana em Ciências da Saúde,
Library of the Congress - WC- 140**

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

O Professor de Medicina na Universidade Pública Brasileira

A manutenção do Professor Universitário nas universidades públicas brasileiras tem sido um desafio constante, refletindo a falta histórica de uma política concreta dos nossos governantes na fixação de profissionais realmente vocacionados para atuação na universidade, notadamente na área médica. As dificuldades começam na captação de bons profissionais que não se sentem atraídos pelo “arpejar honroso” de fazer parte dos quadros profissionais destas instituições, em decorrência dos salários defasados quando se compara com as instituições privadas de ensino superior. Na sequência das dificuldades vejo a falta de um processo evoluído e justo de avaliação de nossos professores como uma das mais pungentes. Nestes moldes, essa avaliação impediria que bons profissionais fossem discriminados e prejudicados. Também impediria que aqueles sem nenhuma vocação sustentada para a vida acadêmica pudessem perpetuar-se em seus postos, cerceando a oportunidade de que novos talentos fossem somados ao quadro universitário. De forma geral vejo que universidade não cobra seriamente de seus profissionais e reage mal quando é cobrada a respeito destas iniciativas.

Imagino também que a indecisão governamental em definir verbas fixas para o financiamento do ensino e da pesquisa médica tem sido uma das grandes dificuldades. Na remuneração de um professor universitário, deve ser visto que este profissional não é apenas parte do aparelho de formação e simples veículo da informação, mas elo fundamental para a produção do conhecimento que resulta progresso diagnóstico e inovações terapêuticas. Adicionalmente, creio que a remuneração igualitária entre todos os professores da universidade, sem uma avaliação do mercado de trabalho deste profissional também possa ser considerado um dos grandes equívocos da universidade pública brasileira, colaborando com os problemas atuais de evasão profissional de nossos quadros. Nossa sociedade como um todo, infelizmente, não sabe usufruir da “democracia acadêmica” adotada por nossas instituições de ensino superior. Basta olhar um pouco além do nosso umbigo para notarmos que países evoluídos já remuneram diferenciadamente e de acordo com a produtividade, seja acadêmica, de ensino ou de extensão.

O “financiamento do ensino público superior”, reflete uma total inversão de prioridades sociais e sempre é a desculpa para os baixos salários dos docentes. Vejamos, o ensino básico e médio, que deveria ser público e de qualidade priorizada, defenderia a criança que não

tem meios de se opor às intempéries da pobreza e democratizaria as oportunidades futuras a partir da base. Será que alguém sem nenhum comprometimento político consegue negar que esta inversão é perversa e só protege aqueles economicamente abastados? A preparação diferenciada na base prepara melhor aquelas crianças que conseguem fugir do ensino público, atualmente sem a qualidade necessária. Consequentemente, só os mais aquinhoados financeiramente conseguem chegar à universidade pública, gratuita. Será que o ensino superior precisa ser gratuito para todos? Não existem formas de avaliação dos alunos das instituições de ensino públicas para definir quem realmente precisa de auxílio financeiro para sua manutenção? Sem demagogia, veremos que percentual mínimo de estudantes precisam do dinheiro público para manterem-se na universidade

Finalmente, outra possibilidade pouco explorada e que tem ajudado no “financiamento da universidade pública”, principalmente nos salários do pessoal docente são as fundações ligadas às universidades. Infelizmente, a resistência à instalação dessas fundações e o pouco profissionalismo na captação de recursos externos ainda cerca de dificuldades estas que, teoricamente, poderiam ser alternativas que amenizariam as dificuldades atuais da universidade na manutenção de um quadro docente diferenciado, motivado e produtivo.

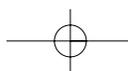
Não havendo a disposição para uma reforma global na universidade pública brasileira atacando objetivamente todos os problemas e óbices aqui apontados, continuaremos a preparar profissionais de notável saber para as universidades privadas. Não estamos negando a nossa missão de formar pesquisadores e professores capacitados para o exercício destas atividades universitárias, independentemente se a instituição é pública ou privada. No entanto, não é bom ver a evasão de profissionais dos quadros ativos da universidade pública atraídos por melhores condições salariais nas instituições privadas, no que pese a falta de expectativa para criar novas propostas de investigação científica, ou mesmo chance de continuarem com suas pesquisas já estabelecidas. Ainda é tempo de lutar...

GERALDO DUARTE

Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
gduarte@fmrp.usp.br

Nota do Editor

Todas as palavras do professor Geraldo Duarte fazem sentido para um periódico brasileiro, que luta em se manter científico. Pois, os maiores responsáveis em abastecer de materiais uma revista científica são aqueles que geram conhecimentos; um dos pilares das funções primordiais de uma instituição de ensino superior. O outro pilar é difundir conhecimentos. E, a difusão de conhecimentos não passa só com aulas ou palestras, mas com publicações científicas. Os que geram e difundem conhecimentos, em geral, estão fazendo parte de corpo docente de universidades públicas, uma vez que as privadas, com raríssimas exceções para a área médica, mais se limitam a disseminar os conhecimentos (em salas de aulas/ambulatorios) gerados por outrem. Assim, os que se destacam procuram obter o máximo de reconhecimento em publicações de alto impacto editorial (via de regra estrangeira). Como se manter e crescer no campo de ser instrumento de disseminação do conhecimento científico na área médica brasileira? O texto do professor Geraldo expõe essas dificuldades.



CONDUCTAS SEXUALES Y RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

SEXUAL BEHAVIOR AND RISK OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN MEDICINE STUDENTS OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF CORDOBA

Alberto F Leoni¹, Gladys I Martelloto², Ernesto Jakob³, Julio E Cohen⁴, César I Aranega⁵

RESUMEN

Introducción: las infecciones de transmisión sexual (ITS) son frecuentes, afectan a jóvenes, se encuentran en aumento y pueden provocar graves secuelas. La conducta sexual tiene implicancias en su incidencia. **Objetivos:** conocer el grado de información y las actitudes preventivas y poner en evidencia factores de riesgo para ITS entre los estudiantes de Medicina. **Métodos:** Se realizó una encuesta individual, voluntaria y anónima con 32 preguntas a 1664 estudiantes de 1º, 3º y 6º año de Medicina de la UNC. **Resultados:** de 1664 encuestados, 58% eran mujeres, la mayoría solteros y 99% heterosexuales. El debut sexual fue a menor edad entre los más jóvenes; la mayoría se inició con novio/a. En número de parejas sexuales aumentó de 1º a 6º año. Manifestaron haber padecido ITS 51 estudiantes. El 67% no se sintió expuesto a las mismas; la utilización del preservativo fue mayor en los grupos de menor edad, coincidente con la mayor recepción de educación sexual. **Conclusión:** hay una tendencia a la iniciación sexual a menor edad, con mayor número de parejas y una actitud de prevención hacia ITS menor entre los más jóvenes. Si bien la mayoría recibió educación sexual la misma no está reflejada en su actitud de protección hacia ITS, ya que paradójicamente no se sienten expuestos a las mismas. La formación específica de Medicina no ha influido en la toma de conciencia sobre la necesidad de protegerse.

Palabras claves: infecciones de transmisión sexual, información sexual, prevención, conducta sexual, educación sexual, experiencia sexual

ABSTRACT

Introduction: the sexual transmission disease (STD) are common, affect young people, are increasing and can provoke severe trauma. The sexual behavior have implications in the incidence. **Objectives:** to know the information, prevention attitude and evidence of risk factors among medicine students from the UNC. **Methods:** an individual, voluntary and anonymous study with a questioner of 32, in 1664 medicine students in the UNC. **Results:** in 1664 younger, 58% were women, the majority single and 99% heterosexual. The sexual debut was at younger age and the majority was with their partners. The number of sexual partners increase from 1º to 6º year. The students who manifested STD were 51. The preservative or condom was commonly used in younger, coincidentally with the reception of sexual education in this group. **Conclusion:** there's a sexual debut at younger age, with an increase of partners in younger and prevention attitude less common within these group. Unless the majority has received sexual education, theses not reflected in a preventive attitude; the specific medicine information thus not influence the prevention behavior.

Keywords: sexual transmission disease, sexual information-prevention, sexual behavior, sexual education, sexual experience

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2):93-98, 2005

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexuales (ITS), son un grupo de enfermedades que se adquieren fundamentalmente por contacto sexual, afectan a personas de cualquier edad, aunque son los adolescentes y los jóvenes adultos los grupos poblacionales más afectados. Se presentan más frecuentes en aquellos individuos que mantienen con-

ductas y actitudes sexuales riesgosas (como tener más de una pareja sexual, practicar sexo en forma no segura, no usar profiláctico, etc).

La gente joven es más vulnerable a las ITS, fundamentalmente por razones de comportamiento. En esta etapa se desarrollan además, emociones concomitantes con la maduración sexual genital, por el mayor interés que existe en el sexo opuesto y en su mismo sexo. En la actualidad, a pesar de los notables adelantos en los conocimientos médicos y el desarrollo de la atención primaria en nuestro medio, ha habido un incremento de las ITS. La iniciación sexual se presenta en los adolescentes a edades cada vez más tempranas, lo que conlleva a un mayor número de parejas sexuales y por ende un incremento en el riesgo de contraer una ITS.

Las ITS poseen características en común, que son la de estar influenciadas por patrones culturales fuertemente arraigados de cada

¹ II Cátedra de Infectología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC.

² I Cátedra de Patología de la Facultad de e Ciencias Médicas de la UNC.

^{3,4} I Cátedra de Infectología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC.

⁵ I Cátedra de Anatomía Normal de la Facultad de de Ciencias Médicas de la UNC.

sociedad como son el entorno social, político, religioso, etc. Son problemáticas sanitarias, determinadas por políticas sociales en general y de salud en particular. Estas determinan las estrategias, las planificaciones, el monitoreo de las acciones de prevención y la notificación.

Debido a la falta de datos fidedignos en nuestro medio sobre la verdadera incidencia de las ITS a causa de los subregistros en las notificaciones (especialmente en la atención privada y en la franja poblacional de mayores recursos) realizamos este muestreo poblacional con estudiantes universitarios de Medicina.

OBJETIVOS

1. Identificar el grado de información sobre sexualidad de los estudiantes de Medicina.
2. Determinar las actitudes preventivas que conocen y si las aplican.
3. Poner en evidencia los factores de riesgo a los que se exponen este grupo poblacional.

MÉTODOS

Durante el período lectivo del año 2001, se realizó un estudio transversal a 1664 estudiantes de 1°, 3° y 6° año de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, por medio de una encuesta individual, voluntaria y anónima. Las preguntas incluyeron datos demográficos, conducta sexual, exposición a ITS, información y conocimiento sobre las mismas como así también aspectos sobre su prevención.

La información se obtuvo a través de un cuestionario de autoaplicación que fue entregado a los estudiantes al momento de su primer día de cursado de las materias: I Cátedra de Anatomía Normal (1° año), I Cátedra de Patología (3° año) y I Cátedra de Infectología (6° año). Este incluyó 32 preguntas, de las cuales 8 fueron abiertas y 24 cerradas.

Los resultados obtenidos en los tres grupos fueron comparados aplicando análisis estadísticos de ANOVA para las variables continuas y Análisis de Asociación Linear para las variables categóricas.

RESULTADOS

Respondieron el 85.8% de los encuestados, los cuales representan el 51% de la totalidad de los cursantes de 1er, 3er y 6to año. Se obtuvieron 1664 cuestionarios, de los cuales 452 correspondieron a estudiantes de 1° año, 741 a 3° año y 471 a 6° año. Entre los 1664 estudiantes 58% eran mujeres y 42% hombres, no se observaron diferen-

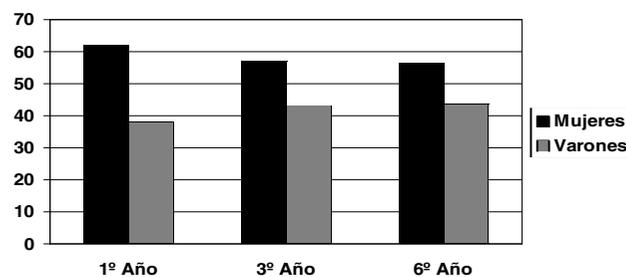


Fig. 1. Distribución de Mujeres y Varones Según Curso. Se obtuvieron 1664 cuestionarios, de los cuales el 58% correspondieron a mujeres y 42% a varones.

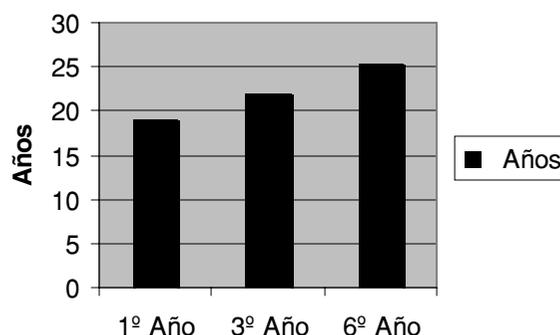


Fig. 2. Edad Média a la encuesta según el curso. En su mayoría solteros (1485- 90,6%) con una edad media de 18.9 para 1° año, 21,9 para 3° año y 25,3 para 6° año.

cias estadísticamente significativas en la distribución por sexo entre los grupos (**Figura 1**). La edad media de las 3 cohortes al momento de contestar el cuestionario se muestra en la **Figura 2**. Estaban casados 3 % de los estudiantes de 1° año, 8,4% de los de 3° año y 12,4% de los de 6° año; los restantes eran solteros (92,4%). Casi el 99% de todos los estudiantes eran heterosexuales, 0,7% homosexuales y 0,4% bisexuales (**Tabla 1**). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la conducta sexual entre los grupos.

Como lo muestra la **Figura 3**, los alumnos de 6° año tuvieron su debut sexual a una edad promedio de 18 años, los de 3° a los 17,5 y los de 1° a los 16,5, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. La **Figura 4** muestra que la mayoría de los estudiantes de los 3 grupos se iniciaron sexualmente con novio/a o amigo/a. Los alumnos de 6° año tuvieron en promedio 4,2 parejas, los de 3° 3,3 y los de 1° 3,1 ($p = 0,004$) (**Figura 5**).

Tabla 1 - Características de la sexualidad según grupos

Conducta Sexual	1er año	2do año	6to año	Totales
Heterosexual	394 (99%)	656 (98.9%)	446 (98.9)	1498 (98.9)
Homosexual	2 (0.5%)	4 (0.6%)	4 (0.9%)	10 (0.7%)
Bisexual	2 (0.5%)	3 (0.5%)	1 (0.2%)	6 (0.45%)
Totales	398 (26.3%)	663 (43.8%)	451 (29.8)	1552 (100%)

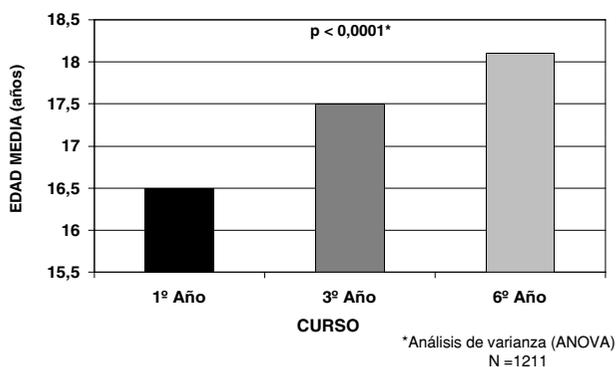


Fig. 3. Edad media de inicio sexual según curso. La iniciación sexual media fue a los 16.5 en 1º año, 17.5 en 3º año y 18.1 en 6º año.

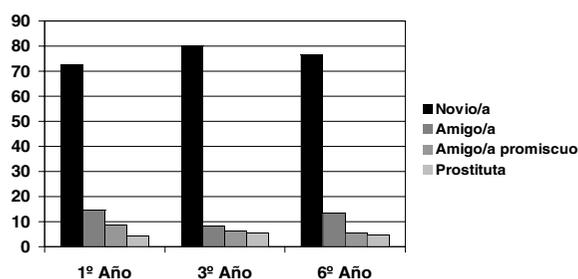


Fig. 4. Debut sexual según curso. El debut sexual se produjo fundamentalmente con novio/a o amigo/a.

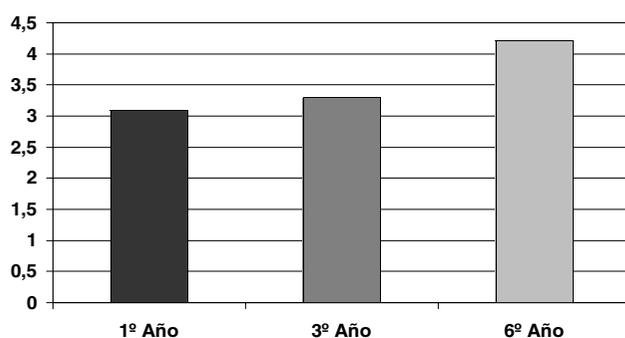


Fig. 5. Número promedio de parejas según curso. El promedio de parejas fue de 3.5, siendo los alumnos de 6to año aquellos más tuvieron con respecto al resto de los encuestados ($p=0.005$).

Contestaron afirmativamente haber padecido infecciones de transmisión sexual 51 (3.2%) estudiantes: 33 de sexto, 14 de tercero y 4 de primer año. De ellos 27% informaron infección de origen viral como herpes o papiloma virus, 21% candidiasis, 21% trichomoniasis, 15% uretritis no gonocócica, 9% gonorrea, 6% sífilis, 3%

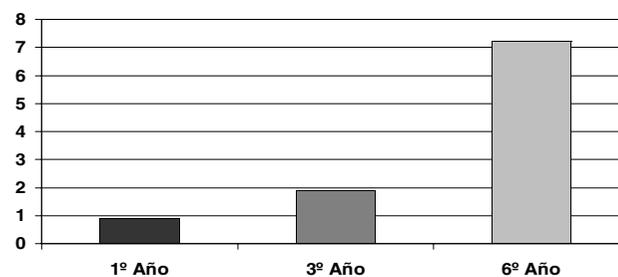


Fig. 6. Porcentaje de estudiantes con enfermedades sexuales según curso

Cincuenta y un estudiantes (3.2%) contestaron afirmativamente haber padecido ITS. El mayor padecimiento también correspondió a los estudiantes de 6to año con respecto al resto ($p<0.0001$).

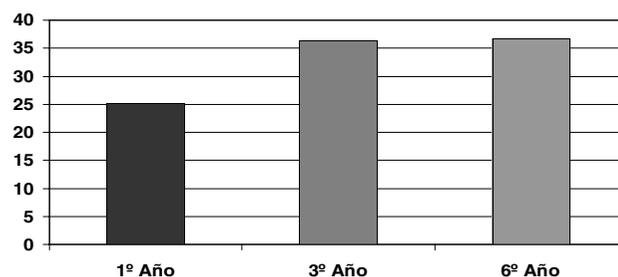


Fig. 7. Porcentaje de estudiantes que se sienten expuestos a infecciones de transmisión sexual según curso

La mayoría de los alumnos no se sintieron expuestos a las ITS. El porcentaje de estudiantes que más se sintieron expuestos correspondieron a los cursos superiores.

HIV/SIDA y 6% padeció más de una infección. Se observó una asociación lineal ascendente y estadísticamente significativa en el porcentaje de estudiantes que padecieron ITS con incremento en cada grupo (Figura 6). El porcentaje de estudiantes que se sintieron expuestos a las ITS también fue aumentando en los grupos superiores (Figura 7). El 67% de ellos (1004), no se sintieron expuestos a estas infecciones (Tabla 2).

Los estudiantes de cursos superiores recibieron menos clases de educación sexual que los de cursos inferiores (Figura 8). La mayoría de los estudiantes recibieron información sexual del colegio secundario (70%). Los restantes: de sus padres, de médicos, en la universidad, cursillos o a través de la iglesia.

Tabla 2 - Estudiantes que se sintieron expuestos a las ITS

Se sintieron expuestos	Totales parciales	Porcentajes
SI	477	33%
NO	1004	67%
Totales	1481	100%

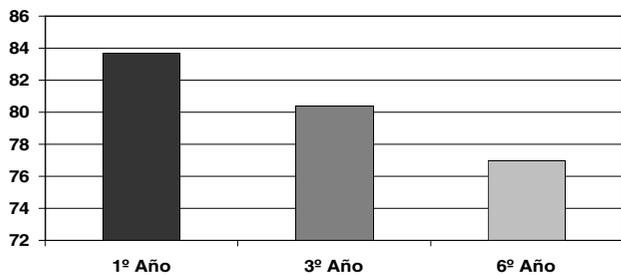


Fig. 8. Porcentaje de estudiantes que recibieron clases de educación sexual según curso

El porcentaje de alumnos que recibieron información o educación sexual fue mayor en 1º año.

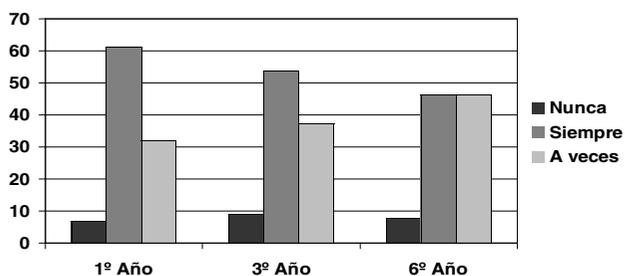


Fig. 9. Frecuencia del uso de profilácticos según curso

Los estudiantes de 1er año fueron aquellos que más frecuentemente "siempre" utilizaron los profilácticos

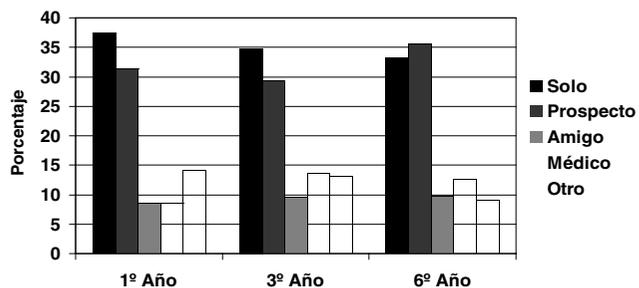


Fig. 10. Cómo aprendió a usar profiláctico según curso

La forma de aprendizaje de empleo del condón fue mayoritariamente el autoaprendizaje (solo o con prospecto) sin variaciones significativas según el curso.

Como lo muestra la **Figura 9**, la frecuencia en el uso del profiláctico en los tres grupos mostró una asociación lineal estadísticamente significativa ($p = 0.003$). El mayor porcentaje de uso del preservativo "siempre" fue consignada entre los encuestados del grupo de 1º año; en el relevamiento total más del 50% de los estudiantes utilizan preservativos (53%). Se observó mayor porcentaje de uso ocasional de profilácticos entre los estudiantes de cursos superiores. La forma de aprendizaje de empleo del condón fue mayoritariamente el autoaprendizaje (solo o con prospecto) sin variaciones significativas según el curso (Figura 10). El 81% lo utiliza durante todo el coito (**Figura 11**).

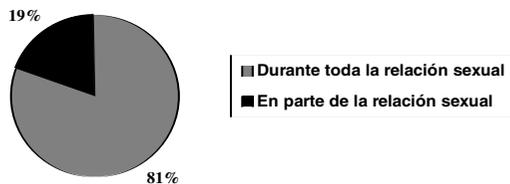


Fig. 11. Descripción del uso de profilácticos en estudiantes de los tres cursos

Mayoritariamente lo utilizan durante todo el coito.

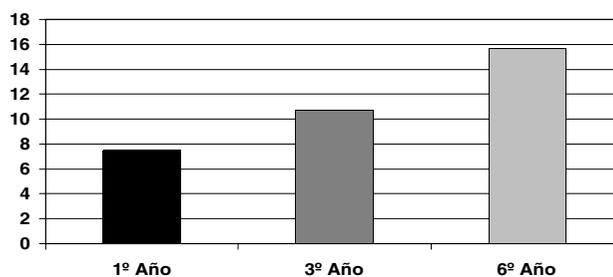


Fig. 12. Porcentaje de estudiantes infieles al momento de la encuesta según curso

El porcentaje de infidelidad al momento de la encuesta mostró una asociación lineal ascendente estadísticamente significativa ($p < 0.0001$).

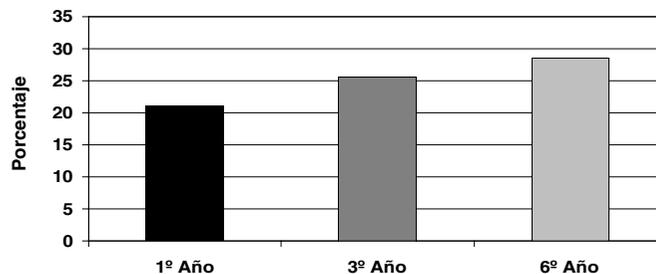


Fig. 13. Porcentaje de estudiantes infieles antes de la encuesta según curso

Porcentaje de infidelidad previa a la encuesta, mostró una asociación lineal ascendente estadísticamente significativa ($p < 0.03$).

El porcentaje de infidelidad al momento de la encuesta, que se muestra en la Figura 12, fue de 7,5% en los estudiantes de 1º año, 10,7% en los de 3º y 15,7% en los de 6º (asociación lineal estadísticamente significativa, $p < 0,0001$). El porcentaje de infidelidad previo a la encuesta fue de 21,1%, 25,7% y 28,6% para 1º, 3º y 6º año respectivamente ($p < 0,03$) (**Figura 13**).

DISCUSIÓN

La prevención de las ITS es tema de extrema relevancia ya que corresponde a acciones dirigidas a evitar padecer enfermedades que

pueden provocar desde serias secuelas hasta la muerte de un individuo. Las medidas decisivas en prevención deberían tomarse a partir de definir la población de riesgo a quien deberían ir dirigidas esas acciones preventivas. En este tipo de enfermedades sin lugar a dudas el grupo más expuesto es el de los jóvenes y hasta el momento lo más efectivo y de mejor resultado es la prevención, motivo por lo cual consideramos que deberían profundizarse los trabajos en ese sentido. La experiencia¹ ha demostrado que la prevención de las ITS logran el objetivo de reducir las tasas de infección en los diferentes grupos de población. Medidas generales y particulares de prevención, según la idiosincrasia de cada comunidad, deberían implementarse para disminuir las tasas de infección, ya que desde que tenemos uso de razón estas afecciones existen y por el momento es improbable su erradicación.

El conocimiento que la población posee sobre las ITS es en general acotado y principalmente concentrado en los grupos poblacionales con mejores recursos económicos, mejor accesibilidad a la salud y a la información. Se podría suponer que los estudiantes de Medicina y los de sexto año en particular, serían representativos de esos grupos poblacionales; por encontrarse en formación y recibir preparación específica. Por lo cual debería suponerse que el cuidado que los mismos desarrollarían sobre sí mismos deberían ser mayores que los esperados para la población general. Sin embargo algunos de los resultados puestos en evidencia por este trabajo no parecen confirmar totalmente esta premisa, es decir que el conocimiento puede no ser suficiente para motivar conductas de autocuidado.

La población estudiada tuvo una **edad** promedio de 22 años, siendo considerada por la OMS¹ el sector de la población más afectada por las ITS (20 - 24 años). Es sobresaliente la tendencia a comenzar cada vez a edades más tempranas las relaciones sexuales, lo que se aprecia en la edad promedio de comienzo de las relaciones sexuales comparando los diferentes grupos de estudiantes analizados en nuestro trabajo. Este es un factor de riesgo reconocido para contraer ITS²⁻⁵. Esta tendencia es similar al resto de las comunidades del mundo actual, con el perfil propio de los países, como el nuestro, en vías del desarrollo. Sin embargo debe señalarse que la muestra analizada no es totalmente representativa de lo que sucede en el resto de nuestra comunidad, ya que en determinados estratos sociales (aquellos de menores recursos y con menos acceso a la información), el debut sexual es más precoz y son los más susceptibles a padecer ITS. Esta tendencia de la iniciación sexual en la adolescencia, es coincidente con lo que sucede a nivel de otros países y puesta en evidencia por diversos trabajos científicos²⁻⁵.

En cuanto a las **preferencias sexuales** podemos observar una franca prevalencia de heterosexualidad (99%), sin embargo 152 encuestados no contestaron esta pregunta. Ello permitiría suponer que o bien poseen dudas sobre su verdadera condición de preferencia sexual o bien son homosexuales con temor a ser descubiertos y discriminados. No debemos olvidar que es en esta edad cuando se plantean estos conflictos, cuya análisis exceden los objetivos de nuestro trabajo.

Los tres grupos analizados mostraron una similitud en su **primera experiencia sexual** la cual efectuaron con el/la novio/a en su gran mayoría, siendo infrecuente los contactos iniciales con prostitutas. Características que probablemente identificarían como propias a este grupo poblacional estudiado.

El promedio de **parejas sexuales** muestra una tendencia mayor a medida que progresa la edad de los encuestados. Es probable que los jóvenes de reciente ingreso cuando lleguen a tener una edad similar a aquellos a punto de finalizar la carrera, registrarán un mayor número de parejas. La situación es semejante a la manifestada por

organismos como la OPS y OMS cuando analizan las conductas de los jóvenes^{1,3,6}.

El padecimiento de **enfermedades sexuales** mostró una curva ascendente con respecto a la edad y número de parejas, coincidente a lo observado en las estadísticas mundiales. Esto refleja una realidad de nuestro continente a través de los estudios efectuados por la OPS y OMS⁶ que indican que alrededor del 20% de los adultos jóvenes y adolescentes sexualmente activos contraen una ITS cada año, con una cifra anual total de aproximadamente 50 millones de casos. Estas cifras pueden servir como indicador de la magnitud de las relaciones sexuales sin protección. En nuestro universo estudiado el porcentaje reconocido de ITS (3.2%), fueron índices muy por debajo de aquellas que las organizaciones internacionales comunican⁶. En el análisis global de los resultados de esta encuesta los estudiantes mayoritariamente no se **sintieron expuestos** a las ITS, lo que podría ser debido a, por un lado tener parejas estables. Y por el otro al desconocimiento de la realidad sanitaria o la falta de toma de conciencia sobre las consecuencias que poseen estas enfermedades en cuanto a la morbi-mortalidad. El análisis de los resultados muestra que no existe una correlación entre la formación de los estudiantes y el riesgo a la exposición de adquirir ITS, si bien hay cambios en la interpretación de esos riesgos en la medida que avanzan en la carrera. O bien existe poco conocimiento o el mismo no es suficiente para lograr cambios de hábitos para el autocuidado. Se sienten más expuestos los del último año, lo que es previsible considerando que en los primeros años no se tiene información adecuada sobre estas enfermedades o bien poseen una pareja estable (novio/a) y un bajo porcentaje de infidelidad.

Existe una tendencia a recibir una mayor información sobre **educación sexual** en los más jóvenes y también a modificar los hábitos sexuales (3,5,7). Fue superior en los grupos más jóvenes (1° año 83,7%) y menor en los de 6° año (77%). Ello probablemente debido a la tendencia actual de incorporar lentamente la enseñanza de la sexualidad en la escuela preuniversitaria y un mayor acceso a la información masiva (revistas, diarios, Internet, cursos, etc.). Por otra parte esto se refleja en la mayor utilización de los profilácticos en los grupos de menor edad, tendencia que es coincidente con otro estudio realizado en las ciudades de mayor densidad poblacional de la República Argentina⁸. Resulta interesante resaltar que el 3% de los estudiantes señala haber recibido clases sobre educación sexual en la Universidad. Lo que pone de manifiesto que el **currículum** formal en Medicina presenta un franco déficit en este sentido. Es necesario ubicar la educación sexual a la altura que exigen los cambios sociales en nuestros tiempos, como primer paso en el desarrollo de una conducta sexual saludable, es decir que se constituye en un verdadero desafío para los educadores. A pesar que el 70% de los estudiantes recibieron información sexual en el colegio, existe una falta de información profesional sobretudo en el empleo del preservativo, que es el método de barrera considerado como el más eficaz para la prevención de las ITS. Esto se refleja en la conducta de los estudiantes, ya que un porcentaje significativo solo los utiliza "a veces" (entre 30 y 50%). La mayoría de los encuestados recurrieron al auto-aprendizaje, quizás, apoyado en el prospecto adjunto al mismo o información a través de revistas o internet. Es muy probable que los motivos de esta conducta sean debidos a las barreras que existen en la comunicación de los jóvenes con los padres, docentes y profesionales de la salud. En coincidencia con lo expresado por Schuster M *et al.*⁴, consideramos que se debería recurrir a los médicos como fuente de información en materia sexual. Estos pueden brindar información confiable en la prevención de los riesgos asociados según las necesidades de cada grupo poblacional. Frente a esta pandemia es momento de una reevaluación. En concordancia con lo publicado por Stephen JG y Shelagh KG⁹ creemos que es imperativo que profesionales médicos reevalúen las estrategias para la prevención. Hasta el momento se pone

énfasis en los métodos de protección de barrera para disminuir el riesgo y el manejo de las infecciones. Hoy también se debería poner énfasis en la atención primaria dilatando el debut sexual, disminuyendo el número de parejas y evitando las conductas de riesgo.

Es necesario profesionalizar la enseñanza, mejorando las barreras de comunicación y destrabando las inhibiciones del informado y el informante al momento de recibir la educación; para poder comprender e internalizar los conceptos. Los médicos pueden ser una fuente invaluable de información en materia sexual, sobretodo para los adolescentes y jóvenes, pero la familia y la escuela no están excluidos de este círculo de influencia.

Por otra parte debería incorporarse como rutina en la anamnesis los antecedentes y otras problemáticas sexuales como las ITS y no solo efectuarlo en la evaluación gineco-obstétrica de una embarazada. Debería ser enfocada como actualmente lo es el consumo de tabaco como riesgo a padecer enfermedades cardiovasculares y pulmonares, o la dieta en relación a la hipertensión arterial.

Se debería recomendar que los profesionales efectúen la anamnesis sexual, discutan la prevención de los riesgos y brinden una atención confidencial a los pacientes en general y adolescentes en particular, y por lo tanto deberían capacitarse a los profesionales en esta materia. Existe consenso internacional de que únicamente con la intervención sobre la esfera cognitiva se puede modificar la conducta, además de lograr cambios importantes en estilos de vida. Esto se obtiene con la implementación de campañas de prevención con claridad en los contenidos, continuidad en tiempo y que no haya excluidos. También habría que efectuar "vigilancia" sobre el conocimiento, ya que es difícil comprobar que los temas sobre sexualidad fueron comprendidos en su totalidad, se los recuerden, se tengan en cuenta y que hayan sido completos, exactos y veraces.

Estos resultados ponen en evidencia que los estudiantes de Medicina en general no se sienten **expuestos** a padecer ITS, probablemente porque un alto porcentaje utiliza preservativos y poseen una pareja estable. En este sentido resulta llamativo que los alumnos de 1º año asuman la responsabilidad de utilización de preservativos similar a los de 3º y 6º (superior en todos ellos al 90%, ya sea siempre o esporádicamente). Ello indica que la decisión de utilizar el preservativo **no** está influenciada por la formación específica de la carrera de Medicina. Una minoría de los encuestados (32%), adoptaron al condón como forma de cuidarse para evitar el contagio de las ITS o como medio para evitar concepción.

La educación sexual se debería iniciar a edades tempranas, por lo que deberían dejarse de lado los tabúes, los prejuicios y las presiones de los sectores sociales conservadores.

CONCLUSIÓN

- La tendencia a la iniciación sexual a menor edad, un mayor promedio de parejas sexuales, una insuficiente información sobre sexualidad y sobretodo en la prevención de las ITS, muestran a nuestra población como susceptible a padecer enfermedades relacionadas con el sexo y las consecuencias de las mismas.
- Esta muestra analizada nos permite mostrar una tendencia de una iniciación sexual cada vez a menor edad, esta en general se produce con la novia/o, a tener un mayor número de parejas sexuales a mayor edad e igualmente con el padecimiento de ITS.
- Hubo un bajo porcentaje de ITS en esta población estudiantil estudiada en comparación a las cifras que se mencionan los organismos internacionales en la población general.
- Existe una mayor información preuniversitaria, en este tipo de enfermedades, en los cursos inferiores, muy probablemente debido a la mayor concientización de nuestra sociedad.

- La mayoría de los encuestados recibieron información sobre educación sexual, pero esto no se ve reflejado en la forma de cuidarse. Es necesario recurrir a fuentes de información más profesional, sobre todo en el uso del profiláctico, uno de los métodos de probada eficacia para evitar la transmisión de las enfermedades a través del sexo.
- La educación de los jóvenes por parte de los padres y profesores, sigue siendo un arma importantísima por la falta de toma de conciencia y el desconocimiento que existe la prevención de estas enfermedades. Es necesario "profesionalizar" la información, mejorando las barreras de comunicación, venciendo obstáculos sociales y culturales.
- La infidelidad es un hecho frecuente entre los jóvenes estudiantes y muy probablemente en nuestra sociedad. Situación que nos lleva a enfatizar que la prevención de las ITS en nuestro medio debería sugerir el empleo de condón, con campañas de promoción y distribución gratuita o a precios accesible para todos.
- No se puede dar la espalda al hecho irrefutable de que los jóvenes mantienen relaciones sexuales, y que cada vez lo hacen a edades más tempranas; es una actitud de riesgo que no puede esconderse sólo con la defensa de la abstinencia.
- Existen obstáculos sociales y culturales que deberíamos vencer para modificar los comportamientos de alto riesgo; especialmente en los grupos más vulnerables que son los adolescentes y jóvenes. Debemos combatir la imprudencia, la ignorancia y la desaprensión, factores que obstaculizan la prevención y control de las ITS, para lograr cambios de conductas que sean perdurables.

Agradecimientos

A todos los estudiantes que participaron en este estudio por su inestimable y desinteresada colaboración para que este emprendimiento pueda concretarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Hoja de información sobre ETS del office of ASD (VIH/SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual) de la Organización Mundial de la Salud, abril 1996.
2. Marini MA & Oxilia MR. Las Enfermedades de Transmisión Sexual en los Tiempos del SIDA. Editorial Marymar; 2002. p 213.
3. Hernández JMG, Toll JCC, Díaz GA, Castro JS, Intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual, Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16 (1): 3-44.
4. Schuster M, Bell R et al. Comunicación entre adolescentes y los médicos acerca de su conducta sexual. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150: 906-913.
5. Cotés AA, García RGR, Hernández MS, Monterrey PG, Fuentes JA, Encuesta sobre comportamientos sexuales riesgosos y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes adolescentes de la Ciudad de la Habana. Rev Cubana Med Trop 1999; 51(2): 120-124.
6. OPS, OMS 124.ª Sesión del Comité Ejecutivo, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en las Américas; 1999.
7. Fonseca AEF, Santiesteban ZJM, Fernández KR, Aborto y Adolescencia Rev sexología y sociedad 1999; 5 (3): 2-4.
8. Encuesta por el Instituto Gallup de Argentina (solicitada por la Fundación Huésped), Los Argentinos y sus conductas respecto al SIDA, Actualizaciones en SIDA 1996; 4(13): 195-200.
9. Stephen JC, Shelagh KG. Managing the sexually transmitted disease pandemic: A time for reevaluation. Am J Obs and Gyn 2004; 191: 11031112.

Dirección Postal: afleoni@hotmail.com

Recibido em: 09/04/05

Aprovado em: 21/06/05

EROTISMO E PREVENÇÃO DE DST/AIDS ENTRE OS ADOLESCENTES. COMO ATUAM OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO?

EROTICISM AND PREVENTION OF SEXUAL TRANSMITTED DISEASE AMONG TEENAGERS. HOW MEDIA IS ACTING?

Glauco R Mello¹, Gustavo Castro², Claudete Reggiani³, Newton S Carvalho⁴

RESUMO

Introdução: os meios de comunicação têm tido uma participação cada vez mais freqüente e intensa nas pessoas, principalmente nos jovens, mas não se tem conhecimento de que tipo de informação sobre erotização e prevenção de DST/AIDS está sendo passada aos nossos adolescentes. **Objetivos:** avaliar a carga de informações a respeito de erotização e de prevenção de DST/AIDS. **Métodos:** em estudo epidemiológico, foram selecionados colégios públicos e particulares da cidade de Curitiba. Foram distribuídos questionários a 600 alunos, de 5ª a 8ª série do ensino fundamental e do 1º ao 3º ano do ensino médio para verificar quais revistas e TV são mais lidas e vistas. Em uma segunda etapa, os principais meios referidos foram avaliados com relação ao conteúdo erótico e de prevenção de DST/AIDS, conforme a classificação estipulada. Os dados finais foram computados e comparados. **Resultados:** a rede Globo foi a mais assistida. O horário mais assistido foi o das 20 horas às 22 horas. A revista mais lida foi à revista *Veja*. Na segunda etapa, observamos que o canal de televisão com mais erotismo foi a MTV, que também foi o canal com mais mensagens sobre prevenção de DST/AIDS. A revista que apresentou maior média de mensagens eróticas foi à revista *Veja* e a que apresentou maior conteúdo de informações sobre DST/AIDS foi à revista *Capricho*. **Conclusão:** dentre as várias, destacamos: TV Globo, MTV, *Veja*, *Capricho* e *Super Interessante* foram as mais consumidas; a quantidade de mensagens de DST/AIDS e anticoncepção é insignificante.

Palavras-chave: adolescência, DST, prevenção, erotismo, aids

ABSTRACT

Introduction: the participation of the media in people lives, especially the young, is increasing in frequency and intensity but we have no knowledge about what type of information in eroticism and prevention of sexually transmitted disease (STD) is been transmitted to our adolescents. **Objective:** evaluate the real load of information about eroticism and prevention of STD/AIDS. **Methods:** in an epidemiologic study were selected public and particular schools from Curitiba. There were distributed questionnaires to 600 students, those from fifth to eighth grade of elementary school and from first to third grade of high school with the objective of identify which media (television channels, magazines) were the most seen and read. In a second stage, the main television channels and magazines referred by the students were evaluated according to their erotic content and information about STD/AIDS, following a stipulated classification. The final data were computed and compared. **Results:** rede Globo channel was the preferred. The most seen time schedules were from 8:00 P.M to 10 P.M. *Veja* was the most read magazine. In the second stage, we observed that the channel with more erotic messages was MTV and it was also the channel containing more information about STD/AIDS. The magazine that presented more erotic information was *Veja* and *Capricho* was the magazine with more information about STD/AIDS. **Conclusion:** Globo TV, MTV, *Veja*, *Super Interessante* and *Capricho* were the most consumed and the information about STD/AIDS wasn't enough.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases, aids, teenage, prevention, eroticism

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2):99-106, 2005

INTRODUÇÃO

Atualmente, todas as pessoas, mas principalmente os jovens, vêm recebendo uma quantidade muito grande de informações através de vários meios de comunicação (televisão, revistas, internet, *outdoors* e muitos outros).

Os adolescentes no atual modelo socioeconômico enfrentam um conflito com relação à sua sexualidade.¹ Esse conflito é inevitável,

pois eles estão em um estágio da vida em que o corpo se transforma radicalmente, a puberdade genital inunda o corpo e o psíquico, com toda espécie de impulso à intimidade sexual (muitas vezes por imposição cultural), e o futuro imediato coloca à frente deles inúmeras possibilidades, entre as quais se decidir correta e urgentemente.

Assim, na busca de exercício pleno de sua sexualidade, o adolescente depara-se com uma série de novas situações que culminam com o início, cada vez mais precoce, da atividade sexual. Em 1986, a idade mediana de início da atividade sexual era de 16,7 anos, 10 anos mais tarde essa idade já havia passado para 16,4 anos.²

Esse relacionamento precoce, muitas vezes, é influenciado culturalmente ou pelos os meios de comunicação; acontece com uma orientação inadequada ou ausente a respeito de métodos contraceptivos e de DST/AIDS. Isto tem ajudado a tornar as DST um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. Nos países industrializados, ocorre um novo caso de DST em cada 100 pessoas por ano, e,

¹Acadêmico de medicina da Universidade Federal do Paraná.

²Acadêmico de medicina da Universidade Federal do Paraná.

³Prof. Adjunto – Doutora do Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

⁴Prof. Adjunto – Doutor, Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR/ Disciplina de DST/AIDS). Apoio: CNPQ/PIBIC/ N° BANPESQ/THALES: 2002011291

nos países em desenvolvimento, as DST estão em cinco principais causas de procura por serviços de saúde.³

Entre os adolescentes, os índices de infecções por doenças sexualmente transmissíveis são duas a três vezes superiores aos observados em homens e mulheres com idade superior a vinte anos.⁴ Contribui para esses dados a pouca aceitação do preservativo entre os jovens, somente cerca de 51% referem o uso na sua primeira relação sexual.⁵

Neste contexto, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) tornam-se alvo importante de estudo, tanto na orientação para a prevenção como no diagnóstico precoce. O conhecimento da real influência dos meios de comunicação nos adolescentes sobre erotização e DST/Aids, pode ajudar a definir maneiras e ações para melhor abordar os adolescentes, visando a reduzir esses números alarmantes.

OBJETIVOS

- Verificar quais são os meios de comunicação mais procurados por adolescentes, utilizando como amostragem alunos da 5ª série do ensino fundamental até a 3ª série do ensino médio em escolas públicas e privadas de Curitiba-PR.
- Verificar a quantidade e qualidade de mensagens eróticas veiculadas através dos meios de comunicação referidos pelos adolescentes e identificadas pelos pesquisadores.
- Verificar a quantidade e a qualidade de informações sobre a prevenção de DST/Aids veiculadas através dos meios de comunicação referidos pelos adolescentes e verificadas pelos pesquisadores.

MÉTODOS

Em um estudo epidemiológico, foram escolhidas de forma aleatória escolas particulares e públicas. As particulares foram Colégio Bom Jesus, III Milênio, Positivo e Santa Maria; e as públicas foram Colégio Estadual do Paraná, Rio Branco, Omar Sabbag e Aguiar Teixeira.

Definiu-se o número de alunos a serem entrevistados, em 300 em escolas particulares (150 no ensino fundamental e 150 no ensino médio) e 300 em escolas públicas (também com a mesma divisão entre alunos do ensino fundamental e médio). A entrevista foi feita em forma de questionário simples, que segue em anexo.

Após essa definição, foram coletados dados nas escolas durante o período de novembro de 2002 a março de 2003. Em posse dos questionários, iniciamos a computação dos dados obtidos. Para fazer isto de uma forma mais correta (já que o questionário interrogava quais seriam os três programas, horários e revistas mais assistidos e lidos em ordem de preferência), estabelecemos uma pontuação: 5 pontos ao primeiro citado, 3 ao segundo e 2 ao terceiro.

Com a informação de quais eram os principais meios vistos pelos adolescentes, avaliamos as revistas mais lidas (*Veja*, *Super Interessante* e *Capricho*) averiguando as informações eróticas e de DST expostas nos exemplares de dois meses de publicações das referidas revistas segundo critérios abaixo especificados:

- Muito eróticas, quando essas mensagens apresentarem: exposição de relação sexual (ainda que não-explícita), beijo intenso, exposição de partes íntimas incitando ao erotismo (genitália ou mamas).
- Eróticas, quando apresentarem contatos corporais superficiais que demonstrem intimidade, exposição do corpo parcialmente coberto.

- Levemente eróticas, quando apresentarem: suposição de relação sexual (ex., propaganda de motel), beijos discretos, roupas ou cenas insinuantes, embora com o corpo coberto.

Nas situações de dúvidas em como enquadrar alguma destas condições em um dos três níveis, o caso era apresentado e discutido com todo o grupo para se chegar a uma definição.

Logo após, seguindo os mesmos critérios, foi verificada a programação das três emissoras mais assistidas (Rede Globo, MTV e SBT) nos horários mais vistos (das 18:00 h às 24:00 h) durante um mês. Intercalamos os dias para podermos abranger a programação de todos os dias (ex., na primeira semana: Globo na segunda e quarta, MTV na terça e quinta e SBT na sexta e sábado, nas semanas seguintes trocando de posição entre as emissoras. Nos domingos da segunda, terceira e quarta semanas assistimos Globo, MTV e SBT respectivamente).

RESULTADOS

Resultados das Escolas Particulares

O canal de televisão mais assistido entre os alunos das escolas particulares foi à rede Globo, seguido por um canal direcionado ao público jovem que é a MTV e logo depois temos o SBT em terceiro lugar. Era esperada a grande popularidade da MTV entre os jovens, já que essa emissora trata do cotidiano dos adolescentes, com assuntos sobre sexualidade, drogas e outros.

Com relação ao horário mais assistido, tivemos um grande predomínio do chamado horário nobre (das 18:00 h às 22:00 h), como vemos no **Gráfico 2**.

Com relação às revistas, observamos no **Gráfico 3** que *Veja* aparece em primeiro lugar, seguido um pouco atrás pela revista *Capricho*, dedicada ao público feminino jovem.

Resultados da pesquisa entre alunos das Escolas Públicas

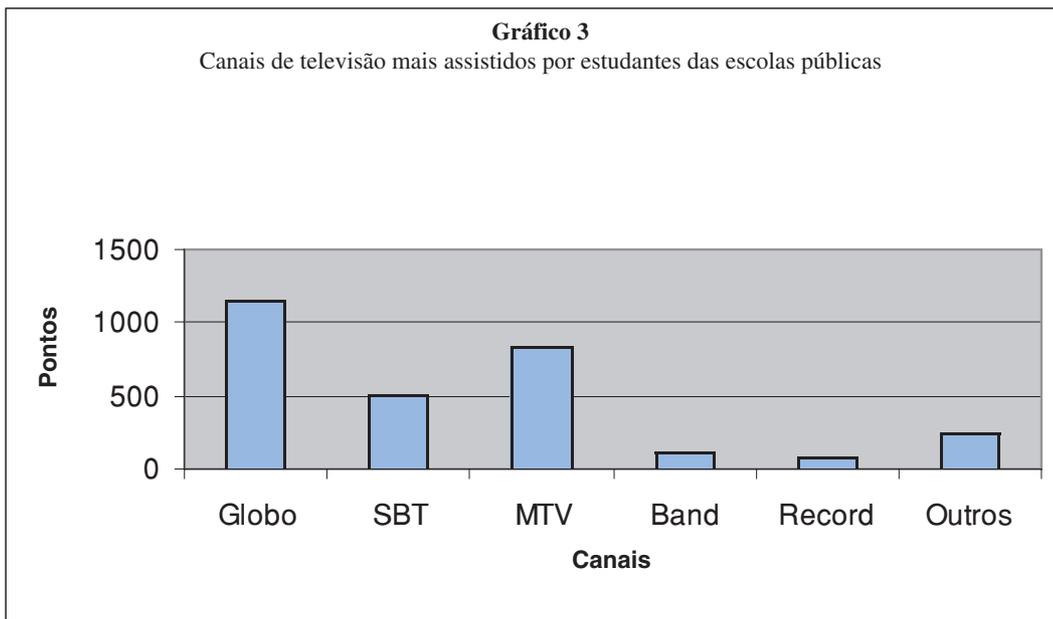
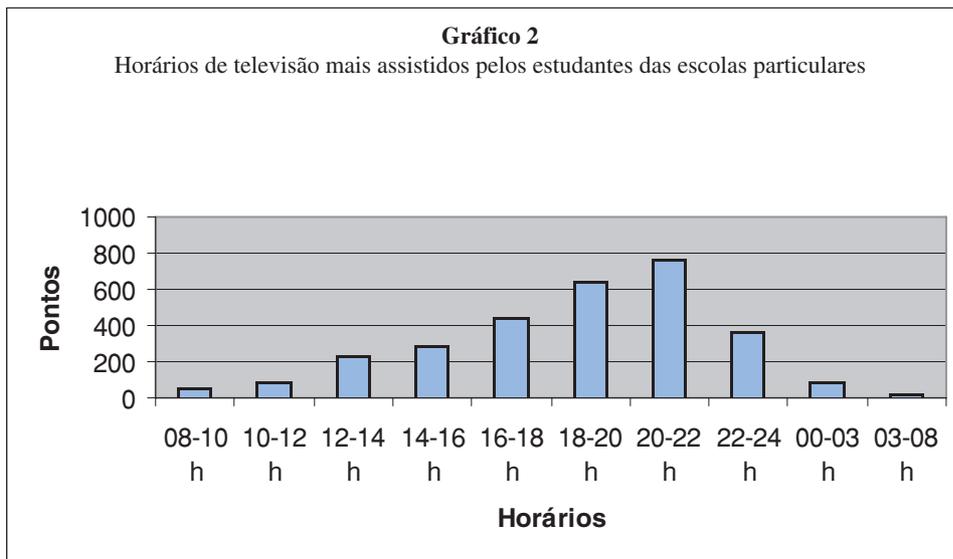
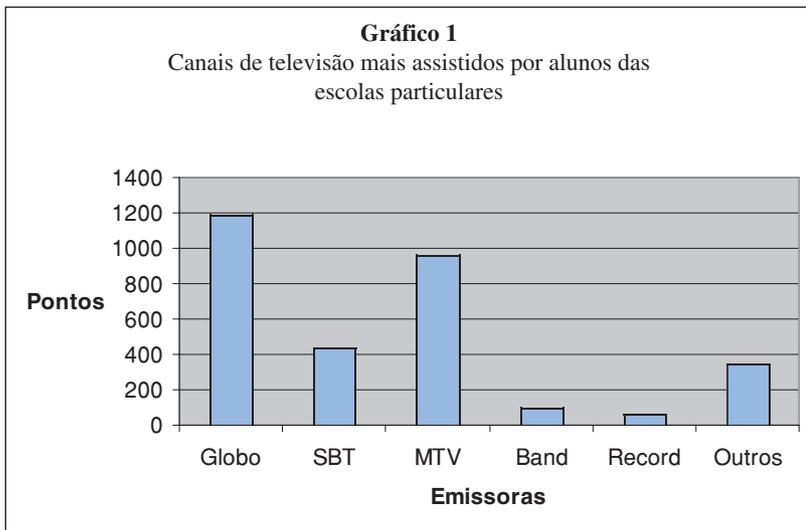
No **Gráfico 4**, podemos perceber que a rede Globo e a MTV estão nos primeiros lugares.

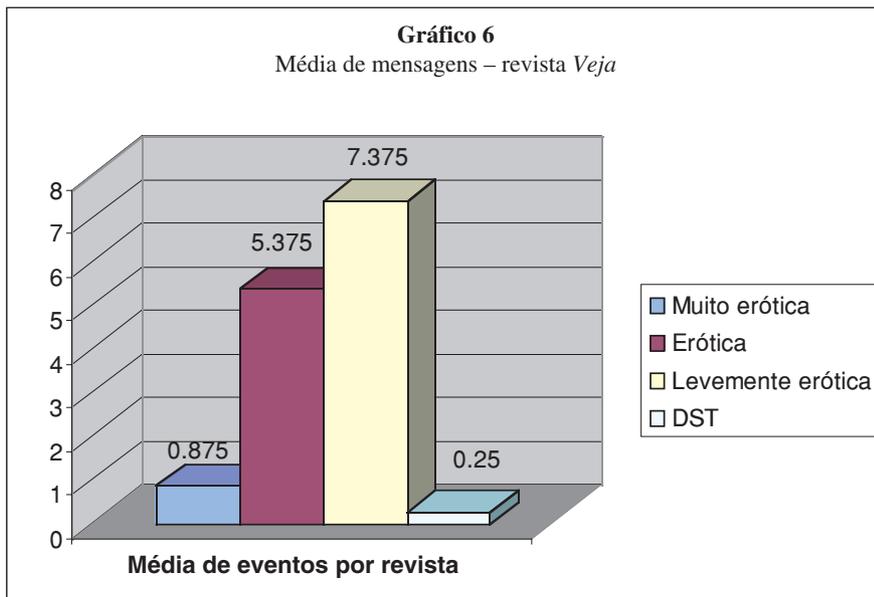
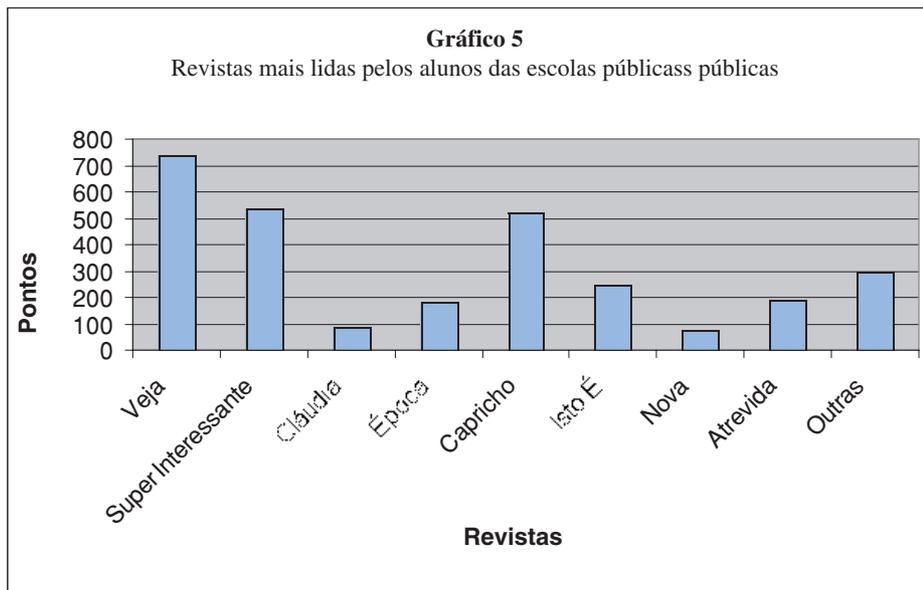
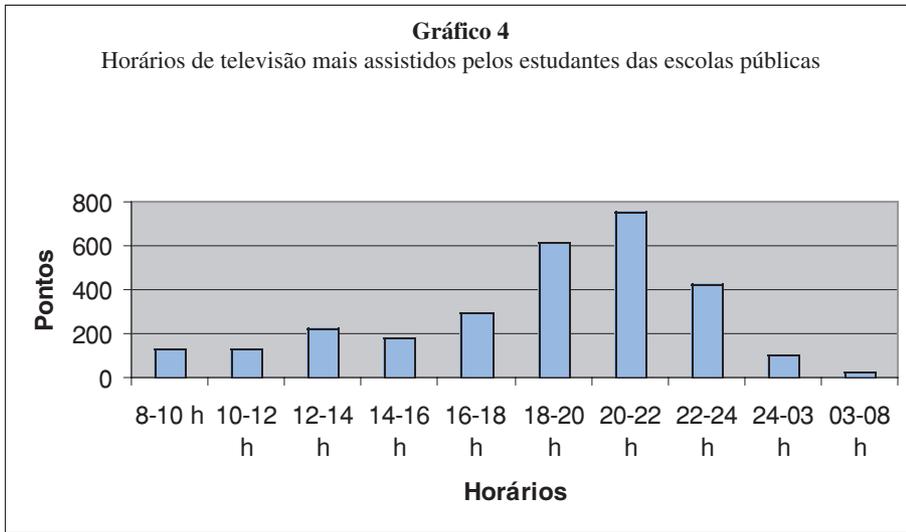
Percebemos que os horários mais procurados são das 16:00 h até às 24:00 h, com pico entre 20:00 h e 22:00 h.

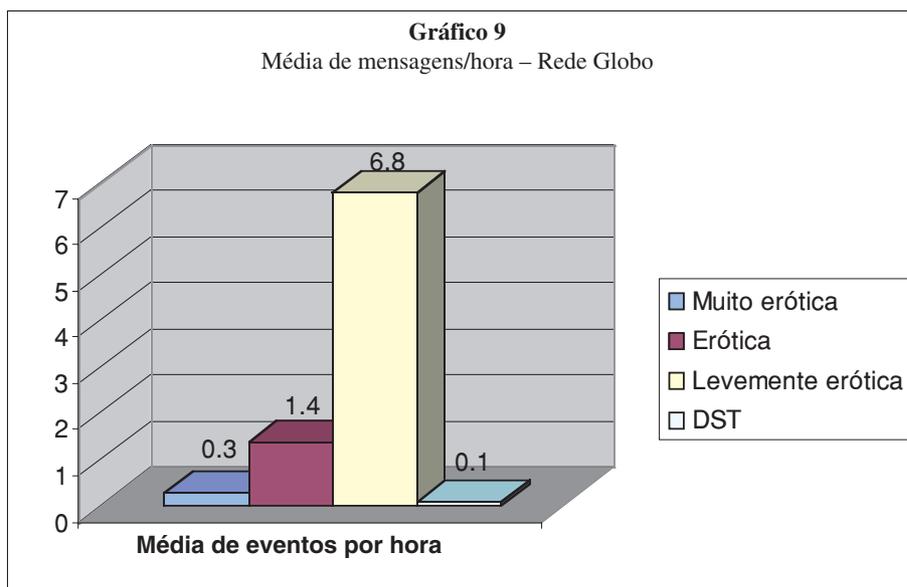
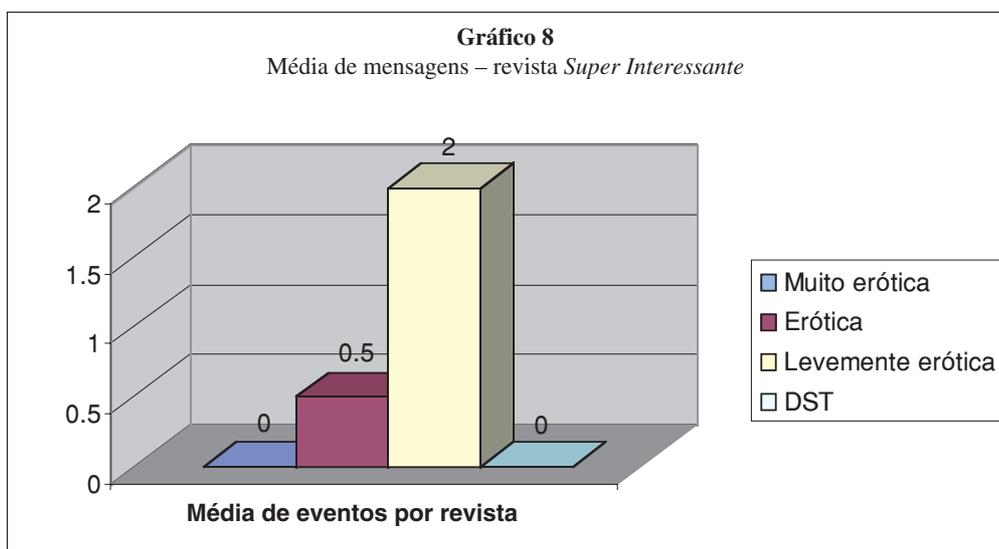
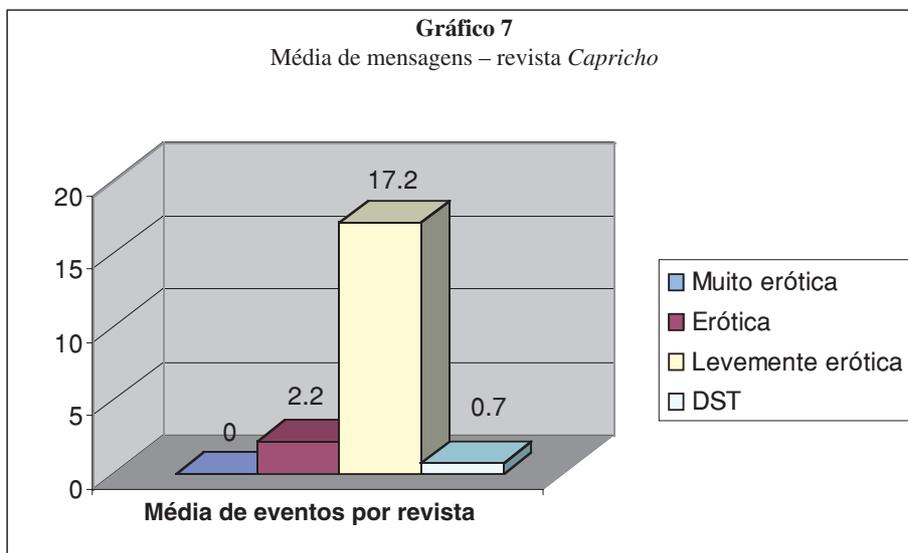
Pode-se notar, no **Gráfico 6**, que no caso das escolas particulares a *Veja* é a principal revista, porém em segundo lugar temos a *Super Interessante* superando a revista *Capricho*.

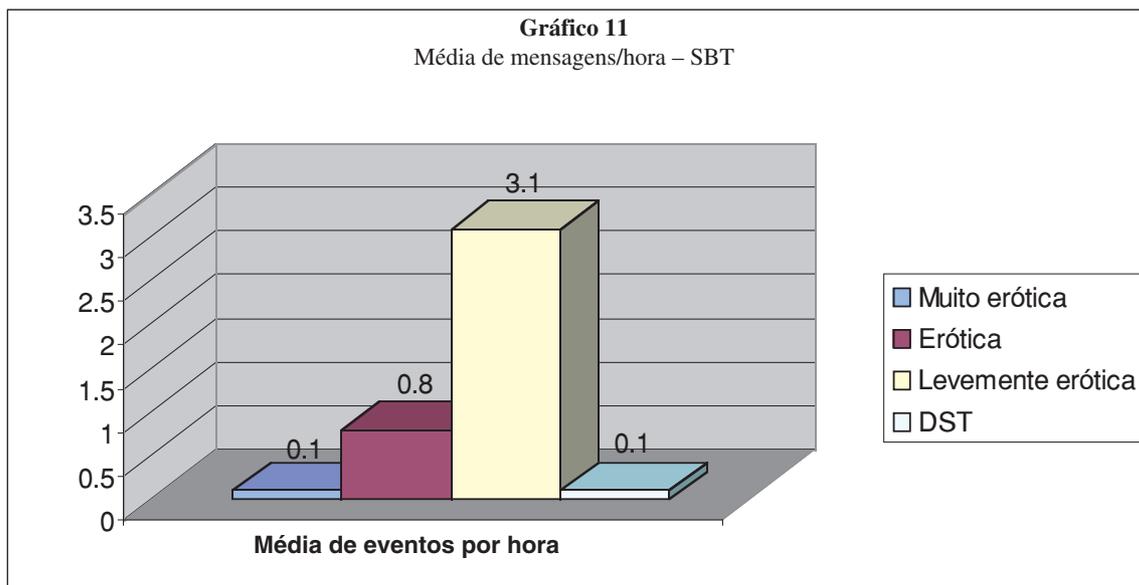
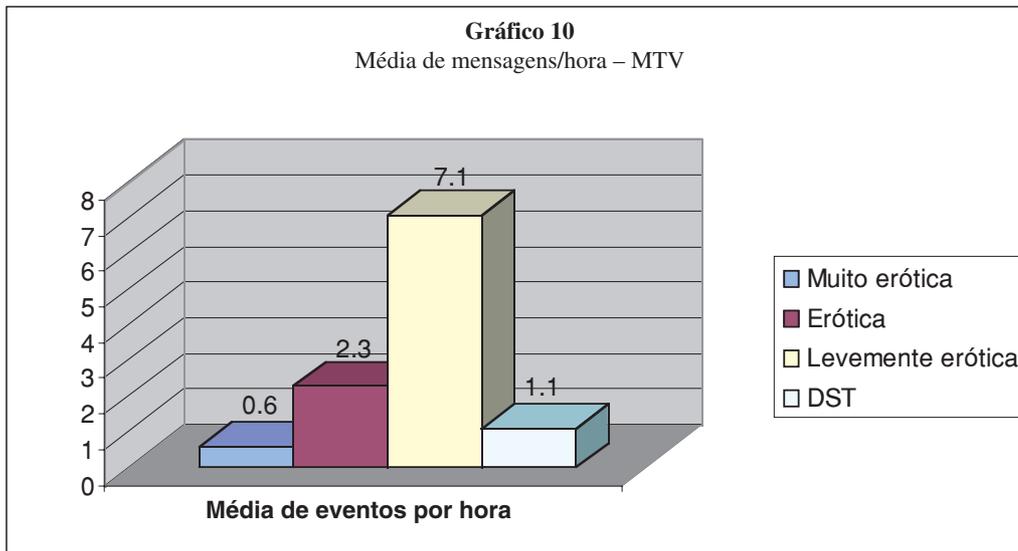
Avaliação da quantidade e qualidade das mensagens nos meios de comunicação

Avaliamos, segundo os critérios descritos na metodologia, as revistas *Veja*, *Super Interessante* e *Capricho*, as emissoras Globo, MTV e SBT e *outdoors*.









Revistas

Veja - Foram avaliadas oito revistas *Veja*, sendo encontradas 59 mensagens com conteúdo levemente erótico, 43 com conteúdo erótico e sete com conteúdo muito erótico. Foram também encontradas duas mensagens com conteúdo relacionado com prevenção de DST. Fizemos uma média de número de informações por revista e encontramos os dados contidos no **Gráfico 7**.

Capricho - Foram avaliadas sete revistas *Capricho*, sendo encontradas 121 mensagens com conteúdo levemente erótico, 16 com conteúdo eróticos e nenhuma com conteúdo muito erótico. Com relação a informações sobre DST, foram encontrados cinco artigos, além de uma propaganda sobre anticoncepcionais orais.

Super Interessante - Foram avaliadas quatro revistas *Super Interessante*, encontramos oito mensagens com conteúdo levemente erótico, duas com conteúdo erótico e nenhuma com conteúdo muito erótico.

Redes de televisão

Foram avaliados durante um mês de modo intercalado, entre os horários de 18:00 às 24:00 h, as três principais emissoras de televisão assistidas pelos jovens. Para tornar mais objetivo os dados, apresentaremos os resultados em mensagens por hora de televisão assistida.

Rede Globo - Em média verificamos 6,8 mensagens levemente eróticas por hora, 1,4 mensagem erótica e 0,3 mensagem muito erótica. Com relação à prevenção de DST/Aids, foi verificada 0,1 mensagem por hora.

MTV - Foram observadas 7,1 mensagens levemente eróticas por hora, 2,3 eróticas e 0,6 mensagem muito eróticas. Com relação à prevenção de DST/Aids foi verificada 1,1 mensagem por hora.

SBT - Em média, verificamos 3,1 mensagens levemente eróticas por hora, cerca de 0,8 mensagem erótica e 0,1 mensagem muito erótica.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos com essa pesquisa não puderam ser comparados com nenhum trabalho publicado ou apresentado e nem com a literatura presente, pois não foi encontrado nada semelhante. A discussão será feita com nossas opiniões pessoais.

Com relação aos dados encontrados para as emissoras de televisão, a rede Globo foi a mais assistida, confirmando nossas expectativas. Também era esperada a grande popularidade da MTV entre os jovens, já que essa emissora trata do cotidiano dos adolescentes, com assuntos sobre sexualidade, drogas e outros.

As outras emissoras, principalmente Bandeirantes e Record, tiveram uma audiência baixa e isso pode ser devido a ter uma programação não voltada ao jovem. Destaca-se que entre os alunos das escolas particulares, a MTV teve uma pontuação mais alta quando comparada com a das escolas públicas, talvez demonstrando a maior facilidade de acesso à MTV, já que ela é mais bem sintonizada nas TVs pagas (TV a cabo, TVA, DirecTV, Sky).

O horário preferido pelos adolescentes foi o das 18:00 h às 22:00 h, sendo que a pontuação obtida para os alunos das escolas particulares das 18:00 às 20:00 h (642 pontos) foi muito próxima à de 20:00 às 22:00 h (767 pontos) e com os outros horários próximos a esses tendo uma pontuação média. Já entre os alunos das escolas públicas, talvez devido a um maior número de salas com aulas no período da tarde nas escolas pesquisadas, observamos uma audiência maior no período da manhã e, nos horários considerados mais nobres, a proporcão de audiência manteve-se como nas escolas particulares.

Para as revistas mais lidas, obtivemos dados diferentes nas duas populações estudadas. Tanto em escolas particulares como em públicas, houve um predomínio da revista *Veja*, uma revista sobre assuntos gerais e atualidades; já na segunda posição, ocorreu uma diferença entre particulares e pública, com a revista *Capricho* nas pagas e a *Super Interessante* nas gratuitas. Acredito que isso ocorreu porque nas particulares existem mais meninas com maior poder aquisitivo e que se interessam mais sobre assuntos como moda, celebridades e “fofocas”. Já no ensino público, temos a impressão de que os alunos adquirem maturidade mais cedo, interessando-se por assuntos mais voltados à cultura geral e atualidades. Confirmando essa tendência, a revista *Atrévida* (similar à *Capricho*) aparece com uma pontuação maior nas escolas particulares enquanto as revistas *Isto É*, *Época* (cultura geral e atualidades) aparecem mais bem colocadas em escolas públicas.

Com relação ao conteúdo das revistas, percebemos que a revista *Capricho*, mais voltada para um público adolescente feminino, tem uma média de mensagens levemente eróticas muito maior que as outras, mas tem poucas mensagens eróticas e não foi encontrada nenhuma muito erótica. A revista *Veja*, por sua vez, apresentou uma média muito alta de mensagens eróticas e muito eróticas comparadas com as outras, talvez devido a ser voltada mais para um público adulto. Já a revista *Super Interessante*, mostrou-se com pouco conteúdo erótico e com reportagens mais culturais, sendo na nossa opinião uma revista recomendada para os jovens.

A revista *Capricho* mostrou-se a mais preocupada com relação à prevenção de DST/Aids, tendo em algumas sessões tratado somente sobre o assunto. Isso não está presente em todas as revistas e em geral acabou ficando muito abaixo do esperado, já que é uma revista que apresenta muitas reportagens com referência a relações sexuais, virgindade e homossexualismo. A *Veja* foi a revista que nos deixou mais preocupados, pois é uma revista lida por pessoas de todas as idades, não é considerada erótica, teve muitas mensagens de alto teor erótico e quase nenhuma sobre prevenção. Convém ressaltar que não

foi encontrada nenhuma propaganda do ministério da Saúde sobre DST/Aids.

Quando observamos o conteúdo das emissoras de televisão percebemos que a rede Globo apresenta alto teor de conteúdo erótico em suas novelas e em algumas propagandas do horário nobre. Com relação a informações sobre proteção de DST/Aids, apresenta escassas referências, com algumas propagandas sobre preservativos e outras da própria emissora. A MTV foi a que apresentou a maior quantidade de mensagens eróticas em todos os níveis, talvez por ser uma emissora voltada a questões para os jovens, com muitos temas sobre sexualidade. Observamos que muitos cliques musicais apresentam grande quantidade de mensagens eróticas. É também a emissora que mais apresenta informações sobre DST/Aids e que muitas das propagandas são da própria emissora. O SBT apresenta um padrão de conteúdo erótico semelhante à rede Globo, porém em menor quantidade. Para mais bem ilustrar as propagandas vinculadas nas emissoras de televisão, descreveremos alguns exemplos:

- Propaganda de bebidas alcoólicas: em uma das propagandas, a garrafa de cerveja simulava uma mulher, enquanto a pessoa bebia parecia que estava beijando uma mulher e logo depois quando tirava o rótulo do produto era como despiu a mulher. Em outra propaganda, aparece um casal de namorados na qual a mulher está com trajes íntimos e usa a cerveja para se molhar enquanto o namorado a admira desejando-a.

Após avaliarmos todo o conteúdo das revistas e emissoras de televisão, concluímos que exposição a mensagens eróticas é alta enquanto a orientação sobre DST/Aids é insuficiente.

O governo, as organizações ligadas à saúde e à sociedade como um todo deve buscar meios de estimular maiores orientações sobre DST/Aids para tentar equilibrar a carga de informações sobre sexualidade que o jovem recebe.

Apesar da dificuldade de encontrar trabalhos semelhantes para que pudéssemos realizar a discussão, essa pesquisa nos anima, pois trouxe dados novos e interessantes que podem contribuir para a melhora do comportamento dos jovens.

CONCLUSÃO

- A rede de televisão mais vista pelos jovens foi a Globo, seguida da MTV.
- As revistas mais lidas pelos jovens de escolas particulares foram a *Veja* e *Capricho*, enquanto para os alunos do ensino público foram *Veja* e *Super Interessante*.
- A televisão que apresentou maior quantidade de erotismo foi a MTV seguida pela rede Globo, e a menos erótica foi o SBT.
- A maior quantidade de mensagens sobre DST/Aids foi na MTV.
- A revista que apresentou maior quantidade de informações sobre DST/Aids foi a *Capricho*.
- A revista *Veja* foi a que apresentou maior média de mensagens eróticas e muito eróticas e a revista *Capricho* foi a que apresentou a maior média de mensagens levemente eróticas.
- A quantidade de mensagens de DST/Aids e anticoncepção é insuficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tonello SR. Aspectos Psicológicos e Sexuais da Adolescência. Textos do I Encontro Nacional de Sexologia. Rio de Janeiro: Fundo Editorial Febrasgo; 1984.
2. Bemfam. Sociedade Civil Bem-Estar Família no Brasil. Adolescentes, Jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Bemfam; 1989.
3. Eisentein E, Fagim JR. Doenças sexualmente transmissíveis. In: Maakaroun, MF et al. Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1991. p. 358-372.
4. De Luca L, Lorecon M, Pasaron AC, Carvalho LR, Ribeiro RA, De Luca HM. Estudo do comportamento psicossocial e biossexual de adolescentes do sexo feminino: mudanças registradas num intervalo do 15 anos. GO Atual, 1988; 8(3): 19-27.
5. Osorio LC. Adolescência hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

Endereço para Correspondência:

NEWTON SÉRGIO DE CARVALHO

Rua Saldanha Marinho 1422, ap. 801-G.

CEP: 80430-160. Curitiba, PR

E-mail: infectogin@ufpr.br

Recebido em: 10/01/05

Aprovado em: 22/05/05

COMPORTAMENTO DE HOMENS COM DST ATENDIDOS EM UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA DE FORTALEZA

BEHAVIOR OF MEN WITH STD WHO HAVE BEEN TREATED IN A HEALTH CARE UNIT OF STD REFERENCE IN FORTALEZA

Maria A L Araújo¹, Sérgio Diógenes², Raimunda Magalhães da Silva³

RESUMO

Introdução: o surgimento da aids tornou as DST relevantes por funcionarem como porta de entrada para o vírus HIV, e sua detecção e o tratamento precoce são importantes para o controle da epidemia de aids. **Objetivo:** apresentar o comportamento sexual dos homens com DST atendidos em uma unidade de saúde de referência para DST de Fortaleza-Ceará. **Métodos:** estudo quantitativo, realizado de maio a junho de 2003. A amostra foi constituída de 60 homens com diagnóstico de DST. O estudo utilizou o Epi-info para organização e análise dos dados e recebeu aprovação do Comitê de Ética. **Resultados:** as DST prevaleceram no grupo etário de 18 a 29 anos, 36 (60,0%) referiram que nos últimos três meses estavam com parceiro(a) sexual fixo, porém 32 (53,3%) tinham parceiras(os) eventuais. Nenhum referiu uso de drogas endovenosas e 38 (63%) consumiam bebidas alcoólicas. Do total, 24 (40%) levaram mais de um mês para procurarem os serviços após perceberem os sintomas, e 18 (30%) foram primeiramente a outro local antes de procurar a unidade. A maioria, 54 homens (90%), referiu relações heterossexuais e 15 (25%) afirmaram já ter tido relação homossexual. A prática sexual mais freqüente foi a vaginal/anal, com 26 homens (43,3%), e 58 deles (96,9%) não usavam o preservativo em todas as relações sexuais antes do diagnóstico da DST. Após iniciarem o tratamento, 38 homens (63,3%) referiram estar usando sempre o preservativo nas relações sexuais. **Conclusão:** faz-se necessário o melhoramento dos serviços e o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde junto a homens, família e comunidade.

Palavras-chave: homens, DST, comportamento sexual

ABSTRACT

Introduction: the STDs became relevant with the advent of AIDS because they work as a doorway through which the HIV virus can get in. Its detection and early treatment is important to control an AIDS outbreak. **Objective:** to present the sexual behavior of men with STD who were treated in a Health Care Unit of STD reference in Fortaleza – Ce. **Methods:** this is a quantitative study which was carried out from May to June, 2003. The sample of the population is formed by 60 men who were diagnosed with STD. The study used the Epi-Info for organization and analysis of the data and it was approved by the Ethics committee. **Results:** the STDs prevailed in the group from 18 to 29 years of age, 36 (60%) of them have said that in the last 3 months they had the same sexual partner, 32 (53.3%) of them had eventual partners. None of them have mentioned the use of intravenous drugs and 38 (63%) used to drink alcohol. 24 (40%) of them all waited over a month to look for help after they had observed the symptoms. 18 (30%) had first gone to other places before they looked for the Health Care Unit. The majority of them, 54 (90%) of the men have mentioned heterosexual relationships and 15 (25%) have stated having homosexual relationships. The most frequent sexual practice vaginal/anal, 26 (43.3%) and 58 (96.9%) respectively, did not use condoms in the sexual intercourse before the diagnosis of STD. After they had begun the treatment, 38 (63.3%) of the men have mentioned always using the condom in their sexual intercourse. **Conclusion:** it is necessary to better the service and the development of health education strategies with men, families and community.

Keywords: men, STD, sexual behavior

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2):107-110, 2005

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis também conhecidas como “doenças venéreas”, estão entre as principais causas de procura pelos

serviços de saúde e são definidas como doenças que se transmitem entre as pessoas durante a relação sexual e ao contato íntimo com os órgãos genitais. Existem também outras formas de contágio, mas estas são raras e, portanto, estatisticamente desprezíveis¹.

Conhecidas desde a Antigüidade, acreditou-se que, com o advento dos antimicrobianos (sulfas, penicilina etc.), estas tenderiam a desaparecer. Houve uma acentuada queda na incidência, mas se observou, a partir da década de 1960, o forte aparecimento não só das clássicas doenças venéreas, como também de outras em que o contato sexual como meio de transmissão tornava-se evidente².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, a cada ano, ocorram no mundo 340 milhões de casos novos das principais DST

¹Enfermeira, Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza – Unifor.

²Enfermeiro, Graduado em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza - Unifor.

³Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Coordenadora do Curso de Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza – Unifor.

curáveis (sífilis, gonorréia, clamídia e tricomoníase), dos quais, 38 milhões na América Latina e Caribe³. As atividades de controle das DST em alguns países ainda são limitadas e para o seu controle efetivo, faz-se necessário que se ampliem as ações numa perspectiva de saúde pública.

Apesar da sua alta prevalência, ainda são escassos os dados epidemiológicos sobre DST, pois a notificação compulsória não é realizada de forma sistemática. Somente a aids e a sífilis congênita são de notificação compulsória, levando os profissionais a negligenciarem no registro das outras patologias. As DST são algumas das principais causas de doenças agudas, crônicas, infertilidade e até morte, com graves conseqüências clínicas e psicológicas para milhões de homens, mulheres e crianças⁴.

Estas doenças têm influência importante na saúde, na economia e na organização social das comunidades. Além de, quando complicadas ou inadequadamente tratadas, provocarem infertilidade, doenças neonatais e infantis, gravidez ectópica, aborto, neoplasias anogenitais e até a morte.

Após o aparecimento do HIV, o controle das DST tornou-se de relevância, pois estas funcionam como uma porta de entrada para este vírus⁵, sendo portanto de fundamental importância a detecção e tratamento precoce destas patologias para o controle da epidemia de HIV/aids.

Muitos são os fatores que têm contribuído para o aumento da incidência das DST; entre eles, estão desinformação, precariedade das campanhas educativas, automedicação ou mesmo medicações indicadas por pessoas não-qualificadas, multiplicidade de parceiros, dentre outros⁶.

Um dos aspectos importante para o controle das DST é o desenvolvimento de trabalhos de prevenção que possam provocar nas pessoas uma reflexão acerca das situações de vulnerabilidade e de risco que as colocam em condições de adquirir DST. O propósito do trabalho de prevenção deve ser o de contribuir para a mudança de atitudes de risco, traduzida na aquisição de comportamentos mais seguros com relação às formas de transmissão das DST/aids.

Os homens, de um modo geral, estão à margem das campanhas educativas e da assistência nos serviços de saúde. Quando se tratam de homens com DST, estudos têm mostrado que um percentual considerável destes, procura a farmácia ou se automedica antes de procurar a unidade de saúde⁷⁻⁹, talvez devido ao fato de encontrarem muita dificuldade de acesso nestas unidades.

O presente trabalho tem por objetivo conhecer o comportamento de homens com DST atendidos em um centro de referência da cidade de Fortaleza, visando contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção adequadas a esta população.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem eminentemente quantitativa, de aspecto descritivo, que visa a apresentar o comportamento dos homens atendidos com DST após perceberem os sinais e/ou sintomas da doença, bem como os dados sociodemográficos e hábitos sexuais. A coleta de dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2003 em um Centro de Saúde de Referência para DST, instituição pública estadual da cidade de Fortaleza-Ceará, que mantinha atendimento diário e multiprofissional a esta clientela.

A amostra foi composta de homens, portadores de DST, que procuraram o serviço para tratamento e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Para a coleta de dados usou-se um questionário, com perguntas fechadas, aplicado após o atendimento do

médico com o clínico geral, único profissional na unidade que atende pessoas do sexo masculino com DST. O questionário foi aprimorado após a realização do teste piloto durante os meses de janeiro a março de 2003.

A amostra foi calculada a partir dos casos notificados em homens com DST nesta unidade de saúde no ano de 2002 e encaminhados à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. No referido ano foram atendidos na unidade 569 homens com DST e um percentual de aproximadamente 10% deste total compôs a amostra a fim de que o estudo se torne representativo da população atendida nesta unidade, perfazendo um total de 60 pacientes com DST entrevistados.

Os critérios de inclusão foram: ser do sexo masculino, ter diagnóstico de DST, mais de 18 anos de idade, aceitar participar do estudo, assinar o termo de consentimento. Na tentativa de dirimir qualquer dificuldade relacionada com as questões de gênero, bem como tentar evitar o comprometimento dos resultados, o instrumento foi aplicado em uma sala privativa, por um pesquisador do sexo masculino. Os dados foram tabulados utilizando-se o *software* Epi-info, versão 6.04 e apresentados em forma de gráficos e tabelas.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética, segundo resolução nº 196 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), de 10 de outubro de 1996. Todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento, bem como foi assegurado o caráter sigiloso e confidencial das informações prestadas.

RESULTADOS

Os resultados objetivaram apresentar o perfil e a caracterização do comportamento dos homens com DST após a percepção dos sinais e sintomas da doença. Vinte e um deles trabalhavam como autônomo (35%), seguidos de 12 vigilantes (20%), sete vendedores (11,7%), cinco serventes (8,3%), cinco motoristas (8,3%), quatro garçons (6,7%), três cabeleireiros (5,0%), três estudantes (5,0%). A maioria, 54 homens (89,9%), possuía renda igual ou inferior a três salários mínimos. O maior número de casos de DST, 22 (41%), concentrou-se no grupo etário de 18 a 29 anos e a maioria dos entrevistados, 32 (53,3%), era composta por solteiros. Com relação à escolaridade, 33 (55%) entrevistados tinham o ensino médio concluído.

O HPV, manifestado sob a forma de verrugas genitais, foi a DST mais prevalente, representando 80% dos casos atendidos durante este período (**Gráfico 1**). No que diz respeito ao número de parceiros(as) sexuais, 36 (60%) referiram um(a) parceiro(a) sexual nos últimos três meses e 15 (25%) afirmaram já ter tido pelo menos uma vez na vida uma relação homossexual. Do total de entrevistados, nenhum referiu uso de drogas endovenosas, 12 (20%) usavam maconha e 38 (63,3%) consumiam bebidas alcoólicas.

Quando perguntados sobre o tempo para procura por tratamento após perceberem os sintomas, 24 (40%) homens disseram que levaram mais de um mês, 21 (35%) mais de uma semana e 13 (21,7%) menos de uma semana. Uma pequena minoria, dois (3,3%) homens, não lembrou quanto tempo levou para procurar os serviços (**Tabela 1**). Conforme os achados, 42 (70%) pacientes procuraram diretamente o centro de referência para tratamento e 18 (30%) foram primeiramente a outro local. Dos que procuraram outro local, 13 (72%) foram a outra unidade de saúde e seis (33,3%) buscaram farmácias privadas (**Gráfico 2**).

Com relação à orientação sexual, 54 (90%) pacientes referiram relações heterossexuais atuais, quatro (6,7%) relações homossexuais e dois (3,3%) bissexuais. Identificou-se a partir dos dados que nos

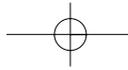


Gráfico 1 - Distribuição dos homens segundo diagnóstico de DST. Centro de Referência para DST, Fortaleza-Ceará, maio e junho de 2003

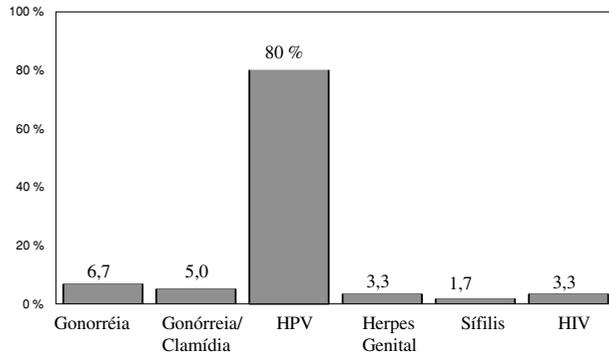
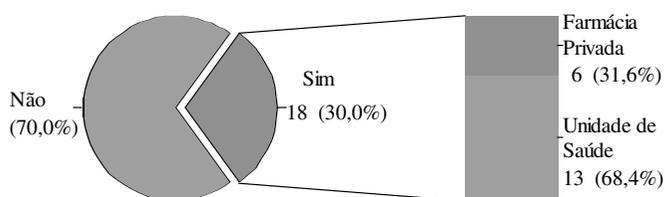


Tabela 1 - Distribuição dos homens com DST segundo tempo decorrido para procura pelo serviço. Centro de Referência para DST, Fortaleza-Ceará, maio e junho de 2003.

Tempo de procura pelo serviço	Nº	(%)
Menos de uma semana	13	21,7
Mais de uma semana	21	35,0
Mais de um mês	24	40,0
Ignorado	02	3,3
Total	60	100,0

Gráfico 2 - Distribuição dos homens com DST, segundo procura de local para tratamento. Centro de Referência para DST, Fortaleza-Ceará, maio e junho de 2003.



últimos três meses, 32 (53,3%) homens referiram parcerias eventuais e 28 (46,7%) parceria única. Dos homens que referiram encontros com parceiras eventuais, 14 (43,7%) disseram que estes encontros aconteciam com frequência.

No que diz respeito às práticas sexuais, 29 homens (48,3%) referiram prática sexual vaginal, 26 (43,3%) prática vaginal/anal e 19 (31,7%) prática vaginal/anal/oral. Outras preferências do tipo vaginal/anal, vaginal/oral e anal/oral foram menos relatadas (**Tabela 2**).

Antes de terem adquirido a DST e receberem atendimento na unidade de referência, 23 (38,3%) deles nunca usaram o preservativo nas relações sexuais, dois (3,3%) disseram que sempre usavam e 35 (58,3%) usavam eventualmente. Após o início do tratamento, 38

Tabela 2 - Distribuição dos homens com DST segundo práticas sexuais. Centro de Referência para DST, Fortaleza-Ceará, maio e junho de 2003.

Tipo de prática sexual	No	(%)
Vaginal	29	48,3
Vaginal, oral e anal	22	31,6
Vaginal e oral	04	6,7
Vaginal e anal	04	6,7
Oral e anal	04	6,7
Total	60	100,0

Tabela 3 - Distribuição dos homens com DST segundo uso rotineiro do preservativo antes e após o início do tratamento. Centro de Referência para DST, Fortaleza-Ceará, maio e junho de 2003.

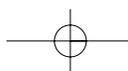
Uso do preservativo	Antes do tratamento		Depois do tratamento	
	Nº	%	No	%
Sempre	02	3,3	38	63,3
Às vezes	35	58,3	18	30,0
Nunca	23	38,3	04	6,7
Total	60	10,0	60	100,0

(63,3%) homens referiram estar usando sempre o preservativo nas relações sexuais, 18 (30%) só usam às vezes e quatro (6,7%) permanecem sem usar o preservativo nas relações sexuais.

DISCUSSÃO

Observou-se que a maioria dos homens atendidos com DST neste serviço são jovens e em idade reprodutiva, o que se assemelha aos achados de outros estudos sobre essa temática¹⁰⁻¹². Esse achado se justifica pelo fato de ser nessa faixa etária que as pessoas tendem a ter a vida sexual mais ativa, o que conseqüentemente favorece a multiplicidade de parceiros(as). Encontrou-se também média escolaridade e baixo nível socioeconômico, o que remete a uma reflexão acerca da comunicação das mensagens educativas, que devem ser claras, compreensíveis e adaptadas ao estilo de vida destes homens.

Outro aspecto que merece reflexão é o fato de a unidade atender em sua grande maioria casos de HPV (80%). Os pacientes com HPV normalmente levam semanas ou meses em tratamento e podem ocupar por muito tempo a vaga na unidade, dificultando o acesso de pessoas com doenças agudas como a gonorréia e clamídia. Estes, devido ao incômodo apresentado pelos sinais e sintomas, não conseguem esperar para serem atendidos. A demora na percepção dos sintomas e na procura do serviço de saúde pode estar relacionada com este tipo de DST, mais freqüentemente atendida na unidade. Este pode se manifestar na sua grande maioria de forma subclínica, sem muita severidade nos sintomas, levando dessa forma as pessoas a suportarem esperar alguns dias e até meses para procurarem os serviços. Estudos apontam fortes evidências de demora pela procura do tratamento entre pessoas portadoras de DST¹¹, e os homens normalmente só procuram quando estão sintomáticos¹³. Estes, antes de



procurarem os serviços de saúde, costumam ir a outro local em busca de tratamento⁷⁻⁹, e mais do que as mulheres procuram pelas farmácias privadas⁹. Essa situação pode acontecer tanto devido à dificuldade de acesso aos serviços de DST como em função de os pacientes sentirem medo de serem discriminados nos serviços. A dificuldade de acesso à consulta foi um aspecto muito relatado por homens com DST atendidos em outra unidade de saúde de referência para DST de Fortaleza¹⁴.

Um percentual considerável de homens referiu somente um parceiro sexual nos últimos três meses anteriores ao estudo, o que pode indicar diminuição das relações sexuais após a percepção dos sintomas, fato este também evidenciado em outro estudo¹⁶. Isso pode ser consequência das orientações recebidas durante o aconselhamento, o que levou os portadores a desenvolverem certo cuidado em evitar a transmissão após descobrirem que se tratava de uma doença de transmissão sexual.

O fato de um percentual considerável de homens referir que usava preservativo, às vezes, antes de iniciarem o tratamento pode dar indícios para ajudar nas campanhas de prevenção voltadas para esta população. Entendemos a importância de orientações preventivas direcionadas para casais com relações estáveis, mas as representações sociais acerca do uso do preservativo nestas relações¹⁷ não podem ser desconsideradas.

O trabalho de prevenção com estes homens para que adotem o hábito de uso do preservativo nas relações extraconjugais já poderia ser o primeiro passo para o início da mudança de comportamento e assim assegurar a promoção da saúde e da atividade sexual com mais tranquilidade, visto que diminuiriam consideravelmente as chances de adquirir DST e HIV. Vale salientar que houve um aumento significativo do uso do preservativo após o início do tratamento, o que pode indicar que o aconselhamento exerce realmente uma eficácia entre portadores de DST¹⁴.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo apresentou uma experiência significativa, por apresentar o comportamento sexual de homens com doenças sexualmente transmissíveis, o que pode contribuir para o melhoramento dos serviços prestados a esta população, bem como na elaboração de estratégias de prevenção executáveis e adaptadas à realidade de vida destes.

Como o acesso aos homens é mais difícil, considerando que estes não têm o hábito de procurar os serviços de saúde, faz-se necessário que estes serviços se organizem levando em consideração estes comportamentos diferenciados entre homens e mulheres quando se encontram com DST. Deve também ser reconhecida e estimulada pelas autoridades competentes, a importância de um trabalho educativo na mídia acerca da possibilidade de redução da transmissão da DST se o indivíduo procurar precocemente por tratamento, o que pode significar a quebra da cadeia de transmissão. Apesar de o estudo se restringir a uma unidade de saúde, traz contribuições importantes para o desenvolvimento de estratégias de prevenção adaptadas a esta realidade. Pesquisas com maior representatividade amostral devem ser desenvolvidas para confirmar esses dados.

Agradecimentos

À direção da unidade de saúde, ao médico Carlos Sá e a todos os homens com DST que contribuíram com o estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Passos, MRL (Org.) Doenças Sexualmente Transmissíveis. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p.XXX
2. Azulay DR & Azulay RD. Doenças Sexualmente transmissíveis. In Dermatologia. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
3. Organização Mundial da Saúde. Acessado em 23/11/04.
4. Acessado em 12/10/04.
5. Wasserheit JN. Epidemiological synergy - interrelationship between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. Sex. Transm Dis 1992; 19(2): 61-77.
6. Belda Júnior W. Doenças Sexualmente Transmissíveis. São Paulo: Atheneu; 1999.
7. Benjarattanaporn P, Lindan CP, Mills S et al. Men with sexually transmitted diseases in Bangkok: where do they go for treatment and why? Sex Transm Dis 1997; 11(1): 87 - 95.
8. Parker KA, Koumans EH, Hawkins RV. Providing low-cost sexually transmitted disease services in two semi-urban health centers in Central African Republic (CAR): characteristics of patients and patterns of health care-seeking behavior. Sex Transm Dis 1999; 26(9): 508-516.
9. Araújo MAL, Bello PY, Bucher JSNF. Análise das fichas de atendimento de pacientes com Doenças Sexualmente Transmissíveis das Unidades de Referência de Fortaleza, 2000 e 2001. DST - J bras Doenças Sex Transm 14(4): 1
10. Castro CRC, Passos MRL, Pinheiro VMS, Barreto NA, Rubenstein I. Detecção de Chlamydia trachomatis em homens militares com queixas clínicas de uretrite. DST - J bras Doenças Sex Transm 2000; 12 (Supl):4-11.
11. Pitts MK, Woolliscroft J, Cannon S, Johnson I, Singh G. Factors influencing delay in treatment seeking by first-time attenders at a genitourinary clinic. International Journal of STD & AIDS 2000; 11:375-378.
12. Camarte EM, Matta MFB, Ferro VRB, Passos MRL. Uretrite Gonocócica em pacientes masculinos do Setor DST-UFF. DST - J bras Doenças Sex Transm 2000; (6): 17-30.
13. Guerriero I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública 2002; 36(4 Supl): 50-60.
14. Araújo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de referência em Fortaleza, Ceará. Cad Saúde Pública 2005; 21(2):24-32.
15. Araújo MAL, Bucher JSNF, Bello PY. Eficácia do Aconselhamento para Doenças Sexualmente Transmissíveis das Unidades de Referência da Cidade de Fortaleza, CE, Brasil. DST - J bras Doenças Sex Transm 2004; 16(1): 31-37.
16. Irwin DE, Thomas JC, Spitters CE et al. Self-Reported Sexual activity and Condom Use Among Symptomatic Clients Attending STD Clinics. Sex Trans Dis 1999; 26(5): 45-51.
17. Silva CGM. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da aids entre homens casados. Rev Saúde Pública 2002; 36(4 Supl): 40-9.

Endereço para correspondência:

MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Rua São Gabriel nº 300, Aptº 1101,
Parque do Cocó - CEP: 60135-450. Fortaleza-Ceará.
E-mail: alix.araujo@secrel.com.br

Recebido em: 29/03/05

Aprovado em: 04/05/05

A SUBNOTIFICAÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: A SITUAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

THE UNDER-REPORTING OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES CASES: THE RIO DE JANEIRO STATE'S SITUATION

Tatiana CB Luz¹, Michele L Pedrosa²

RESUMO

Introdução: as doenças sexualmente transmissíveis (DST) são um grave problema de saúde pública no mundo, pois são de difícil detecção, além de aumentarem a chance de contaminação pelo HIV. Seu controle é possível e terá maior êxito com a implementação de um sistema de vigilância epidemiológica simples e consistente. No Estado do Rio de Janeiro este sistema consiste na notificação obrigatória de seis doenças e síndromes ao SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação). **Objetivo:** descrever e comparar a proporção das notificações por regiões e municípios do Estado do Rio de Janeiro, avaliar a qualidade dessas notificações e estimar a subnotificação. **Métodos:** estudo descritivo de 78.870 notificações de DST contidas no banco de dados do SINAN entre 2001 e 2004. **Resultados:** as regiões responsáveis pelos maiores percentuais de notificações foram a Metropolitana 1 (54,6%), Baixada Litorânea (9,3%) e Serrana (7,8%). Os campos sexo e idade apresentaram boa qualidade de preenchimento. Já os campos raça e escolaridade não foram preenchidos integralmente e na maioria das vezes foram preenchidos como ignorados, impossibilitando o acesso à informação. Há uma importante subnotificação dos casos de DST no estado, sendo o ano de 2004 aquele que apresentou maior percentual de notificações frente ao número total de casos estimado (2,12%). **Conclusão:** no estado do Rio de Janeiro, o Sistema de Vigilância Epidemiológica das DST ainda não pode ser considerado eficiente, em virtude da subnotificação e da baixa qualidade das informações prestadas. Há necessidade de estimular a notificação e melhorar a qualidade dos dados coletados.

Palavras-chave: DST, SINAN, vigilância epidemiológica, notificação

ABSTRACT

Introduction: the Sexually Transmitted Diseases (STD) are a major public health problem not only because of the morbidity of acute illness but also because they enhance the sexual transmission of HIV infection. To facilitate disease control efforts it is important to implement a consistent and simple surveillance system. In Rio de Janeiro State this system requires health care providers to notify six diseases and STD syndromic cases to the Information System for Notifiable Diseases (Sinan). **Objective:** describe and compare the proportion of notifications by regions and cities of the Rio de Janeiro State, assess the quality of these notifications and evaluate the level of under-reporting of STD cases. **Method:** descriptive study on 78,870 notifications of STD cases from SINAN database between 2001 and 2004. **Results:** regions responsible for greater percentages of notifications were Metropolitana 1 (54,6%), Baixada Litorânea (9,3%) and Serrana (7,8%). Sex and Age fields were properly filled. On the other hand, Race and Educational level weren't fully completed and often were reported as ignored, hindering the access to information. There is a significant under-reporting of STD cases in the State and, from the period in study, 2004 showed the greatest percentage of notifications toward the estimated total number of cases (2,12%). **Conclusion:** in the Rio de Janeiro State the STD's epidemiological surveillance system can't be considered effective yet, due to under-reporting and low quality of information received. It is important to stimulate notifications and improve the quality of reported data.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases, SINAN, epidemiological surveillance, notification

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2): 111-116, 2005

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo por suas repercussões médicas, sociais e econômicas. Constituem doenças de difícil detecção, uma vez que acarretam poucos sintomas visíveis e, muitas vezes, apresentam-se de forma assintomática¹. Além disso, aumentam a chance, em pelo menos dez vezes, de contaminação pelo HIV². Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a incidência global de DST curáveis é de, aproximadamente, 333 milhões por ano.

Estima-se, ainda, que dois terços de todos os casos ocorram em pessoas com idade inferior a 25 anos e, em algumas populações, a maioria dos indivíduos adultos esteja infectada por um ou mais patógenos³. Para o Brasil, a OMS estimou a ocorrência de mais de 12 milhões de casos por ano. Isto, associado ao alto índice de automedicação, torna o problema ainda maior, já que muitos pacientes não recebem orientação e tratamento adequados, tornando-se casos subclínicos, permanecendo transmissores e mantendo-se como elos fundamentais na cadeia de transmissão das doenças⁴.

A disponibilização de unidades de saúde para pronto atendimento, com profissionais preparados para o diagnóstico, tratamento, acolhimento e aconselhamento dos portadores e de seus parceiros sexuais, bem como a garantia de um fluxo contínuo de medicamentos e preservativos tornam possível o controle das DST⁴. Entretanto, para que esses objetivos sejam alcançados, essas ações dependem da implementação de um sistema de vigilância epidemiológica. Esse sistema é responsável pela coleta, processamento, análise e interpretação dos dados, e as informações por ele reunidas podem dar suporte

¹Mestre em Saúde Pública, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Assessoria de DST/Aids, Professora Assistente da Faculdade de Farmácia da Universidade Estácio de Sá

²Mestre em Saúde Pública, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Controle e Avaliação, Médica Instituto de Ginecologia da UFRJ e do Hospital ProMatre.

te às atividades de planejamento, monitorização e avaliação das ações realizadas para o controle dessas patologias⁵.

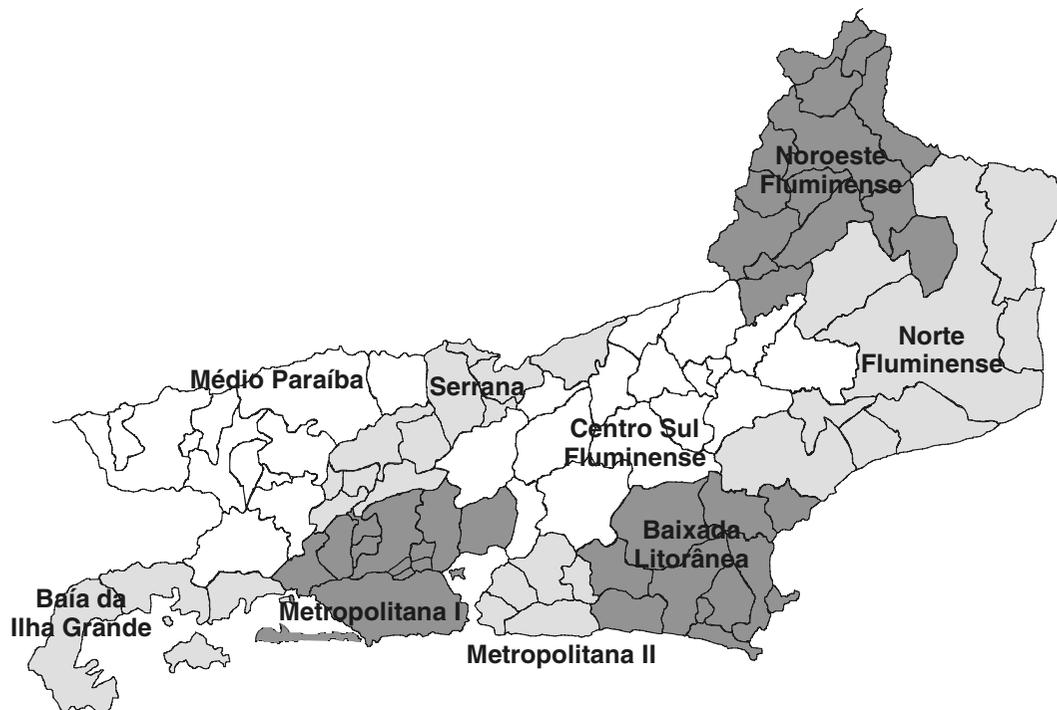
A modalidade de vigilância das DST proposta pelo Ministério da Saúde tem como base a notificação imediata de doenças específicas e síndromes. Esse sistema foi concebido para ser simples, factível, ágil e consistente, pois não depende de demorados procedimentos diagnósticos e investigativos para que a notificação seja realizada.

O estado do Rio de Janeiro conta com uma legislação própria para a vigilância epidemiológica das DST. Em 20 de junho de 2003 foi publicada uma resolução estadual⁶ que tornou obrigatória a notificação de casos de sífilis em adultos, herpes genital, condiloma acuminado e síndromes da úlcera genital, do corrimento uretral e do corrimento cervical ao SINAN (Sistema de Informações de Agravos de

Notificação). Entretanto, a despeito da existência do dispositivo legal, o procedimento de notificação das DST ainda não está sendo realizado de maneira sistemática por todos os municípios do estado.

O presente trabalho pretende descrever e comparar a proporção das notificações efetuadas por regiões e municípios do estado do Rio de Janeiro, avaliar a qualidade das notificações efetuadas, a partir dos casos de DST registrados pelo SINAN mantido pelo Departamento de Informações do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e estimar a subnotificação de casos.

A **Figura 1** demonstra as regiões geográficas do estado do Rio de Janeiro com os seus respectivos municípios.



Região Geográfica:

Baía da Ilha Grande

Baixada Litorânea

Centro-Sul Fluminense

Médio Paraíba

Metropolitana I

Metropolitana II

Noroeste Fluminense

Norte Fluminense

Serrana

Municípios:

Angra dos Reis, Mangaratiba, Parati

Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema

Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Tres Rios, Vassouras

Barra do Pirai, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Pirai, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda

Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Seropédica

Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá

Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Lajé do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antonio de Pádua, São José de Ubá, Varre-Sai

Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra

Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes

Figura 1 - Estado do Rio de Janeiro por Região Geográfica

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo das notificações de DST contidas no banco de dados do SINAN mantido pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, no período compreendido entre 2001 e 2004. A partir da informação Agravo, foram selecionadas as notificações de sífilis em adultos, herpes genital, condiloma acuminado e síndromes da úlcera genital, do corrimento uretral e do corrimento cervical, totalizando 78.870 casos. As informações obtidas foram exportadas e armazenadas em um banco de dados informatizado (Programa Epiinfo versão 6.02, 1994). Foram selecionadas as variáveis município de notificação, ano da notificação, idade, sexo, escolaridade e raça, contidas na ficha de notificação padronizada pelo Ministério da Saúde. Os municípios de notificação foram separados e agrupados em nove regiões, segundo o critério de região geográfica adotado pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro⁷. Para as variáveis selecionadas, foram calculadas as distribuições de frequências e analisado seu grau de preenchimento. Para idade foram consideradas inconsistentes notificações de indivíduos maiores do que 90 anos. Para estimar a subnotificação de casos foi utilizada a incidência anual de DST, estimada pela Organização Mundial de Saúde em 38 milhões de casos para uma população de 260 milhões de habitantes, considerando a América Latina e o Caribe⁸. A população utilizada como denominador para o cálculo das incidências foi composta pelos indivíduos entre 15 e 49 anos de idade, residentes no Estado do Rio de Janeiro, em cada ano do período avaliado. Essas informações foram disponibilizadas pelo banco de dados mantido pela Secretaria Estadual de Saúde⁹.

RESULTADOS

Entre 2001 e 2004 foram notificados 78.870 casos de DST à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, sendo a região

Metropolitana 1 responsável por 54,6% do total de notificações, seguida pelas regiões Baixada Litorânea (9,3%) e Serrana (7,8%) (Gráfico 1).

Foram identificados, em cada região, os municípios que mais notificaram casos. A distribuição está na Tabela 1. Nas regiões Metropolitana 1 e Baía da Ilha Grande, os municípios que mais notificaram foram aqueles com maior contingente populacional, entretanto, para as demais regiões o perfil foi variável. Considerando o tamanho populacional de cada região, no Noroeste fluminense, por exemplo, o município que mais notificou casos foi Laje do Muriaé, o décimo terceiro no ranking populacional. Já no Centro Sul Fluminense, o município que mais notificou foi Mendes, o oitavo em população.

Para avaliar a qualidade do preenchimento das notificações foram selecionadas as variáveis sexo, idade, escolaridade e raça. A análise das 78.870 notificações constantes no sistema mostrou boa qualidade do preenchimento dos campos sexo e idade. Para o campo sexo o preenchimento como ignorado ocorreu em 0,13% das notificações, já o campo idade foi considerado inconsistente em 0,5% das notificações. A avaliação da ocorrência do agravo segundo o sexo revelou a ocorrência de corrimento cervical em 3% das notificações de indivíduos do sexo masculino.

Os campos escolaridade e raça, embora não sejam de preenchimento obrigatório para a notificação, são considerados importantes para análise epidemiológica e operacional. Para esses campos não foi observado preenchimento integral em nenhuma região (Gráficos 2 e 3). As regiões Noroeste fluminense, Metropolitana 2 e Centro Sul fluminense foram as que apresentaram o maior percentual de preenchimento destes campos. A análise da qualidade do preenchimento dos campos revelou, entretanto, altos percentuais de dados preenchidos como ignorados, impossibilitando o acesso à informação. A região Metropolitana 1, por exemplo, teve o campo escolaridade preenchido em 74% das notificações, sendo que dentre essas, 82% tiveram o campo assinalado como ignorado. No caso da variável raça, na região Centro Sul fluminense, o preenchimento ocorreu em

Gráfico 1 - Proporção de casos notificados de DST segundo regiões entre 2001 e 2004/ERJ

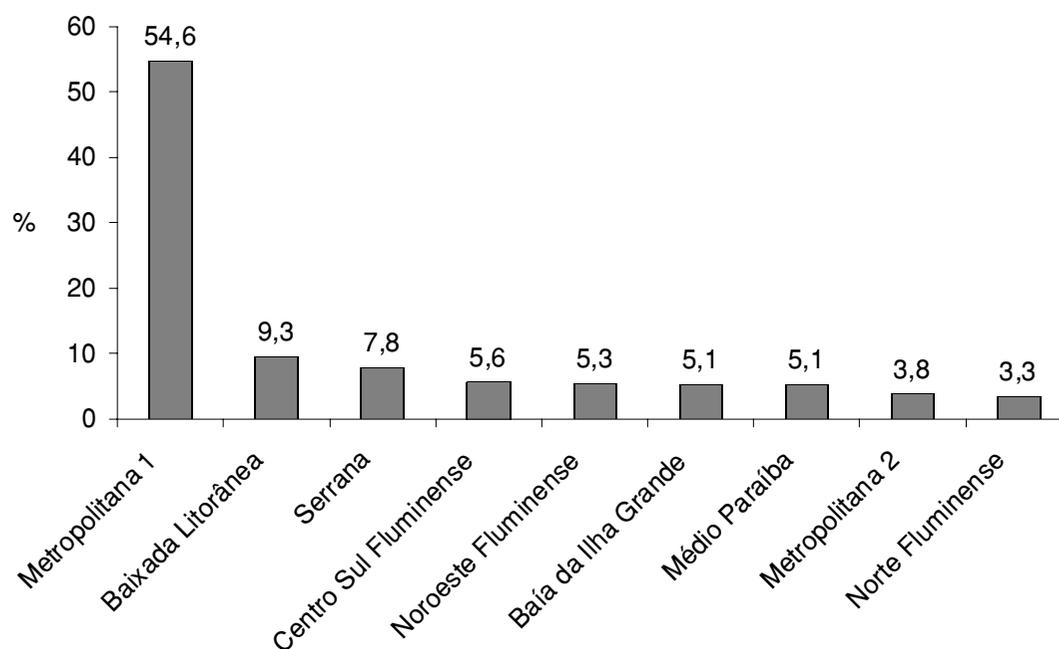
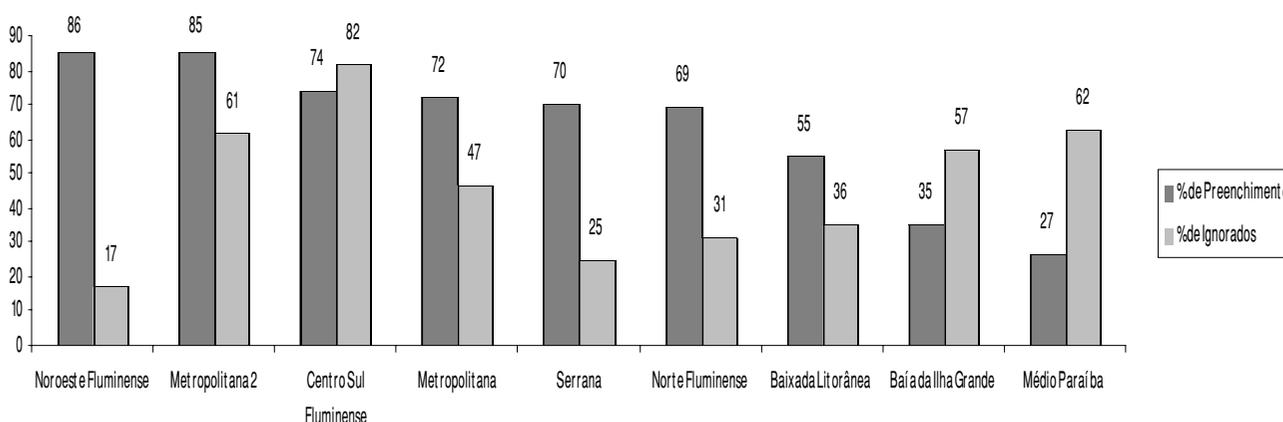
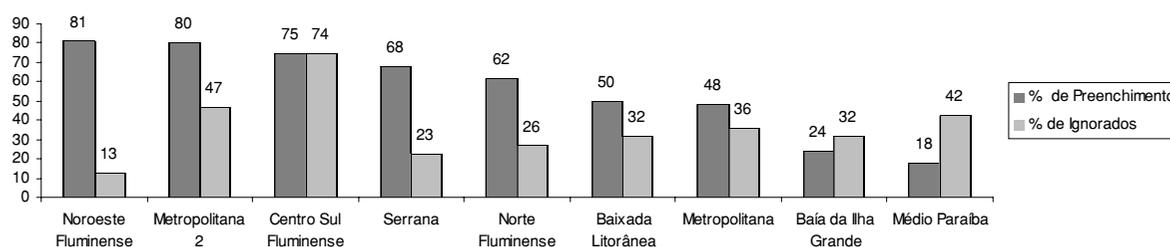


Tabela 1 - Percentual de municípios que mais notificam por região – ERJ 2001-2004

Região	Município	Casos notificados 2001-2004		População 2001-2004 em milhões de habitantes
		n	%	
Metropolitana 1	Rio de Janeiro	13.922	38,1	23.819.634
Baixada Litorânea	Rio Bonito	2154	28,7	203.401
Serrana	Petrópolis	4819	71,4	1.178.454
Centro Sul Fluminense	Mendes	1834	42,9	69.901
Noroeste Fluminense	Laje do Muriaé	1128	26,9	32.095
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis	1794	46,8	512.159
Médio Paraíba	Resende	1908	46,5	439.615
Metropolitana 2	Niterói	2460	80,4	1.861.084
Norte Fluminense	Macaé	1162	43	568.825

Gráfico 2 - Nível de preenchimento do Campo Escolaridade por Região e de seu preenchimento como “Ignorado” entre 2001-2004/ERJ**Gráfico 3** - Nível de preenchimento do Campo Raça por Região e de seu preenchimento como “Ignorado” entre 2001-2004/ERJ

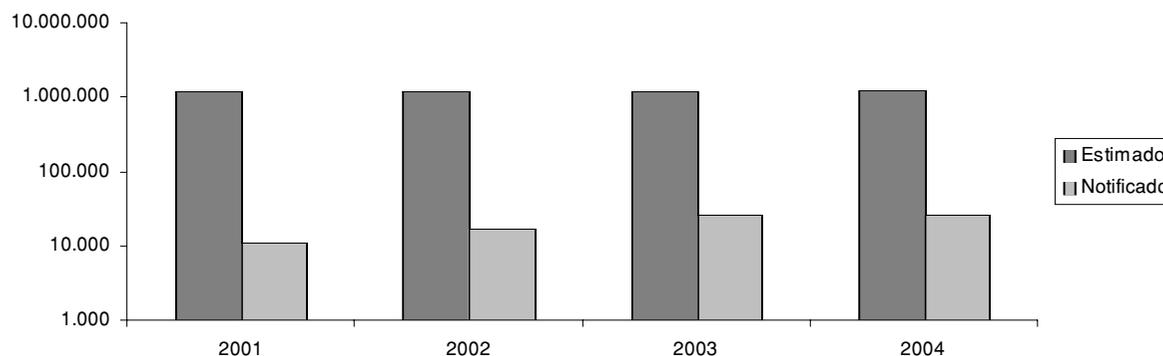
75% das notificações, no entanto, em 74% destas, o dado foi assinalado como ignorado.

A partir da análise do **Gráfico 4** percebe-se que, no período analisado, praticamente não foram notificadas DST ao estado. O ano de 2004 foi o que apresentou maior frequência de notificações frente ao estimado, ou seja, 25.783 notificações para um número esperado de 1.215.969 casos (2,12% do total).

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2): 111-116, 2005

DISCUSSÃO

No período analisado, a avaliação das notificações enviadas revela um predomínio da região Metropolitana 1, o que era esperado, uma vez que esta área concentra os municípios com maior contingente populacional, além de oferecer a maior rede assistencial de saúde do estado. Por outro lado, chama a atenção o baixo percentual de notifi-

Gráfico 4 - DST estimadas e notificadas entre 2001 e 2004/ERJ

cação das demais regiões, sobretudo da região Metropolitana 2, que é a segunda região em população e em capacidade ambulatorial e hospitalar instalada, segundo dados do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, gerenciado a nível estadual pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)⁹. Quanto ao perfil dos municípios notificantes, observou-se uma grande diversidade entre as regiões, sendo que os municípios que mais notificam nem sempre são os de maior contingente populacional, que normalmente contam com mais infra-estrutura em termos de equipamentos e número de profissionais. Esse fato aponta para a baixa cobertura das ações de vigilância epidemiológica das DST, que pode ser explicada pelo desconhecimento de sua importância pelos demais profissionais de saúde, pelo descrédito nos serviços de saúde ou pela falta de acompanhamento e supervisão da rede de serviços¹⁰.

Com relação aos campos sexo, idade, raça e escolaridade, constantes nas fichas de notificação, verificou-se boa qualidade de preenchimento para os dois primeiros, com baixo percentual de dados preenchidos como ignorados. Entretanto, vale ressaltar que esses campos são considerados obrigatórios para o SINAN, sendo que a ausência do dado impossibilita a inclusão da notificação no sistema. Por outro lado, para os campos raça e escolaridade não foi verificado seu preenchimento integral e, em quase todas as notificações analisadas, estes campos foram preenchidos como ignorados. Além disso, com relação às inconsistências observadas, chama a atenção a ocorrência de corrimento cervical em homens em 3% das notificações do sexo masculino, bem com a existência de 0,5% de notificações de DST para indivíduos maiores de 90 anos de idade. Ressalta-se que com relação à idade, o critério adotado para considerar uma inconsistência foi a ocorrência de notificação de DST em indivíduos maiores de 90 anos. Caso fosse adotado um critério mais rigoroso, que utilizasse como ponto de corte uma faixa etária compreendida entre 15 e 49 anos de idade, por exemplo, seria encontrado um maior percentual de notificações contendo inconsistências com relação à idade.

Segundo a OMS, a exata magnitude das DST no Brasil e no mundo ainda não foi estabelecida e embora existam sistemas de informação voltados para a vigilância destas doenças em alguns países, os dados nem sempre são confiáveis e completos. Isso ocorre porque um grande número de infecções é assintomática, apenas parte da população busca atendimento especializado, e um número muito pequeno desses casos é reportado⁸. No caso do estado do Rio de Janeiro constatou-se que o número de notificações existentes é muito inferior ao que seria esperado, não chegando nem a 3% do valor esti-

mado. Esse fato é preocupante, pois as DST são a maior causa global de doenças agudas, infertilidade, podem levar ao óbito ou a complicações psicológicas, além de aumentarem a chance, em pelo menos dez vezes, de contaminação pelo HIV^{2,8}. Sendo assim, a subnotificação de casos, ou seja, o desconhecimento da vigilância epidemiológica de grande parte dos casos diagnosticados, além de implicar na impossibilidade de conhecer a magnitude e o ônus relacionados com essas doenças, dificulta a identificação das necessidades locais em termos da oferta de serviços, de recursos humanos e financeiros necessários para o seu enfrentamento.

Os resultados apresentados no presente estudo vão ao encontro do que afirmam Laguardia *et al*¹¹, segundo os quais, a maioria dos profissionais de saúde no país entende que o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados é uma atividade meramente burocrática, uma parte menos nobre e importante do seu processo de trabalho, o que acaba gerando deficiências na abrangência e qualidade dos dados. Segundo Ferreira e Portela¹², a qualidade da informação em saúde no Brasil ainda é muito precária, com uma infinidade de papéis preenchidos à mão e encaminhados de um setor ao outro, ocasionando demoras, perdas e erros. O problema é agravado ainda pela inexistência de rotinas de crítica dos dados digitados no sistema ou para detecção de inconsistências, comprometendo as análises epidemiológicas. Some-se isto ao fato de que as ações de vigilância epidemiológica, especialmente no nível local, têm concentrado esforços na coleta de dados e investigação de casos e, apesar desta etapa se constituir na base da vigilância, os dados, isoladamente não farão sentido sem sua posterior análise, interpretação e disseminação das informações. Ferreira e Portela¹² apontam ainda para a dificuldade de intervenção em um sistema de informação se não são conhecidos os erros de preenchimento mais frequentes ou as unidades que apresentam dificuldades para notificar, investigar casos ou enviar as informações para o nível imediatamente superior.

CONCLUSÃO

As informações são essenciais para apoiar as decisões, reduzindo a incerteza das ações, uma vez que permitem que os problemas sejam avaliados com segurança. No caso das DST, as notificações são consideradas fundamentais, pois sua análise permite a identificação de uma população de alto risco para a aquisição do HIV (a dos portado-

res de DST) e pelo fato de seu monitoramento permitir ações concretas para o seu controle e para o controle da transmissão do HIV.

O Sistema de Vigilância Epidemiológica das DST somente poderá ser considerado eficiente se puder proporcionar informações fidedignas. Para tanto necessita de uma base de dados de boa qualidade, completa (deve conter todos os casos diagnosticados), confiável (fiel aos dados originais registrados nas unidades de saúde), sem duplicidades e seus campos devem estar preenchidos e consistentes. A partir desse estudo identificou-se que no caso do estado do Rio de Janeiro, esse sistema ainda não pode ser considerado eficiente, em virtude da subnotificação e da qualidade das informações prestadas.

Em resumo, há necessidade de estimular a notificação e melhorar a qualidade dos dados coletados. Sugerem-se como estratégias para superação dos principais problemas detectadas a educação continuada dos profissionais responsáveis por sua geração, esclarecendo a importância da notificação e de seu correto preenchimento, o fomento à análise, interpretação e disseminação das informações no nível local e o retorno, pelo nível central, dos dados coletados e das ações que foram geradas pela análise dos dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez AL, Gotlieb SLD, Hardy E, Zaneveld LJD. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(1): 55-62.
2. Carret MLV, Fassa AG, Silveira DS et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. *Revista de Saúde Pública* 2004; 38(1): 76-84.
3. Lopes F, Latorre MRDO, Pignatari ACC et al. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(6): 1473-1480.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 3ª Ed. Brasília: PNDST/AIDS; 1999.
5. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 5ª. Ed. Brasília: FUNASA; 2002.
6. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Resolução SES Nº 2075 de 20/06/2003. Redefine a relação de doenças de notificação compulsória no âmbito do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/publicacoes/Res2075.shtml>>. Acesso em: 31/05/2005.
7. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Informe ao Gestor: Regiões e Microrregiões de Saúde. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/gestor/Plano_diretor.shtml>. Acesso em 31/05/2005.
8. World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: Overview and Estimates. Geneva: OMS; 2001. p. 1-10.
9. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Informações em Saúde: População Residente – Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/informacoes/bancodad.shtml>>. Acesso em 31/05/2005.
10. Alvanhan RAM. Vigilância Epidemiológica. In: Bases da Saúde Coletiva (Andrade SM, Soares DA, Junior LC. (Org). Londrina: Editora UEL; 2001. p.221-229.
11. Laguardia J. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde. Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil* 2004; 13(3): 135-146.
12. Ferreira VMB, Portela MC. Avaliação da subnotificação de casos de Aids no Município do Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1999; 15(2): 317-324.

Endereço para correspondência:

TATIANA CHAMA BORGES LUZ

Assessoria de DST/Aids

Rua México, 128, sala 412. Centro,

Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20031-142

E-mail: tatiana@saude.rj.gov.br

Recebido em: 28/04/05

Aprovado em: 30/05/05

¿LA PRESENCIA DEL pH VAGINAL NORMAL DESCARTA EL DIAGNÓSTICO DE LA VAGINOSIS BACTERIANA?

DOES THE PRESENCE OF A NORMAL VAGINAL PH ROLE OUT THE DIAGNOSIS OF BACTERIAL VAGINOSIS?

Miguel Tilli¹, Adrián Orsini², María Marta Alvarez¹,
Marisa Almuzara¹, Elena Gallardo¹ Juan O Mormandi¹

RESUMEN

Introducción: la Vaginosis Bacteriana (VB) es una infección vaginal caracterizada por una alteración del medio ambiente vaginal con disminución en el contenido vaginal de *Lactobacillus spp.* e incremento de microorganismos Anaerobios, *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp.* y Micoplasmas. Se atribuyen a esta infección tanto complicaciones ginecológicas como obstétricas. En la actualidad el diagnóstico de esta infección se basa, ya sea en la utilización de los criterios de Amsel (clínico-microbiológicos) o bien en los criterios de Nugent (microbiológico). La medición del pH vaginal, mediante tiras reactivas, es una herramienta simple y de muy bajo costo para ser aplicado en los distintos niveles de atención médica; y teniendo en cuenta que es uno de los criterios para el diagnóstico de VB, su normalidad podría ser de utilidad para descartar la presencia de esta patología. **Objetivo:** estimar los valores de cribaje (sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud) del pH vaginal en pacientes con sospecha de infección cervicovaginal para el diagnóstico de VB. **Métodos:** se evaluaron en forma retrospectiva a través de los datos obtenidos en las historias clínicas de las pacientes, derivadas del consultorio al consultorio de Control de Infecciones en Ginecología (CIG) con o sin síntomas de infección cervicovaginal para estudios microbiológicos. Se incluyeron en el estudio 633 pacientes del Servicio de Ginecología del Htal. Interzonal de Agudos Eva Perón y de la Obra Social del Personal de Maestranza. Se incluyeron pacientes evaluadas desde enero de 2002 a junio de 2004. Estudios microbiológicos: se realizaron en todos los casos toma de muestra del fondo de saco vaginal para estudios microscópicos, determinación del pH y prueba de aminas. Patrón Oro: para el diagnóstico de VB (positivos) se utilizaron los criterios de Amsel (flujo homogéneo, pH vaginal >4.5, prueba de aminas positiva y la presencia de *clue cells*). Para el diagnóstico de Flora habitual (FH), o sea los casos negativos, se utilizaron los criterios microbiológicos convencionales, que incluyeron pH (<4.5) prueba de aminas negativa, microscopía que evidencie bacilos Gram positivos con morfología de *Lactobacillus spp.* Prueba del pH Vaginal: positivos: aquellas pacientes cuyo pH fuera >4.5 y Negativos: aquellas pacientes cuyo pH fuera < 4.5. Se calcularon la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud. **Resultados:** se incluyeron para el análisis 633 pacientes de las cuales 230 presentaron VB y 403 FH. El pH vaginal resultó ser elevado en 226 casos de VB y sólo en 4 casos se presentó normal (falso negativo), en cambio para el grupo con FH el pH resultó ser normal en 315 mujeres y aumentado en 88 casos (falsos positivos). La sensibilidad del pH vaginal fue de 98.26% y su especificidad del 78.16%. El valor predictivo positivo (VPP) fue de 71.97%, en cambio el valor predictivo negativo (VPN) del 98.74%. **Conclusión:** la evaluación del pH vaginal como herramienta única para el diagnóstico de VB tiene alta sensibilidad (98.26%). Debido al alto valor predictivo negativo (98.74%) y su razón de verosimilitud negativa (0.02) nos permite aseverar que cuando la prueba es normal (pH<4.5) tenemos una muy baja probabilidad de que la paciente padezca una VB. Su empleo para el tamizaje o screening en mujeres asintomáticas es altamente confiable para descartar la presencia de esta infección.

Palabras claves: vaginosis bacteriana, pH vaginal, diagnóstico

ABSTRACT

Introduction: bacterial vaginosis (BV) is a vaginal infection characterized by alteration of the vaginal environment with diminish in vaginal content of *Lactobacillus spp.* and an overgrowth of another microorganism (anaerobics, *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp.* and *Mycoplasma*). This infection can produce gynaecological and obstetrics complication. Presently the diagnosis of BV is based either on Amsel criteria (clinical-microbiological) or as well on Nugent Criteria (microbiological). The measure of vaginal pH through pH reactive indicators is a simple tool and very low cost to be applied in the different level of medical attention. Having in account that it is one of the BV criteria, its normality could be useful to role out the presence of this pathology. **Objective:** to estimate the value of sensibility, specificity, predictive positive value and predictive negative value of vaginal pH for the diagnosis of BV. **Method:** it was evaluated in a retrospective way through data obtained from clinical records of the patients derived to Gynaecology Infectious Control consultory room with or without symptoms of vaginal infection to microbiologic studies. It was included 633 patients in this study from January 2002 up to June 2004. Microbiological studies: it was performed in all cases a vaginal swab for microscopic examination, pH determination and amine test. Gold standard: for the diagnosis of VB (positive case) it was used Amsel criteria (homogenous discharge, vaginal pH >4.5, positive amine test and the presence of clue cells). For the diagnosis of habitual flora (negative case), it was used the conventional microbiological criteria: pH<4.5, negative amine test, presence of gram-positive bacillus with morphology of *Lactobacillus spp.* PH vaginal test positive: patients whose pH > 4.5, and negative: those patients whose pH <4.5. Statistical analysis: it was calculated the sensibility, specificity, predictive positive value (PPV) and predictive negative value (PNV). **Results:** it was included for the analysis 633 patients from which 230 had BV and 403 habitual flora (HF). The vaginal pH was high in 226 cases of BV and only in 4 cases was normal (negative false). Instead in the HF group the pH was normal in 315 patients and high in 88 cases (positive false). The sensibility of vaginal pH was 98.26% and its specificity 78.16%. The PPV was 71.97%, and PNV: 98.74%. **Conclusion:** the vaginal pH evaluation a unique tool for the diagnosis of BV has a high sensibility (98.26%). Due to the high negative predictive value (98.74%) allow us to assert that when the test is normal (pH<4.5) we have a low probability that the patient suffer from BV. Its use for the screening in asymptomatic patients is highly trusty to role out the presence of this infection.

Keywords: bacterial vaginosis, vaginal pH, diagnosis

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2):117-120, 2005

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2): 117-120, 2005

INTRODUCCIÓN

La Vaginosis Bacteriana (VB) es una infección vaginal caracterizada por una alteración del medio ambiente vaginal con disminución en el contenido vaginal de *Lactobacillus spp.* e incremento de microorganismos Anaerobios, *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp.* y *Micoplasmas*.¹ Se estima que es la infección vaginal mas frecuente en la mujer en edad reproductiva.²

Se ha postulado que tanto la producción microbiana de H₂O₂ como el mantenimiento del pH vaginal en valores normales (3.8-4.5), resultado del metabolismo de los lactobacilos, juegan un rol importante en la estabilidad de la ecología vaginal.^{3,4}

Se atribuyen a esta infección complicaciones ginecológicas como Infección del tracto genital superior e infecciones post quirúrgicas y obstétricas como parto pretérmino, rotura prematura de membranas, corioamnionitis e infección puerperal.⁵⁻⁸

Los estudios mas recientes evidencian una fuerte asociación entre VB y transmisión del HIV, tanto en estudios retrospectivos como en recientes estudios prospectivos de cohorte. Se postula que desequilibrio en la flora vaginal, presente en VB, puede favorecer la seroconversión.⁹⁻¹²

En la actualidad el diagnóstico de esta infección se basa, ya sea en la utilización de los criterios de Amsel (clínico-microbiológicos) o bien en los criterios de Nugent (microbiológico: morfología bacteriana con tinción de Gram).^{13,14}

Los criterios de Amsel incluyen:

1. Flujo homogéneo.
2. pH vaginal >4.5,
3. prueba de aminas positiva (olor a pescado al agregar hidróxido de potasio al 10% en el extendido vaginal),
4. Presencia de Clue cells. (son células epiteliales con bordes alterados y con cocobacilos adheridos a su superficie)

Se requieren 3 de los 4 criterios para el diagnóstico de VB.

Los criterios de Nugent se basan en la descripción microscópica del extendido vaginal luego de la coloración de Gram.

Existen dos imágenes bacterioscópicas inconfundibles relacionadas con VB¹⁵:

a) Bacilos gram negativos o gram negativos cortos, mezclados con gram positivos (pero del mismo aspecto morfológico) superpuestos y/o yuxtapuestos a las células epiteliales. Jamás se observan bacterias intraleucocitarias en el mismo preparado y los leucocitos polimorfonucleares están prácticamente ausentes.

b) Bacilos gram negativos curvos, vibrionacios, gram negativos o gram positivos solos o en mezcla con la imagen bacterioscópica recién descripta. Estos bacilos curvos corresponden a *Mobiluncus sp.*

En base a la presencia de *Lactobacillus spp.*, *Gardnerella vaginalis* y *Mobiluncus spp* se establece una puntuación (score):

- score de 7 a 10: vaginosis bacteriana
- score de 4 a 6: flora intermedia
- score de 1 a 3: flora normal

Los criterios de Nugent incorpora una categoría que hasta hace poco no se conocía, que es la flora intermedia. Es un estado intermedio entre la normalidad de la microbiota y la vaginosis bacteriana,

puediendo en algunos casos también incrementar el riesgo de complicaciones ginecológicas u obstétricas.

La medición del pH vaginal, mediante tiras reactivas, es una herramienta simple y de muy bajo costo para ser aplicado en los distintos niveles de atención médica; y teniendo en cuenta que es uno de los criterios para el diagnóstico de VB, su normalidad podría ser de utilidad para descartar la presencia de esta patología.

OBJETIVO

Estimar los valores de cribaje (sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud) del pH vaginal en pacientes con sospecha de infección cérvicovaginal para el diagnóstico de VB.

MÉTODOS

Se evaluaron en forma retrospectiva a través de los datos obtenidos en las historias clínicas de las pacientes, derivadas del consultorio al consultorio de Control de Infecciones en Ginecología (CIG) con o sin síntomas de infección cervicovaginal para estudios microbiológicos. Se incluyeron en el estudio 633 pacientes del Servicio de Ginecología del Htal. Interzonal de Agudos Eva Perón y el Hospital Penna, de Buenos Aires. Se incluyeron pacientes evaluadas desde enero de 2002 a junio de 2004.

Estudios microbiológicos: Se realizaron en todos los casos toma de muestra del fondo de saco vaginal para estudios microscópicos, determinación del pH y prueba de aminas.

Patrón oro: para el diagnóstico de VB (positivos) se utilizaron los criterios de Amsel (flujo homogéneo, pH vaginal >4.5, prueba de aminas positiva y la presencia de *clue cells*).

Para el diagnóstico de Flora habitual (FH), o sea los casos negativos, se utilizaron los criterios microbiológicos convencionales, que incluyeron pH (<4.5) prueba de aminas negativa, microscopía que evidencie bacilos Gram positivos con morfología de *Lactobacillus spp.*

Prueba del pH vaginal:

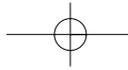
Positivos: aquellas pacientes cuyo pH fuera >4.5 y **Negativos:** aquellas pacientes cuyo pH fuera < 4.5. Se calcularon la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud

RESULTADOS

Se incluyeron para el análisis 633 pacientes de las cuales 230 presentaron VB y 403 FH. El pH vaginal resultó ser elevado en 226 casos de VB y sólo en 4 casos se presento normal (falso negativo), en cambio para el grupo con FH el pH resultó ser normal en 315 mujeres y aumentado en 88 casos (falsos positivos). Los valores de cribaje se pueden ver en la siguiente tabla:

¹ Consultorio de Control de Infecciones en Ginecología. Hospital Eva Perón

² Consultorio de Control de Infecciones en Ginecología. Hospital Penna Buenos Aires, Argentina



Prueba de referencia			Combinación de pruebas diagnósticas simples - Datos tabulados		
P r u e b a	+		-		Total
	+	-	+	-	
+	226	88	314		
-	4	315	319		
	230	403	633		
Nivel de confianza: 0.950					
Intervalos de confianza:					
			Inferior	Superior	
Sensibilidad:	98.26%		95.31	99.44	
Especificidad:	78.16%		73.74	82.03	
Valor predictivo positivo:	71.97%		66.59	76.80	
Valor predictivo negativo:	98.74%		96.60	99.59	
Valor global de la prueba:	85.46%		82.42	88.07	
Razón de verosimilitud positiva:	4.50		3.73	5.41	
Razón de verosimilitud negativa:	0.02		0.00	0.05	

Figura 1. La sensibilidad del pH vaginal fue de 98.26% y su especificidad del 78.16%. El valor predictivo positivo (VPP) fue de 71.97%, en cambio el valor predictivo negativo (VPN) del 98.74%.

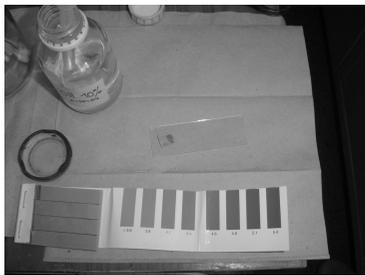


Figura 2. Hidróxido de potasio y tiras reactivas de pH

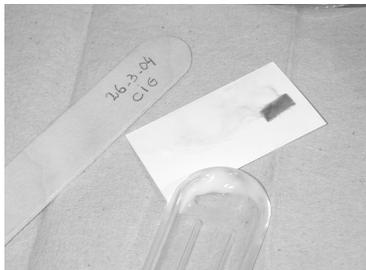


Figura 3. en pH vaginal en VB (pH > 4.5)

DISCUSIÓN

La vaginosis bacteriana es la infección más prevalente en la mujer en edad reproductiva no embarazada (10-30%)¹⁶, y su manejo correcto permitiría evitar las complicaciones vinculadas a esta infección, tanto ginecológicas como obstétricas.

En la práctica médica la paciente que consulta por el síntoma flujo o descarga genital muchas veces es evaluada sólo por la observación mediante la especuloscopia o en la minoría de los casos se solicita estudios microbiológicos (cultivos cérvicovaginales), representando alto costo por el sistema de salud.

Se sabe que en la actualidad que para el diagnóstico de esta infección, no es necesario el estudio cultural, ya que si la paciente desarrolla *G. vaginalis*, no necesariamente indica que la paciente padezca una VB, porque está demostrado que esta bacteria puede formar parte de la microbiota normal.¹⁷

En la actualidad los criterios más utilizados son los de Amsel y Nugent, antes mencionados.

El presente estudio revela cuán útil es la medición del pH vaginal para descartar el diagnóstico de VB como herramienta única. Su altísimo valor predictivo negativo (98.74%, IC 95%: 95.31-99.44), nos permite aseverar que cuando la mujer presenta un pH normal (<4.5) tiene 98.74% de probabilidad de no tener la infección, porque en esta muestra estudiada el pH vaginal resultó ser elevado en 226 de 230 casos de VB y sólo en 4 casos se presentó normal (falso negativo).

Frente a un pH elevado, la paciente puede padecer una VB, pero también el incremento del pH puede deberse a la presencia de otras infecciones (ej.: *T. vaginalis*), colonización vaginal (ej.: *Streptococcus agalactiae*), o simplemente a la presencia de semen o moco cervical periovulatorio.^{15,18} Es decir el pH como herramienta única resulta ser no tan específica (78.16%, IC 95%: 73.74-82.03). Por lo tanto frente a un pH elevado, para confirmar el diagnóstico de VB, deberemos complementar con otros estudios (prueba de aminas, microscopía).

En un estudio actualmente publicado, Gutman RE y col., observaron que el pH vaginal fue de los criterios de Amsel el de mayor sensibilidad (89%), mientras que el test de aminas el de mayor especificidad.¹⁹

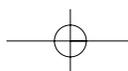
El plantear esta propuesta, del uso del pH como única herramienta en el diagnóstico de VB, es para empleo fundamentalmente en mujeres asintomáticas, no embarazadas o embarazadas a fin de realizar un tamizaje o screening para descartar esta patología eventualmente riesgosa. Si tenemos en cuenta que el costo por paciente, con el empleo de esta técnica es muy bajo, podremos disponer su uso a la mayor parte de la población de mujeres que son atendidas en clínicas ginecológicas y obstétricas.

En publicaciones más recientes se comprueba la eficacia de pruebas comerciales, aprobadas para su uso en el diagnóstico de vaginosis-vaginitis, que utilizan como herramienta el pH y la prueba de aminas.²⁰

Estos métodos pronto serán incorporados con éxito en el manejo sindrómico del flujo o descarga vaginal.

CONCLUSIÓN

La evaluación del pH vaginal como herramienta única para el diagnóstico de VB tiene alta sensibilidad (98.26%). Debido al alto valor predictivo negativo (98.74%) y su razón de verosimilitud negativa (0.02) nos permite aseverar que cuando la prueba es normal



(pH<4.5), tenemos una muy baja probabilidad de que la paciente padezca una VB. Su empleo para el tamizaje o screening en mujeres asintomáticas es altamente confiable para descartar la presencia de esta infección.

Teniendo en cuenta la frecuencia de aparición de este cuadro clínico, su potencial capacidad de asociarse a complicaciones obstétricas y ginecológicas y finalmente la alta prevalencia de mujeres asintomáticas, nos alerta a pensar en incorporar una metodología diagnóstica que sea fácilmente accesible en todos los niveles de la atención médica, que sea segura y de muy bajo costo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eschenbach DA, Davick PR, Williams BL, Klebanoff SJ, Young-Smith K, Critchlow CM, et al. Prevalence of hydrogen peroxide-producing *Lactobacillus* species in normal women and women with bacterial vaginosis. *J Clin Microbiol* 1989; 27:251-6.
2. Eschenbach DA, Hillier S, Critchlow C, Stevens C, DeRouen T, Holmes KK. Diagnosis and clinical manifestations of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:819-28.
3. Paavonen J. Physiology and ecology of the vagina. *Scand J Infect Dis* 1983; S40: 31-5.
4. Redondo-Lopez V, Cook RL, Sobel JD. Emerging role of lactobacilli in the control and maintenance of the vaginal bacterial microflora. *Rev Infect Dis* 1990; 12: 856-72.
5. Goldenberg RL, Thom E, Moawad AH, Johnson F, Roberts J, Caritis SN. The preterm prediction study: fetal fibronectin, bacterial vaginosis, and peripartum infection: NICHD Maternal Fetal Medicine Units Network. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 656-60.
6. Gravett MG, Hummel D, Eschenbach DA, Holmes KK. Preterm labor associated with subclinical amniotic fluid infection and with bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 229-37.
7. Hillier SL, Nugent RP, Eschenbach DA, Krohn MA, Gibbs RS, Martin DH, et al. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant: the Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *N Engl J*
8. McGregor JA, French JI, Jones W, Milligan K, McKinney PJ, Patterson E, et al. Bacterial vaginosis is associated with prematurity and vaginal fluid mucinase and sialidase: results of a controlled trial of topical clindamycin cream. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1048-60.
9. Cohen CR, Duerr A, Pruithithada N, Ruggao S, Hillier S, Garcia P, et al. Bacterial vaginosis and HIV seroprevalence among female commercial sex workers in Chiang Mai, Thailand. *AIDS* 1995; 9: 1093-7.
10. Sewankambo N, Gray R, Waiver MJ, Paxton L, McNairn D, Wabruire-Mangen F, et al. HIV-1 infection associated with abnormal vaginal flora morphology and bacterial vaginosis. *Lancet* 1997; 350: 546-50.
11. Royce R, Thorp J, Granados J, Savitz D. Bacterial vaginosis associated with HIV infection in pregnant women from North Carolina. *J Acquir Immune*
12. Taha TE, Hoover DR, Dallabetta GA, Kumwenda NI, Mtshvalye LAR, Yang LP, et al. Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of HIV. *AIDS* 1998; 12: 1699-706.
13. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med* 1983; 74: 14-22.
14. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol* 1991; 29: 297-301.
15. Tilli M. Infecciones endógenas del tracto genital inferior: Vaginosis bacteriana En: Farinati AE, Mormandi JO, Tilli M. Infecciones en Ginecología y Obstetricia. Del diagnóstico al tratamiento. Buenos Aires: Ed. Pfizer; 1998. p.123-129.
16. Mead PB. Epidemiology of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 446-449.
17. Hillier SL. Diagnostic microbiology of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 455-9.
18. Farinati AE, Tilli M, Frers C et al. Aproximación diagnóstica de la infección vaginal por *Estreptococo* del grupo B en la atención médica primaria. *Brazilian Journal of Infectious Diseases* 1997; 1 (suppl 1): S37.
19. Gutman RE. Evaluation of clinical methods for diagnosing bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol* 2005; 105(3): 551-6.
20. Bradshaw CS - Evaluation of a point-of-care test, BVBlue, and clinical and laboratory criteria for diagnosis of bacterial vaginosis. *J Clin Microbiol* 2005; 43(3): 1304-8.

Endereço para Correspondência

MIGUEL TILLI

Alsina (Calle 103) n° 1731- San Martín

CP: 1650 - Buenos Aires, Argentina.

E-mail: mtilli@arnet.com.ar

Recebido em: 26/04/05

Aprovado em: 28/06/05

A SEXUALIDADE MASCULINA E A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS

THE MALE SEXUALITY AND THE VULNERABILITY TO HIV/AIDS

Laurinete S Andrade¹, Sílvia Maria Nóbrega-Therrien²

RESUMO

Introdução: a epidemia da aids caracterizou-se pelo seu modo avassalador e ao mesmo tempo pelo seu caráter mutante. O quadro epidemiológico sofre mudanças e a população masculina heterossexual passa a crescer entre os portadores de HIV-aids. Neste sentido, faz-se necessário entender também quais fatores têm tornado os homens vulneráveis ao HIV-aids. **Objetivo:** analisar as representações sociais sobre sexualidade elaboradas por homens que se auto-identificam heterossexuais e sua relação com o contexto epidêmico da aids. **Método:** a abordagem do estudo é de natureza qualitativa. Os sujeitos pesquisados foram homens, maiores de 18 anos, que se auto-identificaram como heterossexuais atendidos em um centro de referência em DST na cidade de Fortaleza. Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** as representações apreendidas pela análise de conteúdo revelaram que a sexualidade é representada como sexo e que este é considerado incontrolável nos homens por uma condição natural. Apesar de se colocarem como vulneráveis e ancorarem a aids à morte, ela aparece distante do cotidiano real. O uso da camisinha aparece como uma saída para a prevenção, mas revela um processo doloroso e difícil, pois interfere no prazer sexual. **Conclusão:** os achados apontam a necessidade de se trabalhar a sexualidade masculina como construção histórica e social. Essa compreensão faz-se necessária na implementação das estratégias de prevenção ao HIV-aids.

Palavras-chave: homem, sexualidade, aids

ABSTRACT

Introduction: the epidemic of the aids characterized by a changeable character and an overpowering effect on the human health at the same time. The epidemiological context suffers changes and the male and heterosexual population increase between the people who is affected by HIV. This way, this is necessary to understand also the factors that are responsible for the men have become susceptible of aids. **Objective:** to analyze the social representations about sexuality elaborated by men who are identified as heterosexual and their relation with the epidemic context of the aids. **Methods:** the approach of the study is the qualitative research. The researched men are older than eighteen that are identified as heterosexual. The men assistance occurs at a reference center in DST in Fortaleza. It was used interview in order to collect the information. The data were examined by the technic of contents analysis. **Results:** the representations found by the contents analysis reveal that their sexuality is presented as sex and that this is considered out of control between the men for the natural condition. In despite of they considerer themselves susceptible e and they associate aids to death, it appears distant from the real life. The use of the preservative appears as a way of preventing, but it reveals a painful and difficult process, considering that there is an interference in the sexual pleasure. **Conclusion:** the discoveries reveal the necessity of working the male sexuality as a historical and social construction. This comprehension is necessary for the implementation of the strategies of prevention to HIV-aids.

Keywords: man, sexuality, aids

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2):121-126, 2005

INTRODUÇÃO

O interesse pela temática surgiu quando começamos a atuar no campo da saúde. Há seis anos iniciamos experiência profissional em um hospital público de Fortaleza, no qual fomos inseridas em um trabalho educativo com mulheres na prevenção do câncer de colo do útero. Esse contato já gerou os primeiros questionamentos e instigou-nos a estudar mais a problemática, pois durante o processo educativo, ao discutirmos também sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), as mulheres relatavam as dificuldades nos relacionamentos com os parceiros no tocante à prevenção de doenças sexuais.

Segundo dados da Coordenação Nacional de DST e Aids, até setembro de 2003 foram notificados 277.141 casos, sendo que 197.340 em homens. O perfil da doença está mudando. Os dados indicam tendência de crescimento entre homens heterossexuais. Durante o ano de 2003, este grupo foi responsável por mais de 65% do total de notificações Brasil. Esses dados reforçam mais ainda a necessidade de estudos sobre masculinidade. A população masculina heterossexual ainda é pouco enfocada quando se trata da prevenção ao HIV-aids. Geralmente, os homens são colocados somente como transmissores, não se levando em consideração o fato de que se eles estão transmitindo o HIV é porque eles estão se infectando. Nesse sentido, é imprescindível que se busque entender também quais fatores influenciam a vulnerabilidade masculina heterossexual ao HIV.

Villela² reforça esta questão quando afirma que uma das razões ainda é a concepção de grupos de risco desenvolvidos pelas políticas públicas no direcionamento da prevenção ao HIV-aids. “O enfoque é num comportamento considerado de risco, e não no sujeito sexuado que desenvolve esse comportamento.” Outra razão relacionada é o fato de o próprio homem não se considerar em risco, não tendo

¹Assistente Social, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

²Enfermeira, Profª Doutora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Sociologia pela Universidade de Salamanca - Espanha.

assim motivação para lutar por políticas específicas na prevenção do HIV-aids.

Somente a partir dos anos 1990, sobretudo após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo, em 1994, é que as organizações de saúde passaram a perceber que os indicadores de saúde só seriam alterados se fossem relacionados com o comportamento sexual dos homens. Os estudos voltados para o homem heterossexual, apesar de crescentes, ainda estão germinando no contexto epidêmico da aids³.

OBJETIVO

As pesquisas existentes estavam mais voltadas para as mulheres que contraíam o vírus. Não há discussões sobre homens com práticas heterossexuais que estejam infectando. Se eles são vulneráveis ao HIV, e estão com HIV, e pelo fato de sua posição ser considerada de poder, passam a ser considerados os grandes vilões da epidemia. Neste sentido, faz-se necessário pensar, estudar, pesquisar e buscar caminhos para compreender o que torna os homens vulneráveis ao HIV.

Dentro deste contexto, busca-se perceber quais as representações sociais dos homens heterossexuais sobre a sexualidade diante do risco de ser contaminado pelo HIV-aids. Como este homem vivencia a sua sexualidade? Ele se sente vulnerável ao HIV-aids? Arriscar-se sexualmente faz parte de seu referencial masculino? Ele se considera responsável pela sua saúde sexual e da parceira?

A partir dessas questões levantadas, pretendemos apreender as representações sociais de homens heterossexuais atendidos em uma unidade de referência para as DST/Aids na cidade de Fortaleza. A intenção é revelar as representações sobre a sexualidade e sua relação com o contexto epidêmico da aids.

MÉTODOS

Buscando compreender alguns aspectos da sexualidade masculina nos aspectos que envolvem a epidemia HIV-aids, a abordagem desse estudo é de natureza qualitativa, com caráter descritivo e exploratório.

A pesquisa tem como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais, com base em Moscovici, visto que os fatos, as idéias, o senso comum e as ações dos sujeitos são imbuídos de significados e intencionalidades referentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. A TRS possibilita a compreensão dos fenômenos apreendidos na teia das relações cotidianas revelando as formas de sentir, pensar e agir de determinados grupos sociais.

O campo de estudo foi a cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará e o local da pesquisa foi um hospital público, localizado na periferia da cidade, que funciona como centro de referência no atendimento às DST/HIV-aids. Os sujeitos pesquisados foram os homens que se auto-identificaram heterossexuais, com idade acima de 18 anos, que freqüentaram o ambulatório de DST, durante o período de março a setembro de 2003. Não importou para o enfoque da pesquisa que estes homens exercessem também práticas sexuais com outros homens, o que se levou em conta foi a sua concepção de identidade. Segundo Parker⁴, na cultura sexual brasileira, a identidade sexual está mais voltada para a noção de atividade e passividade, ou seja, ter relações sexuais ativas com pessoa do mesmo sexo, na maioria das vezes, não altera a concepção de identidade heterossexual. Dessa

forma, o critério utilizado para escolher os sujeitos foi o aceite dos mesmos em participar da pesquisa, a auto-identificação com a heterossexualidade e não se declararem doentes de aids nem soropositivos para HIV.

No intuito de adentrar na subjetividade do sujeito, utilizamos a entrevista, semi-estruturada, buscando estabelecer um clima de confiança entre o entrevistador e o entrevistado, uma vez que foram trabalhadas questões pertinentes à sexualidade, questões que envolvem o privado, o íntimo dos sujeitos, muitas vezes difíceis de serem desveladas. Foram realizadas dez entrevistas e utilizou-se o critério de saturação teórica.

Os dados coletados, através das entrevistas, foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo⁵. Esta técnica é bastante utilizada nos estudos que têm como base a TRS, visto que possibilita uma análise detalhada, explicitando elementos que não estão visíveis. A partir das análises, os resultados foram agrupados em categorias e subcategorias.

Obedecendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, os sujeitos estudados foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, aos que aceitaram participar do estudo, foi assegurado o anonimato, bem como a possibilidade de se retirarem a qualquer momento da pesquisa. Todos os que concordaram, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

RESULTADOS

Sexualidade

Na fala dos entrevistados, ao se perguntar sobre o que é sexualidade, ela aparece representada como **sexo**, sendo que a maioria deles colocou a necessidade de esse sexo envolver carinho, amor, sentimento, confiança e comunhão.

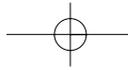
Sexualidade é prazer, companheirismo, pessoa confiar na pessoa que você tá se relacionando [...] (nº 4).

Sexualidade pra mim é amor, fidelidade é a pessoa confiar no outro (nº 7).

A sexualidade masculina, representada através das entrevistas, é revelada como algo incontrolável, portanto, fora do controle do homem, sendo ancorada como algo natural e biológico. O caráter incontrolável e indomável aparece como próprio do homem. Os entrevistados colocam essa questão como uma legitimação da natureza masculina. O homem não pode “negar fogo”, quando é assediado por mulheres. Essa disponibilidade para o sexo, esse instinto, vem como a comprovação do “ser homem”, confirmado como elemento essencial da masculinidade.

Nesse sentido, Vilella² comenta em suas análises que o homem culturalmente tem que estar se reafirmando como homem, ou seja, ele tem que provar, garantir e assegurar que é realmente homem. O desempenho sexual é a condição número um para tal prova. Logo, estar disponível para os relacionamentos sexuais é condição de orgulho e satisfação, tendo como justificativa, a natureza. O sexo é vital para o homem.

É coisa de mim, porque eu não me controlo, se eu não tenho dentro de casa, eu procuro fora. Se eu não tenho eu fico louco. Eu fico irritado, eu



não consigo render em nada. Eu tenho que procurar alguém, se ela não me dá isso dentro de casa, eu procuro fora. (nº10).

Identificamos, nesse relato, a presença de sentimentos de agitação estresse diante da falta de sexo. O sexo é interpretado como uma necessidade masculina, sendo autonomizado do relacionamento. A necessidade do prazer sexual dá-lhe subsídios para buscar outras parceiras sexuais. Essa busca é uma prática aceita socialmente, pois foi culturalmente construída como natural. Identificamos também nesse discurso, que a infidelidade vem como uma consequência de um desejo que não está sendo totalmente satisfeito. A dependência pelo sexo leva o homem a buscar outros relacionamentos sexuais. Essa concepção e cotidianidade do sexo como incontrolável reafirma a condição de homem como ser viril, gerando satisfação de um modo geral, entretanto, percebemos em alguns depoimentos a tentativa de resistir a esse descontrole, pois reflete diante deles a vulnerabilidade ao HIV-aids. Por ser um ato indomável, um instinto, dificulta o uso do preservativo. Diante da necessidade do prazer e do descontrole do seu corpo, o homem não se contém e tem relações desprotegidas.

A sexualidade foi aparecendo também como diferenciada entre os sexos. O homem considera-se detentor de maior apetite sexual que as mulheres. Reafirmando ainda aquela representação da sexualidade como incontrolável, revela também que o feminino e o masculino têm formas diferentes de sentir e vivenciar o sexo, sendo essa diferenciação também apoiada no natural, no biológico.

Eu tenho uma esposa, nós temos uma vida sexual que eu não considero ideal, mas dá pra ir levando, eu acredito que como muitos homens o meu ritmo, minha pulsação sexual, meu ritmo sexual é muito maior do que o dela. O meu desejo, a minha libido é muito mais forte que a dela, então eu sinto muito mais vontade do que ela. Então, o que acontece? Geralmente a gente entra em conflito, porque geralmente quando eu tou querendo ela não tá. E sempre quando ela tá querendo eu tô!...] (nº 10).

O sexo vem na percepção e vivência dos entrevistados ocupando espaço diferenciado nos relacionamentos. A necessidade sexual das mulheres é considerada menor que a dos homens. Essa situação gera conflitos e leva à justificativa pela infidelidade. Em nenhum momento esse descompasso sexual foi cogitado como problemas de relacionamento, mas como uma questão já considerada normal e esperada. Essa conduta é moralmente aceita, sendo já estereotipada pela sociedade.

Segundo Goldenberg⁶, o ser homem e o ser mulher assumem significados diferentes em cada cultura, existe todo um jogo de papéis e identidades para ambos os sexos. Os sentimentos de orgulho e satisfação, por se considerarem com desejos sexuais superiores ao da companheira, transbordam nos relatos. O pleno exercício do ser ativo viril deixa-os realizados enquanto homens.

No relacionamento conjugal, a infidelidade masculina aparece representada como uma condição da natureza masculina. Ter relacionamentos fora do casamento apareceu como uma prática cotidiana normal em suas vidas. Dessa forma, a representação predominante neste grupo é que o homem, diante dos seus desejos incontroláveis, pode ser infiel pautando-se na naturalização dessa atitude.

[...] A história da humanidade, quem conhece um pouco como eu, ou o mínimo [...] sempre foi assim, o homem nunca foi, a não ser por lei civil, de uma mulher só [...] E o meu caso é esse, é a questão da natureza da humanidade que sempre foi assim [...] É normal, quer dizer, parte do princípio da humanidade que é assim [...].sempre fui uma pessoa normal e isso aconteceu por isso, mas logo nessa análise, nessa coisa de homem, eu tinha namoradas mesmo (nº 10).

A infidelidade não aparece como uma resposta à insatisfação no casamento. Mesmo que o relacionamento entre o casal esteja caminhando bem, eles citam que pode surgir uma atração ou um desejo por outra pessoa. Esse “pulo” não acarreta mudanças ou interferências na relação conjugal, pois é considerado como uma simples “escapadinha”. Apenas um dos entrevistados declarou que “os casos”, algumas vezes, diminuem a libido com a esposa. Além de ser justificada como uma prática natural, a infidelidade também é representada pela diferenciação entre os sexos. O homem é considerado com maior necessidade de sexo e quando não tem essa necessidade satisfeita, busca fora de casa.

Um enredo comum entre esse grupo, como foi dito anteriormente, a infidelidade não traz problemas no relacionamento. O que traz conflitos é o sofrimento e a decepção da companheira com essas atitudes.

Com a descoberta e comprovação da traição, aparece um sentimento de culpa e arrependimento por estar fazendo a esposa sofrer. A infidelidade não é desaprovada, mas o sigilo aparece como condição necessária para não abalar e interferir no relacionamento em casa. Na realidade, eles não consideram uma traição, no sentido da palavra de enganar, ou ser desleal. O significado da fidelidade para esse grupo de homens é repleto de elementos da cultura que definem os padrões de masculinidade e como as relações se dão “dentro de casa” e na “rua”. Então, para a maioria deles, não é considerado traição, porque foi somente uma “aventura”. Os sentimentos de afeto e carinho são exclusivos da esposa, portanto, consideram que não interfere na sua vida familiar.

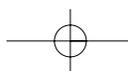
Abordar a sexualidade não é uma tarefa muito fácil, pois detém toda uma rede de significações, que historicamente engendram um estranhamento com o tema. Definir, dar um conceito, é extremamente difícil, mas vale ressaltar que culturalmente o homem tem mais abertura para falar sobre esses temas, enquanto a mulher é mais reprimida diante do sentir, do falar e do fazer. Entretanto, apesar de os homens estarem culturalmente mais abertos para o tema, ainda foi difícil, pois tinham que falar para alguém do sexo oposto, que, apesar de já conhecerem, não tinham uma relação de intimidade, mas essa relação não foi consensual, pois alguns dos entrevistados revelaram prazer ao falar no decorrer do processo.

Sofrimento com as DST

Os sujeitos entrevistados são marcados pelo sofrimento de ter adquirido uma DST. Esse sofrimento se objetiva na sintomatologia da doença e tratamento, na culpa por ter infectado a companheira e nas repercussões na sua vida afetiva e sexual. Ter uma doença sexual é uma situação de desconforto e incômodo para esses homens. As DST são repletas de valores sociais e culturais negativos. O estigma é muito forte e os homens têm vergonha por terem adquirido uma DST. O confronto com a doença é vivenciado com bastante dificuldade. Lidar com a dor, como o incômodo no órgão sexual, reflete um grande “nó”, com uma série de dimensões psicológicas, sociais e sexuais.

Eu já tive aqueles problemas né? De vazamento, esquentamento, então eu me preocupo muito. Inclusive eu tô voltando pro Dr. exatamente porque é terceira vez. Dr., eu tomei os remédios que ele passou direitinho, mas eu ainda não tou 100%... (nº 1).

Aí depois veio aparecer os sintomas da herpes, começou a aparecer e aí quando começou a aparecer, eu comecei olhar assim e eu fiquei preocupado, né? Aí eu comecei a ir para os médicos, né? Clínico geral, eu



achava que era uma doença comum, né? Uma micose, né? Uma coisa assim, aí eu passei a vim. Aí uma doença que me incomoda muito, sabe, aí nisso, me deixa muito preocupado. Quando ela ataca, eu sinto dor, sabe, lá em baixo, né, aqueles caroço assim em cima. É uma doença muito ruim (nº 2).

As doenças identificadas entre os entrevistados foram o herpes, a gonorréia e papilomavírus humano (HPV), sendo que esta última foi predominante. O HPV é também conhecido como condiloma, verrugas genitais ou crista-de-galo. A transmissão é freqüentemente sexual e dependendo do tamanho podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos. O tratamento dá-se pela remoção das verrugas através do ácido tricloroacético ou podofilina, em alguns casos é necessário um procedimento cirúrgico. O portador de HPV tem que comparecer várias vezes ao consultório para dar continuidade ao tratamento e, como o herpes, podem acontecer recidivas por tratar-se de um vírus⁷.

Ao terem conhecimento sobre o diagnóstico, o tratamento e as formas de transmissão mediante o aconselhamento e a consulta realizada no ambulatório especializado, os entrevistados resignificam o sofrimento. A preocupação vai além da sintomatologia, pois surge a angústia por ter infectado a companheira e com as perspectivas de cura.

Aí de lá pra cá eu não tive mais relação com mulher, nem o carnaval eu brinquei, já preocupado (nº 1).

[...] que houve uma coisa que eu não queria. A minha esposa hoje tem herpes, né [...].Inclusive quando eu me casei, na mesma noite quando eu me casei com a minha esposa, aí me deu problema psicológico, aí eu não tive relações com ela, eu passei um mês sem ter relação com ela. Aí eu vim, pro médico, pro Dr.xxx, né? Aí ele mandou eu fazer uns exames, aí eu fiz. Aí ele disse: o seu problema é psicológico. E eu achava que era problema da doença, então a minha preocupação maior era essa, eu achava que era a herpes que tava empatando de eu ter relação com a minha esposa (nº 2).

[...] a gente não tem relação, porque ela disse que só vai ter relação comigo, só quando eu tiver bom, sarado. Porque eu tive relação com ela antes de fazer esse tratamento ela pegou também e fez o tratamento, ficou boa, boa e disse que só vai ter alguma coisa comigo agora quando eu tratar, tô fazendo o possível para ficar bom, eu não agüento... não tou fazendo com ela, nem tou fazendo com outra, porque se eu fizer com ela e piorar, então eu quero fazer sexo é com ela, no momento ela (...) eu acho que ela tá com toda razão (nº 4).

Esses relatos revelam como a sexualidade foi afetada diante da presença de uma infecção transmitida sexualmente. O estresse afetou psicologicamente o entrevistado (nº 2), implicando no seu desempenho sexual diante uma nova situação que foi o casamento. Já o entrevistado (nº 4) que já era casado, discorre sobre as dificuldades diante da abstinência exigida pela esposa, mas compreende a situação diante da possibilidade de reinfecção.

Diante do conhecimento da doença e do sofrimento de angústia e culpa, as atitudes caminham na perspectiva de mudanças para não se submeterem a uma nova situação em suas vidas. Para alguns dos entrevistados, a aids aparece como uma real possibilidade e os mesmos se colocam na posição de vulnerabilidade e buscam alternativas de proteção para as DST/HIV-aids. Vale ressaltar que estas buscas pronunciadas muitas vezes fraquejam, um exemplo é o entrevistado (nº 1) que, no momento da entrevista, estava tendo uma consulta de recidiva e revelou que, a partir daquela situação, iria se proteger usando preservativo em todas as relações, inclusive chegou a citar que estava com a carteira repleta de preservativos, mas esse mesmo sujeito retornou posteriormente reinfecção por uma gonorréia, com-

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2): 121-126, 2005

provando assim que assumiu novos riscos através de sua sexualidade, apesar de todo o sofrimento vivenciado anteriormente.

Enfrentamentos da vulnerabilidade

O uso da camisinha aparece predominantemente como uma das formas mais seguras de enfrentar a vulnerabilidade ao HIV-aids. Durante os discursos, eles colocam a importância e a necessidade da camisinha em suas vidas, mas a utilização cotidiana ainda perpassa como um processo doloroso, difícil, que altera a sexualidade masculina.

Porque por um lado a camisinha protege a pessoa, mas por outro lado, ela não é boa, né [...] quando uma pessoa tem uma relação sem a camisinha, né? É muito ruim sabe com a camisinha. Quando uma pessoa tem uma relação sem a camisinha é melhor ainda. Mas com a camisinha ela é boa, porque ela protege a pessoa. De doenças, né? De ter filho, né? Também, como a mulher falou, tudo isso,né? Ela protege. Então, pra mim eu jamais quero que essa doença venha a mim.(nº 2)

Nesse depoimento, o entrevistado deixa clara a sua dificuldade, pois, seu discurso oscila entre o “bem e o mal” da camisinha. Denuncia medo de contrair doenças, tem consciência da necessidade do uso na prevenção, mas lamenta as alterações do prazer nas relações sexuais.

Rapaz, eu vou ser sincero, a camisinha eu acho um negócio muito chato, mas [...] mas é um negócio que é bom pra você e para a mulher também, eu achava que atrapalhava a relação, por isso que eu não usava também. Agora, sendo ruim ou não, eu vou ficar usando, agora, se Deus quiser, negócio de ir sem camisinha, não dá certo mais não, às vezes a pessoa pega uma doença que não tem cura, como a aids, aí é pior né? Aí eu prefiro usar camisinha do que correr o risco, pelo menos a gente sabe que é uma coisa que não corre risco e vive mais e sem a camisinha vive menos (risos), só isso mesmo (nº 5).

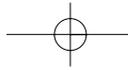
Nesse discurso, o sujeito faz uma avaliação de custo-benefício, mas a representação que se sobressai é de que a camisinha é um dificultador do prazer sexual e que sua utilização é um problema a ser enfrentado cotidianamente.

Uma outra forma de enfrentamento apreendida pelos entrevistados foi a seleção das parceiras. Ainda é forte a concepção de que se conhecendo a parceira se está protegido da aids. Considera-se que não há necessidade do uso da camisinha quando se é fiel ou sabe escolher, o que vai determinar o uso do preservativo é o tipo de relacionamento, de envolvimento com a parceira. Essa lógica da prevenção no “conhecer” tem sido apontada por vários estudos⁸⁻¹⁰

Eu acho que o bom mesmo do sexo é você fazer com uma pessoa e conhecer ela direitinho, pra [...] conhecer assim, sei lá. Através dela mesmo, porque de amiga a gente não vai saber (nº 1).

Se eu tiver um relacionamento sério mesmo em que eu possa confiar eu não uso (no 1).

Além do envolvimento emocional e da confiança funcionar como um termômetro de enfrentamento da vulnerabilidade, uma outra estratégia utilizada é a seleção de parceiras. A concepção de “grupos de riscos” da epidemia aparece nesse caso. Os sujeitos ainda fazem a seleção a partir destes estereótipos. Segundo Filho¹¹ a discriminação dos grupos de riscos vem com uma nova roupagem, que é a “escolha do parceiro” gerando uma situação de extrema vulnerabilidade ao



HIV-aids, pois encobre e mascara o risco, estabelecendo valores morais e julgamentos.

Nós temos que ser seletivos, não mais podemos sair por aí pegando qualquer uma. É preciso saber quem é quem (no 5).

Essa posição reforça como a aids ainda é estigmatizada, pois ao avaliarem seus riscos e selecionarem as parceiras, estão julgando quem pode ter ou não a infecção pelo HIV-aids. Existem no imaginário dos homens, pessoas que são moralmente imunes à infecção.

Liames da aids

Ao se reportarem à aids, o medo foi um sentimento que se destacou. A existência da doença aparece como uma ameaça. A possibilidade de ser infectado gera preocupação, pois, a aids é representada com grande pavor. O fato de a aids não ter cura e a possibilidade do contágio aparecer como uma catástrofe que não deve, muitas vezes, sequer ser comentada, aparecem ancorados em doenças antigas, como o câncer, a lepra e a peste. O medo aparece como se a doença não pudesse ser evitada, como se ela surgisse e infectasse aleatoriamente. Mesmo os entrevistados tendo conhecimento das formas de transmissão e prevenção, colocam-se, temerosos enfocando a aids como um grande mal que ameaça toda a sociedade. Esse sentimento se revela fortemente atrelado ao estigma que foi construído durante toda a história da doença. No plano simbólico, no imaginário das pessoas, esse sentimento se faz bastante presente. A idéia de culpa e punição é associada aos portadores e doentes de aids, assim, o preconceito se instalou fortemente, gerando um medo maior pelo estigma da doença do que pelos efeitos biológicos.

A aids tem identificação com uma série de metáforas que foram evidenciadas, circuladas na sociedade pela mídia pela comunidade científica como uma praga em que a contaminação vem como uma punição moral. O corpo aparece cercado de estigmas em que o processo saúde doença permeia o físico, o psicológico e o social.¹²

Segundo Goffman¹³:

O estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões em algumas fases da vida.

Assim, a aids subsidia sentimentos de temor e pavor que vêm ao longo das décadas sendo cultivados.

Ainda bem que eu não peguei essa doença perigosa (nº 2).

Eu sei que é uma coisa que depois que você pega não tem mais jeito chorar lágrimas perdidas (nº 3).

A fuga diante da doença revela-se quando externalizam o medo de realizar o exame. Alguns dos entrevistados nunca o realizaram por medo de enfrentar o diagnóstico. Os que já realizaram se vêem aliviados, mas o fato de ter exame negativo vem como uma “sorte” ou desígnio de Deus. A possibilidade de conhecer a situação sorológica é muito angustiante. Esse sentimento de medo e pavor aliado à atitude de não realizar o exame revelam a vulnerabilidade ao HIV-aids, pois a aids é representada, nesse caso, como algo que não se pudesse evitar, é como se esse medo não pudesse ser combatido com a prevenção e, se tiver o vírus, a realidade do tratamento aparece bem distante.

Joffe¹⁴ afirma que esses sentimentos não são originários do indivíduo isoladamente, mas são produtos de representações emocionais da doença que foram construídos historicamente e que circulam na mídia, no meio científico e no pensamento popular.

Os entrevistados marcam em suas falas histórias de confronto com a aids. Esse confronto aparece por intermédio de um amigo ou familiar que se infectou com o vírus do HIV-aids. A doença passa a se materializar, passando do nível abstrato para o real. Os relatos vão em torno de que, apesar de terem conhecimento sobre a doença, negavam-se a acreditar na sua existência. A concretização dessa existência só se deu em suas mentes a partir de uma pessoa próxima infectada.

Ele ficou tão magrinho de um jeito, aí ele morreu. Quer dizer quando você vê cenas assim você passa a acreditar (nº 1).

Antes eu não acreditava, mas hoje, depois que a gente já viu vários, mesmo assim de colegas meus, aí a gente passa a acreditar (no 1).

A aids aparecia como algo muito distante, que não pudesse ser objetivado, até porque ainda é muito difícil visualizar a história do vírus, não se entende muito bem a história de ser portador do HIV e não ter sintomas da doença. A objetivação vem com a constatação da dor e das dificuldades advindas da doença. Os entrevistados colocam que a proximidade com uma pessoa conhecida, com os sintomas, com o tratamento e muitas vezes com a morte, significa um confronto real com a possibilidade de também adquirir a doença. Ao discorrerem sobre o contato com os doentes de aids, os entrevistados mostraram-se fragilizados diante da sintomatologia presenciada, mas não deixaram de referenciar juízos de valor sobre o doente de aids, revelando que o preconceito e a discriminação estão incutidos em seus pensamentos.

Percebe-se um discurso contraditório, pois apesar de terem um retrato próximo da doença e do conhecimento sobre as formas de transmissão, eles oscilam no discurso como se fossem invulneráveis à doença, ou seja, ora relatam que temem a doença, que vivenciaram o seu real, mas se colocam como se fosse algo que atingisse somente o “outro”. O outro errou, o outro teve relacionamentos de risco, o outro, enfim, é o culpado.

É o que revela essa fala de um dos entrevistados:

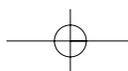
Ele era daqueles cara muito mulherengo, pegava qualquer mulher, não queria saber se ela tava doente ou não (nº 1).

O entrevistado coloca-se bem distante, como se tivesse práticas bem diferenciadas dessa pessoa, mas na verdade, é uma pessoa que tem um comportamento sexual semelhante ao dele, com várias parceiras sexuais com as quais teve relações sem o uso do preservativo. Essa situação paradoxal permeia a maioria das entrevistas do começo ao fim. Os entrevistados citam que o cuidado é necessário no relacionamento sexual com a prevenção, pregam o uso do preservativo, apesar das dificuldades, mas ao se perguntar se eles se sentem vulneráveis, revelam que não. Ao admitir a possibilidade de risco, de vulnerabilidade, já é muito forte e próximo para eles. Então, eles preferem trabalhar com o risco no passado,

Antes eu corria risco, hoje não (nº 4).

Logo, temos um discurso contraditório, pois não admitem essa possibilidade ao se indagar diretamente, mas dentro dos discursos, quando relatam suas práticas e seus relacionamentos sexuais, revelam angústias diante da real constatação de que são, de que estão vulneráveis ao HIV.

Na nossa cultura, a morte vem como finitude, como algo muito ruim. Então, a aids ancora-se na morte. A sociedade de um modo



geral foge das discussões sobre a morte, não se pensa, não se fala sobre o assunto por temor, haja vista que ela é encarada como um grande fim, mas um fim para o outro e não para si. Então, quando se fala aids, associa-se a idéia de morte ao outro, aids com o outro. É difícil admitir a possibilidade de morrer. A morte como algo concreto e real na vida de uma pessoa é uma constatação bastante difícil, pois advém daí uma série de medos. Para Kovács¹⁵, existem oito dimensões que refletem o medo da morte: medo do desconhecido, medo dos mortos, medo de ser destruído, medo das perdas, medo da ausência, medo da morte consciente, medo da morte prematura, medo do corpo após a morte.

Eu acho uma doença muito triste, muito horrível. Hoje em dia se a pessoa não se cuidar é arriscado até morrer, tem aqueles coquetel que a pessoa toma, se não tomar nas horas certas, é arriscado até morrer (nº 4).

Apesar de hoje o tratamento dar uma qualidade de vida aos portadores de HIV e doentes de aids, a idéia que foi germinada no início da epidemia de morte imediata ainda é bastante presente no imaginário da sociedade. Nesse grupo entrevistado, foi hegemônica essa representação, seja pelos relatos de medo de adquirir a doença, seja pelo confronto com a imagem da doença.

CONCLUSÃO

Tendo claro que o conhecimento é inacabado e que estamos sempre em um processo dialético de descobertas, a nossa intenção no final deste estudo é mencionar algumas considerações, reflexões e possibilidades de ações em torno do objeto investigado.

A sexualidade foi revelada para os homens, participantes desta pesquisa, como sexo genital. Ela aparece apoiada no “incontrolável”, como uma condição natural do homem. Essa naturalização da sexualidade dá subsídios para justificar alguns atos atribuídos aos homens, como o fato de terem múltiplas parceiras e serem infieis.

Entretanto, o sexo apresenta-se fortalecido para os sujeitos da pesquisa quando é somado o afeto, o amor e o carinho. Eles ressignificam a sexualidade quando dão sinais de satisfação e felicidade no convívio conjugal.

Apesar de os discursos dos entrevistados revelarem que vivenciam relações de risco e mostrarem preocupação e interesse na prevenção à aids, eles se colocam completamente distantes diante da real possibilidade de vir a ter aids. A doença é representada como a “doença do outro”. O peso da doença é revelado fortemente quando atrelam a esta os sentimentos de medo, angústia e sofrimento.

Ao descreverem as formas de enfrentamento, o uso da camisinha aparece como uma alternativa, porém, problemática, porque traz implicações no prazer sexual. Assim, os homens entrevistados sofrem entre os ditames da necessidade do uso da camisinha e a redução do prazer no ato sexual. O uso contínuo aparece distante do cotidiano. A seleção das parceiras é colocada também como uma estratégia para a prevenção, evidenciando ainda a associação da aids a “grupos de risco”, revelando os estereótipos de quem é o doente de aids.

As concepções de masculinidade compartilhadas socialmente interferem na vulnerabilidade ao HIV-aids. Quando o homem não quer usar o preservativo, ou ter múltiplas parceiras, ele está assumindo papéis culturais e os percebendo como naturais.

Essa naturalização dos papéis de ser homem e ser mulher dificulta as mudanças no comportamento, pois são consideradas como imutáveis. É preciso que esses significados sejam percebidos como construções históricas e sociais, pois somente a partir daí se poderá desconstruir as normas das relações de gênero.

Desta forma, o trabalho na prevenção ao HIV-aids não se pode constituir em uma normatização da sexualidade. Esta precisa ser problematizada e percebida como uma construção histórica e social. O homem não tem seu comportamento sexual pautado apenas no biológico e não é um mero prisioneiro de atos “incontroláveis”. É preciso que os homens percebam isto e tenham uma dimensão de suas possibilidades de escolha e que não precisem estar sempre prontos para provar sua masculinidade.

As políticas de saúde precisam implementar ações que proporcionem estas descobertas. Para isto, é necessário primeiro que se identifiquem as relações de gênero que permeiam o nosso meio social, e a partir daí sejam elaboradas e implementadas estratégias de prevenção ao HIV-aids.

Este trabalho nos permitiu compreender que devemos aproveitar as constantes ressignificações que são elaboradas pelos sujeitos no contexto social. É preciso estabelecer ações específicas dentro de cada realidade, pois as especificidades masculinas existem, precisam ser percebidas e trabalhadas dentro do contexto epidêmico da aids.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Programa Nacional de DST e Aids. Dados e pesquisas em DST. Dados e Aids. Disponível em: <<http://www.aid.gov.br>> Acesso em: 01 dez 2003.
2. Villela WV “Homem que é homem também pega Aids?” In: Arilha M, Unbehaun SG, Medrado B (Orgs.). Homens e masculinidades: outras palavras. 2a. Ed. São Paulo: Editora 34; 2001. p. 129-144.
3. Arilha M, Unbehaun SG, Medrado B (Orgs.). Homens e masculinidades: outras palavras. 2a. Ed. São Paulo: Editora 34; 2001.
4. Parker R. Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller; 1991.
5. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1977.
6. Goldenberg M. Ser homem e ser mulher: dentro e fora do casamento. Rio de Janeiro: Revan; 1991.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Treinamento para o Manejo de Casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
8. Paiva V. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/Aids. In: Parker R, Bastos C, Galvão J (Orgs.). A Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p. 231-250.
9. Heilborn ML. Construção de si, gênero e sexualidade. In: Heilborn ML. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999. p. 40-58.
10. Silva CGM. O Significado da fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casado. Revista de Saúde Pública 2002; 36(34): 174-183. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>.
11. Filho EAS. Dois estudos sobre representações de práticas sexual-afetivas no contexto da Aids no Rio de Janeiro. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos Interdisciplinares de Representação Social. 2a. Ed. Goiânia: AB; 2000. p. 215-238.
12. Moreira ASP, Moriya TM. Aspectos psicossociais da epilepsia e da Aids: representações Sociais intergrupos. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos Interdisciplinares de Representação Social. 2a. Ed. Goiânia: AB; 2000. p. 205-214.
13. Gofman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4a. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.
14. Joffe H. “Eu não”, “o meu grupo não”; Representações Sociais transculturais da Aids. In: Guareschi P, Jovchelovitch S. Textos em Representações Sociais. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 296-320.
15. Kovács MJ. A Morte e o Desenvolvimento Humano (Org). São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.

Endereço para correspondência:

LAURINET ANDRADE
Rua Theogenes Gondim, 112, Bonsucesso
Fortaleza - CE. CEP: 60541620.
E-mail: laurinet@ig.com.br

Recebido em: 30/06/04

Aprovado em: 22/02/05

A AIDS E SUAS CONTRADIÇÕES: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SEU ATENDIMENTO E TRATAMENTO PELOS PROFISSIONAIS E PACIENTES

THE AIDS AND ITS CONTRADICTIONS: SOCIAL REPRESENTATIONS OF ITS ATTENDANCE AND TREATMENT FOR THE PROFESSIONALS AND PATIENTS

Cristiane G Ribeiro¹, Alessandra R Castanha², Maria PL Coutinho³, Ana AW Saldanha⁴

RESUMO

Introdução: a aids trouxe consigo a necessidade de reformulação da estrutura de autoridade médica, impondo a necessidade de atenção ao paciente como um todo e não apenas examinar o órgão doente. **Objetivo:** para compreender melhor o tema exposto, objetivou-se conhecer as representações sociais dos profissionais e pacientes acerca do atendimento e tratamento da aids. **Método:** a amostra foi composta por 77 profissionais que trabalham diretamente no contexto da aids (na área de saúde e humana) e 41 pacientes HIV positivos de ambos os sexos. Foi utilizada a técnica de Associação Livre de Palavras, analisada através do *software Tri-Deux-Mot* (versão 2.2) por meio da análise fatorial de correspondência (AFC). **Resultados:** os resultados (com 73% de explicação da variância total) apontaram universos consensuais e especificidades nas representações de cada categoria em estudo. Observou-se uma tendência à prática do modelo biomédico que permeia tanto a representação dos profissionais quanto a dos pacientes. **Conclusão:** emergiram novas formas de ancoragem da aids, não só nas doenças sexualmente transmissíveis ou nas grandes pestes, mas também nos distúrbios psicoafetivos, incluindo a depressão. Em todos os aspectos estudados, a aids aparece como um fenômeno contraditório e antagônico naturalizado como feio e ameaçador e ao mesmo tempo fonte de vida e esperança.

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

ABSTRACT

Introduction: the aids brought obtains the necessity of reformularization of the medical authority structure, imposing the necessity of attention to the patient as a whole and not only to examine the sick organ. **Objective:** to understand the displayed subject better, it makes important to know the social representations of the professionals and patients concerning the attendance and treatment of the aids. **Methods:** the sample was composed for 77 professionals who work directly in the context of the aids (professionals of Health and professionals of Human) and 41 positive HIV patients (male and female). Was used the Words Free Association technique, analyzed through *Tri-Deux-Mot* software (version 2.2) by the correspondence factorial analysis. **Results:** the results (explaining 73,8% of total variance) showed consensual universes, as well as specificities in the representations of each category. Was observed a tendency to the practice of the biomedical model that it permeates in such a way as much the professionals' representation as patients one. **Conclusion:** emerged new forms of anchorage of aids, not only in the sexually transmissible disease or the great plagues, but also in the psycho-affective disturbances, including depression. In all of the studied aspects, aids appears as contradictory and antagonistic phenomenon, naturalized as ugly and threatening and at the same time as life source and hope.

Keywords: social representations, aids, attendance, health professionals, patients

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2):127-132, 2005

INTRODUÇÃO

Desde o início da história da medicina, e conseqüentemente da prática em saúde, duas correntes complementares divergem quanto à concepção da doença e naturalmente, quanto à prática em saúde. A primeira, monista, vem de Hipócrates (século VI a.C.) e da escola de Cós, e a segunda, dualista, vem de Galeno (século I d.C.) e da escola

de Cnide. A primeira tem uma visão holística da pessoa, considerando a doença uma reação global, correspondendo aos primórdios da moderna medicina psicossomática. A segunda tem por objetivo a doença, que é vista como algo autônomo do portador, em que a terapêutica consiste em localizar a doença e extirpá-la do corpo. Trata-se de uma medicina compartimentalizada e mecanicista, correspondente aos primórdios da medicina cartesiana e reducionista, base da medicina convencional da atualidade¹.

A concepção monista influenciou o pensamento médico desde a antiguidade até o século XVII, quando o filósofo René Descartes filosoficamente promoveu a divisão entre corpo e mente. Este fato promoveu duas conseqüências históricas para a medicina: resolveu um antigo conflito de poder entre a igreja e a medicina, em que acordou em deixar aos padres o poder sobre a alma e aos médicos o poder sobre o corpo, e serviu como base filosófica para os avanços tecnológicos da época.

¹ Mestranda em Psicologia Social - Universidade Federal da Paraíba.

² Mestranda em Psicologia Social - Universidade Federal da Paraíba.

³ Doutora em Psicologia. Departamento de Psicologia - Universidade Federal da Paraíba.

⁴ Doutora em Psicologia. Departamento de Psicologia - Universidade Federal da Paraíba.

Fonte Financiadora: CNPq.

Tais avanços contribuíram de forma gratificante gerando notáveis saberes, mas a relação humana entre profissional/paciente sofreu forte tendência de empobrecimento, reduzindo o homem ao componente biológico, associado ao corpo-máquina¹, emergindo o chamado modelo biomédico²; como consequência, o binômio saúde/doença ainda é entendido sob este modelo.

Com o aparecimento da aids, a prática em saúde, tem acompanhado a perspectiva atual, acentuando de certa forma a discrepância entre o conhecimento tecnocientífico e as demandas psicossociais exigidas pelo atendimento. A aids trouxe consigo a necessidade de reformulação da estrutura de autoridade médica, impondo a necessidade de atenção ao paciente como um todo e não apenas examinar o órgão doente. Trouxe também a demanda de lidar com questões afetivas e sociais, antes relegadas a segundo plano³.

No processo de apropriação do objeto aids no trabalho, a multidisciplinaridade tem sido apontada como estratégia privilegiada para atender as demandas nos serviços de assistência ao HIV/Aids. No entanto, têm sido apontadas algumas limitações quanto à sua prática cotidiana. O encaminhamento entre os profissionais tem sido a prática mais utilizada, culminando num trabalho organizado através de setores, descaracterizando a organização em equipes. Emergindo assim um trabalho coletivo fortemente organizado em torno da racionalidade clínica⁴.

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, ressaltando assim que nem os profissionais podem ser reduzidos a competências técnicas e nem os usuários a objetos passivos de intervenção.⁵

Quanto ao doente, ele é a concretização da doença. É nele e em seu corpo que se pode observar a evolução do vírus, bactérias e outros agentes. É nele que se pode observar e avaliar as deteriorações da doença e os efeitos dos medicamentos. O estigma da aids despersonaliza, descaracteriza o indivíduo. As pessoas perdem sua identidade para serem números de prontuários; o vizinho, o parente ou simplesmente aquele que tem aids⁶.

A condição do doente ainda precisa ser reconhecida e respeitada, pois com todo progresso da ciência, ainda se esquece que antes do doente existe uma pessoa que, além de necessidades físicas e biológicas, têm uma história de sonhos, amores, dores e medos. Com certeza, esses “detalhes” interferem na condição e evolução de sua doença. Os hospitais e profissionais precisam dar importância a esses “detalhes”⁶.

A linguagem da doença não se baseia apenas no corpo, mas na sociedade e nas relações sociais. 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 sociedade⁷.

A densidade existencial intrínseca à área da saúde, a especificidade da articulação entre o conhecimento científico e os saberes tradicionais favorecem a atualização de significações e de valores socialmente partilhados, para a compreensão dos quais a abordagem das representações sociais é particularmente heurística⁸.

A importância de estudos no campo das representações sociais relacionados à prática de saúde assume, assim, toda sua significação, pois possibilita a apreensão de processos e mecanismos pelo qual o sentido do objeto em estudo é construído pelos sujeitos concretos, em suas relações cotidianas⁹.

Neste sentido, a história das representações sociais sobre saúde e doença, foi sempre baseada nas relações entre sujeitos e realidade

social. Assim, a doença não pertence apenas à história dos progressos médicos científicos, mas também está pautada em saberes e práticas comuns ao sujeito social, culminando assim em representações.

Diante do exposto, este estudo objetivou conhecer as representações sociais dos profissionais que lidam com a doença e dos pacientes soropositivos para o HIV acerca da aids, seu atendimento e seu tratamento, buscando compreender como se efetiva a dinâmica das práticas em saúde nos serviços de assistência à aids em João Pessoa, PB.

MÉTODOS

Participantes

A amostra foi constituída por 77 profissionais que trabalham no contexto da aids, nos serviços de saúde pública que atendem pacientes HIV-positivos na cidade de João Pessoa, PB. Sendo estes, 21 médicos, 22 enfermeiros, 15 psicólogos e 19 assistentes sociais escolhidos aleatoriamente, de ambos os sexos (17% masculino e 83% feminino), com idade variando de 24 a 50 anos. É válido mencionar que a escolha destas quatro categorias profissionais se deve ao fato de que lidam de forma direta com os pacientes HIV positivos em suas práticas cotidianas.

Também fizeram parte da amostra, 41 pacientes soropositivos para o HIV considerados aderidos aos serviços de saúde mencionados anteriormente. Destes, 54% são do sexo masculino e 46% são do sexo feminino, com idades variando de 21 a 53 anos, com tempo médio de diagnóstico de 4,5 anos e renda familiar em sua maioria equivalente à R\$ 260,00 (61%).

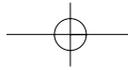
Instrumentos

Foram utilizados um questionário com o fim de obter dados sócio-demográficos e a técnica de Associação Livre de Palavras¹⁰. Esta técnica consiste em um tipo de investigação aberta que se estrutura na evocação de respostas com base em um ou mais estímulos indutores. Neste estudo, foram utilizados como estímulos indutores as palavras: aids (1), atendimento (2) e tratamento (3).

Procedimentos

Inicialmente, foi mantido contato com a diretoria das instituições com a finalidade de obter autorização para coleta dos dados. Os instrumentos foram aplicados no ambiente de trabalho dos profissionais, durante o horário de plantão, de forma individual. Quanto aos pacientes, estes foram abordados nos ambulatórios das referidas instituições, e em duas Organizações Não-Governamentais (ONGs) que trabalham com indivíduos portadores. Em ambos os casos, explicitaram-se os objetivos da pesquisa e a garantia do anonimato, e a confidencialidade das respostas.

Após a coleta dos dados sociodemográficos, foi aplicada a técnica de Associação Livre de Palavras. Foi explicado a cada participante que a partir da evocação da palavra “aids” (primeiro estímulo indutor), o mesmo teria em média um minuto para dizer as primeiras cinco palavras que lhe vinham à mente. O mesmo procedimento foi utilizado para o segundo e o terceiro estímulos indutores.



Em seguida, foi preparado um dicionário de respostas a fim de categorizar os conteúdos emergentes e preparar os dados para serem processados através do *software Tri-Deux-Mots*¹¹ e interpretados por meio da análise fatorial de correspondência (AFC).

A AFC evidencia as variáveis fixas neste estudo (sexo, grupo que pertença e idade) com relação às variáveis de opiniões (palavras evocadas pelos participantes) que se confrontam e revelam-se graficamente na representação do plano fatorial¹².

Aspectos Éticos

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a "Resolução n 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos" (Brasil: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996).

RESULTADOS

No **Gráfico 1** estão apresentados os dados coletados pelo Teste de Associação Livre de Palavras, acerca das representações sociais da aids, do atendimento e do tratamento, construídos com base nos estímulos indutores (aids, atendimento 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).

Na totalidade, os dois fatores apresentaram um poder explicativo de 73,8% de significância, demonstrando possuir parâmetros estatísticos de consistência interna e fidedignidade, considerando pesquisas realizadas no âmbito das representações sociais¹². No gráfico foram evidenciados campos semânticos relacionados com os três grupos estudados: pacientes, profissionais de saúde e profissionais de humanas.

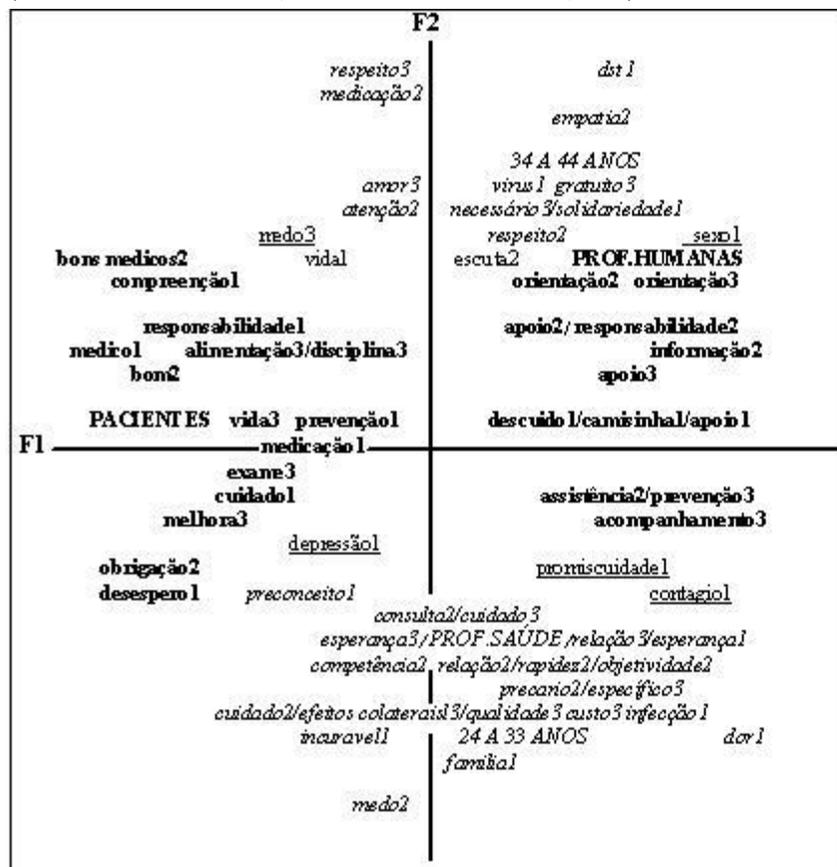
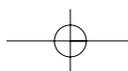


Gráfico 1 - Representações Sociais de profissionais e pacientes acerca da aids, seu atendimento e tratamento



No fator 1 (em negrito), no campo esquerdo, encontram-se as representações sociais dos pacientes soro-positivos. Para estes, a aids é uma doença **preventiva** que causa **desespero e depressão**, na qual exige **cuidado e responsabilidade**. Por outro lado, para este grupo, a aids traz uma constante luta pela **vida**, na qual surge a necessidade **de compreensão** por parte dos que o cercam. Observaram-se também elementos figurativos associando a aids ao meio **médico** e ao uso da **medicação**. Quanto ao atendimento, os pacientes o consideram **bom**, pela presença de **bons médicos**, mas é considerado uma **obrigação** pela sua maioria. Com relação ao tratamento, os pacientes o considera uma volta à **vida** gerando uma **melhora** nos seus estados gerais, embora também desperte um certo **medo**. O tratamento requer dos pacientes uma **disciplina** exigindo uma boa **alimentação e exames** periódicos.

Ainda no fator 1 (em negrito), no campo direito, verificam-se as representações sociais dos profissionais advindos da área das ciências humanas. Estes consideram a aids uma doença **contagiosa**, advinda do **sexo promíscuo** pelo **descuido** e o não uso da **camisinha**. Por outro lado, o paciente com a doença necessita de **apoio** do meio circundante. O atendimento para estes profissionais efetiva-se pela **assistência**, na qual se faz necessária uma terapia de **apoio**, através da **escuta, orientação e informação** exigindo **responsabilidade**. O paciente em tratamento, para este grupo, necessita **de acompanhamento**, através de **apoio e orientação**. Também foi verificado um elemento figurativo, demonstrando que o tratamento é uma forma de **prevenção**.

No fator 2 (em itálico), na parte superior, encontram-se as representações sociais dos profissionais inseridos na faixa etária entre 34 e 44 anos, independente da categoria profissional. Este grupo ancora a aids em elementos valorativos associados à **solidariedade** ligados a valorização da **vida**. Por outro lado, também ancoram a aids nas **doenças sexualmente transmissíveis** associadas à prática do **sexo**, transmitidas por um **vírus**. O atendimento para estes profissionais efetiva-se através da **escuta e empatia**, em que os pacientes necessitam de **atenção e respeito**. Foi observado também que o atendimento para este grupo se dá através da prescrição da **medicação**. Para esta categoria, o tratamento da aids é um processo **necessário e gratuito**, e o paciente que faz uso dele necessita de **amor e respeito**. Estes profissionais também demonstraram o **medo** destes pacientes ao iniciarem o tratamento.

Na parte inferior do fator 2, observaram-se os campos semânticos das representações sociais dos profissionais da área da saúde, em sua maioria na faixa etária entre 24 e 33 anos. Estes profissionais consideram a aids uma doença **infecto-contagiosa, incurável**, advinda da **promiscuidade** e que gera **preconceito**. Por outro lado, observou-se que este grupo ancorou a aids nos transtornos psicoafetivos como a **depressão**, que gera **dor**; por isso, a necessidade da **família**. Também se observou que estes profissionais associam a aids à **esperança**. O atendimento para estes profissionais efetiva-se através da **consulta**, por profissionais **competentes** obedecendo critérios de **rapidez e objetividade**, e a necessidade do estabelecimento de uma **relação** entre profissionais e pacientes. Estes profissionais consideram o atendimento **precário**, gerando **medo**, provavelmente pelo risco de acidente/contaminação no trabalho, exigindo **cuidado** por parte deles. Para estes, o tratamento gera **efeitos colaterais**, tem um **custo** financeiro, é **específico** e de **qualidade**, trazendo **esperança**. Mas é necessário que haja uma **relação** contínua entre profissionais e pacientes, que exige **cuidado**.

DISCUSSÃO

Faz-se necessário articular os resultados empíricos encontrados aos dados constantes na literatura a fim de enriquecer o conhecimento já elaborado acerca do tema e estabelecer caminhos em busca do conhecimento da realidade do contexto estudado.

Verificou-se por parte dos pacientes, uma valorização da área médica tanto com relação à doença quanto ao atendimento, este último mais voltado ao próprio profissional representado pelo médico. Estes resultados corroboram os achados de alguns pesquisadores¹³, em que foi verificado que os pacientes se sentem mais confortáveis com o seu médico para falar sobre assuntos gerais e sexuais, do que com qualquer outro profissional, caracterizando o modelo médico tradicional, citado anteriormente como biomédico². Segundo Figueiredo³, a formação profissional orientada por esta lógica, prioriza a competência técnica em detrimento da sensibilidade social; e neste universo reificado, a racionalidade clínica prevalece.

Ao emergir a depressão por ambos os grupos (pacientes e profissionais da área da saúde) verificou-se uma nova forma de ancorar a aids, não apenas nas doenças sexualmente transmissíveis ou nas grandes pestes, mas também associada aos transtornos psicoafetivos, não observados no início da doença. Lopes e Fraga¹⁴ detectaram vários fatores relevantes que levam os portadores do HIV a uma espécie de depressão psicológica. Dentre muitos, consideram o isolamento a que se submetem como um dos mais sérios, pois a angústia e o medo de compartilhar com outras pessoas a sua enfermidade geram situações estressantes.

Observou-se também que o tratamento emerge nas representações dos pacientes como fonte geradora de vida, ao mesmo tempo que exige uma autodisciplina e boas condições, incluindo uma alimentação adequada para garantir boa adesão. Por outro lado, os pacientes mais pobres vivem uma condição de vida incompatível com as exigências do tratamento, incluindo má alimentação, desemprego, ignorância, promiscuidade¹⁵.

Quanto aos profissionais da área das ciências humanas, observou-se que o apoio social, aliado à informação e à orientação, são importantes recursos de trabalho utilizados por estes profissionais. Segundo Spiegel¹⁶, o apoio social não oferece um antídoto mágico, mas deve ocorrer em conjunto com o tratamento médico tradicional, através de um acompanhamento, sem substituí-lo. Segundo o autor, a própria categoria de apoio social trabalha com a questão da prevenção, em que o apoio social não implica a cura de doenças, mas o aumento da sobrevida nos casos de doenças crônicas. Quanto à importância de informação e orientação, Melchior¹⁷ aponta que a superação das dificuldades no estabelecimento da comunicação entre os profissionais e pacientes, passando pela possibilidade de informação e negociação com a equipe de saúde.

Contraopondo-se a essa questão, verificou-se que estes profissionais, através dos elementos figurativos, descuido e promiscuidade, demonstraram uma visão da aids ainda ancorada nas primeiras representações, advinda de práticas sexuais irresponsáveis, gerando culpabilização. Segundo Jodelet¹⁸, o pensamento predominante era que a aids seria uma doença de punição que se abatia sobre a moral sexual, como efeito de uma sociedade permissiva, condenada pelas condutas degeneradas ou punição pela irresponsabilidade sexual. A aids adquiriu significados culturais e emocionais muito fortes e a doença tem imagem associada à culpabilidade pessoal, necessitando, portanto, de "punição"¹⁹.

Quanto aos profissionais da área da saúde, estes demonstraram uma visão biológica e pragmática da doença e do atendimento, reforçando o modelo biomédico. A rapidez e a objetividade priorizadas

por este grupo confirmam as informações advindas do programa DST/Aids de São Paulo, em que preconiza que as consultas devem durar no mínimo 30 minutos para cada consulta. Mas é comum durarem menos de 15 minutos²⁰.

Por outro lado, verificou-se, por estes profissionais, a valorização da família como fonte de apoio aos pacientes. A família surge como uma unidade de cuidado e é também uma fonte de ajuda para o indivíduo com aids, contribuindo para o equilíbrio físico e mental do mesmo¹⁹.

A objetivação do atendimento aliada ao medo e o cuidado pelos profissionais da área da saúde, pode estar associada ao processo de contágio pelo acidente de trabalho, comum a esse tipo de serviço. Segundo o Boletim Epidemiológico do HSE-RJ, entre janeiro de 1997 e agosto de 1998, foram notificados 144 acidentes. Em 35% dos casos, o(a) paciente-fonte era HIV positivo. Sobre as categorias profissionais que mais se acidentaram, 42 eram auxiliares de enfermagem, oito enfermeiros(as) e 16 médicos(as)²¹. Segundo os autores, os profissionais apresentam um sofrimento psíquico intenso logo após o acidente pelo medo de estarem contaminados com o HIV e as repercussões psicossociais após o acidente estão intimamente ligadas às representações que o(a) profissional e o círculo social têm da aids, geralmente como algo aterrorizante associado à morte.

O preconceito emergido na categoria profissional da área da saúde ressalta que com relação às doenças que trazem em si o preconceito e a discriminação social, a aids traz consigo um estigma maior, pois fala de sexo, sangue, homossexualismo, prostituição, traição, trazendo à tona o mais íntimo das pessoas, escondidos através de tabus⁶. As concepções sobre a aids que os profissionais de saúde possuem são muito semelhantes às da sociedade em geral, que ainda discrimina e contribui para a morte social dos(as) portadores ao vincular o HIV com a “grande peste e as sujeiras do mundo” – as drogas, a promiscuidade e o homossexualismo²¹. O preconceito sofrido pelos indivíduos portadores do HIV pode levar a atitudes de discriminação verificadas pelo afastamento do grupo social do doente e, por sua vez, do doente do seu grupo social¹⁹.

Quanto aos profissionais na faixa etária dos 34 aos 44 anos, verificou-se elementos ancorados na interface da subjetividade e complexidade do indivíduo portador de HIV, como demonstrado nos elementos figurativos, solidariedade, amor, respeito e atenção. Desde o início da aids, a solidariedade surgiu como uma importante arma contra a doença, como dizia o sociólogo Herbert de Sousa²²: “A cura para a aids chama-se solidariedade”. Infere-se que esses profissionais através do colocar-se no lugar do outro, captaram o medo vivenciado pelos pacientes ao iniciarem o tratamento com os anti-retrovirais. Contraopondo-se a essa questão, foi observado na prescrição da “medicação”, aliada ao atendimento, um certo realce ao modelo biomédico.

CONCLUSÃO

Foram verificados universos consensuais com relação aos grupos estudados, em que os pacientes se encontram na interface das partilhas dos profissionais conferidas no cotidiano da prática em saúde nos serviços de João Pessoa. Entre os pacientes e os profissionais da saúde, encontraram-se elementos figurativos associados à depressão. Estes profissionais demonstraram sensibilidade aos estados psicoafetivos vivenciados pelos indivíduos portadores, trazendo à tona a realidade da depressão no contexto da aids em João Pessoa. Ilustrando também uma visão contemporânea da aids, ancorada também nos transtornos psicoafetivos e de humor.

Foram também verificados universos consensuais nas relações dos pacientes com os profissionais inseridos na faixa etária entre 34 e 44 anos, demonstrando a objetivação da aids através da luta pela vida, fortalecendo o apoio oferecido por estes profissionais por meio de solidariedade, amor, empatia e respeito, ilustrando a constante busca pela concretização dos direitos humanos.

Entre os universos consensuais observados entre os profissionais da área de humanas e da saúde, ressaltam-se as representações da aids ainda ancoradas nas doenças contagiosas e advindas de práticas sexuais promíscuas. Conforme citado anteriormente, são representações que facilitam o surgimento do processo de culpabilização vivenciadas pelo indivíduo portador do HIV.

Observam-se mudanças favoráveis no contexto da aids nos serviços de saúde pública, bem como na própria vida dos pacientes, incluindo auto e heteropercepção, gerando conquistas e vitórias em vários âmbitos. Mas a realidade da doença ainda é um problema de caráter coletivo, que afeta a todos, sem distinção.

Em todos os aspectos estudados, a aids aparece como um fenômeno contraditório e antagônico: ao se falar de aids, relata-se a vida e a dor, o desespero e a solidariedade, a precariedade e a qualidade, a responsabilidade e o descuido, enfim, o amor e o medo, várias facetas de um fenômeno naturalizado como feio e ameaçador e ao mesmo tempo fonte de vida e esperança, realçando o que disse o sociólogo Herbert de Souza²³:

“Creio que podemos transformar a tragédia da aids, da enfermidade e da doença, num desafio, numa oportunidade, numa possibilidade de recuperar na nossa sociedade, em nós mesmos, em cada um de nós, e em todos nós, o sentido da vida e da dignidade, seremos capazes de lutar pela construção de uma sociedade democrática, de uma sociedade justa e fraterna.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riechelmann JC. Psicologia da Saúde – Um Novo Significado para a Prática Clínica. São Paulo: Pioneira; 2000.
2. Pietrukowicz MCLC. Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
3. Figueiredo MAC. Aids, ciência e sociedade: A dicotomia entre conhecimento técnico e competência social no trabalho do profissional de saúde. In: Boarini ML (Org.). Desafios na atenção à saúde mental. São Paulo: Edição; 2000.
4. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS et al. Limites do Trabalho Multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. Revista de Saúde Pública 2002; (4 supl): 108-116.
5. Saldanha AAW. Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto, SP; 2003.
6. Alves EGR & Ramos DLP. Profissionais de saúde: vivendo e convivendo com HIV/Aids. São Paulo: Santos; 2002.
7. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento Científico Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2ª. Ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993.
8. Jodelet D. Representações Sociais do Contágio e a Aids. In: Jodelet D. (Org.). Aids e Representações Sociais à busca de sentidos. Natal: Edufrn; 1998.
9. Tura LFR. Aids e Estudantes: a Estrutura das Representações Sociais. In: Jodelet D. (Org.). Aids e Representações Sociais à Busca de Sentidos. Natal: Edufrn; 1998.
10. Di Giacomo JC. Alliance et rejets untergroupes au sein d'un mouvement de revendication. In: Doise W et al. L'étude des représentations sociales. Paris: Delchoux & Niestle; 1984.
11. Cibois PH. L'analyse factorielle. Paris: PUF; 1990.
12. Coutinho MPL. Depressão Infantil: Uma abordagem Psicossocial. João Pessoa: Editora Universitária; 2001.

13. Paiva V, Lima TN, Santos N et al. Sem Direito de Amar? A Vontade de Ter Filhos entre Homens e Mulheres Vivendo com HIV. *Psicologia USP* 2002; 13(2): 10-16.
14. Lopes MV, Fraga MN. Pessoas convivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento. *Revista Latino americana em Enfermagem* 1998; 6(4): 34-41.
15. Zancan FL. Dilemas Morais nas Políticas de Saúde: O Caso da Aids. Uma Aproximação a partir da Bioética. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Ciências Sociais; 1999.
16. Spiegel D. Apoio social: Como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In: D. Goleman & J Gurin (Orgs.). *Equilíbrio Mente e Corpo: Como Usar sua Mente para uma Saúde Melhor*, Rio de Janeiro: Editora Campus; 1997. p. 283-298.
17. Melchior R. Avaliação da Aderência de Usuários do Sistema Público de assistência de Assistência ao Tratamento de Aids: Uma análise qualitativa. Dissertação de mestrado, Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo; 2000.
18. Jodelet D. Representações Sociais: Um domínio em Expansão. In: Jodelet D. (Org.). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.
19. Sousa AS, Kantorski LP, Bielemann MLV. A Aids no Interior da Família – Percepção, Silêncio e Segredo na Convivência Social. *Maringá* 2004; 26(1): 1-9.
20. Paiva V, Leme B, Nigro R, Caraciolo J. Lidando com a Adesão: A Experiência de Profissionais e Ativistas na Cidade de São Paulo. Revisão da Literatura Médica. In: Teixeira RP, Paiva V. *Tá Difícil de Engolir? Experiências de Adesão ao Tratamento Anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Nepaids; 2000.
21. Brandão J, Starling P. Biossegurança e Aids: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
22. Sousa H. (1987). *Contra a Aids e pela Vida*. Acessado em 01 de maio de 2005. Disponível em World Wide Web: www.aids.gov.br/betinho/contr_a_aids.htm.
23. Sousa H. *O Dia da Cura*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.

Endereço para Correspondência:**CRISTIANE G RIBEIRO**

Av. General Geraldo Costa, 307 apto 802 - Manaíra

58.138-030 – João Pessoa – PB

Fone/Fax: (83) 247-6814

E-mail: cristianegr@ig.com.br

Recebido em: 15/03/05

Aprovado em: 28/04/05

ASSISTÊNCIA “PRESTADA AO SER” MASCULINO PORTADO DO HPV: CONTRIBUIÇÕES DE ENFERMAGEM

ASSISTANCE GIVEN TO THE “CARRIED MASCULINE BEING” OF THE HPV: CONTRIBUTIONS OF NURSING

Marcos AM Arcoverde¹, Marilene L Wall²

RESUMO

Introdução: atualmente a infecção pelo HPV é considerada uma das DST mais frequentes em todo o mundo. No entanto, ela é desprezada na prevenção entre os homens. A proposta deste trabalho foi promover um estudo sobre a infecção do HPV direcionado à população masculina. **Objetivo:** conhecer a assistência prestada, o “ser” masculino portador do HPV e sua relação com essa doença, o diagnóstico, o tratamento, a prevenção e a qualidade de vida. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo referencial de análise baseia-se na “análise das relações”. **Resultados:** a discussão dos resultados trouxe à tona a inadequação da assistência à saúde dos homens, e alguns de seus sentimentos frente à infecção pelo HPV. **Conclusão:** entre as considerações, salienta-se a necessidade de reestruturação das estratégias de saúde, direcionando-as à assistência à saúde do homem.

Palavras-chave: papilomavírus humano, homem, enfermagem

ABSTRACT

Introduction: currently the infection for the HPV is considered one of the DST most frequent in the whole world. However, it is disrespected in the prevention between the men. The proposal of this work was to promote a study on the infection of the HPV directed to the masculine population. **Objective:** to know the assistance given, the “carrying masculine being” of the HPV and its relation with this illness, the diagnosis, the treatment, the prevention and the quality of life. **Methods:** one is about a qualitative research, whose referencial of analysis is based on the “analysis of the relations”. **Result:** the quarrel of the results brought tona the inadequação of the assistance to the men, and some of its feelings front to the infection for the HPV. **Conclusion:** necessity of reorganization of the strategies of health enters the considerações salient it, directing them it the assistance to the health of the man.

Keywords: human papillomavirus, man, nursing

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2): 133-137, 2005

INTRODUÇÃO

A percepção de que a assistência à saúde do homem com relação à infecção pelo HPV estava sendo desvalorizada, ou desprezada, instigou-nos a realização deste trabalho.

A infecção pelo HPV (papilomas vírus humano) tem sido considerada atualmente uma das infecções por via sexual mais frequentes em todo o mundo, acometendo aproximadamente 30% da população sexualmente ativa^{1,2}. Alguns autores discordam da prevalência da infecção, mas concordam ao afirmarem que as lesões causadas pelo vírus são subclínicas e assintomáticas. Esse fator torna o “homem um importante meio propagador deste vírus entre as mulheres”^{2,5}. Estima-se que, no Brasil, 25% das mulheres sejam portadoras do vírus, entretanto não há estimativa para os homens³.

Muito se tem estudado a respeito do HPV em mulheres, entretanto poucos estudos de mesmo cunho têm sido realizados em homens.

Mesmos quando se trata do homem que é o parceiro sexual da mulher infectada e estudada, pouco se fala sobre ele. Esse fato acontece por razões sociais, culturais e históricas, e representa um problema de saúde pública, pois o HPV é um vírus que frequentemente é transmitido por via sexual⁴, ou seja, enquanto nós não tratarmos os dois grupos (masculino e feminino) com o mesmo afinco, estaremos longe de diminuir potencialmente os índices epidemiológicos referentes à infecção pelo HPV.

Na mulher, este vírus está associado à neoplasia intra-epitelial e ao câncer invasor do colo uterino⁵, e no homem, ele representa um dos fatores de risco para o câncer de pênis^{6,3}. O HPV também associado a outras neoplasias em ambos os sexos^{7,8}.

Frente a este contexto, sugerimos um olhar mais reflexivo sobre a prática do enfermeiro, no que se refere a saúde pública, programas de combate ao câncer de colo de útero e outros, pois será sobre a reflexão de sua prática que contribuirão para tornar os programas efetivos. Este olhar reflexivo também se remete às políticas públicas de saúde, nas quais não vemos uma prática direcionada à saúde do homem.

As justificativas desta pesquisa são: a) o pequeno número de parceiros sexuais das mulheres infectadas pelo HPV atendidos por enfermeiros nas unidades básicas de saúde com relação à magnitude do problema; b) a escassez de material bibliográfico encontrado sobre o tema “HPV e o gênero masculino”, embora exista um vasto

¹Enfermeiro pela Universidade Federal do Paraná. Membro da Coordenação de DST/Aids do Município de Pinhais-PR. Membro do Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento.

² Mestre em Assistência de Enfermagem pela UFSC Professora do Departamento de Enfermagem da UFPR.

conhecimento sobre o vírus e sua relação com a saúde da mulher; c) poucos dados referentes à saúde do homem, o que é mencionado também por outros autores que pesquisam linhas semelhantes².

Não basta que o homem infectado seja tratado; ele precisa receber orientação sobre como lidar com o problema, ou melhor, como vivenciar o processo saúde-doença ficando com as menores seqüelas possíveis. Para tanto, faz-se necessário um estudo junto ao “ser” masculino portador do vírus HPV a fim de promover a prevenção secundária.

OBJETIVO

Conhecer a assistência prestada, o “ser” masculino portador do HPV e sua relação com essa doença, o diagnóstico, o tratamento, a prevenção e a qualidade de vida.

MÉTODOS

O presente estudo trata de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que foi realizada em uma unidade de saúde, no período de setembro a dezembro de 2003.

A coleta de dados foi realizada durante as consultas de enfermagem, cujo objetivo é sistematizar a assistência de enfermagem⁹, não interferindo no tratamento médico, mas colaborando com a assistência do indivíduo. Dessa forma, os indivíduos participantes deste estudo continuaram o seu tratamento conforme as prescrições médicas.

A consulta de enfermagem é um dos atos privativos do enfermeiro¹⁰ e é preconizada pelo Ministério da Saúde como uma das etapas para o manejo adequado de casos de doenças sexualmente transmissíveis¹¹.

Durante a consulta de enfermagem utilizou-se um instrumento estruturado, com perguntas abertas e fechadas, por intermédio do qual foi possível obter os dados necessários para desenvolver um plano assistencial de enfermagem, bem como informações para esse estudo.

A consulta de enfermagem teve a finalidade de promover a assistência de enfermagem e a educação em saúde na prevenção secundária, entendida, neste estudo, como a orientação quanto ao uso de preservativo masculino nas relações sexuais, bem como o incentivo a mudanças de comportamento do “ser” masculino, que contribuem na diminuição de risco para a reinfecção do indivíduo ou infecção de outra pessoa. Essas orientações para a promoção da educação em saúde foram baseadas nas determinações do Ministério da Saúde¹¹.

Parte da consulta de enfermagem foi gravada em microfitas K7, entretanto os participantes foram esclarecidos quanto à liberdade para recusar a gravação de suas falas. Nesse caso, utilizaríamos somente registros escritos. A consulta de enfermagem foi ofertada e garantida a todos os homens com diagnóstico de infecção por HPV, mas a participação na pesquisa foi livre.

Para analisar os dados obtidos, utilizamos a análise de relações, referencial que pressupõe a reflexão a respeito de todas as relações que signos e significações de um texto mantêm entre si¹².

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, seguindo a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Com relação ao protocolo de atendimento aos homens portadores de HPV, verificou-se a sua inexistência na unidade de saúde, bem como na secretaria de saúde do município em questão.

A amostra é composta por dois sujeitos, ambos do sexo masculino. O primeiro é solteiro, tem 20 anos de idade, iniciou suas atividades sexuais entre 12 e 13 anos; cursou até a 6ª série do Ensino Fundamental e, no momento da entrevista, pensava em voltar a estudar. Expôs-se ao vírus por contato heterossexual, teve mais de 10 parceiras sexuais nos últimos 12 meses; não tem filhos. O segundo sujeito é casado, tem 30 anos, iniciou suas atividades sexuais com 16 anos; cursou o Ensino Médio. Expôs-se ao vírus por contato heterossexual, teve duas parceiras sexuais nos últimos 12 meses; a esposa, grávida do primeiro filho, não apresentava sintomatologia.

Não utilizamos pseudônimos, pois analisamos o discurso caracterizando o sujeito. Após a análise das entrevistas e de leituras de estudos que abordavam temas que emergiram neste trabalho, encontramos as seguintes relações: a) Procura da Assistência / Assintomatologia; b) Descuido e Culpa; c) Invulnerabilidade / Vulnerabilidade; d) Desconhecimento e Dúvidas; e) Desconhecimento do Corpo; f) Prevenção e Cuidado; g) Divulgação e Mais Informação.

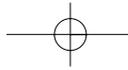
DISCUSSÃO

Assistência

Após algumas semanas em campo, percebemos que a fragmentação da assistência à saúde apresentava-se como empecilho para o atendimento do “ser” masculino portador de HPV. Existia um consenso no manejo clínico desses sujeitos, sendo que os médicos eram responsáveis por esse manejo. Entretanto, os ginecologistas não interferiam na cadeia de transmissão porque tratam as mulheres, os urologistas e os infectologistas, por sua vez, não recebiam a demanda, e os clínicos gerais, que talvez pudessem interferir mais objetivamente na cadeia de transmissão, quebrando-a, não o faziam, por motivos desconhecidos.

Chegamos a essa conclusão por observarmos que mulheres com alteração sugestiva para HPV, no exame ginecológico, foram encaminhadas à unidade de saúde de referência em saúde da mulher e, tanto na unidade de base, quanto na de referência, nenhum acompanhamento, tratamento ou orientação era oferecido aos parceiros. Isso nos revelou quão grave é esse problema, pois o homem está realmente à margem do tratamento, à margem da assistência à saúde, à margem dos serviços de saúde e de seus planejamentos, ou seja, ele não está sendo contemplado na assistência.

Embora a infecção pelo HPV não seja uma DST de notificação compulsória¹³, está presente na ficha de notificação de DST, aparecendo com o nome de condiloma acuminado (forma clínica da doença). Vemos, entretanto, que há descuido com relação aos comunicantes, ou seja, os parceiros sexuais. O que alguns autores mencionam e o Ministério da Saúde afirma é que a busca destes sujeitos não diminui, de forma significativa, a reinfecção, nem a persistência, nem a chance de recidivas das lesões^{14,11}. Todavia, no mesmo documento, o Ministério da Saúde preconiza que os parceiros “devem ser buscados” com a finalidade de beneficiá-los com a avaliação médica, para descartar a presença de condilomas e outras DST não identificadas pelo sujeito, e com orientações quanto às implicações de ser



parceiro sexual de um portador de HPV. A Secretaria do Estado da Saúde do Paraná¹⁵, também recomenda o encaminhamento dos parceiros aos serviços de saúde, para exame e tratamento, além de considerar a infecção por HPV como evento-sentinela para a infecção por HIV ou outra imunodeficiência.

A infecção pelo HPV deve ser abordada e assistida como um problema do casal, sendo importante propiciar tratamento e orientações adequados ao homem e, assim, prevenir seqüelas, entre as quais, o câncer de pênis¹⁶.

Essas orientações referem-se aos exames preventivos que deverão ser realizados periodicamente, e ao uso do preservativo.

O preservativo masculino garante apenas proteção de contato, ou seja, protege áreas que permanecem em contato com o preservativo, permitindo que outras regiões sejam contaminadas. Conclui-se que o uso de preservativo masculino pode reduzir, mas não eliminar, o risco de transmissão do HPV¹¹. O preservativo feminino, por sua vez, pode proteger mais, por apresentar uma maior superfície.

Nos próximos parágrafos discutiremos os dados obtidos durante as entrevistas, analisando-os sobre o ponto de vista da análise de relações¹².

Procura da assistência assintomatologia

Ao serem perguntados sobre quando resolveram procurar tratamento, as repostas foram:

“Quando apareceu um... tipo... como posso falar... uma lesão... era no pênis... apareceu tipo três, como se fosse três feridas... no couro e na cabeça.”

“Ah, eu vim através da... de uma dor na bexiga assim aparentemente, fazendo exames para outra coisa [...] foi o doutor [...] avaliou assim a região, o local e tal, resolveu fazer outros exames também deste HPV também que eu na verdade desconhecia até então.”

Determinado estudo mostrou que os homens em geral, assim como os participantes deste estudo, só procuram os serviços de saúde para tratamento quanto se apresentam sintomáticos¹⁷. Isso é aceito pelo senso comum. Poucas pessoas têm o hábito de ir ao serviço de saúde com a finalidade de prevenção. Ao trabalhar com o gênero masculino, esse número é ainda menor. É muito difícil para o homem ocupar o papel de paciente e com frequência ele nega a possibilidade da doença, procurando assistência em última instância, pois se assumir doente seria assumir um papel de passivo, dependente e de fragilidade¹⁸. Na infecção do HPV, essa relação não é diferente.

O que vemos aqui é a confirmação da procura da assistência à saúde unicamente quando surgem sintomas. A primeira fala mostra que o sujeito foi à unidade de saúde quando apresentava lesões. A segunda fala revela que o indivíduo procurou o serviço de saúde por uma dor na região próxima à bexiga. Na última fala, o sujeito diz que o médico estava examinando outro sintoma e notou lesões sugestivas para HPV, encaminhando-o para maiores investigações, mas o sujeito não tinha notado nada de diferente até então.

A infecção pelo HPV é assintomática ou inaparente¹¹ e mesmo quando desenvolve a lesão, a princípio, ela é indolor. Este fator faz com que os sujeitos, principalmente os homens, não procurem assistência para prevenirem-se e/ou tratem-se, mas somente quando já estão infectados e às vezes quando já são portadores infectantes há algum tempo, dificultando o controle de qualquer doença.

Esse é um ponto importante no qual o enfermeiro pode atuar e romper a cadeia de transmissão.

Descuido e culpa

Na adolescência, o descuido é resultante do fato de o biológico já estar pronto para a reprodução, mas o social e o psicológico do adolescente não. Para alguns autores, isso faz com que muitos adolescentes homens iniciem suas atividades sexuais precocemente, fundamentadas em relações passageiras e desprovidas de amor¹⁹. As falas a seguir traduzem muito bem o que os autores quiseram dizer.

“Quando apareceu tipo... foi... daí que eu já lembrei que eu tinha feito a relação sexual sem camisinha.”

“Hoje eu sei que é... claro foi, é transmissão sexual e tal... é que é possível, os homens só manifesta com leões e tudo mais, que é mais possível que haja mas possa prejudicar a mulher através do colo de útero, tudo mais, do câncer, aquelas coisas né, por isso mesmo estou tomando essas providências aí pra tentar entender melhor e evitar qualquer coisa né, com agente aí.”

Os mesmos autores afirmam que uma das maiores desculpas dos homens para não adotarem uma prática preventiva é que esta prática deve ser iniciativa das mulheres¹⁹.

Há estudos que relatam que alguns homens apresentam medo e culpa em saber que foram eles os transmissores de alguma doença à parceira¹⁷.

Invulnerabilidade vulnerabilidade

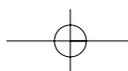
Os conceitos de vulnerabilidade e invulnerabilidade confundem-se. Afinal, para um sujeito tornar-se invulnerável à infecção do HPV é necessário considerar-se vulnerável, adotando medidas de prevenção. Vários autores revelam em seus estudos que o ser masculino se expõe ao risco por achar que nada irá acontecer com ele, ou seja, ele não vai adoecer. Isso ocorre porque em nossa cultura a masculinidade está relacionada a correr riscos¹⁸.

A resposta à pergunta “Como é para você estar desenvolvendo essas verrugas?” revela alguns aspectos da questão da vulnerabilidade e da invulnerabilidade:

“Foi pra se prevenir mais, tipo... bom... conhecer a doença que pode ser transmissível, que faz mal e... se proteger mais agora. Antes eu achava. Ah, isso não acontece, não pode acontecer comigo, não vai acontecer, depois que acontece que você... (agora você tem um pouco mais de consciência...) é... com a cabeça mais no lugar, não ter muitas relações nem com várias parceira.”

Somente o fato de o homem sentir-se livre de risco já demonstra certo grau de vulnerabilidade. Esse aspecto é exposto por vários autores^{20,17}.

Isso gera questões conflituosas em nossa cultura, a partir das quais proporemos sugestões para o problema.



Desconhecimento e dúvidas

O desconhecimento das doenças e de suas formas de prevenção leva o sujeito a certa confusão, o que não permite que ele adote posturas e condutas corretas com relação à prevenção¹⁷. As falas a seguir exemplificam esse fato.

“Só tinha ouvido falar daquela couve-flor e da crista de galo, mas só ouvido, mas... Como? Como acontecia? Como que era? ... Não.”

“foi o doutor [...] avaliou assim a região, o local e tal, resolveu fazer outros exames também deste HPV também que eu na verdade desconhecia até então.”

“Só ouvi falar, realmente assim, mas detalhadamente, to aprendendo mais um pouco agora”

“... Alguma coisa o médico esclareceu.”

“É esse HPG que eu não consegui entender, HPV, não entendi tipo... Qual é o sintomas, se é uma coisa grave ou não...”

“Olha só, por enquanto, na verdade, não houve tratamento específico assim, eu só fiz uma remoção...”

As falas desses sujeitos revelam que eles passaram a ter conhecimento sobre a doença após a infecção por HPV e, mesmo assim, ainda apresentavam dúvidas, ou seja, em alguns momentos eles não saibam o que estava acontecendo com o seu corpo.

A expressão “*não houve tratamento, só uma remoção*” deixa claro que o sujeito não entendeu a conduta médica, considerando-se que a “remoção” fazia parte do tratamento. Esse relato deixa visível a existência de “ruídos” na comunicação entre sujeito e equipe de saúde.

Desconhecimento do corpo

Ao ser questionado se percebeu que tinha alguma mudança no corpo, a resposta foi:

“Não, não, na verdade não.”

Essa fala exemplifica a falta de conhecimento do próprio corpo, o que faz com que sinais ou sintomas passem despercebidos. Esse fato leva-nos à reflexão e à avaliação de como as informações estão chegando a esse sujeito.

Prevenção e cuidado

Em diversos momentos, ao serem questionados sobre a percepção da doença, surgiram as seguintes falas:

“... Se prevenir mais [...] se proteger mais agora...”

“... Por isso mesmo estou tomando essas providências aí pra tentar entender melhor e evitar qualquer coisa né, com agente aí.”

“... Acho que a prevenção é a coisa mais importante a ser feita...”

O que vemos nestas falas é que os sujeitos resolveram adotar uma postura diferente a partir do ocorrido. Entretanto, para que essa nova postura seja a mais correta possível, eles necessitam de orientações corretas e do apoio de um serviço de saúde. Confirma-se assim a importância do papel do enfermeiro em orientar esses sujeitos, focando a prevenção. Vale a pena parafrasear um ditado cubano “Em

matéria de prevenção é melhor chegar um ano antes que um dia depois”²⁰.

Divulgação e mais informação

Nas falas abaixo, os sujeitos expressam-se pedindo a informação sobre o HPV e para estas informações serem amplamente divulgadas.

“Eu achei que teria que ser mais, mais... Aviso, informações para dá... Muitos homens já não têm, não sabem... Como eu tô sabendo agora dessa, desse HPV, muita gente não conhece por causa da pouca informação.”

“... Acho que deve ser mais divulgado, só. [...] acho que é o que importa, as pessoas saber das coisas, talvez né, assim não faz como o HIV e tudo mais, é só o que pode ser feito...”

Como profissionais da saúde, concordamos com alguns autores que afirmam a necessidade de reestruturação de estratégias de prevenção da doença para alcançar com maior efetividade e resolutividade a parcela da população que, quando não é portadora da doença, pode ser transmissora do vírus¹⁷.

CONCLUSÃO

Ao desenvolver um estudo como este, acreditamos ser difícil concluí-lo, pois ele abre a discussão em diversas faces. Neste caso, preferimos entender que nos próximos parágrafos discorreremos sobre algumas considerações pertinentes a essa pesquisa.

Ao realizar este estudo, percebemos o quanto deve ser feito a fim de melhorar a assistência à saúde do homem. Este estudo deu-nos a oportunidade de avançar para além do empírico, pois, as suposições que deixamos transparecer na introdução deste trabalho, concretizaram-se por meio da análise e discussão dos dados. Cabe aqui ressaltar que os dados se apresentaram como rica fonte de material para justificar mudanças para melhorar a assistência prestada ao “ser” masculino.

Promover a prevenção significa adotar medidas de redução de um ou mais fatores de risco que predisõem os sujeitos à infecção por HPV, dessa forma diminuindo a vulnerabilidade desses indivíduos. Consideram-se formas de prevenção, nesse caso, o incentivo aos sujeitos para realizarem consultas periódicas com profissionais de saúde e a orientação, tanto de homens como de mulheres, quanto à realização do auto-exame dos genitais.

O enfermeiro tem um papel muito importante, tanto na prevenção primária quanto na secundária, pois durante as consultas de enfermagem esse profissional pode fornecer orientações e encaminhar o paciente para um manejo clínico adequado, em parceria com a equipe médica. No campo onde os dados foram coletados, quem realizava as notificações e encaminhava as mulheres para a unidade de saúde de referência eram enfermeiras.

Nós, enfermeiros, precisamos refletir sobre nossas práticas no que tange à resolutividade dos problemas das comunidades e dos sujeitos. Como foi exposto neste trabalho, a infecção pelo HPV levanta algumas questões éticas que permeiam nossa forma de trabalho, portanto precisamos pensá-la e repensá-la a fim de contribuirmos com a saúde da população.

Ainda como profissionais da saúde, precisamos entender e atuar na cultura masculina com a finalidade de promover saúde e romper com o ciclo da infecção, não apenas do HPV, mas de qualquer outro agente ou fator prejudicial à saúde dessa população.

O que verificamos na análise dos dados é que o homem não só precisa como também deseja obter informações para modificar sua situação perante a infecção por HPV. Essas informações devem ser passadas respeitando-se os aspectos e características de cada indivíduo. O que podemos sugerir é a implementação de estratégias que beneficiariam o homem, incluindo-o na promoção à saúde, prevenção, assistência e tratamento.

Entendemos que este trabalho contribui com uma série de discussões que a enfermagem e outras áreas vêm realizando com a finalidade de prestar uma melhor assistência ao homem. Recomendamos que trabalhos semelhantes a este, sejam realizados em um maior período de tempo, o que possibilitaria analisar uma amostra mais significativa, com planejamento e avaliação da assistência a médio e longo prazos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Zanine-Koslinski RM. A infecção do colo uterino fetal pelo papiloma vírus humano: contribuição ao estudo da transmissão. Curitiba, Tese (Doutorado em Clínica Cirúrgica). Universidade Federal do Paraná; 1995.
- Tavares RR, Passos MRL, Cavalcanti SMB, Pinheiro VMS, Rubinstein I. Condilomatose genital em homens e soropositividade para HIV. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2000; 12 (1): 4-27.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. - HPV – perguntas e respostas mais freqüentes. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/cancer/hpv>>. Acessado em: 30/07/03.
- Bruno ZV. Doenças ditas sexualmente transmissíveis em crianças e adolescentes: formas de contágio. Rio de Janeiro, Tese (Doutorado em Ginecologia) – Instituto de Ginecologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.
- Dôres GB. HPV na genitália feminina: manual e guia prático de cirurgia de alta freqüência. São Paulo: Multigraf Editora; 1994.
- Bachega Júnior W. Estudo da associação do vírus papiloma humano e do acúmulo nuclear da proteína p53 com o acometimento metastático dos linfonodos regionais no câncer de pênis. São Paulo. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Hospital A.C. Camargo, Fundação Antônio Prudente; 2000.
- Soares CP, Malavazi I, Reis RI et al. Presença do papilomavirus humano em lesões malignas de mucosa oral. *Rev Soc Brás Méd Trop* 2002; 35(5): 439-444.
- Magi JC, Magi DAS, Reche LMC, Falavinha T, Carvalho GT. Anuscopia com exacerbação para diagnóstico de Papilomavirus humano ano-retal na forma subclínica. *Rev Bras Coloproct* 2002; 22(3): 178-183.
- Vanzin AS, Nery MES. Consulta de Enfermagem: uma necessidade social? 2a. Ed. Porto Alegre: RM&L Gráfica e Editora; 2000.
- Brasil. Decreto Nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício Profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. - Doenças Sexualmente Transmissíveis – Manual de Bolso. Brasília: PNDST/AIDS; 2000.
- Minayio MCDS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Ed. Hucitec – Abrasco; 1993.
- Brasil. Portaria Nº 1.943, de 18 de Outubro de 2001. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Teixeira JC, Derchain SFM, Teixeira LC et al. Avaliação do parceiro sexual e risco de recidivas em mulheres tratadas por lesões genitais induzidas por papilomavírus humano (HPV). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria* 2002; 24(5): 315-320.
- Paraná. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV). Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/Agravos/DST/hpv.htm>>. Acesso em: 15/01/2004.
- Teixeira JC, Santos CC, Derchain SFM, Zeferino LC. Lesões induzidas por Papilomavírus Humano em parceiros de mulheres com neoplasias intra-epitelial do trato genital inferior. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria* 1999; 21(8): 431-437.
- Guerreiro I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(4): 50-60.
- Hardy E, Jiménez AL. Masculinidad y género. In: Briceño-León R (Coord.). Saúde y
- Hernández JM, Alonso MO, Izquierdo YG, González TP. Conducta sexual en adolescentes varones y anticoncepción. *Revista Cubana de Enfermería* 2001; 17(1): 9-13.
- Hernández TG, Padrón AR. Uso del condón em estudantes de enseñanza técnica e profesional. *Revista Cubana de Enfermería* 2000; 17(1): 40-45.

Endereço para correspondência:

MARCOS AM ARCOVERDE

Rua Desembargador Antonio F. F. da Costa,
473 "A", Bairro Cajuru, Curitiba, PR.
CEP: 82960-060

Recebido em: 15/03/05

Aprovado em: 25/04/05

VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV ENTRE MULHERES COM ALTO RISCO DE EXPOSIÇÃO – MENORES INFRATORAS E DETENTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL.

VULNERABILITY TO THE HIV INFECTION AMONG HIGH RISK EXPOSED WOMEN – DISADVANTAGED GIRLS AND FEMALE PRISONERS IN SÃO PAULO, BRAZIL

Leila Strazza¹, Raimundo S Azevedo², Tânia MQR Boccia³, Heráclito B Carvalho⁴

RESUMO

Introdução: atualmente, a incidência da aids no Brasil, também caracterizada pelo aumento de casos entre as mulheres e chamada de “feminilização da aids”. Procurando compreender esta vulnerabilidade, escolheu-se uma população com alto risco de infectar-se pelo HIV, ou seja, mulheres institucionalizadas e detentas. **Objetivo:** avaliar a vulnerabilidade destas mulheres à infecção pelo HIV. **Métodos:** compararam-se quatro diferentes estudos homogêneos, que focavam comportamentos sexuais e uso de drogas utilizando questionários e sorologia para o HIV. **Resultados:** a prevalência observada foi de 0,26 (Ferreira, 1997); 0,10 (Strazza, 1999); 0,14 (Lopes, 1999) e 0,14 (Strazza, 2003). O contato sexual com HIV positivo, foi a variável mais importante de risco. Sexo desprotegido é o ponto. Como estratégia de controle, a atitude submissão no comportamento sexual feminino deve ser modificada. **Conclusão:** sugerimos reforçar oficinas de sexo seguro (mulheres e seus parceiros), abordando o tema.

Palavras-chave: feminino, prisioneira, menor infrator, vulnerabilidade, HIV, aids

ABSTRACT

Introduction: aids epidemic in Brazil shows an increase of women cases. So called “aids femininely”. Understanding this vulnerability it was chosen a female population with a high HIV risk infection, this is, institutionalized and prisoners. **Objective:** to evaluate their infection vulnerability. **Methods:** It was compared four different studies focus on sexual and drugs use behavior. **Results:** the prevalence was 2.6(Ferreira, 1997); .10 (Strazza, 1999); .14 (Lopes, 1999), and .14 (Strazza, 2003). Sexual contact, with HIV positive drug partner, is the submission attitude during sexual relationship, has to be modified as a control strategy. **Conclusion:** to take aim at this specific point, it is suggested to effort safe sex workshops among them (women and theirs partners).

Keywords: female, disadvantaged, prisoners, vulnerability, HIV, aids

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2):138-142, 2005

INTRODUÇÃO

O papel da mulher na sociedade contemporânea vem sendo debatido há longo tempo^{2,4-8} com a intenção de proporcionar, além de um crescimento feminino, um maior espaço na sociedade.

Segundo Soihet (1997), este debate em torno da opressão feminina foi inaugurado, nos anos 1940 por iniciativa da historiadora Mary Beard que, na sua obra publicada em 1946, “*Woman as force in history*”, abordou a questão da marginalização da mulher atribuindo-lhe, até então, as escassas referências, ao fato de a grande maioria dos historiadores, na época, serem homens e como tal ignorarem o sexo feminino.

Hexter⁷ replicou dizendo que a ausência das mulheres devia-se ao fato de elas não terem participado dos grandes acontecimentos políticos e sociais.

Encontramos em Beauvoir⁷ concordância ao argumento de Hexter⁷ quando ela afirma que a mulher ao viver em função do outro sem um projeto de vida próprio atua a serviço do patriarcado, pois assim agindo sujeita-se a ser protagonista e agente da história do homem.

Caminhando para o ano 2000 Albertyn diz que esta submissão ocorre com muitas mulheres porque o homem ainda representa a fonte de sobrevivência sua e de seu (sua) filho(a), tornando a sua dominação inquestionável.

Strazza⁴ compara esta submissão de Albertyn⁵ à prisão simbólica, podendo-se exemplificar com o recorte do discurso de uma detenta da Penitenciária Feminina do Butantã-SP:

“...ela queria ser livre, mas ficava em casa...ela não gostava disto... é como uma prisão... chega de falar, não resolve nada!” (p.108).

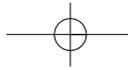
Sabe-se^{5,8} que a mulher se tem apresentado com falta de direitos e leis nesta precária vida a que se tem submetido, porém urge lembrar que existe(m) situação(s) em que a mulher é vulnerável à transmis-

¹Professora Doutora, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo-USP.

²Professor Associado, Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo-USP.

³Psicóloga, Auxiliar de Pesquisa, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo-USP.

⁴Professor Doutor, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo-USP.



são do HIV e nem ao menos lhe é permitido decidir pelo sexo seguro², como demonstra abaixo o recorte do discurso de uma adolescente da FEBEM feminina-SP com algumas considerações nossas à respeito:

- “A gente dorme junto porque tem medo que no meio da noite a polícia chegue, bata na gente e jogue dentro do camburão.” (p. 27)

1) Pode-se dizer que esses adolescentes escolheram dormir juntos ou que a mulher foi dominada pelo machismo masculino?

2) Pode-se afirmar que assumiram um comportamento de risco ou inadequado?

3) Onde está o verdadeiro risco: na infecção do HIV ou na violência exposta?

4) Qual a alternativa para aquele momento?

5) Como evitar este comportamento de risco?

O *sexo* é um dos *prazeres* que esta população tem e, sem dúvida, é o *escape* que elas(es) têm da realidade que lhes é muito *cruel*, ou melhor, *suas vidas*. Elas(es) têm muitos problemas com relação à pobreza que fazem *sombra à aids*.⁹

Não estamos aceitando a situação de risco como condição de pobreza, miséria e nem de desamparo da política social, mas sim, apresentando uma situação real de vida em que o risco se faz presente e que mostra a vulnerabilidade da mulher frente, não somente ao HIV, mas, também, à violência da realidade a que a mulher é, também, submetida, além da submissão ao poder masculino.

OBJETIVO GERAL

- Avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres com alto risco de exposição.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a tendência da prevalência da infecção HIV, na população feminina de internas da FEBEM e detentas obtidas em diferentes estudos e presídios femininos, em diferentes anos.
- Identificar resultados comuns nos diferentes estudos que ajudem a apontar os principais pontos de vulnerabilidade desta população.

MÉTODOS

Foram realizados diferentes estudos em diferentes anos e locais, com abordagem metodológica semelhante. Estudos transversais de prevalência sorológica para a infecção pelo HIV, utilizando questionários de comportamento de risco tanto sexual como de uso de drogas. Os resultados foram agrupados em categorias que pudessem ser tratadas de forma homogênea. Os três locais onde os quatro estudos foram realizados podem ser descritos, quando da época do estudo, como segue:

1. Fundação para o Bem-Estar do Menor de São Paulo-SP (FEBEM): Na cidade de São Paulo, a Fundação para o Bem-Estar do Menor (FEBEM) era a maior instituição que cuidava de jovens criminosos e sem lar, tinha 2.700 internos (95% de homens e 5% de mulheres) separados por edifícios conforme o gênero e a idade².

2. Penitenciária Feminina de São Paulo-SP: Prisão de regime fechado e segurança média. Albergava 50% da população presidiária feminina do estado com população flutuante.^{1,3}
3. Penitenciária Feminina do Butantã-SP: Considerada como prisão modelo da capital com ambos os sistemas: fechado e semi-aberto. O regime semi-aberto recebia detentas de toda a rede da Secretaria da Administração Penitenciária. Segurança média, população flutuante⁴

População estudada e os procedimentos adotados nos diferentes estudos

Ferreira¹: o grupo estudado foi de 365 mulheres em regime fechado e foi realizado no período de outubro de 1994 a dezembro de 1995 na Penitenciária Feminina de São Paulo (capital). Foram realizadas entrevistas, aconselhamento pré-teste, processamento dos testes de triagem. Para o estudo sorológico de diagnóstico de infecção pelo HIV foram utilizados testes ELISA e testes *Western-Blot*. O segundo como confirmatório. Os resultados de todos os exames foram feitos ao longo do estudo e aconselhamento pós-teste;

Strazza²: o grupo estudado foi de 87 adolescentes infratoras internas e foi realizado em março de 1995 na FEBEM feminina em três casas (edifícios). As adolescentes foram entrevistadas por meio de um questionário semi-estruturado, pela técnica *face-to-face*¹⁰ e logo após feito um grupo focal¹¹⁻¹³. Para o estudo sorológico de diagnóstico de infecção pelo HIV foram utilizados testes ELISA e testes *Western-Blot*. O segundo, como confirmatório. Os resultados de todos os exames foram entregues individualmente pela equipe médica da própria FEBEM;

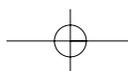
Lopes³: o grupo estudado foi de 316 mulheres em regime fechado e foi realizado no período de agosto de 1997 a fevereiro de 1998 na Penitenciária Feminina de São Paulo, capital. Foram realizados os seguintes procedimentos: período de sensibilização (três dinâmicas de grupo), entrevistas individuais (formulário epidemiológico). Para o estudo sorológico de diagnóstico de infecção pelo HIV foram utilizados testes ELISA e testes *Western-Blot*. O segundo, como confirmatório. Os resultados de todos os exames foram entregues individualmente pela equipe do projeto.

Strazza⁴: o grupo estudado foi de 299 detentas do regime fechado e semi-aberto da Penitenciária Feminina do Butantã da cidade de São Paulo, SP, e foi realizado no período entre os meses de agosto e outubro de 2000. Foram realizados os seguintes procedimentos: entrevistas por meio de um questionário semi-estruturado, pela técnica *face-to-face*¹⁰. Para o estudo sorológico de diagnóstico de infecção pelo HIV foram utilizados testes ELISA e testes *Western-Blot*. O segundo, como confirmatório. Os resultados de todos os exames foram entregues individualmente pela equipe do projeto. Após conhecimento dos resultados sorológicos foram realizadas oficinas de sexo seguro com no máximo 10 detentas, cada uma, no pavilhão de saúde.

RESULTADOS

Foram obtidos os diagnósticos sorológicos para a infecção pelo HIV nos diferentes grupos, no período compreendido entre 1997 e 2003 nos diferentes grupos:

Ferreira¹, que mostrou uma soroprevalência de 26,0 % na Penitenciária Feminina do Carandiru em São Paulo-SP (Brasil);



Strazza², que apresentou resultados de 10,3% em infratoras internas na Fundação do Bem-estar do Menor de São Paulo-SP (Brasil); Lopes³ e Lopes¹⁴ de 14,5% na Penitenciária Feminina do Carandiru de São Paulo-SP (Brasil); Strazza^{4,15}, de 13,85% para HIV na Penitenciária Feminina do Butantã de São Paulo-SP (Brasil). Resultados resumidos na **Tabela 1**.

É apresentado a seguir o número de casos notificados de aids, referentes aos anos 1999 a 2000, em detentas no Estado de São Paulo obtidos no Boletim Estadual¹⁶ resumidos na **Tabela 2**.

Quanto à faixa etária foram obtidos os seguintes dados: Strazza² trabalhou com meninas internas entre 12 e 21 anos com uma média de 15,95 anos. Ferreira¹, Lopes³, Strazza⁴, com detentas entre 18 e 70 anos, média de 32,4 anos.

Quanto ao estado civil, o mais freqüentemente observado nas três penitenciárias foi o de mulheres solteiras: Ferreira¹, 46,6% (365/170); Lopes^{3,14}, 42,9% (316/133); Strazza (a), (b)⁴ 53% (299/147). Sendo que não há disponibilidade desta informação em Strazza (1999) com as internas da FEBEM-SP, na época do estudo.

Quanto ao número de filhos: Ferreira¹ apresenta 78,1% do grupo (285 em 365) que referiu ter filhos, sendo que 41,4% (151) com um a dois; 36,7% (134) > dois.

Strazza¹ apresentou 25 adolescentes com filho entre 76 internas: um filho 30,6%, e dois filhos, 5,6%; Lopes³ observou 226 mulheres que tinham filhos: um a três = 52,2% (118), quatro a 10 = 32,7% (74), 11 ou mais 3,5% (8); Strazza (a)⁴ refere 85,95% (299/257) com filhos sendo que de um a dois = 131, três a seis = 116, sete a oito = 4, 9 = 4, 10 = 2.

A **Tabela 3** mostra um resumo sobre o comportamento sexual no que se refere ao uso de preservativo nesta população.

No estudo de Ferreira¹ 45,20% (165 de 365) detentas assumiram fazer uso de drogas e destas mulheres 53,33% (88 de 165) assumiram o uso de drogas injetáveis; com Strazza², 15% (13 de 87 meni-

nas) referiram fazer uso de droga injetável; com Lopes³ 87,6% (278 de 316) relataram apenas o uso de drogas e com Strazza⁴, 93,31% (279 de 299) referiram o uso de drogas e 9% usar drogas injetáveis.

A **Tabela 4** resume a referência ao uso das drogas comuns nos diferentes estudos.

DISCUSSÃO

A estratégia de buscar informações que pudessem orientar sobre o comportamento da infecção pelo HIV, nesses grupos altamente expostos, tanto pelos componentes relacionados com o comportamento sexual como de uso de drogas, permite-nos inferir sobre a tendência destas infecções nesta população. Mesmo não podendo afirmar sobre uma tendência acerca da infecção, dado à fragilidade do método empregado, é importante observar-se que a infecção parece ainda se manter em níveis altos quando comparados com a população em geral.

As informações dos estudos e as obtidas em Boletim Epidemiológico do CRT-DST/Aids - SES - SP¹⁶, no período que compreendia esses estudos, (**Tabelas 1 e 2**), permite a comparação entre casos com infecção pelo HIV com casos de aids notificados. Os primeiros sempre aparecendo com maiores freqüências, fato esperado e que mostra uma maior sensibilidade numérica com relação à dimensão da epidemia.

Portanto é importante lembrar a magnitude das informações quando tratamos com casos confirmados de aids e quando tratamos com casos de mulheres HIV+. Os dados nos permitem inferir que apesar dos números apresentarem uma tendência de queda, ainda estão em níveis muito altos quando comparados com a população em geral. Estudos referem que pouco foi feito para controle desta epi-

Tabela 1 - Prevalência de HIV obtidas em diferentes estudos na cidade de São Paulo em populações femininas de prisioneiras e menores infratores obtidas por semelhantes metodologias

Estudo	Ano da Pesquisa	N	% HIV+ (n)
Ferreira	1994 - 1995	365	26,0 (95)
Strazza	1995	87	10,3 (9)
Lopes	1997 - 1998	187	14,5 (37)
Strazza	2000	267	13,9 (37)

Tabela 2 - Número de casos notificados de aids, ano do diagnóstico e a categoria de exposição

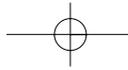
Ano Diagnóstico	Hetero*	Het+droga**	udi#	Ignor###	Total
1994	2	9	4	3	18
1995	2	3	2	1	8
1996	6	6	1	2	15
1997	3	3	2	1	9
1998	5	8	1	4	18
1999	7	7	3	7	24
2000	5	3	0	1	9

Categorias de exposição: *hetero: heterossexual; **het+droga: heterossexual e uso de drogas injetáveis;

#udi: uso de drogas injetáveis; ###Ignor: ignoradas

Fonte: CRT-DST/Aids - SES - SP (SANTOS, N.J.S., 2002)

DST - J bras Doenças Sex Transm 17(2): 138-142, 2005

**Tabela 3** - Frequência do uso de preservativo* durante as relações sexuais referidos em diferentes estudos na cidade de São Paulo em populações femininas de prisioneiras e menores infratores obtidas por semelhantes metodologias

Estudo	N	%	n
Ferreira	365	97,4	355
Strazza	76	80,0	61
Lopes	134	62,7	84
Strazza	158	60,0	95

* Foram consideradas as respostas: nunca, às vezes e a primeira vez como nunca usaram.

Tabela 4 - Frequência do uso de drogas referidos em diferentes estudos na cidade de São Paulo em populações femininas de prisioneiras e menores infratores obtidas por semelhantes metodologias

Estudo	N	sim (%)	Maconha (%)	Cocaína (%)	Crack (%)
Ferreira	365	165 (45,2)	19,4	13,3	7,9
Strazza	87	13 (14,9)	87,4	64,4	69,0
Lopes	316	278 (87,9)	60,1	-	36,0
Strazza	299	279 (93,3)	61,0	47,0	43,0

demia nesta população específica^{15,4,17}. Por outro lado, sabe-se da urgência da adoção de estratégias de controle para prevenção da aids nas prisões. No entanto, sabe-se das fortes barreiras encontradas para a realização de programas neste sentido^{3,15,17,18}

Em Strazza⁴, observam-se informações que apontam para um caminho, quase natural, percorrido dentro dos sistemas estudados. Pertenceu ao trabalho de campo desenvolvido na Penitenciária Feminina do Butantã, ano 2000, uma detenta que havia estado na condição de interna na FEBEM em 1995:

“Lembra de mim? A senhora me encontrou na FEBEM... fez um projeto de aids lá... lembra?... Meu cunhado, morreu... foi ele que me ensinou tudo... (p.113)”

Esta citação nos mostra que existe, nesta população, uma mistura de aprendizagem com iniciação, conferidas pelo homem, que as tornam duplamente submissas, fazendo com que estas mulheres cumpram pena em duas inevitáveis prisões: a prisão real (a que a mulher se encontra) e a simbólica. A última, faz com que a mulher se torne prisioneira do homem desde a infância, com leis estabelecidas pelo cultural e social^{4,5,19,20}

Segundo dados da Fundação Prof. Dr. Manuel Pedro Pimentel, que trabalha na recuperação de presos (FUNAP²¹), muitas destas mulheres que estão presas foram levadas a vender drogas por seus maridos, namorados, amantes...

Segundo Lopes³:

“Na Penitenciária Feminina da Capital, 87% das mulheres cometeram crimes contra o patrimônio e/ou relacionados a substâncias entorpecentes, enquanto apenas 11,5% era homicida. Dados semelhantes foram observados nas Penitenciárias Femininas do Tatuapé e da cidade de Santos”^{22,23}

Strazza⁴ afirma que segundo o código penitenciário, mulheres que matam o marido, namorado ou amante são recebidas com

respeito pelas detentas, que consideram boa parte destes crimes um ato de coragem... na cadeia:

“Uma mulher sabe o que a outra sofreu na mão de um homem ” (p. 115)²⁴

Observando os dados obtidos nos diferentes estudos, é bastante pertinente afirmar que a via sexual é muito provavelmente à principal rota de transmissão da infecção pelo HIV, entre elas.

Ferreira¹ revelou que uma das vias de transmissão encontrada foi pelo contato sexual com usuários de drogas injetáveis em 17,9% das mulheres infectadas pelo HIV (17/95):

“.....existe um ‘excesso’ de risco para a população feminina... este excesso poderia ocorrer em função do risco ‘indireto’ que seria a transmissão pela via sexual.... dados do Sistema de Informação referentes a situações de risco de portadores assintomáticos do HIV, que procuram serviços de aconselhamento e sorologia no estado de São Paulo, no período de 01/94 a 01/95 tem a transmissão sexual como responsável em cerca de 70% entre as mulheres...” (p. 92).

Strazza² disse que 20,68% (18 de 87 internas) assumiram já ter tido parceiro sexual usuário de droga injetável.

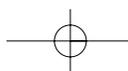
Lopes³ afirmou que na infecção por HIV foi encontrada a informação de que:

“...32,4% (11) antigos parceiros eram usuários de drogas injetáveis” (p. 44).

E finalmente, Strazza⁴ concluiu que:

“...este trabalho demonstrou que as detentas soropositivas adquiriram o HIV principalmente pela via sexual associando o parceiro usuário de droga injetável como um risco de transmissão para a infecção HIV com odds ratio de 4,72 e p < 0,0001...” (p.118).

Segundo Ruiz²⁵, na transmissão sexual encontra-se uma das formas de violência contra a mulher:



“...este evento é acrescido pela presença de mitos de uma sociedade prevalentemente machista, com outros aspectos como uma educação sexual deficiente e a deterioração dos valores humanos.” (p. 173)

Parker²⁰ diz que esta estrutura violenta do homem se deve à hierarquia baseada no exercício da força do antigo patriarca que já tinha o seu direito de apelar para a violência. O homem do regime patriarcal faz da mulher uma criatura completamente diferente dele, ou seja, ele é o sexo forte e ela é o sexo fraco.

Estas são razões suficientes para que o homem tenha o poder em suas mãos mostrando sua superioridade, potencial e violência. A mulher que aceita viver com este homem é, então, considerada por ele como um ser inferior, fraca, sujeita à total submissão do patriarca²⁰.

Esta repressão sexual feminina, além da violência, do perigo da transmissão tem também, o medo da diferença de uma cultura patriarcal, dominante, que se assemelha, para a mulher, a uma estrada de mão-única²⁶.

Perruci²⁷ alerta sobre a violência exercida sobre o sexo feminino:

“... é um produto, antes de tudo, da dominação que sobre ela exerce o homem... existe, em maior ou menor escala, em todas as partes do mundo, mesmo nos países onde se prega uma filosofia social de absoluta igualdade sexual na repartição das tarefas sociais.” (pag.9)

CONCLUSÃO

O risco à infecção pelo HIV, e outras doenças sexualmente transmitidas que estas mulheres internas e encarceradas estão expostas, aponta que sua vulnerabilidade se deve principalmente à dupla submissão: real e simbólica^{4,5,19,20}. Sendo que a submissão simbólica remete a uma cultura secular não impossível de ter a sua realidade transformada, mas para tal se deve pensar seriamente em oficinas de sexo seguro não apenas para as mulheres, mas para os homens, também, para que finalmente eles sejam capazes de entender que o uso da camisinha pode significar o fim da opressão feminina e o início da verdadeira independência da mulher.

Sem trabalhar as questões acima citadas, consideradas como fundamentais e, tendo ainda como referência a vulnerabilidade da mulher, refletida na “feminização da aids”, fica claro que as formas de controle, como o sexo seguro, utilizados para esta epidemia, devem ser reforçados como estratégia de controle, tanto para serem desenvolvidas nessas populações como na população em geral.

Referências Bibliográficas

1. Ferreira MMC. Infecção pelos retrovírus HIV-1, HTLV-I e HTLV-II na população feminina da penitenciária do estado de São Paulo. Prevalência fatores de risco e conhecimento desse risco (tese de doutorado), Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1997.
2. Strazza L. Diferenças de gênero e risco para a infecção pelo HIV em adolescentes internos na Fundação Estadual Para o Bem Estar do Menor de São Paulo-FEBEM (tese de mestrado). Área de Fisiopatologia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.
3. Lopes F. Prevalência de HIV, HPV e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital (tese de mestrado), Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.
4. Strazza L. Estudo da vulnerabilidade à infecção pelo HIV em detentas da Penitenciária Feminina do Butantã-SP avaliada por técnicas sorológicas e

- pela técnica do TAT (tese de doutorado), área de fisiopatologia experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
5. Albertyn C. Using Rights and the Law to Reduce Women's Vulnerability to HIV/AIDS, International AIDS Conference, Durban; 2000
6. Zierler S & Krieger N. Reframing Women's Risk Social Inequalities and HIV Infection, Annual Review Public Health 1997; 18:401-4.
7. Soihet R. Enfoques Feministas e a História: Desafios e Perspectivas in Samara EM, Soihet R, Matos MIS. Gênero em Debate: trajetória e perspectivas na historiografia contemporânea, São Paulo: Educ; 1997.
8. Sally O'Leary & Barbara Cheney. A Tripla Ameaça – mulheres e aids, Rio de Janeiro: ABIA; Recife, PE: SOS Corpo; Londres, Inglaterra: Panos Institute; 1993.
9. Strazza L, Massad E, Burattini MN, Zanetta D, Carvalho H, Azevedo RS. A Vulnerability Approach To Hiv / Aids Infection In Disadvantage Female Adolescents Of São Paulo, Brasil. Abstract Book Of 8th International Conference On The Reduction Of Drug Related Harm, Paris, França; 1997. p. 151.
10. Catania JA, Kegeles SM, Coates TK. Towards an Understanding of Risk Behaviour: an AIDS Risk Reduction Model (ARRM). Health Education Quarterly 1990; 17(1):53-72.
11. Almeida MAV. Instrução Programada - Teoria e Prática Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, II Série; 1970.
12. Kay H, Dodd B, Sime M. Iniciação à Instrução Programada e às Máquinas de Ensinar, São Paulo: Ibrasa; 1970.
13. Howard J. Talking a Chance on Love, Risk Behaviour of Sidney Street Youth, Journal of Paediatrics and Child Health 1993; 29(S 1):60-65.
14. Lopes F, Latorre MR, Campos Pignatari AC, Buchalla CM. HIV, HPV and syphilis prevalence in a women's penitentiary in the city of São Paulo, 1997-1998, Caderno Saúde Pública 2001; 17(6): 1473-1480.
15. Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection, Brazilian Journal of Medical and Biological Research 2004; 37:771-776.
16. Boletim Estadual - CRT-DST/AIDS-SES-São Paulo em 2002 – SANTOS NJS. Diretora da Divisão de V.E.
17. Massad E, Rozman M, Azevedo RS, Silveira ASB, Takey K, Yamamoto YI. et al. Seroprevalence of HIV, HCV and Syphilis in a Brazilian Prisoners. European Journal of Epidemiology 1999; 15(5): 439-445.
18. Zanetta DMT, Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E, Menezes RX. HIV infection and related risk behaviours in a disadvantaged youth institution of São Paulo, Brasil, International Journal of STD & AIDS 1999; 10: 98-104.
19. Strazza L. O Simbólico da Prisão Feminina: mulher e aids, <http://www.saudetotal.com/strazza.htm>, São Paulo, 9 de março de 1994.
20. Parker R. Corpos, Prazeres e Paixão-A cultura sexual no Brasil contemporâneo, São Paulo: Best Seller 1991.
21. Funap, 2002,
22. Coletivo Feminista de Lésbicas: Programa DST/AIDS da Secretaria de Estado de São Paulo-SP. Prevenção do HIV/AIDS na Casa Feminina do Tatuapé. São Paulo, 1997 [Relatório de Pesquisa – MS. Coordenação Nacional de DST/AIDS].
23. Tellini RMC, Carvalho EL, Gomes E, Ebner FV, Castro MTF, Mello LB. et al. Estudo sobre a prevalência de HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis entre presidiárias de Santos, São Paulo-SP, 1998 [relatório de pesquisa AIDSCAP/FHI]
24. Oliveira R & Sampaio P. Mulheres Fatais, Quando as mulheres matam. Revista da Folha 2002; 11(546): 16-17.
25. Ruiz DEH, Lopez EH, Reyes FQ, Cuelar GGT. La enfermera y la atención en crisis a la víctima del abuso sexual: In Santos MFF. Violência. Bogotá: SN VIII; 1989.
26. Vance CS. El Placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad in Placer y peligro: Explorando la Sexualidad Feminina (selección de textos); Hadlan Las Mujeres. Madrid: Editorial Revolucion; 1998.
27. Perruci MF. A Violência e Mulher, Symposium R Unicap 1987; 29(2): 55-60.

Endereço para correspondência:

LEILA STRAZZA

Av. Dr. Arnaldo 455, São Paulo,

CEP: 01246-903, Brasil

E-mail: strazza@usp.br

Recebido em: 26/04/05

Aprovado em: 30/05/05

PERFIL DE MULHERES PORTADORAS DE LESÕES CERVICAIS POR HPV QUANTO AOS FATORES DE RISCO PARA CÂNCER DE COLO UTERINO

WOMEN'S PROFILE WITH CERVICAL LESIONS FOR HPV AS FOR THE RISK FACTORS FOR CANCER OF CERVIX

Saiwori JS Bezerra¹, Polyanna C Gonçalves², Eugênio S Franco³, Ana KB Pinheiro⁴

RESUMO

Introdução: sabe-se que o câncer de colo do útero está intimamente relacionado com a infecção pelo papilomavírus humano. Todavia, vários elementos contribuem para o desenvolvimento de alterações celulares malignas. **Objetivo:** identificar tais fatores para o câncer cervical em mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV. **Metodos:** estudo correlacional de abordagem quantitativa desenvolvido em um centro de referência no atendimento às DST e na prevenção do câncer de colo uterino nos meses de abril e maio de 2004. Estudaram-se 37 mulheres, identificando as seguintes variáveis: dados de identificação, antecedentes obstétricos, estilo de vida, comportamento sexual, condições infecciosas ou reativas e resultados dos exames clínicos e laboratoriais. **Resultados:** a idade média observada foi de 30 anos, com expressivo número de mulheres casadas ou em união consensual, 22 (60%). A maioria, 73%, era alfabetizada e tinha renda inferior a três salários mínimos, 28 (76%). Notou-se relação de inversabilidade proporcional quanto ao número de gestações, partos e abortos com o de mulheres da amostra. Consideramos que, na população analisada, dos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer cervical, predominaram a relação com baixo nível socioeconômico, a nuliparidade e o reduzido número de gestações, quantidade superior a dois parceiros sexuais em todas suas vidas, o não-uso de preservativo, o uso de contraceptivos e presença de alguma DST. **Conclusão:** a investigação de outros fatores vem se mostrando um auxílio no recrutamento da população de risco, acarretando avanços na detecção precoce de lesões precursoras do câncer de colo do útero.

Palavras-chave: saúde da mulher, câncer do colo uterino, papilomavírus humano

ABSTRACT

Introduction: we know that womb cancer is strictly related to the infection caused by human virus papilloma. Many other elements, however, are also responsible for malignant cell alterations, these being hazardous factors. **Objective:** people tried to identify these factors to cervical cancer in women suffering from HPV-caused cervical injuries. **Methods:** a quantity approach co-relational study developed in a STD and womb cancer prevention reference center made in the months of April and May, 2004, studied 37 women and identified the following: identity information, obstetric procedures, lifestyle, sexual behavior, reactive or infective conditions and clinic and laboratory exam results. **Results:** the average age studied was 30 years old, with an expressive amount of married or consensual-united women, 22 (60%). The major part, 73%, knew how to read and write and earned less than 3 salaries. An inversely proportional relation in the numbers of pregnancy, births and abortions with the women of the research was noted. We consider that, in the analyzed people, among the factors that contribute to the growth of cervical cancer, the most common were: low economic class level, more than two sexual partners in the whole life, the fact of not using condom, the use of contraceptives, the presence of a STD and the reduced number of pregnancies. Nutritional necessities, use of drugs, an early start of sexual life and the number of sexual partners were not too representative factors in the data collected. **Conclusion:** we concluded that the research on other factors is helping with the recruitment of risk population, generating advances in an early detection of indicative injuries of womb cancer.

Keywords: woman's health, cervical cancer, human papilloma virus

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2): 143-148, 2005

INTRODUÇÃO

O câncer cérvico-uterino é considerado um problema de saúde pública devido a sua alta incidência e altas taxas de mortalidade. Apresenta, na maioria dos casos, evolução lenta e sua prevenção consiste em identificar o mais precocemente possível as lesões atípicas no epitélio do colo uterino por meio de exames como a inspeção visual com ácido acético (IVA), cervicografia e colposcopia, e da pesquisa de alterações celulares pelos métodos de Papanicolaou e de histopatologia, além dos métodos de biologia molecular que identificam a presença de DNA viral nos tecidos.

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, bolsista do Programa de Educação Tutorial- PET.

²Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, bolsista do Programa de Educação Tutorial- PET.

³Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, enfermeiro do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Diretor científico do Núcleo de Imagem Científica.

⁴Doutora em Enfermagem, professora-adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

O câncer de colo uterino é o terceiro câncer de maior prevalência entre mulheres. Estatísticas referentes aos países em desenvolvimento mostram que 80% dos novos casos ocorrem nessas localidades. No Brasil, tal patologia fica em segundo lugar, só perdendo para o câncer de mama.¹

As doenças como o câncer, que se caracterizam por um crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, vinham sendo tratadas no Brasil e no mundo por meio de ações essencialmente terapêuticas, o que acarreta aumento nos custos. Porém, o Ministério da Saúde vem procurando mudar tal estratégia, combinando ações preventivas de promoção e proteção à saúde.

O exame de Papanicolaou consiste no estudo das células descamadas esfoliadas da parte externa (ectocérvice) e interna (endocérvice) do colo do útero e é atualmente o meio mais utilizado na rede de atenção básica à saúde por ser indolor, barato, eficaz e poder ser realizado em qualquer lugar por qualquer profissional treinado. Esse exame é oferecido gratuitamente pelos municípios e estado e Governo Federal através do Ministério da Saúde por meio do programa nacional de controle do câncer do colo do útero. Seu objetivo é reduzir a morbimortalidade para o referido câncer, suas repercussões físicas, psíquicas e sociais na mulher brasileira.

O Instituto Nacional do Câncer – INCA reconhece o teste citológico de Papanicolaou como muito efetivo no diagnóstico precoce e na prevenção do câncer invasivo do colo do útero. Porém, a incidência da doença mantém-se como uma das mais altas entre as neoplasias malignas que ocorrem em mulheres brasileiras.²

A finalidade dos testes clínicos é auxiliar o diagnóstico das doenças. No entanto, não existem testes perfeitos, ou seja, aqueles que com certeza absoluta determinam a presença ou ausência da doença.³

As taxas de mortalidade por câncer de colo uterino, mesmo após implantação do Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo de Útero na segunda metade da década de 1990, continuam altas, ao contrário do que ocorre em países desenvolvidos. No ponto de vista temporal, elas vêm aumentando. Em 1979, a taxa era de 3,44/100.000 habitantes, enquanto em 2000 era de 4,59/100.000 habitantes, variando nesse período 33,1%.⁴

O câncer cérvico-uterino vem sendo relacionado com vários fatores ao longo dos tempos. Hoje são conhecidos os seguintes fatores de risco para lesões cervicais: DST; condições infecciosas e reativas; hábitos sexuais, como início precoce e multiplicidade de parceiros; tabagismo ativo e passivo; uso prolongado de anticoncepcionais orais. Carências nutricionais, receio da cliente em realizar o exame devido ao medo, vergonha, ansiedade, ignorância e dificuldade de acesso aos serviços de saúde para realização de exame preventivo podem ser considerados como fatores que dificultam o diagnóstico precoce. Sabe-se ainda que por meio dos exames preventivos periódicos pode-se controlar a doença, rastreando a população sintomática e assintomática, levando, na maioria dos casos, à cura^{1,5-9}.

Sabe-se que, por meio de pesquisas, buscam-se identificar variáveis de exposição com a finalidade de conhecer se são ou não fatores de risco para uma patologia. Nesse sentido, também através de pesquisas, busca-se reiterar a validação da hipótese de associação causal/ efeito do fator à doença em determinada população. Caso a pesquisa seja afirmativa, a hipótese beneficia-se por uma validação parcial.¹⁰

Justifica-se, assim, a importância da avaliação dos fatores de risco de mulheres que realizam exames de prevenção do câncer cérvico-uterino. A expectativa é que, diante da exposição de dados consistentes, possam ser propostas sugestões para subsidiar intervenções de enfermagem na comunidade a fim de se reduzir os fatores de risco

encontrados e conhecer o perfil epidemiológico das comunidades para melhor promoção, proteção e recuperação da saúde. Acredita-se ser essa uma forma de contribuir com a melhora da qualidade de vida daquela população, não esquecendo que a erradicação do câncer do colo uterino depende de ações básicas de prevenção e controle dos fatores predisponentes, de políticas de proteção à saúde da mulher e de uma melhora educacional da população.

OBJETIVO

Identificar os fatores de risco para câncer do colo uterino em mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV.

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo correlacional de abordagem quantitativa. Nesse estudo, o investigador usa um desenho para examinar as relações entre duas ou mais variáveis, testar se essas variam conjuntamente e quantificar a força de relação entre elas, preocupando-se com a direção positiva ou negativa da relação.¹¹

Local e período

A pesquisa desenvolveu-se em um centro de saúde do Município de Fortaleza, instituição que é referência da Secretaria Regional III na prevenção do câncer de colo uterino e no atendimento aos portadores de DST em nível primário e secundário de atenção, o Centro de Saúde Anastácio Magalhães (CSAM).

O período para a coleta dos dados compreendeu os meses de abril e maio de 2004.

População e amostra

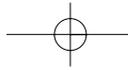
A população do estudo é composta por 352 mulheres com diagnóstico positivo para lesões precursoras do câncer do colo uterino de um universo de 1.582 mulheres atendidas por enfermeiros, no período de março de 2002 a abril de 2004, em pesquisa em desenvolvimento no centro de saúde onde se desenvolveu a pesquisa.

A amostra é composta por 37 mulheres que apresentaram lesões cervicais por HPV no exame preventivo, e no período em que se desenvolveu a investigação realizaram tratamento na unidade de saúde.

No estudo correlacional não se emprega aleatorização no procedimento de amostragem por lidar com grupos pré-existentes, e consequentemente o caráter generalizável é diminuído.¹⁰

Instrumento e coleta dos dados

A coleta dos dados deu-se por meio de um roteiro de entrevista estruturado (Apêndice I) contendo perguntas objetivas e subjetivas que foram coletadas no dia da realização do exame ginecológico.



Além disso, foram utilizados os resultados dos exames atuais para melhor avaliação do estado de saúde das participantes, como as citologias oncológicas e as cervicografias digitais.

Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados por meio de tabelas e gráficos e divididos em variáveis: dados de identificação, antecedentes obstétricos, estilo de vida, comportamento sexual, condições infecciosas ou reativas e dados relacionados com os exames clínicos e laboratoriais.

O conjunto das variáveis irá fornecer-nos um perfil epidemiológico de tais mulheres e suas implicações quanto aos fatores de risco para lesões de colo de útero. Juntamente com os resultados dos exames preventivos, avaliaremos as alterações e suas relações com o perfil geral estabelecido.

Analisou-se o perfil epidemiológico de acordo com a literatura pertinente, relacionando com os fatores de risco para lesões cervicais já conhecidas a fim de se reiterar a veracidade de tais fatores e investigar novos. Uma vez validada a hipótese de uma dada variável de exposição ser ou não fator de risco para uma determinada patologia, essa seria beneficiada por uma validação parcial.

Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

RESULTADOS

Ao se descrever um perfil geral do conjunto estudado, abordaram-se os dados de identificação que incluíram: idade, estado civil, escolaridade e renda familiar.

A idade média observada foi de 30 anos. Houve predominância da faixa etária entre 18 a 38 anos com representação de 21 (57%) mulheres. O restante dividiu-se entre as faixas de 29 a 39 e de 40 a 50 anos, comportando, respectivamente, nove (24%) e sete (19%) mulheres.

A maior incidência do câncer de colo de útero acomete mulheres com idades entre 40 e 60 anos, sendo menos freqüente antes dos 30 anos, isso se deve ao longo período da evolução da infecção inicial pelo HPV no início das atividades sexuais, na adolescência ou até por volta dos 20 anos, até o aparecimento do câncer. Porém, esse quadro vem se modificando aos poucos e o aparecimento de lesões precursoras está ocorrendo cada vez mais precocemente, devido à iniciação cada vez mais antecipada das atividades sexuais associada aos demais fatores de risco.

Os comportamentos de risco para a aquisição da infecção, bem como a presença de lesões de variada etiologia que comprometem a integridade da pele e mucosa genital, propiciam o risco de contrair a infecção. A fase de maior atividade sexual das mulheres é durante a idade reprodutiva. Esse fato confere à prevenção da infecção uma importância mais significativa.¹²

Houve um expressivo número de mulheres casadas ou em união consensual portadoras de lesões cervicais na população em estudo. Esse fato indica que tal tipo de união conjugal pode conduzir as esposas a uma maior exposição, principalmente às doenças infecciosas do trato genital transmitidas por relação sexual, pois muitas vezes

essas confiam na fidelidade de seus companheiros e não utilizam nenhum método de prevenção (**Tabela 1**).

Com relação à escolaridade, observou-se que a maioria (73%) se compunha de mulheres alfabetizadas com educação formal de no mínimo o ensino fundamental completo. Dessas, uma (3%) tinha cursado o ensino fundamental completo, cinco (13,5%), o ensino médio incompleto, 15 (43%) cursaram o ensino médio completo e cinco (13,5%), o ensino superior incompleto. Dentre as remanescentes, 10 (27%) tinham ensino fundamental incompleto e uma era analfabeta (3%).

Sabe-se que mulheres com maior tempo formal de educação cuidam melhor de sua saúde e de seus familiares, procurando mais os serviços de saúde e aumentando positivamente os indicadores de saúde.

Quando se analisou a renda familiar, detectou-se uma população composta por mulheres de baixa renda, principalmente entre um e três salários mínimos, 24 (65%). A porção com renda inferior a um salário era de quatro (11%), com renda entre três e cinco salários era de oito mulheres (21%) e com renda maior que cinco salários apenas uma (3%). Constatamos que tamanha proporção de mulheres com baixa renda se deva ao fato de o centro de saúde onde coletamos os dados ser municipal, conveniado com o SUS, sendo sua demanda geralmente composta por classes socioeconômicas menos abastadas.

O estudo dos antecedentes obstétricos demonstrou que a menarca do conjunto predominou dentre as idades de 12 e 13 anos, em 16 (43%), variando entre nove e 11 anos, em sete (19%), e entre 14 e 16 anos, em 14 (38%). A menarca pode levar à realização de práticas sexuais cada vez mais precoces e conseqüentemente se constituir em fator de risco pelo não não-amadurecimento total da cérvix uterina.

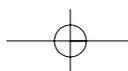
O número de gestações, partos e abortos mostrou-se bastante variável, com a presença de certa relação de inversibilidade proporcional, ou seja, quanto menos gestações, partos e abortos, maior a porcentagem de mulheres com lesões cervicais (**Tabela 2**).

Tabela 1 - Distribuição de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV segundo união conjugal.

Tipo De União Conjugal	N	%
Casada/União Consensual	22	60
Solteira	13	35
Viúva	02	5
N	37	100

Tabela 2 - Distribuição de mulheres portadoras de lesões por HPV segundo número de gestações, partos e abortos.

Número	Gestações		Partos		Abortos	
	N	%	N	%	N	%
00	08	21,5	12	32	24	65
01	11	30	12	32	11	30
02	08	21,5	05	13,5	02	5
03	05	13	04	11		
04	01	3	03	8		
05	04	11	01	3		
N	37	100	37	100	37	100



Dentre as formas de finalizações das gestações anteriores, pôde-se observar que, no grupo, houve maior número de partos vaginais (**Tabela 3**).

Para melhor caracterização do perfil do grupo estudado, o estilo de vida das mulheres mostrou-se uma importante variável. A relação entre o uso de tabaco e o aumento da incidência de HPV e de lesões cervicais já foi demonstrada por Aleixo-Neto; Derchain *et al.* e Murta *et al.*¹²

Contudo, não se constatou um significativo número de mulheres tabagistas nesse grupo, apenas sete (19%) comparadas com as 30 (81%) não tabagistas. Quanto à frequência de uso, a variação foi grande, de quatro cigarros por dia a três carteiras por dia, com média geral de 18 cigarros por dia.

Contemplando o uso de álcool etílico e o de drogas ilícitas, a frequência observada também foi pequena. Dentre elas, 12 (32%) relataram fazer uso de álcool etílico, enfatizando sempre baixa frequência, sendo somente usado em eventos sociais e finais de semana. Com relação ao uso de drogas ilícitas, apenas três (8%) confirmaram que fizeram uso desse tipo de droga em algum momento na vida.

Ao se questionar as mulheres quanto ao uso de tais drogas (tabaco, álcool etílico e drogas ilícitas) muitas se sentiram constrangidas devido ao preconceito social inserido nesses tópicos, gerando assim uma possível não-fidedignidade dos relatos.

Carências nutricionais foram analisadas a partir do índice de massa corporal (IMC) do grupo estudado, porém a maioria encontrava-se entre a faixa de peso normal e sobrepeso (**Tabela 4**).

A população examinada não apresentou um início precoce da atividade sexual, prevalecendo a fase entre 16 e 20 anos de idade com representação de 20 mulheres (54%). Apenas seis (16%) iniciaram suas vidas sexuais antes dos 16 anos, e o restante, 11 (30%) iniciou depois dos 20 anos.

Antes dos 18 anos, a iniciação é considerada precoce porque a cérvix ainda não está completamente formada e os níveis hormonais estabilizados.

Em geral, as mulheres iniciam suas vidas sexuais entre 15 e 19 anos, contudo estudos demonstram ligeira tendência das mulheres

que apresentam lesões por HPV terem iniciado atividades sexuais antes dos 14 anos.¹³

A educação sexual deficiente, negligenciada pelos pais, pela escola e pelo governo, propicia a formação de uma sexualidade deturpada e moldada em estereótipos apregoados pela mídia, que tem mostrado ser normal um grande número de parceiros entre os jovens e que as relações extraconjugais são uma constante, ao mesmo tempo em que falham por não associá-las à ocorrência de DST.¹²

A quantidade de parceiros sexuais anteriores e atuais também se constituiu um tópico constrangedor na entrevista, sendo passível de erro. Assim, 12 (32%) relataram ter apenas um parceiro sexual em toda a vida, enquanto 18 (49%) tiveram de dois a quatro parceiros anteriores, sendo esse o número de maior prevalência. Restando ainda quatro (11%), cujo número de parceiros anteriores foi de cinco a nove e ainda três (8%) com mais de 10 parceiros sexuais anteriores.

Quanto aos parceiros sexuais atuais, seis (6%) não tinham nenhum parceiro no momento e 31 (84%) estavam somente com um parceiro atual segundo informações das entrevistadas.

Vários autores apontaram aumento da incidência de lesões cervicais por HPV em mulheres cujo número de parceiros sexuais foi maior que dois, encontrando semelhança nos achados dessa população.

No entanto, um fator de risco de grande relevância e de difícil verificação é o quantitativo do número de parceiras sexuais que os companheiros dessas mulheres tiveram ou têm na atualidade, e se as relações com essas parceiras ocorreu de forma protegida ou não.

Segundo a análise da variável comportamento sexual, observamos que o preservativo não vem sendo utilizado nas relações sexuais, ou pelo menos não corretamente (Gráfico 01).

O não-uso de preservativo agrava-se ainda pelo fato de, entre as mulheres que o utilizam, somente sete (39%) o fazem em todas as relações, enquanto 11 (61%) o utilizam frequente ou raramente.

Devido à alta incidência de DST, principalmente o HPV, que muitas vezes consiste em infecções subclínicas ou latentes, o uso de preservativo em todas as relações, mesmo que se tenha parceiro único, vem se mostrando a forma mais viável de prevenção.

O número de parceiros sexuais é considerado fator de risco para a aquisição de DST, em geral, e também para o câncer do colo uterino. Inclusive, existe maior incidência de carcinoma de pênis nos parceiros fixos de pacientes com carcinoma cervical. Ainda se relaciona diretamente a mortalidade por carcinoma cervical com a condição social e práticas sexuais dos parceiros.¹⁴

Ao se estudar os métodos contraceptivos utilizados, notou-se que havia um maior número de mulheres que não faziam uso de nenhum método, 21 (57%), enquanto 16 (43%) utilizavam algum método. Dentre eles, o mais usado era o anticoncepcional oral com nove mulheres (56%). Apenas uma (6%) usava anticoncepcional injetável, quatro (25%) realizaram laqueadura tubária e duas (13%) utilizavam DIU (dispositivo intra-uterino).

Estudo realizado com 422 mulheres que apresentavam carcinoma *in situ* verificou que o uso de contraceptivos orais aumentou em quatro vezes o risco para o câncer de colo uterino.¹³

Porém, esse fato é questionado devido ao uso de métodos contraceptivos estimular a prática sexual sem preservativo, sendo uma porta aberta às DST.

Doenças infecciosas, como as DST, constituem um forte fator de risco para lesões cervicais, contudo, o preconceito social por sua existência culmina muitas vezes no não-diagnóstico e tratamento adequado. Ao se questionar, ao conjunto estudado, se essas apresentavam ou não algum tipo de DST, 17 (47%), relataram que não, podendo em geral ser por falta de conhecimento acerca do assunto.

Tabela 3 - Distribuição de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV segundo tipo de finalização de gestações anteriores.

N	37	100
Tipo de Finalização	N	%
Parto Vaginal	45	68
Parto Cesária	06	9
Abortamento	15	23
Total	37	100

Tabela 4 - Distribuição de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto ao IMC.

IMC	N	%
Baixo peso IMC < 20	09	24
Peso normal IMC entre 20 e 24,9	16	43
Sobrepeso IMC entre 25 E 29,9	11	30
Obesidade IMC > 30	01	3
N	37	100

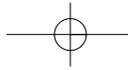


Gráfico 01- Uso de preservativo por mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV. Fortaleza, 2004.

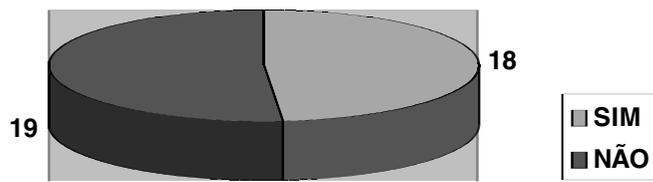


Gráfico 2- Laudos cervicográfico de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV. Fortaleza, 2004.



O restante, 20 (54%), confirmou ter conhecimento de ser portadora de algum tipo de DST. Dentre elas, 15 com HPV confirmado clinicamente (75%), três com *Gardnerella vaginalis* (15%) e uma com sífilis (5%), sendo que uma (5%) não sabia informar qual era a doença.

Dentre as mulheres que relataram ter algum tipo de infecção, seis (30%) não realizaram tratamento adequado, enquanto 14 (70%) fizeram-no corretamente como indicado pelo profissional de saúde. Com relação aos tipos de tratamentos, oito foram submetidas à abração química das lesões com ácido acético, uma utilizou antibioticoterapia oral, três antibioticoterapia vaginal e três fizeram eletrocauterização.

Ao se analisar a variável que continha os dados relacionados aos exames, lembramos que toda a amostra apresentava lesões cervicais à inspeção com ácido acético a 5% sob ampliação da cervicografia digital.

A cervicografia dessas mulheres constituiu o segundo passo para triagem, havendo pouca variação na quantidade dos resultados positivos e negativos. Das 37 mulheres, somente podemos obter o resultado cervicográfico de 30, devido ao não-término do laudo colposcópico (**Gráfico 2**).

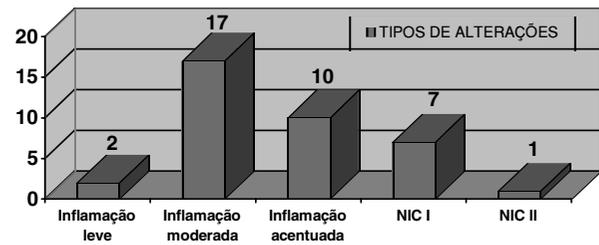
Pelo tempo de espera prolongado nos resultados, conseguimos obter os resultados citológicos de 30 mulheres, nos quais observamos predominância de condições reativas moderadas a acentuadas e afecções citológicas, propriamente ditas (**Gráfico 3**).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o câncer de colo uterino vem sendo a única neoplasia maligna relacionada com doença infecciosa, no caso o HPV, visto que pelo menos 97% dos casos contêm o vírus. Essa relação foi reconhecida como principal causa de câncer cervical pela Organização Mundial de Saúde, em 1992.

Todavia, a gênese do carcinoma ainda não está totalmente entendida, pois muitas alterações cervicais por HPV regredem espontaneamente. Em estudo realizado com 230 casos de pacientes apresentando lesões cervicais de baixo grau a carcinoma cervical escamoso, 20,7% regrediram espontaneamente, 48,9% persistiram e 30,4% pro-

Gráfico 3 - Laudos citopatológicos de mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV. Fortaleza, 2004.



grediram. Apontando um índice geral de remissão espontânea das lesões em torno de 30%.¹³

Por outro lado, o método de triagem mais utilizado, a citologia convencional, apresenta baixa sensibilidade, mas alta especificidade.^{15, 16}

Apesar de estar suficientemente comprovada essa associação direta de causa-efeito entre a presença do HPV e o câncer do colo uterino, vários outros elementos são estudados a fim de se saber sua contribuição para o desenvolvimento de alterações celulares malignas: os fatores de risco. O tipo de HPV, sua carga viral, a persistência de agressão e outros fatores coadjuvantes causam o câncer de colo uterino.

Consideramos que, na população analisada, dos riscos para o desenvolvimento de câncer de colo, predominaram a relação com o baixo nível socioeconômico, a nuliparidade ou o reduzido número de gestações, mais de dois parceiros sexuais em toda a vida, o não-uso de preservativo, o uso de contraceptivos e a presença de alguma DST.

Carências nutricionais, uso de drogas, início precoce da vida sexual e número de parceiros sexuais foram fatores de baixa representatividade no conjunto estudado.

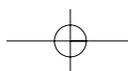
A associação desses fatores coadjuvantes com a predisposição individual, mais o tipo de HPV que acomete a mulher poderiam favorecer lesões displásicas de alto ou baixo grau, lembrando que toda a amostra apresentou lesão cervical à inspeção com ácido acético a 5% e à cervicografia digital, podendo determinar a remissão ou progressão da doença.

Quanto aos exames de rastreamento de neoplasias cervicais, observa-se dificuldade do programa em recrutar a população de risco. A citologia, a colposcopia e a histopatologia constituem o padrão de rastreamento do câncer, principalmente nos países desenvolvidos, porém outros métodos aqui estudados vêm trazendo avanços na detecção precoce de lesões.

Para o aprimoramento do programa, deve-se investir cada vez mais em capacitação profissional e em estruturas básicas de funcionamento, pois a realização periódica de exames preventivos permite reduzir a mortalidade por câncer na população de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diógenes MAR, Rezende MDS, Passos NMG. Prevenção do câncer: atuação do enfermeiro na consulta ginecológica- aspectos éticos e legais da profissão. 2.Ed. Fortaleza: Pouchain Ramos; 2001. p. 150.
2. Instituto Nacional do Câncer - Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil. INCA, 2001. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa2001/>>



3. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introdução à Epidemiologia Moderna. Rio de Janeiro: Livraria Abasco; 1990.
4. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Combate do Câncer do Colo de Útero- Viva Mulher. INCA, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=327>
5. Rezende MDS. Avaliação da Campanha de Prevenção de Câncer de Colo Uterino: Estado do Ceará e a participação do enfermeiro. (mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Ceará; 1999.
6. Sesa. Guia para prestação de serviços em saúde reprodutiva. 1998. p.432.
7. Xavier NL. Manual de Ginecologia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 294.
8. Carvalho GM. Enfermagem Ginecológica. São Paulo: EPU; 1996. p. 45-51.
9. Lopes RLM, Souza IEO. Prevenção de câncer cérvico uterino: desafio para todos. *Feminina* 1995; 23(5): 463.
10. Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993. p. 540.
11. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 330.
12. Franco ES, Bello PY, Queiroz TRBS, Feitosa IS, Muniz A, Frotta LHF et al. A enfermagem e as DST's. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2000; 12(5): 80.
13. Gomes FAM. Fatores associados à infecção clínica e subclínica do trato genital feminino pelo papiloma vírus humano. *DST- J bras. Doenças Sex. Transm* 2003; 15(1): 16-22.
14. Franco ES. Cervicografia digital na prevenção do câncer colo uterino. In: Semana Brasileira de Enfermagem- Conselho Federal de Enfermagem e Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Fortaleza; 2003.
15. Massad LS, Collins YC, Meyer PM. Biopsy correlates of abnormal cervical cytology classified using the Bethesda System. *Gynecol Oncol* 2001; 82:516-522.
16. Stoler M, Schiffman M. For the ALTS Group. Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations: Realistic estimates from the ASCUS-LSIL triage study. *JAMA* 2001; 285: 1500-1505.

Endereço para correspondência:**ANA KB PINHEIRO**

Rua Vicente Linhares , 1570/202

Parque do Cocó, Fortaleza, CE. CEP: 25843-220

E-mail: anakarina.pinheiro@bol.com.br

Recebido em: 20/12/04

Aprovado em: 23/01/05

VAGINOSE BACTERIANA E TRABALHO DE PARTO PREMATURO: UMA ASSOCIAÇÃO NÃO MUITO BEM COMPREENDIDA

BACTERIAL VAGINOSIS AND PRETERM LABOR: AN ASSOCIATION NOT VERY WELL UNDERSTOOD

Ana Maria Fachini¹, Paulo Giraldo², José Eleutério Jr³, Cláudia Jacyntho⁴,
Ana Katherine Gonçalves⁵, Iara Linhares⁶

RESUMO

A vaginose bacteriana, doença extremamente freqüente em nosso meio, acomete a gestante brasileira em aproximadamente 20% dos casos e parece estar associada ao trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e baixo peso do recém-nascido. Mesmo que inúmeros trabalhos apontem para esta associação, não está claro se o tratamento deste quadro infeccioso durante a gestação com antibióticos de largo espectro poderia vir a beneficiar as mulheres e diminuir a prematuridade. A revisão científica proposta neste periódico tem a finalidade de atualizar conhecimentos sobre o assunto, dar uma visão sistematizada dos trabalhos realizados e enfocar os possíveis fatores confundidores que dificultam o entendimento e a racionalização da importância ou não da investigação e tratamento desta doença durante o pré-natal.

Palavras-chave: vaginose bacteriana, trabalho de parto prematuro, gravidez, antibioticoterapia, vulvovaginites

ABSTRACT

The bacterial vaginosis, disease extremely frequently, compromise the brasilian pregnant women in approximately 20% of cases and seems to be related to preterm labor, premature rupture of membrans and new born low weigth. Even lots of studies point out this association, it is not clear if the treatment with antibiotic during the pregnancy could benefit these women, lowering the prematurity rates. A scientific review presented en this paper objects updating Knowlegde about bacterial vaginosis and preterm labor and point out a comprehensive overview of the studies in this area focusing confunding factors which difficult the understanding and the rationale of the importance or not of screening and treatment of this disease during the pregnancy.

Keywords: bacterial vaginosis, preterm labor, pregnancy, antibiotic therapy, vulvovaginitis

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2): 149-152, 2005

O termo vaginose bacteriana (VB) é atribuído a uma síndrome na qual ocorre diminuição da quantidade de *Lactobacillus sp.* concomitante elevação de organismos anaeróbios, do tipo *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* e *Bacteróides*, entre outros¹. Os *Lactobacillus sp.* conferem ao ambiente vaginal um pH baixo que, habitualmente, varia entre 3,8 e 4,5, uma vez que produzem peróxido de hidrogênio (H₂O₂). A queda numérica e qualitativa dessas bactérias promove aumento do pH, facilitando, portanto, o crescimento das bactérias anaeróbicas que proliferam melhor em meio menos ácido. Esta inversão do equilíbrio da flora vaginal levará a uma perda da capacidade de produzir substâncias bactericidas, a um favorecimento do desenvolvimento de germes potencialmente nocivos e, principalmente, facilitará a aquisição e transmissão de partículas virais².

O metabolismo decorrente da proliferação das bactérias citadas acima promove um aumento da produção de aminas aromáticas

(putrescina e cadaverina) que volatilizam e produzem um odor fétido, comparado ao de peixe podre¹.

Em um estudo recente³ a análise das respostas de 2.900 mulheres (com e sem VB) observou-se que cerca de 58% das mulheres com VB e 57% daquelas sem VB, referiram a presença de odor anormal e corrimento vaginal (p = 0,70). Os dois sintomas clássicos da VB foram apenas ligeiramente mais prevalentes no grupo com VB³.

A associação entre prematuridade e VB vem sendo exaustivamente estudada, mas ainda não está totalmente esclarecida. Apesar da VB, cervicites gonocócicas e bacteremias assintomáticas terem uma forte associação com o TPP⁴, muito pouco se conhece a respeito dos mecanismos fisiopatológicos. Admite-se que a flora vaginal com VB produza endotoxinas que tornam algumas mulheres mais suscetíveis a iniciarem a cascata de citocinas e prostaglandinas que desencadeiam o trabalho de parto⁵. Pode haver ainda uma ascensão dos microrganismos, infectando a cérvix, a placenta e o líquido amniótico. Admite-se, inclusive, a possibilidade da produção de proteases pelos microrganismos que compõem a VB, determinarão a rotura de membranas⁶. Constatou-se que a produção de mucinases e sialidases (enzimas mucolíticas) pelos agentes presentes na vagina é maior nas mulheres com VB⁷. Essas enzimas poderiam interferir com a fisiologia dos tecidos, favorecendo a instalação de doença inflamatória pélvica, esterilidade, dor pélvica crônica, parto prematuro etc.^{8,9}

Foi na década de 1980 que os estudos acerca do assunto se iniciaram de forma mais incisiva. Eschenbach *et al.*¹⁰ foram uns dos pri-

¹Graduanda da Faculdade de Medicina da UNICAMP

²Prof. Livre-Docente do DTG/FCM/UNICAMP

³Pós-Graduando do DTG/FCM/UNICAMP

⁴Professora Adjunta Assistente Mestre da Universidade Souza Marques do Rio de Janeiro

⁵Prof. Assistente Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

⁶Prof. Dra. da Faculdade de Medicina da USP

meiros a iniciarem a investigação, já que a VB ainda não havia sido relacionada com infecções fora da vagina. O estudo incluiu 57 mulheres com TPP (≤ 37 semanas) ou com recém-nascidos (RN) de baixo peso e 114 mulheres com parto a termo. No primeiro grupo, 49% das mulheres apresentavam VB, sendo que no segundo grupo a taxa foi de 24%. Assim, o estudo mostrou dados muito sugestivos de que a VB devia estar ligada à prematuridade.

O mesmo resultado encontrado em 1986 quando foi diagnosticado VB em 43% das gestantes com TPP e em 14% das gestantes com parto a termo em um estudo que englobou 54 mulheres no estado de Oregon, USA¹¹. Ainda na década de 1980, a corioamnionite foi encontrada em 61% de 38 mulheres que evoluíram com TPP (<37 semanas) e somente em 21% das grávidas com parto a termo, sendo a *Gardnerella vaginalis* (26%) o segundo microrganismo mais identificado, seguido do *Ureaplasma urealyticum* (47%).¹²

No início dos anos 1990, encontrou-se um índice de 18,7% de VB em 202 mulheres. O risco relativo para TPP nestas mulheres foi de 2,6. Este risco elevava-se para 3,8 quando, além da VB, essas mulheres apresentavam os *Mobiluncus sp.* na mucosa vaginal.¹³

Outro estudo, analisando 428 mulheres com TPP e outras 568 com parto a termo, identificou 12% de *Gardnerella vaginalis* no primeiro grupo e apenas 6% no segundo. Quando o TPP foi abaixo de 34 semanas de gestação a prevalência foi ainda maior: 17% de *Gardnerella vaginalis* e 50% de *Bacteroides ssp.*¹⁴

As taxas de prevalência da VB na gestação apesar de muito variáveis parecem estar diminuídas, provavelmente pelo uso indiscriminado dos derivados imidazólicos, (metronidazol), ou mesmo pelo diagnóstico mais apurado e rigoroso da vaginose bacteriana.

À época da realização do diagnóstico da vaginose bacteriana no período gestacional passou a ser encarada como determinante da importância nesta doença. Na Indonésia foram analisadas 490 mulheres entre 16 e 20 semanas de gestação e entre 28 e 32 semanas de gestação. Desses dois grupos, uma associação significativa entre VB e prematuridade foi observada apenas no primeiro grupo, no qual a prevalência de TPP foi quase o dobro da encontrada no segundo grupo¹⁵. O mesmo foi observado em uma investigação que englobou 783 mulheres: a associação foi confirmada naquelas em que foi diagnosticada VB no início da gravidez, entre 16 e 24 semanas¹⁶. Associações fortemente significativas ($p = 0,001$) foram observadas entre VB com TPP e RPM em um grupo de 1006 pacientes consultadas entre 16 e 28 semanas de gestação, onde a prevalência de 11,53% de VB foi encontrada. Obteve-se um risco relativo de 82,53 para evolução para TPP nas mulheres com VB diagnosticada no início da gravidez.¹⁷

Alguns autores concluíram que o rastreamento para VB assintomática durante o pré-natal e seu tratamento nos casos positivos ($p = 0,0001$) é um método eficaz para reduzir de maneira significativa o trabalho de parto prematuro¹⁸.

Além disso, trabalhos mostram ainda que a VB, além do TPP, está ligada ao baixo peso do RN principalmente em mulheres negras, sendo a frequência de VB nesse grupo racial até três vezes maiores do que em mulheres brancas.¹⁹ Interessante destacar que doenças periodontais também podem associar-se com a ocorrência de TPP, provavelmente por um mecanismo via hematogênica uma vez que culturas de líquido amniótico revelam que o microrganismo mais envolvido é o *Fusobacterium nucleatum*, uma espécie comumente encontrada na microbiota oral.²⁰

Por outro lado, alguns trabalhos realizados na mesma época e outros mais recentes, não encontraram uma correlação tão evidente entre VB e TPP. Alguns autores identificaram a VB em 15% das mulheres entre 15 e 20 semanas de gestação e em 8% daquelas entre

27 e 32 semanas, não havendo qualquer diferença com aquelas mulheres sem vaginose bacteriana no mesmo período²¹. Outros pesquisadores não encontraram qualquer associação, afirmando que a VB não era um fator de risco importante para parto prematuro²².

Investigando-se a presença de *Ureaplasma urealyticum* e VB em 84 mulheres com parto pré-termo e em outras 400 com parto a termo, também não encontraram associações significativas, sendo este o único trabalho onde o diagnóstico da VB foi feito no momento do trabalho de parto instalado²³.

Analisando 354 mulheres, das quais 24 (6,8%) apresentavam VB, o TPP entre 33 e 35 semanas de gestação não foi relacionado significativamente com a VB, mas quando a observação foi feita abaixo de 33 semanas gestacionais, houve uma associação significativa com a flora vaginal: 25% das mulheres que evoluíram para TPP apresentavam flora anormal²⁴.

Em estudo de metanálise, *Tebes et al.*²⁵ concluíram que é de valia tratar VB em populações de mulheres com fatores de risco para TPP (exemplo: parto prematuro anterior) para prevenir uma nova ocorrência do mesmo evento. Em nulíparas, o tratamento é recomendado apenas quando outros fatores de risco estão presentes, como infecção por clamídia e gonorréia, não havendo a necessidade de rastreamento em mulheres de baixo risco não é sugerido.

Em trabalho de metanálise, após revisão de 18 artigos publicados, encontrou-se que o diagnóstico de VB no início da gestação é um forte fator de risco para TPP ($RR = 2,19$) e também para aborto espontâneo ($RR = 9,91$). Riscos ainda maiores foram encontrados em casos nos quais o rastreamento foi realizado com menos de 16 semanas de gestação ($RR = 7,55$) e também quando este foi inferior a 20 semanas ($RR = 4,20$).

Em 2001, o National Institute of Child Health and Human Development realizou triagem para tricomoníase por cultura específica seguida de tratamento com metronidazol em grávidas. O TPP ocorreu em 19% do grupo tratado contra 10,7% no grupo-placebo. Concluíram que tratamento de grávidas com tricomoníase assintomática não previne TPP e por isso, a triagem rotineira seguida de tratamento em grávidas assintomáticas não está recomendada.²⁷ Os mesmos autores em 2003 demonstraram que o tratamento de grávidas com tricomoníase, utilizando metronidazol, aumentou significativamente o risco de TPP quando comparado ao grupo-placebo.²⁸ Outro estudo randomizado corroborou o efeito deletério do metronidazol na gravidez.²⁹

Em 2004, realizou-se um estudo de metanálise sobre tratamento de infecções vaginais para prevenir TPP já que vários pesquisadores tentaram mostrar que o tratamento dessas infecções pode prevenir o TPP⁸. A vaginose bacteriana vem sendo consistentemente associada ao aumento do risco de TPP, mas não é sabido se realmente a VB causa TPP ou se é apenas um marcador³⁰. Nesta metanálise, 11 estudos sobre tratamento de VB na gravidez foram incluídos e não houve associação significativa entre VB e TPP. Entretanto, havia heterogeneidade estatística entre eles. Outros seis estudos avaliaram a associação entre tratamento de VB e TPP quando as mães eram de alto risco, ou seja, já tenham tido TPP em gravidezes anteriores. Três desses estudos mostraram benefício significante com o tratamento e dois deles não viram diferença com ou sem tratamento.

Fica clara a idéia de que por mais que os estudos de metanálise tentem equalizar os trabalhos, existem muitas falhas metodológicas que dificultam entender porque o tratamento da VB não consegue diminuir os índices de trabalho de parto prematuro.

Talvez algumas conjecturas sirvam para esclarecer as dificuldades encontradas na interpretação desses achados:

- 1- Muitos trabalhos fazem o tratamento da VB em fases precoces da gestação. Não mencionam se fizeram o seguimento microbiológico do quadro, não sendo possível saber se houve cura completa ou mesmo se houve recorrência da VB algumas semanas após o término da medicação.
- 2- Ao se tratar a VB, não se sabe se o metronidazol seria realmente a melhor opção de tratamento no período gestacional e tampouco se o tempo empregado é suficiente.
- 3- Como é sabido, a VB constitui-se em uma síndrome onde há o desaparecimento dos *Lactobaccillus* sp. (LB) muito mais que o aparecimento de germes anaeróbios. Portanto, combater os microorganismos mais prevalentes na VB, não garante a recolonização do meio vaginal pelos LB produtores de peróxido de hidrogênio.
- 4- A investigação da VB no período gestacional é feita habitualmente nas fases precoces da gestação, principalmente entre 24 e 32 semanas. Durante o trabalho de parto prematuro propriamente dito, não há uma avaliação sistemática. Não se sabe, portanto, se os mecanismos propostos de desencadeamento do TPP estão instalados ou não neste momento.

Diante das controvérsias existentes e dos resultados dos estudos de metanálise que apontam para o fato de que triar e tratar infecções vaginais na população geral grávida assintomática parece não reduzir as taxas de TPP e baixo-peso ao nascer, o ideal seria individualizar os casos com maior risco, tanto antecedente de TPP quanto a concomitância de cervicite.

O CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) reconheceu em 2002 que a "Avaliação para VB deve ser realizada na primeira visita pré-natal para pacientes assintomáticas que tenham alto risco para TPP, isto é, pacientes com história prévia de prematuridade. As evidências atuais não permitem que se procure rotineiramente a VB".⁸

Acreditamos que co-infecções constituam outro grupo de alto risco no qual devemos triar e tratar a VB na gravidez, dando preferência a outros antibióticos já consagradamente utilizados no ciclo grávido-puerperal. Novas pesquisas deverão ser realizadas nesse sentido, caracterizando os grupos de risco que merecem a triagem sistemática, além do grupo já estabelecido na literatura. Devemos lembrar que a vaginose é polimicrobiana e outras bactérias desconhecidas fazem parte do sistema alterado. Recentemente foi descrito um cocobacilo resistente ao metronidazol, o *Atopobium vaginal*, em número crescente de pacientes com VB³¹. Esse microrganismo foi caracterizado em 1999 e produz grande quantidade de ácido láctico, tendo sido mal identificado originalmente como uma espécie de lactobacilo. Ele e outros microrganismos desconhecidos podem ser determinantes de grupos mais suscetíveis, assim como a resposta inflamatória em nível molecular, particularmente no colo uterino.

Talvez as mulheres fumantes e subnutridas devam também ser triadas sistematicamente, por apresentarem maior risco para TPP.

Em estudo recente com 890 mulheres com VB e 890 controles, o fumo foi apontado como um dos grandes cofatores para a vaginose bacteriana, assim como a não utilização de condom e o uso de contraceptivos orais.³² É fato científico que o fumo, por si só, esteja fortemente associado ao TPP e baixo peso ao nascer.

Diante de tudo o que foi exposto, observa-se nitidamente que há muito ainda que ser investigado, não tendo ficado muito claro se a associação encontrada poderia justificar uma "causa-efeito" entre a VB e o trabalho de parto prematuro. Mais evidências necessitam ser levantadas, pois o entendimento da fisiopatogênese da inter-relação entre as infecções genitais e o trabalho de parto prematuro poderia

vir a minimizar sobremaneira os problemas social, econômico e orgânico seríssimos do parto prematuro. O assunto ainda não está concluído. Há um grande interesse que as investigações continuem, pois eventualmente, o tratamento da VB, desde que adequadamente feito e em tempo apropriado, poderia vir a diminuir o parto prematuro e a mortalidade neonatal.

Parece, a nosso ver, que ainda é de suma relevância a busca ativa da VB durante a gestação, nos três diferentes trimestres, com critérios coerentes e constantes, tratamento apropriado e seguimento microbiológico dessas mulheres. Dessa forma teremos, em pouco tempo, uma análise crítica sobre a importância da VB na gestação, bem como a influência do tratamento correto no trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e prematuridade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Linhares IM, Bagnoli VR, Halbe HW. Vaginose bacteriana, candidose e tri-comoniase. In: Halbe, HW. Tratado de Ginecologia. 2ª ed, São Paulo: Rocca. 1994. p. 875-80.
2. Giraldo PC, Ribeiro Filho AD, Simões JA, Gomes FAM, Magalhães J. Vulvovaginites- Aspectos habitualmente não considerados. J Bras Ginec 1997; 107(4):83-93.
3. Klebanoff MA, Schwebke JR, Zhang J. *et al.* Vulvovaginal symptoms in women with bacterial vaginosis. Obstet Gynecol, 2004; 104(2):267-72.
4. Cram LF, Zapata MI, Toy EC, Baker BRD. Genitourinary infections and their association with preterm labor. Am Fam Physician 2002; 65(2):241-8.
5. Morris M, Nicoll A, Simims I, Wilson J, Cachpole M. Bacterial vaginosis: a public health review. Br J Obstet Gynaecol 2001; 108(5):439-50.
6. Martius J, Eschenbach DA. The role of bacterial vaginosis as a cause of amniotic fluid infection, chorioamnionitis and prematurity - a review. Arch Gynecol Obstet 1990 247(1):1-13.
7. Mcgregor JA, French JI, Jones W, Milligan K, Mckinney PJ, Patterson E, Parker R. Bacterial vaginosis is associated with prematurity and vaginal fluid mucinase and sialidase: results of a controlled trial of topical clindamycin cream. Am J Obstet Gynecol 1994; 170(4):1048-59.
8. Riggs MA, Klebanoff MA. Treatment of vaginal infections to prevent preterm birth: a meta-analysis. Clin Obstet Gynecol 2004; 47(4):796-807.
9. Mcgregor JA, French JI. Bacterial vaginosis in pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2000; 55(5 Suppl 1):S1-19.
10. Eschenbach DA, Gravett MG, Chen KC, Hoyme VB, Holmes KK. Bacterial vaginosis during pregnancy. An association with prematurity and postpartum complications. Scand J Urol Nephrol Suppl 1984; 86:213-22.
11. Gravett MG, Hummel D, Eschenbach DA, Holmes KK. Preterm labor associated with subclinical amniotic fluid infection and with bacterial vaginosis. Obstet Gynecol 1986; 67(2):229-37.
12. Hillier SL, Martius J, Krohn M. *et al.* Case-control study of chorioamnionitis infection and histologic chorioamnionitis in prematurity. N Engl J Med, 1988, 319 (15): 972-8.
13. Mcgregor JA, French JI, Richter R. *et al.* Antenatal microbiologic and maternal risk factors associated with prematurity. Am J Obstet Gynecol 1990; 163(5 Pt 1):1465-73.
14. McDonald HM, O'loughlin JA, Jolley P, Vigneswaran R, McDonald PJ. Vaginal infection and preterm labor. Br J Obstet Gynaecol; 1991; 98(5):427-35.
15. Riduan JM, Hillier SL, Utomo B. *et al.* Bacterial vaginosis and prematurity in Indonesia: association in early and late pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 1993, 169 (1): 175-8.
16. Hay, P. E.; Lamont, R. F.; Taylor-Robinson, D. *et al.* Abnormal bacterial colonisation of the genital tract and subsequent preterm delivery and late miscarriage. Br Med J 1994; 308(6924):295-8.
17. Purwar M, Ughad S, Bhagat B. *et al.* Bacterial vaginosis in early pregnancy and adverse pregnancy outcome. J Obstet Gynaecol Res 2001; 27(4):175-81.
18. Kiss H, Petricevic L, Husslein P. Prospective randomised controlled trial of an infection screening programme to reduce the rate of preterm delivery. Br Med J 2004; 329(7462):371-3.
19. Paige DM, Augustyn M, Adih WK. *et al.* Bacterial vaginosis and preterm birth: a comprehensive review of the literature. J Nurse Midwifery 1998; 43(2):83-9.

20. Hill GB. Preterm birth: associations with genital and possibly oral microflora. *Ann Periodontol* 1998; 3(1):222-32.
21. Helou J, Heness Y, Shalev E. Association of bacterial vaginosis in pregnancy with preterm delivery. *Harefuah*, 1996; 131(3-4):83-5.
22. Oakeshott P, Kerry S, Hay S, Hay P. Bacterial vaginosis and preterm birth: a prospective community-based cohort study. *Br J Gen Pract* 2004; 54(499):119-22.
23. Povlsen K, Thorsen P, Lind I. Relationship of *Ureaplasma urealyticum* biovars to the presence or absence of bacterial vaginosis in pregnant women and to the time of delivery. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2001; 20(1):65-7.
24. Goffinet F, Maillard F, Mihoubi N, Kayem G. *et al.* Bacterial vaginosis: prevalence and predictive value for premature delivery and neonatal infection in women with preterm labour and intact membranes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 108 (2):146-51.
25. Tebes CC, Lynch C, Sinnott J. The effect of treating bacterial vaginosis on preterm labor. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2003; 11(2):123-9.
26. Leitich H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, Kaider A. *et al.* Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(1):139-47.
27. Klebanoff, M.A.; Schwebke, J.R.; Hauth, J.C. *et al.* Failure of metronidazole to prevent preterm delivery among pregnant women with asymptomatic trichomonas vaginalis infection. *N Engl J Med* 2001; 345(7):487-93.
28. Carey JC, Klebanoff MA. What have learned about vaginal infections and preterm birth? *Sem Perinatol* 2003; 27(3):212-6.
29. Kigozi GG, Brahmabhatt H, Wabwiremangen F. *et al.* Treatment of trichomonas in pregnancy and adverse outcomes of pregnancy: A subanalysis of a randomised trial in Rakay, Uganda. *J Obstet Gynecol* 2003; 189(5):1398-400.
30. Schwebke JR, Hillier SL, Sobel JD, McGregor JA, Sweet RL. Validity of the vaginal gram stain for the diagnosis of bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol*, 1996; 88 (4):573-6.
31. Ferris MJ, Masztal A, Aldridge KE, Fortenberry JD, Fidel PL, Martin DH. Association of *Atopobium vaginalis*, a recently described metronidazole resistant anaerobe, with bacterial vaginosis. *BMC Infect Dis* 2004; 4(1):1-8.
32. Smart S, Singal A, Mindel A. Social and Sexual factors for bacterial vaginosis. *Sex Transm Infect* 2004; 80(1):58-62.

Endereço para correspondência:

PAULO GIRALDO

Rua Dom Francisco de Campos Barretos, 145
Nova Campinas, Campinas, SP. CEP: 13092-360
E-mail: giraldo@unicamp.br

Recebido em: 13/02/05

Aprovado em: 10/06/05

GESTAÇÃO APÓS INJEÇÃO INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZÓIDES (ICSI) EM CASAL SORODISCORDANTE PARA HIV-1: TEMPO DE REFLETIR SOBRE AIDS E REPRODUÇÃO

PREGNANCY FOLLOWING INTRACYTOPLASMIC SPERM INJECTION (ICSI) FROM A HIV-1 SERODISCORDANT COUPLE TIME TO THINK ABOUT AIDS AND REPRODUCTION

Ana CA Mancebo¹, Maria CB Souza², Gutemberg L Almeida Filho³, Marcelo M Souza⁴,
Christina A Rocha⁵, Carlos A Henriques⁶, Angela CS Marcondes⁷,
Cristos Pritsivelis⁸, Fernanda F Oliveira⁹

RESUMO

Casal sorodiscordante para HIV-1 foi submetido a ciclo de fertilização *in vitro* pela técnica de injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), após preparo de sêmen em gradientes de densidade seguido de *swim-up*, com obtenção de gestação única em curso. Embora até o presente momento, não haja confirmação de que a ICSI seja mais eficiente do que a inseminação artificial em reduzir os riscos de transmissão do HIV, uma vez que o oócito entra em contato com apenas um espermatozoide, preferimos a realização da ICSI como técnica de fertilização assistida que oferece, pelo menos teoricamente, menor risco para a parceira e o bebê.

Palavras-chave: fertilização *in vitro*, HIV, ICSI, espermatozoides

ABSTRACT

An HIV-1 discordant couple (seropositive man) has undergone an assisted reproduction cycle by intracytoplasmic sperm injection (ICSI). The semen was prepared in discontinuous gradients followed by the swim-up technique and resulting in one ongoing pregnancy. So far there is no proof that ICSI might offer a risk reduction of transmission compared to intrauterine insemination as the oocyte is exposed to a single spermatozoon. However, we prefer to perform ICSI as assisted reproduction technique in these cases since, at least theoretically, the risks are lower for both the partner and the baby.

Keywords: in vitro fertilization, HIV, ICSI, spermatozoon

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(1):153-156, 2005

INTRODUÇÃO

O último boletim epidemiológico do programa nacional de DST/Aids (março 2005), indica que a epidemia de aids no Brasil se encontra em

patamares elevados, tendo atingido em 2003, 18,4 casos por 100 mil habitantes. Entre os homens há uma tendência de estabilização enquanto, entre as mulheres, observa-se crescimento da epidemia.

Desde 1980 até 2004 foram registrados 217 995 casos de aids nos homens entre 20 e 49 anos, representando 87 % do total de registros na população masculina. Nas mulheres entre 13 e 39 anos foram registrados 73 534 casos desde 1980, 67% do total de registros na população feminina. Podemos perceber que a incidência de aids é muito alta na faixa etária considerada como idade reprodutiva, tanto em mulheres como nos homens. Se somarmos a estes dados o fato de que a sobrevida mediana dos casos de aids em adultos é maior do que 10 anos chegaremos a conclusão que a maior parte dos adultos com aids estão em idade reprodutiva e, caso não tenham prole definida, terão tempo suficiente para analisar a possibilidade de terem filhos.

O presente trabalho tem por objetivo relatar gestação após injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) em casal sorodiscordante para HIV-1, além de levantar questionamentos que permitam

¹Bióloga G&O Ginecologia e Obstetrícia da Barra

²Prof^ª Adjunta Doutora G&O Ginecologia e Obstetrícia da Barra Instituto de Ginecologia da UFRJ

³Prof. Adjunto Doutor G&O Ginecologia e Obstetrícia da Barra Instituto de Ginecologia da UFRJ

⁴Ginecologista e Obstetra G&O Ginecologia e Obstetrícia da Barra

⁵Bióloga G&O Ginecologia e Obstetrícia da Barra

⁶Doutor em Medicina (Ginecologia) - UFRJ G&O Ginecologia e Obstetrícia da Barra

⁷Mestre em Ginecologia G&O Ginecologia e Obstetrícia da Barra

⁸Ginecologista e Obstetra

⁹Ginecologista e Obstetra G&O Ginecologia e Obstetrícia da Barra

reflexão sobre a utilização das técnicas de reprodução assistida em casais sorodiscordantes como método capaz de minimizar o risco de transmissão do HIV.

RELATO DE CASO

Casal sorodiscordante para HIV-1 (homem soropositivo), com relacionamento estável há cinco anos, em uso de condom como método contraceptivo, procurou a clínica buscando gestação por técnica de reprodução assistida. O marido, 37 anos, HIV-1 soropositivo contaminou-se através de contato sexual. Na época da consulta, apresentava 1.046 linfócitos T CD4⁺/mm³. A carga viral era de 233 cópias/mL e estava em uso de didanosina[®] 125; estavudina 40; ritonavir 100 e saquinavir 200. Sua história clínica não indicava nenhuma outra enfermidade.

O preparo de sêmen para realização da ICSI foi feito através de seleção dos espermatozoides após centrifugação (300 g por 20 minutos) em gradientes descontínuos – 40 e 80% de PureSperm[®], seguido de *swim-up*, segundo descrito por Ohl *et al.*¹ A associação da técnica de gradientes de densidade com o *swim-up* na seleção dos espermatozoides a serem utilizados visa eliminar partículas virais presentes no sêmen e deixar apenas os espermatozoides livres. Os espermatozoides móveis obtidos foram diluídos em Gamete[®] (sêmen pós-preparo). O sêmen pós-preparo foi congelado utilizando o protocolo de rotina para congelamento de sêmen com glicerol e dividido em duas alíquotas. Uma alíquota foi encaminhada ao laboratório Biogenetics (Uberlândia-MG) onde foram realizadas as análises para detecção de DNA pró-viral e RNA viral livre através da técnica de reação em cadeia de polimerase (PCR). Este laboratório foi consultado e informou-nos que poderia fazer a detecção de DNA pró-viral e RNA no sêmen e no material pós-preparo além da testagem no soro e sangue que são utilizados de rotina para detecção do HIV. Foram enviados para análise também o sêmen a fresco, sangue e soro do parceiro. A outra alíquota ficou armazenada em container específico aguardando os resultados das análises.

A mulher soronegativa, 37 anos, gesta 0, para 0, com ciclos regulares de 24/24 dias e história de dismenorréia foi submetida à videolaparoscopia há seis anos mostrando tubas normais permeáveis e ausência de endometriose. Foi encaminhada uma amostra de sangue da mesma para análise juntamente com as amostras do marido.

Após liberação dos resultados das análises (**Tabela 1**) foi iniciado o tratamento.

A estimulação ovariana foi feita com rFSH (Gonal[®], Serono) 225 UI diárias iniciando-se no segundo dia do ciclo. A resposta ovariana foi monitorada através de ultra-sonografia transvaginal. No sétimo dia do ciclo foi visualizado um folículo já com 14 mm e então associado o antagonista de GnRH (Cetrotide[®]). Quando da presença de dois folículos com diâmetro ³ 18mm foi administrado HCG (Ovidrel[®], Serono). A dose total de Gonal[®] utilizada foi de 1.575 UI e três ampolas de Cetrotide[®]. A aspiração folicular guiada por ultra-sonografia transvaginal ocorreu 34 a 36 horas após, obtendo-se quatro oócitos todos em Metáfase II. A fertilização assistida foi realizada pela técnica de ICSI segundo descrita por Palermo *et al.*²

A alíquota de sêmen pós preparo mantida congelada (31,66 x 10⁶) foi utilizada após lavagem com meio de cultura Gamete[®] para remoção da solução crioprotetora (glicerol). A ICSI foi realizada nos

quatro oócitos com obtenção de três embriões com fertilização normal, isto é, formação de dois pronúcleos (masculino e feminino) e um embrião anômalo, com formação de apenas um pronúcleo. Foram transferidos três embriões (seis células grau 1; 8 células grau 2 e 4 células grau 2) no dia 3 de cultura utilizando-se cateter de Wallace. A transferência dos embriões foi guiada por ultra-sonografia e classificada em tipo 3, isto é, com pinçamento do colo utilizando pinça de Pozzi e cateter de Wallace para transferência difícil. Duas semanas após a transferência embrionária, a dosagem de bHCG sérico apresentou 267 mUI/ml. A gestação foi confirmada pela presença de um saco gestacional normo-implantado através do exame ultra-sonográfico transvaginal 15 dias após a realização do bHCG.

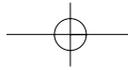
DISCUSSÃO

Amplio debate tem sido observado na literatura científica quanto à questão da reprodução assistida para casais sorodiscordantes, principalmente, na última década quando houve uma mudança no prognóstico da doença causados pelos avanços terapêuticos. A aids continua sendo uma doença grave mas que tratada adequadamente torna-se doença crônica. Atualmente muitos pacientes HIV positivo tem vida “normal”, estão integrados socialmente e voltando a fazer planos. Estes planos, para os casais jovens, inclui o desejo de ter filhos.

Inicialmente, a alternativa proposta para esses casais era a inseminação heteróloga, eliminando o risco de transmissão da doença para a mãe e a criança. Semprini *et al.*³, no início da década de 1990, relataram resultados de inseminações artificiais usando sêmen do parceiro HIV positivo. A técnica de preparo de sêmen utilizada era a filtração em gradientes de densidade seguido de *swim-up*, eliminando da amostra os elementos celulares imóveis tais como espermatozoides e outras células presentes no plasma seminal. Esta associação de técnicas foi utilizada com base na premissa de que apenas os espermatozoides móveis utilizados na inseminação não carregam partículas virais, uma vez que não apresentam receptores para o vírus. A inseminação artificial homóloga (IAH) passou então a ser indicada para casais sorodiscordantes. A testagem do material a ser inseminado era realizada rotineiramente e em casos de amostra positiva o procedimento era cancelado. Segundo Sauer M.V⁴, na Europa, já foram realizados 3 019 ciclos de IAH em casais sorodiscordantes com 361 bebês nascidos, 32 gestações em curso e nenhum caso de soroconversão foi relatado. (**Tabela 2**)

Em 1998, Marina *et al.*⁵ relataram o primeiro caso de gestação em casal sorodiscordante utilizando a técnica de ICSI. A injeção intracitoplasmática de espermatozoides, indicada para casos de fator masculino severo, tem sido indicada atualmente também para casais sorodiscordantes, pois como apenas um espermatozoide é injetado no oócito o risco de infecção é bem menor do que quando se realiza a inseminação artificial, onde milhões de espermatozoides são inseminados. Segundo Sauer⁴, foram relatados até o momento a realização de 543 ciclos de IVF/ICSI em casais sorodiscordantes com nascimento de 131 bebês, 23 gestações em curso e nenhum caso de soroconversão.

No Brasil, Borges *et al.*⁶ relataram resultado de três ciclos de tratamento (ICSI) em dois casais sorodiscordantes após preparo de sêmen pela técnica de gradientes de densidade seguido de *swim-up*.

**Tabela 1** - Resultado das análises obtidas do casal através da reação em cadeia de polimerase (PCR)

Material	Deteção	Resultado
Soro marido	RNA viral livre	Positivo
Sêmen à fresco	RNA viral livre	Indetectável
Sêmen pós-preparo	RNA viral livre	Indetectável
Sangue marido	DNA pró-viral	Positivo
	RNA viral livre	Positivo
Sangue esposa	DNA pró-viral	Indetectável
	RNA viral livre	Indetectável

Tabela 2 - Resumo dos resultados publicados de inseminações homólogas realizadas com sêmen pós-preparo em casais sorodiscordantes para HIV-1

Estudo	Ciclos	Pacientes	Gestações	Infecção
Semprini <i>et al.</i> , 1997	1954	623	272	0
Marina <i>et al.</i> (1998;2001)	458	233	116	0
Tur <i>et al.</i> , 1999	155	67	32	0
Gilling-Smith <i>et al.</i> , 2003	92	36	12	0
Vernazza <i>et al.</i> , 1997	46	16	5	0
Weigel <i>et al.</i> , 2001	143	64	19	0
Bujan <i>et al.</i> , 2001	62	28	14	0
Daudin <i>et al.</i> , 2001	93	39	18	0
Brechar <i>et al.</i> , 1997	11	11	5	0
Delvigne <i>et al.</i> , 2003	5	5	4	0
Total	3019	1111	497	0

* Adaptação de Sauer, M.V. (2004)

Os dois casais engravidaram. Um na primeira tentativa e o outro na segunda.

A recente Portaria nº 426 de 22 de março de 2005⁷ institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e uma das considerações feitas é que “as técnicas de reprodução humana assistida contribuem para a diminuição da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças infecto-contagiosas, genéticas, entre outras”.

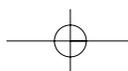
Segundo Englert *et al.*⁸ a verdade é que, em ausência de assistência adequada, os casais sorodiscordantes optam pela relação sexual sem proteção como forma de obter gestação, atitude que envolve riscos já conhecidos. É, provavelmente, mais efetivo prover assistência aos casais sorodiscordantes através da reprodução assistida (inseminação artificial, fertilização *in vitro*, ICSI) uma vez que há sólidos argumentos a favor do uso de espermatozoides pós preparo segundo Semprini e Fiore.⁹ É muito mais seguro para a mulher soronegativa e para a criança, embora não saibamos ainda se essa segurança é total.

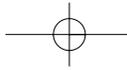
Este relato de caso está de acordo com os dados descritos na literatura e fornece informações que permitem uma análise reflexiva face à questão aids *versus* reprodução, pelo menos, no que se refere a casais sorodiscordantes em que o homem é soropositivo. Nos casos em que a mulher é HIV-positivo a ICSI também é indicada, entretanto, há necessidade de continuar o tratamento com drogas anti-retrovirais durante a gestação. Nesses casos, o parto cesáreo é o indicado e

o aleitamento materno é desencorajado com objetivo de diminuir o risco de transmissão do HIV para a criança. O *follow-up* dos casais tratados e das crianças nascidas é de extrema importância para assegurar a eficiência da ICSI como técnica de escolha para obtenção de gestação em casais sorodiscordantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ohl J, Partisani M, Wittemer C, et al. Assisted reproduction techniques for HIV serodiscordant couples: 18 months of experience. *Hum Reprod* 2003; 18 (6):1244-1249.
- Palermo G, Joris H, Devroy P. et al. Pregnancies after intracytoplasmic sperm injection of single spermatozoon into na oocyte. *Lancet* 1992; 340, 17-18.
- Semprini AE, Levi-Setti P, Bozzo M. et al. Insemination of HIV-negative women with processed semen of HIV-positive partner. *Lancet* 1992; 340, 1317-1319.
- Sauer MV. Sperm washing techniques address the fertility needs os HIV-seropositive men: a clinical review – *Reprod BioMed Online* 2004; 10(1):135-140.
- Marina S, Marina F, Alcolea R. et al. Pregnancy following intracytoplasmic sperm injection from an HIV-1-seroposive man. *Hum Reprod* 1998; 13(11): 3247-3249.





6. Borges Jr E, Guilherme P, Rossi LM. et al. Processamento seminal e utilização da técnica de ICSI em casais sorodiscordantes para HIV-1. *Femina* 2004; 32(8): 669-673.
7. Diário Oficial da União. Republica Federativa do Brasil: Edição Nº 56 de 23 de Março de 2005.
8. Englert Y, Van Vooren JP, Place I. et al. ART in HIV-infected couples Has time come for a change of attitude ? *Hum Reprod* 2001; 16 (7): 1309-1315.
9. Semprini AE, Fiore S. HIV and reproduction. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16 (3): 257-262.

Endereço para correspondência**ANA CRISTINA A MANCEBO**

G & O Barra, RJ- Reprodução Humana

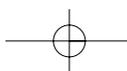
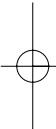
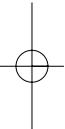
Av Américas 4666 salas 312-313 .

Barra da Tijuca, Rio de Janeiro, RJ - CEP: 22649-900

E-mail: g&obarra@cmb.com.br

Recebido em: 10/05/05

Aprovado em: 20/06/05



CÂNCER CERVICAL: PREVENÇÃO PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA?

CERVICAL CANCER: PRIMARY OR SECONDARY LEVEL PREVENTION?

*Silvia Bomfim-Hyppólito¹, Eugênio S Franco², Rosana GFM Franco²,
Celina M Albuquerque³, George C Nunes³*

RESUMO

O Ministério da Saúde tem como meta a prevenção da mortalidade materna por câncer cervical através de um programa de rastreamento com o teste de Papanicolaou, visando a detecção precoce da doença – prevenção secundária e o tratamento adequado das lesões. Já é demonstrado na literatura que a citologia oncológica tem alta especificidade, mas baixa sensibilidade, não se mostrando um teste de rastreamento efetivo para uma doença de alta prevalência, como é o caso da infecção por HPV e sua maior consequência, o câncer cervical, aqui no Brasil. Testes de rastreio mais sensíveis e de baixo custo como a Inspeção Visual com Ácido acético – IVA e a cervicografia estão sendo propostos como coadjuvantes à citologia oncológica. No caso aqui descrito fica reforçada a importância do uso destes testes coadjuvantes, além de condutas diagnósticas e terapêuticas mais efetivas para os casos detectados.

Palavras-chave: câncer cervical, HPV, rastreamento, cervicografia

ABSTRACT

One of the goals of the Health Ministry is to decrease cervical cancer mortality through a cervical cancer screening program using Papsmear to detect early the disease and provide adequate treatment of lesions – secondary level prevention program. It's been proved on literature that cytology has a high specificity but a low sensitivity, and so, it is not a good screening test for a high prevalence disease, such as the HPV infection and its last consequence, cervical cancer, here in Brazil. More sensitive and low cost screening tests such as Visual Inspection with acetic Acid – VIA and Cervicography are being proposed as adjunctive tests to cytology. In the case now presented, the importance of such strategies is reinforced, besides more effective diagnostic and therapeutics conducts are recommended.

Keywords: cervical cancer, HPV, screening, cervicography

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2):157-160, 2005

INTRODUÇÃO

Uma das metas do Ministério da Saúde é prevenir a mortalidade por câncer de colo uterino através do diagnóstico precoce da doença – prevenção secundária – em mulheres de 25 a 59 anos, utilizando o exame citopatológico (Papanicolaou) como teste de rastreamento, e a colposcopia e biópsia como exames de diagnóstico. Preconiza-se a realização anual do exame de citologia e, no caso de se obter dois exames normais seguidos, o intervalo pode ser alargado para um teste citológico a cada três anos¹.

No entanto, sabe-se que o programa de rastreamento e diagnóstico de uma doença deve-se adaptar à realidade de cada região. É vantajoso utilizar-se teste de sensibilidade e valor preditivo negativo altos quando a prevalência da patologia é elevada na população-alvo do rastreamento. Tal conduta diminuiria a quantidade de resultados falso-negativos e a referência desnecessária a serviços especializados². Já os testes de rastreamento com alta especificidade seriam melhor aplicados na detecção de doenças em

locais de baixa prevalência, o que não é o caso da infecção por HPV e sua consequência mais grave – o câncer de colo de útero – aqui no Brasil.

A citologia oncológica tem sido usada neste país, a exemplo das nações desenvolvidas, como o principal teste de rastreamento para a detecção do câncer de colo uterino. A alta especificidade do teste permite incluir entre os casos suspeitos um baixo número de mulheres sem a doença, evitando sobrecarga de demanda no sistema de saúde pública. No entanto, mostra-se um teste de baixa sensibilidade, demonstrada na literatura por vários autores [41%³, 68,1%⁴, 43,3%⁵ e 43% para LIE – acentuada ou mais⁶]. Dessa forma, sua utilização isolada em regiões de alta prevalência do câncer cervical permite que se deixe escapar expressiva quantidade de portadores da doença. A inserção no programa de rastreamento da Inspeção Visual com Ácido acético (IVA) como teste coadjuvante à citologia oncológica é vantajosa por tratar-se de um teste de baixo custo, resultado imediato e elevada sensibilidade⁶.

A IVA mostrou uma sensibilidade entre 70% e 100%, tendo sido validada em diversos trabalhos⁵⁻⁷. Sua utilização, por outro lado, permite a captação elevada de resultados falso-positivos para serem submetidos à colposcopia. Para solucionar este problema, está sendo estudado o uso da cervicografia digital para a análise prévia das lesões aceto-brancas consideradas positivas à IVA. Este estudo já está na fase final para a publicação de resultados.

¹Departamento de Saúde Materno-Infantil – Universidade Federal do Ceará

²Centro de Saúde Dr. Anastácio Magalhães – Secretaria de Saúde de Fortaleza, Ceará

³Curso de Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

A lenta progressão das lesões pré-neoplásicas até o estágio de câncer cervical permite uma janela de dez anos ou mais para detecção e tratamento das mesmas². O objetivo deste relato é questionar as condutas passíveis de serem adotadas no seguimento de pacientes com lesões precursoras do câncer cervical.

RELATO DO CASO

MSS, 52 anos de idade, G4 P3 A1, chegou a um Centro de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza em agosto de 2004 para submeter-se ao exame de Prevenção do Câncer Ginecológico (PCG). Relatou, na ocasião, costumar fazer a PCG anualmente, em outro serviço.

Na ocasião, o enfermeiro visualizou na cérvix formação vegetante (**Figura 1**), e realizou coleta citopatológica. Em seguida, realizou Teste do Ácido Acético (TAA), observando área acetobranca, com resultado positivo. O achado foi documentado através da cervicografia digital, e a mesma foi enviada à médica para análise, que atestou a positividade também deste segundo exame de rastreio. MSS foi convocada para colposcopia, na qual constatou-se a presença de lesão vegetante, com vascularização atípica – tortuosa e calibrosa. Realizou-se biópsia com broca de Baliu, tendo o exame histopatológico apresentado o diagnóstico de *CA in situ*, com ressalva, devido à possibilidade de invasão por material fragmentado. A paciente foi encaminhada para procedimento cirúrgico (conização do colo uterino) cujo resultado histopatológico diagnosticou *CA invasor*. Diante do exposto, procedeu-se à investigação, para fins didáticos, e analisou-se o prontuário de MSS no serviço mencionado anteriormente.

MSS havia dado entrada no ambulatório de ginecologia do referido serviço em março/1994, sem queixas, tendo como motivo da consulta a PCG. Ao exame ginecológico, observou-se, à inspeção, vulva normal e leucorréia; e, ao exame especular, colo uterino com mácula rubra. Foi colhido material para citologia oncológica, cujo resultado indicou “Inflamatório Acentuado com Metaplasia Escamosa e Flora Mista”. A paciente foi submetida a colposcopia no

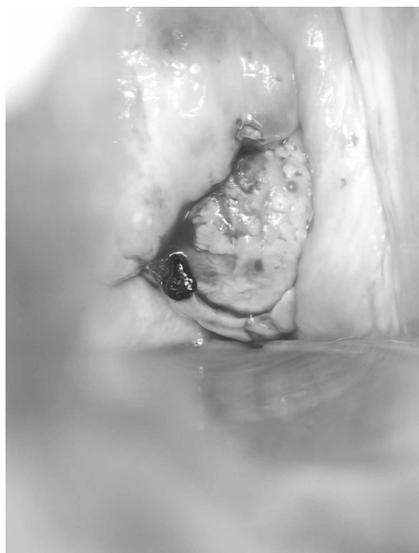


Figura 1 – Cervicografia de lesão vegetante.

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(2): 157-160, 2005

mês seguinte, quando informou ausência de vida sexual ativa há um ano e oito meses, e ter sido submetida a diatermocoagulação do colo uterino há dois anos (*sic*). A descrição colposcópica foi “Ectocérvice com pequena faixa de epitélio branco no lábio anterior e lábio posterior”. A junção escamo-colunar (JEC) foi assinalada (+1;+1) ou seja, entrando no canal cervical. Realizou-se biópsia, cujo resultado diagnosticou NIC II, com quadro sugestivo de infecção por HPV. Na ocasião, indicou-se tratamento com 5-fluorouracil tópico. A paciente realizou revisão após cerca de cinco meses do tratamento clínico citado, então assintomática e sem atividade sexual. A colposcopia evidenciou JEC (0;0), sem imagem de Zona de Transformação Atípica (ZTA) ou colpíte, e Schiller negativo. Foram realizadas citologias de controle em março e outubro/1995, indicando Inflamatório Acentuado e Inflamatório leve.

Referindo dores no baixo ventre, a paciente retornou em outubro/1997 ao ambulatório de ginecologia, tendo sido realizado exame de PCG. Ao exame especular foi observada regular quantidade de corrimento vaginal esbranquiçado e Schiller negativo. A citologia oncológica mostrou “Inflamatório Acentuado com Atipias nucleares e *Trichomonas vaginalis*”, sendo tratada com secnidazol oral e local. Repetiu-se colheita de citologia após seis meses, que indicou “Inflamatório Acentuado com Atipias nucleares”.

Em junho/1998, realizou-se citologia com diagnóstico de “NIC II – Displasia Moderada com HPV”. Houve insistência no tratamento clínico com fluorouracil tópico e as citologias voltaram a apresentar diagnóstico de “Inflamatório Acentuado com *Trichomonas vaginalis*” em setembro e novembro do mesmo ano, tendo sido prescrito tratamento medicamentoso. Tais citologias traziam a observação “Tratar e repetir” que, a nosso ver, corresponde ao ASCUS na classificação citopatológica de Bethesda. Em março/1999, a citologia voltou a trazer suspeição de NIC I/HPV, tendo sido realizada nova colposcopia, na qual observou-se JEC (0;0), ectocérvice sem imagem de ZTA ou de colpíte e Schiller negativo. Foram indicadas nova colheita tríplice e colposcopia, não tendo sido prescrito tratamento. Em julho/1999 a citologia repetiu o diagnóstico de tricomoníase e, em abril/2000, indicou NIC I/HPV. Foi solicitada ultra-sonografia pélvica com resultado normal, sendo sugerida nova colposcopia com biópsia de canal cervical. A mesma foi realizada em agosto/2000, detectando-se “ectocérvice recoberta por epitélio escamoso”. Não foi visualizada JEC, bem como imagem de ZTA ou de colpíte, e o teste de Schiller foi negativo. Procedeu-se à biópsia ampla do canal cervical cujo diagnóstico histopatológico foi de cervicite crônica, tendo sido descrita a presença de discreta papilomatose e acantose (sugerindo infecção por HPV).

Após cerca de quatro anos, a paciente procurou o serviço do já referido Centro de Saúde, quando foi realizada a investigação mencionada no início, seguida de encaminhamento para cirurgia oncológica. Posteriormente, recebeu-se o resultado da citologia, que foi negativo – “Inflamatório Acentuado” – apesar do esfregaço ter sido considerado satisfatório. O exame histopatológico da peça cirúrgica indicou carcinoma epidermóide microinvasor. O seguimento ainda está em curso.

DISCUSSÃO

A citologia oncológica tem mérito indiscutível na prevenção secundária do câncer de colo uterino, sendo amplamente utilizada em todo o mundo como principal teste diagnóstico dos programas de *screening*.

Sua alta especificidade^{5,6} lhe confere a capacidade de excluir com maior confiabilidade pacientes realmente saudáveis, sendo vantajosa sua utilização como teste padrão em programas de rastreamento em países com baixa prevalência do câncer cervical.

Contudo, a baixa sensibilidade³⁻⁶ do método, quando utilizado isoladamente, permite um número significativo de testes falso-negativos [1,5 a 55%⁸], principalmente em regiões de alta prevalência da patologia, deixando de aprofundar a investigação diagnóstica em pacientes doentes e permitindo a evolução da doença.

Quando a JEC se encontra positiva, o exame clínico, coadjuvado ou não pela IVA, torna-se limitado; deve-se ter cautela na coleta endocervical com o uso da escovinha de Campos da Paz para exame citológico, além da espátula de Ayre. No caso exposto, a paciente foi submetida, em março/1994, à citologia, e, no mês seguinte, à colposcopia. Na ocasião, a JEC apresentava-se (+1; +1) e procedeu-se à biópsia em “epitélio branco” que adentrava no canal cervical, quando estaria mais bem indicada a realização de curetagem endocervical ou mesmo excisão da área assinalada com alça diatérmica. Como método para diagnóstico, a conização é indicada nos casos em que a colposcopia não for satisfatória ou houver discordância entre o resultado da citologia e o da biópsia dirigida⁹, uma vez que a inversão da JEC dificulta a orientação pela colposcopia da área adequada a ser biopsiada, impossibilitando assim a escolha do foco de lesão mais acentuada para estudo histológico. Além disso, estudos correlacionando o diagnóstico histológico de uma ou mais biópsias aos achados histológicos da lesão inteira, principalmente excisados por alça diatérmica, mostraram uma taxa de subdiagnóstico de mais de 50%¹⁰.

A limitação na escolha da conização tradicional, com bisturi, como método diagnóstico/terapêutico no tratamento de lesões acentuadas é a possibilidade de ocasionar incompetência istmo-cervical em pacientes jovens; porém, no presente caso, a paciente tinha mais de 40 anos e prole definida. A biópsia diagnosticou a presença de NIC II/HPV, tendo sido indicado tratamento com fluorouracil tópico para a erradicação química da lesão. Tal tratamento tem mostrado eficácia controversa, embora se tenha demonstrado eficaz na redução da recorrência de NIC de alto grau após tratamento cirúrgico¹¹.

Em junho/1998, em consulta de seguimento, a paciente apresentou “NIC II – Displasia Moderada com HPV” à citologia, tendo havido insistência no tratamento clínico com fluorouracil tópico. Nos dois anos subsequentes, a paciente submeteu-se a novos exames de PCG, cujos exames citopatológicos indicaram NIC I e infecção por HPV, não tendo sido proposto tratamento. Finalmente, por ocasião da última visita de seguimento, foram realizadas colposcopia e biópsia ampla do canal cervical, que novamente sugeriu infecção por HPV.

A baixa concordância entre a citologia cervical e a histopatologia sugere que a prática de confiar no exame citológico como único método de triagem das mulheres que têm uma lesão típica deve ser evitada^{12,13}. Corroborando com o exposto, no presente caso, a paciente já apresentava lesão vegetante, com diagnóstico de carcinoma *in situ* e provável invasão do córion, e o exame citopatológico indicou, apenas, um resultado “inflamatório acentuado”. A IVA e a cervicografia apontaram, claramente, a presença da lesão suspeita de colo uterino.

A prevenção da mortalidade por câncer na paciente em questão provavelmente se tornou possível graças à sua adesão ao controle preventivo. Diante de vários resultados indicando infecção por HPV

e lesões intra-epiteliais de variados graus, não foi realizado tratamento adequado, mesmo tendo sido acompanhada, a princípio, em hospital terciário, permitindo a evolução da doença, até o estágio de carcinoma microinvasor, em período de pelo menos dez anos.

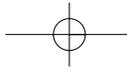
O adiamento do tratamento – ainda que não haja perda de seguimento – de lesões cervicais associadas às alterações citológicas e histológicas, bem como sua realização de forma inadequada, está associado à possível evolução para o estágio de câncer cervical. É de responsabilidade de o médico avaliar os diferentes resultados de exames complementares, relacionando-os com a história clínica da paciente, de forma a realizar um seguimento e profilaxia adequada.

Vale a pena lembrar que algumas vezes o câncer invasivo, incipiente ou não, pode ser caracterizado por quadros de crescimento endofítico, terminando em ulceração e necrose. Diversos autores relatam que a ulceração que mascara a superfície epitelial não é um aspecto incomum da invasão incipiente, além disso, sabe-se que o adenocarcinoma pode ser infiltrante, não sendo detectado, a princípio, pela citopatologia, e, principalmente pelos exames que requerem visualização da lesão: IVA, cervicografia e colposcopia^{10,14}.

Finalmente, convém ressaltar a importância da profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis na população assistida pelos programas de prevenção do câncer ginecológico, ainda que a usuária relate a ausência de companheiro sexual. A paciente em questão, por repetidas vezes, apresentou a evidência de tricomoníase em dois dos esfregaços citológicos, após tratamento medicamentoso, mesmo informando estar sem vida sexual ativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama – Normas e Manuais Técnicos. 2ª. Ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1989. p. 30.
2. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs; 2004. p. xv.
3. Kierkegaard O, Byrjalsen C, Frandsen KH, Hansen KC; Frydenberg M. Diagnostic accuracy of cytology and colposcopy in cervical squamous intraepithelial lesions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 648-51.
4. Clavel C, Masure M, Bory JP, Putaud I, Mangeonjean C, Lorenzato M. Human papillomavirus testing in primary screening for the detection of high-grade cervical lesions: a study of 7.932 women. *Br J Cancer* 2001; 84: 1616-23.
5. Blumenthal PD, Gafkin L, Chirenje ZM, McGrath J, Womack S, Shah K. Adjunctive testing for cervical cancer in low resource settings with visual inspection, HPV and the pap smear. *Gynecol Obstet* 2001; 72: 47-53.
6. Bomfim-Hyppólito S, Santana Franco E, Bahamondes L. Visual inspection with acetic acid for cervical cancer detection. *Int Jour Gynecol & Obstet* 2005; 88: 65-6.
7. Belinson JL, Pretorius RG, Zhang WH, Wu LY, Qiao YL, Elson P. Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. *Am Col Obstet Gynecol* 2001; 98: 441-4.
8. Martin-Hirsch P, Jarvis G, Kitchener H, Lilford R. Collection devices for obtaining cervical cytology samples. *Cochrane Database of Syst Rev* 2000.
9. Benedet JL, Bender H, Jones H 3rd, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; 70: 209-62.
10. Gross GE, Barrasso R. Infecção por papilomavirus humano – Atlas Clínico de HPV. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 1 - 62, 147 - 296.
11. Hanna L. 5-FU for maintenance therapy of cervical lesions. *BETA* 1999 Apr; 12 (2): 17.
12. Walker EM, Dodgson J, Duncan ID. Does mild atypia on a cervical smear warrant further investigation? *Lancet* 1986 Sep; 2: 672-3.



13. Massad LS, Collins YC, Meyer PM. Biopsy correlates of abnormal cervical cytology classified using the Bethesda System. *Gynecol Oncol* 2001; 82: 516-22.
14. Reid R, Stanhope R, Herschman BR, Crum CP, Agronow SJ. Genital wart and cervical cancer. IV. Colposcopic index for differentiating Subclinical papillomaviral infection and cervical intraepithelial neoplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149: 815-23.

Endereço para correspondência:**SILVIA BOMFIM-HYPPÓLITO**

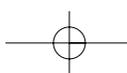
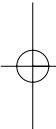
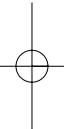
Rua Nunes Valente, 3041.

CEP: 60125-071 Fortaleza-Ceará

E-mail: silviabh@secrel.com.br

Recebido em: 14/03/05

Aprovado em: 29/04/05





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