

# SUMÁRIO – SUMMARY

## EDITORIAL

SOBERANIA CIENTÍFICA BRASILEIRA .....	249
---------------------------------------	-----

## ARTIGOS

O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE ATIPIAS INDETERMINADAS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE .....	251
<i>The Impact of Cytological Diagnosis of Undetermined Atypias in Public Health System</i>	
<i>Sônia MM Pereira, Luzia SU Yamamoto, Celso di Loreto, Luciana A Silva, Sérgio Makabe, José A Marques, Marina YS Maeda, Carmen L Santoro, Maria Lúcia Utagawa, Adhemar Longatto Filho</i>	
DETERMINAÇÃO DA INFECÇÃO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO POR CAPTURA HÍBRIDA II: CORRELAÇÃO COM ACHADOS MORFOLÓGICOS .....	255
<i>HPV Infection Detected by Hybrid Capture II: Correlation with Morphological Findings</i>	
<i>Gerson B Dôres, Eliane K Taromaru, Cristiane G Bonomi, Adhemar Longatto Filho, Nilcisa P Gilli, Shiguo Matsubara, José Focchi</i>	
APLICACIÓN DEL MÉTODO CHANG EN LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE INDIVIDUOS VIH/SIDA .....	259
<i>Nutritional Evaluation of HIV-infected Patients by Chang's Method</i>	
<i>Maritza E Linares Guerra, Juan F Bencomo, Sérgio Santana S, Jesus Barreto, Manuel L Ruiz</i>	
MARKETING SOCIAL PARA CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO: ESTUDO DE CASO NA POLICLÍNICA OSWALDO CRUZ, PORTO VELHO – RO .....	265
<i>Social Marketing for Counseling and Testing Center: a Case-study in the Oswaldo Cruz Polyclinics, Porto Velho – RO</i>	
<i>Adriana AC Tibúrcio &amp; Alberto S Tibúrcio</i>	
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INFECÇÃO PELO HIV-1 EM GESTANTES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL - BRASIL .....	281
<i>Epidemiological Profile of HIV-1 Infection in Pregnant Women of State of Mato Grosso do Sul – Brazil</i>	
<i>Ernesto A Figueiró-Filho, Flávio RA Senefonte, Alessandro HA Lopes, Virgílio GS Júnior, Carlos A Botelho, Geraldo Duarte</i>	
A AIDS SOB A ÓTICA DO SURDO ADULTO JOVEM .....	288
<i>Aids According to the View of the Deaf Young Adult People</i>	
<i>Isabel CB Bento &amp; Sonia MV Bueno</i>	
PERFIL DE MULHERES HIV POSITIVO ATENDIDAS NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DA FACULDADE DE MEDICINA – UFPEL .....	295
<i>Profile of HIV positive Women Attending a University Clinic in Brazil</i>	
<i>Mariângela F Silveira &amp; Iná S Santos</i>	
PANORAMA MUNDIAL DA EPIDEMIA PELO HIV/AIDS: ASPECTOS SOCIAIS E LESÕES BUCAIS .....	301
<i>Global Overview of the HIV/Aids Epidemic: Social Aspects and Bucal Lesions</i>	
<i>Cesar W Noce, Arley Silva Júnior, Sonia MS Ferreira</i>	
IMPORTÂNCIA DA INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM PACIENTES DO SEXO MASCULINO .....	306
<i>The Importance of the Infection by Human papillomavirus in Patients of Male Sex</i>	
<i>Márcio L Mendonça &amp; Joaquim CA Netto</i>	
ARTRITE GONOCÓCICA EM MULHER JOVEM: RELATO DE CASO .....	311
<i>Gonococcal Arthritis in Young Woman: Case Report</i>	
<i>Antônio C Filho &amp; Priscila C Rabelo</i>	

## RESUMO DE TESES

PREVALÊNCIA DE DST, PADRÃO DE COMPORTAMENTO E ASPECTOS RELACIONADOS COM A SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM VITÓRIA, ES. ....	314
<i>Prevalence of Sexually Transmitted Diseases, Pattern of Behavior and Aspects Related to the Reproductive Health of Women Taken Care of in a Health Basic Unit in Vitória, ES</i>	
ESTUDO DE VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM UM GRUPO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS INFECTADOS PELO HIV .....	315
<i>Validation Study of a Scale of Life Quality Evaluation in a Group of Pediatric Patients Infected by HIV</i>	
NORMAS DE PUBLICAÇÃO – INSTRUÇÕES AOS AUTORES .....	318

Índice Remissivo Vol. 17, 2005

SUMÁRIO Nº1

**EDITORIAL**

SÍFILIS CONGÊNITA: UMA VERGONHA QUE INSISTEM EM PERPETUAR ..... 3

**ARTIGOS**

PREVALÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NO HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - RS NO PERÍODO DE 1998-2002 ..... 5  
*Prevalence of Congenital Syphilis at the Hospital Geral de Caxias do Sul-RS Among 1998-2002*  
 Dino R S De Lorenzi, Breno F Araújo, Leonardo Graziotin, Eliane Basso

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE CARAPICUÍBA-SP: AINDA UMA REALIDADE EM 2002 ..... 10  
*Contribution to Epidemiologic Study of Congenital Syphilis in Carapicuíba-SP City: Still a Reality in 2002*  
 Anadeu A Vieira

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM UM HOSPITAL DA REDE SUS DE NITERÓI - RJ ..... 18  
*Prevalency Study of Congenital Syphilis in one Hospital of SUS Group in Niterói City - RJ*  
 Juliana Schetini, Dennis C Ferreira, Mauro RL Passos, Eliane B Salles, Daniela DG Santos, Davy CM Raposo

MEN AND WOMEN WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS: FOCUSING ON THE EXPOSITION RISK AND PREVENTION ..... 24  
*Papillomavirus Humano em Homens e Mulheres: Enfocando o Risco a Exposição e Prevenção*  
 Maria DS Alves, Maria GT Barroso, Mônica OB Oriá

AVALIAÇÃO MICROBIOLÓGICA E CITOPATOLÓGICA DOS ESFREGAÇOS DE PAPANICOLAOU EM USUÁRIAS DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO ..... 28  
*Microbiological and Cytopathological Evaluation of Pap-Smears Among Intrauterine Device Users*  
 Michele G Diasocenti, José Antônio Simões, Eliano BL Monteiro, Priscila M Portugal, Adriano LC Balys, Douglas M Momici

ADOLESCENTES E AIDS: FATORES QUE INFLUENCIAM A INTENÇÃO DE USO DO PRESERVATIVO ..... 32  
*Adolescents And Aids: Factors Influencing the Intention to Use Contraceptives*  
 Simone HS Oliveira, Mardônio R Dias, Maria IT Silva

O IMPACTO DA AIDS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA ..... 39  
*The Impact of Aids in Nursing Practice: a Public Health Problem*  
 Elucir Gir, Marinésia A Prado, Sílvia RMS Canini, Miyeko Hayashida

RASTREAMENTO DE CANDIDOSE VAGINAL DURANTE A PREVENÇÃO DO CÂNCER CERVICO-UTERINO ..... 44  
*Screening of Vaginal Candidosis During the Prevention of Uterine Cervix Cancer*  
 Vânia LN Cavalcante, Aldine T Miranda, Glenda MP Portugal

PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV) EM MULHERES COM CITOLOGIA ONCÓTICA DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE ..... 49  
*Human Papillomavirus of women wíth oncotic cytologic Normal*  
 Vânia Lúcia Noronha, Rafael Noronha, Bruno Cammona, Luis Antônio Macedo, Emelinda M Cruz, Cecília Naum, Wylter Mello, Luísa Vlla

SISTEMA DNA-CITOLIQ (DCS): UM NOVO SISTEMA PARA CITOLOGIA EM BASE LÍQUIDA - ASPECTOS TÉCNICOS ..... 56  
*Dna-Citoly System (DCS): a New Liquid Base Cytology System - Technical Aspects*  
 Adhemar Longatto-Filho, Glisene Namiyama, Adauto Castelo Filho, Maria Regina Viam, Gerson Botacini das Dóres, Eliane Taromaru

HUMAN PAPILLOMAVIRUS DETECTION BY THE HYBRID CAPTURE ASSAY IN THE MALE GENITAL TRACT ..... 62  
*Deteção de Papillomavirus Humanos pela Técnica de Captura do Híbrido no Trato Genital Masculino*  
 Fernanda N Carestiano, Katia C Silva, Pedro HP Prudente, Licínio E Silva, Mariza Botelho, Ledy HS Oliveira, Sílvia MB Cavalcanti

**REVISÃO**

INFECÇÃO GÊNITAL POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS E ESTERILIDADE ..... 66  
*Chlamydia trachomatis Genital Infection and Sterility*  
 Carlos AS Marques, Maria Luíza B Menezes

INFECÇÃO HIV NO CÉREBRO: AS BASES BIOLÓGICAS DA NEUROPSICOLOGIA ..... 71  
*HIV Infection of Brain: the Biologic Basis of Neuropsychology*  
 Rosângela S Kull, Pierre G Bauer, Guilta MR Santoro, Ivete A Espíndola-Pereira, Fernando RA Ferry, Rogério N Mota, José Ramon RA Lopes, Carlos Alberto M Sá

RESUMOS DE TESES ..... 76  
 INFORME TÉCNICO ..... 77  
 CARTA AO EDITOR ..... 79  
 NORMAS DE PUBLICAÇÃO - INSTRUÇÕES AOS AUTORES ..... 81

SUMÁRIO Nº3

**NOTA DO EDITOR CHEFE**

**EDITORIAL**

PORQUE UM NÚMERO SOBRE BIOÉTICA? ..... 175

**ARTIGOS**

PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS EM DST, HIV E AIDS: DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTOS BIOTÉICOS NAS RECOMENDAÇÕES PARA OS AUTORES EM ARTIGOS SELECIONADOS ..... 177  
*STD, HIV and Aids Scientific Publications: Description of Bioethical Procedures in the Instructions for the Authors and in Selected Papers*  
 Prislá U Calvetti, Erno Harzheim, José L Viana, Cintia Germany, Mauro C Ramos

DON'T ASK DON'T TELL? THE ETHICS OF DISCLOSURE OF HIV-STATUS TO PERINATALLY-INFECTED CHILDREN ..... 181  
*A Ética da Revelação da Infecção pelo HIV a Crianças Infectadas por Transmissão Perinatal*  
 Joseph De Santis & Jessie M Collin

A VULNERABILIDADE DA GESTANTE NA SITUAÇÃO CONJUGAL DE SORODIFERENÇA PARA O HIV/AIDS ..... 189  
*The Vulnerability of the Pregnant Woman in a Conjugal Situation in Which There is an HIV/AIDS Serum Difference*  
 Anamaria F Azevedo, Dirce Guilhem

ASPECTOS ÉTICOS DA INTERAÇÃO ENFERMEIRO-PUÉRPERA COM HIV/AIDS ..... 197  
*Ethical Aspects of the Interaction Nurse-postpartum Women With HIV*  
 Léa Maria M Barroso, Carolina Maria L Carvalho, Marli T G Gabião, Neiva F C Vieira, Maria Graziela T Barroso

BIOÉTICA NA PESQUISA COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RISCO: DILEMAS SOBRE O CONSENTIMENTO E A CONFIDENCIALIDADE ..... 201  
*Bioethics on Research with Children and Adolescents at Risk: Dilemmas about Informed Consent and Confidentiality*  
 Lucas Neves-Silva, Carolina Esbozo, Sílvia Helena Koller

EXPERIÊNCIA DO PRIMEIRO COMITÊ DE ÉTICA NO BRASIL ..... 207  
*Experience of the First Brazilian Ethical Committee*  
 Delio Kipper, Margareth S Oliveira

ENSINO À DISTÂNCIA: UMA PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DO ESTUDO EM BIOÉTICA ..... 211  
*Distance Learning: a Proposal for Improving Bioethical Education*  
 Fernanda T Carvalho, Marisa C Muller, Mauro C Ramos

ETHICAL ISSUES RELATED TO ACCESS TO TREATMENT FOR HIV/AIDS IN LOW-RESOURCE COUNTRIES ..... 215  
*Aspectos Éticos Relacionados ao Acesso ao Tratamento de Pessoas com HIV/AIDS em Países com Recursos Limitados*  
 Paul Ndiébele & Edward Chigwedere

REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS A PARCEIROS (AS) SEXUAIS: UM DILEMA BIOTÉICO? ..... 219  
*Revealing of Sexually Transmitted Diseases to Sexual Partners: A Bioethical Dilemma?*  
 Fernanda T Carvalho, Kátia B Rocha, Paula D'elia, Vanesa A Fontoura

LA BIOÉTICA BAJO EL CONTEXTO DEL VIH/SIDA ..... 225  
*A Bioética no Contexto de HIV/AIDS*  
 César Augusto Ugarte-Gil

**CARTA AO EDITOR**

O "COMPADRISMO", A INFECÇÃO PELA CLAMÍDIA E A ÉTICA MÉDICA ..... 228

VI CONGRESSO DA SBDST, II CONGRESSO BRASILEIRO DE AIDS, SANTOS 2006 ..... 229

NORMAS DE PUBLICAÇÃO - INSTRUÇÕES AOS AUTORES ..... 239

SUMÁRIO Nº2

**EDITORIAL**

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

**ARTIGOS**

CONDUCTAS SEXUAIS E RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA ..... 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?*  
 Glaucio 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 Sd Who Have Been Treated in a Health Care Unit Of Sd Reference in Fortaleza*  
 Maria AL Araújo, Sérgio Diógenes, Rainunda 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 Luz, 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 Tili, Adrián Orsini, María María Alvarez, Marisa Almazara, Elena Gallardo Juan O Mormandi

A SEXUALIDADE MASCULINA E A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS ..... 121  
*The Male Sexuality and the Vulnerability to HIV/AIDS*  
 Laurence S Andrade, Sílvia Maria Sobregue-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 GIVEN TO THE "CARRIED MASCULINE BEING" OF THE HPV: CONTRIBUTIONS DE ENFERMAGEM ..... 133  
*Assistance Given to the "Carried Masculine Being" of the HPV: Contributions of Nursing*  
 Marcos AM Arcoverde, Marlene Loewen Wall

VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV ENTRE MULHERES COM ALTO RISCO DE EXPOSIÇÃO - MENORES INDIKATORAS 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*  
 Satoru O Becker, Polyanne 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 Juchino, Ana Katherine Gonçalves, Lara Linhares

**RELATO DE CASO**

GESTACÃO APÓS INEJÇÃO INTRACITOPLOSMÁTICA DE ESPERMATOZOÍDES (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 Mancho, Maria do Carmo B Souza, Gutemberg L Almeida Filho, Marcelo M Souza, Christina A Rocha, Carlos A Henriques, Angela CS Marcondes, Cristos Pritivelis, Fernanda F Oliveira

CÂNCER CERVICAL: PREVENÇÃO PRIMÁRIA OU SECUNDÁRIA? ..... 157  
*Cervical Cancer: Primary or Secondary Level Prevention?*  
 Sílvia Bonfim-Hypólito, Eugênio S Franco, Rosana GFM Franco, Celina M Albuquerque, George C Nunes

RESUMOS DE TESES ..... 161  
 NORMAS DE PUBLICAÇÃO - INSTRUÇÕES AOS AUTORES ..... 162

SUMÁRIO - SUMMARY Nº4

**EDITORIAL**

SOBERANIA CIENTÍFICA BRASILEIRA ..... 249

**ARTIGOS**

O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE ATÍPIAS INDETERMINADAS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE ..... 251  
*The Impact of Cytological Diagnosis of Undetermined Atypias in Public Health System*  
 Sônia MM Pereira, Lucía SU Yamamoto, Celso di Loreto, Luciana A Silva, Sérgio Makabe, José A Marques, Marina YS Maeda, Carmen L Santoro, Maria Lúcia Uragawa, Adhemar Longatto-Filho

DETERMINAÇÃO DA INFECÇÃO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO POR CAPTURA HÍBRIDA II: CORRELAÇÃO COM ACHADOS MORFOLÓGICOS ..... 255  
*HPV Infection Detected by Hybrid Capture II: Correlation with Morphological Findings*  
 Gerson B Dóres, Eliane K Taromaru, Cristiane G Bonomi, Adhemar Longatto-Filho, Níckia P Gilli, Shigeo Matsubara, José Focchi

APLICACIÓN DEL MÉTODO CHANG EN LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE INDIVIDUOS VIH/SIDA ..... 259  
*Nutritional Evaluation of HIV-infected Patients by Chang's Method*  
 Maritza E Linares Guerra, Juan F Bencomo, Sérgio Santana S, Jesus Barreto, Manuel L Ruiz

MARKETING SOCIAL PARA CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO: ESTUDO DE CASO NA POLICLÍNICA OSWALDO CRUZ, PORTO VELHO - RO ..... 265  
*Social Marketing for Counseling and Testing Center: a Case-study in the Oswaldo Cruz, Policlínica, Porto Velho - RO*  
 Adriana AC Tibárcio & Alberto S Tibárcio

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INFECÇÃO PELO HIV-1 EM GESTANTES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL - BRASIL ..... 281  
*Epidemiological Profile of HIV-1 Infection in Pregnant Women of State of Mato Grosso do Sul - Brazil*  
 Ernesto A Figueiro-Filho, Flávio RA Senefonte, Alessandro HA Lopes, Virgílio GS Júnior, Carlos A Botelho, Geraldo Duarte

A AIDS SOB A ÓTICA DO SURDO ADULTO JOVEM ..... 288  
*Aids According to the View of the Deaf Young Adult People*  
 Isabel CB Bento & Sonia MV Bueno

PERFIL DE MULHERES HIV POSITIVO ATENDIDAS NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DA FACULDADE DE MEDICINA - UFPEL ..... 295  
*Profile of HIV positive Women Attending a University Clinic in Brazil*  
 Mariângela F Silveira & Ind S Santos

PANORAMA MUNDIAL DA EPIDEMIA PELO HIV/AIDS: ASPECTOS SOCIAIS E LESÕES BUCAIS ..... 301  
*Global Overview of the HIV/AIDS Epidemic: Social Aspects and Bucal Lesions*  
 Cesar W Noce, Arley Silva Júnior, Sônia MS Ferreira

IMPORTÂNCIA DA INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM PACIENTES DO SEXO MASCULINO ..... 306  
*The Importance of the Infection by Human papillomavirus in Patients of Male Sex*  
 Márcio L Mendonça & Joaquim CA Netto

ARTRITE GONOCÓCICA EM MULHER JOVEM: RELATO DE CASO ..... 311  
*Gonococcal Arthritis in Young Woman: Case Report*  
 Antônio C Filho & Priscila C Rabelo

**RESUMO DE TESES**

PREVALÊNCIA DE DST, PADRÃO DE COMPORTAMENTO E ASPECTOS RELACIONADOS COM A SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM VITÓRIA, ES ..... 314  
*Prevalence of Sexually Transmitted Diseases, Pattern of behavior and Aspects Related to the Reproductive Health of Women Taken Care of in a Health Basic Unit in Vitória, ES*

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM UM GRUPO DE PACIENTES REUMÁTICOS INJETADOS PELO HIV ..... 315  
*Validation Study of a Scale of Life Quality Evaluation in a Group of Pediatric Patients Infected by HIV*

NORMAS DE PUBLICAÇÃO - INSTRUÇÕES AOS AUTORES ..... 318

# Prêmio Melhor Trabalho Completo

## DST 6/Aids 2, Santos 2006 VI Congresso da Sociedade Brasileira de DST II Congresso Brasileiro de Aids

**Conceito:** trata-se de premiação instituída pela Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (SBDST) e DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST-JBDST) para os autores de artigos científicos originais completos, modalidade pesquisa clínica ou experimental, submetidos para apresentação no DST 6/Aids 2, Santos 2006.

**Objetivo:** fomentar a publicação de artigos de qualidade no periódico científico da SBDST.

**Crítérios:** os trabalhos serão avaliados obedecendo, na totalidade, as Normas de Publicação – Instruções aos Autores do periódico científico indexado DST-JBDST disponíveis em cada número do Volume 17 do Ano 2005 ou na página da Internet <http://www.uff.br/dst/normaspublicacao.htm>.

É obrigatório que pelo menos um autor do trabalho submetido esteja inscrito no Congresso.

Os avaliadores, indicados pela SBDST/DST-JBDST atribuirão notas a quesitos previamente estabelecidos (Anexo) e será considerado vencedor o artigo que receber a maior pontuação.

Será desclassificado o trabalho que receber, em qualquer quesito, nota inferior a sete.

Havendo empate, o Editor chefe de DST-JBDST, o Presidente da Comissão científica do Congresso, o Presidente do Congresso e a Presidente da SBDST, uma vez que não farão parte do julgamento inicial, seguindo os mesmos critérios dos pareceristas, decidirão qual trabalho será o vencedor.

Não será aceito para concorrer ao Prêmio de Melhor Trabalho Completo o manuscrito que tiver entre os seus autores membros da diretoria da SBDST ou de qualquer diretoria de Regional da SBDST.

Os trabalhos, obedecendo as Normas de Publicação, serão publicados em DST-JBDST.

Não caberá recurso para o julgamento da premiação. Todavia, seguindo as Normas de Publicação do periódico, os trâmites para publicação em DST-JBDST facultam aos autores dos artigos pedido de reconsideração, caso o mesmo seja considerado não-aprovado para publicação em DST-JBDST.

Os trabalhos serão considerados como artigos submetidos para publicação em DST-JBDST, respeitando, na totalidade, as Normas de Publicação do periódico.

**Obrigações:** Os manuscritos submetidos ao Prêmio de Melhor Trabalho Completo, se aprovados pela Comissão Avaliadora, deverão ser apresentados em Sessão de Tema Livre específica.

A **data limite** para envio, por SEDEX, para o Editor chefe Mauro Romero Leal Passos - Jornal Brasileiro de DST (Avenida Roberto Silveira, 123, Icaraí, Niterói, RJ, Brasil. CEP 24230-160) é 17 de julho de 2006.

**Prêmio:** Além de publicação em DST-JBDST, diploma de Melhor Trabalho Completo apresentado no congresso DST 6/Aids 2, Santos 2006 outorgado pela SBDST o autor principal (primeiro autor) receberá a quantia de R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

### ANEXO

#### CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO

##### ITEM - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

O artigo veio acompanhado de documentação:

1. Carta de apresentação / Cópia de Parecer de CEP.
2. Disquete e/ou CD-R.
3. A formatação atende às diretrizes para apresentação do original.
4. Apresentação geral atende às normas de publicação (Formatação).
5. O resumo apresenta a estrutura indicada.
6. As referências bibliográficas atendem às especificações das Normas de Publicação?

##### ITEM - QUALIDADE

7. O título representa a proposta de trabalho.
8. O resumo expressa o conteúdo do trabalho.
9. O abstract espelha o resumo.
10. As palavras-chave / keywords estão coerentes com o tema do estudo.
11. A introdução apresenta o marco teórico para a sustentação da proposta de trabalho.
12. Os objetivos são pertinentes. Respondem às questões relevantes para o controle das DST/HIV-aids.
13. A metodologia atende aos objetivos.
14. Os métodos de análise são adequados às questões investigadas.
15. Os resultados estão detalhados e coerentes com a proposta de estudo.
16. A apresentação dos resultados está adequada (observar conteúdo e forma, escassez ou excesso de informações).
17. A discussão está bem fundamentada.
18. A conclusão responde aos objetivos do estudo.
19. A conclusão apresenta contribuições relevantes e/ou inéditas.
20. As referências bibliográficas são atuais e estão coerentes com a proposta de estudo.

##### Crítérios de Avaliação

1. Normas de Publicação

2. Qualidade

Pontuação

- As notas deverão ser emitidas numa escala de 0 a 10, podendo variar em 0,5 ponto (ex. 0...9,5; 10)

Avaliação final

- A nota final será elaborada a partir da soma dos itens distribuídos acima.

- O trabalho vencedor será o que obtiver o maior número de pontos.

## Editorial

# Soberania Científica Brasileira

**Fábula** - *Um certo país tinha uma grande fábrica de aviões. Na verdade, uma das cinco maiores do mundo. Tal empresa era, também, uma das mais importantes exportadoras daquele país.*

*Além de produzir aeronaves para o transporte comercial de passageiros, possuía uma importante linha de aviões para treinamento militar e até para patrulhamento de espaços aéreos. Estes últimos, pela própria destinação, podiam ser equipados com metralhadoras e bombas.*

*Os produtos eram sucessos internacionais nos segmentos em que operavam.*

*A empresa era um enorme orgulho para toda a nação, pois ocupava espaço em área estratégica para a soberania na tecnologia de aeronaves. Era nisso que o povo acreditava.*

*Sucedeu que, certa vez, um país fez uma grande encomenda de Super-Arara (o tal avião militar). Nesse momento, veio a público que a venda não poderia ser concretizada, uma vez que um terceiro país, que fornecia alguns componentes e algumas tecnologias para o Super-Arara, proibiu ao país comprador receber os aviões militares. O fato era baseado, apenas, em desavenças pessoais dos dois presidentes (país da encomenda e país que fornecia o componente). Isso porque os dois países em questão comercializavam entre si diversos outros produtos e não estavam em conflitos militares.*

*Ficou claro que a soberania do país fabricante daqueles aviões era duvidosa.*

É reconhecido, hoje, que as funções maiores de uma universidade são gerar e difundir conhecimentos.

Evidente que essas ações devem estar incluídas na sociedade que envolve a instituição universitária e com ela exercitar fortes intercâmbios.

A geração de conhecimentos se dá através de pesquisas. Já a difusão de conhecimentos pode ser executada na forma de cursos curriculares, simpósios, palestras, fóruns, oficinas, entrevistas para mídia, publicação de opiniões em jornais, revistas e publicação em periódicos científicos, entre outras possibilidades.

A publicação em periódicos científicos pode ser com artigos originais, frutos de pesquisas clínicas ou experimentais, revisões e relatos de casos, principalmente.

É norma corrente no Brasil que, para um docente ser considerado importante professor de pós-graduação, um dos principais quesitos é ter publicações em periódicos científicos internacionais. Principalmente, aqueles bem colocados num ranking de revista com "alto índice de impacto".

A CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), órgão do Ministério da Educação, expõe critérios nos quais atribui níveis de periódicos e a quantidade que cada docente deve ter de publicação em determinado período (triênio). Ao mesmo tempo, cria porcentagens de docentes de um determinado curso com publicações nos níveis atribuídos aos periódicos e à quantidade de artigos. Tudo isso serve, junto a outros fatores, que na prática passam a ser secundários, para classificar os cursos de mestrado e doutorados em níveis de um a sete. Sendo sete o mais conceituado.

O fato é que a maioria dos periódicos publicados no Brasil está classificada como Nacional A ou B. E, para ter um curso de mestrado ou doutorado classificado nos melhores níveis e não ter o seu fim decretado, a CAPES exige produção internacional.

Como o número de periódicos científicos brasileiros, embora seja importante, está muito aquém das necessidades, os pesquisadores brasileiros, vinculados à pós-graduação, para cumprir as exigências dos avaliadores, mandam para o exterior os seus principais artigos. Isso gera um círculo vicioso para a evolução dos periódicos científicos brasileiros.

De outra forma, o fomento, quer seja financeiro, didático ou político para o aprimoramento da qualidade dos periódicos científicos nacionais, deixa a desejar. Com isso, evoluímos de maneira muito lenta para a formação de editores científicos, pareceristas e autores. Agrava, ainda, a situação, o fato citado por muitos professores: "só se publica no Brasil aquilo que é rejeitado em revista estrangeira".

Acreditamos que é urgente uma reflexão sobre os assuntos aqui colocados. Desde o que se considera "índice de impacto" convidamos todos a ler o Editorial: Fator de Impacto, Produção Científica e Qualidade das Revistas Médicas Brasileiras - Impact Factor, Scientific Production and Quality os Brazilian Medical Journals escrito por José Rodrigues Coura, Editor Científico de Memórias do Instituto Oswaldo Cruz em <http://www.uff.br/revista15-2-2003/editorial.pdf> até a valorização da produção dos periódicos científicos nacionais.

Já se foi o tempo em que usávamos enormes livros do Index Medicus para procurar sobre um tema ou um autor. Há, hoje, aqueles que só valorizam as clássicas bases de dados como MedLine, SciELO, Lilacs, para citar algumas, quando procuram por literatura científica. Porém, cabe ressaltar que os periódicos científicos que existem, além da publicação tradicional em papel, e também de forma grátis em páginas na internet, podem ser

encontrados de maneira muito efetiva. Instrumentos como a [www.scholar.google.com](http://www.scholar.google.com) (leia-se Google Acadêmico) podem oferecer um espectro bem interessante para quem procurar por artigos científicos. Até porque esta última base de dados encontra aqueles que publicam no Brasil, em português e/ou em inglês e/ou em castelhano, ao mesmo tempo em que encontra os que escrevem apenas em inglês e no exterior. Diferentemente de outras situações, quando o periódico é oferecido gratuitamente na internet se consegue recuperar não só o resumo, mas o artigo completo. Basta, como de praxe, saber colocar as palavras-chave adequadas em cada idioma.

Somos de opinião de que todos devemos nos esforçar e valorizar-nos para um crescimento conjunto.

As instituições avaliadoras, das quais não conhecemos bem como são avaliadas, deveriam compartilhar um crédito de confiança para quem publica (editores, revisores e autores) em periódicos nacionais.

Posto que, mais valorizados, produziremos aqui muito mais e melhor.

A princípio pode ser descabido, mas até a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) poderia participar desse fortalecimento da publicação científica nacional colocando em seus quesitos para liberação de produtos no país a necessidade da apresentação de material científico publicado, também, no Brasil.

Mesmo que de maneira tênue, o desenvolvimento editorial científico no Brasil criaria mais empregos, mais renda, mais riqueza e poderia ser um importante passo para a soberania nacional. Pois, com toda a certeza, a soberania de um país passa pela soberania científica de seu povo.

*MAURO ROMERO LEAL PASSOS*  
Editor-chefe

# O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE ATIPIAS INDETERMINADAS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

*THE IMPACT OF CYTOLOGICAL DIAGNOSIS OF UNDETERMINED ATYPIAS IN PUBLIC HEALTH SYSTEM*

Sônia MM Pereira<sup>1</sup>, Luzia SU Yamamoto<sup>1</sup>, Celso di Loreto<sup>1</sup>, Luciana A Silva<sup>1</sup>,  
Sérgio Makabe<sup>3</sup>, José A Marques<sup>3</sup>, Marina YS Maeda<sup>1</sup>, Carmen L Santoro<sup>3</sup>,  
Maria Lúcia Utogawa<sup>1</sup>, Adhemar Longatto Filho<sup>1,2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** as alterações citológicas de significado indeterminado representam uma importante limitação diagnóstica nos programas de rastreio de lesões cervico-vaginais. A introdução de métodos biomoleculares, como o sistema de captura híbrida para detecção de HPV de alto risco contribui para a otimização da conduta clínica dessas pacientes, indicando colposcopia com precisão. **Objetivo:** avaliar o significado de lesões de significado indeterminado com relação à infecção pelo HPV, com o uso do teste de DNA para HPV com o método da captura de híbridos II. **Métodos:** foram estudadas amostras de 236 casos consecutivos examinados no laboratório da DIGENE-BRASIL, de pacientes com diagnóstico citológico prévio de ASCUS. As amostras foram submetidas ao teste de captura híbrida para identificação de DNA-HPV de alto e baixo riscos. **Resultados:** dos 236 casos analisados, 183 (77,5%) foram negativos para o teste de captura híbrida, seis (2,6%) foram positivos para HPV de baixo risco e 47 (19,9%) foram positivos para HPV de alto risco. **Conclusão:** as amostras positivas para HPV de baixo risco representam uma pequena e não-considerável minoria de casos, provavelmente, transientes. Cerca de 20% dos casos foram positivos para HPV de alto risco e deverão ser encaminhados à colposcopia e biopsia, se necessário. Esses casos representam um grande potencial de progressão para lesões cervicais.

**Palavras-chaves:** ASCUS, reflex test, captura híbrida, DNA-citoliq

## ABSTRACT

**Introduction:** in order to optimize the morphological analysis of the cases with uncertain diagnosis, we critically analyzed the cases with Atypia of Squamous Cells of Undetermined Significance (ASCUS) in cytological samples of uterine cervix collected in conventional smears (CS) and liquid-based preparations (LBC) in order to correlate the findings with Hybrid Capture II (HC2) assay and biopsy. **Objective:** to evaluate the meaning of undetermined cytological atypia in relation to HPV infection detected by hybrid capture II test. **Methods:** 97 cases taken from women examined at Perola Byington Hospital, São Paulo, Brazil, during the year of 2002. The conventional smears were taken previously than LBC. The residual sample was placed in liquid-medium and LBC preparation with DNA-Citoliq system was performed. If at least one of the paired samples were classified as ASCUS, the pair was submitted to a guided revision in order to evaluate the type of alteration taken in account to categorized ASCUS. **Results:** from 97 cases studied, 14 were categorized as ASCUS by the two methods simultaneously. The others had different classification under or hyper estimated. Six cases diagnosed as squamous intraepithelial lesion (SIL) by CS were ASCUS by LBC; in contrary, 19 ASCUS by CS were SIL by LBC. Eleven ASCUS by CS were diagnosed as negative by LBC, but CS categorized 47 LBC ASCUS as negative. From the morphological parameters nuclear enlargement and coarse chromatin were regarded as ASCUS. From 68 ASCUS by LBC, 36 were HC2 positive for high risk HPV (hr-HPV); ten of them with biopsy proven lesion. From 42 CS ASCUS, 23 were hr-HPV positive, but only 7 with histological lesion. **Conclusion:** our results reinforced the hypothesis that ASCUS is poorly reproducible by morphological examination by CS or LBC preparations. To add HC2 as adjunct method to ASCUS cytology can improve the routine diagnosed of the uncertain atypies.

**Keywords:** ASCUS, reflex test, hybrid capture II, DNA-citoliq

ISSN: 0103-0465

*DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4): 251-254, 2005*

## INTRODUÇÃO

O câncer cervical continua sendo um problema de Saúde Pública de graves conseqüências à população feminina. Cerca de 500.000 novos casos são registrados anualmente em todo o mundo, com quase 200 mil mortes<sup>1</sup>. A infecção persistente por HPV de alto risco (hr-HPV) é o principal fator de risco para câncer cervical<sup>2</sup>.

O final do século XX trouxe inovações importantes para o rastreamento de lesões precursoras do colo de útero como a introdução da citologia de base-líquida (LBC), cujo meio coletor preserva tanto as células para avaliação morfológica quanto os ácidos nucléicos para testes biomoleculares, trazendo também uma enorme expectativa de recursos laboratoriais impensáveis até recentemente<sup>3,4</sup>. Rapidamente, vários estudos foram elaborados para tentar demonstrar a utilidade desses recursos em condições rotineiras, o desempenho da citologia para reconhecimento de lesões de alto grau com a realização do teste de HPV<sup>5</sup>.

O teste de captura híbrida II (HC2) para a detecção de HPV de alto risco (hr-HPV) foi aprovado como teste adjunto para os casos em que a citologia categoriza seus achados como atipias de signifi-

<sup>1</sup> Divisão de Patologia do Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, SP, Brasil

<sup>2</sup> Life and Health Sciences Research Institute, School of Health Sciences, University of Minho, Braga, Portugal

<sup>3</sup> Hospital Pérola Byington, São Paulo, SP, Brasil

do indeterminado (ASCUS). Em metanálise recente, Arbyn *et al.*<sup>6</sup> demonstraram a superior *performance* da LBC associada a HC2 para hr-HPV nos casos de ASCUS, em comparação, por exemplo, com a repetição de nova amostra citológica depois de seis meses a um ano, como era preconizado anteriormente. O FDA norte-americano (*Food and Drugs Administration*)<sup>7</sup> abalçou o uso do chamado *DNA-PAP test*, no qual a premissa de rastreio é realizar concomitantemente a LBC e a HC2 para hr-HPV em mulheres de 30 anos ou mais, idade de maior eficácia do teste, pois infecções em faixas etárias mais baixas são de caráter mais transiente, o que compromete a especificidade dos achados. A utilização do teste de HC2 para hr-HPV em casos em que o resultado do exame citológico for indeterminado, também tem sido sugerida por algumas sociedades de ginecologia, como a norte-americana<sup>8</sup>. Como atrativo complementar, a combinação da LBC e da HC2 em rastreios populacionais é mais custo-efetiva, pois, embora hajam gastos adicionais de implementação, ambos os testes reduzem os casos de incerteza por citologia, diminuem os casos limitados ou inadequados por problemas técnicos de preparo das amostras e possibilitam maiores intervalos entre as coletas, graças ao altíssimo valor preditivo negativo, o que assegura que testes negativos sejam de fato negativos<sup>9</sup>.

## OBJETIVO

Estudar os casos diagnosticados como ASCUS em amostras preparadas de forma convencional e LBC, a fim de avaliarmos que parâmetros morfológicos estão presentes nesses casos e que conduzem a um diagnóstico de incerteza, analisar se há diferenças entre os dois tipos de preparado e correlacionar esses achados aos resultados de HC2 para hr-HPV e biopsias.

## MÉTODOS

Amostras de colo uterino foram coletadas no período de janeiro a dezembro de 2002 de mulheres encaminhadas ao Hospital Pérola Byington, em São Paulo, Brasil, por alguma suspeita detectada junto a ambulatórios da rede pública. Todas as mulheres foram submetidas à coleta citológica, colposcopia, teste de HC2 e biopsia quando clinicamente indicada. Os exames foram realizados na Divisão de Patologia do Instituto Adolfo Lutz, em estudo cego.

A coleta foi realizada com escova do sistema DNA-Citoliq® – DCS (Digene Brasil, São Paulo). Após preparo de esfregaço convencional, o material residual foi colocado no meio conservativo do sistema de LBC. No laboratório, essas amostras foram preparadas de acordo com as instruções do fabricante, que prevê preparo simultâneo de 12 casos por vez em cerca de 10 a 15 minutos. As amostras foram dispensadas em membrana circular de 25 milímetros por *imprint* pelo sistema de pressão. Os resultados da avaliação citológica por ambos os métodos de preparo seguiram as determinações do sistema de Bethesda<sup>10</sup>, exceto com relação aos casos com diagnóstico indeterminado. As atípicas indeterminadas de células escamosas e glandulares foram classificadas como uma única categoria citológica.

## Teste da captura híbrida II (HC2)

A realização do teste seguiu o protocolo preconizado pelo fabricante (Digene Co. Gaithersburg, MD, USA). O material para análise

passou por cinco procedimentos: desnaturação, hibridização, captura dos híbridos, reação dos híbridos com o conjugado, detecção dos híbridos por quimioluminescência seguindo o protocolo preconizado pelo fabricante (Digene Brasil). A estimativa de carga viral foi emitida em unidades relativas de luz (*relative light units* – RLU): > 20 alta carga viral, 5-19.9 intermediária, e 1-4.99 baixa. Apenas os tipos oncogênicos hr-HPV foram testados (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, e 68)<sup>11</sup>.

## Avaliações citológicas e histopatológicas

As amostras citológicas foram analisadas de acordo com o sistema de Bethesda. Os casos com alterações morfológicas foram originalmente checados por mais de um observador. Avaliação de adequabilidade da amostra também foi realizada e os casos foram classificados em satisfatórios, limitados (má fixação, purulento ou hemorrágico) e insatisfatórios para análise.

Para o objetivo deste estudo, foram selecionados 97 pares de casos para revisão por apresentarem, em pelo menos um deles, o diagnóstico de ASCUS. Consideraram-se os seguintes parâmetros morfológicos, subjetivamente classificados em (+) a (+++):

- Aumento do volume nuclear.
- Condensação da cromatina (cromatina grosseira).
- Halo perinuclear.
- Presença de agente etiológico infeccioso (definido como presente ou ausente)

As amostras histológicas foram classificadas de acordo com os critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde<sup>12</sup>.

## RESULTADOS

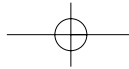
Nos 97 pares de casos preparados por LBC, os resultados foram: 68, 15 e 14 e em CS foram 42, 8 e 47 para ASCUS, lesão intraepitelial e negativo, respectivamente. Seis casos diagnosticados como lesão intraepitelial escamosa (SIL) na CS foram ASCUS na LBC; e 19 ASCUS por CS foram SIL na LBC. Onze ASCUS por CS foram diagnosticados como negativos por LBC; entretanto, CS diagnosticou 47 ASCUS em LBC como negativos.

A adequabilidade da amostra está relatada na Tabela 1. Os parâmetros foram relacionados com o resultado do teste de HC2 para se analisar os diagnósticos de HC2 nas amostras citologicamente inadequadas. Apenas os casos com limitações ou insatisfatórios foram relacionados. De 97 casos, 73 (75,2%) dos CS apresentaram algum grau de limitação de adequabilidade, enquanto em LBC apenas quatro (4,1%) foram limitados.

A Tabela 2 apresenta a relação de diagnósticos citológicos por CS e LBC, correlacionados. Apenas 13 casos foram classificados como ASCUS pelos dois métodos concomitantemente.

A Tabela 3 apresenta os diagnósticos citológicos relacionados com os resultados do teste de captura híbrida. Mais de 50% dos ASCUS diagnosticados por LBC foram HC2 positivas. Dezesesseis casos foram positivos com carga viral abaixo de 20 picogramas/mL (carga viral baixa ou intermediária) e 36 acima de 20 picogramas/mL (carga viral alta).

A Tabela 4 apresenta os achados morfológicos observados em preparados convencionais e de LBC, correlacionados com os diag-

**Tabela 1.** Relação dos casos classificados quanto à adequabilidade da amostra em comparação com os resultados do teste de HC2

Adequabilidade	CS		LBC	
	HC2 hr-HPV +	HC2 hr-HPV -	HC2 hr-HPV +	HC2 hr-HPV -
Limitada	7	64	3	1
Insatisfatória	2	-	-	-
<b>Total</b>	73	4		

Nota: a diferença refere-se a casos sem problemas de limitações técnicas.

**Tabela 2.** Classificação citológica dos preparados convencionais e de LBC

Diagnóstico	CS	LBC
ASCUS	42	68
Lesão Intra-epitelial	8	15
Negativo	47	14
<b>TOTAL</b>	97	97

**Tabela 3.** Diagnósticos citológicos relacionados com os resultados do teste de CH2

Diagnóstico citológico	CS		LBC	
	HC2 hr-HPV +	HC2 hr-HPV -	HC2 hr-HPV +	HC2 hr-HPV -
Negativo	22	25	5	9
ASCUS	23	19	36	32
Lesão Intra-epitelial	7	1	11	4
<b>Total</b>	52	45	52	45

**Tabela 4.** Achados morfológicos em preparados convencionais e de LBC, correlacionados com os diagnósticos emitidos

Critérios Morfológicos	LBC					Halo
	C+/V+	C++/V++	C++/V+	C+/V++		
Negativo	12	1	-	1	-	
ASCUS	46	15	2	5	14	
SIL	2	12	1	-	13	
<b>Convencional</b>						
	Negativo	28	1	5	11	-
ASCUS	25	14	1	2	10	
SIL	2	4	2	-	8	

C = Cromatina grosseira

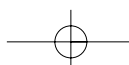
V = Aumento do volume nuclear

Halo = halo perinuclear

nósticos emitidos. Discreto aumento do volume celular e cromatina grosseira foram achados sobreponíveis em diagnósticos negativos e ASCUS em numerosos casos analisados em preparados convencionais. Essa sobreposição é menor quando o preparado é de LBC. Mais consistentes são esses parâmetros de moderado a intenso, pois estão mais freqüentemente associados às lesões intra-epiteliais. Por outro lado, os halos perinucleares são parâmetros mais relacionados

com atípicas e SIL. Em nenhum caso diagnosticado como negativo se observou halo.

Dos 97 casos selecionados com ASCUS, 17 (17,5%) tiveram biopsias com lesão. Os diagnósticos histopatológicos foram: oito NIC 1, três NIC 2 e seis NIC 3. Desses, somente três casos (dois NIC 1 e um NIC 3) não foram positivos para hr-HPV por HC2.





## DISCUSSÃO

Os diagnósticos de incertezas, que na citologia são conhecidos como atípias de células escamosas (ou glandulares) de significado indeterminado, são de difícil reprodutibilidade em razão da grande gama de variáveis possíveis de serem encontradas e muitas vezes sobreponíveis a alguns critérios usados para definir-se lesão intra-epitelial<sup>6</sup>. Obviamente, esse grau de incerteza está relacionado com alterações pouco convincentes, que em nosso estudo chamamos de + ou discreta. De qualquer forma, esse viés é um problema encontrado com frequência na rotina citológica. Justamente por esse motivo, consideramos oportuno esse estudo, que tentou objetivamente caracterizar quais eram os parâmetros mais frequentemente associados ao diagnóstico de ASCUS e, a partir dessa avaliação, analisar objetivamente eventuais estratégias de correção.

Para cumprir essa meta, selecionamos alguns critérios morfológicos mais rotineiramente usados na prática citológica. Imaginamos que um rol bem definido desses parâmetros morfológicos pudesse aumentar a consistência da reprodutibilidade diagnóstica, justamente o ponto mais vulnerável dos diagnósticos citológicos de incertezas. Abrirmos o leque de opções agregaria mais vieses, por isso optamos por parâmetros mais frequentemente utilizados. Como opção à morfologia, introduzimos o teste de HC2 para hr-HPV por sua notória contribuição à prática citológica, implementando melhor desempenho nos programas de rastreamento de lesões de colo uterino<sup>5</sup>.

Nossos resultados mostram claramente que alterações nucleares discretas que tanto comprometem a resolução diagnóstica são sobreponíveis àquelas encontradas em preparados negativos e em alguns casos com lesão. Menos comprometedoras, são as alterações mais proeminentes. Essas alterações, exceto em alguns casos, são preferencialmente encontradas em casos com lesão. Não por acaso, a citologia apresenta alta especificidade<sup>6</sup>. Entretanto, de 97 casos diagnosticados como ASCUS, apenas 13 foram classificados como atípias indeterminadas por CS e LBC, concomitantemente. Esse dado reflete de forma muito expressiva a variabilidade diagnóstica dessa categoria.

Por outro lado, encontramos expressiva associação do teste de HC2 positivo aos ASCUS diagnosticados, tanto por LBC quanto por CS, mostrando que a HC2 pode ser de fato muito útil em condições de rotina, conduzindo para colposcopia casos que tenham uma real chance de apresentar lesão ao exame histológico. Um dos graves problemas dos ASCUS relaciona-se exatamente com a conduta das pacientes. A conduta clínica pode ser expectante ou não. Alguns indicam colposcopia imediata, outros sugerem repetição da citologia após seis meses. Na prática, um número elevado de ASCUS significaria uma grande quantidade de procedimentos colposcópicos desnecessários, sobrecarregando e onerando os sistemas de Saúde, e criando ansiedade às mulheres. Com a associação da HC2 para hr-HPV, apenas as mulheres com o teste positivo seriam encaminhadas à colposcopia<sup>9</sup>.

Trinta e seis casos foram positivos para hr-HPV com carga viral alta (acima de 20 picogramas/mL) o que recomendaria um seguimento mais cauteloso a essas pacientes.

Observamos ainda que as limitações técnicas encontradas em CS não são usualmente encontradas em LBC. Nenhum dos preparados em LBC foram insatisfatórios para a análise, e apenas quatro casos foram limitados por serem purulentos. Em contrapartida, 75,2% dos casos convencionais tinham adequabilidade comprometida por algum grau de limitação técnica.

## CONCLUSÃO

Concluimos que a reprodutibilidade do diagnóstico de ASCUS é um problema de difícil solução com recursos morfológicos, mas que a utilização de testes biomoleculares pode otimizar o desempenho da citologia para essa categoria diagnóstica, uma vez que mais de 50% (59) dos ASCUS em LBC de nossa casuística foram positivos para HC2 hr-HPV. É importante salientar que 17 casos, comprovados por biopsias, apresentaram lesão intra-epitelial, sendo que nove deles eram lesões de alto grau.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Waggoner SE. Cervical cancer. *Lancet* 2003; 361: 2217-25.
2. Monsonego J, Bosch FX, Coursaget P, Cox JT, Franco E, Frazer I, et al. Cervical cancer control, priorities and new directions. *Int J Cancer* 2004; 108: 329-33.
3. Lörincz A & Anthony, J. Advances in HPV detection by Hybrid Capture<sup>®</sup>. *Papillomavirus Report* 2001; 12: 145-153.
4. Nonogaki S, Alda Wakamatsu A, Longatto Filho A et al. Hybrid Capture II and Polymerase Chain Reaction for Identifying HPV Infections in Samples Collected in a New Collection Medium: A Comparison. *Acta Cytol* 2004; 48: 514-520.
5. Witt A, Hudelist G, Gregor H, Kucera E, Walchetseder C, Czerwenka K. The detection of HPV DNA improves the recognition of cervical intraepithelial lesions. *Arch Gynecol Obstet* 2003; 268: 29-34.
6. Arbyn M, Buntinx F, van Ranst M, Paraskeva E, Martin-Hirsch P, Dillner J. Virologic versus cytologic triage of women with equivocal Pap smears: a meta-analysis of the accuracy to detect high-grade intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 280-93.
7. FDA news. FDA approves expanded use of HPV Test. March 31, 2003. [www.fda.gov/bbs/topics/news/2003/new00890.html](http://www.fda.gov/bbs/topics/news/2003/new00890.html)
8. Cox JT; American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. The clinician's view: role of human papillomavirus testing in the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology Guidelines for the management of abnormal cervical cytology and cervical cancer precursors. *Arch Pathol Lab Med* 2003; 127:950-958.
9. Sherlaw-Johnson C, Philips Z. An evaluation of liquid-based cytology and human papillomavirus testing within the UK cervical cancer-screening programme. *Br J Cancer* 2004; 5;91:84-91.
10. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002; 287: 2114-9.
11. Howard M, Sellors J, Kaczorowski J, Lorincz A. Optimal cutoff of the hybrid capture II human papillomavirus test for self-collected vaginal, vulvar, and urine specimens in a colposcopy referral population. *J Lower Genit Tract Dis* 2004; 8: 33-7.
12. Tavassoli FA, Deville P. Tumours of the breast and female genital organs. World Health Organization Classification of Tumours 2003; IARC Press, WHO, Lyon.

### Endereço para correspondência:

**SÔNIA MARIA MIRANDA PEREIRA**

Instituto Adolfo Lutz

Divisão de Patologia

Av. Dr. Arnaldo, 355, Cerqueira César

01246-902, São Paulo, SP, Brasil.

Tel: 55 11 3068-2875 - Fax: 55 11 3068-2871.

E-mail: [spereira@ial.sp.gov.br](mailto:spereira@ial.sp.gov.br)

Recebido em: 17/08/05

Aprovado em: 12/10/05

# DETERMINAÇÃO DA INFECÇÃO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO POR CAPTURA HÍBRIDA II: CORRELAÇÃO COM ACHADOS MORFOLÓGICOS

## HPV INFECTION DETECTED BY HYBRID CAPTURE II: CORRELATION WITH MORPHOLOGICAL FINDINGS

Gerson B Dôres<sup>1</sup>, Eliane K Taromaru<sup>1</sup>, Cristiane G Bonomi, Adhemar Longatto Filho<sup>2, 3</sup>, Nilcisa P Gilli<sup>4</sup>, Shiguo Matsubara<sup>4</sup>, José Focchi<sup>4</sup>

### RESUMO

**Introdução:** o HPV é causa essencial, mas não suficiente, para o desenvolvimento de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas do colo uterino. Sua identificação é fundamental para a avaliação de risco, sendo que o método de Captura Híbrida<sup>®</sup> apresenta reconhecida eficácia para esse fim. Por sua vez, os métodos morfológicos, colposcopia, citologia e histopatologia, demonstram as alterações celulares e tissulares sugestivas da ação desse vírus. **Objetivo:** comparar o desempenho dos métodos morfológicos, colposcopia, citologia e histopatologia, sugestivos de infecção pelo HPV, com o teste da Captura Híbrida<sup>®</sup> II (CHII). **Métodos:** analisaram-se 2.871 amostras cervicovaginais consecutivas de pacientes com suspeita de infecção pelo HPV em pelo menos um dos métodos morfológicos de diagnóstico. A coleta da amostra para o estudo biomolecular foi feita conforme as recomendações do fabricante, utilizando-se a escova cervical e o STM (*specimen collection medium*) como meio de preservação, tanto para o DNA quanto para o RNA. A CHII foi realizada utilizando-se sondas complementares de RNA para *pool* de vírus considerados de baixo risco (6, 11, 42, 43 e 44) e para aqueles de alto risco oncogênico (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68). A sensibilidade, a especificidade, a acurácia e os valores preditivos negativos e positivos dos métodos morfológicos foram determinados considerando-se o método biomolecular como padrão-ouro. **Resultados:** em 1.761 casos com diagnóstico colposcópico sugestivo de infecção pelo HPV, não se identificou a presença de DNA viral. A especificidade da colposcopia foi de 14,5%, a sensibilidade de 88,9%, a acurácia de 35,5% e os valores preditivos negativo (VPN) e positivo (VPP) de 76,9% e 29,1%, respectivamente. A citologia sugeriu corretamente HPV em 503 casos com especificidade de 56%, sensibilidade de 62%, acurácia de 57,7%, VPN de 78,9% e VPP de 35,7%. O estudo histopatológico apresentou 709 casos com suspeita de alteração HPV-induzida confirmados pela determinação biomolecular, mostrando na análise estatística especificidade de 15,1%, sensibilidade de 87,4%, acurácia de 35,6%, VPN de 75,4% e VPP de 28,9%. Juntos, os métodos morfológicos apresentaram sensibilidade de 94,1%, especificidade de 10,3% e acurácia de 34%. **Conclusão:** entre os exames morfológicos, a citologia, apesar de baixa, mostrou o melhor desempenho. A sensibilidade aumenta com a associação dos métodos morfológicos, mas, com isso, a especificidade fica reduzida e observa-se grande o número de resultados falso-positivos. Por isso, a suspeita morfológica de infecção pelo HPV deve ser confirmada por método biomolecular.

**Palavras-chave:** HPV, captura híbrida II, achados morfológicos

### ABSTRACT

**Introduction:** HPV is a necessary but not sufficient cause for cervical cancer. Its crucial identifies HPV infection to establish the risk of cervical lesion. The Hybrid Capture (HCII) is recognized as method of choice to be used in routine conditions. Morphological methods (colposcopy, cytology and histopathology), are very specific to demonstrate HPV-induced lesions. **Objective:** to compare the performance of morphological methods to suggest HPV with HC II. **Methods:** 2871 consecutive samples, previously HPV infection suggested by colposcopy and/or cytology and/or histopathology, were submitted for HCII assay with high risk HPV probes (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68). Sensitivity, specificity, accuracy and negative (NPV) and positive (PPV) predictive values were calculated taking in account the HCII results as gold standard. **Results:** we did not identified HPV infection with HCII in 1.761 cases with colposcopic diagnosis suggestive of HPV infection, The colposcopy specificity was 14.5%, the sensitivity 88.9%, the accuracy 35.5% and the Negative (NPV) and Positive (PPV) predictive values were 76.9% and 29.1%, respectively. Cytology correctly suggested HPV in 503 cases with specificity of 56%, sensitivity of 62.0%, accuracy of 57.7% and NPV and PPV of 78.9% and 35.7%, respectively. Histopathological diagnosis showed 709 cases suggestive of HPV-induced lesion confirmed by HCII, resulting in specificity of 15.1%, sensitivity of 87.4%, accuracy of 35.6% and NPV and PPV of 75.4% and 28.9%, respectively. Together, morphological methods showed a sensitivity of 94.1%, specificity of 10.3%, and accuracy of 34.0%. **Conclusion:** among the morphological methods, despite its poor performance, cytology showed the best parameters to identify HPV infection. The sensitivity, but not the specificity, was improved with the morphological methods association. By that reason, biomolecular methods are required to confirm suspected morphological HPV infection.

**Keywords:** HPV, hybrid capture II, morphological findings

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4):255-258, 2005

## INTRODUÇÃO

A história natural da infecção pelo papilomavírus humano (HPV) confunde-se com a progressão das neoplasias intra-epiteliais do colo uterino. A literatura mostra que os índices de regressão, persistência e progressão são praticamente idênticos, mostrando, claramente, a

<sup>1</sup> Digene Brasil, São Paulo, SP

<sup>2</sup> Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, SP

<sup>3</sup> Universidade do Minho – Escola de Ciências da Saúde, Braga, Portugal

<sup>4</sup> Lego – Laboratório Especializado em Ginecologia, São Paulo, SP

identidade comum de tais fenômenos. Pode-se dizer com segurança que há dados epidemiológicos suficientes e consistentes para afirmar que o HPV é a causa da maioria das lesões cervicais intra-epiteliais<sup>1,2</sup>. De tal sorte que o correto estudo dessas alterações têm importante significado, não apenas diagnóstico mas, também, prognóstico.

Em nosso meio, a avaliação inicial ou o rastreamento de tais lesões são feitos pelo teste de Papanicolaou que, apesar das limitações com relação à sensibilidade, tem sido, até o momento, o método de eleição para grandes populações<sup>3</sup>. A colposcopia e o estudo histopatológico de biopsias dirigidas é a conduta preconizada para a confirmação diagnóstica, podendo-se, ainda, utilizar o teste de Captura Híbrida® II (CHII) quando se encontram alterações citológicas de significado indeterminado (ASCUS).<sup>4</sup>

Os métodos morfológicos apresentam vantagens e limitações que devem ser consideradas quando se avaliam seus resultados. A citologia tem apresentado, em diversos estudos, importantes índices de especificidade, embora, nem sempre, seja possível a correlação precisa com a histopatologia.<sup>5</sup> Os métodos morfológicos, além de subjetivos e diretamente dependentes da experiência do examinador, apresentam, como desvantagem, o fato de poderem sugerir a infecção apenas quando a lesão já está estabelecida. Por isso, é oportuna a possibilidade de estabelecer a real capacidade de os métodos morfológicos identificarem a infecção pelo HPV e o impacto desse desempenho para a mulher, no dia-a-dia dos consultórios e no rastreamento populacional.

## OBJETIVO

Comparar os achados sugestivos de infecção pelo HPV pelos métodos morfológicos, colposcopia, citologia e histopatologia, com os respectivos resultados biomoleculares obtidos pelo teste de CHII.

## MÉTODOS

Analisaram-se 2.871 amostras cervicovaginais, consecutivas, de casos enviados a laboratório privado na cidade de São Paulo (LEGO – Laboratório Especializado em Ginecologia e Obstetrícia), para a pesquisa de DNA-HPV, provenientes de diferentes cidades e estados da federação, cujas pacientes apresentavam suspeita de infecção pelo HPV em pelo menos um dos exames morfológicos.

As amostras foram encaminhadas acompanhadas de ficha contendo número de registro e iniciais da paciente e o resultado dos exames morfológicos, que obrigatoriamente foram realizados no laboratório de origem, na forma de positivo ou negativo para HPV, não se considerando os diferentes graus de gravidade dos exames em estudo.

Os espécimes analisados foram coletados e transportados segundo as recomendações do fabricante, em tubo próprio e padrão, contendo um mililitro de STM (*specimen collection medium*, Digene Corp, Gaithersburg, MD, USA) como solução conservante, acondicionados à temperatura ambiente e o processamento biomolecular ocorreu em até 15 dias após a data da coleta.

Utilizou-se o teste de CHII para a determinação do DNA-HPV, com sondas complementares de RNA para *pool* de vírus considerados como de baixo risco (6, 11, 42, 43 e 44) e para aqueles de alto risco oncogênico (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68). Para esse tipo de determinação, cada caixa do *kit* diagnóstico permitiu 42 determinações, pois são usados nove controles, três negativos,

três positivos para o grupo viral de baixo risco e três positivos para os de alto risco. A sensibilidade do ensaio, considerando-se a amostra positiva quando a relação entre a média dos controles positivos e o espécime fosse maior ou igual à unidade, foi de 1 pg/ml, equivalente a 0,1 cópia de vírus por célula. O resultado foi reportado como negativo e positivo, não se considerando os diferentes graus de positividade na dependência da carga viral.

Determinou-se a sensibilidade, a especificidade, a acurácia, o valor preditivo negativo e o valor preditivo positivo de cada um dos métodos morfológicos isoladamente considerando-se o teste biomolecular como padrão ouro. Da mesma forma, para a análise dos parâmetros acima no conjunto dos métodos morfológicos, tripé diagnóstico, considerou o caso positivo quando pelo menos um dos testes tinha resultado positivo para a infecção em estudo.

Os resultados foram plotados em tabelas de correlação 2 x 2 e os parâmetros avaliados obedeceram as seguintes fórmulas<sup>6</sup>:

- 1- Sensibilidade = Verdadeiro Positivo (VP)/(VP + Falso Negativo (FN)) × 100%
- 2- Especificidade = Verdadeiro Negativo (VN)/(VN + Falso Positivo (FP)) × 100%
- 3- Acurácia = (VP + VN)/(VP + VN + FN + FP) × 100%
- 4- Valor Preditivo Negativo = VN/(VN+FN) × 100%
- 5- Valor Preditivo Positivo = VP/(VP+FP) × 100%

Realizou-se o teste de Fisher para o cálculo de provável significância entre os testes e as variáveis, admitindo-se erro alfa igual ou menor que 5%.

## RESULTADOS

O exame colposcópico referiu 2.482 casos com alterações sugestivas de infecção por HPV; todavia, somente em 721 deles se encontrou positividade para DNA-HPV, observando-se, dessa forma, falso-positivo em 1.761 mulheres. Por outro lado, 389 pacientes foram classificadas como negativas neste exame, mas em 90 se observou a presença de DNA do vírus. A **Tabela 1** apresenta detalhadamente a relação entre a colposcopia e a CHII.

Com relação à citologia, a infecção por HPV foi corretamente sugerida em 503 casos, e não observada em 1.153. Entretanto, em 907 casos em que se observou algum grau de alteração citológica compatível com HPV, a biologia molecular não detectou a presença viral. Em contrapartida, 308 casos diagnosticados como normal à citologia apresentavam DNA do vírus. A **Tabela 2** mostra a relação entre os dois testes e os valores das variáveis em estudo.

O estudo histopatológico dos fragmentos oriundos de biopsia dirigida apresentou 709 casos com alterações sugestivas para HPV confirmados pela CHII, deixando de reconhecer 102 positivos para DNA viral; além disso, em 1.748 casos com alguma alteração tissular morfológica, o teste de CHII foi negativo. Sob as condições propostas, a especificidade deste exame foi de 15,1% e a sensibilidade de 87,4%. A **Tabela 3** apresenta detalhadamente a relação entre os dois exames.

A **Tabela 4** apresenta a relação entre o teste de CHII e os resultados dos exames morfológicos analisados conjuntamente. Nesse cenário, há aumento da sensibilidade, que alcança índice de 94,1%, porém a especificidade decresce para 10,3%.

A **Tabela 5** mostra a análise estatística das variáveis observadas entre os testes. Como pode ser observado, entre os exames morfológicos, apesar de percentagens baixas, a citologia apresenta melhor especificidade, acurácia e valor preditivo positivo. Por sua vez, a melhor sensibilidade foi observada quando se considerou positiva a mu-

**Tabela 1** - Relação entre o teste de Captura Híbrida® II e os achados coloscópicos de suspeita de infecção por HPV.

Captura Híbrida			
Colposcopia	+	-	Total
+	721	1.761	2.482
-	90	299	389
Total	811	2.060	2.871
Especificidade = 14,5%	Sensibilidade = 88,9%	Acurácia = 35,5%	VPP = 29,1%
VPN = 76,9%			

**Tabela 2** - Relação entre o teste de Captura Híbrida® II e o resultado citológico de suspeita de infecção por HPV.

Captura Híbrida			
Citologia	+	-	Total
+	503	907	1.410
-	308	1.153	1.461
Total	811	2.060	2.871
Especificidade = 56,0%	Sensibilidade = 62,0%	Acurácia = 57,7%	VPP = 35,7%
VPN = 78,9%			

**Tabela 3** - Relação entre o teste de Captura Híbrida® II e o resultado histopatológico de suspeita de infecção por HPV.

Captura Híbrida			
Histopatologia	+	-	Total
+	709	1.748	2.457
-	102	312	414
Total	811	2.060	2.871
Especificidade = 15,1%	Sensibilidade = 87,4%	Acurácia = 35,6%	VPP = 28,9%
VPN = 75,4%			

**Tabela 4** - Relação entre o teste de Captura Híbrida® II e o resultado morfológico de suspeita de infecção por HPV.

Captura Híbrida			
Morfologia	+	-	Total
+	763	1.847	2.610
-	48	214	261
Total	811	2.060	2.871
Especificidade = 10,3%	Sensibilidade = 94,1%	Acurácia = 34,0%	VPP = 29,3%
VPN =	81,6%		

**Tabela 5** - Análise dos exames morfológicos com relação às variáveis em estudo.

Tipo de Exame Morfológico					
Variável	Colposcopia	Citologia	Histologia	Todos	p
Especificidade	14,5	56,0	15,1	10,3	p < 0,000001
Sensibilidade	88,9	62,0	87,4	94,1	p < 0,0001
Acurácia	35,5	57,7	35,6	34,0	p < 0,000001
VPP	29,1	35,7	28,9	29,3	p < 0,00002
VPN	76,9	78,9	75,4	81,6	NS

lher que tivesse qualquer exame sugestivo da infecção. Todavia, esta forma de avaliação produz a pior especificidade (10,3%). Finalmente, o valor predito de negatividade não apresenta qualquer diferença entre os exames pesquisados.

## DISCUSSÃO

O presente estudo revelou alguns pontos previamente descritos na literatura e que corroboram, em parte, a premissa de que os testes morfológicos não apresentam acurácia suficiente para a suspeita de infecção pelo HPV. Isso ocorre porque o diagnóstico somente pode ser feito a partir de uma lesão estabelecida. À custa disso, lesões incipientes ou ainda não existentes não são identificadas, trazendo, como conseqüência, baixo desempenho dos parâmetros de sensibilidade. Por outro lado, uma vez que há fortes e bem documentadas evidências epidemiológicas de que alguns tipos de HPV são oncogênicos em humanos<sup>7</sup>, é importante otimizar a sensibilidade dos métodos morfológicos para que se possa realizar a conduta apropriada nas pacientes com lesões neoplásicas e pré-neoplásicas do colo uterino.

De sua parte, os testes biomoleculares, como a captura híbrida, apresentam alta correlação com a presença de lesões de alto grau e câncer<sup>8</sup>.

Embora a citologia ainda seja preconizada para o escrutínio de grandes populações, a associação com a captura híbrida, sobretudo em alterações de significado indeterminado, têm apresentado crescentes evidências de seu valor prognóstico<sup>4</sup>. Esta associação, para o rastreamento de mulheres com 30 anos ou mais, já foi aprovada pelo FDA no ano de 2003.

Tomando-se o método biomolecular como padrão ouro para a determinação da infecção pelo HPV, os índices gerais de especificidade dos métodos morfológicos foram muito baixos, com um melhor rendimento para a citologia (56%); a sensibilidade, contudo foi a mais baixa (62%). Em geral, a especificidade e a sensibilidade apresentam índices antagonísticos. Quanto mais sensível um método, menos específico e vice-versa<sup>6</sup>.

Embora a colposcopia apresente a grande vantagem de ser um método de imediata informação sobre uma eventual lesão no colo uterino, apresenta baixos índices de especificidade. Neste estudo, encontrou-se especificidade de 14,5% e sensibilidade de 88,9%. Já com relação ao anatomopatológico, o que se tem observado na literatura é a mesma tendência. Mitchell *et al.*<sup>9</sup> observaram, em estudo de metanálise, que a colposcopia apresenta sensibilidade de 96% e especificidade de 48% para distinguir entre tecidos normais aqueles com lesão. Esse desempenho é questionável se for considerado que a seleção da área para representação histológica pode não ser a mais representativa.

A idade das pacientes também é fator que parece influenciar na eficácia do exame colposcópico<sup>10</sup>. Analogamente, o desempenho da histopatologia também dependerá da amostra tomada na colposcopia, embora o risco de se perder um caso de neoplasia intra-epitelial não observado na colposcopia e identificado em histopatologia seja muito baixo<sup>11</sup>.

O melhor desempenho global foi obtido pelo exame citopatológico. Ele mostrou melhor especificidade, acurácia e valor preditivo positivo. A citologia pode ter seus resultados otimizados quando colhida em meio de fixação, que preserve os ácidos nucléicos, as proteínas e a arquitetura celular, e preparada com a técnica de base líquida. Com essa técnica, ocorre significativa melhora na qualidade dos preparados e têm-se demonstrado excelentes índices de desempenho diagnóstico<sup>12</sup>.

Apesar dos índices observados com o método de Papanicolaou, a melhor sensibilidade ocorreu quando da associação dos três métodos morfológicos. Juntos, apresentaram sensibilidade de 94,1%, não obstante a especificidade ter permanecido em níveis não aceitáveis, de apenas 10,3%.

Esses dados revelam que o uso desses métodos para o diagnóstico do HPV produz expressivo número de resultados falso-positivos. Com isso, mulheres são rotuladas como portadoras, quando na verdade não o são. Esse fato, além de todos os comemorativos psicossociais

sobejamente conhecidos, poderá acarretar grande número de tratamentos desnecessários.

Por isso, os testes biomoleculares revestem-se de especial importância nos dias atuais. Seja para confirmar ou não o resultado de exame morfológico prévio; como poderoso teste adjuvante à citologia<sup>13</sup>; pelo método alternativo ao escrutínio primário, com posterior avaliação citológica dos casos positivos para HPV de alto risco, em uma estratégia de otimização de recursos e melhora diagnóstica<sup>14</sup>; e, finalmente, para o monitoramento pós-terapêutico.

É importante salientar que se deve entender o exame biomolecular para a determinação do DNA-HPV como ferramenta que avalia o real risco de a mulher desenvolver ou não as lesões precursoras e o câncer invasor do colo uterino. Cabe ao ginecologista, para orientar corretamente as pacientes e para tomar a melhor conduta terapêutica, conhecer pormenorizadamente as nuances dos resultados, principalmente no que concerne às faixas etárias e à carga viral.

## CONCLUSÃO

Entre os exames morfológicos, a citologia, apesar de baixa, mostrou o melhor desempenho. A sensibilidade aumenta com a associação dos métodos morfológicos, mas, com isso, a especificidade fica reduzida e observa-se grande o número de resultados falso-positivos. Por isso, a suspeita morfológica de infecção pelo HPV deve ser confirmada por método biomolecular.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Östör AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia – a critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993; 12: 186-192.
- Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, Glass AG, Cadell DM, Rush BB et al. Epidemiologic evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 958-964.
- Stoler MH. New Bethesda Terminology and evidence-based management guidelines for cervical cytology findings. *JAMA* 2002; 287: 2140-2141.
- Wright TC, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ. 2001 Consensus guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA* 2002; 287: 2120-2129.
- Stoler MH, Schiffman M. Interobserver reproducibility of cervical cytologic and histologic interpretations. *JAMA* 2001; 285: 1500-1505.
- Galen RS, Gambino SR. Beyond normality: the predictive value and efficiency of medical diagnosis. New York: John Wiley; 1975.
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Vol 64, Human Papillomaviruses. Lyon: IARC Monographs; 1995.
- Roteli-Martins CM. Fatores associados à neoplasia intra-epitelial cervical graus 2 e 3 em mulheres com alterações em colpocitologia e colposcopia sugestivas de infecção por papillomavirus humano. Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre; 1996.
- Mitchell MF, Schottenfeld D, Tortorelo-Luna G, Cantor SB, Richards-Kortum R. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a metaanalysis. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 626-631.
- Sherman ME, Schiffman M, Cox JT, Group TA. Effects of age and human papillomavirus viral load on colposcopy triage. *J Natl Inst* 2002; 94: 102-107.
- Spitzer M, Chernys AE, Shifrin A, Ryski M. Indications for cone biopsy: pathologic correlation. *J Obstet Gynecol* 1998; 178:74-79.
- Ferenczy A, Franco E. Cervical-cancer screening beyond the 2000. *Lancet Oncology* 2001; 2: 27-32.
- Lörincz AT, Richart RM. Human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cytology in cervical screening programs. *Arch Pathol Lab Méd* 2003; 127: 959-968.
- Clavel C, Cucherousset J, Lorenzato M, Caudroy S, Nou JM, Nazeyrollas P. et al. Negative human papillomavirus testing in normal smears selects a population at low risk for developing high-grade cervical lesions. *Br J Cancer* 2004; 90:1803-8.

**Endereço para correspondência:**  
**GERSON BOTACINI DAS DORES**  
 Rua Dr. Bacelar, 333, São Paulo, SP.  
 CEP: 04026-001.

Recebido em: 03/09/05

Aprovado em: 17/11/05

# APLICACIÓN DEL MÉTODO CHANG EN LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE INDIVIDUOS VIH/SIDA

*NUTRITIONAL EVALUATION OF HIV-INFECTED PATIENTS BY CHANG'S METHOD*

Maritza E Linares Guerra<sup>1</sup>, Juan F Bencomo<sup>2</sup>, Sérgio Santana S<sup>3</sup>, Jesus Barreto<sup>3</sup>, Manuel L Ruiz<sup>3</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** el estado nutricional representa un elemento crítico en la sobrevivencia de los sujetos infectados por el VIH. En la evaluación nutricional del individuo suelen usarse frecuentemente multitud de variables tanto antropométricas como bioquímicas o inmunológicas que dificultándose a veces la clasificación de los pacientes según el tipo y grado de desnutrición. La evaluación nutricional propuesta por Chang representa un método simple, barato, confiable, específico y de fácil reproducibilidad que permite no solo detectar la presencia de desnutrición en los pacientes sino también clasificarlos de acuerdo al de desnutrición. **Objetivo:** con el objetivo de este estudio fue evaluar nutricionalmente a un grupo de 45 individuos de ambos sexos infectados con el VIH, pertenecientes a diferentes grupos clínicos de la infección y bajo el régimen de atención ambulatoria y sanatorial en la provincia de Pinar del Río, según los procedimientos de la evaluación nutricional de Chang. **Métodos:** se determinaron en ellos, indicadores antropométricos, bioquímicos e inmunológicos de acuerdo a lo propuesto por el protocolo de evaluación nutricional de Chang para detectar la presencia o no de desnutrición así como el tipo y grado de la misma. Se compararon las proporciones de individuos con diferentes tipos y grados de desnutrición a través del test de comparación de proporciones. **Resultados:** se encontró en los individuos de la fase asintomática una baja proporción de desnutridos, todos en grado leve, pero con una representación de todos los tipos de Desnutrición Proteico- Energética. En los pacientes del estadio IV fue mayor la proporción de los individuos desnutridos con predominio del Marasmo grave solo en la fase más avanzada de la enfermedad. Se recomienda la aplicación del método de Chang en la evaluación nutricional de los pacientes infectados por el VIH, así como la aplicación precoz de una terapia médica nutricional, individualizada y priorizada como parte integral de los cuidados a estos pacientes a fin de evitar en ellos estados de malnutrición por defecto. **Conclusión:** primero, Aunque en baja proporción y en grado leve se detectó DPR en los pacientes de la fase asintomática. Segundo, En estos estadios clínicos más avanzados de la enfermedad, aumentó la proporción de individuos desnutridos y se intensificó el grado de desnutrición, predominando sus formas mixtas o combinadas.

**Palabras claves:** Aids/Sida, HIV/Sida, antropometría, evaluación nutricional

## ABSTRACT

**Introduction:** the nutritional state represents a critical element for the survival of HIV-infected patients. Multiple variables, both anthropometric and biochemical or immunological, are often used in the nutritional evolution of a person, which, at times, makes it difficult to classify the patients according to their type or level of malnutrition. The nutritional evaluation proposed by Chang represents a simple, cheap, reliable, specific, easy-to-reproduce method, which not only enables the existence of malnutrition to be determined in a patient, but also to classify them, according to their malnutrition. **Objective:** to nutritionally evaluate groups of 45 HIV-infected people of both sexes belonging to different clinical groups of the infection, who have sought clinical and hospital services in the city of Pinar del Río, in accordance with the Chang nutritional evaluation method. **Methods:** anthropometric, biochemical and immunological indicators were determined in accordance with those proposed in the Chang nutritional evaluation proposal, to determine if malnutrition was present or not and its level. Both the proportions of persons with different types and different levels of malnutrition were compared. **Results:** for patients at the asymptomatic stage, there was a low proportion of malnutrition, all with a very low level, however all types of protein-energy malnutrition were represented. For people in stage IV, the malnutrition proportion was higher, with a predominance of high-level malnutrition. Only in the more advanced stages of the disease is it recommended to apply the Chang nutritional evaluation method to HIV patients, along with the premature application of personalized, priority nutritional therapy as an integral part of the care of these patients, with the aim of preventing states of malnutrition. **Conclusion:** protein-Energy Malnutrition (PEM) was found in patients at the asymptomatic stage, albeit in low proportions and the early stages. The proportion of undernourished people and the level of malnutrition increased in the more clinically advanced stages of the disease, with mixed or combined forms predominant.

**Keywords:** Aids, anthropometric, nutritional evaluation

ISSN: 0103-0465

*DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4): 259-264, 2005*

## INTRODUCCIÓN

En la evaluación nutricional del individuo suelen usarse frecuentemente multitud de variables tanto antropométricas como bioquímicas o inmunológicas que dificultan bastante la reducción e interpreta-

ción de la información para llegar a clasificar a los pacientes según el tipo y grado de desnutrición.

El protocolo de evaluación nutricional propuesto por Chang representa un método simple, barato, confiable, específico y de fácil reproducibilidad que permite no solo detectar la presencia de desnutrición en los pacientes sino también clasificarlos de acuerdo al tipo ( Marasmo, Kwshiorakor, Mixta) y grado (leve, moderada o grave) de desnutrición<sup>1</sup>.

Ese protocolo ha sido utilizado por la unidad de Medicina Intensiva del Hospital General de Madrid<sup>2</sup>, y se utiliza actualmente por el grupo de apoyo nutricional del hospital clínico quirúrgico " Hermanos Ameijeiras"<sup>3</sup>, quedando demostrada su utilidad y confiabilidad.

<sup>1</sup>Profesora Asistente de Bioquímica de la FCM de Pinar del Río, Cuba. Máster en Bioquímica,

<sup>2</sup>Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar de Inmunología ISCM Ciudad de la Habana. Cuba. Asesor Científico del Grupo de Proyectos Especiales de la Secretaría Estadual de Salud.

<sup>3</sup>Especialistas en infectología, Hospital General Hermanos Ameijeiras. Ciudad de la Habana, Cuba.

Teniendo en cuenta que la DPE ( Desnutrición Proteico-Energética) tiene una alta frecuencia en los individuos infectados por el VIH y que la misma debe ser prevenida, detectada, monitoreada y tratada desde los estadios tempranos de la infección a fin de mejorar la sobrevivencia y la calidad de vida de estos pacientes , en el presente trabajo se utilizó el método de Chang para evaluar nutricionalmente individuos infectados por el VIH de diferentes grupos clínicos, a fin de valorar el efecto que tiene la utilización de este método en los pacientes afectados por esta entidad, pudiendo así mismo analizar las ventajas que proporciona.

## MÉTODOS

**Universo y muestra:** De un universo de 53 infectados por el VIH en enero de 1999 en la provincia de Pinar del Río, se estudiaron 45 individuos tanto de la atención ambulatoria como sanatorial, con una edad promedio de 27.5 años. Su distribución de acuerdo al régimen de atención, sexo y grupo clínico aparecen en el **cuadro 1**. La clasificación se realizó de acuerdo a los criterios del Centro de Control de las Enfermedades de los EE.UU del año 1987<sup>4</sup>.

La clasificación de los pacientes en los diferentes grupos clínicos se realizó de acuerdo a los Criterios del Centro de Control de las Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) del año 1987<sup>4</sup>.

**Cuadro 1** - Caracterización de la muestra estudiada

Grupo Clínico	Sexo		Régimen	
	M	F	Ambulatorio	Sanatorial
<b>II-III</b>	14	9	8	15
<b>IVC2</b>	4	10	7	7
<b>IVC1</b>	5	3	3	5
<b>Total</b>	23	22	18	27

Grupo B: Pacientes VIH positivos, asintomáticos clasificados en los grupos clínicos II y III (CDC - Atlanta 1987)

Grupo C: Pacientes clasificados en el grupo clínico IVC2 (CDC - Atlanta 1987)

Grupo D: Pacientes clasificados en el grupo clínico IVC1 (CDC - Atlanta)

## Obtención de muestras

A todos los individuos estudiados se les realizó la extracción de 10 ml de sangre, tomando todas las medidas de precaución recomendadas para el trabajo con pacientes seropositivos al VIH<sup>5</sup>. Parte de la sangre obtenida fue EDTA- anticoagulada la cual se utilizó en la determinación del conteo global y diferencial de leucocitos.

Posterior a la coagulación espontánea de la sangre sin anticoagulante, se procedió a acelerar la separación del suero, centrifugando la sangre a 822 g en una centrífuga SELECTA. El suero se utilizó en la determinación de albúmina.

DST - J bras Doenças Sex Transm 17(4): 259-264, 2005

## Método de Chang en la evaluación nutricional de los pacientes infectados por el VIH

Debido a la multitud de variables de interés nutricional estudiadas, se dificulta bastante la reducción e interpretación de la información para llegar a clasificar a los pacientes según el tipo y grado de desnutrición, es por ello que se utilizó el protocolo de evaluación nutricional propuesto por Chang el cual utiliza solo 5 variables ( tres antropométricas, una bioquímica, una hematológica y una inmunológica) y permite a través de un método simple, barato, confiable, específico y de fácil reproducibilidad llegar no solo a detectar la presencia de desnutrición en los pacientes, sino también a clasificarlos de acuerdo al tipo (Marasmo, Kwashiorkor y combinada o mixta) y grado (leve, moderada o grave) de desnutrición.<sup>1</sup>

Este protocolo de evaluación nutricional cuenta con un sistema de puntaje a través de la siguiente metodología:

a. Se definen las variables de interés nutricional:

**Circunferencia media del brazo:** Esta medición se realizó en el brazo izquierdo del individuo, colocado en posición de atención antropométrica, utilizando una cinta métrica con el cero en la escala frente al medidor y sobre el punto mesobraquial previamente marcado.<sup>7</sup>

**Pliegue Tricipital:** La medición se realizó con un calibrador de grasa Holtain Crymych UK, de 0.2 mm de precisión y un rango de 0- 4 mm. Se realizaron tres lecturas en cada individuo y se tomó el valor promedio de las mismas. Los resultados se expresaron en mm.

### Conteo Global y Diferencial de Leucocitos

Los leucocitos fueron contados en cámara de Neubauer, después de tratar la sangre total con ácido acético al 2% para provocar la destrucción de los eritrocitos.<sup>8</sup>

El conteo diferencial de leucocitos se realizó según la técnica de portaobjetos en cuña.<sup>8</sup>

El global de linfocitos fue calculado multiplicando el conteo global de leucocitos por el diferencial de linfocitos y expresado en células/ mm<sup>3</sup>.

### Variables antropométricas utilizadas por Chang

#### • Porcentaje de pérdida del peso ideal<sup>3</sup>

Porcentaje de pérdida =  $\frac{\text{Peso Actual} - \text{Peso Ideal}}{\text{Peso Ideal}} \times 100$   
del peso ideal (%)

#### • Circunferencia Muscular del Brazo<sup>6</sup>

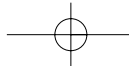
Circunferencia Muscular del Brazo =  $\frac{\text{Circunferencia}}{\text{del brazo (CB)}} \times 0.1$  (PT)

Donde: PT= Pliegue Tricipital en mm.

0.1 (PT) = Pliegue tricipital en cm

## Determinación de albúmina

Las determinaciones de albúmina se llevaron a cabo en un analizador automatizado modelo HITACHI de Boehringer Mannheim (Alemania), siguiendo las instrucciones suministradas por el fabricante en las hojas de aplicación de los kits de reactivos, el cual responde al test de Bromocresol. Los resultados se expresan en g/L.

**Cuadro 2** - Variables de interés nutricional propuestas por Chang.

Categoría de la variable	Variable	Tipo de desnutrición que permite diagnosticar
Antropométricas	♦ Porcentaje del peso ideal ♦ Pliegue cutáneo tricipital ♦ Circunferencia muscular del brazo	Marasmo
Bioquímicas Inmunológica	Albúmina Conteo global de linfocitos	Kwashiorkor Kwashiorkor

a- Cada variable recibe un puntaje entre 1 y 4 según el grado de afectación:

**Cuadro 3** - Grados de afectación en las variables de interés nutricional propuestas por Chang.

Variables	No afectación	Leve	Moderada	Grave
Porcentaje del peso ideal (%)	Menor del 10 %	10- 20 %	20-30 %	Mayor que el 30%
Pliegue tricipital (mm)	Masculino: mayor o igual a 5 Femenino: mayor o igual a 9.4	Masculino: 4.3- 4.9 Femenino: 7.5- 9.3	Masculino: 4.0- 4.2 Femenino: &.1- 7.4	Masculino: Menor que 4 Femenino: Menor que 6.1
Circunferencia muscular del brazo (cm)	Masculino: mayor o igual a 23.6 Femenino: mayor o igual 19.5	Masculino: 22.4- 23.5 Femenino: 18.6- 19.4	Masculino: 21.2- 22.3 Femenino: 18.0- 18.5	Masculino: Menor que 21.2 Femenino: Menor que 17.9
Albúmina (gr/l)	Mayor que 35	30- 35	26-30	Menor que 26
Conteo global de linfocitos	Mayor que 1500	1200- 1500	800- 1200	Menor que 800

**Cuadro 4** - Puntaje de acuerdo al grado de afección.

Puntaje	Grado de Afectación
1	No afectación
2	Leve
3	Moderada
4	Grave

b- Se crean dos grupos de variables:

X: Variables antropométricas

Y: Variables bioquímica e inmunológica

c- Se suman los puntajes obtenidos en cada tipo de variables.

d- Clasificación de los estados nutricionales.

Gracias a la suma de los puntajes en cada uno de los grupos, se obtendrá la puntuación nutricional que permite determinar el tipo de desnutrición que sufre el paciente: Marasmo, Kwashiorkor o Mixta y el grado de la misma: leve, moderada o grave.

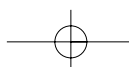
**Cuadro 5** - Clasificación de los estados nutricionales.

X	Y	Tipo de desnutrición	Grado de desnutrición
4	3	Normalidad	Normalidad
4	4-5	Kwashiorkor	Leve
3-6	6-7	Kwashiorkor	Moderado
3-6	8	Kwashiorkor	Grave
5-6	3	Marasmo	Leve
7-9	2-4	Marasmo	Moderado
10-12	2-4	Marasmo	Grave
5-6	4-5	Mixta	Leve
7-10	5-8	Mixta	Moderado
11-12	5-8	Mixta	Grave

X: Suma de los puntajes de las variables Antropométricas.

Y: Suma de los puntajes de las variables Bioquímica e Inmunológica.

1,2,3,4 = Puntuaciones asignadas a los parámetros utilizados por Chang.





## Procesamiento Estadístico

Para describir la frecuencia de desnutrición en cada grupo clínico, así como su tipo e intensidad, se utilizaron descriptivamente las proporciones por grupos. La magnitud en que difirieron estas proporciones entre los grupos de enfermos, fueron determinadas por medio de la aplicación del test de comparación de proporciones y tablas de contingencias con la obtención del estadígrafo  $X^2$ .

Se rechazó de la hipótesis nula ( $H_0$ ), cuando la probabilidad ( $p$ ) resultó ser menor que 0.05.

## RESULTADOS

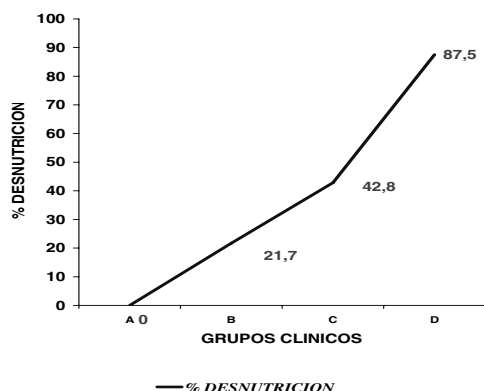
En el **cuadro 6** aparecen distribuidos de acuerdo a la presencia o no de desnutrición, todos los individuos pertenecientes a los diferentes grupos clínicos de la enfermedad por VIH, encontrándose una asociación general entre el estado nutricional y la evolución de la enfermedad al aplicar la prueba estadística de CHI cuadrado ( $p < 0.001$ ).

**Cuadro 6** - Relación de individuos con y sin desnutrición pertenecientes a los diferentes estadios clínicos de la infección por VIH. ( $X^2 = 10.764$ )

Grupos	Sin desnutrición	Con desnutrición	Total
B	18	5	23
C	8	6	14
D	1	7	8

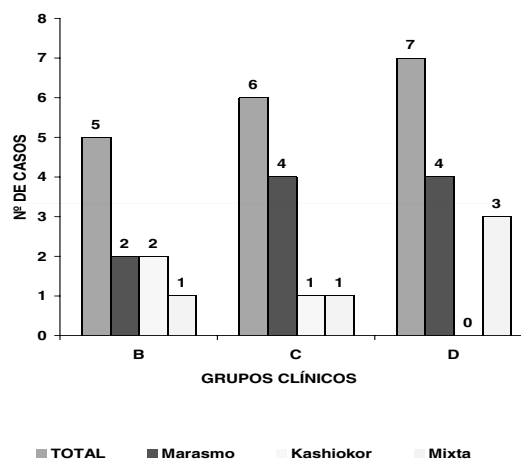
La **Figura 1** destaca que la proporción de individuos desnutridos se incrementa en los estadios clínicos más avanzados de la enfermedad, obteniéndose una proporción de individuos desnutridos significativamente más alta en el subgrupo IVC1 (grupo D) al compararlo con el resto de los grupos clínicos de la infección y fundamentalmente con los pertenecientes a la fase asintomática ( $p < 0.001$ ).

La **Figura 2** refleja que en la fase asintomática y en el estadio IVC2 aparecen los tres tipos de desnutrición, mientras que en el



**Figura 1** - Modificación de estado nutricional con el estadio clínico de la enfermedad

DST - J bras Doenças Sex Transm 17(4): 259-264, 2005



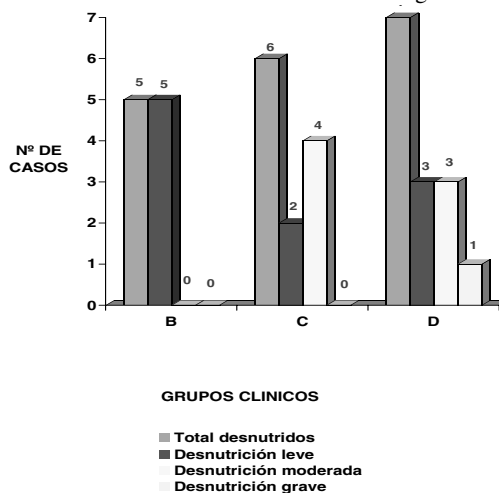
**Figura 2** - Tipos de desnutrición en los diferentes grupos clínicos de infección por VIH

IVC1 no aparece el Kwashiorkor puro y aumenta la proporción de individuos con desnutrición mixta.

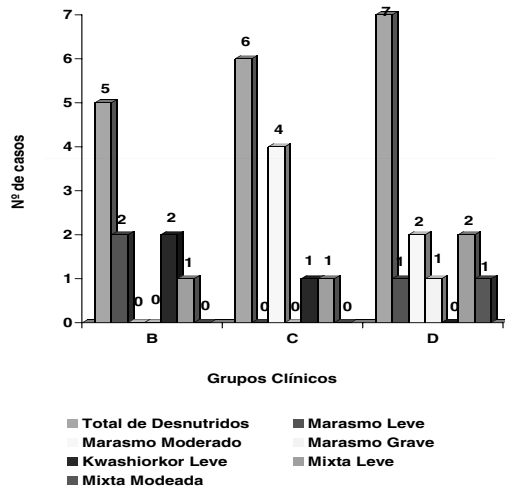
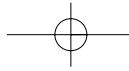
Al comparar las proporciones de individuos con diferentes tipos de desnutrición entre los distintos estadios clínicos de la infección por VIH, se encontró que el Marasmo y la desnutrición mixta prevalecen de igual manera tanto en los desnutridos pertenecientes a los seropositivos asintomáticos como al grupo IV. Es de destacar que aunque no se encontraron diferencias significativas intergrupos, en la etapa más avanzada de la enfermedad hubo una mayor tendencia a la forma combinada de desnutrición.

Con relación al Kwashiorkor, solo se encontró un predominio ligeramente significativo de este tipo de desnutrición en el grupo asintomático con relación al estadio IVC1 de la infección.

La distribución de los individuos desnutridos de cada estadio clínico de la infección por el VIH, de acuerdo al grado de desnutrición (leve, moderada y grave), se representa en la **Figura 3**. La desnutrición con grado leve y moderada aparece en el grupo IV de la enfermedad, mientras que en la fase asintomática, la desnutrición presente en el 100% de los individuos desnutridos fue de grado leve. Es de



**Figura 3** - Grados de desnutrición en los diferentes grupos clínicos de la infección por VIH



**Figura 4** - Tipos y grados de desnutrición en los diferentes grupos clínicos de la infección por VIH

destacar que la desnutrición grave aparece solamente en el estadio más avanzado de la infección por VIH (IVC1).

Al realizar el análisis comparativo entre las proporciones de individuos con diferentes grados de desnutrición pertenecientes a los distintos grupos clínicos de la enfermedad por VIH, se encontró que en las fases II- III hay un predominio ligeramente significativo de la desnutrición leve sobre el grupo IV de la enfermedad, el cual manifiesta un predominio de la desnutrición moderada con relación a la fase asintomática.

Por su parte la desnutrición grave solo aparece representada en la etapa más avanzada de la enfermedad pero al realizar el test de comparación de proporciones no se evidenciaron diferencias con significación estadística con relación al resto de los estadios clínicos.

En la **Figura 4** aparecen distribuidos el total de individuos desnutridos de los diferentes grupos clínicos de la enfermedad por VIH de acuerdo al tipo y grado de desnutrición que presentan. Obsérvese que en la fase asintomática predominan de igual manera los tres tipos de desnutrición todos en grado leve, siendo la menos representada la desnutrición mixta. En el estadio IVC2 todos los individuos marasmáticos presentan un grado moderado de este tipo de desnutrición, el cual prevalece sobre el Kwashiorkor y la forma mixta de desnutrición ( $p < 0.05$ ), ambas representadas en grado leve. En la etapa más avanzada de la enfermedad aparece una mayor variedad en cuanto a grados de desnutrición por Marasmo y forma mixta. El Marasmo aparece en los tres grados, con una mayor tendencia aunque no significativa del grado moderado, mientras que la desnutrición mixta está representada tanto en grado leve como moderado, con un mayor predominio del grado leve; que al igual que el Marasmo moderado no resultó estadísticamente significativo al realizar el test de comparación de proporciones dentro de dicho estadio clínico.

El Marasmo, tanto en grado leve como grave no manifestó un predominio estadísticamente significativo en ninguno de los estadios de la enfermedad, mientras que en grado moderado predomina significativamente ( $p < 0.01$ ) en el subgrupo IVC2 con relación a la fase asintomática, pero no con relación al subgrupo IVC1.

El Kwashiorkor aparece solo en grado leve en los estadios II-III y IVC de la infección, sin embargo la proporción de individuos con esta no resultó estadísticamente superior en ninguno de ellos al compararlos entre sí, ni con relación al subgrupo IVC1.

La desnutrición mixta tanto en grado leve como moderado tampoco experimentó un predominio con significación estadística en ninguno de los grupos clínicos de la infección por VIH, sin embargo es de destacar que la misma en grado moderado solo fue encontrada en el estadio más avanzado de la enfermedad, aunque con muy baja proporción.

## DISCUSIÓN

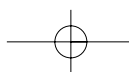
De veintitrés pacientes seropositivos estudiados solo cinco presentaron algún tipo de desnutrición, por lo que la proporción de individuos en esta etapa es muy baja, sin embargo en tres de ellos se detectó desnutrición proteica (dos con Kwashiorkor y uno mixto) pero no por hipoalbuminemia sino porque los niveles globales de linfocitos estaban disminuidos entre 800-1200 células /ml<sup>3</sup>, lo cual corresponde con la linfopenia descrita en estos pacientes desde los estadios tempranos de la enfermedad<sup>9</sup>, sin embargo los valores medios del global de linfocitos para este grupo clínico fueron los más altos obtenidos, lo que significa que la mayoría de los seropositivos no presentan aun compromiso inmunológico, al menos en lo que respecta al conteo global de células linfoides; sin embargo no todos los individuos responden de la misma manera frente al VIH y en esto influyen directamente la individualidad genética del hombre, lo cual determina la fortaleza de su sistema inmunológico y su respuesta ante el agente invasivo. Si tenemos en cuenta que el Kwashiorkor aumenta grandemente el estrés oxidativo<sup>10</sup> y se producen alteraciones metabólicas y hormonales que ponen en peligro la vida del individuo<sup>11</sup>, es de suponer que los pacientes clasificados en las fases II y III de la infección por VIH con cierto grado de Kwashiorkor transitaran más rápidamente hacia el estadio IV, por lo que se hace necesario el diagnóstico precoz y diferencial de este tipo de DPE con el fin de mejorar la sobrevivencia de los individuos seropositivos al VIH.

Tradicionalmente se han reportado niveles de albúmina sérica durante la desnutrición por Kwashiorkor, sin embargo algunos investigadores han demostrado que la concentración plasmática de albúmina no es un buen marcador nutricional, puesto que la misma no varía durante la malnutrición severa aguda<sup>12</sup>, encontrándose además en la DPE cambios paralelos en la velocidad de síntesis y catabolismo de dicha proteína<sup>13</sup>.

La proporción de individuos infectados por el VIH, con un estado nutricional adecuado disminuye con el correr del tiempo, a pesar de los suplementos nutricionales<sup>14</sup>, estos resultados coinciden con lo reportado ya que en el estadio IVC1, que es la etapa más avanzada de la enfermedad solo encontramos un individuo sin desnutrición, mientras que el resto tenía algún tipo de desnutrición, siendo este el de mayor tendencia a la desnutrición con grado moderado y donde único aparece el marasmo grave.

La DPE en los pacientes con SIDA tiene un origen multifactorial y en la misma participan: la disminución en la ingestión de alimentos; la malabsorción; alteraciones metabólicas; alteraciones endocrinas, teniendo una gran influencia en estas dos últimas el papel de las citoquinas<sup>15</sup>, así como el estrés oxidativo y el incremento en los requerimientos energéticos y nutricionales ante la presencia de infecciones oportunistas<sup>14</sup>.

La relativa contribución de cada uno de estos factores a la desnutrición varía considerablemente de paciente a paciente y en un solo paciente pueden presentarse múltiples factores<sup>16</sup>, muchos de los cuales pueden aparecer desde los estadios tempranos de la infección, pero con mucha intensidad.



No se comprende la razón por la cual unos individuos con DPE desarrollan Marasmo y otros Kwashiorkor. Algunos expertos sostienen la hipótesis de que la diferencia entra las dos reside en las adaptaciones metabólicas a las insuficiencias dietéticas y a otros factores condicionantes como las infecciones o las enfermedades<sup>17</sup>. En el caso de los pacientes estudiados, el desarrollo del Marasmo o Kwashiorkor como tipo de DPE, pudieran depender entonces de las adaptaciones metabólicas de cada individuo frente a la infección por el VIH.

Si se tiene en cuenta que un individuo marasmático puede desarrollar signos de Kwashiorkor después de la respuesta catabólica proteica a un proceso infeccioso<sup>18</sup> y por tanto presentar una forma de desnutrición combinada donde aparezcan características tanto de Marasmo como de Kwashiorkor, se pudiera justificar la mayor tendencia a la desnutrición mixta en el estadio más avanzado de la enfermedad, ya que es en este estadio donde ocurren con más frecuencia las infecciones oportunistas asociadas a un mayor deterioro del sistema inmunológico del individuo infectado.

Valorando que tanto la DPE como el VIH son condicionantes de un fallo funcional de los mecanismos de defensa tanto específicos como inespecíficos y que ambas situaciones tienden a coincidir en un mismo individuo aun en estadios tempranos de la infección por el VIH, sería recomendable una vigilancia nutricional de dichos pacientes a través del uso de determinaciones bioquímicas y antropométricas que permitan un diagnóstico precoz y diferencial de la DPE, que garantice un tratamiento nutricional con el objetivo de preservar la masa corporal, mantener los niveles adecuados de macro y micronutrientes minimizar los síntomas de la malnutrición. El comienzo de la terapia nutricional en los pacientes con el VIH debe ser individualizada en dependencia de la situación clínica del paciente, pero siempre de manera precoz para garantizarle una mejor calidad de vida, por lo que esta terapia deberá priorizarse como parte integral de los cuidados a estos pacientes, de tal manera de minimizar al máximo el compromiso inmunológico al evitar estados de mal nutrición por defecto y que el mismo solo dependa de la acción del virus sobre sus células diana.

## CONCLUSIÓN

- Aunque en baja proporción y en grado leve se detectó DPR en los pacientes de la fase asintomática.
- En estos estadios clínicos más avanzados de la enfermedad, aumentó la proporción de individuos desnutridos y se intensificó el grado de desnutrición, predominando sus formas mixtas o combinadas.

## RECOMENDACIONES

- Aplicar en los pacientes infectados por el VIH el método de Chang con el objetivo de detectar desde etapas tempranas de la infección, estados de DPE que conllevarían si no se toman medidas

adecuadas, a un tránsito más rápido de estos pacientes hacia el SIDA clínico.

- Individualizar la terapia médica nutricional en los pacientes con el VIH, priorizándola como parte de los cuidados a estos pacientes, de tal manera de minimizar al máximo el compromiso inmunológico al evitar estados de malnutrición por defecto y que el mismo solo dependa de la condición de vivir con el virus.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chang RWS, Richardson R Nutritional assessment using a microcomputer. 2. Programme evaluation. *Nutr*; 1984; 3: 75-82.
2. Henriquez Martinez T, Armero Fuster M. Valoración nutricional para pacientes hospitalizados. *Nutr Hosp* 1999; 6 (2): 109-116.
3. Santana S, et al. Evaluación Nutricional del Paciente Hospitalizado. Hospital hermanos Ameijeiras. Ciudad de La Habana, Cuba; 1998.
4. Centers For Disease Control US. Department of Health and human services; Atlanta, ga. Classification system for human T Lymphotropic virus type III/ Lymphadenopathy associated virus infections. *Annals of Intern. Med* 1987; 10: 234-237.
5. Ospina S, Estrada S. Medidas de Bioseguridad y SIDA. *Acta bioquim. Cli. Latinoam* 1999; 25 (3): 245-252.
6. Hermelo M, Amador M. Métodos para la evaluación de la composición corporal en humanos. Indicadores bioquímicos para la evaluación del estado de nutrición. INHA. Ciudad de La Habana, Cuba; 1996. P.81-117.
7. Jordan JR. Desarrollo humano en Cuba. Editorial Científico- Técnica.. Ciudad de La Habana, Cuba; 1984.
8. Colina Alemán JA. Leucocitos. In: León Acosta DM, editor. Laboratorio. ed. Pueblo y Educación. La Habana, 1989 a.p. 21-3.
9. Velázquez G, Gómez RD. Fundamentos de Medicina. SIDA. Enfoque Integral 2da Edición. Medellín. Colombia 1996.
10. Lennharrtz H, Ndasi R, Annios A, Botticher D, Mayatepek E, Tetany E, et al. The clinical manifestation of the Kwashiorkor syndrome is related to increased lipid peroxidation. *J Pediatric* 1998; 132 (5): 879-881.
11. Mayes PA. Nutrición. In: Murray RK, Granner DK, Mayes PA, Rodwell VW, editores. Bioquímica de Harper. 13 ed. México: El Manual Moderno, S.A de C.v, 1994 a.p 715-727.
12. Smith G, Weidel SE, Fleck Albumin catabolic rate and protein- energy depletion. *Nutrition* 1994; 10 (4): 335- 341.
13. Weidel SE, Smith G, Fleck A. The effects of experimental malnutrition on albumin metabolism and distribution in rabbit. *Br J Nutr* 1994; 72 (3): 369-384.
14. Miguez MJ, Baum MK, Posmer GS. Nutrición e Inmunidad en VIH / SIDA. Asociación Colombiana de Infectología. Bogotá. Colombia 1996. P. 14-18.
15. Liag B, Lee J, Watson RPR. Nutritional Deficiencies in AIDS patients: A treatment Opportunity. *EOS-J. Immunol. Immunopharmacol* 1997; 1: 12-20.
16. Coodley GO, Loxeless MD, Merrill TM. The HIV wasting syndrome: A review. *J- Acquired - Immune Defic* 1994;7 681-694.
17. Robbin SL, Cotran RS, Kunar V. Patología Estructural y Funcional. Ed. Revolucionaria. Ciudad de la Habana. Cuba. 1988. P. 399-428.
18. Manary MJ, Broadbhead RL, Yarasheski KE. Whole- body protein Kinetics in marasmus and Kwashiorkor during acute infection. *Am J Clin Nutr* 1998;67 (6): 1205- 1209.

### Correspondencia:

**JF BENCAMO**

E-mail: Jfbg440114@yahoo.com

Recibido em: 15/06/05

Aprovado em: 12/12/05

# MARKETING SOCIAL PARA CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO: ESTUDO DE CASO NA POLICLÍNICA OSWALDO CRUZ, PORTO VELHO – RO

*SOCIAL MARKETING FOR COUNSELING AND TESTING CENTER: A CASE-STUDY IN THE OSWALDO CRUZ POLICLINICS, PORTO VELHO – RO*

*Adriana AC Tibúrcio<sup>1</sup> & Alberto S Tibúrcio<sup>2</sup>*

## RESUMO

**Introdução:** o *marketing* social, enquanto estratégia de mudança de comportamentos, pode ser utilizado na promoção dos serviços prestados por um Centro de Testagem e Aconselhamento, com vistas à prevenção das DST e Aids. **Objetivo:** verificar as características demográficas e opiniões de uma amostra de usuários de um CTA com o intuito de reconhecer possíveis estratégias de *marketing* social para este tipo de serviço de saúde. **Métodos:** aplicação de um questionário com dez perguntas abordando conhecimentos sobre prevenção, qualidade de serviço e atendimento e meios pelos quais a clientela ficou sabendo sobre o CTA. **Resultados:** 51,5% dos usuários demoraram mais de seis meses para procurar atendimento; o aconselhamento foi considerado mais importante que o resultado do exame anti-HIV; apenas 12,9% dos usuários sabiam perfeitamente o que iria ocorrer durante o atendimento no CTA; a “atenção dispensada” pelos funcionários do CTA e a “higiene” das instalações foram as qualidades mais apreciadas; os clientes do sexo masculino e as pessoas com 39-61 anos de idade ficaram mais satisfeitos com o serviço oferecido; a televisão e os jornais são os meios mais utilizados para se obter notícias e informações, porém os usuários ficaram sabendo da existência do CTA por amigos, outros usuários, profissionais e serviços de saúde. **Conclusão:** o *marketing* social está sendo pouco explorado na divulgação dos serviços prestados pelos CTA; as campanhas de saúde pública podem enfatizar as qualidades dos CTA, para aumentar a demanda.

**Palavras-chaves:** *marketing* social, centro de testagem, aconselhamento, HIV/aids

## ABSTRACT

**Introduction:** the social marketing is a strategy to change behaviors and its may be used in the promotion of the services that a Counseling and Testing Center offers. **Objective:** to verify the populational characteristics and opinions of a sample of CTC's users, trying to recognize social marketing strategies for this type of health service. **Methods:** a questionnaire with ten questions was applied to the users looking for knowledge about prevention, quality of the service, and how they take information about the CTC. **Results:** 51.5% of the users had delayed more so than six months to looking for consults; the 'counseling' itself was considered more important than the anti-HIV testing; 12.9% of users knew what would occur during the consult in the CTC; the 'given attention' to users and the 'hygiene' of installations were the more appreciated qualities; 'males' and 'persons 39-61 years old aged' were the most satisfied with the service; television and newspapers are the ways through the users getting the news and information, but these users knew about CTC through friends, others users, health's professionals and services. **Conclusion:** the social marketing is being few used to divulge the services given for CTC; the campaigns of public health may emphasize the CTC's qualities in view of income the demand.

**Keywords:** social marketing, counseling and testing center, HIV/aids

ISSN: 0103-0465

*DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4): 265-280, 2005*

## INTRODUÇÃO

“Positivo ou negativo, fique sabendo”. Com estas palavras, o Ministério da Saúde do Brasil lançou recentemente uma campanha veiculada na mídia televisiva, que sugere ao público telespectador fazer a testagem voluntária para o vírus HIV. Trata-se de uma campanha de conscientização da população para realizar o teste, como estratégia para deter o avanço da epidemia.

O *Resumen mundial de la epidemia de SIDA*, publicado anualmente pela UnAids, mostra uma estimativa de 4,9 milhões de pessoas no mundo que adquiriram o HIV durante o ano de 2004<sup>1</sup> (**Figura 1**).

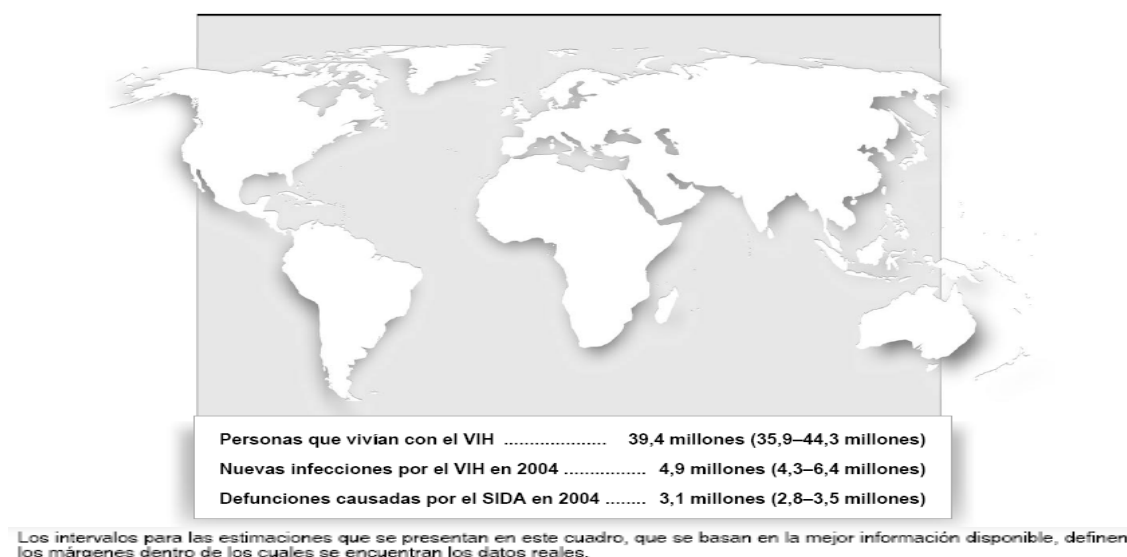
Quanto ao Brasil, o *Boletim Epidemiológico AIDST*<sup>2</sup> mostra um total de 362.364 casos de aids registrados no período de 1980 a 2004.

Neste contexto de pandemia, medidas de prevenção vêm sendo adotadas como forma de contê-la. Estas medidas baseiam-se, sobretudo, na utilização correta do preservativo, na diminuição do número de parceiros sexuais, no uso de seringas descartáveis pelos usuários de drogas injetáveis, em exames sorológicos nas gestantes e no conhecimento individual do *status* sorológico. Conhecendo sua condição sorológica, as pessoas podem adotar medidas individuais para reduzir a possibilidade de infecção pelo HIV com uma motivação ainda maior. Conhecer o *status* sorológico tem sido reconhecido como um elemento importante nos esforços de prevenção e tratamento.<sup>3,4</sup> E o *marketing*, onde entra na questão da prevenção à aids?

Como as campanhas de prevenção à aids devem conter uma mensagem na qual o público-alvo deve reconhecer um benefício a ser ad-

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde Pública.

<sup>2</sup> Médico, Especialista em Doenças Sexualmente Transmissíveis (UFF).



**Figura 1** – A epidemia de HIV/aids em 2004.<sup>1</sup>

quirido, elas podem (e devem!) utilizar estratégias de *marketing*. Este ramo do *marketing*, voltado para programas que buscam a aceitabilidade de uma idéia, causa ou prática social em grupos-alvo, recebe a denominação de *marketing social*.

Este artigo trata da possibilidade do uso do *marketing social* na divulgação dos serviços oferecidos pelos CTA. Estes centros fazem parte do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN-DST/Aids) e geralmente se localizam dentro de unidades de saúde.

## O marketing social

Sintetizando várias definições de *marketing social*, feitas por diversos autores, pode-se dizer que se trata de uma modalidade de ação mercadológica institucional que usa princípios e técnicas de *marketing* para a promoção de uma causa, idéia ou comportamento social. Ou seja, é uma tecnologia de gestão da mudança social (projeto, implantação e controle de programas) voltada para o aumento da disposição de aceitação de uma idéia ou prática social. Por outro lado, o *marketing social* também pode ser considerado uma estratégia de mudança de comportamento que integra planejamento, ação e tecnologia das comunicações. O objetivo da mudança social almejada pelo *marketing social* é atenuar os problemas sociais: higiene, saúde pública, educação, habitação, transporte, nutrição etc.<sup>5</sup> Pelo *marketing social* pretende-se satisfazer necessidades e expectativas ainda não atendidas, estabelecendo novos paradigmas de ação social.<sup>6</sup>

## Evolução histórica do marketing social

A expressão *marketing social* foi usada pela primeira vez em 1971 num artigo intitulado **Social Marketing: an approach to planned social change**, publicado no *Journal of Marketing*.<sup>6</sup> Além da de-  
DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4): 265-280, 2005

finição, foi dito que o “*marketing social é um dos novos desenvolvimentos mais promissores, cuja efetiva aplicação espera-se que venha aumentar a eficácia dos agentes sociais de mudança, no sentido de proporcionarem as transformações sociais desejadas*”.

Seguindo o que ocorria em outros países, surgiram no Brasil diversas publicações nas décadas de 1970 e 1980, conceituando e mostrando aplicações do *marketing* na área social. Estes conceitos diziam respeito à segmentação de mercado, pesquisa de consumidores, desenvolvimento e testes de conceitos de produtos, comunicação direta etc. para maximizar as respostas dos grupos sociais escolhidos como alvos. Aspectos operacionais do *marketing social*, seus objetivos programáticos e o foco na clientela também foram enfatizados.<sup>6</sup>

As campanhas de educação para a saúde, até o fim da década de 1960, tinham um enfoque puramente médico. A partir de então, estas campanhas passaram a incorporar outros profissionais (educadores, antropólogos, assistentes sociais, psicólogos...) e o foco das mensagens passou da prevenção para a promoção da saúde. As tendências de deslocamento na apresentação das campanhas brasileiras oficiais de prevenção ao HIV/aids são mostradas no **Quadro 1**.<sup>7</sup>

Os êxitos alcançados com a nova teorização criaram novas necessidades em termos de comunicação, exigindo recursos antes restritos à esfera comercial. Agora, mais importante que ensinar meios de prevenir doenças, é disseminar a idéia de promoção da saúde. Esta abordagem vai de encontro ao que foi preconizado na Conferência Mundial sobre Educação para a Saúde, ocorrida em Ottawa (Canadá) em 1986.

O novo enfoque do *marketing social* enfatiza que, para cumprir seus objetivos, um programa de *marketing social* deve ser eficaz, atingindo uma grande audiência em curto período, bem como efetivo, através da continuidade das ações ao longo do tempo. Para tanto, faz-se mister uma gestão estratégica do processo de mudança social: as diretrizes e objetivos devem ser claramente definidos, as metas mensuráveis, as pesquisas e avaliações devem incluir aspectos quantitativos e qualitativos, visando o desenvolvimento de produtos sociais destinados a segmentos populacionais específicos.

**Quadro 1** – Deslocamento do foco das mensagens na prevenção ao HIV<sup>5</sup>

**De:** modelo de campanhas baseado na tradição da Saúde Pública, valorizando aspectos como medo do contágio, da doença e da morte.

**De:** culpabilização/repressão

**De:** risco como responsabilidade individual, restrito a determinados segmentos da população

**De:** prevenção

**Para:** uso dos princípios de *marketing* social nas campanhas, com ênfase (*empowerment*) na positividade de determinados comportamentos.

**Para:** autogoverno

**Para:** conceito de vulnerabilidade social (o risco dilui-se na população), porém a responsabilidade pela saúde continua sendo do próprio indivíduo

**Para:** promoção da Saúde

Adaptado de SANTOS, LHS <sup>7</sup>

## Contribuições do marketing para a Saúde Pública

Para Kotler, “marketing é a análise, o planejamento, a implementação e o controle de programas e projetos formulados com o objetivo explícito de propiciar trocas voluntárias de valores com o mercado-alvo, com o propósito de atingir objetivos operacionais concretos”.<sup>6</sup> Ou seja, na elaboração e execução de um plano de *marketing*, é necessário definir as necessidades, as expectativas e os desejos do mercado no qual se pretende atuar. Tendo este preceito como base, é possível se considerar as contribuições que o *marketing* pode oferecer à Saúde Pública.

Entre as contribuições do *marketing* social, estão: um melhor gerenciamento da implantação e avaliação do programa de intervenção, o desenvolvimento de uma campanha informativa eficaz, priorização da satisfação do consumidor, a possibilidade de fazer o consumidor perceber a satisfação de suas necessidades etc. A eficácia de uma campanha informativa depende do conhecimento das respostas a algumas perguntas fundamentais.<sup>8</sup> Por exemplo, quais os canais e métodos de comunicação mais preferidos e eficazes para maximizar a atenção do público?; qual o melhor canal de mídia para atingir o público-alvo?; quem deveria veicular as mensagens, visando um impacto maior? Responder estas questões de forma precisa pressupõe um planejamento prévio da campanha em que os consumidores ou usuários de um serviço sejam consultados acerca de suas preferências e expectativas.

Outro aspecto que deve ser considerado é o esforço de *marketing* social quanto à conscientização, mobilização e sustentação de seus programas.

No processo de conscientização, procuram-se mudar valores através da revisão por parte do público, de suas crenças e atitudes. No caso da aids, diferentes estratégias foram utilizadas em diferentes países: a linha técnica, com informações e estatísticas (Estados Unidos); a linha geradora de medo (Inglaterra); ou as fórmulas mais suaves e românticas (Brasil e outros países). A mobilização é o nível de atuação do *marketing* social que procura induzir uma resposta ou comportamento regular do consumidor: movimentos, passeatas, participação em programas assistenciais. Em terceiro lugar, os esforços de *marketing* social devem procurar a sustentação dos programas já

iniciados, através da sensibilização de patrocinadores da causa, sejam eles empresários ou órgãos do governo.<sup>9</sup>

Então, são diversas as contribuições que o *marketing* social presta aos planejadores e executores de campanhas de Saúde Pública, revelando a magnitude dos problemas sociais, as expectativas da população quanto à solução destes problemas e as melhores formas para se atingir os grupos populacionais mais vulneráveis.

## Os Centros de Testagem e Aconselhamento

Por definição, Centros de Testagem e Aconselhamento são:

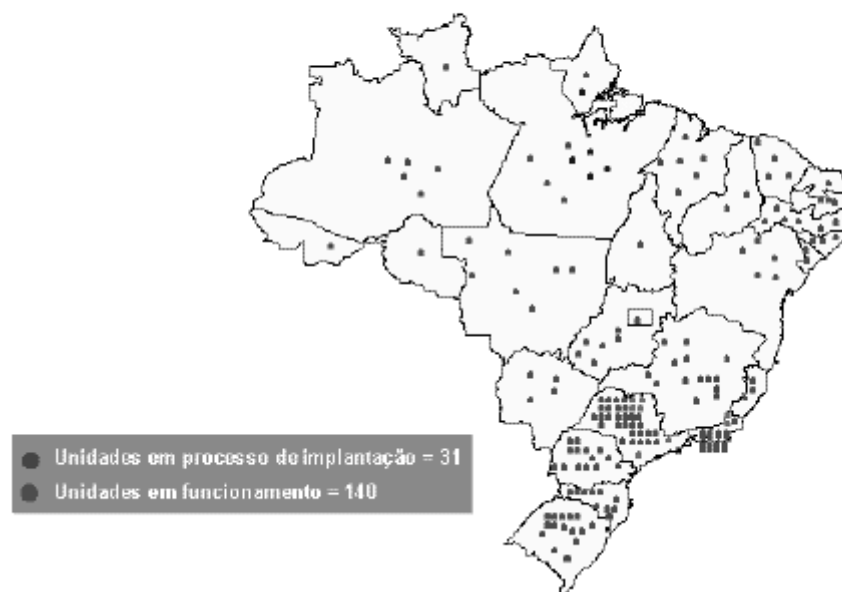
(...) “unidades de saúde que oferecem o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, de forma gratuita, atendendo a sua demanda social, tanto espontânea quanto provocada. A confidencialidade e o aconselhamento são as marcas distintivas desses serviços”.

As diretrizes dos CTA contemplam vários aspectos da prevenção da transmissão do HIV. São objetivos desses serviços: expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV; contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV; estimular a adoção de práticas seguras, encaminhar as pessoas soropositivas (infetadas pelo HIV) para os serviços de referência; auxiliar pessoas vivendo com HIV e aids no processo de adesão ao tratamento anti-retroviral; absorver a demanda por testes sorológicos dos bancos de sangue; estimular o diagnóstico de parceiros(as) sexuais; auxiliar os serviços de pré-natal na testagem sorológica de gestantes; e levar informações sobre a prevenção das DST, da aids e do uso indevido de drogas para populações específicas.

O histórico da implantação dos CTA no Brasil passa pela instituição do PN-DST/Aids através da Portaria nº 236/85, estabelecendo as primeiras diretrizes para enfrentamento da epidemia no país. A oferta de testes sorológicos para detecção do HIV, acompanhada de aconselhamento, foi a estratégia de prevenção e controle mais adequada naquele momento para enfrentamento da epidemia.

O primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) foi criado em Porto Alegre, no final da década de 1980. O perfil deste serviço se caracterizava pelos seguintes princípios organizacionais: uni-

### CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento Implantados no Brasil Dezembro de 1999



**Figura 2** – CTA implantados no Brasil. Dezembro de 1999.

dades de saúde com demanda voluntária, estruturadas a partir de parcerias com as secretarias estaduais e municipais de Saúde; oferecimento de diagnóstico sorológico para o HIV, com base gratuita, anônima e confidencial; aconselhamento e educação em Saúde como estratégia de prevenção, para propor mudanças nos comportamentos de risco.

Ao longo do tempo, outros estados brasileiros também implantaram serviços nos moldes do COAS, em municípios com importância epidemiológica. Os dois COAS existentes no Rio de Janeiro tornaram-se, então, Centros de Treinamento para capacitação de profissionais. Em 1994, existiam 16 COAS implantados no país. Nesta época, o aconselhamento pré-teste coletivo e individual e o pós-teste individual já eram vivenciados, pelos próprios usuários, como uma forma de acolhimento durante um momento de grande estresse.<sup>10</sup>

Em 1996, durante um seminário sobre aconselhamento envolvendo diversos COAS, as ações de aconselhamento foram reforçadas. Ainda neste ano, houve a mudança da nomenclatura COAS para CTA. Em 1999 já existiam 140 unidades funcionando e mais 31 em fase de implantação, em todo o território nacional (**Figura 2**).

Com o advento da terapia anti-retroviral ampliada, em meados da década de 1990, houve uma motivação maior para a busca de esclarecimento, diagnóstico e tratamento.

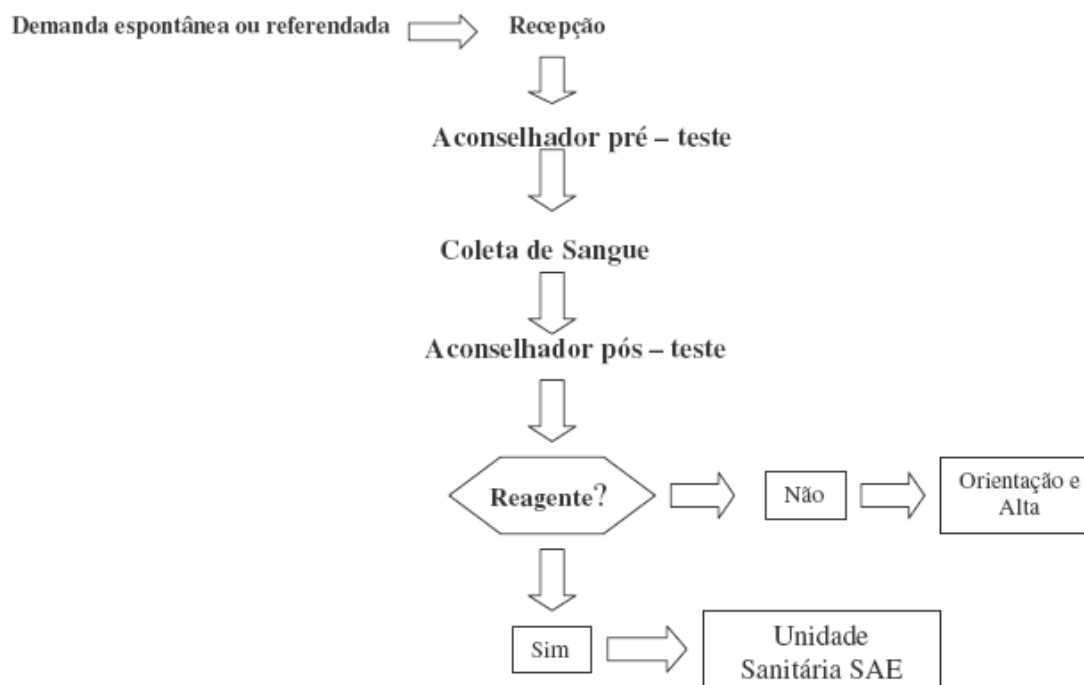
Os Centros de Testagem e Aconselhamento, através do aconselhamento, reativaram a importância das atividades de promoção da Saúde no cenário da política pública de Saúde.

As “Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento” estabelecem as seguintes normas de organização e funcionamento:<sup>10</sup>

- *localização acessível e gratuidade dos serviços*, favorecendo a demanda espontânea e encaminhada;
- *anonimato flexível*, pelo qual os testes podem ser realizados de forma anônima ou identificados; a *confidencialidade* como princípio dos códigos de ética profissional;



**Figura 3** - Centros de Aconselhamento e Diagnóstico em Portugal.<sup>12</sup>



**Figura 4** – Fluxograma de atendimento nos Centros de Testagem e Aconselhamento.<sup>14</sup>

- *agilidade e resolutividade* permitem que os usuários sejam rapidamente encaminhados para o atendimento e o prazo para entrega dos resultados dos exames seja reduzido;
- *aconselhamento adequado e não-pontual* significa que esta atividade (aconselhamento) não deva mais ficar restrita aos atendimentos pré e pós-teste, devendo ocorrer sempre que necessária;
- *referência e contra-referência* garantem o pronto encaminhamento dos usuários do CTA aos Serviços de Assistência Especializada (SAE), para tratamento e monitoramento da infecção;
- *equipe interdisciplinar*, necessária para o compartilhamento dos diversos saberes profissionais, permite um processo educativo mais eficaz.

Em 2001, começa a ser implantado nos CTA um Sistema de Informações, o SI-CTA, permitindo a organização do processo de trabalho, a produção de indicadores (recursos, oferta de serviços, produção/productividade, cobertura populacional, demanda atendida) e o processo de vigilância epidemiológica.<sup>11</sup>

Atualmente, a importância dos CTA no Brasil é valorizada tanto pelos gestores em Saúde quanto pela comunidade em geral, pois se trata de um serviço que presta assistência e prevenção de grande valor. O mesmo ocorre em outros países, como pode ser visto no mapa de Portugal (**Figura 3**), onde existem 20 Centros de Aconselhamento e Diagnóstico espalhados pelo país.<sup>12</sup>

## Centro de Testagem e Aconselhamento como Serviço de Saúde

O CTA desempenha importante função nas estratégias de promoção da Saúde, bem como nas prevenções primária (mudança de hábi-

tos e atitudes) e secundária (testagem sorológica) em indivíduos em risco. Trata-se de um Serviço de Saúde que pode trazer grandes retornos com relação aos investimentos, tanto pela economia, em termos financeiros, quanto evitando problemas sociais. Portanto, torna-se vital transformar este serviço de atendimento ao público em centro de excelência no tocante a seus objetivos operacionais: confiabilidade (principalmente quanto ao sigilo das informações e permanente disponibilidade do serviço), qualidade, rapidez (para consultas e realização de exames), flexibilidade (para atender variações na demanda), custos reduzidos.<sup>13</sup>

No caso dos CTA, enquanto Serviços de Saúde, três aspectos devem ser considerados: a importância da *qualidade*, a necessidade da *notificação* e a questão da *ética*.

Na administração, a qualidade tem sido considerada como um dos fatores mais importantes para o sucesso de um negócio ou de um serviço. É consenso geral que uma qualidade sofrível dos serviços ou produtos pode prejudicar a imagem de toda uma organização. Os clientes que percebem uma falta de qualidade geralmente não retornam. Mas, quando se fala em vencer no mercado pela qualidade oferecida, fica a questão do que seria “qualidade”. Clientes diferentes dão importância a coisas diversas, em momentos distintos.<sup>15</sup>

Na pesquisa empreendida no CTA da Policlínica Oswaldo Cruz, alguns parâmetros mais importantes para um CTA (higiene, localização, espaço físico e conforto) foram avaliados, bem como alguns aspectos referentes ao atendimento propriamente dito (rapidez, funcionários atenciosos, funcionários discretos e horário de atendimento).

Em segundo lugar, há que se considerar a importância da notificação obrigatória de determinadas doenças, quando se tratam de Serviços de Saúde como os CTA. Sífilis (congenita e em gestante), infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de



transmissão vertical, aids e hepatites virais devem ser notificadas caso haja detecção de algum caso.<sup>16</sup> Assim, a notificação serve tanto para implementação de medidas de controle das doenças, quanto para o gerenciamento (mensuração da produtividade, eficácia e efetividade do serviço).

E em terceiro lugar, vem a questão da ética. Devido à grande importância deste assunto, foi editado em 1993 o documento "Implicações Éticas da Triagem Sorológica do HIV".<sup>17</sup> No texto a seguir, retirado do referido documento, estão explicitadas as condições para a realização da triagem sorológica do HIV. Qualquer situação diferente daquelas citadas no texto deverá ser analisada sob a luz da legislação, com as implicações legais decorrentes em caso de abuso na solicitação da sorologia anti-HIV.

*"Constituem justificativas incontestavelmente aceitas para as solicitações de exames aptos a indicar presença de infecção: interesse pessoal, necessidade em assistência clínico-diagnóstica, seleções de doadores de sangue, de órgão para transplante e de esperma para inseminação artificial, realização de estudos epidemiológicos devendo os membros das casuísticas conhecer as intenções e ter garantia de atendimento se ocorrer positividade; esclarecimento da condição de cliente que, por meio de sangue e acidentalmente pode ter contaminado profissional que exerce atividades no setor da saúde; elucidação da condição de parceiros, de um ou de outro sexo, que se relacionam sexualmente com HIV- positivos".*

Portanto, a triagem sorológica compulsória para o HIV somente está justificada e recomendada para os casos de doação de sangue, órgãos e outros fluidos corporais, de acordo com a lei federal nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988. As Portarias Interministeriais nº 796, de 29 de maio de 1992, e nº 869, de 11 de agosto do mesmo ano, fazem considerações acerca dos motivos da proibição, e até mesmo da inutilidade, dos testes compulsórios.

Desta forma, os CTA podem contribuir para o cumprimento da legislação e normas técnicas referentes à testagem para o HIV. Para tanto, os indivíduos devem ser orientados durante o aconselhamento sobre a importância da realização do exame. O caráter voluntário da testagem deve ser enfatizado, bem como a questão do sigilo quanto ao resultado.

Segundo as *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento*, um dos objetivos destes serviços é absorver a demanda por testes sorológicos nos bancos de sangue.<sup>10</sup> Se as pessoas realizassem, antes da doação de sangue, a testagem do sangue no CTA, custos com material de coleta e custos intangíveis (sangue desprezado) poderiam ser evitados. Caberia, então, haver uma articulação entre os CTA, enquanto Serviços de Saúde, e os bancos de sangue, para orientar como os candidatos à doação de sangue devem proceder.

Outro aspecto a ser considerado, é que os CTA devem estar preparados para atender os jovens. Poucos países possuem serviços de consulta e testagem voluntárias especificamente desenvolvidas para os jovens.<sup>18</sup> Os jovens com 15 a 24 anos de idade constituem mais de 50% de todas as infecções por HIV, excluindo os casos de transmissão perinatal. Portanto, as campanhas de *marketing* social voltadas para o aconselhamento e a testagem voluntária devem dar a devida atenção a esta importante clientela.

*DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4): 265-280, 2005*

## OBJETIVO

O objetivo geral foi verificar as características demográficas e opiniões de uma amostra de usuários de um CTA com o intuito de reconhecer possíveis estratégias de *marketing* social para este tipo de Serviço de Saúde.

Os objetivos específicos foram: determinar dentre as ações de prevenção à aids (uso de preservativos, redução do número de parceiros sexuais, uso de material descartável para usuários de drogas injetáveis e testagem sorológica), qual grau de importância é dado pelos usuários do CTA à testagem sorológica; saber o que é mais valorizado pelo usuário de um CTA: o aconselhamento sobre prevenção ou a realização da testagem do sangue; saber que aspectos os usuários valorizam mais em um CTA (localização, higiene, espaço físico, conforto) e no tocante ao atendimento propriamente dito (rapidez, discricção e atenção pelos funcionários do serviço, horário de atendimento); conhecer o grau de ciência por parte dos usuários, sobre o que iria ocorrer durante a primeira consulta no CTA: perfeitamente, tinha alguma idéia, ou se nada sabia; conhecer os meios pelos quais os usuários ficaram sabendo do CTA e os meios de informação e notícias mais utilizados pela clientela do CTA; conhecer o local de residência dos usuários e a importância dada por estes usuários à localização do CTA.

## MÉTODOS

Estudo descritivo realizado para verificar a hipótese de que as campanhas de prevenção à aids, baseadas nos preceitos de *marketing* social, são de grande valor para a população em geral, esclarecendo a importância da testagem e do aconselhamento no contexto de prevenção para esta enfermidade. O interesse pela abordagem descritiva em epidemiologia tem aumentado, entre outras causas, devido [...] "*o processo crescente de descentralização do sistema de saúde, estimulando a que seja dada ênfase ao processo de caracterização dos eventos com vistas a ações mais adequadas e efetivas*".<sup>19</sup> Uma vantagem deste tipo de abordagem é que ele permite, a partir dos resultados obtidos com a pesquisa, aplicação imediata nas ações de promoção à Saúde.

A população estudada constituiu-se de clientes que estavam sendo atendidos pela primeira vez no CTA da Policlínica Oswaldo Cruz, para fins de aconselhamento e/ou testagem do sangue.

O questionário não foi direcionado para pessoas doentes e, sim, para usuários de um Serviço de Saúde que tem a finalidade de oferecer aconselhamento em Saúde e exames laboratoriais. O questionário abordou apenas aspectos funcionais do serviço e o grau de conhecimento das pessoas com relação à aids.

Foram coletadas informações de 101 pessoas que estavam utilizando os serviços do CTA pela primeira vez, seja logo após a administração do aconselhamento (individual ou coletivo), seja no momento em que as pessoas retornaram para pegar os resultados dos exames. O período de coleta de dados foi de 1º a 19 de julho de 2005.

Aplicou-se um questionário com dez perguntas do tipo fechado aos usuários do CTA da Policlínica Oswaldo Cruz, Porto Velho, RO. Foi utilizado o *Microsoft Office Access 2003*<sup>®</sup> para armazenamento dos dados.

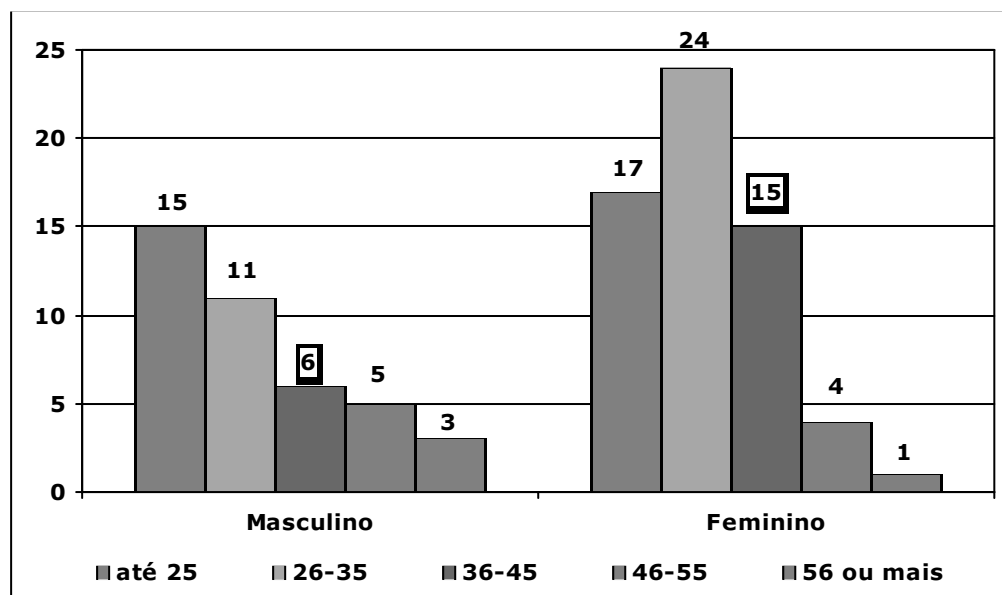
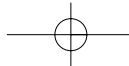


Figura 5 – Distribuição dos usuários do CTA de acordo com o sexo e idade.

Tabela 1 – Conjunto de ações mais importantes para a prevenção da aids

Conjunto de ações	n	%
Uso de preservativos + uso de seringas/agulhas descartáveis	33	32,7
Uso de seringas/agulhas descartáveis + redução do nº parceiros sexuais	4	4,0
Uso de preservativos + redução do número de parceiros sexuais	40	39,5
Uso de seringas/agulhas descartáveis + testagem do sangue	3	3,0
Uso de preservativos + testagem do sangue	17	16,8
Redução do número de parceiros sexuais + testagem do sangue	4	4,0
<b>total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

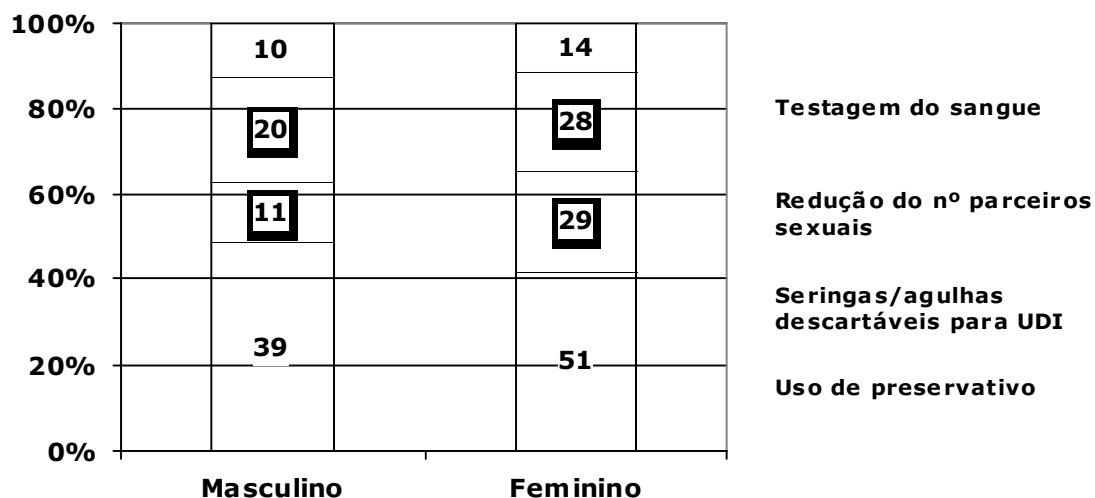
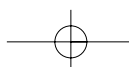
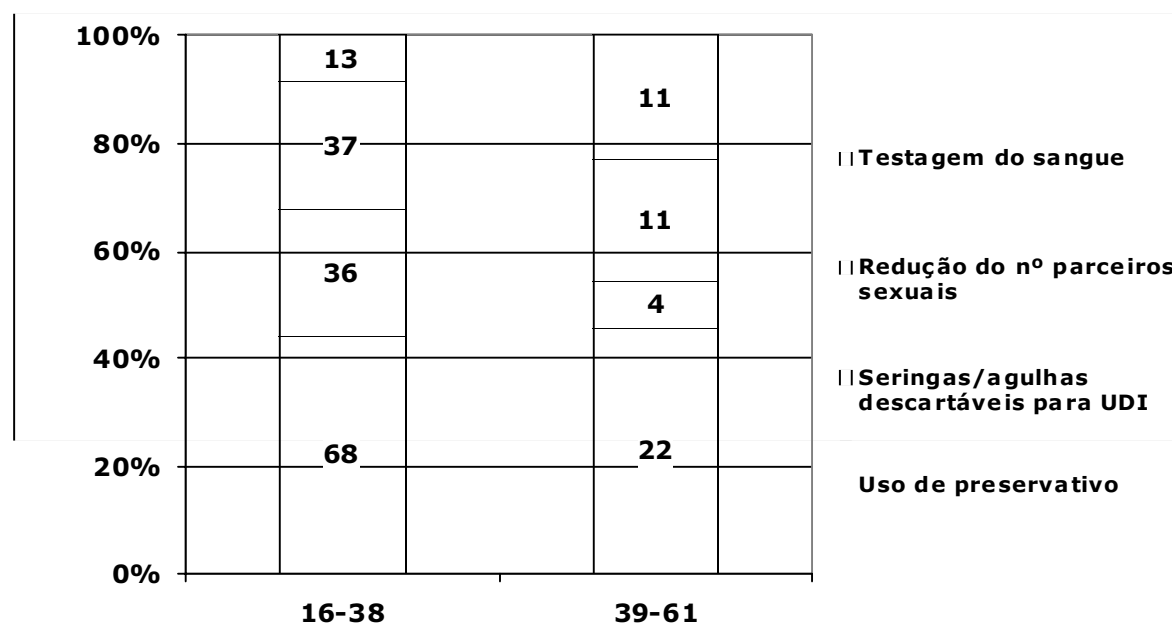


Figura 6 – Distribuição das estratégias de prevenção de acordo com o sexo.





**Figura 7** – Distribuição das estratégias de prevenção de acordo com a faixa etária.

## RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 40 clientes do sexo masculino e 61 do sexo feminino. Trinta e dois clientes tinham até 25 anos (inclusive), 35 tinham entre 26 e 35 anos, 21 tinham entre 36 e 45 anos, nove tinham entre 46 e 55 anos, e finalmente outros quatro tinham 56 anos ou mais de idade. A **Figura 5** mostra a distribuição de frequências dos sexos e faixas etárias.

Com relação ao local de residência, 83 clientes eram da cidade de Porto Velho (82,2%), e os demais dezoito moravam em outras localidades (17,8%).

A **Tabela 1** mostra os resultados da segunda pergunta do questionário: “Qual conjunto de ações você considera mais importante para a prevenção da aids?” Anteriormente, na primeira pergunta do questionário aplicado, foi solicitado aos clientes do CTA que indicassem as opções que ajudavam a se proteger da aids, com o intuito de fazê-los lembrar que todas as alternativas apresentadas são importantes para a prevenção.

A idéia dos autores deste estudo era de que a maioria das pessoas marcaria a opção “uso de preservativos”, pelo fato de esta estratégia de prevenção ser veiculada na mídia há mais tempo. Por isso, as ações de prevenção foram combinadas duas a duas para possibilitar a escolha de opções nas quais constasse a testagem do sangue. Em se-

guida, procedeu-se a uma decomposição dos resultados. Com isto, obteve-se o seguinte: uso de preservativo (90), redução do número de parceiros sexuais (48), uso de material descartável por usuários de drogas injetáveis (40), e testagem do sangue (24). As **Figuras 7 e 8** mostram como estes resultados se distribuem conforme o sexo e a faixa etária dos clientes.

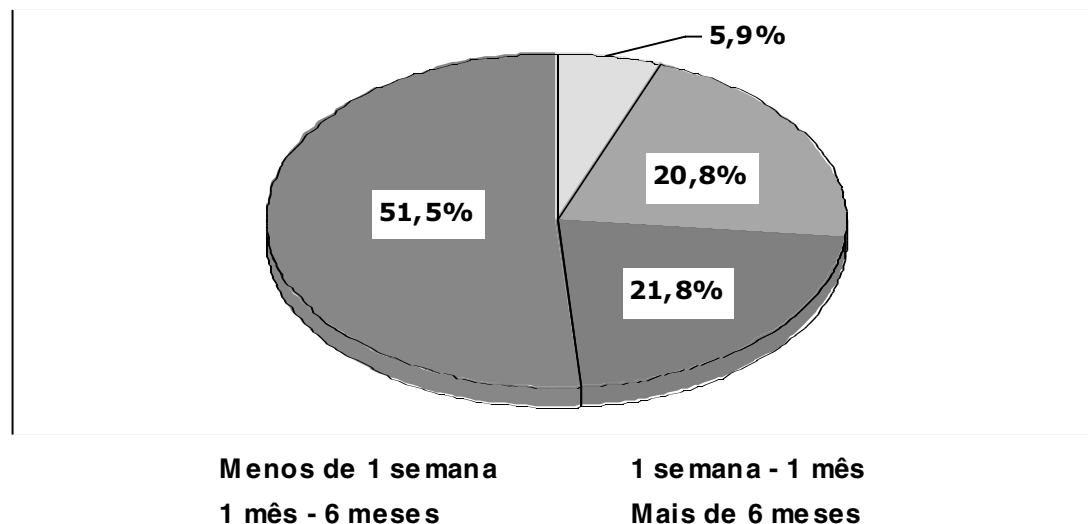
Como pode ser visto na **Figura 6**, o “uso de preservativo” foi a estratégia de prevenção mais citada pela amostra de usuários: 48,8% pelo sexo masculino e 41,5% pelo sexo feminino. Por outro lado, citaram a “testagem do sangue” apenas 12,5% dos clientes do sexo masculino e 11,5% dos clientes do sexo feminino.

Para se verificar a distribuição das estratégias de prevenção de acordo com a idade, os 101 usuários foram divididos em dois grupos: 77 clientes tinham idade compreendida entre 16 e 38 anos (inclusive), e 24 clientes tinham entre 39 e 61 anos de idade (inclusive). A definição destas duas faixas etárias foi arbitrária. A finalidade era obter duas faixas etárias com mesma amplitude, sendo que os extremos de idade foram definidos pelos clientes de menor e de maior idade entre todos aqueles pertencentes à amostra.

Como é mostrado na **Figura 7**, houve diferenças entre os dois grupos. O “uso de material descartável pelos usuários de drogas injetáveis” foi citado mais vezes (23,2%) pelos clientes mais jovens,

**Tabela 2** - Estratificações etárias da presente casuística e do estado de Rondônia

	Casuística do CTA	%	Rondônia	%
15 a 24 anos	31	30,7	294.433	32,5
25 a 39 anos	48	47,5	324.491	35,9
40 anos ou mais	22	21,8	285.738	31,6
Total	101	100,0	904.662	100,0



**Figura 8** – Tempo que os clientes sabiam da existência do CTA.

**Tabela 3** – Etapa mais importante do atendimento, por sexo

	Feminino	%	Masculino	%	Total
Aconselhamento	46	75,4	28	70	74
Resultado do exame	15	24,6	12	30	27
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>101</b>

**Tabela 4** – Etapa mais importante do atendimento, por faixa etária

	16–38 anos	%	39–61 anos	%	Total
Aconselhamento	58	75,3	16	66,7	74
Resultado do exame	19	24,7	8	33,3	27
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>101</b>

com 16 a 38 anos. Por outro lado, a “testagem do sangue para o HIV” foi mais citada entre os usuários com 39 a 61 anos (22,7%).

A esta altura, seria interessante comparar as estratificações etárias da presente casuística e do estado de Rondônia (**Tabela 2**).

Ao se excluir a faixa etária de 0-14 anos, verifica-se que poucos são os usuários com 40 anos ou mais que estão procurando atendimento no CTA, com relação ao percentual da população desta faixa etária.

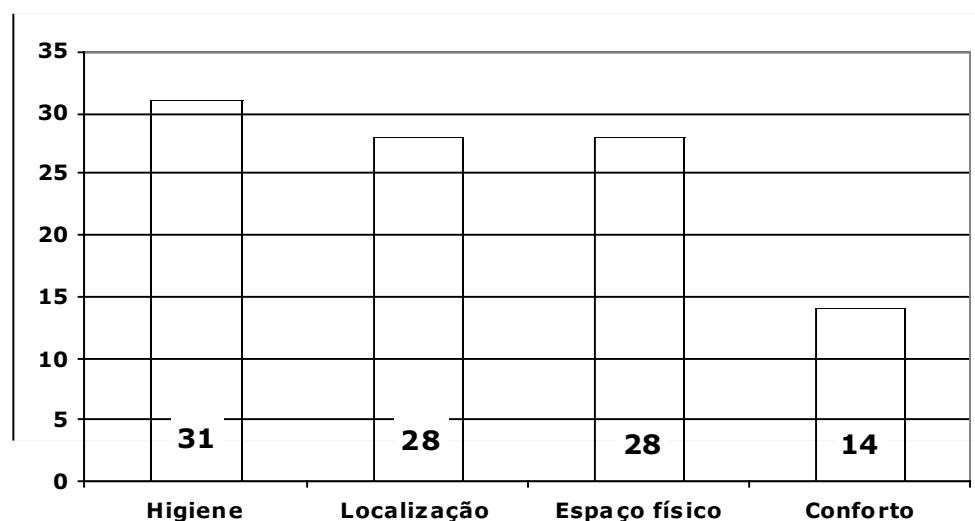
Outra questão levantada junto aos clientes do CTA foi o tempo que sabiam da existência deste serviço, antes de o procurar. A Figura 8 mostra como nossa amostra de clientes do CTA se distribuía, conforme esta variável.

A maioria dos usuários (51,5%) demorou mais de seis meses para procurar atendimento no CTA. Não constava entre os objetivos deste estudo, saber o porquê desta postergação. No entanto, existem algumas referências na literatura acerca das possíveis causas deste fato.

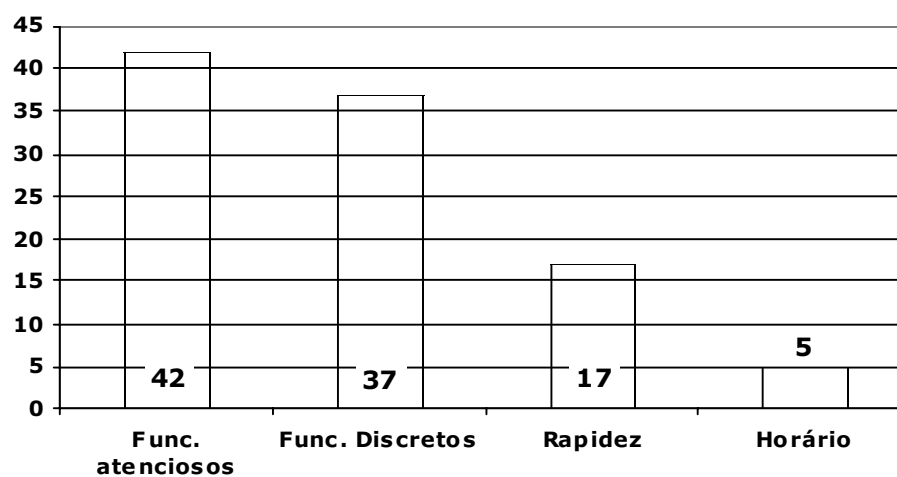
Gênero masculino, idade menor que 24 ou maior que 50 anos, poucos anos de escolaridade, residência em áreas não-urbanas, estar

casado e crença de não estar sob risco de contrair HIV foram citados como potenciais “empecilhos” para a testagem para o HIV.<sup>20</sup> Outras possíveis causas são: medo de consequências adversas (como a rejeição familiar, por exemplo), não reconhecimento de benefícios em realizar o teste, normas culturais, não-disponibilidade do teste no local, falta de privacidade durante o aconselhamento, falta de garantias quanto à confidencialidade, custo, demora para obter o resultado, isolamento pessoal e falta de suporte social.<sup>21</sup> Realizar o teste durante a gravidez tem sido reconhecido como um benefício pelas gestantes, na medida em que se tornou possível diminuir os níveis de transmissão do HIV ao feto e recém-nascido, através de intervenção médica.

Foi também perguntado aos usuários do CTA da Policlínica Oswaldo Cruz, que etapa do atendimento eles consideravam mais importante: “aconselhamento sobre prevenção” ou “entrega do resultado dos exames”. As **Tabelas 3 e 4** mostram como as respostas se distribuíram, de acordo com o sexo e idade dos usuários.



**Figura 9** – Aspecto mais importante para um CTA.



**Figura 10** – Aspecto mais importante no atendimento de um CTA.

O aconselhamento pré-teste foi considerado como a etapa mais importante do atendimento em um CTA, com proporção semelhante para os dois sexos (75,4% para o sexo feminino e 70,0% para o sexo masculino). Porém, ao se considerar a *faixa etária* dos usuários, havia uma proporção maior de usuários com 16 a 38 anos (3/4) que consideravam o aconselhamento mais importante, com relação aos usuários com 39 a 61 anos (2/3). À primeira vista, os clientes mais jovens parecem estar mais conscientizados sobre a importância do aconselhamento, no contexto da prevenção ao HIV.

O uso de um teste rápido para o HIV, que tem a capacidade de fornecer o resultado em menos de 20 minutos, pode aumentar a quantidade de pessoas que têm acesso a seus resultados. Segundo a

*DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4): 265-280, 2005*

opinião de especialistas no assunto, tais testes podem, desta forma, melhorar a prestação de aconselhamento.<sup>22</sup> Esta opinião tem maior validade quando este tipo de teste rápido é utilizado em locais que prestam o serviço de aconselhamento. Porém, se o teste for realizado pelas próprias pessoas, sem a devida orientação sobre as peculiaridades da doença e do exame em si, a eficácia desta estratégia de prevenção pode ficar seriamente comprometida.

Foi perguntado também aos usuários que aspecto eles consideravam mais importante para um CTA (localização, higiene, espaço físico ou conforto) e que aspecto seria mais importante no atendimento de um CTA. Os resultados são mostrados nas **Figuras 9 e 10**.

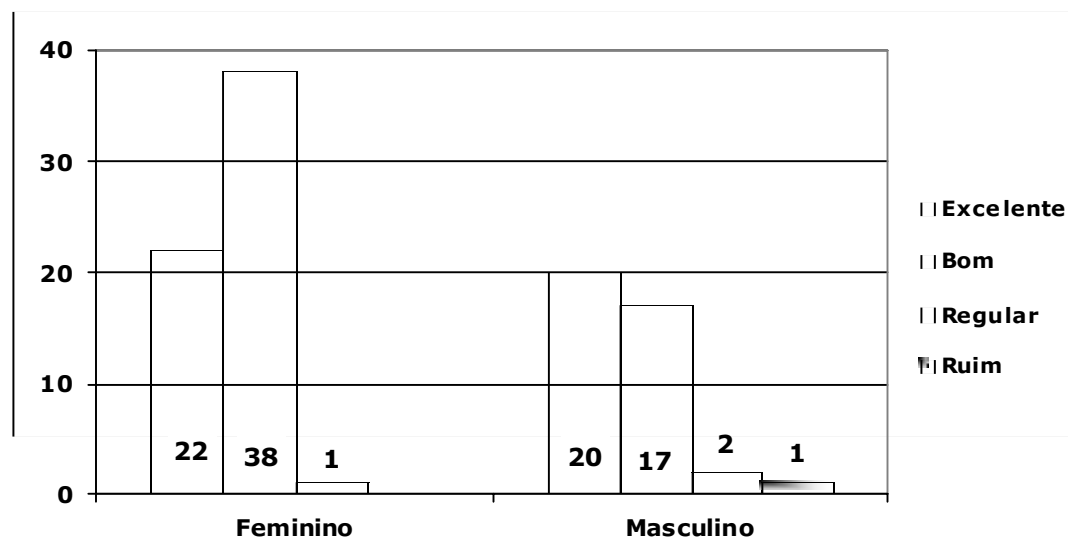


Figura 11 – Grau de satisfação com o atendimento, conforme o sexo.

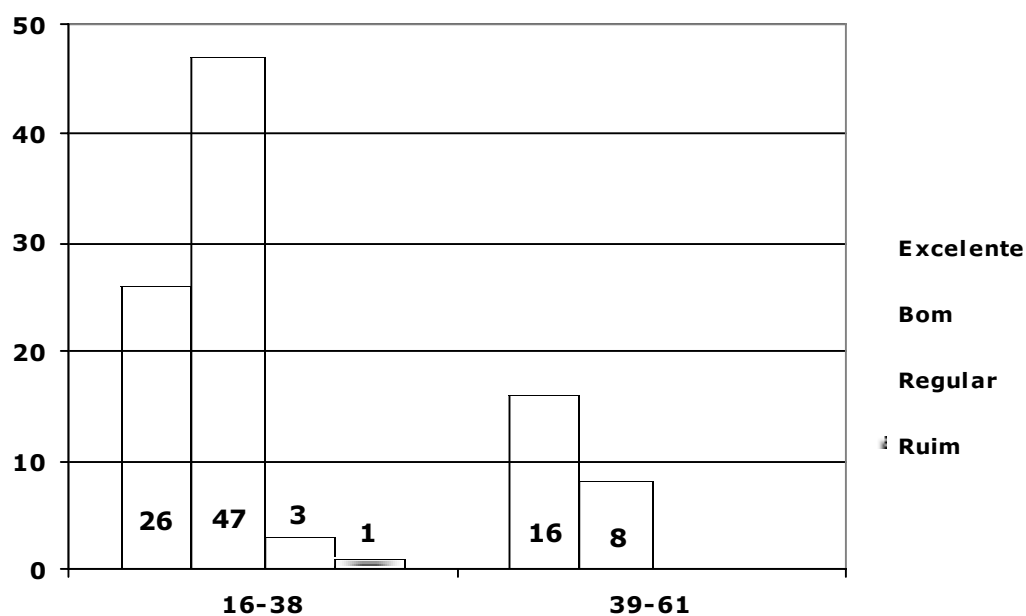


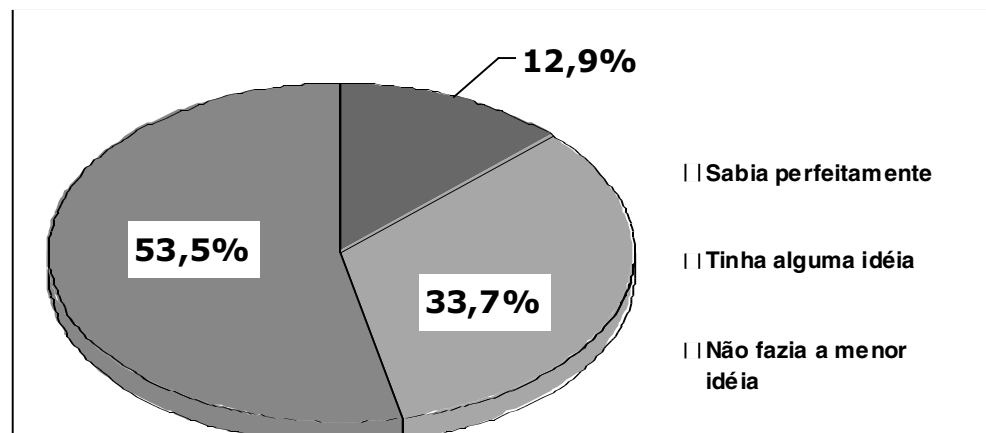
Figura 12 – Grau de satisfação com o atendimento, conforme a faixa etária.

Segundo a opinião desta amostra de usuários, a “higiene” foi o aspecto considerado mais importante para este tipo de Serviço de Saúde, com 30,7% das respostas. Por outro lado, apenas 13,9% das pessoas consideraram o “conforto” como aspecto mais importante, dentre as quatro alternativas apresentadas.

Com relação ao aspecto mais importante referente ao atendimento, a “atenção dos funcionários do CTA” para com os usuários foi a alternativa marcada com maior frequência (41,6%). O “horário de atendimento” foi o aspecto menos escolhido, em apenas 4,9% das

vezes. Quanto à questão do horário, é importante mencionar que a coleta de sangue ocorre apenas pela manhã, sendo que o aconselhamento é realizado nos dois turnos de funcionamento da Policlínica.

Deve ser observado que, ao formular estas duas perguntas, o objetivo em vista era saber que aspecto era considerado mais importante na concepção de cada usuário e, não, solicitar a opinião da clientela sobre as qualidades do CTA onde foi realizado o estudo. Este objetivo foi explicado pelo aplicador do questionário aos usuários do CTA.



**Figura 13** – Conhecimento sobre o que iria acontecer durante o atendimento.

**Tabela 5** – Taxa de satisfação com os Serviços de Saúde

Dimensões	Usuários	Não-usuários	Taxa de satisfação (%)
	Importância atribuída (%)	Taxa de satisfação (%)	
Garantia de acesso e processo de execução do serviço	49,9	60,7	50,3
Qualidade no atendimento	7,4	66	55
Qualidade no serviço	12,6	71,5	62,5
Agilidade no atendimento	20,4	56	46,4
Adequação das instalações físicas	9,7	67,1	57,2
Taxa de satisfação dos Serviços de Saúde	100	64,3	54,3

Fonte: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão, 1999.<sup>23</sup>

O grau de satisfação com o atendimento foi abordado em uma das questões, tendo sido os clientes divididos conforme o sexo e a faixa etária. Os resultados obtidos são mostrados nas **Figuras 11 e 12**.

À primeira vista, parece que as clientes do sexo feminino foram mais exigentes com relação àqueles do sexo masculino: a proporção de pessoas que consideraram o atendimento “excelente” foi de 50,0% entre os homens e de apenas 36,1% entre as mulheres.

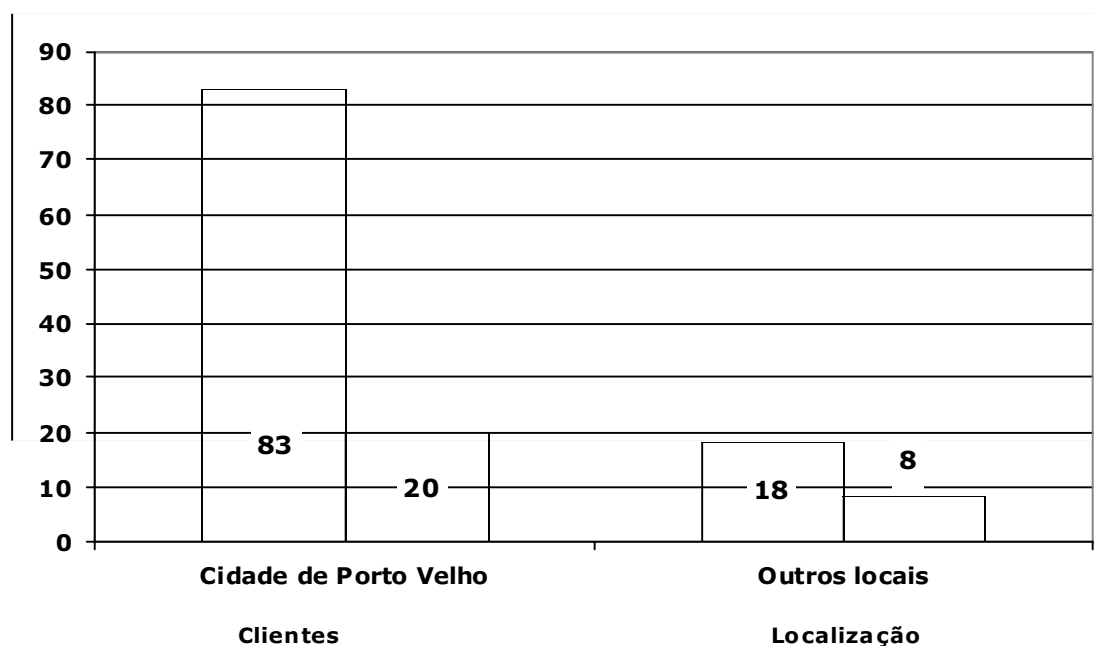
Da mesma forma, parece que as pessoas com 16 a 38 anos foram mais exigentes que aquelas com idade compreendida entre 39 e 61 anos, conforme é mostrado na **Figura 12**. No primeiro grupo, apenas 26 entre 77 (33,8%) referiram um grau de satisfação “excelente”. A mesma resposta foi dada por 16 dentre 24 pessoas com 39 a 61 anos, ou seja, em 66,7% das vezes.

Ainda de acordo com os objetivos específicos, no intuito de reconhecer possíveis estratégias de *marketing* social, procurou-se aferir o grau de conhecimento, por parte da clientela, sobre o que iria ocorrer durante o processo de atendimento no CTA em suas várias fases: aconselhamento pré-teste, testagem sorológica e aconselhamento pós-teste. Diversos aspectos que se constituem em barreiras à testagem podem estar relacionados ao desconhecimento pelo cliente do processo de atendimento como um todo, bem como das finalidades de cada etapa do atendimento. Assim, a falta de expectativa quanto

aos benefícios, bem como a desconfiança quanto à confidencialidade e privacidade no decorrer do atendimento, podem ser fatores suficientes para desestimular as pessoas quanto ao aconselhamento e à testagem.

Conforme a **Figura 13**, das 13 pessoas da presente amostra que disseram saber perfeitamente o que iria ocorrer, dez delas (76,9%) consideraram o atendimento excelente. Por outro lado, esta foi a opinião de apenas 32 pessoas (36,4%) das 88 que tinham “alguma idéia” ou que desconheciam por completo o teor do atendimento. Os resultados desta amostra sugerem que conhecer previamente o que vai acontecer durante o atendimento parece predispor os clientes a uma maior satisfação com o atendimento. No entanto, mais estudos sobre estes aspectos se fazem necessários, com planejamento da definição da amostra e com tratamento estatístico adequado.

A qualidade dos serviços públicos oferecidos à população vem sendo alvo de estudo por órgãos governamentais. Realizada durante a segunda quinzena de setembro e a primeira quinzena de outubro de 1999, sob a coordenação da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, a *Primeira Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários de Serviços Públicos* abordou diversos aspectos dos Serviços de Saúde, de Educação e de



**Figura 14** – Local de residência dos usuários e escolha da opção “Localização” como aspecto mais importante para um CTA.

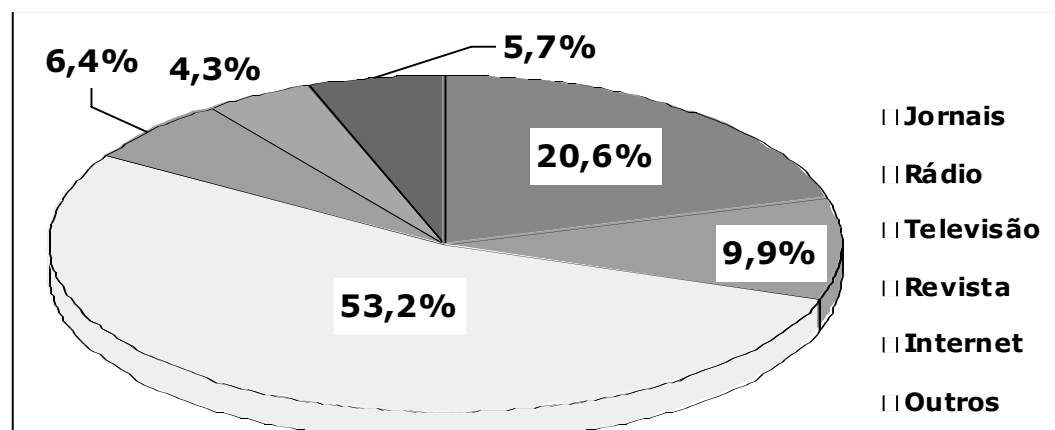
**Tabela 6** – Como os usuários ficaram sabendo do CTA, conforme o sexo

Meios de divulgação	Masculino	Feminino	Total
Cartazes, panfletos, outdoors	1	-	1
Amigos/usuários	19	32	51
Jornais	5	2	7
Rádio	-	3	3
Televisão	3	1	4
Revista	-	1	1
Banco de sangue	3	2	5
Serviço/profissional de saúde	7	24	31
Serviço de informação telefônica	-	1	1
Internet	-	-	-
Outros meios	6	4	10

**Tabela 7** – Como os usuários ficaram sabendo do CTA, conforme a faixa etária

Meios de divulgação	16-38 anos	39-61 anos	Total
Cartazes, panfletos, outdoors	1	-	1
Amigos/usuários	37	14	51
Jornais	6	1	7
Rádio	3	-	3
Televisão	3	1	4
Revista	1	-	1
Banco de sangue	3	2	5
Serviço/profissional de saúde	25	6	31
Serviço de informação telefônica	1	-	1
Internet	-	-	-
Outros meios	7	3	10





**Figura 15** – Meios de comunicação que os clientes do CTA referiram utilizar para obter informações e notícias.

Previdência Social.<sup>23</sup> Os resultados referentes aos Serviços de Saúde são mostrados na **Tabela 5**, a seguir.

Como pode ser observado na Tabela 5, na pesquisa de avaliação empreendida pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, os usuários dos Serviços de Saúde consideraram a “garantia de acesso/processo de execução do serviço” como o item mais importante, porém a taxa de satisfação mais elevada com o Serviço de Saúde foi aquela relacionada com a “qualidade no serviço”. Com relação às diversas dimensões abordadas pela citada pesquisa, o grau de satisfação dos usuários dos Serviços de Saúde sempre foi maior que o grau de satisfação dos não-usuários. Estes resultados, de certa forma, dão sustentação à idéia de que o conhecimento do serviço e do que vai acontecer durante o atendimento favorecem uma satisfação maior com o serviço.

Uma das questões abordadas foi o bairro/cidade de residência destes usuários. Dos 101 usuários que participaram deste estudo, 83 (83,8%) moravam na cidade de Porto Velho e os 18 restantes (16,2%) moravam em outras localidades.

Dos 83 usuários do CTA que moravam na cidade de Porto Velho, 20 deles (24,1%) referiam ser a “localização” o aspecto mais importante para um CTA; por outro lado, oito (44,4%) dos dezoito clientes que moravam em outras localidades, referiam que a “localização” era mais importante. Portanto, o local de residência (em Porto Velho ou fora da cidade) parece ter influenciado a opinião dos usuários no tocante a este aspecto (**Figura 14**).

A distribuição geográfica dos CTA parece ser de grande importância na estratégia de prevenção, facilitando o acesso dos usuários ao serviço. Esta assertiva pode ser confirmada quando se observa a distribuição espacial dos diversos Centros de Aconselhamento e Diagnóstico em Portugal (**Figura 3**).

As **Tabelas 6 e 7** mostram os modos pelos quais os usuários do CTA da Policlínica Oswaldo Cruz ficaram sabendo da existência deste Serviço de Saúde.

Para os 40 clientes do sexo masculino, os meios mais frequentes pelos quais ficaram sabendo sobre o CTA foram amigos e usuários do CTA (43,2%) e Serviços de Saúde/profissionais de Saúde

(15,9%). Para as 61 clientes do sexo feminino, os meios mais frequentes pelos quais ficaram sabendo sobre o CTA foram amigos e usuários do CTA (45,7%) e Serviços de Saúde/profissionais de Saúde (34,3%) (**Tabela 6**).

A forma de divulgação da testagem oferecida pelo CTA entre os usuários é diversificada.<sup>24</sup> Entre os homens, predomina a indicação dos amigos ou outros usuários (39,3%), seguido por materiais de divulgação (25,4%). Para as mulheres, predomina a indicação de profissionais de Saúde (57,1%), seguido por indicação de amigos/usuários (23,9%). É digno de nota que, entre os homens, os materiais de divulgação aparecem em 2º lugar, o que não ocorre na amostra de usuários do CTA da Policlínica Oswaldo Cruz. Além disso, os profissionais de Saúde constituem a principal forma de divulgação do CTA para as mulheres, o que não ocorre na casuística do CTA da Policlínica Oswaldo Cruz.

Quando a mesma questão é analisada, conforme a faixa etária dos clientes do CTA da Policlínica Oswaldo Cruz, verifica-se que os meios de divulgação mais utilizados pela clientela com 16 a 38 anos de idade são os amigos/usuários do CTA (42,5% das respostas) e serviço/profissionais de Saúde (28,7% das respostas). Entre os clientes com 39 a 61 anos, amigos/usuários do CTA (51,8%) e serviço/profissionais de Saúde (22,2%) foram as respostas mais frequentes (**Tabela 7**).

Por outro lado, com relação aos meios de comunicação mais utilizados pelos usuários quando a finalidade é obter informações e notícias, a “televisão” foi a resposta mais frequente (53,2% das respostas) seguida por “jornais” (20,6%) e “rádio” (9,9%) conforme mostrado na **Figura 15**.

A diferença entre a mídia preferida pelos usuários do CTA para obter notícias e informações, e os meios pelos quais estes usuários efetivamente receberam informações sobre o CTA, indica que veículos com maior poder de penetração nos lares, tais como televisão, rádio e jornais, estão sendo poucos explorados na divulgação dos serviços oferecidos pelo CTA. No entanto, estes resultados são válidos apenas para esta amostra e para a região de Porto Velho e adjacências. Para verificar estas informações com maior grau de acurácia, seria necessário estender esta pesquisa para uma amostra mais

representativa da população, bem como saber se o mesmo ocorre em outras regiões do país.

## CONCLUSÃO

Através da análise das respostas dos usuários do CTA da Policlínica Oswaldo Cruz ao questionário aplicado, foi possível chegar às conclusões que se seguem.

Primeiramente, a *testagem do sangue* foi a ação de prevenção à aids menos citada pelos clientes do CTA. No entanto, esta ação de prevenção foi mais lembrada pelos clientes na faixa de 39 a 61 anos de idade.

Verificou-se também que o *grau de importância dada à testagem do sangue e ao aconselhamento* variou conforme a faixa etária: a testagem do sangue tende a ser mais valorizada pelos usuários com mais idade (39 a 61 anos), enquanto o aconselhamento foi considerado a etapa mais importante do atendimento no CTA pelo grupo mais jovem de usuários (16 a 38 anos).

Quanto aos aspectos mais importantes referentes às instalações do CTA e ao atendimento, as respostas mais frequentes foram, respectivamente, a *higiene e a atenção dispensada pelos funcionários*.

Apenas uma minoria (12,9%) dos clientes sabia perfeitamente o que iria ocorrer durante todas as etapas do atendimento. No entanto, o grau de satisfação com o serviço foi maior nesta pequena parcela da clientela.

Embora a televisão tenha sido citada como o meio de comunicação preferido para obter informações em geral, os meios de informação sobre o CTA mais citados pelos usuários foram os *amigos/usuários e os serviços/profissionais de Saúde*. Isto mostra que meios de comunicação de massa como televisão, rádio e jornais estão sendo pouco explorados na divulgação dos serviços prestados pelos CTA.

Por fim, a *localização do CTA* foi valorizada mais frequentemente pelos 18 usuários do CTA que moravam fora da cidade de Porto Velho do que pelos 83 clientes da cidade (44,4% e 24,1% das pessoas, respectivamente).

Todos estes aspectos citados acima são relevantes quando se considera o planejamento das campanhas de Saúde Pública. Conforme as características dos grupos-alvos que se quer atingir, o conteúdo da mensagem deve variar. Ou seja, as mensagens de prevenção não podem, em hipótese alguma, ser padronizadas. Estas mensagens devem também ressaltar as qualidades do CTA como forma de atrair o público, desmistificando o ato da testagem sorológica e do aconselhamento.

Grandes passos em direção ao enfrentamento da epidemia do HIV/aids se dão com informação e conscientização do público, além da ampla disponibilização dos Serviços de Saúde. O *marketing social*, na estratégia de prevenção, pode contribuir de maneira significativa para estes fins.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Unaid. Resumen mundial de la epidemia de SIDA, diciembre de 2004. Disponível em: <[http://www.unaids.org/wad2004/EPI\\_1204\\_pdf\\_sp/Chapter0-1\\_intro\\_sp.pdf](http://www.unaids.org/wad2004/EPI_1204_pdf_sp/Chapter0-1_intro_sp.pdf)>. Acessado em 1º de maio de 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico–AIDST. 1ª a 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, Ano I, n. 1; 2004.
- Centers for disease control and prevention. Late versus early testing of HIV. MMWR, vol. 52, n. 25, p. 581-6, June 2003. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5225a2.htm>>. Acessado em 2 de julho de 2003.
- Laurence J. Identifying and modifying barriers to HIV testing and prevention. The Aids reader Danvers, v. 12, n. 12, dec. 2002. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/446807>>.
- Autores diversos. Definições de marketing social. Disponível em: <<http://www.socialtec.org.br/Downloads/MarketingSocial/DefinicoesDeMarketingSocial.doc>>. Acessado em 8 de outubro de 2005.
- Schiavo MR. Conceito & evolução do marketing social. Disponível em: <<http://www.socialtec.com.br>>. Acessado em 1º de maio de 2005.
- Santos LHS. Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000). Porto Alegre: UFRGS; 2002. Tese (doutorado).
- Wasek GK. Aplicação do marketing social na saúde pública – uma perspectiva do marketing. Disponível em: <<http://www.socialtec.com.br>>. Acessado em 1º de maio de 2005.
- Vaz GN. Marketing social e comunitário. In: Marketing Institucional: o mercado de idéias e imagens. São Paulo: Pioneira; 1995. p. 280-301.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes dos centros de testagem e aconselhamento - CTA: manual. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- Silva SMB, Barros SR. CTA contextualizando a sua história. In: Szapiro AM (Org.) Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde 2004. p. 19-25.
- AIDS Portugal. Centros de Aconselhamento e Diagnóstico (CAD). Disponível em: <<http://www.aidsportugal.com/index.php?file=cads.info>>. Acessado em 20 de abril de 2006.
- Slack N, Chambers S, Harland C et al. Papel estratégico e objetivos da produção. In: Administração da produção. Edição compacta. São Paulo: ATLAS 1999. p. 55-72.
- Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. Centro de testagem e aconselhamento – CTA. Disponível em: <[http://www.saudejoinville.sc.gov.br/us/US\\_e\\_CTA.pdf](http://www.saudejoinville.sc.gov.br/us/US_e_CTA.pdf)>. Acessado em 20 de abril de 2006.
- Kotler P. Construindo negócios lucrativos com marketing de classe mundial. In: Marketing para o século XXI. 10ª Ed. São Paulo: Futura; 2001. p. 15-30.
- Brasil. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Diário Oficial da União, Brasília, v. 142, nº 135, p. 111, 14 de julho de 2005. Seção 1.
- Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. Implicações éticas da triagem sorológica para o HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
- Boswell D, Bagaley R. Voluntary counseling and testing (VCT) and young people: a summary overview. Disponível em: <[http://www.usaid.gov/pop\\_healthy/aids/TechAreas/docs/vctyouth.pdf](http://www.usaid.gov/pop_healthy/aids/TechAreas/docs/vctyouth.pdf)>. Acessado em 18 de fevereiro de 2005.
- Rouquayrol MZ, Barreto M. Abordagem descritiva em Epidemiologia. In: Rouquayrol MZ & Almeida-Filho N. Epidemiologia & Saúde. 6ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 83-121.
- Inungu JN. Potential barriers to seeking Human Immunodeficiency Virus testing among adults in the United States: data from the 1998 national health interview survey. Aids patient care and STD 2002; 16(6): 293-8.
- Vermund SH, Wilson CM. Barriers to HIV testing: where next? The Lancet. London, oct. 2002. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>. Acessado em 23 de janeiro de 2003.
- Centers for disease control and prevention. Notice to readers: approval of a new rapid test for HIV antibody. MMWR, vol. 51, n. 46, p. 1051-2, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/446184>>. Acessado em 18 de dezembro de 2002.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. Primeira pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos usuários de serviços públicos. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Disponível em: [http://www.planejamento.gov.br/arquivos\\_down/seges/pesquisa\\_satisfacao.pdf](http://www.planejamento.gov.br/arquivos_down/seges/pesquisa_satisfacao.pdf). Acessado em 29 de maio de 2003.

24. Griep RH *et al.* Perfil de usuários de um centro de testagem e aconselhamento a partir de dados do SI-CTA. *In:* Szapiro AM (Org.) Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 56-67.

**Endereço para correspondência:**

**ADRIANA AC TIBÚRCIO**

Rua Dom Pedro II, 637 – sala 409 – Centro  
Porto Velho – CEP: 78.900-010

Recebido em: 27/07/05

Aprovado em: 28/11/05

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INFECÇÃO PELO HIV-1 EM GESTANTES DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL - BRASIL

*EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HIV-1 INFECTION IN PREGNANT WOMEN OF STATE OF MATO GROSSO DO SUL – BRAZIL*

*Ernesto A Figueiró-Filho,<sup>1</sup> Flávio RA Senefonte,<sup>2</sup> Alessandro HA Lopes,<sup>2</sup> Virgílio GS Júnior,<sup>3</sup> Carlos A Botelho,<sup>3</sup> Geraldo Duarte<sup>4</sup>*

## RESUMO

**Introdução:** a infecção HIV-1 em gestantes muitas vezes é subdiagnosticada, devido à característica assintomática ou subclínica inicial durante a gestação. O conhecimento da realidade local, bem como do perfil epidemiológico da infecção HIV-1 durante o período gestacional é importante em populações brasileiras. **Objetivo:** avaliar a frequência, o perfil epidemiológico e a associação da infecção HIV-1 com a idade materna em gestantes submetidas à triagem pré-natal de um estado da região Centro-Oeste brasileira. **Métodos:** estudo prospectivo de 71 gestantes com diagnóstico de infecção pelo vírus HIV-1 de 32.512 gestantes submetidas à triagem pré-natal no período de novembro de 2002 a outubro de 2003. Esta triagem inclui uma investigação sorológica de 10 infecções através da técnica de papel-filtro, utilizando a metodologia ELISA, sendo a infecção pelo vírus HIV-1 triada pelo método ELISA e confirmada por Western-Blot. A mensuração das variáveis foi expressa pelas médias, ao passo que a associação entre algumas variáveis foi avaliada pelo teste do  $\chi^2$  em tabelas de contingência de dupla entrada. Foi aceito  $p < 0,05$  (95%) como critério para rejeição da hipótese de nulidade. **Resultados:** dentre as 32.512 gestantes triadas, foi encontrada uma frequência de 0,2% (71) para infecção pelo vírus HIV-1, sendo que a maioria das pacientes (88,7%) desconhecia ser portadora do vírus HIV-1 previamente ao pré-natal. A média de idade ao diagnóstico foi de  $24,4 \pm 5,3$  anos, sendo que as gestantes provenientes do interior do Estado representaram 62% da amostra. Não houve associação estatística significativa entre a frequência dos casos e faixa etária das gestantes. Quanto à paridade, a maioria das gestantes se encontrava na terceira gestação (31,25%), sendo o segundo trimestre o período gestacional mais prevalente da realização do diagnóstico (45,5%). O tipo de parto predominante foi cesárea (82%) a termo (89%), havendo um aborto e um óbito fetal. **Conclusão:** a frequência da infecção HIV-1 em gestantes de estado da região Centro-Oeste brasileira ficou abaixo da encontrada em outros estudos nacionais e próxima da observada em estudos internacionais. Não há na literatura mundial ampla triagem pré-natal comparativamente ao presente trabalho. A importância da triagem sorológica do vírus HIV-1 durante o pré-natal o mais precocemente possível deve ser enfatizada, uma vez que no presente estudo, a maioria absoluta das gestantes descobriu-se portadora do vírus HIV pela primeira vez durante o período gestacional, já no segundo trimestre e tendo pelo menos um filho anterior ao diagnóstico.

**Palavras-chave:** pré-natal, HIV, aids, transmissão vertical

## ABSTRACT

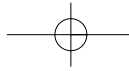
**Introduction:** The HIV-1 infection in pregnant women some times is subdiagnosed due to the asymptomatic and subclinical characteristics of the disease during pregnancy. The knowledge of the local reality and the epidemiological profile of the HIV-1 infection during pregnancy are important in Brazilian populations. **Objective:** to evaluate the frequency, the epidemiological profile and the association of HIV-1 infection with maternal age in pregnant women submitted to prenatal screening tests in one State of the Central-West region of Brazil. **Methods:** prospective study of 71 pregnant women with HIV-1 infection diagnostic of 32512 pregnant women submitted to pre-natal screening in the period of November 2002 to October 2003. This prenatal screening included a serologic investigation of 10 infection diseases using the filter paper technique with ELISA methodology. The HIV-1 infection was diagnostic by ELISA method and it was confirmed by Western-blot. The data were described by media, and some sample data association were performed by chi-squared test in contingency tables. It was accepted  $p < 0.05$  (95%) to reject the nullity hypothesis. **Results:** within the 32512 pregnant women submitted to prenatal screening tests, it was found a frequency of 0.2% (71) of HIV-1 infection, and most of the patients (88.7%) did not

<sup>1</sup>Professor Doutor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS

<sup>2</sup>Acadêmicos do sexto ano do curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS

<sup>3</sup>Complexo de Atendimento Multidisciplinar de Saúde da APAE e Instituto de Pesquisa, Ensino e Diagnóstico (IPED), APAE, Campo Grande-MS

<sup>4</sup>Professor Titular de Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS



know their viral infection by the HIV-1 before pregnancy. The medium diagnostic age was  $24.4 \pm 5.3$  years, and the pregnant infected women provenient from the county regions of the State represented 62% of the sample. There was no statistical significance between the age and the frequency of HIV-1 infection in the pregnant women studied. Most of the infected pregnant women were in their third pregnancy (31.25%) and the second trimester was the most prevalent period of diagnosis (45.5%). The cesarian section was predominant (82%) with term neonates (89%). There was one miscarriage and one case of fetal death. **Conclusion:** the HIV-1 infection in pregnant women of a State of the Central-West region of Brazil was lower than the rates found in other brazilian studies whereas was almost equal the international rates. There was not found in the worldwid literature such a screening as it was performed in the present study. The importance of the earlier prenatal HIV-1 screening must be emphasized once on the present study most of the infected pregnant women were the first time diagnosed during pregnancy within the second trimester and having at least one child previously the HIV-1 diagnosis.

**Keywords:** prenatal, HIV-1, aids, vertical transmission

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4): 281-287, 2005

## INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi descoberto no início da década de 1980 provocando inúmeras dúvidas e temores por sua assustadora mortalidade e desconhecimento sobre sua transmissão, originando preconceitos, que atualmente estão quase totalmente superados. Iniciaram desde então diversos estudos epidemiológicos, microbiológicos e terapêuticos, com o intuito de se descobrir seu modo de transmissão para buscar métodos de prevenção, ao mesmo tempo pesquisando e aperfeiçoando drogas para controle ou cura da infecção pelo vírus HIV-1.

Foram identificados os métodos de transmissão, que podem ocorrer através de relação sexual (primordialmente), compartilhamento de seringas (principalmente em usuários de drogas), transfusão de sangue e derivados, acidentes com materiais perfuro-cortantes contaminados e a transmissão materno-fetal, através da placenta, canal do parto e amamentação, também denominada transmissão vertical (TV).<sup>1</sup>

A TV e neonatal ganhou destaque nos últimos quinze anos em função do aumento de casos em mulheres em idade reprodutiva, o que mudou o perfil epidemiológico mundial da infecção pelo vírus HIV-1. Os primeiros estudos demonstravam predomínio do sexo masculino e, atualmente, a proporção homem/mulher encontra-se em 1,5:1<sup>2</sup> em função da transmissão heterossexual, gerando preocupações em se tentar a redução da TV e neonatal,<sup>1</sup> principal causa de aids na infância.<sup>1-3</sup>

A prevalência da infecção HIV-1 em gestantes tende a ser maior em função do subdiagnóstico, muitas vezes pela característica assintomática ou subclínica inicial, aliada aos poucos trabalhos de triagem populacional em mulheres grávidas<sup>1-8</sup>. Desse modo, torna-se importante o conhecimento da realidade local, bem como do perfil epidemiológico da infecção HIV-1 durante o período gestacional.

A triagem para detecção de novos casos de infecção pelo vírus HIV-1 em gestantes, com um método prático e precoce, favorece a ampliação da prevenção e da melhora dos níveis de assistência materno-infantil.<sup>4-5</sup> Sendo assim, em função da elevada incidência de doenças sexualmente transmissíveis no Brasil.

## OBJETIVO

Avaliar a frequência, o perfil epidemiológico e a associação entre a frequência da infecção HIV-1 e a faixa etária das gestantes acometidas no estado de Mato Grosso do Sul.

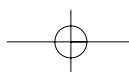
## MÉTODOS

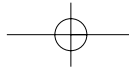
Estudo epidemiológico prospectivo de 71 gestantes diagnosticadas com infecção pelo vírus HIV-1 por intermédio da triagem pré-natal do Programa de Proteção à Gestante do Estado de Mato Grosso do Sul (PPG-MS). A presente amostra foi obtida de 32.512 gestantes submetidas à triagem pelo PPG-MS no período de novembro de 2002 a outubro de 2003. Esta triagem inclui uma investigação sorológica de 10 infecções (HIV-1, hepatite B, hepatite C, HTLV I e II, toxoplasmose, doença de Chagas, herpes simples 1 e 2, sífilis, citomegalovírus e rubéola), através da técnica de papel filtro. A metodologia laboratorial utilizada é o ensaio imunoenzimático (ELISA), sendo a infecção pelo vírus HIV-1 confirmada através do método de Western-Blot.

A gestante ao iniciar o acompanhamento médico pré-natal recebe solicitação da coleta de gota de sangue digital para o papel filtro, que é enviado do posto de coleta até o laboratório do instituto de pesquisa, ensino e diagnóstico (IPED) da APAE de Campo Grande-MS, conveniado à Secretaria Estadual de Saúde, com apoio das Secretarias Municipais de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul. Deste laboratório, partem os resultados para os respectivos centros de triagem, solicitando nova coleta se os testes forem positivos ou indeterminados. Neste caso, a nova coleta, com amostra de soro, destina-se ao Laboratório Central (LACEN) da Fundação Serviços Estaduais de Saúde para contraprova e confirmação diagnóstica. Os casos confirmados são encaminhados aos serviços de referência municipais, estaduais e federais, devendo iniciar protocolos específicos de tratamento estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Este programa de triagem apresenta cobertura de 100% dos municípios do Estado, atingindo cerca de 98% das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A técnica do papel-filtro consiste na coleta de sangue das pacientes, proveniente da polpa digital ou de punção venosa, com deposição no papel-filtro em área previamente demarcada. Após a secagem da amostra (até quatro horas), o papel-filtro é enviado ao laboratório IPED-APAE em Campo Grande, não ultrapassando período superior a 24 horas após a coleta. Depois da chegada ao laboratório, a amostra de sangue é ressuspensa, e então processada pelos testes sorológicos padrões para cada infecção triada. Esta metodologia teve validação por controle interno que observou 99,9 % de sensibilidade





e 99,83 % de especificidade no caso do teste ELISA para diagnóstico da infecção pelo vírus HIV-1.

Para o presente estudo, foram consideradas todas as gestantes com teste confirmatório Western-Blot positivo, de faixa etária livre, atendidas em todos os serviços médicos de pré-natal do Estado, que obtiveram diagnóstico de infecção pelo vírus HIV-1, no período de novembro de 2002 e outubro de 2003.

As informações foram obtidas nos centros de atendimento médico das pacientes (municipais, estaduais e federais), através de pesquisa em prontuários, contato telefônico direto com as gestantes e visita domiciliar quando necessário. Houve consentimento de todas as pacientes participantes do estudo para que tais informações fossem utilizadas. Além disso, o estudo foi aprovado pela comissão de ética em pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

A mensuração das variáveis foi expressa pelas médias, ao passo que a correlação entre algumas variáveis foi avaliada pelo teste do  $\chi^2$  em tabelas de contingência de dupla entrada. Foi aceito  $p < 0,05$  (95%) como critério para rejeição da hipótese de nulidade.

## RESULTADOS

Foi encontrada frequência de 0,2% de gestantes infectadas (71) pelo vírus HIV-1 em 32.512 triadas, sendo que, no momento da triagem, 88,7% (63) destas gestantes desconheciam ser portadoras do vírus HIV-1 (**Figura 1**).

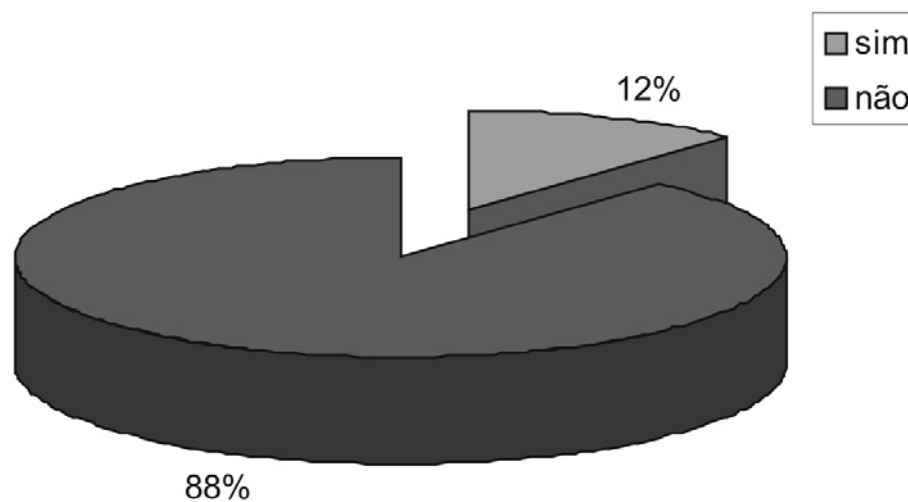
A faixa etária variou entre 16 e 42 anos, com média de  $24,4 \pm 5,3$  anos. A distribuição por faixa etária revelou predomínio entre 20-29 anos, com 63% da amostra, seguido das faixas etárias de 15-19 anos com 23% da amostra e 30-39 com 12%. Não houve associação estatística significativa entre a frequência da infecção HIV-1 em gestantes sul-matogrossenses e faixa etária ( $p = 0,49$ ), conforme pode ser observado na **Tabela 1**.

Quanto à etnia, brancas e pardas predominaram com 42% e 37% da amostra, respectivamente. Com relação à escolaridade, o nível fundamental predominou (77%), seguido do nível médio (19%) e superior (4%), não havendo gestantes analfabetas nesta pesquisa. Já o estado civil, as declaradas casadas foram 38%, as amasiadas 29% e as solteiras 33%. A maioria das gestantes infectadas foi procedente do interior do Estado (62%), conforme exposto na **Figura 2**.

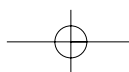
Quanto à paridade e história gestacional, 31% das gestantes se encontravam na terceira gestação ( $2,72 \pm 0,18$ ), sendo o segundo trimestre o período gestacional mais frequente da realização do diagnóstico da infecção HIV-1 (45,5%) (**Figura 3**). A média de partos anteriores foi de  $1,31 \pm 0,16$  até o momento da triagem, estando as gestantes com média de idade gestacional de  $16,9 \pm 8,2$  semanas no momento do diagnóstico inicial.

No pré-natal destas gestantes foi constatado um número médio de consultas próximo de sete ( $6,95 \pm 2,56$ ), com um número médio de ultra-sonografias próximo de duas ( $1,9 \pm 0,64$ ). Quanto a doenças associadas no decorrer da gestação, houve dois casos de infecção de trato urinário (ITU) (2,8%), um de depressão (1,4%), dois de co-infecção pelo HTLV (2,8%), um de co-infecção pelo *T. gondii* (1,4%) e um caso de ameaça de aborto (1,4%). Houve um aborto completo com 15 semanas (1,4%) e um caso de óbito fetal com 36 semanas (1,4%). Não foram encontrados registros sobre doenças febris associadas.

No pré-natal os casos novos foram notificados com o critério de Caracas, permitindo avaliar os dados sobre fatores de risco epidemiológicos (**Tabela 2**) para a infecção pelo vírus HIV-1. Quanto ao esquema anti-retroviral adotado, pôde-se observar na **Tabela 3** que houve dificuldade em se utilizar plenamente o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, em razão de dificuldades existentes nas cidades de origem de algumas pacientes, muitas vezes representadas pela ausência das medicações disponibilizadas pelas secretarias municipais de saúde, conforme registros dos serviços de referência e atendimento das pacientes.



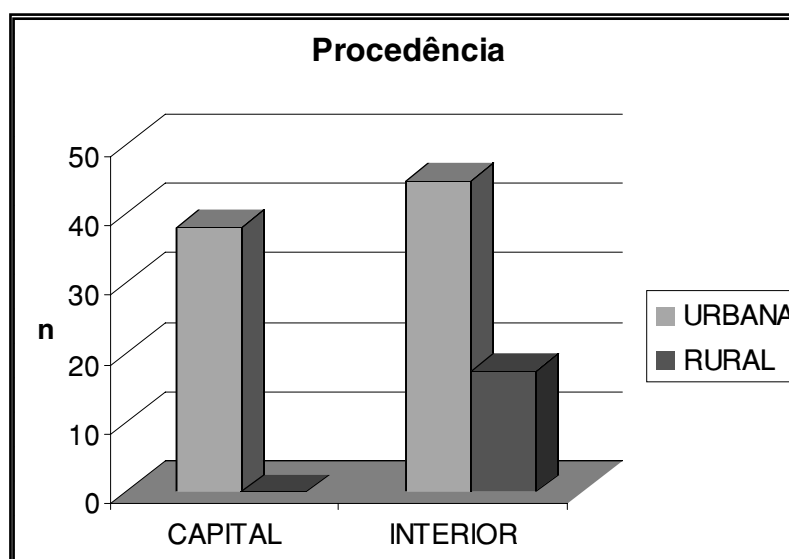
**Figura 1** - Conhecimento da condição de infectada pelo vírus HIV-1 entre as gestantes diagnosticadas pela infecção pelo HIV-1 durante o pré-natal pela triagem do PPG-MS entre 2002 e 2003.



**Tabela 1** - Frequência de anticorpos antivírus da imunodeficiência humana (anti-HIV), de acordo com faixa etária, nas amostras de soro das gestantes submetidas a triagem pelo PPG-MS entre novembro de 2002 e outubro de 2003

Faixa etária (anos)	Testes		ELISA			Western-blot		
	Reagente %	Não-reagente N°	Total %	Positivo HN°	Negativo N°	Total N°	N°	
< 21	16	0,16	9890	99,84	9906	16	0	16
21-30	47	0,27	17272	99,73	17319	45	2	47
> 31	11	0,2	5276	99,8	5287	10	1	11
Total	74	0,2	32438	99,8	32512	71	3	74

ELISA:  $\chi^2 = 3,455$  e  $p = 0,17$ . Western-blot:  $\chi^2 = 1,39$  e  $p = 0,49$ .



**Figura 2** - Procedência das gestantes portadoras da infecção pelo HIV-1 no estado de Mato Grosso do Sul - 2002-2003.

Partindo para o seguimento de partos e recém-nascidos (RN), houve predomínio de partos do tipo cesariana (82%) com idade gestacional à termo (89%). Nas pacientes submetidas a parto normal, o mesmo ocorreu apenas nos casos de amniorrexe prematura. Dados sobre peso e estatura dos RN demonstram peso médio de  $3.089,38 \pm 583,86$  gramas e altura média de  $47,73 \pm 3,26$  centímetros.

Houve registro sobre a utilização do protocolo PACTG 076<sup>13</sup> em 70,3% dos casos. Quanto ao uso de AZT endovenoso no pré-parto, o mesmo foi utilizado em 94,7% das parturientes. O xarope de AZT para o RN foi administrado em 100% dos casos. A amamentação foi proscrita em 100% da amostra no puerpério imediato. Encontrou-se um acompanhamento de 86,9% dos RN em serviços de DIP Infantil.

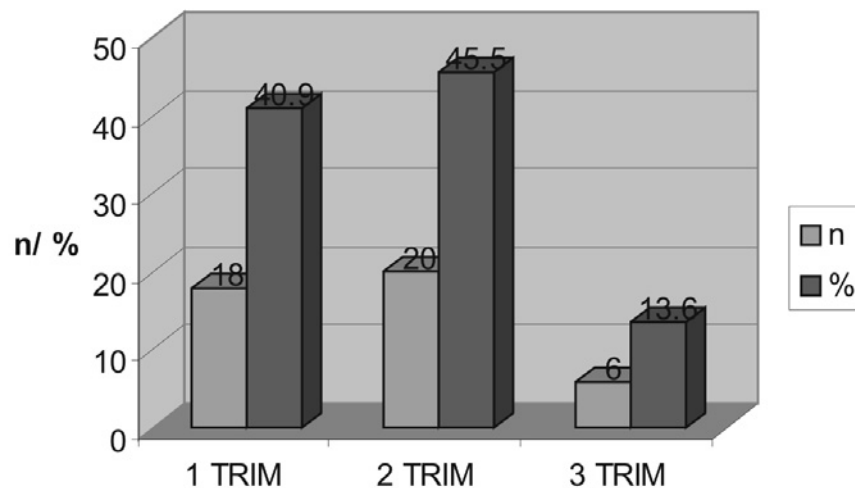
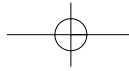
## DISCUSSÃO

A obtenção de 0,2% de frequência de infecção HIV-1 em gestantes sul-matrossenses está abaixo da encontrada em cidades como

Campinas (0,42%) e Londrina (0,6%) e acima dos valores encontrados em gestantes de Salvador (0,1%). Contudo, nos levantamentos de Londrina<sup>9</sup> e de Campinas<sup>10</sup>, a amostragem partiu da população atendida em serviços considerados de referência em gestação de alto risco, o que conduz a maior prevalência devido ao serviço (*viés*) e não pelas características epidemiológicas das populações dessas cidades. No presente estudo, houve triagem populacional nas gestantes do Estado, levando a estimar frequência da infecção HIV-1 em gestantes mais condizente com a realidade populacional, não limitada à população atendida em um único centro.

Já a pesquisa em Salvador<sup>11</sup>, que observou a soroprevalência da infecção pelo vírus HIV-1 de algumas maternidades daquele município, a partir das análises encontradas no laboratório de Saúde Pública, pode ter encontrado menos casos da infecção HIV-1 em gestantes em função da não sistematização do teste para todas as gestantes no mesmo período.

Na Nigéria<sup>12</sup>, em estudo com gestantes voluntárias, foi encontrada frequência de 2,4% de infecção pelo vírus HIV-1. Entretanto, nesta pesquisa, as gestantes eram convidadas por publicidade local a



**Figura 3** - Trimestre gestacional no momento da triagem para infecção pelo vírus HIV-1 das gestantes diagnosticadas com infecção pelo HIV-1 no estado de Mato Grosso do Sul - 2002-2003.

**Tabela 2** - Dados sobre fatores de risco epidemiológicos para a infecção pelo vírus HIV-1 em gestantes sul-matogrossenses entre 2002-2004

Risco epidemiológico	%
Paciente com múltiplos parceiros	13
Parceiro usuário de drogas injetáveis	21,7
Parceiro HIV +	34,8
Parceiro promíscuo	21,7
Paciente usuária de drogas injetáveis	4,3
Paciente com história de transfusão de sangue	4,3

**Tabela 3** - Uso de anti-retrovirais (ARV) durante o pré-natal no estado de Mato Grosso do Sul, 2002-2004

Esquema de ARV utilizado	Utilização (%)
Nenhum	5,3
AZT	15,8
AZT + 3TC + Nelfinavir	21,1
AZT + 3TC + Nevirapina	26,3
AZT + outros ARV	26,4
Outros ARV	10,6

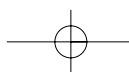
procurar o serviço e fazer a triagem, o que pode ter levado mais mulheres sob risco desejando conhecer seu perfil sorológico a realizar o teste, não demonstrando a realidade da infecção na população grávida daquela comunidade, apesar dos elevados índices de frequência encontrados na África.

Em estudo realizado em Salamanca, na Espanha<sup>13</sup> utilizando triagem pré-natal após consentimento esclarecido, foi observada frequência de 0,22% de gestantes infectadas pelo vírus HIV-1, semelhante ao presente estudo. Mesmo a metodologia sendo semelhante, não houve abrangência de todas as gestantes do setor coberto pelo

serviço, pois somente foram utilizados os dados das pacientes que consentiram, o que pode sugerir que as gestantes em risco foram mais participativas que as demais, elevando o valor encontrado.

Entretanto, inexistente na literatura mundial ampla triagem pré-natal de caráter populacional e não específica, como o do presente estudo.

Na França, até 1995, um grupo de profissionais de saúde pública e epidemiologia pesquisou por sete anos em estudos prospectivos, o seguimento pré-natal, do parto e puerperal, de gestantes HIV-1 positivas, relacionando o risco de infecção com o estágio da doença e a idade materna avançada.<sup>1,14</sup> Concluíram ocorrer maior TV no período





do pré-parto, com maior carga viral e menor contagem de CD4<sup>+</sup> em gestantes de faixa etária acima de 30 anos. Estes dados reforçam a necessidade dos protocolos profiláticos de ARV pré-parto em gestantes sabidamente portadoras de infecção pelo vírus HIV-1.

No presente estudo e em pesquisa realizada em Londrina<sup>9</sup> não houve associação estatística significativa entre a idade das gestantes e a frequência da infecção HIV-1. Contudo, o fato de 88,7% das gestantes diagnosticadas como portadoras do vírus HIV-1 pela primeira vez durante o pré-natal, no estudo de Mato Grosso do Sul, desconhecerem seu perfil sorológico é preocupante, uma vez que a abordagem precoce é fundamental na profilaxia da TV e/ou diminuição da mortalidade materno-infantil.<sup>1,4,15</sup>

O fato da feminização da infecção HIV-1 revela a importância da triagem em mulheres em idade fértil. Este fenômeno mundial vem ocorrendo em razão da disseminação do vírus por transmissão heterossexual, uma vez que a transmissão homem-mulher é mais efetiva, em função do sêmen ter maior concentração de vírus que o conteúdo vaginal e a vagina sofrer mais microfissuras que o pênis na relação vaginal.<sup>3</sup> Deste modo, a mulher tornou-se a principal vítima de contaminação, levando ao possível agravante da transmissão vertical. Outra razão que embasa a investigação do vírus HIV-1 durante o pré-natal é o fato do desconhecimento dos meios de transmissão deste vírus, conforme observado em estudo de Ribeirão Preto<sup>3</sup> que apontou um índice de desconhecimento de 62%, bem como sobre métodos preventivos, concluindo um comportamento sexual inseguro. Estatística provavelmente semelhante ao estado de Mato Grosso do Sul, em função do próprio desconhecimento da condição de infectada em aproximadamente 90% das pacientes diagnosticadas, conforme se observou no presente trabalho.

O Ministério da Saúde estima que a transmissão vertical do vírus HIV-1 corresponde a 2,7% do total geral de casos notificados até agosto de 1999.<sup>8</sup> A TV pode ocorrer durante a gestação, parto e puerpério, por mecanismos ainda não elucidados, sendo o final da gravidez e durante o parto os períodos mais críticos já comprovados,<sup>16-17</sup> com redução significativa da transmissão perinatal pelo uso de ARV.<sup>9,15,18-24</sup> Diversos estudos foram estimulados com medidas profiláticas nesses momentos, observando redução de até 70% da TV.<sup>1,9,15,18-24</sup> No presente estudo, pode-se constatar uma razoável aplicação da profilaxia ARV durante a gestação e trabalho de parto, incluindo o xarope de AZT para o RN. Foi observado, no presente estudo, haver uma deficiência na aplicação do protocolo PACTG-076 no período pré-natal (70,3% das pacientes), justificado em alguns casos onde a paciente foi diagnosticada com a infecção pelo HIV-1 no final do terceiro trimestre gestacional, ou não aderiu ao tratamento ou a disponibilidade dos medicamentos ficou prejudicada. Quanto à aplicação no período do pré-parto do protocolo preconizado por Connor *et al.*<sup>15</sup>, estes índices foram melhores, com aproximadamente 90% de realização do AZT endovenoso no pré-parto, bem como o ARV nos recém-nascidos. Entretanto, o seguimento mostrou uma ineficiência da cobertura de acompanhamento destes RN em serviços de DIP infantil, resultando um número insuficiente de sorologia para calcular a taxa de TV no estado de Mato Grosso do Sul.

A necessidade da realização precoce do teste anti-HIV já foi discutida por Duarte *et al.*<sup>4,7</sup> visando identificar com mais antecedência as gestantes portadoras de infecção pelo vírus HIV-1, para adoção das medidas profiláticas de prevenção da TV, disponíveis gratuitamente pelo Ministério da Saúde, como o protocolo de ARV durante a gestação e trabalho de parto, bem como proscrever a amamentação e administrar ARV xarope já ao RN nas suas seis primeiras semanas de vida.

Diante do exposto, uma ampla triagem diagnóstica de infecção pelo vírus HIV-1 durante o período pré-natal possibilita uma conduta precoce podendo melhorar as medidas para se evitar a transmissão vertical e perinatal, ou minimizando os malefícios que venham a atingir o nascituro.<sup>5,14,17</sup>

Conforme observado no presente estudo, mesmo com ampla triagem diagnóstica, as gestantes estavam-se descobrindo portadoras da infecção pelo vírus HIV-1 já no meio da gestação atual, com um filho em média anterior ao diagnóstico, o que ratifica a necessidade de ampliar programas de diagnóstico pré-natal como o PPG-MS de forma mais rápida e prática. Programas de diagnóstico de infecções durante o pré-natal possibilitam checar a frequência das doenças maternas de forma precoce, proporcionando tempo hábil para medidas terapêuticas e, sobretudo, preventivas da TV. Este resultado sinaliza a necessidade de ampliar métodos de triagem semelhantes para outras regiões do país, bem como acrescentar, nos locais implantados, uma abordagem mais precoce com aperfeiçoamento técnico das equipes de saúde responsáveis pelo seguimento das pacientes.

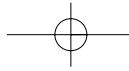
## CONCLUSÃO

A frequência da infecção pelo vírus HIV-1 em gestantes do estado de Mato Grosso do Sul ficou abaixo da encontrada em pesquisas de serviços de referência em São Paulo e Paraná e próxima da observada em Salvador e na Espanha. A associação estatística entre idade e infecção HIV-1 em gestantes não foi observada na presente casuística.

Deste modo, alerta-se a importância da triagem sorológica no pré-natal, reforçando a necessidade da realização do teste anti-HIV neste período, o mais precocemente possível, uma vez que no presente trabalho, a maioria absoluta das gestantes descobriu-se portadora do vírus HIV pela primeira vez durante o período gestacional, já no segundo trimestre e tendo pelo menos um filho anterior ao diagnóstico. Além disso, reforça a necessidade de após a implantação de programas como o descrito, se discutir políticas de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde que lidam com estas gestantes para propiciar os benefícios que a detecção precoce das patologias triadas possa ter para a saúde materno-infantil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guerra MAT, Veras MASM, Ribeiro AF. Epidemiologia da AIDS. In: Veronesi R, Focaccia R editores. Veronesi - Tratado de Infectologia. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2002. p.88-99.
2. Brasil Ministério da Saúde – Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, Coordenação Nacional DST e AIDS. Bol Epidemiol AIDS. Ano I. n1; 2004.
3. Gir E, Canini SRMS, Prado MA et al. A feminização da AIDS: conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HIV-1. DST – J bras Doenças Sex Transm 16 (3): 73-76, 2004.
4. Duarte G. Síndrome da imunodeficiência adquirida tipo-1 e gravidez. In: Cunha, SP, Duarte G editores. Gestação de Alto Risco. São Paulo: Medsi; 1998. p.227-46.
5. Minkoff H. Human immunodeficiency virus infection in pregnancy. Obstet Gynecol; 2003.101: 797-810.
6. Brasil Ministério da Saúde – Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, Coordenação Nacional DST e AIDS. Bol Epidemiol AIDS 2002; 15: 5-48.
7. Duarte G, Gonçalves CV, Marcolin AC, Paschoini MC, Quintana SM, Mussi-Pinhata MM. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV-1 em gestantes. Rev Bras Ginecol Obstet 2001; 23:107-12.
8. Brasil Ministério da Saúde. Transmissão vertical do HIV. Bol Epidemiol AIDS 1999; 12:5-57.
9. Reiche EMV, Morimoto HK, Farias GN et al. Prevalência de tripanossomíase Americana, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B, hepatite C e da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, avaliada por intermédio de



- testes sorológicos, em gestantes atendidas no período de 1996 a 1998 no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil). *Rev Soc Bras Med Tropical* 2000; 33(6): 519-527.
10. Amaral E, Founders A, Gonçalves NS, Pellegrino Junior J, Souza CA, Pinto e Silva JL. Prevalence of HIV and *Treponema pallidum* infections in pregnant women in Campinas e their association with socio-demographic factors. *Revista Paulista de Medicina* 1996; 114:1108-1116.
  11. Santos JI, Lopes MAA, Deliege-Vasconcelos E et al. Seroprevalence of HIV, HTLV I/II and other perinatally-transmitted pathogens in Salvador-Bahia. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 1995; 37: 343-348.
  12. Offor JUE, Onakewhor FE, Okonofua E. Maternal and neonatal seroprevalence of human immunodeficiency virus antibodies in Benin City, Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2000; 20 (6): 589-91.
  13. Zufiarre NG, Hernandez JS, Muñoz S et al. Seroprevalencia de anticuerpos frente a *Treponema pallidum*, *Toxoplasma gondii*, virus de la rubéola, virus de la hepatitis B y C y VIH en mujeres gestantes. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22: 512 - 516.
  14. Mayaux MJ, Blanche S, Rouzioux C et al. Maternal factors associated with perinatal HIV-1 transmission: the French cohort study: 7 years of follow-up observation. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1995; 8 (2): 1888-194.
  15. Connor EM, Sperling RS, Gelber R et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331: 1173-80.
  16. Mock PA, Shaffer N, Bhadrakom C et al. Maternal viral load and timing of mother-to-child HIV-1 transmission. *AIDS* 1999; 13: 407-414.
  17. The international Perinatal HIV Group. The mode of delivery and risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 1999; 340: 977-987.
  18. Brocklehurst P, Womink J. Antiretroviral for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV-1 infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2): CD 003510.
  19. Stratton P, Mofenson LM, Willoughby AD. Human immunodeficiency virus infection in pregnant women under care at AIDS Clinical Trials Centers in the United States. *Obste Gynecol* 1992; 79: 364-369.
  20. Scott GB, Tuomala R. Combination antiretroviral therapy during pregnancy. *AIDS* 1998; 12: 2495-2497.
  21. Bulterys M, Lepage P. Mother-to-child transmission of HIV-1. *Curr Opin Pediatr* 1998; 10: 143-150.
  22. Lindegren ML, Byrs RH, Thomas P et al. Trends in perinatal transmission of HIV-1/AIDS in the United States. *Jama* 1999; 282: 531-538.
  23. Tess BA, Rodrigues LC, Newell ML et al. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in São Paulo State, Brazil. *Aids* 1998; 12: 513-520.
  24. Minkoff H, Augenbraun M. Antiretroviral therapy for pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 478-489.

**Endereço para correspondência:****ERNESTO ANTONIO FIGUEIRÓ-FILHO**

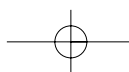
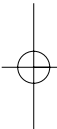
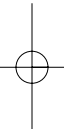
Rua Amazonas, 649 - Bairro São Francisco.

CEP: 79010-060, Campo Grande, MS.

E-mail: eafigueiro@uol.com.br

Recebido em: 17/06/05

Aprovado em: 20/08/05



# A AIDS SOB A ÓTICA DO SURDO ADULTO JOVEM

## AIDS ACCORDING TO THE VIEW OF THE DEAF YOUNG ADULT PEOPLE

Isabel CB Bento<sup>1</sup> & Sonia MV Bueno<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução** : este trabalho trata de um estudo feito com surdos adultos jovens, de uma classe de Educação para jovens e adultos do período noturno de uma cidade do interior paulista, sobre o conhecimento dos mesmos, a respeito da aids. **Objetivo**: verificar o entendimento que os surdos têm a respeito da aids, para conjuntamente se proporem ações educativas voltadas para as dúvidas e inquietações demonstradas pelos mesmos. **Métodos**: para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais e coletivas, utilizando-se a linguagem de sinais, gravadas em vídeo, com acompanhamento de um instrutor de LIBRAS, sendo posteriormente transcritas. Foi utilizada também a Observação Participante dos sujeitos, para melhor compreender a realidade vivida pelos mesmos, em sala, durante as aulas e em dinâmicas realizadas, com registro em diário de campo. Os dados foram analisados qualitativamente, através de análise temática, conforme descrito por Minayo. Nesta pesquisa foi utilizada a pesquisa-ação no referencial teórico metodológico proposto por Paulo Freire. **Resultados**: foram entrevistados nove surdos, seis do sexo masculino e três do sexo feminino, com idades entre 18 e 25 anos, todos cursando a 3ª Série do Ensino Fundamental, sete solteiros e um casal que vive amasiado, ocupando funções em profissões braçais ou subalternas ou mesmo sem ocupações e aposentados, todos católicos. Seis freqüentam a Associação de Surdos local num tempo entre 1 e 3 anos, época da fundação da mesma. Depreendeu-se que os surdos têm dificuldade em lidar de forma adequada com os conhecimentos que são veiculados, demandando uma adequação a estas informações à sua compreensão. Fizeram em suas falas ligação da aids com aspectos como promiscuidade, drogas, algo a ser evitado, morte e contato com sangue. Os surdos pesquisados conhecem a necessidade de evitar o contágio da aids, porém carecem de maiores conhecimentos a respeito das suas formas de contágio. Chamou atenção a questão dos surdos relacionarem a aids com algo visível, como o emagrecimento. **Conclusão**: o fato de todos os surdos pesquisados estarem cursando a 3ª Série do Ensino Fundamental, demonstra a dificuldade que os mesmos têm em acompanhar a escolaridade na faixa etária esperada, visto a compreensão que as escolas ainda têm de que a oralização está em primeiro lugar, em detrimento aos conteúdos curriculares, e que a fala é o que inclui o surdo no mundo ouvinte. É certo que os surdos, apesar da dificuldade na apreensão de informações veiculadas para ouvintes, conseguem tomar parte de conteúdos sobre as questões referentes a aids. Porém, entendemos que algumas formas de nivelamento devem ser efetuadas para suprir o necessário para uma tomada de decisão frente à prevenção do contágio pelo vírus da aids. Não existe de forma alguma a necessidade de que o conteúdo seja ajustado aos surdos, pois os mesmos não têm comprometimento em sua inteligência pelo fato de serem surdos. É imperioso, sim, que a linguagem utilizada seja trabalhada para a melhor captação de informações, visto que a maior parte delas, no caso dos sujeitos estudados, são otimizadas pelos sentidos da visão e do tato. Experiências em que são utilizados recursos visuais ricos, bem como surdos que são exercitados em sua capacidade de se tornarem agentes multiplicadores das informações recebidas com seus pares, parecem ter resultados bastante promissores. Profissionais de educação e saúde precisam estar atentos para a peculiaridade da linguagem dos surdos, respeitando-os como uma cultura que tem, como experiência única e exclusiva, a não-utilização da audição, o que não os faz *menos*, e sim *diferentes*, e por conta desta diferença precisam ser respeitados e atendidos como cidadãos capazes e detentores dos mesmos direitos de todos os ouvintes, dentro de uma sociedade igualitária e justa.

**Palavras-chave**: surdos, educação, aids

### ABSTRACT

**Introduction**: this paper divulges a study about AIDS, realized with deaf youngful adults, from a schollroom for young and adults, at nocturnal, from a interior town of Brazil (São Paulo State). **Objective**: the aim consisted in to observe the deaf's comprehension about AIDS, to offer educative actions with them, and to eliminate their doubts and inquietudes. **Methodos**: the data acquisition consisted in the accomplishment of personal and collective interviews, by means of Brazilian Language of Signals (In portuguese, LIBRAS: Língua Brasileira de Sinais). There was the attendance of a LIBRAS instructor. The interviews were recorded at video and, afterwards, they were transcribed. At this process, there was the need of application of a person communicating observation, in order to unveil better their scholar life. There was the realization of collective actions too. The data were registred in the research daybook. Therewith, it was possible to analyse the data in a qualitative manner, through thematic analysis; as according to a Minayo's writing. In this research, there was the utilisation of the search-action system (In portuguese: pesquisa-ação) by Paulo Freire, an important brazilian educator. **Results**: nine individuals were listened: six male deaf vollunteer and three famale ones, among 18-25 years old, and all follow a course at secondary scholl (brazilian scholar third level). Seven are single and the others two compose a concubined couple. They are manual labourers or actuate in subaltern jobs, some of them have no employment; others are pensioner. Everybody are Roman Catholic. They frequent a association for deaves during one and three years, since its foundation. The researcher noticed the deaf presents hardness to comprehend the proper manner to struggle against the knowledges. This evidence claims some methods which adjust the data to comprehension. They entail AIDS to promiscuousness, drugs, death, proximity with blood and something to be avoided; they know the needs to avoid the illness, but they have no suitable information about the infection manners. Another search important datum: the deaves understand which AIDS is a visible thing, for instance: the emaciation. **Conclusion**: the scholar delay, whereas their age group, means very difficulty to follow the course. The cause consists in the following olden conception of brazilian scholls: the insertion of the pupil at the society depends on the oral language necessarily, in detriment of knowledges. Although the difficulties, the deaves obtain data about AIDS reasonably. Nevertheless, the researcher believes there is the needs the accomplishment of an adaptation course for deaves, that is, a kind of the levelling, in order to objectify at least decision-making about prevention of AIDS. There is the needs the levelling contents are adjusted for deaves, because they have no cognitional shortage due to deafness. It is important the language is ministered conveniently: it is necessary to improve the informations and to take advantage of optimization of others feelings which deaves have: sight and tactile sense. The practice unveils some results very promising, when improved visual exercises were utilized properly. They are activity which enable the deaves to become multiplying agents by means of the informations which they received. Education and Health Professionals need to worry about peculiarities of the deaf language; in this manner, the deaf culture need to be respected in its singularities. The unique difference between deaves and another people consists in non-use of hearing. Obviously, therefore the deaves are not less important than somebody else; they are only different. Due to this dissimilarity, they need to be respected and attended, because they are able citizens and have the same rights, at a just and equalitarian society.

**Keywords**: deaves, education, aids

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4): 288-294, 2005

<sup>1</sup>Enfermeira, doutora pelo Departamento EPCH da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP/USP)

<sup>2</sup>Pedagoga, Livre Docente/Associada, professora do Departamento EPCH da EERP/USP

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho originou-se de uma inquietação pessoal das pesquisadoras que, inseridas no contexto de educação preventiva para sexualidade, IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e aids, depararam-se com uma comunidade especial dentro de nossa sociedade: os surdos. E, abordar as temáticas descritas por uma população ouvinte, que tem acesso a inúmeras informações, pelo simples fato de ouvir, já é extremamente desafiador, como se pode perceber em trabalho anterior<sup>1</sup>, que dirá por uma população especial, com características próprias e necessidades diferentes, no que diz respeito à comunicação. Isto, por si só, torna-se intensamente instigante, carecendo de cuidado especial.

Ao se voltar para a especificidade do surdo, Ferreira Brito *apud* Bernardino<sup>2</sup>, refere que existem três filosofias educacionais voltadas a eles: o oralismo, que defende o aprendizado apenas da língua oral, o bilingüismo, que defende o aprendizado da língua de sinais como primeira língua, ou língua nativa, e a comunicação total que, reconhecendo no surdo sua diferença e sua especificidade, abre outras possibilidades de comunicação. A primeira proposta fundamenta-se na *recuperação* da pessoa surda, sendo esta denominada *deficiente auditivo*.

No segundo caso (*bilingüismo*), a língua é considerada importante via de acesso para o desenvolvimento do surdo em todas as esferas do conhecimento, propiciando não apenas a comunicação do surdo com o ouvinte, mas também com o surdo, desempenhando também a função de suporte do pensamento e de estimulador do desenvolvimento cognitivo e social.<sup>2</sup>

A proposta deste estudo, tendo em vista o pequeno investimento da educação preventiva em sexualidade, IST e aids, direcionada exclusivamente aos surdos, é discutir a inclusão social do mesmo na sociedade ouvinte, sobretudo para as questões que se relacionam com sua saúde sexual e reprodutiva.

Para o desenvolvimento deste trabalho, estudamos surdos adultos jovens, nos comunicando-nos através da LIBRAS (Língua de Sinais Brasileira), o que permitiu identificar –lhes o pensamento, o conhecimento e as dúvidas sobre a aids. Encontramos na Pesquisa-Ação um método favorável ao levantamento de problemas e busca de soluções, através de estratégias pedagógicas alternativas, contemplando assim a participação, a comunicação e a linguagem, em conjunto pesquisador e pesquisado, para a construção de conhecimentos e de habilidades, de forma crítica e reflexiva. Isto nos permitiu a detecção de hábitos e atitudes com relação à pessoa surda, favorecendo a construção de um possível comportamento consciente, seguro e responsável na vivência da sexualidade, subsidiando o exercício pleno da cidadania. Se não fosse desta maneira, acreditamos que o trabalho ficaria incompleto com nossos sujeitos, caso as pesquisadoras não envidassem todos os seus esforços para se aproximarem de sua cultura, de sua língua e de sua forma peculiar de comunicação.

Sabe-se que a atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional<sup>3</sup>, em seus artigos 58 e 59, também se volta para pessoas com necessidades especiais, preconizando a existência de serviços de apoio, métodos, técnicas, recursos adequados, bem como professores com especialização para atendimento nelas incluídos os surdos. Porém, ainda é insipiente o atendimento a estas prerrogativas, e os surdos, em sua maioria, ficam à margem de gozar plenamente os seus direitos, inclusive o acesso ao conteúdo curricular escolar, justamente pela dificuldade em se adequar à linguagem utilizada às suas necessidades peculiares<sup>4</sup>.

A informação, à qual o surdo tem acesso, é, portanto, fragmentada e insuficiente para subsidiar a compreensão plena sobre os diver-

sos assuntos, inclusive sobre a saúde reprodutiva e questões como prevenção às IST/AIDS, que por si só já são consideradas tabus. Neste trabalho, houve primeiramente a preocupação de se entender a cultura, as propostas educacionais direcionadas aos surdos e assim compreender os determinantes que pudessem influenciar os aspectos da educação preventiva relacionada com sua saúde reprodutiva.

## Buscando Referenciais Teóricos na Implementação das Questões de Educação do Surdo, Tendo em Vista a Sua Sexualidade

Pode-se afirmar que muitos grupos não têm impactos significativos no foco da pesquisa universitária. Os membros da comunidade, as organizações de pequena escala, as minorias e outras pessoas pobres ou desprotegidas que desejam assistência nas questões de ampla mudança social têm procurado por soluções para os problemas diários em contextos particulares: pobreza, exclusão, vício, racismo, preconceitos, degradação ambiental e assim por diante. Não importa para elas se uma universidade tem mais fundos governamentais do que outra ou se é mais influente pelas suas publicações científicas; sua preocupação é se elas podem conseguir ajuda em produzir uma pesquisa que irá auxiliar a resolver seus problemas. Testes de significância, resumos volumosos de pesquisa e prestígio aos olhos de outros acadêmicos não são centrais aos seus interesses – resultados, sim.

Estes grupos sociais, pertencendo ao meio e à extremidade inferior do espectro de poder da sociedade, estão inadequadamente conectados às universidades e raramente influenciam as agendas de pesquisa. Dada a presença de outras pressões na direção dessas pesquisas a partir do governo e dos grandes protagonistas do setor privado, não é surpresa que a pesquisa socialmente relevante esteja marginalizada dentro das universidades. Isso significa que a maioria das pessoas não pode procurar nas academias por assistência para solucionar seus problemas mais prementes. Caso elas tenham sorte, podem enviar seus filhos às universidades e esperar que sejam capazes de se juntar à elite desse modo, mas elas têm aprendido que geralmente não podem esperar assistência direta de muitos pesquisadores acadêmicos para solucionar seus próprios problemas.

Segundo dados do INES (Instituto Nacional de Educação de Surdos), a integração de alunos surdos nas universidades, apesar de haver desde 1999 uma portaria do Ministério da Educação (a portaria nº 1.679) que assegure os direitos, no âmbito educativo, aos portadores de alguma deficiência, só recentemente as instituições de ensino têm se estruturado a fim de cumpri-la. Hoje, a universidade com maior número de surdos no Brasil, é a Ulbra (Universidade Luterana do Brasil, no Rio Grande do Sul), com 85 alunos em 23 cursos diferentes.

Urge que organizações governamentais e instituições da organização civil, apoiadas pelas universidades pautadas numa ética que segundo Paulo Freire<sup>5</sup> é *inseparável da prática educativa*, unam-se na luta pelos direitos das pessoas com necessidades especiais, cabendo aqui, de acordo com Ranauro e Sá<sup>6</sup>, não apenas contemplar ações de cunho assistencialista e protecionista, mas aquelas que visem a transformação da sociedade para uma mais igualitária e justa, que ofereça oportunidades de inclusão a todos, pois, não proporcionar condições para uns, é, sem dúvida, privilegiar outros.

Cientes desta realidade, temos buscado não só contemplar em nosso trabalho a questão dos surdos, mas, também, fazê-lo de uma maneira realmente eficaz, tanto do ponto de vista dos resultados pedagógicos quanto também de uma forma ética, que segundo Paulo

Freire<sup>7</sup> é aquela que é *afrentada na manifestação discriminatória de raça, gênero, classe*, e por que não dizer também de manifestações culturais distintas. No entanto, não são muitas as pesquisas nesta área, e justamente pela população surda não ter acesso às universidades, pelo simples fato de não dispormos de uma política pública de acesso igualitário ao portador de necessidades especiais, esta realidade passa despercebida, no silêncio, submersa, como um grande *iceberg*.

Historicamente, sabe-se que a tradição médico terapêutica tem há muito influenciado a definição da surdez, e por conseguinte a abordagem educacional aos surdos, a partir do déficit auditivo e da classificação da surdez (leve, profunda, congênita, pré-lingüística etc.), mas deixou de incluir a *experiência* da surdez e de considerar os contextos psicossociais e culturais nos quais a pessoa surda se desenvolve.

Uma pessoa surda é alguém que vivencia um déficit de audição que o impede de adquirir, de maneira natural, a língua oral/auditiva usada pela comunidade majoritária e que constrói sua identidade calcada principalmente nesta diferença, utilizando-se de estratégias cognitivas e de manifestações culturais diferentes da maioria das pessoas que ouvem.<sup>8</sup>

Vale ressaltar que o termo surdo é aquele com o qual a pessoa que não ouve refere-se a si e a seus pares. Por isso, é o termo que preferimos utilizar neste trabalho, em vez de *deficiente auditivo*, por considerar mais a diferença e menos a deficiência.

Capovilla<sup>9</sup> adota o termo *surdo* como aquele que designa a pessoa portadora da condição médica de deficiência auditiva, enquanto o termo *surdo* designa a pessoa que pertence à condição antropológica de membro da Comunidade Surda, que se identifica com seus valores culturais e distingue-se pelo uso da Língua de Sinais.

Com relação às questões de sexualidade e IST/aids, os preconceitos e a desinformação têm causado graves conseqüências para a saúde em geral, suscitando, de todos, conhecimentos adequados para a condução de uma saúde sexual consciente e responsável, destacando a relevância do autocuidado. Atualmente, estas questões passam, como todas as outras questões educativas, por novos paradigmas, para uma visão mais crítica e reflexiva da sexualidade humana, sobretudo por influência do surgimento da aids, que vem contribuir para o desvelar desta temática, ocasionando mudanças de comportamento para o sexo seguro, visando a reverter o quadro pandêmico e epidêmico, severamente existente;<sup>10-11-12</sup>

“Ser vulnerável, no contexto de HIV/aids, significa ter pouco ou nenhum controle sobre o risco de adquirir o HIV ou outra DST. Quando falamos de vulnerabilidade, não estamos identificando quem está correndo maior risco de se expor as DST, AIDS ou fazer uso de drogas, mas sim, procurando fornecer informações de forma que cada pessoa ou grupo específico perceba se tem maior ou menor chance de se infectar ou de se proteger”.<sup>13</sup>

Sendo assim, são várias as situações que podem estar relacionadas com o comportamento de vulnerabilidade e suscetibilidade de toda a população, principalmente os adultos jovens e, no caso da população surda, a necessidade de auto-afirmação, aceitação social dentro da comunidade ouvinte, percepção concreta da realidade à sua volta, principalmente pelo acesso restrito aos meios de comunicação.

Neste contexto, é importante que adolescentes e adultos jovens surdos desenvolvam conhecimentos e habilidades que os auxiliem na adoção de comportamentos que previnam a infecção pelas IST/aids. Desta forma, vemos que propostas direcionadas a trabalhar com adultos jovens surdos devem promover o desenvolvimento destes conhecimentos específicos, como forma de exercitar a tomada de decisão mais acertada para a resolução de problemas, uma vez que oferecer informações isoladas não é suficiente para tal. Por conseguinte, sentimos a necessidade de trabalhar estas questões com esta população.

Pressupondo os riscos que envolvem os adultos jovens em geral, como vivência de uma sexualidade desinformada, por conseguinte uma gravidez não-planejada, com possibilidade de aborto provocado, e IST/aids entre outros, aos quais eles vêm-se expondo no exercício de sua sexualidade, e tendo em vista que se constituem de um contingente populacional extremamente vulnerável às questões mais amplas da sexualidade, principalmente os surdos, pela dificuldade em ter acesso à informação de forma ampla, entendemos que os mesmos necessitam de conhecimentos e habilidades específicos sobre a temática central, para lidar consigo mesmo e com o outro.

## O Surdo e sua Sexualidade

É sabido que a sexualidade não é apenas um dos aspectos da vida do homem e da mulher, mas também como escreve Abdo<sup>14</sup> é um dos mais importantes, pois, aproximadamente 96% dos brasileiros consideram a atividade sexual *importante/importantíssima*, e, segundo ela, só o *amadurecimento físico e emocional...*, um bom padrão de conhecimento sobre o assunto, bem como hábitos saudáveis de vida e saúde geral preservada, podem garantir êxito na satisfação e no desempenho da sexualidade.

Segundo a mesma autora citada acima, as principais fontes de informações sobre sexo são *livros e revistas, os parceiros, amigos, TV, e entre as mulheres, o médico*.

Todos estes dados nos reportam ao que foi exposto até agora, ou seja, se o acesso à leitura, com a compreensão plena de todos os dados, é restrito à maioria dos surdos. Pelo comprometimento na linguagem, as informações sobre as questões de sexualidade não são eficientemente captadas, o que tem como resultado pessoas com informações deformadas, cheias de curiosidade, insatisfação e malícia.

O INES (Instituto Nacional de Educação de Surdos) orienta que os pais devem ser os responsáveis pela educação sexual e orientação sexual das crianças surdas, apesar de isto acontecer muito raramente, pois a maioria das famílias é extremamente carente, inclusive de conhecimentos básicos a respeito de sexo ou da própria reprodução humana, somando-se a isso suas próprias experiências traumatizantes, tabus e preconceitos originários de informações erradas e os medos e ansiedade de não saberem como proceder com os filhos.

A orientação sexual ao surdo traz algumas dificuldades a mais para a família e para os profissionais envolvidos, devido a sua limitação da linguagem, que exige informações objetivas, explicadas com simplicidade e riqueza de detalhes.

Não se deve esquecer que o surdo detém uma maior percepção visual e apóia-se, portanto muito mais no comportamento não-verbal, pois, para o surdo, a maneira de explicar vale muito mais do que a própria explicação, e por isso a atitude dos pais e dos educadores é muito importante quando acolhem as perguntas das crianças, por exemplo, com tranqüilidade e não com perturbação e irritação. Sem dúvida, o constrangimento e as mudanças de expressão fazem com que o surdo se fixe no que está vendo, evitando posteriormente novas perguntas e concluindo que sexo é um assunto melindroso e vergonhoso.<sup>15</sup>

Como são raros os exemplos de surdos que tiveram êxito em sua escolaridade, bem como em outras esferas da vida social, nota-se uma expectativa não tão positiva diante da surdez, partindo inclusive da própria família, o que certamente influi na formação da auto-imagem dos pequenos surdos.

A própria abordagem educacional oralista ainda utilizada, que não enfatiza o que o surdo tem, mas o que lhe falta, não considera o fato de esta não possibilitar interações lingüísticas nos níveis mais

profundos da comunicação. Assim sendo, as possibilidades de auto-realização da pessoa surda, o desenvolvimento de sua auto-estima e seu equilíbrio emocional ficam muito prejudicados.

A harmonização da sexualidade do surdo pode ser dificultada por fatores como a sua comunicação, curiosidade não satisfeita, perguntas sem respostas, percepção visual acurada, dificuldade em compreender e explicar sentimentos e dificuldades no controle do ambiente.

Portanto, o que se observa com frequência no comportamento do surdo, é o aumento da fantasia e a aparente exacerbação do interesse sexual, provocado por curiosidade em compreender melhor o mundo e de autoconhecer-se.

## A Educação Voltada a Sexualidade, IST e AIDS

Desde os tempos mais remotos, a sexualidade humana vem sendo trabalhada no cotidiano das pessoas de forma oculta e velada, devido aos mitos, desconhecimento, preconceitos e tabus existentes, cravados ao longo do tempo na cultura dos povos em geral. Quando analisamos as questões relacionadas ao sexo, percebemos que, para muitos, ainda nos dias de hoje, estão ligadas ao pecado, a algo sujo e pecaminoso.<sup>11</sup>

Ao longo dos tempos, o panorama, principalmente da cultura ocidental, vem-se modificando, notadamente pela ação da mídia, que trata estes temas de forma escancarada, estimulando a vivência de experiências sexuais o mais cedo possível, sem, contudo, favorecer uma educação convincente acerca dos riscos decorrentes desta prática. Chega-se à conclusão de que muito se vivencia, porém pouco se fala eficazmente sobre o assunto.

Acontece, a partir deste panorama, um alto índice de aborto e gravidez precoce e/ou não-desejada, principalmente na adolescência. Nas últimas décadas, isto é, de 1970 para cá, surgiram estabelecimentos favorecendo encontros fortuitos, e, com a liberação da censura, expõe-se o obsceno e o pornográfico. Há mudança no conceito de família. Intensifica-se a divulgação da multiplicidade de práticas sexuais (oral, genital, anal, homo, hetero e bissexual, individual e grupal).

Conseqüentemente a este fato, disseminaram-se inúmeras infecções sexualmente transmissíveis e a aids. Isto se reverteu em um verdadeiro desafio à comunidade científica mundial, em confronto às epidemias e pandemias, como no caso da aids, que o próprio homem propiciou diante das circunstâncias vivenciais de risco.<sup>1-16</sup>

Dentro desta dinâmica de questionamentos e crítica, o histórico da sexualidade humana vem-se delineando, suscitando, pois, de todos nós, homens e mulheres, uma visão reflexiva frente a este contexto.

A sexualidade humana, então, desde há muito, vem sendo trabalhada de forma velada no cotidiano dos indivíduos sob a égide de preceitos culturais diversos, o que influenciou e influencia, até hoje, consideravelmente a forma de as pessoas lidarem com este assunto. Isto certamente tem dificultado o acesso às informações adequadas a respeito desta temática, prejudicando desta forma a saúde pública, tanto em nível pessoal quanto coletivo.<sup>16</sup>

Atualmente, nos momentos de pós-modernidade, estas questões passam por novos paradigmas, para uma visão mais crítica e reflexiva da sexualidade humana, sobretudo por influência do surgimento da aids, o que vem contribuir para o desvelar desta temática, em decorrência do aspecto de fatalidade que o próprio HIV ocasionou. Isto suscita uma pedagogia apropriada para a educação do povo, visando favorecer as mudanças de comportamento para o sexo seguro, tendo

como objetivo, reverter o quadro pandêmico e epidêmico severamente existente.<sup>1-10-11</sup>

Por outro lado, nos últimos tempos, as mulheres têm conquistado amplos e complexos espaços em busca de sua liberação sexual, pois ao mesmo tempo em que tem conseguido estar lado a lado com o homem no que diz respeito ao uso do próprio corpo, ainda apresenta dificuldades de trabalhar suas questões sexuais, na negociação do sexo seguro. Contudo, na guerra da aids, a mulher vem alcançando altos índices de contaminação, pois tem tido dificuldade de negociação do sexo seguro com seu parceiro, e, em conseqüência disto, uma vez contaminada, poderá ocasionalmente infectar o seu bebê no período gestacional e pós-gestacional através do leite.<sup>1-11-17</sup>

Desta forma, tratar de temas desta magnitude, torna-se, sobremaneira, complexo, pois como agentes de Saúde e Educação, além de entendermos todos os fatores determinantes das atitudes frente à temática, devemos nos deter em traçar metas e estratégias eficientes para a elevação da qualidade de vida da população, tanto individual quanto coletivamente, no que diz respeito a uma saúde sexual positiva, levando em conta os comportamentos de risco no desempenho das práticas sexuais.<sup>10</sup>

Segundo Chequer<sup>18</sup>

“A gravidade da aids e a escalada das doenças sexualmente transmissíveis não permitem contemporização; dão a urgência para motivar e encorajar os jovens a adotarem práticas seguras para evitar a transmissão das doenças sexualmente transmissíveis e da aids. O trabalho de prevenção dessas doenças, desenvolvido nas escolas e outras instituições, pode ajudar crianças e adolescentes a terem uma visão positiva da sexualidade, a desenvolverem uma comunicação clara nas relações interpessoais, a elaborarem seus próprios valores a partir de um pensamento crítico, a compreenderem o seu comportamento e o do outro e a tomarem decisões responsáveis, desenvolvendo conhecimentos e atitudes em questão relacionada a sexualidade, DST e aids, que propiciem a escolha de um modo de vida saudável.”

Para Bueno,<sup>11</sup> os tempos de aids, exigem uma pedagogia apropriada que possibilite um diálogo aberto e franco, entre educador e educando, estabelecendo comunicação e linguagem claras, simples e concisas, adequadas e específicas para cada população alvo, levando-se em consideração o nível de complexidade de cada faixa etária. Estas ações devem ser, então, direcionadas para um processo que flexibilize a visão do educador e que vise a formar o educando, um ser pensante e ativo, criativo e participativo, crítico e reflexivo, capaz de mudar a realidade concreta da qual faz parte como cidadão.

Como a transmissão sexual continua sendo a principal forma de exposição/transmissão para o HIV/aids no Brasil e no mundo, faz-se mister desenvolver ações preventivas de grande monta que visem a enfocar questões voltadas a sexualidade e sexo seguro, indiscriminadamente, para homens e mulheres.

Analisando e levando em consideração a importância destes referenciais para a saúde da população, principalmente dos jovens, e especialmente os surdos, depreendemos que a universidade tem um papel especial neste processo, que é trabalhar com a sociedade fornecendo meios favoráveis e satisfatórios para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades com espírito analítico e reflexivo, trabalhando estas questões de forma clara e objetiva, de modo a propiciar instrumentalização e meios adequados para a garantia do fortalecimento de valores estruturais e psicoemocionais. Em se tratando da comunidade surda, para a qual poucas ações se têm voltado para questões referentes a sexualidade, IST e aids, vimos a necessidade de utilizarmos os recursos acadêmicos para tentarmos equacionar problemas que possam emergir deste segmento.

## OBJETIVO

Procurou-se verificar o entendimento que os surdos têm a respeito da aids, para conjuntamente a eles propor ações educativas voltadas para as dúvidas e inquietações demonstradas pelos mesmos.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, participativo, mediado pela pesquisa-ação. Esta pesquisa foi desenvolvida junto a uma classe de surdos de uma escola pública municipal do norte paulista. A amostra constituiu-se de nove sujeitos, alunos surdos, adultos jovens com idade de 18 a 25 anos, matriculados numa classe de EJA (Educação de Jovens e Adultos – no nível de educação básica). A escolha desses sujeitos deveu-se à procura por parte da coordenadora das classes especiais, inclusive da classe em questão, das pesquisadoras que desenvolvem um trabalho docente em parceria com a escola, alegando estar enfrentando problemas relativos à sexualidade de alunos surdos. Naquele momento, foi elaborado o projeto em foco.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais e coletivas, utilizando-se da linguagem de sinais, gravadas em vídeo, com acompanhamento de um instrutor de LIBRAS, sendo posteriormente transcritas. Utilizamos também a Observação Participante dos sujeitos da pesquisa, para melhor compreender a realidade vivida pelos mesmos, em sala, durante as aulas, e dinâmicas realizadas, com registro em diário de campo.

Isto ocorreu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP.

Paralelamente a este processo, foram desenvolvidas as intervenções educativas tendo como base o referencial teórico metodológico de Freire.

A Educação na Pedagogia da Problematização de Paulo Freire é vista como uma política que pode confirmar ou contestar o *status quo*. Retrata uma teoria da aprendizagem e um modelo de como ensinar com métodos práticos e dinâmicos. Nela, os educadores podem encontrar uma epistemologia, uma pedagogia e uma sociologia da educação vinculadas a um chamamento em favor da democratização da sociedade e das escolas. Ela estabelece a ligação entre a sala de aula e a política de poder da sociedade, prescreve um único modelo para que seja um professor libertador e reconhece as complexidades do ensino para a mudança pessoal e social. O diálogo e a problematização devem ser recriados de modo que a educação libertadora se ajuste às condições de cada novo cenário, fundamentando-se numa concepção hermenêutica do conhecimento humano, como decisiva para as ciências humanas. Ao buscar a validade do conhecimento em processos de discursos racionais, é possível comunicar-se entre si, e daí a ênfase no diálogo, na reflexão compartilhada a partir da experiência da cotidianidade.<sup>11</sup>

Nesta concepção, a educação é vista então como um projeto político que, ao mesmo tempo, rompe as múltiplas formas de dominação e amplia os princípios e práticas da dignidade humana, liberdade e justiça social. Retraça o trabalho de ensinar como a prática de todos os trabalhadores culturais engajados na construção e organização do conhecimento, desejos, valores e práticas. Ensinar não é só estar em sala de aula, mas estar na história e no imaginário político para levar as mudanças. Assim, associam-se teoria e prática, reflexão e ação, buscando princípios no compromisso social. Fundamenta-se na problematização, na dialogicidade, reflexão crítica, objetividade-subjetividade, ocupando espaços nucleares para a educação libertadora.<sup>7-17</sup>

Freire *in* Bueno<sup>17</sup> retrata e marca, portanto, a história do pensamento pedagógico mundial, renovando as propostas de uma prática educativa progressista que se constrói a partir da realidade e não dos conceitos; inspira a ter esperança e a sonhar; propõe as bases da pesquisa-ação como método participativo na Educação e na Saúde, enumeradas na metodologia da investigação temática e na forma da educação problematizadora, tendo como fundamento, o diálogo aberto como expressão e forma da verdadeira libertação humana.

O educador alicerça seu pensamento numa pedagogia em que há o esforço totalizador da prática, em busca da amplitude de vida, e desvela a sutileza do diálogo pedagógico, implicando tanto o conteúdo ou objeto cognoscível em torno do que gira quanto a exposição sobre ele feita pelo educador para os educandos. Implica um respeito fundamental dos sujeitos nele engajados, que o autoritarismo rompe ou não permite que se constitua. A relação dialógica não anula a possibilidade do ato de ensinar. Estimula o pensamento crítico, inquieto do educador, entregando-se à curiosidade do educando.

Os dados foram analisados conforme Minayo,<sup>19</sup> por categorização das falas emitidas nas questões abertas, para favorecimento da compreensão da visão de mundo destes sujeitos, e de sua realidade concreta, as quais nortearam as propostas de ações e intervenções educativas.

## RESULTADOS

Foram entrevistados nove surdos, seis do sexo masculino e três do sexo feminino, com idades entre 18 e 25 anos, todos cursando a 3ª Série do Ensino Fundamental, sete solteiros e um casal que vive amasiado, ocupando funções em profissões braçais ou subalternas ou mesmo sem ocupações e aposentados, todos católicos. Seis frequentam a Associação de Surdos local num tempo entre um e três anos, época da fundação da mesma.

**Quadro 1:** Distribuição qualitativa das respostas dos surdos pesquisados sobre a questão:

*O que você sabe sobre a aids?*

**Sujeito**    **Respostas sobre o conhecimento a respeito da aids**

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Se faz sexo com muitas pessoas, homem teimoso, põe chifre. Parece que pega por cheirar droga e injetável. Eu sei muitas coisas, mas agora estou confusa.   |
| 2 | Eu não tenho. Fico sempre em casa sozinho... aids eu sei que fica bem magro. Eu evito, não quero.  |
| 3 | Não conheço nada.  |
| 4 | Também não conheço, não sei nada, nunca vi.  |
| 5 | Sei que emagrece, que morre. Eu conheço um surdo que já morreu porque usava droga. Sei que quando cortar, machucar tem que sair de perto, não pode mexer no sangue. Se tiver trabalhando com enxada, se alguém cortar, eu vou pedir ajuda porque sei que pode passar a doença. |
| 6 | Não sei muita coisa.   |
| 7 | Conheço aids, vi prostitutas na cidade com aids, eu nunca fiquei doente porque nunca tive contato com ninguém assim.   |
| 8 | Conheço aids, como pega, sei que é pelo sangue.  |
| 9 | Sei que emagrece, conheci um homem que era gordo, ficou magro e morreu. Não sei como pega.   |

Dos surdos pesquisados, adultos jovens, com idades entre 18 e 25 anos, todos estão cursando a 3ª Série do Ensino Fundamental, o que demonstra a dificuldade que os surdos têm de acompanhar a escolaridade na faixa etária esperada, visto a compreensão que as escolas ainda têm de que a oralização está em primeiro lugar em detrimento aos conteúdos curriculares, e que a fala é o que inclui o surdo no mundo ouvinte. Sem dúvida, a comunicação é de suma importância, porém, o que a abordagem do bilingüismo questiona é se o aprendizado através da língua de sinais como primeira língua e posteriormente incluir o domínio da língua portuguesa na sua modalidade escrita, deixando a cargo do próprio surdo a opção pela língua oral, não seria o mais adequado.<sup>8</sup>

Como deixamos claro, o objetivo neste trabalho não é o aprofundamento sobre o melhor método de aprendizado para o surdo, porém, mesmo a classe na qual foram coletados os dados para esta pesquisa tendo uma intérprete de LIBRAS, os surdos têm bastante dificuldade no aprendizado dos conteúdos curriculares, principalmente porque todos eles vieram de uma metodologia oralista, tendo assim pouco domínio da língua de sinais, pois todos eles aprenderam durante sua participação na Associação de Surdos Local, que teve sua fundação há três anos.

Esta dificuldade ficava clara quando, para que a pesquisadora pudesse desenvolver tanto a coleta de dados quanto as oficinas pedagógicas, havia a necessidade de aguardar os alunos terminarem *as tarefas*, e a professora em relato anotado no diário de campo afirmou ser de grande dificuldade o ensino aos surdos, *pelo problema de compreensão que eles apresentavam*.

Valeria aqui tentarmos a inversão epistemológica do problema da inclusão como propõe Skliar e Quadros<sup>20</sup>, discutindo o discurso e a prática cultural em torno dos *outros*, no qual não existe um único mundo disponível, e sim vários mundos que se impõem e superpõem criando novas e complexas perspectivas sobre questões como *cultura, línguas, identidades e diferenças*.

Vigiamo-nos uns aos outros para não dizer aquelas palavras, para evitar aqueles gestos, para denunciar aquelas atitudes que não representam de forma benigna os conflitos culturais. Deste modo, os problemas culturais ficam mascarados em modos ligeiros de dizer e de olhar.<sup>20</sup>

Do estado civil dos sujeitos estudados pudemos constatar que o único casal existente era de surdos, e que todos os solteiros que expressaram algum anseio em casar-se ou namorar quase sempre o fizeram com relação à preferência pelo parceiro surdo; talvez isto se dê pelo fato da questão própria da cultura, na qual existe a identificação com o outro surdo. Em algumas falas dos sujeitos, pudemos ver a dificuldade e falta de disposição do ouvinte em entender o surdo, sendo vista a atenção por parte do ouvinte como algo diferente, não habitual, de importância, como em falas do tipo *tenho uma prima na Bahia que sabe sinais, ela me ajuda*, ou *é ouvinte, conversou comigo, ela entende um pouco de sinais, é inteligente*.

Com relação à ocupação dos sujeitos, corroborando com a opinião de Soares<sup>4</sup>, pudemos observar que eles desenvolvem atividades subalternas ou mesmo são aposentados, aceitando a condição de *menores, não aptos, não capazes* de desenvolverem atividades de acordo com suas potencialidades. Pouco mais da metade dos sujeitos frequentam a Associação de Surdos do município, enquanto os outros não o fazem por residirem em cidades vizinhas, menores e que não possuem nenhum serviço ou agremiação similar, tendo a associação local também sua fundação recentemente, há três anos.

## DISCUSSÃO

O que os surdos sabem sobre a aids:

Sei muita coisa, mas estou confusa...

Este apelo quase gritante sobre a falta de possibilidade de lidar de forma adequada com os conhecimentos que lhes são veiculados, torna os surdos uma população extremamente vulnerável no que diz respeito às questões que envolvem sua sexualidade e por consequência as IST e a aids. O não conhecimento tolhe a liberdade de exercício real da cidadania, por interferir na autonomia do homem e da mulher<sup>21</sup>. *Não sei nada, não conheço nada, não sei como pega* são formas explícitas de demonstrar que as informações necessárias para a tomada de decisão acertada com relação à aids são insuficientes. Além do que fica claro neste discurso que podemos entender que embora haja o conhecimento, existe a insegurança do surdo em saber se aquela informação que detém é aquela considerada “correta” pelo ouvinte.

Interessante notar que em sua essência as respostas emitidas pelos surdos não diferem muito aos dados encontrados numa população de adultos jovens universitários ouvintes, pois a necessidade de informações a respeito da temática também foi uma tônica, assim como a ligação com aspectos como promiscuidade, drogas, algo a ser evitado, morte e contato com sangue.<sup>1</sup>

Eu evito...

O senso comum já nos aponta para a necessidade de evitar o contágio de doenças, os surdos têm a noção exata de que isto é necessário, porém, quando as suas falas exibem esta questão, o fazem considerando que o fato de ficar em casa *sozinho*, ou mesmo afastar-se do contato físico quando *alguém se machuca*, pode protegê-los. Segundo Freire<sup>8</sup>, a ignorância, ou falta de conhecimento, não dá condição para que a autonomia seja exercitada. Muitas vezes o fato de se ignorarem as formas de contágio, as maneiras de prevenir-se, no caso, das infecções sexualmente transmissíveis, pode colocar o indivíduo numa situação de vulnerabilidade, que o exponha ao risco de contrair alguma delas sem que o mesmo sequer possa entender o porquê de tal fato.<sup>1-10-11</sup>

*Eu nunca fiquei doente porque nunca tive contato com ninguém assim*, isto se referindo às prostitutas. O evitar a doença muitas vezes pode remeter o surdo a um afastamento das pessoas, sem que se tenha como questionar em maior profundidade, inclusive o preconceito que esteja embutido nesta fala. Os tabus e preconceitos que envolvem tanto as questões da sexualidade e, por consequente, os profissionais do sexo, podem ser a razão deste depoimento.<sup>1-11-17</sup>

Sangue, não pode mexer...

O contágio através do sangue é conhecido pelos surdos, um deles chegou a afirmar que, trabalhando com enxada, caso algum companheiro se machuque, ele não vai tocá-lo e sim vai pedir ajuda, pois sabe que *pode passar a doença*. Quando ele mesmo sinaliza que *não pode mexer no sangue*, entendemos que nenhuma forma de proteção é conhecida a não ser o distanciamento, não se falou em barreiras contra o contato com o sangue, nem ao menos foram citados possíveis ferimentos como porta de entrada. Presume-se que no entendimento dos surdos estudados o vírus teria acesso através da pele íntegra, o que carece de uma intervenção educativa para sanar o equívoco.

Sei que morre...

A aids é vista atrelada à morte; no relacionamento dos surdos houve a experiência da morte ligada à doença, inclusive de um surdo “conhecido” que já morreu. Este fato vem de encontro à idéia intencionalmente difundida no início da doença, que posteriormente se tentou reverter, porém vimos que ainda hoje há a imagem desta ligação de forma bastante contundente. Em dados de pesquisas anteriores,<sup>1</sup>



vimos que esta relação existe em todas as esferas da sociedade, carecendo de esclarecimentos quanto ao aumento da sobrevida oferecida atualmente graças aos medicamentos desenvolvidos, não se questionando a qualidade de vida, e sim a proximidade com a morte.

Ele usava droga...

A ligação das drogas com a aids está presente na fala dos surdos, apesar da dúvida se é possível contrair aids *por cheirar droga* ou usá-la *injetável*, existe o conhecimento de caso de um surdo que morreu com aids *porque usava droga*.

Interessante notar que o surdo que em seu depoimento afirmou já ter usado droga enquanto adolescente, nem sequer citou a possibilidade de contrair a doença desta forma.

Dados apontam para a relação drogas e aids como um dos principais meios de contágio<sup>1-10</sup>, porém nos surdos entrevistados esta relação não ficou tão evidente quanto necessária para afirmarmos que os mesmos detêm o conhecimento necessário para uma atitude segura frente à questão das drogas.

Se faz sexo com muitas pessoas...

A promiscuidade aparece com veemência na fala de alguns sujeitos, quando afirmam que *o homem teimoso que põe chifre, fazendo sexo com muitas pessoas*, certamente seria um candidato a contrair aids, ou quando dizem que conhecem *umas prostitutas com aids na cidade*, certamente a inter-relação sexo e aids está dada.

Não houve nas falas qualquer alusão a formas de proteção relacionadas ao sexo, apenas apareceu a ligação da prática sexual com muitos parceiros como possível forma de contágio para a aids, independente de ser homem ou mulher.

Vejo a aids...

O que nos chamou a atenção nos dados destes sujeitos foi a questão de esses relacionarem a aids com algo visível, como o emagrecimento.

Mesmo aquele surdo que afirma que prefere ficar em casa “protegendo-se”, consegue *ver* a aids a partir do emagrecimento. *Sei que emagrece, conheci um homem que era gordo, ficou magro* e depois morreu.

Os surdos têm seu sentido da visão bastante aguçado, até como compensação pela ausência da audição<sup>8</sup>, o que nos pode levar a inferir que a questão exterior, visível, pode ter relevância especial no caso dos surdos, indicando-nos talvez uma direção a respeito da metodologia a ser adotada com relação à ação educativa.

## CONCLUSÃO

É certo que, depois de todo o exposto, depreendemos que os surdos, apesar da dificuldade na apreensão de informações veiculadas para ouvintes, conseguem tomar parte de conteúdos sobre as questões referentes à aids. Porém, entendemos que algumas formas de nivelamento devem ser efetuadas para suprir o necessário para uma tomada de decisão frente à prevenção do contágio pelo vírus da aids.

Não existe de forma alguma a necessidade de o conteúdo ser ajustado aos surdos, pois os mesmos não têm comprometimento em sua inteligência pelo fato de serem surdos. É imperioso, sim, que a linguagem utilizada seja trabalhada para a melhor captação de informações, visto que a maior parte delas, no caso dos sujeitos estudados, são otimizadas pelos sentidos da visão e do tato.

Experiências em que são utilizados recursos visuais ricos, bem como surdos serem exercitados em sua capacidade de se tornarem

agentes multiplicadores das informações recebidas com seus pares, parecem ter resultados bastante promissores. Profissionais de educação e saúde precisam estar atentos para a peculiaridade da linguagem e língua dos surdos, respeitando-os como uma cultura que tem como experiência única e exclusiva a não utilização da audição, o que não os faz *menos*, e sim *diferentes*; e por conta desta diferença precisam ser respeitados e atendidos como cidadãos capazes e detentores dos mesmos direitos de todos os ouvintes dentro de uma sociedade igualitária e justa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bento ICB. Problematização e Pesquisa Ação em Sexualidade, DST-Aids com universitários – Dissertação de Mestrado EERP-USP – Ribeirão Preto; 2000.
2. Bernardino EL. Absurdo ou lógica? a produção lingüística do surdo. Belo Horizonte: Profetizando Vida; 2000.
3. Niskier A. LDB: A nova lei da educação. Rio de Janeiro: Consultor, 1997.
4. Soares MAL. A educação do surdo no Brasil, Campinas: EDUSF; 1999.
5. Freire P. Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática educativa, 18ª Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
6. Ranauro H, SÁ NRL. Considerando as pessoas com deficiência. Manaus: Semente de Vida; 1999.
7. Freire P. Documento/20 anos de Pedagogia do Oprimido. São Paulo: Yangraf; 2000.
8. Sá NRL. Cultura Poder e Educação de Surdos, Manaus: Ed. da Universidade Federal do Amazonas; 2002.
9. Capovilla CC, Raphael WD (Eds). Dicionário Enciclopédico Ilustrado Trilingue da Língua de Sinais Brasileira. 2ª Ed. Vol 2. São Paulo: EDUSP/Imprensa Oficial do Estado; 2001.
10. Bueno SMV. Educação para Saúde e Orientação Sexual. Guariba: Guariart; 1994.
11. Bueno SMV. Marco conceitual e referencial teórico da educação para saúde: orientação à prevenção de DST-AIDS e drogas no Brasil, para criança, adolescente e adulto jovem – Documento. Brasília: Ministério da Saúde/CNDST-AIDS; 1997.
12. Francisco MTR. AIDS intervention among state university students – a Brazilian experience. Rio de Janeiro: Velocidade; 1999.
13. Pimenta C. Prevenir é sempre melhor. Boletim da Coordenação Nacional DST/AIDS – Ministério da Saúde nº 9. Brasília: PNDST/AIDS; 1999.
14. Abdo C. Estudo da Vida Sexual do Brasileiro. São Paulo: Bregantini; 2004.
15. INES [http://www.ines.org.br/ines\\_livros](http://www.ines.org.br/ines_livros) - acesso dia 20/11/2004.
16. Bueno SMV. Educação para Promoção da Saúde Sexual/DST-AIDS. Ribeirão Preto: Villimpress; 1995.
17. Bueno SMV. Educação Preventiva em Sexualidade, DST-Aids e Drogas nas Escolas – Livre Docência EERP-USP, Ribeirão Preto: 2001.
18. Chequer P. Apresentação. In BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE Manual do multiplicador adolescente. Brasília: PNDST/AIDS; 1997.
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 6ª Ed. Hucitec-Abrasco: São Paulo; 1999.
20. Skliar C, Quadros R. Invertendo epistemologicamente o problema da inclusão: os ouvintes no mundo dos surdos. Estilos da Clínica 1990; V(9): 32-51.
21. Reis SB. Educação Política: educar para a liberdade, educar para a responsabilidade, São Paulo: Pannartz/UPE; 1990.

**Endereço para correspondência:**

**ISABEL CB BENTO**

Rua Anita Garibaldi, 951, Campos Elíseos, Ribeirão Preto, SP.

CEP: 14080-280.

E-mail: isabel.belasco@gmail.com

Recebido em: 19/06/05

Aprovado em: 27/09/05

# PERFIL DE MULHERES HIV POSITIVO ATENDIDAS NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DA FACULDADE DE MEDICINA – UFPEL

*PROFILE OF HIV POSITIVE WOMEN ATTENDING A UNIVERSITY CLINIC IN BRAZIL*

*Mariângela F Silveira<sup>1</sup> & Iná S Santos<sup>1</sup>*

## RESUMO

**Introdução:** a contaminação pelo HIV entre as mulheres vem aumentando. No Brasil (1980-2002), registraram-se mais de 250.000 casos, 28% em mulheres. Conhecer as características das mulheres HIV+ pode auxiliar na identificação e elaboração de programas de prevenção mais efetivos. **Objetivo:** identificar características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, hábitos e comportamentos entre mulheres HIV+ atendidas em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) de uma cidade de porte médio do sul do Brasil. **Métodos:** utilizou-se um questionário padronizado para entrevistar mulheres HIV+ com 15 anos ou mais, enfocando comportamento sexual, uso de preservativos e outras características individuais. **Resultados:** foram entrevistadas 340 mulheres, 37,6% sabiam do contágio pelo HIV há mais de três anos e 52% eram assintomáticas. A idade média das pacientes foi de 32,5 anos; 68% eram brancas; 38% tinham até 4 anos de escolaridade; e 88% tinham renda familiar *per capita* menor de um salário mínimo. Metade das pacientes era fumante. 32% e 18%, respectivamente, achava que boa dieta e evitar banheiros públicos protegia do HIV e 24% que as pessoas portadoras do HIV devem manter segredo; 39% não utilizou preservativo na última relação sexual. **Conclusão:** as pacientes estudadas foram mais jovens do que as notificadas no Brasil, em geral; com prováveis fatores de risco, sendo a baixa escolaridade e a renda, o que dificultam sua abordagem terapêutica. As pacientes realizaram mais exames preventivos do câncer de colo uterino, demonstrando uma preocupação médica face ao seu maior risco de câncer de colo. Muitos não usam preservativos, dificultando o controle da doença.

**Palavras-chave:** HIV positivo, aids, mulheres, preservativo, comportamentos de risco, comportamento sexual

## ABSTRACT

**Introduction:** HIV contamination among women has been increasing. In Brazil, over 250.000 HIV infections were registered between 1980 and 2002, of which 28% were among women. Knowing the characteristics of HIV+ women can contribute to their identification and for designing effective preventive programs. **Objective:** to identify socioeconomic, demographic, reproductive, lifestyle and behavioral characteristics of HIV+ women attending a specialized clinic in a middle sized Brazilian city. **Methods:** a standardized questionnaire was used for interviewing HIV+ women aged 15 years or more, addressing sexual behaviors, condom use and other individual characteristics. **Results:** of 340 women interviewed, 37.6% know about their HIV status for 3 years or more, and 52% were asymptomatic. Their mean age was 32.5 years; 68% were white; 38% had up to 4 years of schooling; and 88% had a family income below one minimum wage. Half of them were smokers. Regarding HIV prevention, 32% cited a good diet and 18% avoiding public toilets as recommended methods; 39% did not use a condom in their last intercourse, and 24% believed that HIV+ persons should not disclose their condition to any other person. **Conclusion:** the women studied are younger than the the national average for HIV+ women. Low schooling and income are risk factors that may affect the success of treatment schemes. They had undergone more frequent cervical cancer smears, suggesting greater concern among their doctors given their higher risk of cervical cancer. Many HIV+ women engage in unsafe sex, which is an important obstacle to the effective control of this epidemic.

**Keywords:** HIV-positive, aids, women; condom, risk behaviors, sex behavior

ISSN: 0103-0465

*DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4): 295-300, 2005*

## INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2001, 40 milhões de pessoas estavam contaminadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), em todo o mundo, sendo 18,5 milhões mulheres. Devido ao aumento de casos classificados como de transmissão heterossexual, a contaminação entre as mulheres vem aumentando. Durante o ano de 2001, quase a metade dos quatro milhões de pessoas infectadas corresponderam a mulheres. Na América Latina, cerca de 1,5 milhões de pessoas estão contaminadas, com 28% dos adultos sendo do sexo feminino<sup>1</sup>.

Dados do Ministério da Saúde sugerem que, no Brasil, o número de portadores ultrapasse 500.000. De 1980 até dezembro de 2002, registraram-se mais de 250.000 casos no país, dos quais 28% em mulheres. Em 2001, a razão de casos de síndrome de imunodeficiência adquirida (aids), por sexo, no Brasil foi de 1,7 homens para cada mulher<sup>2</sup>.

Com o advento da terapia anti-retroviral (ARV), a qualidade de vida dos portadores do HIV melhorou muito. No Brasil, esta terapia é fornecida gratuitamente pelo Ministério da Saúde, o que levou a um aumento da sobrevida desses pacientes. Assim, os serviços de saúde precisam estar preparados para o atendimento das necessidades destes pacientes, que vai muito além da simples distribuição de ARV. Além disso, conhecer as características das mulheres infectadas pelo HIV, pode auxiliar na identificação e na elaboração de programas de prevenção mais efetivos, visando a diminuir a contaminação pelo HIV entre as mulheres.

1- Departamento Materno-Infantil e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

## OBJETIVO

Identificar características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, hábitos pessoais e de comportamento sexual entre mulheres HIV+ atendidas em um Serviço de Assistência Especializada (SAE), localizado em uma cidade de porte médio do sul do Brasil.

## MÉTODOS

Este estudo fez parte de uma intervenção educativa, conduzida junto ao SAE – UFPEL, que funciona junto ao Ambulatório Central da Faculdade de Medicina, e é o único serviço de referência em HIV/aids da cidade<sup>3</sup>.

No SAE, as mulheres HIV positivo são atendidas em consultas clínicas e ginecológicas, recebendo também o atendimento de enfermagem e do serviço social. Além das consultas, as pacientes frequentam grupos de mulheres, de gestantes e de adesão ao tratamento, no caso de pacientes em uso de medicação antiretroviral. A distribuição gratuita de preservativos é feita através da farmácia do ambulatório e cada paciente pode retirar até 21 preservativos masculinos por mês.

A população – alvo do estudo eram mulheres usuárias do SAE, com idade igual ou superior a 15 anos, gestantes ou não, sabedoras da infecção pelo HIV há mais de 2 meses, independente da fase do curso da doença em que se encontrassem (HIV+ ou aids), que compareceram ao SAE no período de seleção.

As pacientes responderam a um questionário padronizado aplicado por entrevistadoras, que enfocava comportamento sexual, uso de preservativos e outras características individuais. Este questionário padronizado foi baseado no do Behavioral Surveillance Workgroup (CDC)<sup>4</sup> e em material de pesquisas da UNAIDS<sup>5</sup>.

O questionário foi previamente testado em pacientes HIV positivo atendidas em ambulatório de referência em HIV/aids de outra cidade.

Foram selecionadas três entrevistadoras mulheres, com curso superior completo, que foram treinadas na aplicação dos questionários. O treinamento abrangeu também a forma de aproximação da paciente e aspectos éticos, entre eles a necessidade de manter sigilo sobre as informações.

A entrevistadora fazia o contato inicial com a paciente e, se a mesma preenchesse os critérios de inclusão, era convidada a fazer parte do estudo. Era solicitada a assinatura do termo de consentimento, informado e reiterado a paciente de que, em caso de desistência na participação, seu tratamento no serviço não seria de forma alguma prejudicado.

Foram coletadas as seguintes variáveis: uso referido de preservativo na última relação sexual (desfecho); tempo de diagnóstico; idade em anos completos; cor observada pela entrevistadora; escolaridade em anos completos; estado civil; renda familiar *per capita* em salários mínimos; número de gestações; gestação no momento; intenção de gestar; tabagismo; uso de bebidas alcoólicas; relações sexuais com preservativo no passado; conhecimento sobre proteção decorrente do uso de preservativo; idade da primeira relação sexual; número de parceiros na vida; uso de drogas injetáveis no último ano; sexo profissional no último ano; e, característica do parceiro da última relação sexual. A supervisora do estudo também coletou no prontuário dados sobre o quadro clínico das pacientes e retirada de preservativos na farmácia.

O controle de qualidade do questionário foi feito pela supervisora que reentrevistou 5% das pacientes. A pergunta sobre idade de início da atividade sexual foi repetida para estas mulheres, resultando em um coeficiente de concordância kappa ponderado de 0,93. Quanto à prática de relações sexuais no último mês, o índice kappa foi de 1,0 e, com relação à consistência do uso de preservativos no último mês, este índice foi de 0,83, o que indica um nível excelente de concordância.

Com relação ao processamento e análise dos dados, foram feitas duas digitações com o programa Epi-Info 6.0, com posterior com-

paração. Foi realizada checagem automática de amplitude e consistência dos dados, no momento da digitação, com o uso da função *Check* do Epi-Info. Para identificar e corrigir inconsistências de codificação, revisão e digitação foi realizada limpeza dos dados, através da obtenção de frequências das variáveis coletadas, pelo programa SPSS 8.0. Na análise, foi utilizado o programa SPSS 8.0.

A análise consistiu na obtenção de frequência das variáveis estudadas.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

## RESULTADOS

A coleta de dados iniciou-se em março de 2003 e estendeu-se até abril de 2004, sendo 340 mulheres entrevistadas. Não houve recusas. Três pacientes foram excluídas e substituídas: duas por deficiência mental severa, que impedia a compreensão do questionário, e outra por apresentar quadro clínico grave, sendo internada e vindo a falecer em seguida.

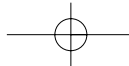
Das 340 pacientes estudadas, 89 (26,2%) sabiam do contágio pelo HIV há menos de seis meses, e 128 (37,6%) há mais de três anos. Com relação ao seu estado de saúde, 14 (4%) pacientes estavam sintomáticas no momento da entrevista, 174 (52%) eram assintomáticas e 151 (44%) tinham aids comprovada por exames e estavam em uso de medicação.

A **Tabela 1** descreve as principais características das pacientes conforme fatores socioeconômicos e demográficos. A idade média das pacientes foi de 32,5 anos, tendo a paciente mais jovem 15 anos e a mais idosa 71 anos, 47% (n = 160) tinham menos de 30 anos; 68% eram de cor branca; 38% tinham até quatro anos de escolaridade contra 1,2% com 12 ou mais anos de educação formal. Quanto ao estado civil, pouco mais da metade das mulheres relatou ser casada ou com companheiro, 43% referiram a prática de uma religião e a renda familiar *per capita* de 88% delas foi menor de um salário mínimo.

Na **Tabela 2**, encontram-se as características reprodutivas das mulheres portadoras do HIV. Cerca de 90% das mulheres já havia engravidado pelo menos uma vez na vida e pouco mais da metade teve entre 2 e 4 gestações, sendo que 68% tinham pelo menos 2 filhos vivos. Treze pacientes (4,3%) tinham perdido filhos por aids, tendo essas mortes ocorrido entre 24 dias e dois anos de vida. Um total de 27 mulheres (9%) referiu estar grávida no momento da entrevista, com a grande maioria delas fazendo pré-natal no SAE; 76 (25%) tiveram pelo menos uma gestação nos últimos dois anos e, em quase 25% dos casos, não realizaram pré-natal.

Ainda na **Tabela 2** vemos que 84% das mulheres não tinham intenção de engravidar no momento da entrevista. Com relação ao exame preventivo do câncer de colo uterino, 227 (67%) tinham realizado o exame no último ano, 17 (5%) nunca haviam feito o exame e 35 (10,3%) ignoravam se haviam feito alguma vez na vida. Das que haviam feito o citopatológico do colo uterino, mais da metade (55%) utilizaram o Ambulatório do SAE.

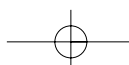
Na **Tabela 3** estão descritos alguns hábitos, crenças e conhecimentos destas mulheres. Metade das pacientes era fumante e 51 (15%) consumiam bebidas alcoólicas ao menos uma vez por semana. Com relação ao conhecimento sobre a contaminação pelo HIV, vemos que os seguintes comportamentos foram descritos como protetores contra o HIV: boa dieta (32%); permanecer com um parceiro fiel (45%); evitar banheiros públicos (18%); uso de preservativos (97%); evitar tocar uma pessoa com aids (3,2%); evitar dividir comida com uma pessoa com aids (5,3%); evitar ser mordido por mosquito (12%); usar agulhas novas em injeções (97%); ser fiel ao seu parceiro (61%). Com relação ao uso de preservativo, 10% das entrevistadas nunca havia tido relações com preservativo. Os lugares mais conhecidos para obtenção de preservativos foram farmácia, SAE, supermercado e bar/hotel/motel.

**Tabela 1.** Características sócio-demográficas das mulheres HIV+ atendidas no SAE-UFPel

Variável	HIV+ (%)
<b>Tempo de diagnóstico de contaminação</b>	
< 6 meses	89 (26,2)
6 meses – 1 ano	41 (12,1)
> 1 ano – 2 anos	39 (11,5)
> 2 anos –	43 (12,6)
3 anos > 3 anos	128 (37,6)
	n: 340
<b>Idade (anos completos)</b>	
15-19	19 (5,6)
20-29	141 (41,4)
30-39	100 (29,4)
40- 49	60 (17,6)
50 ou mais	20 (5,9)
	n: 340
<b>Cor</b>	
Branca	230 (67,6)
Negra/Parda	110 (32,4)
	n: 340
<b>Escolaridade (anos completos)</b>	
0-4	129 (37,9)
5-8	150 (44,1)
9-11	57 (16,8)
12 ou mais	4 (1,2)
	n: 340
<b>Estado civil</b>	
Casada/companheiro	186 (54,7)
Solteira	47 (13,8)
Viúva	33 (9,7)
Separada/divorciada	74 (21,8)
	n: 340
<b>Prática de religião</b>	
Sim	145 (42,6)
Não	195 (57,4)
	n: 340
<b>Trabalho/fonte de renda último mês</b>	
Sim	174 (51,2)
Não	166 (48,8)
	n: 340
<b>Renda per capita em Salário mínimo</b>	
Nenhuma	38 (11,2)
Menos de 1 SM	261 (76,8)
1-1,99	23 (6,8)
2,0-2,99	7 (2,1)
3 ou mais	2 (0,6)
Ignorada	9 (2,7)
	n: 340

**Tabela 2:** Características reprodutivas das mulheres HIV+ atendidas no SAE-UFPel

Variável	HIV+ (%)
<b>Gestação?</b>	
Sim	305 (89,7)
Não	35 (10,3)
	n: 340
<b>Número de gestações</b>	
ZERO	35 (10,3)
1	58 (17,1)
2 - 4	180 (52,9)
5 ou mais	67(19,7)
	n: 340
<b>Número de filhos vivos</b>	
Zero	19 (6,2)
1	80 (26,2)
2 - 4	172 (56,4)
5 ou mais	34(11,1)
	n: 305
<b>Perdeu algum filho de aids?</b>	
Sim	13 (4,3)
Não	292 (95,7)
	n: 305
<b>Está grávida no momento?</b>	
Sim	27 (8,9)
Não	273 (89,5)
Não sabe	5 (1,6)
	n: 305
<b>Se sim, está fazendo pré-natal</b>	
Sim	25 (92,6)
Não	2 (7,4)
	n: 27
<b>Local pré-natal atual</b>	
SAE	21 (84,0)
Outros	4 (16,0)
	n: 25
<b>Gestação nos últimos 2 anos?</b>	
Sim	76 (24,9)
Não	229 (75,1)
	n: 305
<b>Fez pré-natal?</b>	
Sim	61 (80,3)
Não	15 (19,7)
	n: 76
<b>Pretende engravidar?</b>	
Sim	28 (8,2)
Não	284 (83,5)
Gestante	27 (7,9)
Não sei	1 (0,3)
	n: 340
<b>Data último CP (anos)</b>	
Neste ano	227 (66,8)
2-3	46 (13,5)
4-6	9 (2,7)
> 6	6 (1,8)
Nunca fez	17 (5,0)
Ignorado	35 (10,3)
	n: 340



**Tabela 3** – Hábitos, crenças e conhecimento das mulheres HIV+ atendidas no SAE-UFPEl

<b>Variável</b>	<b>HIV+ (%)</b>
Fu	171 (50,3)
<b>Fumante atual</b>	64 (18,8)
Ex-fumante	105 (30,9)
Nunca fumou	n: 340
<b>Bebida alcoólica últimas 4 semanas</b>	
Todos os dias	5 (1,5)
Ao menos uma vez/semana	46 (13,5)
Menos de uma vez semana	53 (15,6)
Nunca	236 (69,4)
	n: 340
<b>Boa dieta protege contra HIV/aids</b>	
Sim	109 (32,1)
Não	216 (63,5)
Não sei	15 (4,4)
	n: 340
<b>Permanecer com um parceiro fiel protege contra HIV/aids</b>	
Sim	154 (45,3)
Não	180 (52,9)
Não sei	6 (1,8)
	n: 340
<b>Evitar banheiros públicos protege contra HIV/aids</b>	
Sim	61 (17,9)
Não	263 (77,4)
Não sei	16 (4,7)
	n: 340
<b>Usar preservativos durante as relações sexuais protege contra HIV/aids</b>	
Sim	331 (97,4)
Sim	7 (2,1)
Não	2 (0,6)
Não sei	n: 340
<b>Evitar tocar uma pessoa com aids protege contra HIV/aids</b>	
Sim	11 (3,2)
Não	328 (96,5)
Não sei	1 (0,3)
	n: 340
<b>Evitar dividir comida com uma pessoa com aids protege contra HIV/aids</b>	
Sim	18 (5,3)
Não	319 (93,8)
Não sei	3 (0,9)
	n: 340
<b>Evitar ser mordido por mosquitos/insetos protege contra HIV/aids</b>	
Sim	42 (12,4)
Não	265 (77,9)
Não sei	33 (9,7)
	n: 340
<b>Assegurar-se que qualquer injeção seja feita com agulha nova protege contra HIV/aids</b>	
Sim	330 (97,1)
Não	7 (2,1)
Não sei	3 (0,9)
	n: 340

**Tabela 3** – Hábitos, crenças e conhecimento das mulheres HIV+ atendidas no SAE-UFPel (Cont.)

<b>Ser fiel ao seu parceiro protege contra HIV/aids</b>	
Sim	207 (60,9)
Não	130 (38,2)
Não sei	3 (0,9)
	n: 340
<b>Já teve relação em que o parceiro usou preservativo</b>	
Sim	305 (89,7)
Não	35 (10,3)
	n: 340
<b>Local onde pode obter preservativos: Farmácia</b>	
SAE	337 (99,1)
Supermercado/loja de conveniências	314 (92,4)
Bar/hotel/motel	274 (80,6)
Hospital/clínica	257 (75,6)
Posto de Saúde	228 (67,1)
Secretaria da Saúde	83 (24,4)
Outros (presídio, ONG etc)	24 (7,1)
	10 (3,0)
	n: 340

Na **Tabela 4** encontram-se algumas opiniões destas mulheres sobre a aids. Encontramos que 86% das pacientes disseram que uma pessoa com aids pode parecer saudável; 93%, que devemos permitir que continuem trabalhando com outras pessoas; e 39%, que estas pessoas deveriam receber mais cuidados que outros pacientes com doenças graves. Cerca de 24% acham que as pessoas portadoras do HIV mantêm segredo e 70% que devem revelar apenas para algumas pessoas, sendo as pessoas mais referidas os familiares (especialmente a mãe) e amigos próximos.

Com relação à idade de início da atividade sexual (**Tabela 5**), para 34% (n: 116) das mulheres esta foi menor de 15 anos. Quanto ao número de parceiros, a maior parte teve mais de três parceiros na vida, sendo que 39 mulheres (11,5%) não souberam dizer o número, por serem ou haverem sido profissionais do sexo. Tiveram diagnóstico de DST no último ano, 26 (8%) das pacientes; 3,5% referiu uso de drogas injetáveis no último ano e 4% terem recebido dinheiro para manter relações sexuais. Das 340 pacientes, 215 (63%) referiu atividade sexual no último mês e neste mês, 10% não usou nenhum método anticoncepcional. Em 18% dos casos o parceiro nunca usou preservativo. Na última relação sexual, 39% não utilizaram preservativo e 9% das pacientes e 22% dos parceiros utilizaram bebidas alcoólicas. Quando solicitadas a mostrar um preservativo, 9% das pacientes o fizeram.

Também na **Tabela 5** observa-se que em 72% dos casos as pacientes referiram não terem sido aconselhadas pela equipe médica a informar o(s) parceiro(s) sexual de sua condição de portadora do HIV.

## DISCUSSÃO

Com relação à idade, observamos que 47% das pacientes tinham menos de 30 anos, enquanto no Brasil, entre as mulheres diagnosticadas como portadoras do HIV em 2004, este percentual foi de cerca de 30%<sup>6</sup>. Esta diferença pode-se dever ao fato de muitas das pacientes do SAE serem encaminhadas por serviços de pré-natal, justificando a menor faixa etária em nosso estudo. Também os casos notificados no Brasil são de aids, enquanto mais da metade das mulheres avaliadas nesse estudo são portadoras assintomáticas, ainda sem o

desenvolvimento da doença. Isso pode evidenciar a importância de trabalhos de prevenção em adolescentes e adultos jovens.

Quanto a cor, 68% das pacientes eram brancas. No Brasil, em 2004, 57% das mulheres notificadas por aids eram brancas<sup>6</sup>. Esse percentual não coincide com pesquisa de base populacional realizada com mulheres da cidade de Pelotas, em que 79% das 1.543 entrevistadas eram brancas<sup>7</sup>. Isso pode indicar que as mulheres de cor negra estejam em maior risco para a contaminação pelo HIV, ou seja, um efeito da menor renda entre essas mulheres. Outro fator de risco parece ser a baixa escolaridade. No atual estudo, 38% tinham até quatro anos de escolaridade contra apenas 18% das mulheres de Pelotas<sup>7</sup>.

As pacientes do SAE foram semelhantes à população de mulheres de Pelotas, com relação ao estado civil casada/com companheiro e à prática de religião. Com relação à renda, foi consideravelmente menor, com 88% delas referindo renda familiar *per capita* menor que um salário mínimo, contra 42% na população em geral<sup>7</sup>. O baixo nível socioeconômico, além de fator de risco para a contaminação pelo HIV, dificulta a abordagem terapêutica das mulheres contaminadas.

Das 340 mulheres, treze (4,3%) tinham perdido filhos por aids. A maior parte dessas mortes ocorreu antes ou logo após a criação do SAE em Pelotas (maio de 1998), o que mostra a importância dos esforços organizados para evitar a transmissão vertical, em especial porque 76 (25%) das pacientes tiveram pelo menos uma gestação nos últimos dois anos, e, em quase 1/4 dos casos não realizaram pré-natal. Além disso, 8,2% referiram intenção de engravidar no momento da entrevista.

Com relação ao exame preventivo do câncer de colo uterino, 67% tinham realizado o exame no último ano e 5% nunca tinham feito o exame. Em estudo realizado em Pelotas, no ano de 2002, com 1198 mulheres de 25-59 anos, 43% haviam realizado o teste no último ano e 21% nunca tinham sido testadas<sup>8</sup>. O fato de serem pacientes HIV+ e com aids, portanto em maior risco de apresentarem câncer de colo, justifica esta maior ocorrência da realização do exame de Papanicolaou.

Com relação ao tabagismo, metade das pacientes era fumante contra 30% na população em geral<sup>7</sup>. Tem sido postulado que o tabagismo é um marcador de comportamentos de risco, indicando menor preocupação com a saúde<sup>9</sup>.

**Tabela 4:** Opiniões sobre aids das mulheres HIV+ atendidas no SAE-UFPe

Variável	HIV+(%)
<b>Acha que uma pessoa com aids:</b>	
Sempre tem sintomas	41 (12,1)
Pode parecer saudável	291 (85,6)
Não sei	8 (2,4)
	n: 340
<b>Deve-se permitir que pessoas HIV+ que trabalham com outras pessoas (escritório, fábrica) continuem seu trabalho?</b>	
Sim	317 (93,2)
Não	19 (5,6)
Não sei	4 (1,2)
	n: 340
<b>Pessoas com aids devem receber menos, os mesmos ou mais cuidados de saúde que outras pessoas com doenças graves:</b>	
Os mesmos	198 (58,2)
Mais	132 (38,8)
Menos	8 (2,4)
Não sei	2 (0,6)
	n: 340
<b>Acha que as pessoas HIV+ devem:</b>	
Manter segredo	81 (23,8)
Revelar para todos	17 (5,0)
Revelar para alguns	239 (70,3)
Não sei	3 (0,9)
	n: 340

O início da atividade sexual foi mais precoce nestas mulheres, sendo menor que 15 anos em 34% contra 8,6% na população em geral<sup>7</sup>.

Com relação ao uso de preservativo, 10% das entrevistadas nunca haviam tido relações com preservativo. Das 340 pacientes, 215 (63%) referiram atividade sexual no último mês, sendo que, na última relação sexual, 39% dos parceiros não utilizaram preservativo. Este comportamento chama a atenção entre portadoras de uma patologia sexualmente transmissível. Além disso, adquirir outras doenças sexualmente transmissíveis aumenta a chance de diminuição de imunidade nesses pacientes; e, o não uso de preservativo, com parceiros também soropositivos, dificulta o controle da carga viral e aumenta o risco de contaminação por vírus resistentes aos anti-retrovirais<sup>10</sup>. Por outro lado, dados de literatura têm também mostrado que o fato de saber-se portador do HIV não implica, necessariamente, no uso do preservativo em todas as relações sexuais, mesmo com parceiro não-portador ou de sorologia desconhecida<sup>11</sup>.

Das portadoras do HIV entrevistadas, 23% acham que as pessoas portadoras do HIV devem manter segredo e 70% que devem revelar apenas para algumas pessoas, o que demonstra ainda o medo do preconceito.

A maioria das pacientes (72%) referiu não terem sido aconselhadas pela equipe médica a informar o(s) parceiro(s) sexual(is) de sua condição de portadora do HIV. Ressalte-se que na observação de 10% das consultas incluídas nesse estudo, em apenas 44% das vezes o médico orientou o uso de preservativos e em 33% enfatizou a necessidade de proteger o parceiro da contaminação pelo HIV. Esse achado mostra que, mesmo em um serviço especializado, a recomendação do uso do preservativo nem sempre é realizada, provavelmente por uma valorização por parte do médico da parte clínica da paciente. Métodos que incentivem e relembram o profissional da necessidade de enfatizar a prevenção secundária do HIV devem ser adotados nos serviços especializados.

DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4):295-300, 2005

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Reports on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2002.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília: Programa Nacional DST/AIDS; 2002.
- 3- Silveira MF, Santos IS. Impact of an educational intervention to promote condom use among male partners of HIV positive women. Journal of Evaluation in Clinical Practice, publicação on linedoi:10.1111/j.1365-2753.2005.00626.X.
- 4- [http://www.cdc.gov/nchstp/od/core\\_workgroup/default.htm](http://www.cdc.gov/nchstp/od/core_workgroup/default.htm). (disponível em 18 de agosto de 1999).
- 5- WHO Second generation surveillance for HIV Compilation of Basic Materials. World Health Organization, Geneva, 2001.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília: Programa Nacional DST/AIDS; 2004.
- 7- Silveira MF, Beria JU, Horta BL, Tomasi E, Victora CG. Factors associated with risk behaviors for sexually transmitted disease/AIDS among urban Brazilian women: a population-based study. STD 2002; 29(9): 536-41.
- 8- Quadros CAT, Victora CG, Costa JSD. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. Rev Panam Salud Publica 2004; 16(4): 223-32.
- 9- Wolf R, Freedman D. Cigarette smoking, sexually transmitted diseases, and HIV/AIDS. Int J Dermatol 2000; 39:1-9.
- 10- Wainberg M, Friedland G. Public health implications of antiretroviral therapy and HIV drug resistance. JAMA 1998; 279:1977-83.
- 11- Silveira MF, Santos IS. Impacto de intervenções no uso de preservativos em portadores do HIV. Rev Saúde Pública 2005; 39 (2): 296-304.

### Endereço para Correspondência:

MARIÂNGELA FREITAS DA SILVEIRA  
Avenida Duque de Caxias, 250- Pelotas, RS, Brasil.  
Telefax: (053) 3271-24-42  
E-mail: maris.sul@terra.com.br

Recebido em: 07/11/05

Aprovado em: 18/12/06

# PANORAMA MUNDIAL DA EPIDEMIA PELO HIV/AIDS: ASPECTOS SOCIAIS E LESÕES BUCAIS

*GLOBAL OVERVIEW OF THE HIV/AIDS EPIDEMIC: SOCIAL ASPECTS AND BUCAL LESIONS*

*Cesar W Noce<sup>1</sup>, Arley Silva Júnior<sup>2</sup>, Sonia MS Ferreira<sup>3</sup>*

## RESUMO

Aids é uma infecção causada pelo HIV que se caracteriza por imunossupressão profunda, levando ao surgimento de diversas infecções oportunistas, dentre as quais manifestações orais como a candidíase oral. Além disso, no início da epidemia pelo HIV, os pacientes eram predominantemente homens, adultos, de diferentes classes sociais, contaminados por relação sexual homossexual ou uso de drogas injetáveis. Todavia, nestes últimos anos, o perfil social da infecção pelo HIV/aids vem mudando. Logo, este artigo propõe-se a realizar uma revisão de literatura sobre os aspectos sociais e as lesões orais associadas ao HIV no mundo, ressaltando o importante papel do cirurgião-dentista em um adequado atendimento multidisciplinar ao paciente HIV positivo.

**Palavras-chaves:** HIV, síndrome de imunodeficiência adquirida, manifestações bucais, mudança social

## ABSTRACT

Aids is an infection caused by HIV in which there is a profound immunosuppression, leading to the development of several opportunistic infections, including oral lesions, such as bucal candidiasis. In the beginning of the HIV epidemic most of the individuals were adult homosexual men with sexual and or intravenous drug transmission belonging to different social levels. However, this social aspect of the HIV/AIDS infection has been changing. Therefore, we propose a literature review regarding HIV social aspects as well as HIV associated bucal lesions, highlighting the importance of the dentist as part of the multidisciplinary treatment of the HIV positive patients.

**Keywords:** HIV, acquired immunodeficiency syndrome, bucal manifestations, social change

ISSN: 0103-0465

*DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4): 301-305, 2005*

## INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é uma infecção cujo agente etiológico é o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Esta doença caracteriza-se por imunossupressão profunda, principalmente dos linfócitos T CD4, levando ao surgimento de diversas infecções oportunistas, como o sarcoma de Kaposi e a pneumocistose<sup>1</sup>.

Dentre essas infecções oportunistas, enquadram-se também manifestações bucais, em especial a candidíase, a leucoplasia pilosa, o sarcoma de Kaposi, as doenças periodontais associadas ao HIV e o linfoma não-Hodgkin<sup>2</sup>.

Após a introdução, em 1996, da terapia anti-retroviral combinada<sup>3,4</sup>, diversos estudos demonstraram uma queda na preva-

lência das lesões bucais, bem como o aumento dos níveis de linfócitos T CD4 e a redução da carga viral plasmática do HIV<sup>5,6,7</sup>.

Além disso, no início da infecção, os pacientes eram predominantemente homens, adultos, de diferentes classes sociais, contaminados por relação sexual homossexual e/ou uso de drogas injetáveis<sup>8</sup>. Todavia, nestes últimos anos, o perfil social da infecção pelo HIV/aids vem mudando.

Este artigo propõe-se a realizar uma revisão da literatura sobre o estágio atual e o perfil social da infecção pelo HIV/aids em diversos locais do mundo, ressaltando as lesões bucais associadas ao HIV/aids mais prevalentes e o importante papel do cirurgião-dentista dentro de uma equipe multidisciplinar de atendimento a pacientes soropositivos para o HIV.

## Países desenvolvidos

Estima-se que 1,6 milhão de pessoas convivam com o HIV nestes países. A via mais comum de contaminação é a por relação sexual homossexual. No entanto, em especial nas camadas mais pobres da população, os usuários de drogas injetáveis através de agulhas contaminadas ainda correspondem a um alto percentual, entre 10% e 25%, da via de contaminação pelo HIV<sup>9</sup>.

Estes países destacam-se por seus programas de combate à infecção pelo HIV, com forte enfoque em ações preventivas, como uso de preservativos e abstinência sexual<sup>10</sup>. Além disso, observa-se que os pacientes têm amplo acesso à terapia anti-retroviral, levando a um

<sup>1</sup>Especialista em Estomatologia (Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ); mes-trando em Patologia (Universidade Federal Fluminense-UFF)

<sup>2</sup>Especialista em Patologia Oral (UFRJ); mestre em Patologia Buco-Dental (UFF); doutor em Ciências Diagnósticas (Universidade de Maryland, Baltimore), odontólogo do Departamento de Estomatologia da UFRJ e professor de Estomatologia da Universidade Gama Filho

<sup>3</sup>Especialista em Estomatologia (UFRJ); mestre em Advanced General Dentistry (Universidade de Maryland, Baltimore); doutora em Clínica Médica (UFRJ)

*Este estudo foi financiado em parte por John E. Fogarty International Center AIDS International Training Research Program – AITRP.*



aumento da expectativa de vida, o que explica, portanto, o observado aumento na prevalência de indivíduos acima de 50 anos de idade nestes países<sup>11</sup>.

Como resultado destas ações, têm-se constatado uma forte redução na prevalência das lesões bucais, observando-se prevalências de 85,4% antes da introdução da terapia anti-retroviral combinada, para patamares de 31,7% após o início desta terapia<sup>7</sup>. Tal declínio foi especialmente acentuado naquelas lesões associadas a baixas contagens dos linfócitos T CD4, como a candidíase pseudomembranosa, a leucoplasia pilosa e o sarcoma de Kaposi. Por outro lado, vêm-se observando o aumento na prevalência das lesões papilomatosas e da doença de glândula salivar, as quais foram associadas a maiores contagens dos linfócitos T CD4. No entanto, a candidíase oral permanece entre as lesões mais prevalentes, acompanhada da leucoplasia pilosa e das lesões papilomatosas<sup>5,6,7</sup>.

## Europa Oriental e Ásia Central

Nesta região tem-se observado um dos maiores aumentos mundiais na incidência da infecção pelo HIV/aids, com 210.000 casos diagnosticados somente em 2004, elevando o total de pessoas HIV positivas para aproximadamente 1,4 milhão de pessoas. Deste total, mais de 80% têm menos que 30 anos de idade. No entanto, a maior parte destas estimativas baseiam-se em relatos isolados. Dessa forma, o real quadro da infecção pelo HIV na região pode estar ainda muito subestimado<sup>9,12,13</sup>.

A principal via de contaminação é o uso de agulhas contaminadas nos usuários de drogas injetáveis, prática esta mais comum entre homens e que vem aumentando desde o fim do regime soviético<sup>14,15</sup>. No entanto, um expressivo aumento no número de mulheres infectadas pelo HIV vem ocorrendo, evidenciando a crescente importância que a contaminação por relação sexual heterossexual vem adquirindo na região<sup>16</sup>. As políticas públicas de prevenção e tratamento à infecção pelo HIV são ainda incipientes e não atendem às necessidades de toda a população<sup>9,15,17</sup>.

Nesta região, poucos estudos foram realizados com o intuito de avaliar a prevalência das lesões orais associadas ao HIV/aids. Gileva *et al.*<sup>18</sup> realizaram um estudo na Rússia analisando a frequência e o espectro das lesões orais no usuário de drogas injetáveis infectados pelo HIV. Dentre as lesões orais nos indivíduos HIV positivos e com aids, a mais prevalente foi a candidíase, observada em 32,7% e 84,6% dos pacientes, respectivamente. Dentre o grupo HIV positivo, destacam-se também a linfadenopatia regional, as infecções por herpes simples e a xerostomia. Já nos casos de aids, também foram altamente prevalentes a xerostomia, o herpes zóster, a estomatite ulcerativa necrosante, a doença de glândula salivar e a estomatite aftosa recorrente.

## África subsaariana

Nesta região, concentram-se aproximadamente 25 milhões de pessoas infectadas pelo HIV, ou seja, dois terços do total dos indivíduos infectados pelo HIV no mundo. Nestes países, vêm-se observando epidemias generalizadas, envolvendo geralmente indivíduos entre 20 e 40 anos de idade, das mais diversas camadas sociais<sup>19</sup>. A via de contaminação é predominantemente por relação sexual heterossexual<sup>9</sup>.

Tem sido observado um expressivo aumento no número das mulheres infectadas pelo HIV, as quais correspondem atualmente a 57% dos adultos e a 75% dos jovens infectados pelo HIV. Em grande

parte, tal dado se dá pela grande ocorrência da violência sexual contra mulheres, principalmente nas classes sociais mais baixas, pelo uso pouco freqüente de preservativos, bem como por um papel social de submissão da mulher com relação ao homem<sup>9,20</sup>.

Observa-se também uma frágil estrutura governamental em muitos países, um subdesenvolvimento econômico, a falência de um sistema público de saúde e a falta de profissionais qualificados. Isto resulta na falta de financiamento e de uma efetiva política pública de combate à infecção pelo HIV/aids<sup>21</sup>.

Em virtude disto, a maioria dos pacientes não tem acesso à terapia anti-retroviral e a um adequado acompanhamento laboratorial da infecção pelo HIV<sup>17,21,22</sup>. As taxas de mortalidade nestes pacientes são extremamente altas, principalmente em adultos jovens<sup>23</sup>. Conseqüentemente, observa-se grande número de crianças HIV positivas órfãs que ainda sofrem forte discriminação e segregação por parte da sociedade<sup>24</sup>. Estima-se que 12,3 milhões de crianças tenham ficado órfãs devido ao HIV/aids nesta região, número este que tende a crescer por menos pela próxima década<sup>25</sup>.

Neste contexto, as lesões orais são prevalentes entre 38,1% e 60,4% dos pacientes HIV positivos, destacando-se a candidíase como a lesão oral e a micose superficial mais prevalente, seguida da leucoplasia pilosa, estando fortemente associadas à imunossupressão<sup>22,26,27,28</sup>. Em contrapartida, a prevalência da doença de glândula salivar associada ao HIV é pequena<sup>26,29</sup>.

## Norte da África e Oriente Médio

A prevalência dos indivíduos infectados pelo HIV no norte da África e Oriente Médio é em torno de 480.000 indivíduos, bem inferior àquela relatada na África subsaariana. A maior parte destes países ainda se encontra em um estágio inicial da infecção pelo HIV, exceto Sudão, Somália e Djibuti, que já enfrentam epidemias generalizadas<sup>30</sup>.

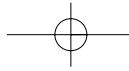
A via sexual heterossexual é a forma predominante de contágio. Todavia, transfusões sanguíneas e agulhas contaminadas nos usuários de drogas injetáveis ainda representam parcela importante das vias de contaminação do HIV na região<sup>21</sup>.

Embora a maior parte dos países da região tenha programas nacionais de combate à aids, estes são ineficazes em sua maioria, principalmente pela falta de apoio político e de recursos humanos e financeiros<sup>30</sup>. Por estas razões, não há um sistema público capaz de estimar a real incidência da epidemia pelo HIV na população. Dessa forma, as estatísticas oficiais baseiam-se em grande parte em relatos isolados, sendo provável, portanto, que tais dados estejam em grande parte subestimados<sup>9</sup>.

Ozkaya-Sahin *et al.*<sup>31</sup>, estudando infecções oportunistas nos pacientes HIV positivos sob terapia anti-retroviral combinada, observaram ser a candidíase oral a mais comum, acometendo 13,3% da população estudada. Todavia, ainda são necessários maiores estudos para avaliar a real prevalência das lesões orais nestes países.

## Sudeste asiático e Oceania

Nesta região, encontra-se a maior parte da população mundial e os dois países mais populosos do mundo: China e Índia. Convivem com o HIV, nesta região, aproximadamente 7,4 milhões de pessoas<sup>9</sup>. A via de contaminação predominante é por relação sexual heterossexual, mas, em determinadas áreas, em especial aquelas usadas como



rota pelo tráfico de heroína<sup>32</sup>, a epidemia pelo HIV vem crescendo rapidamente nos usuários de drogas injetáveis<sup>33</sup>.

Assim como na África subsaariana, pode-se constatar um grave aumento da infecção pelo HIV/aids nas mulheres. Isto ocorre em grande parte por condições históricas, sociais e culturais, que colocam as mulheres em uma posição submissa com relação aos homens<sup>9</sup>.

Outra importante questão diz respeito às crianças órfãs devido ao HIV/aids. Embora o número relativo seja inferior ao da África subsaariana, o número absoluto das crianças órfãs é maior no sudeste asiático e Oceania do que na África subsaariana<sup>25</sup>.

Por sua vez, as políticas públicas de combate ao HIV/aids vêm mostrando-se ineficazes. Isto se torna evidente, verificando-se que, embora aproximadamente um milhão de pessoas necessitem de terapia anti-retroviral, apenas 5% destas têm acesso a esta terapia<sup>17,33</sup>. Outros dados revelam, por exemplo, que na Índia, onde em 85% dos casos a via de contaminação pelo HIV é a relação sexual<sup>34</sup>, somente 21% da população têm consciência da relação entre doenças sexualmente transmissíveis e HIV<sup>9</sup>.

Nestes países, as lesões bucais apresentam prevalência entre 38% e 90%, especialmente a candidíase oral, a leucoplasia pilosa oral e as doenças periodontais necrosantes. Por outro lado, é interessante notar que o sarcoma de Kaposi, embora comum nos indivíduos imunocomprometidos em outros países, até o presente momento não se relatou em qualquer estudo asiático que a principal via de contaminação foi por relação sexual heterossexual<sup>35,36,37,38</sup>.

## Caribe

Segundo dados da UNAIDS de 2004<sup>9</sup>, convivem com o HIV no Caribe aproximadamente 430.000 indivíduos. Esta corresponde à segunda região mais afetada pelo HIV/aids no mundo, com 2,3% da população adulta infectada, estando atrás apenas da África subsaariana. A principal via de contaminação é por relação sexual heterossexual, sendo a via por agulhas contaminadas nos usuários de drogas injetáveis relevante somente em Porto Rico e nas Ilhas Bermudas. Os infectados são geralmente homens jovens, com idade entre 15 e 24 anos<sup>39,40</sup>.

Tendo em vista sua pequena extensão territorial e economia restrita, os países desta região em geral não têm condições econômicas capazes de sustentar os altos custos de um amplo programa de prevenção e tratamento ao HIV/aids<sup>40,41</sup>. É interessante ressaltar a experiência das Bahamas, onde, através de financiamentos nacionais e internacionais, tal programa foi implantado, inclusive com distribuição gratuita de anti-retrovirais para a população<sup>41</sup>.

Nesta região, a prevalência total das lesões orais é de 69,2%, aumentando para 72,3% se forem considerados somente aqueles pacientes com CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>. A lesão mais prevalente é a candidíase, presente entre 39,3% e 54% dos casos. Outras lesões bucais comumente encontradas são leucoplasia pilosa, herpes e sarcoma de Kaposi<sup>42,43</sup>. Todavia, poucos são os estudos disponíveis nesta região sobre a prevalência das lesões orais do HIV/aids.

## América Latina (exceto Brasil)

Na América Latina, atualmente, há em torno 1,6 milhão de pessoas infectadas pelo HIV. Nesta região, esta epidemia ainda encontra-se concentrada em poucos segmentos da sociedade, com via de

contaminação predominante através das relações sexuais homossexuais ou agulhas contaminadas nos usuários de drogas injetáveis<sup>9</sup>.

Muito embora estatísticas oficiais relatem que 53% da população latino-americana recebam gratuitamente a medicação anti-retroviral, mais da metade deste total está concentrada no Brasil<sup>17</sup>. Embora o México, o Uruguai e a Argentina também tenham políticas de distribuição gratuita de anti-retrovirais, a maior parte dos países latino-americanos ainda estão implementando políticas públicas de combate ao HIV/aids<sup>17,39,44</sup>. No Peru, por exemplo, 82.000 indivíduos convivem com o HIV, sendo a maior parte de classes sociais mais baixas, e somente 1.900 têm acesso à terapia anti-retroviral<sup>45</sup>.

Nos países onde foi adotada a distribuição gratuita e universal da medicação anti-retroviral, como o México, observou-se um declínio de 50% na prevalência das lesões bucais. Tal redução foi ainda mais expressiva para a candidíase oral, a leucoplasia pilosa, o sarcoma de Kaposi e as doenças periodontais necrosantes. Em contrapartida, houve aumento na prevalência das lesões papilomatosas e da doença de glândula salivar associada ao HIV. Todavia, a candidíase permanece como a lesão oral mais prevalente, seguida da leucoplasia pilosa e da estomatite aftosa recorrente<sup>46</sup>.

Por outro lado, poucos dados estão disponíveis naqueles países onde tais políticas não foram implantadas. Dessa forma, a prevalência das lesões orais ainda é alta, na ordem de 71%, sendo a candidíase a lesão oral mais comum e uma das principais infecções oportunistas que acometem estes indivíduos. Outras lesões altamente prevalentes são a leucoplasia pilosa, o sarcoma de Kaposi e a estomatite aftosa recorrente<sup>47,48</sup>.

## Brasil

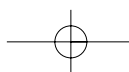
No Brasil, existem atualmente 600.000 indivíduos convivendo com o HIV/aids. Os indivíduos mais atingidos são em geral homens e mulheres com mais de 30 anos, com baixo grau de escolaridade e cuja principal via de contaminação foi por relação sexual heterossexual<sup>49,50</sup>.

Quanto ao programa brasileiro de combate à infecção pelo HIV/aids, este caracteriza-se por rápida ação governamental, participação da sociedade civil nos processos decisórios, respeito aos direitos humanos e ações relativas à prevenção e ao tratamento da aids. Merece destaque também a lei federal 9.313, de dezembro de 1996, que garantiu a distribuição ampla e gratuita da terapia anti-retroviral para a população brasileira<sup>51</sup>.

No Brasil, os estudos publicados demonstram uma tendência de queda na prevalência das lesões bucais após a introdução da terapia anti-retroviral combinada<sup>50,52,53</sup>. A candidíase, todavia, mantém-se como a lesão oral mais prevalente, sendo acompanhada pelas doenças periodontais necrosantes, pela infecção por herpes simples e pela leucoplasia pilosa<sup>50,54</sup>. É interessante notar que, até o presente momento, nenhum estudo observou aumento na prevalência das lesões papilomatosas ou da doença de glândula salivar associada ao HIV.

## CONCLUSÃO

A epidemia pelo HIV continua extremamente dinâmica, crescente e alterando suas características à medida que o vírus explora formas de contágio menos comumente observadas<sup>9</sup>. Em diversos países do mundo, ações efetivas de combate à infecção pelo HIV/aids ainda não foram adotadas, enquanto a epidemia vem crescendo em países



onde até então era muito pouco prevalente. Dessa forma, evidencia-se a importância de ações efetivas com enfoque na prevenção e no tratamento para pacientes HIV positivos.

Tendo em vista a alta prevalência de lesões bucais nos pacientes imunocomprometidos e considerando as lesões orais mais prevalentes em cada região, é importante a adoção do exame intra-oral como forma auxiliar e de baixo custo no monitoramento do paciente HIV positivo.

Por outro lado, nos países onde já há efetivos programas de combate ao HIV/aids, observa-se o surgimento de novas lesões associadas ao HIV, como as lesões papilomatosas e a doença de glândula salivar associada ao HIV. A real patogênese e a terapia mais apropriada para estas lesões ainda não estão completamente esclarecidas e constituem um desafio para os profissionais destas regiões.

## Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer o apoio, em parte, de John E. Fogarty International Center Aids Internacional Training Research Program – AITRP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins – Patologia Estrutural e Funcional. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
- EC-Clearinghouse on oral problems related to HIV infection and WHO collaborating center on oral manifestations of the immunodeficiency virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. *J Oral Pathol Med* 1993; 22(7): 289-91.
- Delta Coordinating Committee. Delta: a randomised double-blind controlled trial comparing combinations of zidovudine plus didanosine or zalcitabine with zidovudine alone in HIV-infected individuals. *Lancet* 1996; 348(9023): 283-91.
- Hammer SM, Katzenstein DA, Hughes MD, Gundacker H, Schooley RT, Haubrich RH et al. A trial comparing nucleoside monotherapy with combination therapy in HIV-infected adults with CD4 cell counts from 200 to 500 per cubic millimeter. *N Engl J Med* 1996; 335(15): 1081-1090.
- Greenspan D, Canchola AJ, MacPhail LA, Cheikh B, Greenspan JS. Effect of highly active antiretroviral therapy on frequency of oral warts. *Lancet* 2001; 357(9266): 1411-2.
- Greenwood I, Zakrzewska JM, Robinson PG. Changes in the prevalence of HIV-associated mucosal disease at a dedicated clinic over 7 years. *Oral Dis* 2002; 8(2): 90-4.
- Schmidt-Westhausen AM, Pripke F, Bergmann FJ, Reichart PA. Decline in the rate of oral opportunistic infections following introduction of highly active antiretroviral therapy. *J Oral Pathol Med* 2000; 29(7): 336-41.
- CDC. Current trends update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) – United States. *MMWR* 1982; 31(37): 507-8.
- UNAIDS. 2004 Report on the global HIV/AIDS epidemic: 4<sup>th</sup> global report. 4<sup>th</sup> ed. Gênova: Organização das Nações Unidas; 2004.
- United States Global AIDS Coordination. Engendering Bold Leadership: The President's Emergency Plan for AIDS Relief – First Annual Report to Congress. Washington D.C.: United States Department of State; 2005.
- Stoff DM, Khalsa JH, Monjan A, Portegies P. Introduction: HIV/AIDS and Aging. *AIDS* 2004; 18(Suppl 1): S1-S2.
- Agnew B. HIV/AIDS surges in Eastern Europe – Asia-Pacific next? *Bull World Health Organ* 2002; 80(1): 78.
- Rhodes T, Ball A, Stimson GV, Kobyscha Y, Fitch C, Pokrovsky V et al. HIV infection associated with drug injecting in the Newly Independent States, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction* 1999; 94(9): 1323-36.
- Ghys PD, Saidel T, Vu HT, Savtchenko I, Erasilova I, Mashologu YS et al. Growing in silence: selected regions and countries with expanding HIV/AIDS epidemics. *AIDS* 2003; 17(Suppl 4): S45-S50.
- Parfitt T. Drug addiction and HIV infection on rise in Tajikistan. *Lancet* 2003; 362(9391): 1206.
- World Bank. Combating HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Washington D.C.: The World Bank Group; 2005.
- Pan American Health Organization. Patients under antiretroviral treatment in Latin America and the Caribbean. <http://www.paho.org/English/AD/FCH/AI/acesso-arv-05.pdf>. Acesso em 05/06/2005.
- Gileva OS, Sazhina MV, Gileva ES, Efimov AV, Scully C. Espectro de las manifestaciones orales de VIH/SIDA en la región de Perm (Rusia) e identificación de lesiones orales linguales ulceronecrotizantes inducidas. *Med Oral* 2004; 9(3): 212-5.
- Quinn TC. AIDS in Africa: a retrospective. *Bull World Health Organ* 2001; 79(12): 1156-8.
- Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk for HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet* 2004; 363(9419): 1415-21.
- UNAIDS. AIDS in Africa: three different scenarios to 2025. Gênova: Organização das Nações Unidas; 2005.
- Matee MI, Scheutz F, Moshy J. Occurrence of oral lesions in relation to clinical and immunological status among HIV-infected adult Tanzanians. *Oral Dis* 2000; 6(2): 106-11.
- Timæus IM, Jasseh M. Adult mortality in sub-saharan Africa: evidence from demographic and health surveys. *Demography* 2004; 41(4): 757-72.
- Sachs SE, Sachs JD. Africa's children orphaned by AIDS. *Lancet* 2004; 364(9443): 1404.
- UNICEF. Children on the Brink 2004: a joint report of new orphan estimates and a framework for action. Gênova: UNICEF; 2004.
- Adurogbangba MI, Aderinokun GA, Odaibo Gn, Olaleye OD, Lawoyin TO. Oro-facial lesions and CD4 counts associated with HIV/AIDS in an adult population in Oyo State, Nigeria. *Oral Dis* 2004; 10(6): 319-26.
- Arendorf TM, Bredekamp B, Cloete CA, Sauer G. Oral manifestations of HIV infection in 600 south African patients. *J Oral Pathol Med* 1998; 27(4): 176-9.
- Lohoue Petmy J, Lando AJ, Kaptue L, Tchinda V, Folefack M. Superficial mycoses and HIV infection in Yaounde. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18(3): 301-4.
- Owotade FJ, Fatusi OA, Adebisi KE, Ajike SO, Folayan MO. Clinical experience with parotid gland enlargement in HIV infection: a report of five cases in Nigeria. *J Contemp Dent Pract* 2005; 6(1): 1-8.
- WHO – Regional Committee for the Eastern Mediterranean. Progress report: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Eastern Mediterranean Region. <http://www.who.int/hiv/strategic/en/emrpr99.pdf>. Acesso em 03/07/2005.
- Ozkaya-Sahin G, Tumer A, Zarakolu P, Sain-Guven G, Yilmaz G, Unal S. Morbidity and mortality characteristics of HIV/AIDS patients admitted to Hacettepe University Adults' Hospital, Turkey [C12260]. Apresentado: International AIDS Conference; 2004; Bangkok.
- Beyrer C, Razak MH, Lisam K, Chen J, Lui W, Yu XF. Overland heroin trafficking routes and HIV-1 spread in south and south-east Asia. *AIDS* 2000; 14(1): 75-83.
- WHO. HIV/AIDS in Asia and the Pacific region 2003. Gênova: Organização Mundial de Saúde; 2003.
- National AIDS Control Organisation. Annual Report 2002-2003 2003-2004 (upto 31 July 2004). New Delhi: National AIDS Control Organisation; 2004.
- Bendick C, Scheifele C, Reichart PA. Oral manifestations in 101 Cambodian patients with HIV infection and AIDS. *J Oral Pathol Med* 2002; 31(1): 1-4.
- Kerdpon D, Pongsiriwet S, Pangsomboon K, Iamaroon A, Kampoo K, Sretriruthaicols S et al. Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in northern and southern Thai patients. *Oral Dis* 2004; 10(3): 138-44.
- Ranganathan K, Umadevi M, Saraswathi TR, Kumarasamy N, Solomon S, Johnson N. Oral lesions and conditions associated with human immunodeficiency virus infection in 1000 south Indian patients. *Ann Acad Med Singapore* 2004; 33(4 Suppl): 37S-42S.
- Reichart PA, Khonghunthian P, Bendick C. Oral manifestations in HIV-infected individuals from Thailand and Cambodia. *Med Microbiol Immunol* 2003; 192(3): 157-60.
- CONASIDA. El SIDA em cifras 2004. <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2004/SIDA2004.pdf>. Acesso em 09/06/2005.
- UNAIDS, CARICOM. A study of the Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS (PANCAP): Common goals, shared responses. UNAIDS, Gênova, 2004. 60p.
- Fitzgerald J, Dahl-Regis M, Gomez P, Del Riego A. A multidisciplinary approach to scaling up HIV/AIDS treatment and care: the experience of the Bahamas. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17(1): 66-72.

42. Gonzalez R, Chiroque L, Torres A, Rodriguez M. State of oral health of HIV/AIDS adult patients in the Carolina area of Puerto Rico [B10572]. Apresentado: XIV International AIDS Conference; 2002; Barcelona.
43. Nouel AA. Oral manifestations of HIV infection in the Dominican Republic [202B]. Apresentado: X International AIDS Conference; 1994; Yokohama.
44. Chequer P, Cuchi P, Mazin R, Garcia Calleja JM. Access to antiretroviral treatment in Latin American countries and the Caribbean. AIDS 2002; 16(Suppl 3): S50-7.
45. UNAIDS, PAHO, UNICEF, WHO. Peru – Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections 2004 update. [http://www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/EFS\\_PDFs/EFS2004\\_PE.pdf](http://www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/EFS_PDFs/EFS2004_PE.pdf). Acesso em 09/06/2005.
46. Ramírez-Amador V, Esquivel-Pedraza L, Sierra-Madero J, Anaya-Saavedra G, Gonzalez-Ramirez I, Ponce-de-Leon S. The Changing Clinical Spectrum of Human Immunodeficiency Virus (HIV)-Related Oral Lesions in 1.000 Consecutive Patients – a 12-years Study in a Referral Center in Mexico. Medicine 2003; 82(1): 39-50.
47. Mejia C, Mencos N, Oliva G, Rodriguez D, Ramirez C, Cazali Y et al. Epidemiological characteristics and clinical outcome of 222 HIV/AIDS persons in Roosevelt Hospital in Guatemala City [Th.B.4286]. Apresentado: XI International AIDS Conference; 1996; Vancouver.
48. Montoya JH. Oral lesions associated to human immunodeficiency virus infection or acquired immunodeficiency syndrome in individuals without antiretroviral treatment in Bogota (Colombia) [Th.B.4286]. Apresentado: XI International AIDS Conference; 1996; Vancouver.
49. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
50. Ortega KL. Aspectos demográficos, clínicos e odontológicos de 1200 pacientes HIV positivos do Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE-FOUSP). Tese (doutorado em Odontologia). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2000. 146p.
51. Levi GC, Vitória MAA. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. AIDS 2002; 16(18): 2373-83.
52. Ferreira S, Cardoso AS, Silva Júnior A, Oliveira AM, Reixoto CA. Oral Manifestations in HIV/AIDS Patients under Combined anti retroviral Therapy [24374]. Apresentado: XII World AIDS Conference; 1997; Gênova.
53. Silva Júnior A, Ferreira S, Perez MA, Brilhante E, Camillo R, Torres S. Experience on 584 HIV+ patients of a Dental referral center [D21/D46]. Apresentado: X International AIDS Conference; 1994; Yokohama.
54. Fabro SML, Rath IBS, Grandó LJ, Gil JN, Schlemper JB, Pellegrini GF. Estudo das manifestações estomatológicas em pacientes infectados pelo HIV, atendidos no Hospital Nereu Ramos – Florianópolis – SC, Brasil. Rev Pos Grad 2002; 9(1): 12-9.

**Endereço para correspondência:****CESAR WERNECK NOCE**

Rua Senador Vergueiro, 92 / 503, Flamengo, Rio de Janeiro, RJ.

CEP: 22230-001.

E-mail: cesarnoce@globo.com.

Recebido em: 27/10/05

Aprovado em: 18/12/05

# IMPORTÂNCIA DA INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM PACIENTES DO SEXO MASCULINO

*THE IMPORTANCE OF THE INFECTION BY HUMAN PAPILLOMAVIRUS IN PATIENTS OF MALE SEX*

*Márcio L Mendonça<sup>1</sup> & Joaquim CA Netto<sup>2</sup>*

## RESUMO

Evidências clínicas, experimentais e epidemiológicas demonstram que o Papilomavírus humano (HPV) é de transmissão sexual, estando o homem diretamente implicado na cadeia epidemiológica desse vírus, como reservatório e mesmo como transmissor. O papel das infecções persistentes por alguns genótipos destes vírus nas neoplasias intra-epiteliais cervicais, na carcinogênese do colo uterino e também no carcinoma do pênis, está definitivamente estabelecido. Assim, atuando como "portador" e/ou "reservatório" de tipos oncogênicos do HPV, o homem pode ser responsável pelo aumento do risco de carcinoma de colo uterino, pela freqüente ausência de lesões visíveis a olho nu no infectado. Este estudo descreve as principais possibilidades de diagnóstico do HPV no sexo masculino abordando desde o exame físico até as técnicas de avaliação através da biologia molecular. Os mecanismos de indução oncogênica pelo HPV e os co-fatores associados à oncogênese também são discutidos.

**Palavras-chave:** Papilomavírus humano, HPV, peniscopia, diagnóstico molecular, histopatologia

## ABSTRACT

Clinical, experimental and epidemic evidences demonstrate that the Human Papillomavirus (HPV) is sexually transmitted, with man being directly involved in the epidemic chain of that virus as a reservoir and transmitter. The role of persistent infections by some genotypes of these viruses in the intraepithelial, cervical neoplasias, in the carcinogenesis of the cervix, and also in the carcinoma of the penis, is definitively established. So, by acting as "bearers" and/or "reservoirs" of an HPV oncogenic strain, man can be responsible for the increased risk of the cervix carcinoma, by frequent absence of lesions visible at naked eye in the infected individual. This study describes the main diagnostic possibilities of the HPV in males, from the physical exam to evaluation techniques by means of the molecular biology. The oncogenic-inducing mechanisms that lead to oncogenesis by the HPV, and the co-factors associated to oncogenesis are also discussed.

**Keywords:** Human papillomavirus, HPV, peniscopy, molecular diagnosis, histopathology

ISSN: 0103-0465

*DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4): 306-310, 2005*

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o Papilomavírus humano (HPV) é o principal agente viral das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Da segunda metade da década de 1960 até o início dos anos 1980, estatísticas americanas comprovaram um número quatro vezes maior de casos atendidos em consultórios privados daquele país<sup>1</sup>. Na Inglaterra, segundo a British Public Health Authority, a incidência de verrugas genitais saltou de 46 casos por 100.000 homens em 1976, para 56 por 100.000 homens em 1980<sup>2</sup>.

O condiloma clássico foi descrito por Martius, historiador romano do primeiro século da era cristã<sup>3,4</sup>. Embora gregos e romanos, na Idade Média, já descrevessem esse tipo de lesão, as citações eram imprecisas. Todavia, a transmissão sexual foi descrita por Barret *et al.*, em 1954, ao verificarem a presença de verrugas genitais em esposas de soldados que voltavam da guerra da Coreia, onde haviam mantido relações com mulheres nativas, nas quais era alta a prevalência de condilomatose genital<sup>5</sup>.

O HPV é um vírus DNA que apresenta uma dupla hélice espiralada, com aproximadamente 8.000 nucleotídeos, subdivididos em três regiões que codificam a transcrição e a replicação viral, bem como a proliferação e a transformação celular (**Figura 1**).

A participação do homem na infecção por HPV deve ser avaliada não apenas em termos de prevalência das infecções sintomáticas, mas também do potencial oncogênico das lesões assintomáticas, que em homens sexualmente ativos na população geral ocorre em torno de 10%, em parceiros de mulheres HPV positivas ou com alterações no Papanicolau é bem maior, em torno de 65%, conforme alguns autores<sup>6</sup>.

Assim, o diagnóstico da infecção pelo HPV em homens oligosintomáticos ou mesmo assintomáticos, é de considerável importância para prevenir uma seqüência de eventos que possam levar à condilomatose feminina ou à neoplasia escamosa do colo uterino.

## Aspectos Biológicos do HPV

Os papilomavírus têm distribuição mundial, muito semelhantes em todas as raças, inclusive em populações mais remotas, como indígenas da Amazônia, onde recentemente foram descritos três novos subtipos. Pela genética moderna, há evidências de que eles sejam tão ou mais antigos que o *Homo sapiens*<sup>7</sup>.

O HPV, da mesma forma que os papilomavírus que infectam outros animais, contém DNA de filamento duplo, com 7.800 a 7.900 pares básicos em configuração circular, subdivididos em três regiões (**Figura 2**): região precoce (*early*: E), região tardia (*late*: L) e região reguladora (LCR).

Atualmente, já existem descritos mais de 100 tipos de HPV e há evidências para classificar como de alto risco para oncogenicidade os tipos 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 55, 56, 58, 59, 68, 73, 82, 83 sendo o 16 o tipo de maior importância, encontrado em cerca de 50% dos casos de câncer de colo uterino.

<sup>1</sup>Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, na área de concentração em Doenças Infecciosas e Parasitárias do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás

<sup>2</sup>Professor Doutor Titular do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás

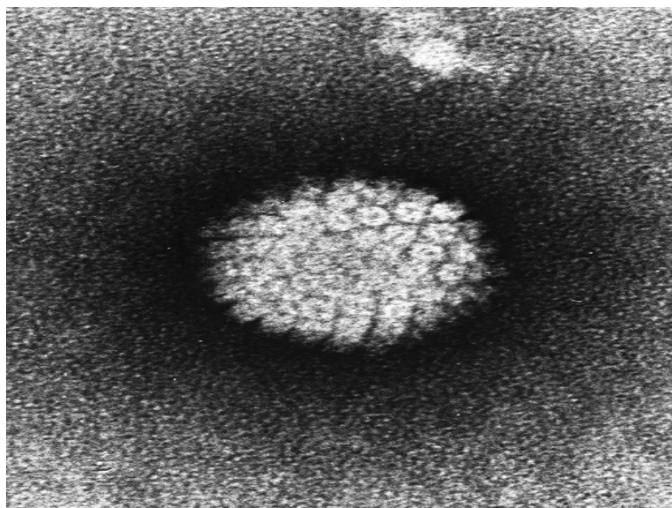


Figura 1. Microfotografia eletrônica do HPV.

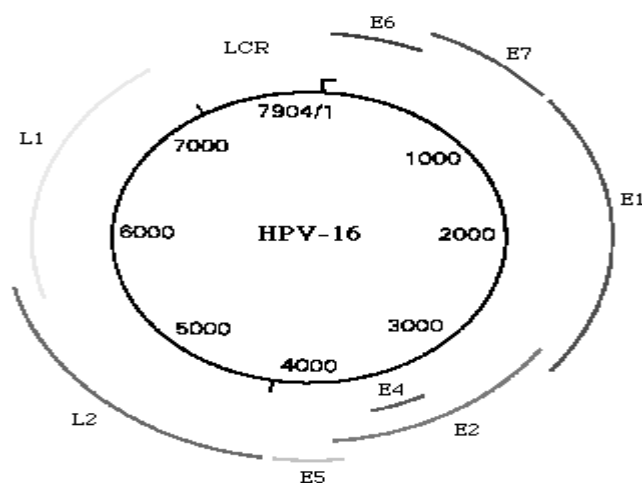


Figura 2. Genoma do HPV.

A infecção pelo HPV permanece restrita à mucosa do epitélio e, aparentemente, não se dissemina para outras partes do organismo. Quando ele entra nas células epiteliais pela camada basal, produz duas categorias de alterações epiteliais. A primeira alteração é o efeito citopático viral, ou coilocitose, que ocorre nas células maduras, terminalmente diferenciadas e incapazes de se dividir. A segunda alteração é uma anormalidade no crescimento e na diferenciação celular, que tem origem nas células basais e parabasais, com capacidade de multiplicação<sup>8</sup>.

O vírus multiplica-se no núcleo celular, com a produção de novas partículas virais, fenômeno que resulta na morte da célula infectada. Quando o genoma viral se incorpora ao material nuclear, as alterações nos mecanismos de controle antitumoral tem início. Esses eventos apresentam tradução citológica representada pelo aumento nuclear, hiper cromasia e cavitação perinuclear – a coilocitose<sup>9</sup>.

A progressão das lesões HPV-Induzidas está relacionada com a deficiência da imunidade celular, mediada por linfócitos T<sup>10</sup>. A baixa presença de partículas virais nas lesões, e a não-multiplicação

do vírus em cultura de tecidos impossibilitam a obtenção de reagentes para o estudo da resposta imune, seja celular ou humoral, inviabilizando estudos sorológicos.

Evidências epidemiológicas, clínicas e moleculares apontam o HPV como agente etiológico do câncer cervical, porém há necessidade de co-fatores adicionais que influenciam direta ou indiretamente na instalação do processo oncogênico no epitélio escamoso cervical. Os fatores imunológicos (resposta imune local e humoral), a associação com a síndrome da imunodeficiência adquirida, fatores genéticos como o polimorfismo da proteína p 53, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais interagem, em maior ou menor intensidade, com oncoproteínas e outros elementos do HPV, potencializando a ação do vírus na célula hospedeira e facilitando o desenvolvimento do processo de imortalização e carcinogênese<sup>11</sup>.

### A participação masculina na cadeia epidemiológica de transmissão do HPV

Como ocorre em toda infecção de transmissão sexual, o homem é o principal elo na cadeia epidemiológica do HPV. A infecção da região genital masculina ocorre quase exclusivamente por via sexual podendo em certos casos ser devida a fomites. Atuando como “portadores” ou “vetores” de tipos oncogênicos contribuem para aumentar de forma substancial o risco de ocorrência do câncer cervical nas parceiras. Ainda que menos freqüente, os homens podem desenvolver câncer de pênis ou de ânus<sup>12</sup>.

A maior informação sobre a participação masculina na carcinogênese cervical advém de estudo multicêntrico coordenado pela International Agency for Research on Cancer (IARC), em que foi feita uma avaliação envolvendo mais de 1.900 casais que foram arrolados em sete grupos mediante a detecção de DNA-HPV em células esfoliativas do pênis<sup>13,14,15,16</sup>. Dados destes estudos demonstram claramente que a infecção pelo HPV no pênis aumenta com o número de parceiras sexuais, com a idade precoce de início da atividade sexual bem como em parceiros sexuais não-monogâmicos<sup>12</sup>. Outro dado importante obtido neste estudo foi a comparação entre indivíduos circuncidados e não-circuncidados, evidenciando que indivíduos postectomizados apresentavam três vezes menos DNA-HPV no pênis que os indivíduos não-postectomizados<sup>14</sup>.

### Avaliação diagnóstica

Sem dúvida, a grande importância de se diagnosticar a infecção por HPV decorre de sua ação oncogênica. Esse diagnóstico, no homem, pode ser feito, facilmente, nos casos em que as lesões são vistas macroscopicamente. Porém, na maioria das vezes, há necessidade de se empregar a citologia, a peniscopia, a histopatologia e métodos de biologia molecular. A imuno-histoquímica e a sorologia têm pouca aplicação na prática clínica atualmente<sup>17</sup>.

A infectividade das lesões planas é desconhecida e no caso das acuminadas está estimada em 60%. Com o tempo e a queratinização, a infectividade diminui pelo efeito de *clearance do vírus*<sup>18</sup>. O período de incubação é variável e dependente da imunocompetência do indivíduo e pode variar de três semanas a oito meses<sup>19</sup>.

A distribuição das lesões acuminadas no homem ocorre principalmente no corpo do pênis e na região balanoprepucial, porém, lesões no escroto, face interna da coxa e base do pênis também podem ocorrer. Clinicamente, as lesões acuminadas, assim como as planas, são silenciosas, na maioria das vezes. Todavia, as lesões vegetantes podem apresentar sangramento fácil, ou mesmo odor fétido, pela infecção bacteriana secundária. Observa-se também que alguns pacien-

tes, na fase inicial após o contágio, apresentam prurido, hiperemia variável e descamação local. Em alguns pacientes, isso pode traduzir-se por quadros de balanopostite arrastados ou de repetição<sup>20,21</sup>. A multiplicidade sempre foi uma característica do condiloma, embora não sejam infreqüentes as lesões solitárias de longa data.

Como as mulheres, a identificação de outras lesões além das acuminadas ocorre principalmente com o uso sistemático da colposcopia e da citologia oncológica; também no homem foram descritas muitas lesões de caráter plano, associados ao HPV, com o emprego da peniscopia.

## Citologia

A suspeição de infecção pelo HPV pode ser feita pelos exames citológicos, com esfregaços de amostras de secreções uretrais, da mucosa do pênis e raspados de lesões cutâneas e mucosas. O encontro do efeito citopático do vírus, traduzido morfológicamente pela coilocitose, é sugestivo de HPV<sup>22</sup>.

Lesões verrucosas ou planas apresentam basicamente os mesmos padrões citomorfológicos, enquanto as lesões papilíferas podem apresentar hiperqueratose na superfície. Aproximadamente, 60% dos casos de condiloma apresentam coilocitos óbvios nos esfregaços. Cerca de um terço das infecções podem passar despercebidas citologicamente se o diagnóstico basear-se apenas no encontro de alterações coilocitóticas<sup>22</sup>.

A citopatologia peniana (raspado da glândula, sulco balanoprepucial e meato uretral) deve fazer parte da avaliação dos parceiros de mulheres com diagnóstico de HPV. Os esfregaços das amostras obtidas devem ser feitos em lâminas com silano ou cola, para evitar o descolamento das células durante o processo de coloração<sup>22</sup>.

## Peniscopia

Com a consolidação das técnicas colposcópicas, no início da década de 1980, surgiu a peniscopia<sup>23</sup>. O exame é realizado com um aumento entre 14 e 16 vezes, precedido da colocação de ácido acético a 5% durante 10 minutos nas áreas de interesse. O ácido acético tem como principal efeito a coagulação das proteínas nucleares e citoplasmáticas do epitélio, tornando-o branco-opaco. Essa coagulação apenas é visível se a quantidade de proteínas nas células for grande, fato observado na presença de replicação viral<sup>24</sup>.

As lesões causadas pelo HPV, no homem, podem afetar o trato geniturinário desde a genitália externa, a região perianal e o trato urinário superior, sendo mais freqüente na região do pênis.

O exame do pênis e da região perianal mediante a utilização da peniscopia pode mostrar:

- Lesões acuminadas verrucosas clássicas, incluindo lesões mínimas.
- Lesões papulares que podem exibir, além do aspecto papular, pontilhados vasculares visíveis em graus variáveis, ou simplesmente uma reação acetopositiva.
- Lesões planas acetopositivas.

Dentro destes três grandes grupos existem muitas nuances, incluindo lesões do urotélio, que podem dificultar o diagnóstico. Alguns estudos demonstram a inespecificidade do exame para o HPV, pois também ocorrem reações acetobranças em casos de *Candida* e *Trichomonas*<sup>23</sup>. Outros estudos consideram a peniscopia

mandatória para demarcar lesões suspeitas, devendo ser associada a outras modalidades diagnósticas<sup>6,25</sup>.

A uretra é um reservatório natural do HPV<sup>22</sup>. A infecção ocorre mais freqüentemente nos dois centímetros distais, incluindo a fossa navicular, podendo apresentar-se clinicamente como mácula ou verruga. Estudos de citologia uretral e biologia molecular em homens, cujas parceiras apresentam evidências citológicas da infecção pelo HPV, revelam prevalência de 9% a 21%<sup>22</sup>. A presença do DNA-HPV na urina pode estar associada à infecção uretral pelo HPV. Estudos demonstram que homens cujas parceiras apresentavam evidências clínicas e laboratoriais da infecção pelo HPV mostraram alterações citológicas sugestivas de infecção em 53% deles, enquanto em outro estudo em homens, a presença de DNA-HPV intra-uretral foi de 76% pela técnica de PCR. Entretanto, praticamente a pesquisa de HPV na urina não tem sido utilizada<sup>22</sup>.

As lesões vesicais são raras, podendo ser confundidas com tumor de células transicionais da bexiga. Podem manifestar-se por hematúria e sintomas irritativos vesicais, sendo mais freqüentes no sexo feminino e em imunodeprimidos.

O comprometimento de ureter e rim é extremamente raro e de difícil diagnóstico. Sua identificação é, em geral, feita acidentalmente, em exploração cirúrgica face à suspeita de tumor urotelial.

## Histopatologia

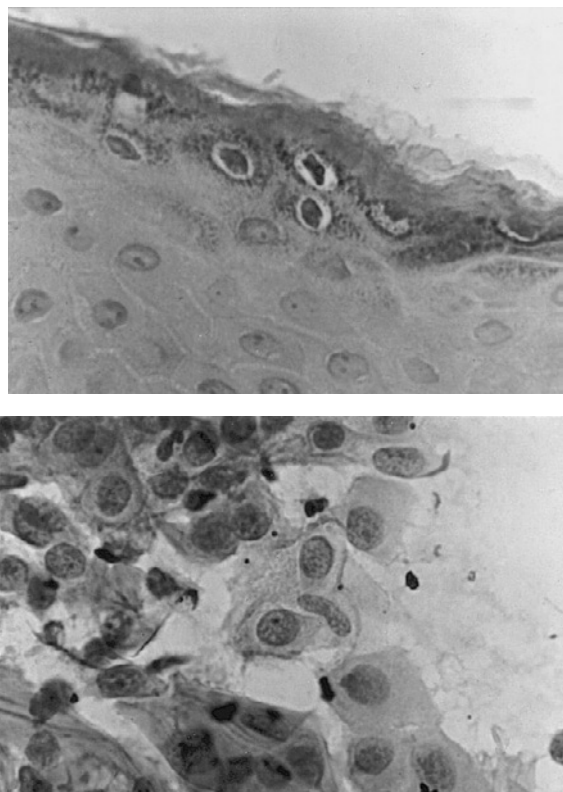
No condiloma acuminado, as alterações histológicas básicas são a papilomatose e a acantose da camada de Malpighi. As papilas dérmicas estão geralmente alongadas, estreitas e ramificantes, formando um padrão de pseudo-hiperplasia epiteliomatosa<sup>26</sup>.

O aspecto mais característico é a presença de coilocitos no estrato superior da camada de Malpighi, no estrato granuloso e córneo. Os coilocitos são células epiteliais grandes, com núcleo pequeno ou grande, denso e irregular. As organelas citoplasmáticas agregam-se na periferia da célula e o restante do citoplasma fica claro, formando um halo na região perinuclear. Além disso, há muitas figuras de mitose, células multinucleadas e diskeratóticas. Pode haver hiperplasia das células parabasais abaixo das células atípicas. Cetoceratose e paraceratose são comuns. Normalmente há células inflamatórias crônicas, capilares e edema na derme<sup>26</sup> (**Figura 3**).

A correlação entre os achados da peniscopia, citologia e histologia é fundamental, tanto para o diagnóstico, quanto para o acompanhamento adequado dos pacientes. Lesões acetorreagentes planas mostram acantose, hiperqueratose e paraceratose em graus variáveis, podendo estar presentes coilocitos e células binucleadas. Em lesões verrucosas, há acantose irregular e papilomatose, sendo que o número de células epiteliais chega a dobrar, com irregularidades na maturação epitelial, havendo também coilocitos e células binucleadas, com hiperqueratose e paraceratose nas camadas superficiais. A maturação e a diferenciação epiteliais nas lesões provocadas pelo HPV são irregulares e as alterações nucleares podem variar de leves a severas, sendo denominadas lesões intra-epiteliais escamosas<sup>22</sup>. Todavia, mesmo na ausência de lesão histopatológica, pode haver infecção pelo HPV, que só são detectáveis por técnicas moleculares.

## Imuno-histoquímica

A imuno-histoquímica pode detectar o revestimento protéico das partículas virais do HPV observado na microscopia óptica, em material incluído em parafina ou em preparados citológicos, utilizando anticorpos policlonais contra antígenos específicos aos vários tipos de HPV<sup>22,27</sup>. Apresenta alta especificidade, porém somente detecta



**Figura 3.** Exames demonstrando coilócitos, células epiteliais grandes, citoplasma claro e núcleo atípico. Característico do HPV.

as fases epissomais, com expressão do segmento da região L1 do capsídeo viral, encontradas nas lesões de baixo grau, como os condilomas e papilomas. Todavia, a sensibilidade deste método diminui quando ocorre a integração do genoma viral à célula hospedeira, como nos casos de lesões intra-epiteliais de alto grau e dos carcinomas epidermóides invasores.

## Técnicas moleculares

O avanço na biologia molecular, nos últimos 20 anos, tem ampliado muito o conhecimento sobre a infecção pelo HPV e a carcinogênese viral. O reconhecido valor das técnicas de biologia molecular usada na detecção desta infecção é fundamental para qualquer discussão sobre a malignidade associada ao HPV.

O método ideal para a detecção do HPV deve-se basear na presença de DNA do HPV, já que o vírus não precisa estar intacto para induzir a doença. A detecção molecular inicial de DNA do HPV foi efetuada através do uso de técnicas de hibridização de ácido nucléico.

Southern<sup>28</sup>, ao descrever o método que transferia DNA desnaturado do gel da eletroforese para o interior de um filtro de nitrocelulose, criou o método que recebeu o seu nome, o mais sensível e específico, utilizado na detecção do HPV. A desvantagem é o fato de ser caro e de requerer quantidades relativamente grandes de tecido que precisa ser congelado imediatamente após a excisão do espécime.

Os testes de hibridização molecular baseiam-se no fato de que, sob condições adequadas, uma fita simples de ácido nucléico tem complementaridade específica. Moléculas de ácido nucléico conhecido e marcado radioativamente com P32, S35 e H3 (denominada

sonda quente) ou marcado não-radioativamente com biotina (denominada sonda fria), permitem detectar especificamente sua complementar desconhecida (alvo) e determinam a formação de moléculas completas (híbridos).

Analisando os métodos então existentes, Lörincz<sup>29</sup> considerou que:

- **Southern blot** é a técnica mais sensível e específica para a detecção de DNA viral. Pode ser utilizado fragmento de biopsia ou esfoliado celular, porém consome muito tempo e é de alto custo.
- **Southern blot inversa** é menos sensível que a técnica anterior.
- **Northern blot** é uma técnica análoga ao Southern, porém é utilizada apenas na detecção de RNA viral.
- **Dot blot** trata-se de uma técnica utilizada tanto na detecção de DNA quanto de RNA viral, é simples, rápida, de baixo custo e pode empregar fragmentos de biopsia ou esfoliado celular; entretanto pode apresentar resultados falso-positivos e não distingue subtipos virais.
- **Hibridização *in situ* sobre filtro** é uma técnica simples e rápida, utiliza células esfoliativas frescas. O resultado é avaliado à vista desarmada, requer grande quantidade de células para um bom resultado, porém tem uma tendência a dar resultados falso-positivos.
- **Hibridização *in situ***, muito diferente da técnica anterior, utiliza fragmentos de tecidos parafinados ou esfregaços fixados em lâmina e o resultado é analisado em microscópio.
- **PCR (reação em cadeia de polimerase)** desenvolvida por Mullins em 1983<sup>30</sup> provocou grande impacto em função da sua grande sensibilidade. Esta técnica permite a amplificação de amostras muito pequenas de DNA ou RNA, característica que torna o método susceptível à contaminação por material nucléico exógeno ou amplificado de outra amostra<sup>31</sup>.
  - **Captura híbrida** foi desenvolvida em 1992 por Lörincz<sup>29,19</sup> a partir de estudos realizados desde 1983 sobre métodos já existentes, amplifica o sinal dos híbridos formados, os quais são detectados por reações enzima-substrato, e sua leitura é feita por quimioluminescência. É um teste fácil de ser realizado em curto espaço de tempo, utiliza esfoliado celular, possui 18 sondas virais e pode detectar dois grupos distintos: GRUPO A, de baixo risco (6, 11, 42, 43, 44) e GRUPO B, de alto risco (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 68). Sua sensibilidade é de 0,1 cópia de agente por célula.

A aplicação destes testes tem auxiliado bastante nos casos de difícil diagnóstico, mas a sua aplicação prática na detecção do HPV ainda é discutível, face à interpretação de sua positividade, notadamente nos casos em que não há lesão.

Assim, a avaliação diagnóstica do HPV no paciente do sexo masculino requer uma associação de análises clínicas e laboratoriais para permitir o diagnóstico correto desta patologia (**Quadro 1**).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do portador de HPV do sexo masculino avançou bastante nos últimos anos, principalmente em decorrência da utilização de técnicas de biologia molecular, que permitiram apontar o HPV como o agente etiológico do câncer de colo uterino, que leve à necessidade de uma maior atenção aos parceiros das pacientes portadoras de neoplasia cervical.

Destaca-se que, diferentemente do que acontece com as mulheres, que têm na citologia o exame de triagem, tanto para a infecção pelo HPV quanto para o câncer de colo uterino, no homem há necessidade de dados de anamnese, exame físico e exames complementa-



**Quadro 1.** Características dos principais meios diagnósticos da infecção pelo HPV em homens.

Técnica	Requerimento de tecidos	Grau de dificuldade	Sensibilidade	Especificidade
Exame clínico	Nenhum	Muito simples	Baixa	Nenhuma
Citologia	Material colhido em escova ou raspado	Baixo	Baixa	Nenhuma
Peniscopia	Nenhum	Baixo	Baixa	Nenhuma
Histologia	Fresco ou embebido em parafina	Baixo	Moderada	Nenhuma
Imuno-histoquímica	Fresco ou embebido em parafina	Baixo	Baixa	Baixa
Southern Blot	Somente a fresco	Muito alto	Alta	Alta
Dot Blot	Somente a fresco	Baixo	Baixa	Baixa
Hibridização <i>in situ</i>	Fresco ou embebido em parafina	Alto	Baixa	Baixa
Captura híbrida	Material colhido em escova ou raspado	Moderado	Alta	Alta
PCR	Fresco ou embebido em parafina	Moderado	Alta	Alta

res para a conclusão diagnóstica. A realização de uma anamnese detalhada, com avaliação da vida sexual, a utilização ou não de métodos de prevenção contra DST, associadas à presença de patologias que possam influenciar na resposta imunológica do indivíduo são de fundamental importância na elaboração de um raciocínio diagnóstico. O exame físico metucioso, com avaliação da presença ou não de fimose, de ectopias uretrais, associados aos cuidados de higiene, ajudam na pesquisa de possíveis lesões inaparentes do HPV, sempre lembrando que a região perianal também é importante sede de verrugas genitais.

A avaliação complementar mediante peniscopia como um orientador para biópsia junto com a histopatologia de lesões sugestivas de HPV permite o diagnóstico, todavia outras lesões menos específicas também podem sugerir a possibilidade desta infecção, que nem sempre é valorizada pelos patologistas.

Assim, as técnicas de biologia molecular, como a captura híbrida e o PCR, despontam-se como métodos promissores em função da alta especificidade e sensibilidade em que se pese o grau de dificuldade inerente a estes procedimentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Schultz R, Skelton HG. Value of acetic acid screening for flat genital condylomata in men. *J Urol* 1988; 139:777-9.
- Sexually Transmitted Diseases. Extract from the Annual Report of the Chief Medical Officer of Department of Health and Social Security for the year 1980. *Br J Vener Dis* 1983; 59:134-8.
- Bärfverstedt B. Codilomata acuminata – past and present. *Acta Derm Venereol* 1967; 47: 476-80.
- Oriel JD. Natural history of genital warts. *Brit J Vener Dis* 1971; 47:1-13.
- Barret TJ, Silbar JD, McGinley JP. Genital Warts Venereal Diseases. *J Amer Med Ass* 1991; 154:333-44.
- Hippeläinen M, Yliskoski M. Genital human Papilomavírus lesions of male sexual partners: the diagnostic accuracy of peniscopy. *Genitourin Med* 1991; 67:291-296.
- Ong CK, Bernard HU, Villa LL. Identification of genomic sequences of three novel human Papilomavírus sequences in cervical smears of Amazonian Indians. *J Inf Dis* 1994; 170:1186-8.
- Crum CP. Contemporary theories of cervical carcinogenesis: the virus, the host, and the stem cell. *Mod Pathol* 2000; 13:243-251.
- Shah KV. Biology of genital tract. Human papillomaviruses. *Urol clin N Amer* 1992; 19(1): 63-69.
- Apicella MA, Milan SB, Byrne G. Vaccines for sexually transmitted diseases. *Curr Opin Infect Dis* 1996; 9:52-5.
- Pinto AP, Siumara T, Cruz OR. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. *Rev Assoc Med. Bras* 2002; 48(1): 73-78.
- Castellsague X, Bosch FX, Muñoz N. The male role in cervical cancer. *Salud pública Méx* 2003; 45 (3): 345-353.
- Bosch FX, Castellsague X, Muñoz N. Male Sexual Behavior and Human Papilomavírus DNA: Key Risk Factors for Cervical Cancer in Spain. *Journal of National Cancer Institute* 1996; 88(15): 1060-1067.
- Castellsague X, Bosch FX, Muñoz N. Male Circumcision, Penile Human Papilomavírus Infection and Cervical Cancer in Female Partners. *N Engl J Med* 2002; 346(15): 1105-1112.
- Eluf-Neto J, Booth M, Muñoz N, Bosch X, Meijer CJLM, Walboomers JMM. Human Papilomavírus and invasive cervical cancer in Brazil. *J Cancer* 1994; 69: 114-119.
- Muñoz N, Castellsagué X, Bosch FX et al. Difficult in Elucidating the Male Role in Cervical Cancer In Colombia, a High-Risk Area for the Disease. *Journal of the National Cancer Institute* 1996; 88(15): 1068-1075.
- Cho NH, Joo HJ, Ahn HJ, Jung WH, Lee KG. Detection of human Papilomavírus in warty carcinoma of the uterine cervix: comparison of immunohistochemistry, *in situ* hybridization and *in situ* polymerase chain reaction methods. *Pathol Res Pract* 1988; 194: 713-720.
- Shah KV. Biology of genital tract. Human papillomaviruses. *Urol clin N Amer* 1992; 19(1): 63-69.
- Guidi HGC, Carvalho JJM. HPV e Urologia. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- Lowhagem GB, Bolmstedt A, Ryd W, Voog E. The prevalence of “high-risk” HPV types in penile condyloma-like lesions: correlation between HPV type and morphology. *Genitourin Med* 1993; 62: 87-90.
- Wikstrom A, Von Krogh G, Hedblad MA, Syrjanen S. Papilomavírus - associated balanoposthitis. *Genitourin Med* 1994; 70: 175-81.
- Carvalho JLL & Oyakawa N. I Consenso Brasileiro de HPV. São Paulo: BG Cultural; 2000.
- Schneider A, Kirchmayr R, Michele de Villiers E, Gissmann L. Subclinical Human Papilomavírus Infections in Male Sexual Partners of Female Carriers. *The Journal of Urology* 1988; 140: 1431-1434.
- Cartier R, Cartier I. *Practical Colposcopy*. Basel: S. Karger; 1977. p.22.
- Hippeläinen MI, Syrjänen S, Hippeläinen MJ et al. Diagnosis of genital human Papilomavírus (HPV) lesions in the male: Correlation of peniscopy, histology and *in situ* hybridization. *Genitourin Med* 1993; 69: 346-351.
- Morse AS, Moreland AA, Holmes KK. Atlas de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997. p.225-239.
- Sociedade Brasileira de Informações de Patologias Urológicas. *Uronews/Internet*. n° 2; 1996.
- Southern EM. Detection of specific sequences among DNA fragments separate by gel electrophoresis. *J. Mol.Biol* 1994; 186: 1-12.
- Lörincz AT. Detections of human Papilomavírus infection by nucleic acid hybridization In: Reid R. Human Papilomavírus. *Obst Gynecol Clin North Am* 1987; 14-451.
- Mullins K. *Bioinforme 96*. Laboratório Sérgio Franco: o passado, o presente e o futuro. Rio de Janeiro: Lab Sérgio Franco; 1996. p. 372.
- Trofatter Jr KF. Diagnosis of human Papilomavírus genital tract infection. *Am J. Méd* 1997; 102(5A): 21-7.

### Endereço para correspondência

**MÁRCIO LUÍS MENDONÇA**

Avenida Bernardo Sayão, 67, Centro, Ceres. GO.

CEP: 76300-000.

E-mail: mmceres@globocom

Recebido em: 16/09/05

Approved em: 23/11/05

# ARTRITE GONOCÓCICA EM MULHER JOVEM: RELATO DE CASO

## GONOCOCCAL ARTHRITIS IN YOUNG WOMAN: CASE REPORT

*Antônio Chambô Filho<sup>1</sup> & Priscila C Rabelo<sup>2</sup>*

### RESUMO

A artrite é uma complicação sistêmica da doença gonocócica. Tem sua importância por representar cerca de 50% das artrites infecciosas em adultos jovens e ser altamente destrutiva. O objetivo deste trabalho é apresentar o quadro clínico, o diagnóstico e o tratamento de um caso de artrite gonocócica acompanhada no serviço de ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Espírito Santo. Relata-se o caso de uma paciente de 20 anos, com vida sexual ativa, de classe sócio-econômica baixa, que foi atendida nesse serviço com quadro clínico de artrite no joelho direito e restrição funcional. Foi internada, submetida a exame clínico completo e a exames complementares, com achados fortemente sugestivos de artrite gonocócica. A terapêutica empírica com antibiótico contra a *Neisseria gonorrhoeae* foi iniciada enquanto se aguardava a cultura do líquido sinovial e da endocérvice. Obteve-se ótima resposta em 48 horas, o que complementou o diagnóstico de artrite gonocócica, somado à cultura positiva da endocérvice. Observou-se a importância de se suspeitar deste diagnóstico em paciente jovem e sexualmente ativa, de investigar nos focos primários, como a endocérvice, e tratar precocemente, como preconizado pelo Ministério da Saúde, para quebrar a cadeia de transmissão dessa DST e evitar seqüelas.

**Palavras-chave:** artrite gonocócica, endocervicite, tratamento

### ABSTRACT

The arthritis is a complication of the gonococcal illness. It has its importance for representing highly about 50% of the infectious arthritis in young adults e being destructive.

The objective of this work is to present the clinical, diagnostic picture and treatment of a case of followed gonococcal arthritis in the service of gynecology of the Santa Casa de Misericórdia of the Vitória, Espírito Santo State. The case of a patient of 20 years is told, with active sexual life, of partner-economic classroom decrease, that was taken care of in this service with clinical picture of arthritis in the right knee and functional restriction. It was interned, submitted the complete clinical examination and the complementary examinations, with strong suggestive findings of gonococcal arthritis. The therapeutical empiricist with antibiotic against the *Neisseria gonorrhoeae* was initiated while the culture of the sinovial liquid and the cervix was waited. Excellent reply in 48 hours, what it complemented the diagnosis of gonococcal arthritis, added to the positive culture of the cervix. One observed it importance of if suspecting of this diagnosis in sexually active patient young e, investigating in the primary focus, as the cervix, and to treat precociously, as praised for the Health Department, to break the chain of transmission of this STD and to prevent sequelae.

**Keywords:** gonococcal arthritis, cervicitis, therapy

ISSN: 0103-0465

*DST – J bras Doenças Sex Transm 17(4):311-313, 2005*

## INTRODUÇÃO

Neisser, em 1879, descreveu a *Neisseria gonorrhoeae*, agente etiológico da gonorréia, clássica doença sexualmente transmissível (DST), de ocorrência universal.<sup>1,2</sup>

O Centro de Controle de Doenças (CDC) notifica anualmente 600 mil novos casos de gonorréia nos EUA. A incidência mundial estimada pela OMS é de 62 milhões de novos casos a cada ano com prevalência variada conforme os fatores regionais e socioculturais.<sup>1,3,4</sup> No Brasil, embora escassos dados epidemiológicos relativos às DST, por serem de notificação compulsória apenas a aids e a sífilis congênita, estima-se que sejam mais de um milhão e meio de novos casos por ano.<sup>4,5</sup>

A *N. gonorrhoeae* é uma bactéria diplococo Gram negativo intracelular, sendo a espécie humana seu único hospedeiro natural. Seu período de incubação varia de dois a dez dias.<sup>1</sup>

Aproximadamente 70% das mulheres com doença gonocócica são assintomáticas. Quando sintomática, a doença manifesta-se com sintomas como disúria, dispareunia e corrimento vaginal. Na ausência de tratamento adequado, pode complicar com doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica até a disseminação hematogênica – infecção gonocócica disseminada (IGD).<sup>2</sup>

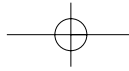
A infecção gonocócica disseminada ocorre em 0,3% a 3% dos casos e afeta principalmente a pele (dermatite), as articulações (artrite), e com menor frequência as válvulas cardíacas (endocardite) e o cérebro (meningite).<sup>1,5</sup>

Dentre as complicações, a artrite gonocócica é de relevância por ser responsável por 50% a 70% dos casos de artrite infecciosa em adultos jovens.<sup>6,7</sup>

Este relato tem por objetivo apresentar um caso de artrite gonocócica em mulher jovem e discutir sobre o diagnóstico e o tratamento adequados.

<sup>1</sup>Ph.D. Gineco-Obstetra, chefe da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV)

<sup>2</sup>Médica-residente em Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (SCMV)



## RELATO DO CASO

Paciente feminina, 20 anos de idade, cor negra, solteira, diarista, natural e proveniente de Vitória, Espírito Santo, com baixo nível de escolaridade e sócio-econômico, foi atendida na Santa Casa de Vitória em setembro de 2004.

Queixava-se de dificuldade de movimentação da perna direita. Referia ter iniciado há cerca de dez dias com quadro de febre, mialgias e poliartralgia migratória assimétrica, que, nos últimos dois dias, melhorou. Porém, o joelho direito começou a aumentar de volume, com hiperemia, calor e dor, causando restrição do movimento. Relatava não ter parceiro fixo e ter feito sexo desprotegido há cerca de 20 dias. História prévia de alguns episódios de corrimento genital não-tratados; gesta três, para um e aborto dois (não afirmava se provocados ou não); colpocitologia oncológica nunca realizada.

Ao exame físico, apresentava um estado geral regular, joelho direito hiperemiado, edemaciado e doloroso à palpação e à movimentação, com restrição funcional e exame ginecológico sem alterações. Foi internada para investigação diagnóstica e tratamento.

Foram realizados hemograma, hemocultura (três amostras), artrocentese diagnóstica e coleta de material para cultura da endocérvice. Com a suspeita clínica de artrite gonocócica, após a coleta dos exames, iniciou-se imediatamente o tratamento com ceftriaxone endovenoso 1 g/dia. Os exames evidenciaram leucocitose ( $15.800/\text{mm}^3$ ) com desvio à esquerda (16% de bastões); hemocultura negativa; artrocentese com visualização de líquido amarelado (**Figura 1**), com 25.000 leucócitos/mL, 90% de polimorfonucleares, bacterioscopia e cultura negativos; cultura da endocérvice positiva, com crescimento de diplococos Gram-negativos identificados, posteriormente, como *Neisseria gonorrhoeae*. Estes elementos clínicos e laboratoriais analisados em conjunto confirmam a suspeita clínica de artrite gonocócica.

A paciente apresentou melhora clínica importante em 48 horas e teve alta hospitalar com prescrição de ciprofloxacina para continuar tratamento via oral por mais sete dias e acompanhamento ambulatorial, onde seriam investigados HIV e outras DST.

## DISCUSSÃO

A artrite gonocócica acomete indivíduos jovens, dos 18 aos 40 anos, com prevalência nos centros urbanos, de baixa condição sócio-econômico-cultural, antecedente de infecção gonocócica, múltiplos parceiros, sexo feminino, prostituta e usuário de drogas ilícitas.<sup>1,2,8,9</sup>

Clinicamente, a infecção gonocócica disseminada manifesta-se por febre, calafrios, exantema e sintomas articulares, inicialmente com poliartralgia migratória, que pode evoluir para monoartrite séptica persistente, acometendo na maioria das vezes a articulação do joelho, conforme neste relato, podendo acometer o tornozelo, o cotovelo e o punho.<sup>6,8</sup>

A artrite gonocócica resulta da bacteremia oriunda da infecção gonocócica ou, com maior frequência, da colonização assintomática da mucosa da uretra, do colo uterino ou da faringe pelo gonococo.<sup>1,6</sup> Enfatiza-se a importância de se utilizarem exames complementares para o diagnóstico dessa patologia<sup>10</sup>, entretanto neste relato o hemograma e a artrocentese foram indicativos de infecção, com a cultura do líquido sinovial negativa e apenas a cultura da endocérvice confirmou o diagnóstico.

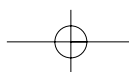
Segundo a literatura, a hemocultura nem sempre é positiva, pois não há septicemia; a bacterioscopia e a cultura do líquido sinovial são positivas em apenas um terço dos casos; a artroscopia e a radiologia apresentam achados inespecíficos.<sup>8</sup> Assim, a cultura dos focos primários em meio seletivo de Thayer Martin, principalmente endocérvice e uretra, mantém seu valor no diagnóstico, com sensibilidade e especificidade elevadas (> 90%).<sup>5</sup> Vale ressaltar o método padrão-ouro, embora ainda pouco acessível, que é a biologia molecular, através das técnicas de PCR ou captação híbrida, com sensibilidade e especificidade próximos de 100%.<sup>5,11</sup>

O tratamento da artrite gonocócica deve-se direcionar à infecção primária, com uso de antibioticoterapia, além do controle dos sintomas e das alterações articulares.<sup>8</sup>

A resistência de algumas cepas da *Neisseria gonorrhoeae* à penicilina foi vastamente estudada. Barreto *et al.* em estudo com testes de sensibilidade antimicrobiana ao gonococo, em população do Rio de Janeiro, evidenciaram alto índice de resistência à penicilina e à tetraciclina, contra-indicando seu uso.



**Figura 1** - Joelho direito edemaciado, com artrocentese evidenciando líquido amarelado.



A droga que apresentou melhor perfil de sensibilidade foi ceftriaxone, sendo também a droga de escolha pelo CDC, destacando sua utilidade nas regiões onde há também cepas resistentes a quinolonas, como partes da Ásia e do Pacífico.<sup>12,13,14</sup> É descrito que o ceftriaxone deve ser utilizado até se observar que os sinais locais e sistêmicos estão em fase de resolução e o tratamento é completado com medicação oral, como a cefixima ou a ciprofloxacina, até sete a dez dias.<sup>6,7</sup> Conforme neste relato, o tratamento com ceftriaxone parenteral apresentou excelente resposta em 48 horas, associado ao repouso do membro, com término do tratamento via oral, a nível ambulatorial.

O tratamento articular, que em alguns casos pode ser necessário, através da drenagem fechada ou aberta, não foi preciso nesse caso. A literatura mostra que a antibioticoterapia é essencial e eficaz na maioria das vezes.<sup>6,8</sup>

Entretanto a artrite gonocócica deve ser diagnosticada e tratada rapidamente, por ser uma artropatia destrutiva, que evolui com lesão da cartilagem até esclerose retrátil capsuloligamentar. Logo, seu diagnóstico deve ser suspeitado em todo indivíduo jovem, sexualmente ativo.<sup>2</sup>

Conforme o Ministério da Saúde preconiza, a infecção gonocócica deve ser suspeitada clinicamente e tratada de forma adequada, antes mesmo que se tenha confirmação diagnóstica ou que evolua para a infecção disseminada<sup>2,5</sup>, de forma que a cadeia de transmissão dessa clássica DST seja quebrada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tenório T. Gonorréia. In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Rocco; 2000. p.969-976.
2. Brasil Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde 3ª Ed; 1999. p.33-37.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002;51 (No. RR-6): 36-41.
4. Gerbase AC, Rowley JT, Heymann DHL et al. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. Sex Transm Infect 1998; 74 (suppl.1): S12-S16.
5. Passos MRL. O que deve saber um paciente que atende DST. Piraf: RQV; 2004. p.24-28.
6. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL et al. Infecção gonocócica disseminada. Harrison - Medicina Interna. 15ª. Ed. São Paulo: Mc Graw-Hill Interamericana; 2002. p.991.
7. Prado FC, Ramos JÁ, Valle JR. Atualização Terapêutica. 21ª. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas. p.592-593, 1618-1620.
8. Fellet AJ, Scotton AS. Elementos básicos de diagnóstico da artrite gonocócica. Rev Temas Reumatol Clin 2003; 4(1): 34-41.
9. Berrocal AK, Silicani ADP, Calvo AQ. Artritis gonocócica. Diagnóstico Peru 1988; 22 (2/6): 44-46.
10. Nunes CM, Fraga RO, Lauriano FR, Scotton AS, Fellet AJ. Artrite gonocócica. Rev Bras Méd 1995; 52(6): 542-551.
11. Jaffe HW. Diagnosis of gonorrhea using a genetic transformation test on mailed clinical specimens. J Infect Dis 1982; 146: 275-277.
12. Klumb EM et al. Artrite gonocócica e resistência à penicilina. Rev Bras Reumatol 1994; 34(5): 275-278.
13. Barreto NA, Sant'anna RRP, Silva LBG et al. Caracterização fenotípica e molecular de *Neisseria gonorrhoeae* isoladas no Rio de Janeiro. J bras Doenças Sex Transm 2004; 16(3): 32-424.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Gonococcal Infections. MMWR 2004; 53(16): 335-338.

### Endereço para Correspondência:

**PRISCILA COELHO RABELO**

Rua Ademar Luiz Nepomuceno, 400/501.

CEP: 29090-520, Jardim Camburi, Vitória-ES.

E-mail: priscilarabelo@click21.com.br

Recebido em: 30/03/05

Aprovado em: 28/06/05

## RESUMOS DE TESES

### Prevalência de DST, Padrão de Comportamento e Aspectos Relacionados com a Saúde Reprodutiva das Mulheres Atendidas em Unidade Básica de Saúde em Vitória, ES

*Prevalence of Sexually Transmitted Diseases, Pattern of behavior and Aspects Related to the Reproductive Health of Women Taken Care of in a Health Basic Unit in Vitória, ES*

**Aluna:** Mara Rejane Barroso Barcelos – **Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Angélica Espinosa Barbosa Miranda – **Banca:** Prof. Dr. Mauro Romero Leal Passos (UFF), Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Angélica Espinosa Barbosa Miranda (UFES), Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ethel Leonor Noia Maciel (UFES). *Curso de Pós-graduação (Mestrado) em Doenças Infecciosas do Núcleo de Doenças Infecciosas da Universidade Federal do Espírito Santo.* Apresentada e aprovada em 05 de Setembro de 2005.

#### RESUMO

**Introdução:** medidas preventivas e assistenciais para mulheres são importantes para a Saúde pública. Os riscos associados com a saúde das mulheres incluem gravidez e maior chance de contrair DST, incluindo AIDS. **Objetivo:** descrever a prevalência de DST, o perfil de comportamento e os aspectos relacionados com a saúde reprodutiva das mulheres atendidas em unidade básica de saúde do município de Vitória, Brasil. **Métodos:** estudo transversal realizado de julho de 2003 a março de 2004 em uma área assistida pelo Programa de Saúde da Família, entre mulheres de 15 a 49 anos. Uma entrevista face a face com dados sócio-demográficos, clínicos e comportamentais foi realizada. Uma amostra de sangue foi coletada para testes de HIV, HBV, HCV e sífilis; espécimes genitais foram coletadas para citologia, Gram e cultura, e uma amostra de urina foi coletada para PCR – *Chlamydia trachomatis*. A análise estatística usou métodos descritivos e análise multivariada dos dados. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Espírito Santo. **Resultados:** durante o estudo, 300 mulheres foram incluídas. A média de idade foi 30,0 (distância interquartil – IQR – 24; 38) anos; a média de idade do primeiro intercuro sexual foi de 17,3 (DP 3,6) anos e a média de idade da primeira gravidez foi 19,2 (DP 3,9) anos. Cerca de 70% delas teve até oito anos de estudo; 5% relataram DST prévias; 8% uso de drogas ilícitas; e 11% estupro. Apenas 23,7% relataram uso regular de preservativo. Problemas clínicos encontrados: úlcera genital (3,0%); disúria (7,7%); descarga vaginal (46,6%); prurido (20,0%) e dor pélvica (18,0%). Teste de HIV prévio foi relatado por 43,6% e 15,3% nunca haviam sido submetidas à citologia oncológica. As prevalências das infecções foram: *Chlamydia trachomatis*, 7,4%; gonorréia, 2,0%; tricomoníase, 2,0%; vaginose, 21,3%; candidíase, 9,3%; relatos citológicos sugestivos de HPV, 0,3%; sífilis, 3,0%; HIV, 3,3%; HBV, 0,7%; e HCV, 1,7%. **Conclusão:** as mulheres representam uma população vulnerável com relação à sexualidade. Elas não percebem nelas mesmas o risco para DST e não se protegem. Esses resultados encontraram elevada frequência de DST e mostraram a necessidade

de medidas de prevenção, incluindo, entre outros, rastreamento para DST e programas de redução de risco.

**Palavras-chaves:** mulheres, prevalência, DST, aids, comportamento de risco, saúde reprodutiva.

#### ABSTRACT

**Introduction:** preventive measures and assistance for women are important for public health. The risks associated with women's health include pregnancy and higher rate of contracting STD, including AIDS. **Objective:** to describe STD prevalence, behavior profile and reproductive health aspects of women attended in a basic unit of health of Vitoria Municipality, Brazil. **Methods:** cross-sectional study from July 2003 to March 2004 in an area assisted by Family Health Program. The study was performed among women, 15 to 49 years old. A face-to-face interview with sociodemographic, clinical and behavioral data was performed. A blood sample was collected for HIV, HBV, HCV and syphilis tests; genital specimens were collected for Pap smear, Gram stain and culture, and a sample of urine was collected for PCR-*Chlamydia trachomatis*. The statistical analysis used descriptive methods and multivariate methods. This study was submitted and approved by Ethics committee from Federal University of Espírito Santo State. **Results:** during the study, 300 women were included. Median age was 30.0 (interquartile range (IQR) 24; 38) years old; mean age of the first intercourse was 17.3 (SD 3.6) years and mean age of first pregnancy was 19.2 (SD 3.9) years. About 70% of them had up to 8 years of education; 5.0% reported previous STD; 8.0% illicit drug use and 11.0% rape. Only 23.7% reported consistent condom use. Clinical problems reported: genital ulcer (3.0%); dysuria (7.7%); vaginal discharge (46.6%); itching (20.0%) and pelvic pain (18.0%). Previous HIV test was reported by 46.3% and 15.3% had never been submitted of Pap smear. The prevalence of infections were: *Chlamydia trachomatis* was 7.4%; gonorrhea 2.0%; trichomoniasis 2.0%; vaginosis 21.3%; candidiasis 9.3%; HPV-related cytological changes 3.3%; syphilis 3.0%; HIV 0.3%; HBV 0.7% and HCV 1.7%. **Conclusion:** women are vulnerable population related to sexuality. They do not feel themselves at risk for STD and they do not protect themselves. These results found high frequency of STD and show the needs for prevention measures, including, among others, screening for STD and programs of risk reduction.

**Keywords:** women, prevalence, STD, AIDS, risk behaviors, reproductive health

## Estudo de Validação de uma Escala de Avaliação da Qualidade de Vida em um Grupo de Pacientes Pediátricos Infectados pelo HIV

### *Validation Study of a Scale of Life Quality Evaluation in a Group of Pediatric Patients Infected by HIV*

**Aluno:** Dennis de Carvalho Ferreira – **Orientador:** Prof. Dr. Mauro Romero Leal Passos – **Banca:** Prof. Dr. Adauto Barbosa (UFF), Profª. Drª. Rosiângela Knupp (UFRJ), Profª. Norma Rubini (UNI-RIO). **Curso de Pós-graduação (Mestrado) em Saúde da Criança e do Adolescente (Pediatria) da Universidade Federal Fluminense.** Apresentada e aprovada em 20 de Dezembro de 2005.

### RESUMO

**Introdução:** atualmente, com o advento da terapia anti-retroviral potente e o aumento da sobrevida dos pacientes pediátricos com infecção pelo HIV, a busca da promoção de uma melhor qualidade de vida deve ser o foco principal na atenção a crianças vivendo com HIV/aids. Sendo assim, torna-se necessária a utilização de um instrumento adequado a este grupo visando à investigação e à avaliação da qualidade de vida destes pacientes. **Objetivo:** realizar a validação de uma escala de avaliação da qualidade de vida em um grupo de pacientes pediátricos infectados pelo HIV que estavam sob acompanhamento clínico em Serviços de SIDA/AIDS do Rio de Janeiro – RJ. **Métodos:** esta escala é composta de 26 perguntas e sua aplicação ocorreu em 100 crianças, com idades variando entre quatro e 12 anos, e em seus responsáveis. A análise estatística foi realizada utilizando correlações canônicas, intervalo de confiança e teste  $\chi^2$ . Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Fluminense. **Resultados:** o ponto de corte obtido foi de 49; a consistência interna expressa por um alfa de Cronbach da ordem de 0,73 para as crianças e 0,67 para os seus responsáveis. O perfil de resposta demonstrou satisfação elevada para itens como férias e aniversário. Já os de menor satisfação foram a internação e o brincar sozinho. **Conclusão:** a escala apresentou medidas psicométricas satisfatórias, tornando-se um instrumento confiá-

vel, consistente e válido, recomendável de mensuração da qualidade de vida de pacientes pediátricos infectados pelo HIV.

**Palavras-Chaves:** qualidade de vida, crianças, infecção pelo HIV, autoquestionário, validação.

### ABSTRACT

**Introduction:** nowadays, with the potent antiretroviral therapy and the increase of the survival of pediatric patients infected by HIV, the search of the promotion of a better life quality must be the main focus of the care of children living with HIV/AIDS. The utilization of an adequate instrument to this group becomes necessary.

**Objective:** to accomplish the validation of the Scale of Children's Quality of Life in a group of children infected by HIV who were under clinical attendance in services of AIDS from Rio de Janeiro-RJ. **Methods:** this scale is composed by 26 questions and its application was done in 100 children, with age varying between 4 and 12 years, and in their responses. The statistical analysis was fulfilled using canonical correlations, confidence interval and the  $\chi^2$  test. This study was approved by the Ethics' Committee in Human Research from the Federal University of Fluminense. **Results:** the obtained cut off point was 49; the internal consistence with a Cronbach's alpha of 0,73 for the children and of 0,67 for its responses. The answer's profile demonstrated a high satisfaction to the items such as vacations and birthday. And a smaller satisfaction were internment and to play alone. **Conclusion:** the scale exhibited satisfactory psychometric measurements, becoming a trusty, consistent and valid instrument, recommendable to measure the quality of life of children infected by HIV.

**Keywords:** children, HIV infection, quality of life, self-questionnaire, validation.