
SUMÁRIO – CONTENTS

EDITORIAL

VACINA QUADRIVALENTE CONTRA HPV 6, 11, 16, 18: A MAIS NOVA FERRAMENTA DE PREVENÇÃO 220
Nelson Vespa Junior

ARTIGOS

CONHECIMENTO SOBRE DST/AIDS, HEPATITES E CONDUTA SEXUAL DE UNIVERSITÁRIOS DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP 224
Self-Awareness in Relation to STD/AIDS, Hepatitis and Sexual Behavior of University Students in São José do Rio Preto/SP
Renata G Barbosa, Fátima CP Garcia, Antonio José Manzato, Raul Aragão Martins, Fernanda T Vieira

ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO OCORRIDOS COM PROFISSIONAIS DE LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS 231
Accidents with Biological Material Involving Clinical Analysis Laboratory Professionals
Marinézia A Prado-Palos, Silvia RMS Canini, Elucir Gir, Lílian L Melo, Daniela H Mata, Raide MT Santana, Lorena R Souza, Adenícia CS Souza

PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM UMA PENITENCIÁRIA MODELO FEMININA DE SÃO PAULO-SP, BRASIL 235
Prevention of HIV/AIDS in a Model Female Penitentiary in São Paulo – SP, Brazil
Leila Strazza, Raymundo S Azevedo, Heráclito B Carvalho

A OCUPAÇÃO DA MULHER COM HIV/AIDS: O COTIDIANO DIANTE DA (IM)POSSIBILIDADE DE AMAMENTAR 241
The Woman's Occupation with HIV/AIDS Syndrome: The Daily Routine Facing the (IM)Possibility of Breastfeeding
Stela Marins de M Padoin, Ívis Emília L Souza

A PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA BAIXA ADESÃO NA TERAPIA COM ENFUVIRTIDA NOS USUÁRIOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM PORTO ALEGRE-RS 247
The Prevalence of Risk Factors for Decreasing Adhesion in the Therapy with Enfuvirtida in HIV Infected Users in Treatment in Centers of Reference in Porto Alegre –RS
Thiago C dos Santos

MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO E A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS 254
Sex Worker Women and the Vulnerability to the HIV/AIDS
Kátia P Borba & Maria José Clapis

IMPACTO DA NEURO-AIDS NA INFÂNCIA 259
The Influence of Neuro-Aids in Children
Albertina V Capelo, Carlos Alberto M Sá, Norma P Rubini, Rosangela S Kalil, Eliane Miranda

A RESPOSTA IMUNE CELULAR DA MUCOSA VAGINAL ÀS VULVOVAGINITES 263
The Cellular Immune Response from Vaginal Mucosa in the Vulvovaginitis
Paulo C Giraldo, Sandra BN Feitoza, Ana KS Gonçalves, Maria da Conceição M Cornetta, José Eleutério Junior, Andréia R Tristão

CO-INFECÇÃO DE SÍFILIS E PAPILOMA VÍRUS HUMANO: INTERROMPENDO UMA CADEIA DE TRANSMISSÃO VERTICAL 266
Co-infection Between Syphilis and Human Papillomavirus: Broken a Vertical Transmission Chain
Lúcia M S Souza, José C Nery, Arnaldo FB Andrade

ÍNDICE REMISSIVO DO VOLUME 18, 2006 270



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

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

www.dstbrasil.org.br

DIRETORIA SBDST (2004 - 06)

Presidente:

Maria Luiza Bezerra Menezes (PE)

1º Vice-Presidente:

Geraldo Duarte (SP)

2º Vice-Presidente:

Newton Sergio de Carvalho (PR)

1º Secretário:

Adele Schwartz Benzaken (AM)

2º Secretário:

Paulo César Giraldo (SP)

1º Tesoureiro:

Carlos Alberto Sá Marques (PE)

2º Tesoureiro:

Mariângela Silveira (RS)

Diretor Científico:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

REGIONAL ALAGOAS

Presidente: Cledna Bezerra de Melo

REGIONAL AMAZONAS

Presidente: João Catarino Dutra Júnior

REGIONAL BAHIA

Presidente: Roberto Dias Fontes

REGIONAL CEARÁ

Presidente: Ivo Castelo Branco Coêlho

REGIONAL ESPÍRITO SANTO

Presidente: Angélica Espinosa Miranda

REGIONAL GOIÁS

Presidente: Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

REGIONAL PARANÁ

Presidente: Newton Sergio de Carvalho

REGIONAL PERNAMBUCO

Presidente: Carlos Alberto Sá Marques

REGIONAL RIO DE JANEIRO

Presidente: Mauro Romero Leal Passos

REGIONAL RIO GRANDE DO NORTE

Presidente: Jair Maciel de Figueiredo

REGIONAL RIO GRANDE DO SUL

Presidente: Mariângela Silveira

REGIONAL RONDÔNIA

Presidente: Alberto Saraiva Tibúrcio

REGIONAL SÃO PAULO

Presidente: Paulo César Giraldo



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

Presidente: Adele Schwartz Benzaken (Brasil)

1º Vice-Presidente Enrique G. Garcia (Cuba)

2º Vice-Presidente Alicia Farinati (Argentina)

3º Vice-Presidente Aníbal H. Pinochet (Chile)

4º Vice-Presidente : Mauro Cunha Ramos (Brasil)

1º Secretário: Mauro Romero Leal Passos (Brasil)

2º Secretário: Freddy T. Guzman (Bolívia)

1º Tesoureiro: José Carlos G. Sardinha (Brasil)

2º Tesoureiro: Miguel Tilli (Argentina)

Diretor Científico: Paulo César Giraldo (Brasil)

Diretor Científico Adjunto: Newton Carvalho (Brasil)

Diretor Científico Adjunto: Patrícia J. Garcia (Peru)

Conselho Fiscal: Maria Luiza Bezerra Menezes (Brasil)

Renata de Queiroz Varella (Brasil)

Vândira Maria dos S. Pinheiro (Brasil)



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

Presidente:

James Bingham

Secretário Geral:

Ron Ballard

Filiado à
Associação Brasileira
de Editores Científicos



CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

Maria Luiza Bezerra Menezes (PE)

Vândira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Comissão Editorial:

Adele Schwartz Benzaken (AM)

Geraldo Duarte (SP)

Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Iara Moreno Linhares (SP)

José Antônio Simões (SP)

Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)

Luiz Carlos Moreira (RJ)

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

Mauro Cunha Ramos (RS)

Newton Sérgio de Carvalho (PR)

Paulo Canella (RJ)

Paulo César Giraldo (SP)

René Garrido Neves (RJ)

Tomaz Barbosa Isolan (RS)

Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional:

Alícia Farinati (Argentina)

Enrique Galbán García (Cuba)

Peter Piot (UNAIDS-Suíça)

Rui Bastos (Moçambique)

Steven Witkin (EUA)

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



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

Outeiro de S. João Batista, s/nº
Campus do Valonguinho - Centro
Niterói - RJ - 24210-150 - Brasil
Tel.: 55 (21) 2629-2495 - 2629-2494

Fax.: 55 (21) 2629-2507

E-mail: dst@vm.uff.br

www.uff.br/dst

Reitor da UFF:

Roberto de Souza Salles

Vice-Reitor:

Emmanuel Paiva de Andrade

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Humberto Fernandes Machado



Editora da Universidade Federal Fluminense
<http://www.eduff.uff.br>

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

José Agenor Alves da Silva

PROGRAMA NACIONAL

DE DST E AIDS

Mariângela Batista Galvão Simão

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

Direcionamento e Distribuição:

DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis é direcionado aos sócios da SBDST, assinantes, bibliotecas, centros de referência, ginecologistas, urologistas, infectologistas, dermatologistas, clínicos, programas saúde da família e entidades com convênio. É trimestral com tiragem de 3.000.

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

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

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

APOIO



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



VII Congresso da SBDST
Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis
III Congresso Brasileiro de Aids

DST 7/Aids 3 - Goiânia 2008

07 a 10 de setembro de 2008
Centro de Convenções de Goiânia

Informações: www.dst2008.com.br

MENSAGEM DA PRESIDENTE DOS CONGRESSOS

A Regional de Goiás da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis sente-se honrada em organizar, no período de 7 a 10 de setembro de 2008, o VII Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e o III Congresso Brasileiro de Aids (DST 7/Aids 3), congressos que se tornaram um marco em atualização e reciclagem de conhecimentos na área de DST/Aids no Brasil.

A Comissão Organizadora está trabalhando incansavelmente para que o DST 7/Aids 3 repita o sucesso dos congressos anteriores. A programação científica será desenvolvida em cursos, conferências, mesas redondas, fóruns, simpósios e oficinas com a participação de convidados nacionais e internacionais. Um amplo espaço será reservado para as seções interativas, com discussão de casos clínicos e para a apresentação de temas livres, pontos de destaque dos Congressos da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Não pouparemos esforços para que o DST 7/Aids 3 seja um marco não só nas atividades científicas, mas que represente também um momento ímpar para desfrutarmos do prazer de reencontrar os amigos e de conhecer novos lugares, com inúmeras atrações turísticas e com uma programação cultural e social palpitantes.

Nossa cidade é bonita, tranqüila e, acima de tudo, acolhedora.

Venha! Goiânia espera por você de braços abertos!

*Rosane Ribeiro Figueiredo Alves
Presidente dos Congressos*

MENSAGEM DA PRESIDENTE DA SBDST

Entrando no último ano de sua adolescência a caminho de uma maturidade plena, a Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (SBDST) tem a honra de estar realizando através de sua Regional Goiás a 7ª versão de um evento que vem tomando proporções de reconhecimento nacional e internacional há mais de uma década.

A 3ª versão do Brasileiro de Aids também promete deixar marcas, com a promoção de um evento participativo e interdisciplinar. Nosso destaque é a íntima relação entre os interesses assistenciais, científicos, de política de saúde pública e do controle social relacionados as DST e Aids. Juntos, articulados e em um só momento, esses interesses serão voltados para um único objetivo: a melhoria da promoção à saúde e prevenção das DST e Aids. Venha. Participe.

Contamos com você.

*Maria Luíza Bezerra Menezes
Presidente da SBDST*

Editorial

Vacina Quadrivalente contra HPV 6, 11, 16, 18: a Mais Nova Ferramenta de Prevenção

Atualmente as manifestações clínicas causadas pelo HPV (Papilomavírus humano), tais como câncer de colo de útero, vagina, vulva, ânus, laringe, orofaringe e verrugas genitais podem ser considerados doenças imunopreveníveis. Recentemente a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) autorizou o registro e comercialização da vacina quadrivalente contra HPV 6, 11, 16 e 18 no Brasil, apenas dois meses após a primeira licença mundial emitida pelo FDA (agência regulatória americana – *Food and Drug Administration*) **Figura 1.**

As vacinas são reconhecidas como uma das medidas mais efetivas de saúde pública. Sob o ponto de vista individual, a vacinação pode determinar a diferença entre saúde e doença, vida e morte. Neste contexto, o profissional de saúde desempenha papel central, educando a população sobre doenças potencialmente graves e os benefícios da vacinação. A disponibilidade desta nova vacina contra HPV amplia as especialidades médicas responsáveis diretamente pela prescrição vacinal. Tradicionalmente, a pediatria tem sido a área mais ligada à imunização, devido ao grande número de vacinas direcionadas à população infantil.

O ginecologia já contava com a citologia oncológica (Papanicolaou) e a colposcopia como mediada profiláticas contra o câncer de colo de útero, vagina e vulva. Acreditamos que a disseminação do impacto da infecção por HPV, dos conceitos básicos da imunização e das características da vacina quadrivalente contra HPV é fundamental para que o ginecologista possa utilizar efetivamente mais esta ferramenta de prevenção, pois muitas vezes somente ele tem acesso a uma grande parcela da população feminina, sendo, portanto um dos maiores responsáveis pela promoção da saúde da mulher.

Impacto da infecção por HPV

Dos mais de 100 tipos de HPV identificados, apenas aproximadamente 30 tipos afetam a genitália, desses 15 são oncogênicos. Os tipos de HPV 16 (50%) e HPV 18 (20%) são os principais responsáveis pelo câncer do colo uterino em todo o mundo **Figura 2.** A relação entre o câncer de útero e o HPV é muito mais forte do que a do câncer de pulmão como cigarro. Foi observado que uma grande parcela das mulheres infectadas por HPV não desenvolviam câncer associado a este patógeno, porém todas aquelas que tinham câncer de colo uterino também tinham HPV. Por outro lado, nem todos os indivíduos que apresentavam câncer de pulmão tinham histórico de tabagismo.

O INCA (Instituto Nacional do Câncer) estima que o câncer de colo do útero seja a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres brasileiras, com cerca de 20 mil novos casos e quatro mil mortes por ano. O câncer de colo do útero é o que mata mulheres na região norte, o segundo no nordeste e o terceiro nas demais regiões. **Figura 3.**

Estima-se que metade dos indivíduos sexualmente ativos terá contato com HPV. Mundialmente, acerca de 30 milhões de pessoas desenvolvem verrugas genitais associadas principalmente ao HPV 6 (70%) ao HPV 11 (20%), as quais podem ocorrer em região vulvar, vaginal, anal, na orofaringe, na cavidade bucal e na laringe. Embora estes não apresentem potencial de alto risco, os condilomas acuminados podem ser de difícil manejo pela alta recorrência, falta de adesão ao tratamento, muitas vezes prolongado e doloroso, com importantes traumas emocionais e seqüelas locais. **Figura 4.**

Conceitos básicos de imunização e características da vacina quadrivalente contra HPV (tipos 6, 11, 16, 18)

A imunidade adquirida ou adaptativa é caracterizada por especificidade e memória. É mediada por linfócitos B, linfócitos T e seus produtos, tais como anticorpos e citocinas. Estas células, ao entrarem em contato com um dado antígeno produzem uma resposta específica (direcionada ao agente indutor). A estimulação repetitiva, com o mesmo antígeno induz uma resposta quantitativa e qualitativamente cada vez mais vigorosa, com altos níveis de anticorpos, memória imunológica e proteção de longa duração. Tradicionalmente a imunogenicidade, capacidade de induzir uma resposta imune específica é mensurada pela quantificação de anticorpos.

A vacina quadrivalente contra HPV, é uma **vacina inativada**, pois não inclui antígenos (Ag) com capacidade de replicar-se no indivíduo receptor; ao contrário de **vacinas atenuadas**, cujo agente vacinal teve sua virulência diminuída – por intermédio de diferentes processos, tais como agentes físicos, químicos e mutações entre outros – mantendo a capacidade de se reproduzir no indivíduo receptor, mimetizando a infecção natural. Ainda, a vacina quadrivalente contra HPV, é produzida por técnicas modernas de biologia molecular. A produção de algumas proteínas virais *in vitro* resulta na organização espontânea (*self-assembly*) de estruturas que se assemelham ao vírus inteiro – chamadas de

partículas semelhantes a vírus (VLP – *Virus Like Particles*). A vacina quadrivalente contra HPV, é o primeiro imunobiológico que contém partículas VLP, as quais são mais imunogênicas que as proteínas solúveis utilizadas nas vacinas tradicionais. Esta vacina, não apresenta potencial infeccioso, nem oncogênico, pois não possui material genético viral no interior das VLP. **Figura 4.**

A vacina quadrivalente contra HPV VLP L1 tipos 6, 11, 16, 18 induz títulos de anticorpos específicos elevados,¹² os quais se mantêm, por pelo menos cinco anos pós-vacinação, acima dos níveis observados quando de uma infecção natural por vírus HPV selvagens.¹³ Igualmente durante este período de cinco anos de acompanhamento, demonstrou-se proteção de longa duração, com redução de 96% da incidência de infecção persistente e doença pelos tipos de HPV incluídos na vacina.¹³

A vacina quadrivalente contra HPV é indicada para mulheres com idade entre 9 e 26 anos objetivando a prevenção das seguintes doenças causadas pelos tipos 6, 11, 16 e 18 de HPV (Papilomavírus humano): câncer cervical e verrugas genitais (condiloma acuminado). E, para prevenção das seguintes lesões pré-cancerígenas ou displásicas: adenocarcinoma cervical *in situ* (AIS); neoplasia cervical intraepitelial (NIC) graus 2 e 3; neoplasia vulvar intraepitelial (NIV) graus 2 e 3; neoplasia vaginal intraepitelial (NIVA) graus 2 e 3 /; e neoplasia cervical intraepitelial (NIC) grau 1. Atualmente, encontra-se em fase avançada, estudos clínicos em mulheres com idade superior a 26 anos e em homens, que visam suportar a ampliação da indicação das populações alvo de vacinação.

A vacina quadrivalente é segura e eficaz.¹²⁻¹³ Nos ensaios clínicos de desenvolvimento não foram identificados eventos adversos significativos, sendo as únicas reações adversas atribuídas à vacina dor no local de injeção e febre baixa. Os estudos sorológicos em adolescente de 9-15 anos de idade e estudos de proteção entre 15-26 anos. Considerando os tipos de HPV incluídos na vacina estima-se eficácia de aproximadamente 95% para todos os graus de lesões uterinas e 100% para as lesões de alto grau (colo, vagina e vulva). E, de 99% para verrugas genitais. Embora apresente alta eficácia, demonstrada em estudos clínicos, é importante que o médico alerte seus pacientes que a vacina contra HPV, como qualquer outra vacina, pode não proteger todos os vacinados. Esta vacina não protege contra doenças que não são causadas por HPV. Embora exista alguma evidência de proteção cruzada, não se pode afirmar que as vacinas contra HPV protejam satisfatoriamente contra infecções por tipos de HPV não incluídos em sua composição. As vacinas contra HPV, atualmente, são profiláticas e não são indicadas para o uso terapêutico de verrugas genitais, câncer cervical, NIC, NIV ou NIVA. Estas vacinas também não são recomendadas para administração em gestantes. As vacinas HPV não foram associadas à causalidade de eventos adversos para gestação ou desenvolvimento do feto. Contudo, os dados sobre vacinação contra HPV durante a gravidez são limitados. Como evidenciado em estudos clínicos a presença ou ausência de uso de contraceptivos hormonais não altera a eficácia da vacina.

Atenção especial deve ser dispensada às pré-adolescentes e adolescentes, muitas vezes não alcançadas por pediatras e ginecologistas, estimulando-se a vacinação contra o HPV, preferencialmente, antes ou no início da vida sexual. Assim, toda visita ao pediatra ou ao ginecologista deve ser encarada como oportuni-

de para educação e vacinação. Por outro lado, mulheres sexualmente ativas, expostas previamente ou não ao HPV, podem e devem ser imunizadas com a vacina contra este agente. Mulheres sexualmente ativas podem não ter o benefício total da vacinação, pois podem ter sido infectadas previamente por HPV(s) incluído(s) na vacina. Assim, níveis distintos de efetividade podem ocorrer, mas, a maior parte das mulheres poderão se beneficiar da vacinação. Com base nas orientações do Comitê Americano de Imunização (ACIP – *Advisory Committee on Immunization Practices*), a decisão para vacinação não deverá ser baseada em exames laboratoriais, tais como Papanicolaou, testes moleculares e/ou sorologia.

A paciente deve ser orientada e estimulada para o uso de preservativos e a continuidade da citologia oncológica (Papanicolaou).

Para concluir, podemos dizer que a vacina contra HPV, recentemente licenciada, tem ótimo perfil de segurança e eficácia, proporcionando proteção de longa duração contra câncer, lesões pré-cancerígenas de baixo/alto grau e verrugas genitais, que acometem o colo de útero, vagina, vulva, que estão associados aos tipos incluídos na vacina.

A indicação da vacinação pelo médico possibilitará a redução não somente da mortalidade, mas também permitirá evitar o sofrimento caracterizado por reações frequentes de choque, negação, vergonha, medo, sentimento de traição, conflito e rejeição, que nós, ginecologistas (e outros médicos e profissionais de saúde), observamos frequentemente em nossa prática diária.

Figura 1 - Vacina Quadrivalente HPV 6,11, 16,18.

Composição	Vacina Quadrivalente HPV 6/11/16/18
Indicação	Mulheres de 09 a 26 anos Prevenir Lesões Pré-Cancerígenas <u>Colo, Vagina, Vulva e Verrugas Genitais</u> <i>Exposta ou Não ao HPV</i>
Esquema	0, 2, 6 meses
Aplicação	Deltóides e Vasto Lateral da Coxa
Tipo de Vacina	VLP L1 Levedura
Concentração	HPV6: 20µg; HPV11: 40µg HPV16: 40µg; HPV18: 20µg
Adjuvante	225µg Alum. Sulfato de Hidroxifosfato
Situação Regulatória	Licenciada FDA – 8.05.2006 Licenciada ANVISA – 28.08.2006 Licenciada EMEA – 23.09.2006

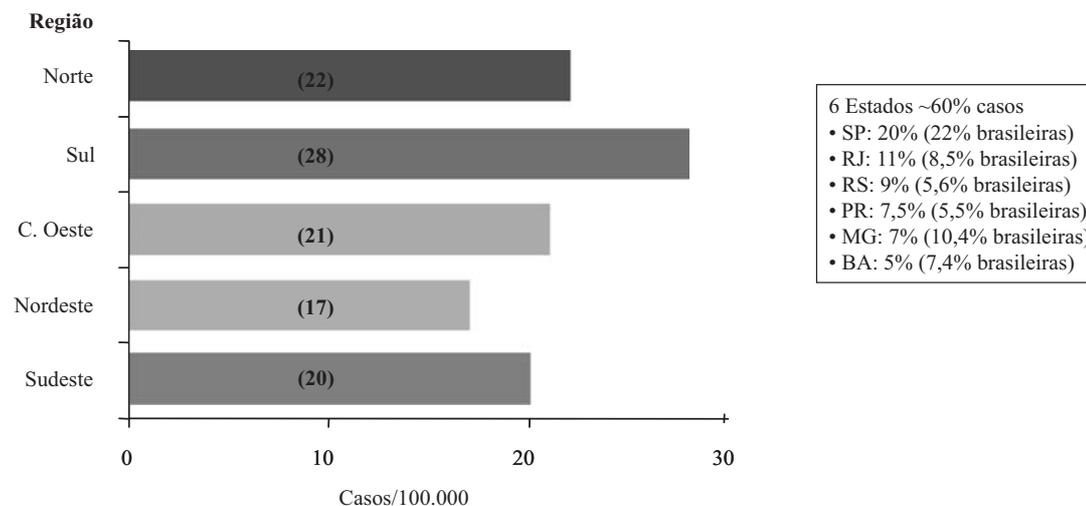
Figura 2 - Detecção dos Tipos de HPV nos Cânceres Cervicais de Diferentes Regiões no Mundo^{1,2}.

Sub-Sahara África	África Norte	America Central-Sul	Ásia Sul	Europa & N. America
HPV - tipo %	HPV - tipo %	HPV - tipo %	HPV - tipo %	HPV - tipo %
HPV 16 47.7	HPV 16 67.6	HPV 16 57.0	HPV 16 52.5	HPV 16 69.7
HPV 18 19.1	HPV 18 17.0	HPV 18 12.6	HPV 18 25.7	HPV 18 14.6
HPV 45 15.0	HPV 45 5.6	HPV 31 7.4	HPV 45 7.9	HPV 45 9.0
HPV 33 3.2	HPV 33 4.0	HPV 45 6.8	HPV 52 3.1	HPV 31 4.5
HPV 58 3.2	HPV 31 3.4	HPV 33 4.3	HPV 58 3.0	HPV 56 2.2
HPV 56 2.7	HPV 56 2.2	HPV 52 3.6	HPV 33 2.2	HPV 52 1.1
HPV 31, 35, 51 2.3	HPV 35 1.9	HPV 35 3.1	HPV 59 2.0	HPV 35 1.1

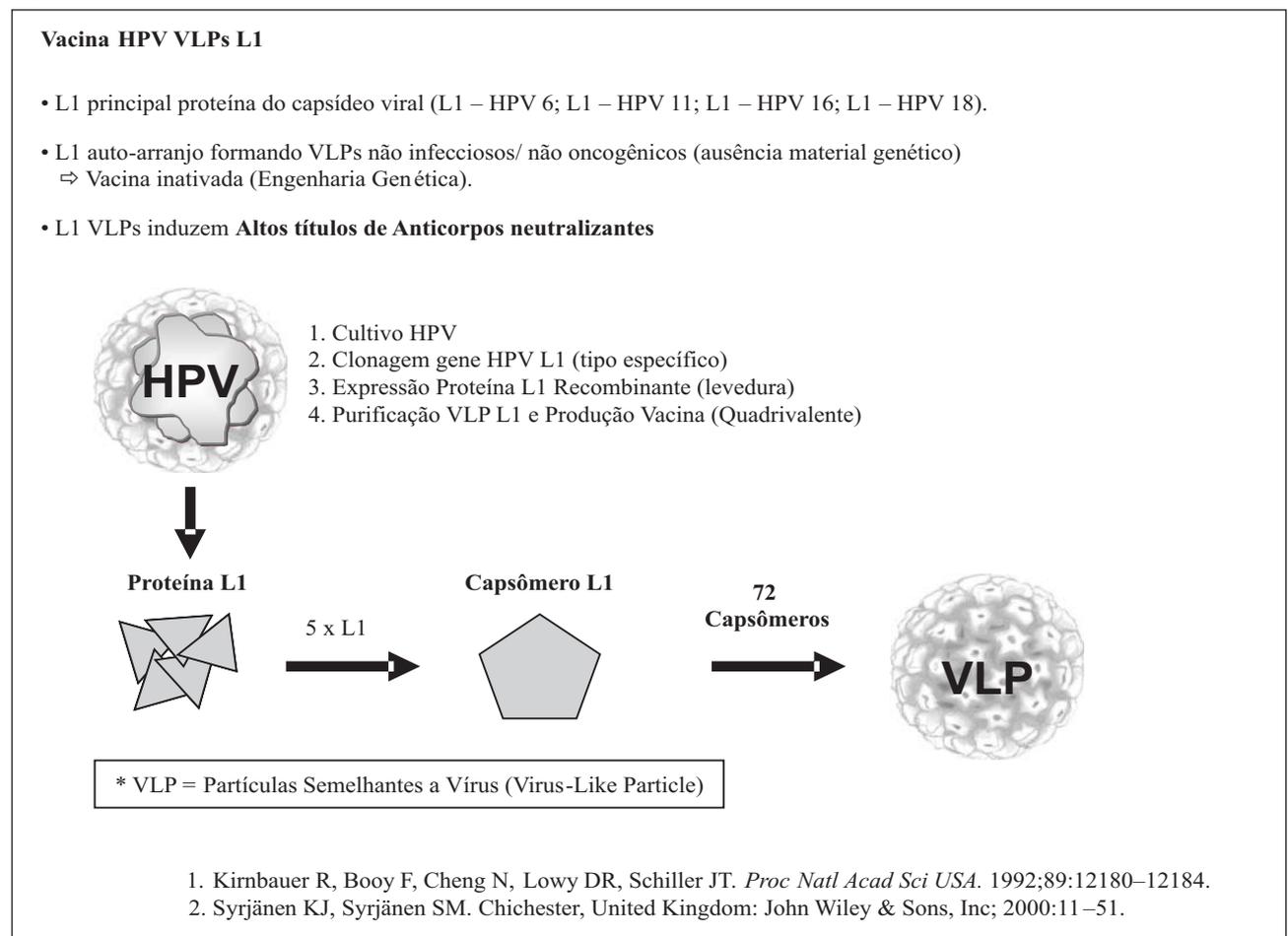
Virtualmente 100% biopsias de cânceres CERVICAIS apresentam HPV DNA.

Figura 3 - Estimativa Anual Brasileira de Incidência do Câncer de Colo Uterino.

Brasil (2006): 19.260 novos casos (risco estimado: 20/100.000 mulheres)³.

**Figura 4** - Impacto da doença HPV tipo específica.

Tipos	Mulher	Homem
6/11	>90% das verrugas genitais ⁴ ~25% das lesões cervicais de baixo grau ⁵ RRP transmissão de mãe para filho intra-uterina, e/ou pelo Canal do Parto ⁶	>90% das Verrugas genitais ⁴ Transmissão para Mulher ¹⁰ RRP transmissão vertical ⁶
16/18	~25% das lesões cervicais de baixo grau ⁵ ~50% das lesões cervicais de alto grau ⁷ ~70% dos cânceres cervicais ^{1,7,8} ~70% das lesões vulvares/vaginais de alto grau ⁹	~60% dos cânceres anais ¹¹ Transmissão para Mulher ¹⁰

Figura 4 - Vacina contra HPV – Tecnologia de Produção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, et al. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide a meta-analysis: *Br J Cancer* 2003;88:63-73.
2. Bosch FX, De Sanjose S. Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003; 3-13.
3. Estimativa 2006: incidência de Câncer no Brasil. INCA; 2005. Acesso: <http://www.inca.gov.br>, acessado em Agosto 2005.
4. Gissmann L, Zur Hausen H, et al. Partial characterization of viral DNA from human genital warts (*Condylomata acuminata*). *Int J Cancer* 1980; 25:605-609.
5. Clifford GM, Rana RK, Franceschi S, et al. Human papillomavirus genotype distribution in low-grade cervical lesion: comparison by geographic region and cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005; 14:1157–1164.
6. Kashima HK, Mounts P, Shah K. Recurrent respiratory papillomatosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1996; 23:699–706.
7. Clifford GM, Smith JS, Aguado T et al. Comparison of HPV type distribution in high-grade cervical cancer worldwide a meta-analysis: *Br J Cancer*. 2003;89:101–105.
8. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, et al. Epidemiologic classification of Human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348:518–527.
9. GARDASIL Prescribing Information. Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.
10. Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz. The male role in cervical cancer. *N Salud Publica Mex* 2003; 45(suppl 3):S345–353.
11. Frisch M. On the etiology of anal squamous carcinoma. *Dan Med Bull* 2002; 49: 194-209.
12. Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol* 2005; 6(5):271-278.
13. Villa LL, RLR Costa, Petta CA, et al. High sustained efficacy of a profilactic quadrivalent human papillomavirus types 6/11/16/18 L1 virus-like particle vaccine through 5 years of follow-up. *British of Cancer* 2006. (in press)

NELSON VESPA JUNIOR

Médico Titular do Hospital do Câncer – Ginecologia – Setor de Genitoscopia. Investigador e colposcopia dos estudos da vacina quadrivalente contra HPV.

CONHECIMENTO SOBRE DST/AIDS, HEPATITES E CONDUTA SEXUAL DE UNIVERSITÁRIOS DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP

SELF-AWARENESS IN RELATION TO STD/AIDS, HEPATITIS AND SEXUAL BEHAVIOR OF UNIVERSITY STUDENTS IN SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP

Renata G Barbosa,¹ Fátima CP Garcia,² Antonio José Manzato,³ Raul A Martins,⁴
Fernanda T Vieira⁵

RESUMO

Introdução: apesar de se conhecer, atualmente, a dimensão da epidemia da aids, há um relativo desconhecimento sobre a doença entre universitários. **Objetivo:** levantar o nível de informação sobre as DST/aids, hepatites B e C, assim como analisar a conduta sexual de jovens universitários de um município do interior do estado de São Paulo e obter subsídios para nortear estratégias de prevenção em relação a essa população. **Métodos:** aplicação de questionário anônimo entre alunos de três Instituições Educacionais de Ensino Superior (IES) da cidade estudada, com metodologia baseada em um plano de amostragem probabilística estratificada e proporcional. **Resultados:** dos 888 questionários respondidos, 25 foram descartados em função de inconsistências no preenchimento; deste total, 75,3% são do sexo feminino e 77,8% têm até 24 anos de idade; predomina, entre esses alunos, a orientação heterossexual e 81% deles declararam já ter iniciado sua vida sexual; as principais doenças sexualmente transmissíveis são lembradas por mais de 90% da amostra e as hepatites B e C foram mencionadas por 70 a 89% dos pesquisados. **Conclusão:** encontrou-se um predomínio de mulheres na amostra de universitários pesquisada, sendo que a maioria desses estudantes apresentaram vida sexual ativa, demonstraram conhecimento adequado sobre os métodos contraceptivos, DST/aids, e fizeram referência ao uso do preservativo como a melhor forma de prevenção de DST/aids. Esses alunos iniciaram sua vida sexual com cerca de 17 anos, para os homens, e 18 anos, para as mulheres; e, embora 70% destes jovens tenham relatado uso de preservativo na primeira relação sexual, este número cai para 46,1% na prática atual.

Palavras-chave: DST, aids, hepatites, universitários.

ABSTRACT

Introduction: nowadays the dimension of the AIDS epidemy is well-known, but the prevention conducts among university students is a subject not widely studied. **Objective:** collect information about young university students concerning their level of awareness in relation to STD/AIDS, Hepatitis B and C. **Methods:** an anonymous questionnaire was filled in by students from three universities in the city observed. A methodology based on a plan of stratified-random probabilistic sampling was used. **Results:** Eight hundred and eighty-eight questionnaires were answered and 25 were excluded due to inconsistent answers; the total number, 75,3% are females and are 24 years old; there is a predominance among these students of heterosexuals, and 81% of them stated that they had already started their sexual life; the most important STDs were mentioned by more than 90% of the sampling, and hepatitis B and C were mentioned by 70 to 89% of the students. **Conclusion:** a predominance of women in the sampling of university students researched was found, most of these students have an active sexual life; they have adequate knowledge on contraceptive methods, STD/AIDS, and they also stated that condom is the best prevention method for STD/AIDS; these students started their sexual life around 17 years old, in case of men, and 18 years old in case of women; although 70% of these young students said that they had used condom in their first sexual experience, these figures decreased to 46,1% when it was asked about their present conduct.

Keywords: STD, AIDS, hepatitis, university students.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 224-230, 2006

INTRODUÇÃO

O tema aids, nesses 25 anos de epidemia, tem sido alvo de muita discussão, campanhas e intervenções. No início da epidemia, em todo o mundo, a aids era mais freqüente entre os homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis, que passaram a ser chamados de “grupos de risco”.^{1,2} Assim, formou-se um tabu de que a contaminação por HIV se restringia a pessoas tidas como promíscuas ou com vida marginal, o que contribuiu, em muito, para

a criação do estigma e preconceitos que envolvem os portadores de HIV.¹ Uma conseqüência deste enfoque foi a constatação de que grande parte da população não se considerava em risco de contrair a doença, por não se enquadrar em nenhum dos grupos citados.^{3,4}

O aparecimento do vírus HIV/aids entre hemofílicos e pessoas fora dos chamados “grupos de risco” obrigou as autoridades públicas a mudarem o discurso sobre a doença e a desenvolverem novas estratégias de enfrentamento para alcançar toda a população. Essa mudança baseou-se na constatação de que, a partir de 1990, o percentual de heterossexuais portadores do HIV/aids passou a ser dominante.⁵ A primeira mudança foi a passagem da categoria de “grupos” para a de “comportamentos de risco”, mas ainda permanecia o enfoque epidemiológico de risco. Embora o conceito de risco seja importante para o conhecimento e planejamento de políticas voltadas para a saúde, ele não dá conta dos aspectos programáticos (relacionados às políticas públicas de prevenção e controle das DST/HIV/aids) e sociais da doença.⁶ Para compreender

¹Psicóloga – Coordenadora dos Programas de Prevenção DST/AIDS de São José do Rio Preto, SP.

²Psicóloga Clínica.

³Doutor em Ciências Biológicas – Professor de Estatística da Universidade Estadual Paulista – Campus de São José do Rio Preto.

⁴Livre-Docente em Psicologia da Educação – Professor de Psicologia da Educação na Universidade Estadual Paulista – Campus de São José do Rio Preto.

⁵Graduanda em Matemática pela Universidade Estadual Paulista – Campus de São José do Rio Preto.

der toda a dinâmica da infecção pelo HIV e o desenvolvimento da aids, Mann e colaboradores introduziram o conceito de vulnerabilidade, por considerarem a multiplicidade de fatores envolvidos nas questões da aids e pelo fato de estar vulnerável a alguma situação ser próprio do ser humano.⁷

As análises da vulnerabilidade envolvem avaliação de três eixos interligados: componentes individual, social e programático. O eixo individual diz respeito ao grau e à qualidade das informações de que os indivíduos dispõem sobre o problema: à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano de preocupações; e a suas crenças, desejos, pulsões, religião e, finalmente, às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas. O segundo componente, o social, refere-se a fatores culturais, relações de trabalho, relações gerenciais, relações geracionais, questões de gênero, acesso a bens e a meios de obtenção de informações etc. As possibilidades de metabolizar essas informações e o poder de incorporá-las a mudanças práticas não dependem só dos indivíduos, mas também de aspectos como acesso a meios de comunicação, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais etc. Todos esses aspectos devem ser, portanto, incorporados às análises de vulnerabilidade. Finalmente, o componente programático diz respeito ao acesso às políticas públicas de saúde, educação e outras, possibilitando a proteção e o controle do HIV/aids.

A nova tarefa, a de convencer a população em geral de que qualquer pessoa está sujeita à contaminação, é complexa, pois cada segmento social tem as suas especificidades, que dependem de suas características econômicas, sociais e culturais. Migrar do risco para a vulnerabilidade é hoje um dos mais importantes desafios do trabalho de prevenção.⁸ É importante não tratar as práticas que expõem as pessoas ao HIV e ao adoecimento por aids como fruto exclusivo da vontade delas, mas sim, levá-las a ver os comportamentos como resultante final de um conjunto de condições estruturais e contextuais (das quais) essas práticas emergem.

Nessa perspectiva, a compreensão de como os jovens percebem e conduzem sua vida sexual é um fator importante para o desenvolvimento de trabalhos preventivos, pois tal desconhecimento tem levado a estratégias de prevenção que, ou trazem uma linguagem metafórica, dificultando sua compreensão, ou, em outros casos, vulgarizam o assunto instigando preconceitos de ordens diversas.⁹ Estudo realizado entre 1997 e 1998 sobre a presença do HIV/aids na população brasileira mostra, entre outros resultados, que 61% dos jovens entre 16 e 19 anos de idade já haviam iniciado sua vida sexual e que somente 48% deles haviam usado preservativo na primeira relação índice que sobe para 57% nos níveis socioeconômicos mais altos, e para 71%, entre as pessoas com maior grau de instrução.⁵

Uma pesquisa sobre conhecimento, atitudes e práticas da população brasileira no que se refere a DST/HIV/aids, realizada pelo Programa Nacional de DST/aids, revelou que 90% da população pesquisada, entre 15 e 54 anos, tem vida sexual ativa.¹⁰ Quanto ao uso do preservativo por essa população, observou-se que, independentemente da parceria, somente 38% fez uso do mesmo. A pesquisa demonstrou, também, o reflexo das desigualdades socioeconômicas como um fator determinante para a iniciação sexual, para o conhecimento e prevenção das DST/HIV/aids e para o uso do preservativo. Ficou evidente que o maior grau de escolaridade implica menor grau de vulnerabilidade de pessoas e populações ao HIV/aids.

Carro-chefe das campanhas de prevenção, o uso de preservativos precisa ser reorientado, pois deveria significar verdade, amor e preocupação para com o outro, e não ser encarado como sinônimo de traição e poligamia, o que dificulta sua utilização entre os casais com relacionamentos considerados estáveis.^{5, 11} Tais dados nos fazem pensar em estratégias que redimensionem o imaginário popular com o intuito de fazer com que o uso da camisinha se transforme em um sentimento e um ato de confiança, amor, respeito para consigo e para com o outro, e que seja incorporado ao cotidiano das pessoas com vida sexual ativa. Paralelamente a esses fatos, é importante lembrar que os jovens, e especialmente os adolescentes, se vêem como imortais, como inatingíveis.¹² Esses aspectos psicológicos, inerentes a esta faixa etária, dificultam intervenções de ordens diversas e exigem estratégias especiais capazes de sensibilizar essa população para temas relacionados à prevenção.

No que tange aos jovens universitários, as poucas pesquisas encontradas apontam para o uso pouco freqüente do preservativo e/ou uso do mesmo somente como método contraceptivo. Há, ainda, falhas na compreensão da transmissão das DST/HIV e a não percepção da vulnerabilidade dos jovens.^{11, 13} Esses resultados mostram que existem pelo menos dois pontos que merecem reflexão em relação a este segmento da população. O primeiro é que os jovens não são considerados nas campanhas de prevenção do governo, quando muito, são inseridos nas poucas ações voltadas para os adolescentes. Nas palavras de Lima, “parece ser uma população [...] protegida e privilegiada pela informação transmitida ao longo de sua escolaridade”.³ O segundo refere-se aos dados de 2005, os quais mostram que os adultos jovens estão entre os três grupos nos quais o número de notificações está se reduzindo, especialmente entre os do sexo masculino.¹⁰ Este último dado mascara o fato de que os números referentes às mulheres são preocupantes, pois há aumento da epidemia em praticamente todas as faixas etárias.¹⁰ Paralelamente aos pontos apresentados, é preciso lembrar que a doença caminha em direção aos municípios de médio e pequeno porte do interior do país e que há predominância de transmissão via heterossexual. Esse quadro mostra uma heterossexualização, feminilização e interiorização da epidemia de HIV/aids no Brasil.¹

A situação de São José do Rio Preto, cidade do interior do estado de São Paulo, com cerca de 400.000 habitantes, é semelhante à de muitas cidades da região centro-sul do país em relação à epidemia de HIV/aids. Desde 1984 há registros da doença, tendo em 1998 atingido o ápice, com 339 novos casos. Embora a epidemia tenha perdido força, registram-se, em média, 200 novos casos por ano. Quanto à categoria de exposição, até o ano de 1992, o uso de drogas injetáveis era a principal forma de transmissão. De 1993 em diante, a categoria de exposição heterossexual passou a ser predominante e tem-se mantido assim até os dias atuais, compreendendo homens e principalmente mulheres com relação estável. A faixa etária mais infectada em ambos os sexos é a de 20 a 34 anos (56%), ressaltando-se que, no sexo feminino, de 2001 a 2005, foram notificados nove casos de aids para a faixa etária entre 15 e 19 anos de idade, de um total de 37 casos acumulados desde 1987, ou seja, 24% do total. Com relação à escolaridade, a partir de 2000, a concentração de casos classificados como de baixa escolaridade passou para um predomínio de 4 a 7 anos de estudo para ambos os sexos. Os dados relacionados aos indivíduos com 12 ou mais anos de estudo mostram que, neste momento da epidemia, são classificados como a terceira classe de escolaridade mais infectada.¹⁴

Em 2004, o Programa Municipal de DST/aids de São José do Rio Preto implantou um projeto voltado para a prevenção de DST/HIV/hepatites entre universitários de instituições de ensino superior da cidade. O objetivo da parceria foi não só a implantação de campanhas de prevenção para estes estudantes, mas também a busca de formação de agentes multiplicadores de prevenção dentro e fora dos campi universitários. Houve também a preocupação de incluir entre os universitários a discussão sobre redução de danos no uso de drogas, cidadania, preconceito e outros temas intimamente relacionados à prevenção e ao controle das DST/HIV/aids/hepatites e do uso de drogas.

OBJETIVO

Esta pesquisa, que nasceu no Programa Municipal de DST/aids de São José do Rio Preto, objetiva conhecer o nível de informação sobre as DST/aids/hepatites B e C, bem como a conduta sexual de jovens universitários das instituições de ensino superior do município, e, assim, obter subsídios para nortear estratégias de prevenção junto a essa população.

MÉTODOS

Um questionário anônimo foi respondido por alunos de três Instituições Educacionais de Ensino Superior (IES) da cidade de São José do Rio Preto, com metodologia de amostragem embasada em um Plano de Amostragem Probabilística Estratificada e Proporcional dividido em três estágios: inicialmente, os estratos constituem-se das seguintes instituições de ensino: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), União das Escolas do Grupo CERES de Educação (UNICERES) e Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas da Universidade Estadual Paulista (IBILCE-UNESP); em segundo lugar, cursos dentro de cada Instituição; e, em terceiro lugar, turmas dentro de curso.

População

A população compreendeu todos os alunos, de ambos os sexos, na faixa etária de 17 a 50 anos completos, matriculados no ano de 2004 (N = 2.996) nos cursos oferecidos por três instituições de ensino superior de São José do Rio Preto: UNESP-IBILCE; FAMERP e UNICERES. As duas primeiras IES são públicas e a última é privada. O questionário constitui-se de questões de múltipla escolha, cada uma com, no máximo, 10 alternativas de respostas. O tamanho da amostra, planejado para fornecer estimativas com grau de confiança de 95% e margem de erro de 3% para mais ou para menos, foi de 788 alunos, o que corresponde a aproximadamente 26,3% do total populacional.¹⁵ A seleção dos indivíduos foi feita por meio de sorteio aleatório da lista de matriculados em cada curso e que freqüentavam as Instituições mencionadas, regularmente no ano de 2004.

Amostra

Em função de possíveis descartes, devido a inconsistências no preenchimento correto do questionário, o número total de respondentes foi de 888, 100 alunos a mais do que foi inicialmente proposto, alcançando o percentual de 29,6% do total, o que consideramos uma amostra representativa do grupo estudado.

Instrumento e procedimento para coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi um questionário de perguntas abertas e fechadas, contendo caracterização geral do entrevistado e perguntas de múltipla escolha, com possibilidade de múltiplas respostas, abordando temas relacionados ao nível de conhecimento sobre métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis, HIV/aids/hepatites B e C, comportamento sexual, uso de preservativos e de drogas. As DST e sintomas relacionados foram incluídos no questionário a partir do manual Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e do banco de dados do Programa Municipal de DST de São José do Rio Preto – SP.^{10, 14}

Tanto o manual quanto o Programa Municipal adotam a classificação síndrome, que consiste no diagnóstico e tratamento de sinais e sintomas, não necessitando do conhecimento do agente etiológico para a intervenção terapêutica. Esta abordagem foi desenvolvida para facilitar o manejo correto das DST e foi testada inicialmente em países africanos, regiões de alta incidência do HIV, com o objetivo de diminuir a cadeia de transmissão do vírus (HIV). De acordo com esta abordagem, devem ser tratados todos os agentes que causam determinados sintomas, como por exemplo, no caso do corrimento genital, serão tratados: sífilis, gonorréia, clamídia, tricomoníase, candidíase e vaginose bacteriana.

O objetivo é interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível. Visa, ainda, evitar as complicações advindas das DST em questão, cessar imediatamente os sintomas e prover, em um único atendimento, o diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados. Em São José do Rio Preto esta metodologia foi adotada a partir de 2000.

Este questionário foi aplicado de forma coletiva, em sala de aula, por um membro responsável pelo projeto na Instituição, o qual inicialmente apresentou o projeto e em seguida convidou os alunos a participarem do sorteio. Não houve recusas e todos os selecionados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Campus São José do Rio Preto – SP.

Análise estatística

A análise estatística dos dados compreendeu a construção de tabelas de freqüências, construção de gráficos e verificação de estrutura de dependência, por meio de testes de hipóteses, entre características de interesse.

RESULTADOS

Os dados deste estudo foram analisados em duas etapas. A primeira consistiu na caracterização da amostra quanto à idade, ao início da vida sexual e ao sexo. Para idade, dividiu-se o grupo em dois segmentos: até 24 anos e de 25 anos de idade ou mais, divisão esta que acompanha a utilizada em publicações oficiais do Ministério da Saúde, que emprega as seguintes faixas etárias: 15 a 24, 25 a 39 e 40 a 54 anos de idade.¹⁶ A caracterização de vida sexual é feita

a partir da questão 11 do questionário – “Você já transou?”, a qual o(a) aluno(a) responde “Sim” ou “Não”. Não foi explorado se a pessoa tinha vida sexual ativa à época da pesquisa. A segunda etapa consistiu na verificação, entre as pessoas que declararam já ter iniciado a sua vida sexual, dos conhecimentos sobre métodos contraceptivos, as DST, aids e hepatites B e C e vida sexual.

Características da amostra

Dos 888 questionários respondidos, 25 foram descartados em função de inconsistências no preenchimento, o que representa 2,8% de perda, não comprometendo a representatividade desta amostra. Desse total, ou seja 863, 650 (75,3%) são do sexo feminino e 77,8% têm até 24 anos de idade. Em relação à faixa etária, o resultado é o esperado para estudantes universitários e, quanto ao sexo, esta amostra revela um predomínio do sexo feminino, dado que vem ao encontro de outros estudos que apresentam um crescente predomínio de mulheres que estudam.¹⁷

Tabela 1 – Frequência e porcentagem dos participantes por faixa etária e sexo.

Sexo/Idade	até 24 anos		Mais de 25 anos		Total	
	f	%	f	%	f	%
Feminino	495	57,4	155	18,0	650	75,3
Masculino	176	20,4	37	4,3	213	24,7
Total	671	77,8	192	22,2	863	100,0

*Calculadas em relação ao total de participantes (N = 863).

Conhecimento sobre métodos contraceptivos

Para análise dos dados, foram aqui consideradas somente as pessoas que declararam já ter iniciado vida sexual, o que pode ser verificado na Tabela 2, sendo que 699 pessoas encontram-se nesta condição, o que corresponde a 81% do total. Considerando aqueles que declararam já ter tido relação sexual, verifica-se diferença estatística significativa entre sexos somente para a faixa etária de 24 anos ou menos ($Z = 2,79$, $P = 0,005$). Salienta-se que, dentre as mulheres de até 24 anos de idade, 25,7% ainda não iniciaram vida sexual. Este último percentual evidencia a necessidade de programas voltados não somente para os jovens que já praticam sexo.

Tabela 2 – Frequência e porcentagem de participantes sexualmente ativos por faixa* etária e sexo.

Sexo/Idade	até 24 anos		Mais de 25 anos		Total	
	f	%	f	%	f	%
Feminino	368	74,3	146	94,2	514	79,1
Masculino	149	84,7	36	97,3	185	86,9
Total	517	77,0	182	94,8	699	81,0

*Calculadas em relação ao total de participantes (N = 863).

Em relação ao conhecimento sobre métodos contraceptivos, foram relacionadas 14 alternativas de métodos, com possibilidade de escolha múltipla de resposta, compreendendo desde o método Billings (muco) até o uso de preservativo masculino. Com relação aos métodos mais trabalhosos ou que consomem mais tempo da pessoa, como o Billings e o de temperatura, respectivamente 12,9%

e 20,1% declararam ter conhecimento. Dentre os métodos mais difundidos, o preservativo masculino foi referido por 99,4%, englobando homens e mulheres. Ressalta-se que a mulher, quando assinala o “preservativo masculino”, entende que o parceiro está junto com ela nesta meta; e o mesmo raciocínio se aplica ao homem, pois quando ele assinala “pílula”, o faz por sua companheira fazer uso. De uma forma geral, todos os participantes conhecem os principais e mais efetivos métodos para evitar gravidez. Em relação ao método usado para controle de concepção, os dados foram colapsados para sexo, uma vez que não houve diferença estatística significativa entre esses grupos.

Dos métodos contraceptivos de que fazem uso, entre os que já iniciaram vida sexual, destaca-se o uso de preservativo masculino, anticoncepcional oral e coito interrompido, sendo este último citado por cerca de 16,6% dos alunos. Um método que foi desenvolvido mais recentemente, o preservativo feminino, já apresenta 7,7% de citação de uso.

De uma forma quase provocativa, perguntou-se também sobre os métodos que evitam gravidez e são seguros para prevenir aids, DST e hepatites B e C. Os dois tipos de preservativos, masculino e feminino, foram apontados por mais de 95% dos participantes. Os outros métodos relacionados, que são efetivos somente para evitar gravidez, como a pílula, foram citados por cerca de 1,8% dos respondentes.

Explorou-se, também, a fonte do conhecimento sobre os métodos contraceptivos e os resultados mostram que essas informações foram obtidas por meio dos vários tipos de mídia, especialmente o material impresso, que foi citado por 83% dos participantes, seguido pela tevê (76,7%). As conversas com pessoas que conhecem o assunto ficaram em segundo lugar nas citações (73,6%), seguidas das aulas de Ensino Fundamental (38,5%) e Ensino Médio (66,1%). A internet já é citada por 36,1% das pessoas e o rádio continua presente, pois 17,7% o citam.

Conhecimento sobre DST/ HIV/AIDS/ Hepatites B e C

Com relação às perguntas sobre as doenças de que a pessoa já ouviu falar, as citações foram agrupadas em quatro faixas: acima de 90% de lembranças; de 70 a 89%; de 50 a 69%; e abaixo de 50%. Na primeira faixa, agruparam-se sífilis, gonorréia e aids; na segunda, herpes genital, hepatites C e B e candidíase; na terceira faixa, cancro mole; e na quarta, tricomoníase, condiloma acuminado, uretrites não gonocócicas e linfogranuloma venéreo. Com exceção de uretrites, candidíase e aids, não houve diferença de idade e sexo nas respostas. Para ambos os sexos, com relação às uretrites, os alunos acima de 25 anos de idade apresentaram maior conhecimento ($Z = 3,72$, $P = 0,0002$); no que tange à candidíase, as mulheres apresentaram maior conhecimento ($Z = 6,03$, $P = 0,00+$); e em relação à aids, as mulheres mais velhas conhecem mais do que as mais novas ($Z = 3,00$, $P = 0,003$), e estas, mais do que os homens ($Z = 2,57$, $P = 0,01$).

No que concerne aos sintomas relacionados, quase a metade dos alunos respondeu que nunca os apresentou. Entre os que apresentaram, 84,4% procuraram orientação médica; destes, as mulheres procuraram mais do que os homens, e os mais velhos, mais do que os jovens. Foram, também, assinaladas as opções “não tratou” com 9,9%; e “orientação de familiares”, com 6%. Outro dado levantado é que somente 2,7% citou ter procurado orientação de

farmacêutico ou balconista de farmácia, mostrando que as práticas de automedicação, com ou sem assistência de vendedores de remédios, é baixa neste segmento da população.

Em relação às opções seguras para evitar DST/aids e hepatites B e C, o uso de preservativo masculino em todas as relações sexuais foi citado por praticamente 100% das pessoas; seguido de “não compartilhar seringas”, que foi assinalado por 82,3% dos alunos. Evidencia-se, assim, que o conhecimento sobre o uso de preservativo é de domínio de todos, mas, ao mesmo tempo, sabemos que somente conhecimento não muda comportamentos.

A última questão sobre o conhecimento de DST indagou sobre meios que contribuíram para os conhecimentos atuais dos alunos sobre DST/aids e hepatites B e C. Em primeiro lugar, foram citados os materiais impressos (livros, jornais e revistas), com 85,3% das lembranças. Em segundo lugar, aparece a tevê, com 75%; em terceiro lugar, conversa com pessoas que conheciam o assunto, com 70,6%. A participação da escola foi mais presente no decorrer do Ensino Médio, que apresentou 66,2% de citações; seguido do Ensino Fundamental, com 37,3%. As novas tecnologias, como a internet, estão presentes com 36,4% de assinalamentos; assim como as antigas, com 19% dos alunos que citaram o rádio. “Outros meios” respondem por 10,1% das citações. Esses resultados são semelhantes aos referentes ao conhecimento sobre os métodos contraceptivos, o que evidencia a consistência das respostas dadas pelos alunos.

Conduta sexual

Predomina entre esses alunos a orientação heterossexual, com 2,4% dos entrevistados que se declararam homossexuais, e, 1,7% bissexuais. Independentemente da orientação sexual, os dados mostram que 81% dos alunos declararam já ter iniciado a sua vida sexual (Tabela 1). Por sexo, vê-se que, na faixa etária de 18 a 24 anos de idade, 84,7% dos homens já mantiveram relação sexual, número significativamente menor para as mulheres, com somente 74,3% (Z teste = 2,38; $P = 0,017$). O fato de 1/4 das moças adultas jovens ainda não terem começado a sua vida sexual é indicativo da necessidade de programas de prevenção para esta faixa etária. Os alunos das três IES apresentaram uma iniciação sexual em torno de 17 anos para os homens e 18 anos para as mulheres (Figura 1).

Figura 1 - Médias de idade da primeira relação sexual por sexo e IES.

As relações estáveis, como o namoro, surgiram como a principal opção para o início de vida sexual, com 74,5% das indicações. Entre as moças, este percentual alcançou 84,5%. Em relação à proteção na primeira relação sexual, 69,1% referiram uso de preservativo masculino e, dentre estes, 68,1% eram mulheres e 72,4% eram homens. Entre as instituições, Famerp e Ibilce têm padrões semelhantes, com maior relato de uso, em relação a Uniceres. Entre as justificativas para o não-uso surgem, em primeiro lugar, a confiança no parceiro, com 36,5% das opções. Em seguida, “não ter na hora”, com 29,3%.

Tão importante quanto o uso de preservativo no início da vida sexual é a sua continuidade. Para avaliar o uso atual de camisinha, a pergunta contou com três possibilidades de resposta: todas as vezes, algumas vezes e nunca. Para a primeira opção, verifica-se que, embora quase 70% dos alunos tenham referido uso de camisinha na primeira relação, este número caiu para 46,1% na prática

atual. Somando “algumas vezes” e “nunca”, que são indicativos de não-prevenção, ou pelo menos de prevenção não efetiva, o percentual é de 53,9%. Comparando rapazes e moças, tem-se que os primeiros relatam 58,6% de uso em todas as relações, número bem menor do que o das moças, com 41,7%.

Procurou-se saber, também, como esses alunos têm acesso a preservativos. Constatou-se que a maioria os compra em farmácias (78,8%), seguido de supermercados (30,3%) e lojas de conveniência (20,1%). Somente 14,5% afirmaram obter preservativos em unidades básicas de saúde (UBS). Ou seja, como um todo, a maioria desses universitários compra os preservativos, não procurando os serviços de atendimento à saúde.

A última questão desta seção investigou com quem os alunos conversam sobre a sua vida sexual. Em primeiro lugar, foram referidos os amigos, com 71,3%; seguido de mãe, com 37,7%; outras pessoas, com 32,7%. Ao pedido de que indicassem quem seria a “outra pessoa”, eles responderam namorado ou marido (32,7%); em menor número foram nomeados o pai, com 12,1%; e professores, com 4%.

DISCUSSÃO

Neste estudo sobre o nível de informação de estudantes universitários sobre gravidez, DST e hepatites B e C, encontrou-se, em uma cidade com cerca de 400.000 habitantes do interior do estado de São Paulo, um predomínio de mulheres que cursam o Ensino Superior. Este dado, mesmo quando separado pelas três IES, continua mostrando um predomínio feminino nesta amostra. A literatura mais recente, relacionando questões de sexualidade e DST, mostra que, na Argentina, as mulheres representam 58% dos estudantes de medicina e elas representam, ainda, 60,4% entre estudantes da área biomédica em Ribeirão Preto, SP.^{13,18}

As análises focaram os alunos que declararam já ter iniciado sua vida sexual, o que representa 81% da amostra (Tabela 2), número um pouco inferior ao da população geral do Brasil, que alcança 89,5%.¹⁰ Esses alunos mostram ter bom conhecimento sobre os métodos contraceptivos, assim como sobre os que são, também, eficazes no controle das DST/HIV, como os preservativos masculino e feminino, o que contrasta com os estudos realizados com adolescentes, que ainda não dominam bem o tema, especialmente os rapazes.^{19, 20}

Os alunos relataram, como fonte das informações, os meios de comunicação e a escola. Em relação ao primeiro, há evidências de que as mensagens sobre DST/HIV e anticoncepção na mídia, voltadas para os adolescentes, ainda são insignificantes, fato este que não comprometeu a formação dos alunos desta amostra, tendo em vista que eles estavam cursando uma faculdade e, no decorrer de sua vida, tiveram oportunidades de cruzar as informações advindas das mais variadas origens.²¹

O conhecimento sobre aids, gonorréia e sífilis é relatado por mais de 90% desta amostra de estudantes universitários, e, sobre herpes genital e hepatites B e C, varia de 70 a 89%. Em relação às formas de prevenção, o uso de preservativo como método mais eficaz foi relatado por praticamente todos os alunos e o não compartilhamento de seringas por 84% deles. Estes dados mostram que, em relação ao conhecimento, pode estar havendo uma maior e mais precisa difusão destas informações, pois, em 1994, Gir e colaboradores consideraram que o conhecimento da maioria dos universitários da área de saúde era precário.¹³ Tal mudança já

pode ser vista no ensino básico. Estudo com adolescentes da cidade de São Paulo mostra que tanto alunos de escola pública quanto os de escola particular apresentam bom conhecimento sobre a transmissão do HIV, embora revele diferenças quanto à prática da sexualidade, uma vez que os alunos de escolas públicas são mais precoces.²² A população em geral, especialmente entre estratos com maior nível escolar, mostra, também, um bom conhecimento sobre o tema.^{10, 23}

A conduta sexual desses alunos evidencia que iniciaram sua vida sexual em torno dos 17 anos, entre os homens, e dos 18 anos entre as mulheres. Comparando-se com a média nacional, que é de 17,8 anos para elas e 15,5 para eles, encontra-se diferença somente em relação aos homens.⁵ Os números deste estudo corroboram os relatados por Heilborn e colaboradores, quer em amplo estudo sobre a sexualidade dos jovens brasileiros, mostram que a idade de iniciação sexual é mais elevada para os que têm curso superior.²⁴

A idade média de início da vida sexual pode ou não ser importante na prevenção de DST/aids. Por um lado, quanto mais velhos forem, maiores terão sido as chances de escolarização, maior aprendizagem sobre o tema, e menor vulnerabilidade social. Por outro lado, este conhecimento não faz com que as pessoas modifiquem seus comportamentos e passem a ter condutas de proteção, como o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Este uso, para estudantes universitários de Brasília, passa pelo estabelecimento das prioridades axiológicas das pessoas.¹¹

Esta situação, de uso irregular de preservativo, é encontrada em vários estudos. Observa-se que, para a maioria dos universitários pesquisados, o uso de camisinha mostrou-se freqüente na primeira relação, no início do relacionamento com parceiro novo e em relações esporádicas.²⁵ Esses dados são semelhantes ao de Sanches, que, em pesquisa com mulheres jovens, constatou que somente 70% delas relatam o uso de preservativo na primeira relação. Este número cai para 46,1% na prática atual. Tais índices podem estar relacionados ao tipo de parceiro, pois, embora elas saibam como se processa a contaminação com HIV, este conhecimento não se aplica à prática sexual.²⁶ Elas, por terem relações sexuais somente com poucos parceiros, e dentro de relacionamentos afetivos, acham que estão protegidas e usam preservativos muito mais como medida contraceptiva, pois para elas: “[...] sexo seguro baseia-se em ter um parceiro único e escolhido” (p.147). Esta concepção é encontrada, também, entre adolescentes da cidade de Fortaleza, Ceará.¹⁹ Outra reclamação freqüente, especialmente entre os rapazes, para o não-uso de preservativos, é que haveria perda de prazer.²⁷

O uso de preservativo mostra-se difícil até para pessoas já portadoras de HIV.²⁸ Um fator que não tem sido investigado é o acesso ao preservativo. O presente estudo revela que a maioria desses universitários compra-o em farmácias, supermercados ou lojas de conveniência e somente um pequeno grupo relata ir busca-lo em unidades de saúde. Considera-se que o uso de preservativos está relacionado ao acesso fácil a este importante componente da vida sexual das pessoas. Espera-se que estes dados colaborem para a implantação e/ou implementação de programas de prevenção voltados para estudantes universitários, tendo em vista a vulnerabilidade apresentada pelos mesmos, e auxiliem na elaboração de programas mais efetivos, lembrando o quanto é importante que os agentes educacionais e de saúde considerem os componentes pessoais, sociais e programáticos que interferem no processo de transmissão das DST/HIV e de adoecimento pelo HIV (aids).

CONCLUSÃO

Encontrou-se um predomínio de mulheres na amostra de universitários pesquisada, sendo que a maioria destes estudantes apresentaram vida sexual ativa, conhecimento adequado sobre os métodos contraceptivos, DST/aids, e referem que o uso do preservativo é a melhor forma de prevenção de DST/aids. Eles iniciaram a sua vida sexual em torno dos 17 anos, entre os homens, e 18 anos, entre as mulheres; e, embora 70% destes jovens tenham relatando uso de preservativo na primeira relação, este número cai para 46,1% na prática atual. Este estudo revela, também, que a maioria desses universitários compra preservativos em farmácias, supermercados ou lojas de conveniência, somente um pequeno grupo relata ir busca-lo em unidades de saúde. Os dados desta pesquisa não mostraram diferenças significativas entre cursos e instituições, e sim, entre sexos e faixa etária. O que pode indicar que estes dados estejam refletindo o perfil dos estudantes universitários de São José do Rio Preto quanto ao nível de informação sobre as DST/aids, hepatites B e C e conduta sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2000; 34(2): 207-17.
2. Rachid M, Schechter M. Manual de HIV/Aids. 5ª Ed. Rio de Janeiro: REVINTER; 2000.
3. Lima HMM. A Prevenção às DST/Aids entre Jovens Universitários de São Paulo - Capital. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo; 2000.
4. Martin D. Mulheres e aids: uma abordagem antropológica. Dissertação de Mestrado. Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP; 1995.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. O comportamento Sexual da População Brasileira e suas Percepções do HIV e Aids, 1999. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
6. Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV-Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação* 2002; 6(11):11-24.
7. Mann J, Tarantola DJM. (Eds.) AIDS in the world II. New York: Oxford University Press; 1996.
8. Ayres JRCM, Freitas A, Santos MAS, Saletti Filho HC, França Júnior I. Adolescentes e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação* 2003; 7(12): 123-38. 2003.
9. Lima e Cardoso. Campanhas do Governo Federal em duas décadas de epidemia. Trabalho apresentado no III Congresso Nacional de prevenção às DST/Aids. Rio de Janeiro, RJ. Anais do III Congresso Nacional de prevenção às DST/Aids; 1999. p.171.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Secretaria de Vigilância Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. Tamayo A, Lima A, Marques J, Martins L. Prioridades axiológicas e uso de preservativos. *Psicologia: reflexão e crítica* 2001; 14(1): 167-75.
12. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

13. Gir E, Moriya TM, Hayashida M, Duarte G, Machado AA. Medidas preventivas contra AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 1999; 7(1): 11-17.
14. São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto, SP. Coordenação Municipal de DST/aids. *Boletim Epidemiológico*. Ano II n. 2. São José do Rio Preto – SP; 2003.
15. Thompson SK. Sample Size for Estimating Multinomial Proportions. *The American Statistician* 2003; 41(1): 42-46.
16. Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Pascom AR, Souza Júnior PR. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. *Boletim Epidemiológico DST e AIDS*. Ano I (1): 18-24; 2005 (Dados referentes ao ano de 2004).
17. Carvalho MP. Sucesso e fracasso escolar: uma questão de gênero. *Educação e Pesquisa* 2003; 29(1):185-193.
18. Leoni AF, Martelloto GI, Jakob E, Cohen JE, Arenega CI. Conductas sexuales y riesgo de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2005; 17(2): 93-98.
19. Vieira NFC, Paiva TCH, Sherlock MSM. Sexualidade, DST/aids e adolescência: não quero falar, tenho vergonha. *DST. J bras Doenças Sex Transm* 2001; 13(4): 46-51.
20. Façanha MC, Menezes BLF, Fontenele ADB, Melo MA, Pinheiro AS, Carvalho CS, Porto IA, Pereira LOC. Conhecimento sobre reprodução e sexo seguro de adolescentes de uma escola de Ensino Médio e Fundamental de Fortaleza – Ceará. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2004; 16(2): 5-9.
21. Mello GR, Castro G, Reggiani C, Carvalho NS. Erotismo e prevenção de DST/aids entre os adolescentes. como atuam os meios de comunicação? *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2005; 17(2): 99-106.
22. Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E. Comparação do Comportamento Sexual, DST/aids e Drogas. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2003; 15(3): 21-23.
23. Tancredi MV, Holcman MM, Tayra A, Santos NJS, Gonçalves DA, Silva SR, Barbosa RMB, Filipe EV. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população do estado de São Paulo de 15 a 54 anos, 2004. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e aids. Pesquisa de conhecimento e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 85-99.
24. Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR. (Orgs.) *O aprendizado da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz; 2006.
25. Pirotta KCM. Não há guarda-chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.
26. Sanches KR Barros. *A Aids e as Mulheres Jovens: Uma Questão de Vulnerabilidade*. 1999. Tese (Doutor em Ciências de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
27. Andrade LS, Nóbrega-Therrien SM. A sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/aids. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2005; 17(2):121-126.
28. Gir E, Canini SRMS, Prado MA, Carvalho MJ, Duarte G, Reis RK. A feminização da aids: conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HIV – 1. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 2004; 16(3): 73-76.

Endereço para correspondência:

RAUL ARAGÃO MARTINS

Rua Cristovão Colombo, 2265, São José do Rio Preto – SP

CEP: 15054-000

Tel: 55 017 3221 2317 / Fax: 55 017 3224 8692

E-mail: raul@ibilce.unesp.br

Recebido em: 12/03/2007

Aprovado em: 20/04/2007

ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO OCORRIDOS COM PROFISSIONAIS DE LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS

ACCIDENTS WITH BIOLOGICAL MATERIAL INVOLVING CLINICAL ANALYSIS LABORATORY PROFESSIONALS

Marinézia A Prado-Palos,¹ Silvia RMS Canini,² Elucir Gir,² Lílian L Melo,¹
Daniela H Mata,¹ Raide MT Santana,¹ Lorena R Souza,¹ Adenícia CS Souza¹

RESUMO

Introdução: o risco de exposição à material biológico em laboratórios de análises clínicas é alto devido à manipulação constante de fluidos orgânicos e sangue. **Objetivo:** identificar a frequência e as principais causas de acidentes ocupacionais com material biológico entre profissionais que atuam em laboratórios de análises clínicas. **Métodos:** estudo descritivo realizado em laboratórios de análises clínicas de dois hospitais de ensino de Goiânia/GO. **Resultados:** dos 81 profissionais entrevistados, 9 (11,1%) não haviam recebido nenhuma dose de vacina contra hepatite B; 45 (55,5%) referiram ter sofrido acidente com material biológico, sendo que 36 (80%) sujeitos sofreram acidentes percutâneos e, 9 (20%), respingos em mucosa oral e ocular; 22 (48,9%) não notificaram o acidente, e um trabalhador foi infectado pelo vírus da hepatite B após o acidente. As principais causas atribuídas à ocorrência de acidentes foram o uso inadequado ou a falta de uso de equipamentos de proteção individual, a sobrecarga de trabalho, a autoconfiança e o número insuficiente de caixas coletoras para perfurocortantes, dentre outras. **Conclusão:** a alta prevalência de acidentes, aliada ao alto índice de subnotificação podem causar sérios prejuízos aos profissionais e às instituições, merecer esforços prementes para a implementação de um programa de prevenção de acidentes e de promoção de saúde.

Palavras-chave: pessoal de laboratório, acidentes de trabalho, hepatite B.

ABSTRACT

Introduction: the risk of exposure to biological material in clinical analysis laboratories is high, due to the constant manipulation of organic fluids and blood. **Objective:** identify the frequency and main causes of occupational accidents with biological material among professionals that work in clinical analysis laboratories. **Methods:** this descriptive study was conducted in clinical analysis laboratories at two teaching hospitals in Goiânia/GO, Brazil. **Results:** considering 81 professionals interviewed, 9 (11,1%) had not been vaccinated against hepatitis B; 45 (55,5%) referred accident with biological material; being 36 (80%) exposed to percutaneous injuries and 9 (20%) to mouth and ocular mucosa splashes; 22 (48,9%) subjects did not notify any accidents, and one worker was infected by the hepatitis B virus after the accident. The main causes attributed to accident occurrence included inadequate or lack of personal protective equipment, work overload, self confidence and insufficient piercing and cutting material collectors. **Conclusion:** the high prevalence of accidents, allied to insufficient notification, can cause serious damage to professionals and institutions. This deserves urgent efforts to implement an accident prevention and health promotion program.

Keywords: laboratory personnel, occupational accidents, hepatitis B.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 231-234, 2006

INTRODUÇÃO

Os acidentes que envolvem material biológico podem causar doenças agudas, crônicas e até mesmo a morte de profissionais da área da saúde. Vários são os patógenos que podem ser veiculados pelo sangue e fluidos orgânicos, sendo que os de maior relevância epidemiológica são os vírus da imunodeficiência humana (HIV) e os das hepatites B (HBV) e C (HCV).^{1,2}

O risco de aquisição de HIV, após exposição percutânea, a sangue contaminado, é de aproximadamente 0,3%, e após exposição de mucosa, em torno de 0,9%. No caso do HBV, o risco varia de 6% a 30%, podendo chegar até 40% quando nenhuma medida profilática é adotada; e o risco para o HCV, quando o paciente-fonte é HCV positivo, é de aproximadamente 1,8%, podendo variar de 0 a 7%.³

Dentre as unidades que compõem o ambiente nosocomial, o laboratório clínico é classificado como uma área crítica, o que favorece a cadeia infecciosa, visto que os espécimes para ele enviados podem ser provenientes de diferentes unidades de tratamento e conter agentes infecciosos que promovem maior exposição e risco de infecção entre os profissionais que nele trabalham.⁴

Apesar de o risco de transmissão dos patógenos veiculados pelo sangue ser conhecido há algum tempo, inclusive com recomendações de medidas preventivas, foi com o advento da aids que uma maior ênfase passou a ser dada a essas medidas, inclusive no âmbito dos laboratórios clínicos.⁵ Dentre essas medidas destacam-se as precauções-padrão, que, mesmo reconhecidas como uma barreira eficaz para a prevenção de acidentes com material biológico, ainda hoje, não são amplamente adotadas por parte dos trabalhadores da área da saúde.⁶

Estudo recente,⁷ resultado de 20 anos de vigilância epidemiológica dos acidentes ocupacionais nos Estados Unidos, aponta que dos 57 casos de soroconversão para o HIV, 16 (28%) ocorreram com pessoal de laboratório clínico.

¹ Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada – Núcleo de Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis (NAIDST).

No Brasil, estudo realizado num laboratório de Saúde Pública, e que analisou a ocorrência de acidentes num período de cinco anos, detectou que ocorreram 38 acidentes, sendo que o material envolvido com maior frequência foram espécimes biológicos (37%), seguido por material perfurocortante (24%); em 22 acidentes os profissionais envolvidos estavam utilizando o equipamento de proteção individual (EPI) de forma incorreta ou incompleta.⁸

OBJETIVO

Identificar a frequência e as principais causas de acidentes ocupacionais com material biológico envolvendo profissionais que atuam em laboratórios de análises clínicas, e também as dificuldades enfrentadas para notificação.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, desenvolvido em laboratórios de análises clínicas de dois hospitais de ensino de grande porte de Goiânia/GO, após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa das referidas instituições. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais, norteadas por um roteiro que continha questões abertas e fechadas e tiveram duração média de 20 minutos. Os dois laboratórios possuíam 124 funcionários ligados às áreas de coleta e processamento dos espécimes, sendo a população do estudo composta de 81 profissionais que aquiesceram formalmente em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Treze sujeitos recusaram-se a participar da pesquisa e 30 estavam em período de férias ou de licença-saúde no momento da coleta dos dados. Para armazenamento e tratamento dos dados foi utilizado o programa EPI-INFO 6.0.

RESULTADOS

Em relação ao esquema vacinal dos profissionais participantes do estudo, 72 (88,9%) tinham esquema completo para hepatite B e apenas 40 (49,4%) estavam em dia com a vacina dupla adulto (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de laboratórios (N = 81), segundo o esquema vacinal, Goiânia-Go, 2003.

Vacina	Sim		Não	
	f	%	f	%
Hepatite B	72	88,9	09	11,1
Dupla adulto	40	49,4	41	50,6

Dos 81 profissionais dos laboratórios de análises clínicas, 45 (55,5%) declararam já ter sofrido algum tipo de exposição à material biológico, sendo que 36 (80%) foram percutâneas e 9 (20%) em mucosas (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de laboratórios acidentados, segundo o tipo de exposição ocupacional, Goiânia-Go, 2003.

Tipo de exposição	f	%
Percutânea	36	80
Mucosa	09	20
Total	45	100

Quanto aos procedimentos adotados após os acidentes ocupacionais, 25 (55,6%) profissionais realizaram sorologias mediante solicitação do médico que realizou o atendimento específico para este tipo de exposição, apenas 23 (51,1%) notificaram o acidente, e 8 (17,8%) procederam de maneira inadequada, como por exemplo, realizando os exames de sorologia por conta própria, sem avaliação de um médico, ou aplicando solução irritante no local do ferimento (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das respostas apresentadas por profissionais de laboratórios (N = 45) de dois hospitais de ensino, segundo as condutas tomadas perante à exposição ocupacional envolvendo material biológico, Goiânia-Go, 2003.

Conduta	f	%
Realizou os exames com solicitação médica	25	55,6
Notificou o acidente	23	51,1
Lavou o local com água e sabão e passou álcool a 70%	09	20,0
Lavou o local com água e/ou soro fisiológico	06	13,3
Realizou os exames por conta própria	05	11,2
Realizou expressão do local e lavou com água e sabão	04	8,9
Lavou o local com água e sabão e passou hipoclorito a 1%	03	6,7

Dentre os motivos apontados para a não-notificação dos acidentes, o mais freqüente foi o funcionamento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em horário comercial, seguido pelo medo de serem afastados do trabalho e conseqüentemente terem perdas salariais e de benefícios. Além disso, alguns não acreditam na contaminação ou na possibilidade de adquirir infecção, devido à vacinação contra hepatite B, há, ainda, medo do preconceito da família e dos colegas e desconhecimento de como proceder nos casos de acidentes.

Quando questionados sobre quais os motivos que determinaram a ocorrência desses acidentes, 45 sujeitos (100%) apontaram o uso inadequado do equipamento de proteção individual (EPI), 42 (93,3%), a baixa adesão à sua utilização, 27 (60%), a sobrecarga de trabalho e, 24 (53,3%), a autoconfiança (Tabela 4). Observa-se que

Tabela 4 – Distribuição das respostas apresentadas por profissionais de laboratórios (N = 45) de dois hospitais de ensino, segundo os motivos que determinaram a ocorrência das exposições ocupacionais envolvendo material biológico, Goiânia-Go, 2003.

Causas	f	%
Uso inadequado de EPI	45	100
Falta de uso de EPI	42	93,3
Sobrecarga de trabalho	27	60,0
Falta de esclarecimento sobre o uso de EPI	26	57,8
Número insuficiente de caixas coletoras de materiais perfurocortantes	26	57,8
Autoconfiança	24	53,3
Manuseio inadequado do material biológico	15	33,3
Falta de atenção durante a realização de atividades	08	17,7
Desconhecimento sobre o risco de manusear material biológico	04	8,9
Estresse	02	4,4

a utilização de EPI pelos profissionais no momento da exposição tem sido feita de maneira incompleta e parcial, deve-se considerar que eles manuseiam material biológico durante grande parte da jornada de trabalho, entrando, apenas 12 (26,7%) utilizavam luvas e 10 (22,2%) não usavam nenhum tipo de EPI (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais, segundo a utilização ou não de equipamento de proteção individual no momento da exposição ocupacional envolvendo material biológico, Goiânia–Go, 2003.

EPI	f	%
Luvas	12	26,7
Nenhum EPI	10	22,2
Luvas e avental	09	20,0
Todos os EPI	06	13,3
Luvas, avental e máscara	04	8,9
Luvas, avental e óculos	02	4,5
Avental	01	2,2
Máscara	01	2,2
Total	45	100,0

DISCUSSÃO

No presente estudo constatou-se que apesar de a imunização contra a hepatite B ter uma eficácia comprovada de 90 a 95% e de ser considerada uma das medidas preventivas mais importantes contra a infecção pelo vírus da doença,⁹ 9 (11,1%) não receberam nenhuma dose da vacina. Estudo¹⁰ que analisou a ocorrência de acidentes com material biológico entre o pessoal dos serviços de apoio hospitalar constatou que 35,4% dos trabalhadores não haviam recebido nenhuma dose da vacina contra a hepatite B. Portanto, pode-se considerar que a adesão à vacina é também um desafio para os profissionais que atuam nos Serviços de Controle de Infecção e nos Serviços de Medicina e Segurança do Trabalho.

Os acidentes ocupacionais envolvendo material biológico potencialmente contaminado podem ocorrer por via percutânea, após picadas de agulhas, por ferimentos com objetos cortantes e/ou por contato direto das mucosas ocular, nasal e oral ou ainda contato com a pele não íntegra,³ sendo a exposição percutânea a responsável pelo maior número de soroconversões para os vírus HIV, HBV e HCV.

Dentre as causas dos acidentes percutâneos, o descarte inadequado de materiais perfurocortantes é uma das mais frequentes, e, segundo dados obtidos por meio do National Institute for Occupational Safety and Health,¹¹ essa prática foi responsável por 10% dos acidentes ocorridos nos Estados Unidos entre junho de 1995 e julho de 1999.

Outra causa frequente de acidentes se deve à prática de reencapar agulhas com as duas mãos. Estudo realizado num hospital de grande porte aponta que cerca de 8% a 36% dos acidentes percutâneos ocorre devido a essa prática.¹²

Recentemente foi identificado no Brasil o primeiro caso de soroconversão para o HTLV-II, o qual ocorreu com um profissional de laboratório ao reencapar uma agulha utilizada para coletar uma amostra de sangue arterial.¹³

Em 1996, os *Centers for Disease Control* (CDC) reformularam as denominadas precauções universais, que passaram a ser chamadas

de precauções-padrão,¹⁴ embora as últimas continuem considerando o risco como universal. Tais medidas recomendam a extensão das barreiras de proteção a todos os fluidos orgânicos, exceto o suor, e se aplicam ao cuidado de todos os pacientes, independentemente do seu diagnóstico, recomendam, ainda, o uso de luvas, aventais, máscaras e protetores oculares, sempre que o contato com fluidos corporais for previsto. E reforçam, também, a recomendação da higienização das mãos antes e após o contato com pacientes e fluidos corpóreos, bem como antes e após o uso de luvas.

Embora a exposição cutâneo-mucosa tenha ocorrido em menor número e ofereça risco de soroconversão bem menor do que os acidentes percutâneos, já foram documentados seis casos de soroconversão para o HIV após esse tipo de acidente⁷ e um estudo evidenciou a possibilidade de transmissão simultânea do HIV e do HCV de um paciente a uma enfermeira, após contato de pele não íntegra com fluidos corporais, sem sangue aparente.¹⁵

Verificou-se que, entre os profissionais de laboratório, menos de 25% utilizava EPI no momento do acidente; apesar de as precauções-padrão serem apontadas pela comunidade científica como uma das mais importantes e eficazes medidas preventivas pré-exposição a material biológico. A adesão a essas recomendações por profissionais da área da saúde, contudo, tem sido aquém do ideal.^{16,17,18}

De acordo com o manual de condutas para exposição ocupacional a material biológico,³ existe um conjunto de medidas que devem ser adotadas após a exposição ocupacional e que podem minimizar o risco de infecção como, por exemplo, a higienização do local com água e sabão em caso de exposição percutânea e com água ou soro fisiológico após a exposição em mucosas, porém, pode-se observar que alguns profissionais aplicaram substâncias consideradas nocivas, como o hipoclorito de sódio a 1%. O que pode ser atribuído à falta de formação específica sobre os riscos ocupacionais no trabalho nos cursos de formação técnica, graduação e pós-graduação. Essa lacuna traz conseqüências graves, uma vez que esses profissionais ingressam no mercado de trabalho sem o conhecimento básico necessário ao desenvolvimento de suas atividades com segurança. O desconhecimento de tais medidas dificulta, ainda, a adesão às medidas preventivas.¹⁸

Os sujeitos entrevistados apontaram o uso inadequado de EPI ou o não-uso deles ou ainda a falta de esclarecimentos sobre como e quando utilizá-los, sobrecarga de trabalho, autoconfiança e o número insuficiente de coletores para perfurocortantes para atender a demanda dos laboratórios como os principais motivos que determinaram a ocorrência das exposições ocupacionais, alertando para a necessidade de elaboração de um programa educativo que atenda às especificidades do laboratório de análises clínicas e de cada trabalhador dentro do contexto no qual estão inseridos.

A prevenção primária oferece o melhor e mais seguro método para reduzir infecções causadas por patógenos veiculados pelo sangue, porém acredita-se que se conhece muito pouco sobre o que leva os profissionais a adotarem comportamentos seguros em seu local de trabalho, e que este deve ser foco primário do interesse científico nos próximos anos, aliando-se treinamentos sistemáticos e periódicos, o que poderá influenciar tanto na mudança de comportamento quanto na manutenção de comportamentos seguros.

Acredita-se que programas estruturados de informação sobre a eficácia da vacina e sua importância para a prevenção da aquisição do HBV, aliados a campanhas internas de vacinação direcionadas especificamente aos profissionais da área da saúde, podem contribuir para aumentar a adesão à vacina.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que a prevalência e a taxa de subnotificação de acidentes com material biológico, entre profissionais que trabalham em laboratórios de análises clínicas é alta e que a adesão ao uso de equipamentos de proteção individual é baixa, evidenciando a necessidade de se buscarem estratégias para divulgar o conhecimento sobre medidas preventivas de modo a estimular o profissional a aprimorar sua inter-relação com a prática e, conseqüentemente, minimizar os riscos de acidentes ocupacionais e assegurar um impacto positivo em sua saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bolyard EA, Tablan OC, Williams WW, Pearson ML, Shapiro CN, Deitchmann SD. Guideline for infection control in healthcare personnel. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998; 19(6):407-63.
2. Kramer F, Sasse SA, Simms JC, Leedom JM. Primary cutaneous tuberculosis after a needlestick injury from a patient with AIDS and undiagnosed tuberculosis. *Ann Intern Med* 1993; 119(7 Pt 1):594-5.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de condutas: exposição ocupacional a material biológico: hepatite e HIV. Brasília: PNDST/AIDS-MS; 2001, 20p.
4. Mimica I. O laboratório clínico. In: Rodrigues EA et al. *Infecção Hospitalar: Prevenção e Controle*; 1997. p 470-476.
5. Blaser M J, Feldman RA. Acquisition of typhoid fever from proficiency-testing specimens. *N Engl J Med* 1980; 303(25):1481.
6. Gerberding JL, Lewis FR, Schechter WP. Are universal precautions realists? *Surg Clin North Am* 1995; 75(6):1091-104.
7. Do AN, Ciesielski CA, Metler RP, Hammett TA, Li J, Fleming PL. Occupationally acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: national case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003; 24(2):86-96.
8. Simões M, Lemes-Marques EG, Chiarini PFT, Pires FC. O uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e coletiva (EPC) nos acidentes ocorridos em um laboratório de Saúde Pública no período de maio de 1998 a maio de 2002. *Rev Inst Adolfo Lutz* 2003 62(2):105-109.
9. Shapiro C N. Occupational risk of infection with hepatitis B and hepatitis C virus. *Surg Clin North Am* 1995; 75(6):1047-56.
10. Canini SR, Gir E, Hayashida M, Machado AA. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2002;10(2):172-8.
11. National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH. Alert: preventing needlestick injuries in health care settings. DHHS (NIOSH) Publication N.2000-1008, (OH): 1999. Available from: <http:// www.cdc/niosh/2000 108.html> Acessado em 10 de junho de 2001.
12. Gir E, Costa FPP, Silva AM. A enfermagem frente a acidentes de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. *Rev Esc Enf USP* 1998; .32:.262-72.
13. Menna-Barreto M. HTLV-II transmission to a health care worker. *Am J Infect Control* 2006; 34(3):158-60.
14. Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996; 17: 53-80.
15. Beltrami EM, Kozak A, Williams IT, Saekhou AM, Kalish ML, Nainan OV, Stramer SL, Fucci MC, Frederickson D, Cardo DM. Transmission of HIV and hepatitis C virus from a nursing home patient to a health care worker. *Am J Infect Control* 2003; 31(3):168-75.
16. Clarke SP, Rockett JL, Sloane DM, Aiken LH. Organizational climate, staffing and safety equipment as predictors of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. *Am J Infect Control* 2002; 30(4):207-16.
17. Costa MAF. Segurança química em Biotecnologia: uma abordagem crítica. In: Teixeira P Valle, S. Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996. p 123-132.
18. Ercole FF, Pimentel M, Costa RS, Carvalho DV, Chianca TCM. Caminhos percorridos pela enfermagem. *Ciência y Enfermería* 2001; 7 (1): 23-29.

Endereço para correspondência:

ELUCIR GIR

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Av. Bandeirantes, 3.900 – Campus Universitário Ribeirão Preto–
SP, Brasil - CEP 14040-902
E-mail: egir@eerp.usp.br

Recebido em: 01/12/2006
Aprovado em: 29/12/2006

PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM UMA PENITENCIÁRIA-MODELO FEMININA DE SÃO PAULO – SP, BRASIL

PREVENTION OF HIV/AIDS IN A MODEL FEMALE PENITENTIARY IN SÃO PAULO – SP, BRAZIL

Leila Strazza,¹ Raymundo S. Azevedo,² Heráclito B. Carvalho³

RESUMO

Introdução: a prisão não pode ser considerada apenas como um lugar eleito para afastar o indivíduo infrator da sociedade, nem somente para punição. Cabe a ela também a difícil tarefa da reabilitação. As condições adversas contribuem para uma maior exposição, principalmente no que se refere às doenças infecciosas, e, no presente enfoque, ao HIV/aids. **Objetivo:** avaliar pontos positivos e negativos da prevenção do HIV/aids numa prisão-feminina de São Paulo-SP. **Métodos:** estudo transversal seguido de oficinas de sexo seguro realizados entre os meses de agosto e outubro de 2000. **Resultados:** 290 detentas concordaram com este estudo, mas somente 267 delas participaram da sorologia: 14% HIV+ (37/267). Idade: de 18 a 65 anos, crimes mais comuns: roubo e tráfico de drogas – 50% e 28,9%, respectivamente –, 53% eram solteiras, 58% tinham filhos, 52,7% possuíam primeiro grau incompleto, 22% destas mulheres relataram ter tido pelo menos uma DST no passado, 70% delas usa drogas ilícitas e 9% drogas injetáveis; 176 detentas participaram da prevenção. Apresentação descritiva dos principais dados comparação com outras penitenciárias nacionais e internacionais. Descrição dos pontos positivos e negativos do processo de intervenção educativa entre os grupos de detentas. **Conclusão:** ações de prevenção contra o HIV/aids nas prisões são importantes, porém, mesmo numa prisão modelo, muitas barreiras para a execução destas ações são encontradas, mesmo quando se consegue permissão para a realização da sorologia e oficinas de sexo seguro. “Se numa Penitenciária-Modelo estas ações educativas encontram obstáculos, como será em prisões comuns?”

Palavras-chave: prisão feminina, prisão modelo, prevenção, HIV/aids, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: the prison cannot be considered just as a place to spare the inflationary people from their environment or only to punish them. The prisons also have the difficulty task of rehabilitation. Their adverse environmental conditions contribute to higher exposition risk to infectious diseases mainly HIV/aids. **Objective:** to evaluate positive and negative points of prevention HIV/AIDS in a São Paulo's Model Female Prison – SP, Brazil. **Methods:** transversal study followed by safe sex workshops performances. It was carried out among August and October, 2000. **Results:** 290 prisoners agreed to participate, but only 267 agreed to be serologic tested: 14% HIV+ (37/267). Age: from 18 to 65 years, the most common crimes were robbery and drugs: 50% and 28, 9%, respectively, 53% were single, 58% had children, 52,7% had incomplete primary school, 22% of these women were aware of having had at least one STD and they related their names, 70% of them use illicit drugs and 9% injecting drugs; 176 female prisoners participated in safe sex workshops. Descriptive data comparison among National and International Penitentiaries. Positive and negative points descriptions during intervention process of HIV/AIDS prevention strategies. **Conclusion:** the realization of AIDS prevention strategies in prisons is important and there are strong obstacles to their executions, even in a model prison – as positive point: to have permission to realize the serology and workshops; negative point: inadequate place. “If in a Model Penitentiary these educative actions find obstacles, how will it be in common prisons?”

Keywords: female prison, model prison, prevention, HIV/AIDS, Brazil.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 235-240, 2006

INTRODUÇÃO

A prisão, célula formadora do Sistema Prisional, não pode ser simplesmente considerada um lugar para punição. É importante ressaltar que o Sistema Prisional é concebido com a finalidade de cumprir três importantes missões: a de afastar o indivíduo infrator de seu ambiente, resguardando a sociedade desta potencial ameaça; a de punir este infrator segundo recomendação da lei e, finalmente, a difícil tarefa de conseguir sua reabilitação, recuperando, assim, o indivíduo para a vida cotidiana no seu retorno à sociedade.¹

Das três missões, a reabilitação é, sem dúvida, a mais difícil. Portanto, o período em que a pessoa paga sua pena de reclusão ao Estado deve ser utilizado como um momento fundamental para sua

educação e conseqüente reabilitação. Segundo Winnicott, existe um momento na vida de determinadas pessoas em que elas praticam atos anti-sociais, que nada mais são do que uma defesa ou reação à sociedade. Neste momento, elas são consideradas como desajustadas.² Quando identificadas e incorporadas ao Sistema Prisional, são levadas ao tribunal onde o magistrado estabelece não apenas a sentença como forma de punição, mas também oferece a elas a chance da reabilitação. Muitas vezes essa reabilitação é traduzida como um tratamento. Essas pessoas, segundo Winnicott, retêm uma doença psicológica que deve ser tratada, pois a mesma é recuperável.^{2, 3}

Embora Winnicott afirme que este momento não deva ser desperdiçado, é muito difícil imaginar como ficam estas necessidades emocionais e físicas dentro de uma prisão.²

Sabe-se de antemão que os serviços públicos de saúde têm dificuldades para lidar com esse tipo de demanda, tanto na questão diagnóstica como na terapêutica, e que este momento anti-social² acaba, na maior parte das vezes, sendo abordado somente após a sentença judicial.

¹ Pesquisadora doutora do Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (LIM 01 FMUSP).

² Professor Associado do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (LIM 01 HC-FMUSP).

³ Professor doutor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (LIM 34 HC-FMUSP).

Paralelamente a isso, o sistema de saúde vem enfrentando um outro problema igual ou maior do que esse, ou seja, a epidemia que vem assolando a humanidade nestas últimas décadas, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) e sua consequência, a aids. A epidemia vem, no Brasil, atingindo cada vez mais a população feminina.⁴ Esta característica da epidemia é chamada de “feminização da aids”.⁵ Levando em conta o fato de as literaturas nacional e internacional chamarem a atenção para o ambiente prisional, que oferece condições inadequadas para o controle da epidemia,⁶⁻¹² buscamos conciliar as seguintes premissas: o acometimento cada vez maior de mulheres por meio da infecção pelo HIV e a identificação desta infecção no ambiente prisional. Além disso, existe a possibilidade de se estudar o potencial educacional existente nesse ambiente. Para isso, escolheu-se trabalhar dentro de uma prisão-modelo feminina da capital do estado de São Paulo.³

OBJETIVO

Determinar a prevalência da infecção pelo HIV em detentas de uma prisão-modelo feminina e transmitir conhecimento acerca da transmissão HIV/aids para esta população. É importante ressaltar que nesse processo educativo é imprescindível que se identifiquem pontos positivos e negativos no que se refere à capacidade de intervenção no processo educacional das prisioneiras acerca dos conhecimentos pertinentes à proteção contra a infecção pelo HIV, tanto dentro como fora do Sistema Prisional.

MÉTODOS

Estudo sorológico transversal não-anônimo realizado entre agosto e outubro de 2000, na cidade de São Paulo, na Penitenciária Feminina do Butantã, com aplicação de questionário “face a face”¹³ e desenvolvimento de processo educativo com a utilização de oficinas de sexo seguro. Os questionários e as oficinas de sexo seguro foram realizados por cinco psicólogas da equipe do projeto previamente treinadas. Os dados obtidos por intermédio dos questionários foram codificados para posterior análise por meio do programa computacional *Epi-Info* 6.0.

Oficinas de sexo seguro

Após conhecidos os resultados sorológicos, as oficinas de sexo seguro foram realizadas com no máximo dez detentas em cada uma. Às detentas ficavam em pé no fundo do corredor da ala de saúde, sem a presença de funcionários ou seguranças. Devido à preocupação de evitar-se qualquer tipo de constrangimento, foi-lhes dada a opção de participar ou não das oficinas.

O tempo despendido para realização da sorologia, questionário e oficinas de sexo seguro foi de aproximadamente três horas (entre 9h e 12h) às segundas, quartas e sexta-feiras.

Características do local (época do estudo)

A Penitenciária Feminina do Butantã tinha capacidade para receber 506 detentas, sendo 208 vagas para o regime fechado e 298 para o semi-aberto.¹⁴ Esta prisão recebia detentas de todas as penitenciárias da cidade de São Paulo que iniciassem o cumprimento da pena no sistema aberto.

Contexto institucional

Descrição da Penitenciária (na época do estudo)

Após o portão de ferro da entrada e a revista diária, passava-se por um portão detector de metais para que, em seguida, se adentrasse o pátio interno do presídio, que separa a recepção da prisão. Neste pátio havia cercas altas, mas inexistentes guaritas e guardas. Para que qualquer pacote pudesse entrar, ele teria de ser perfurado, como critério de segurança.

Uma escada conduzia a um dos seis edifícios (saúde, administração, celas, galpões de trabalho, educação – salas de aula, sala de artes, sala de computadores, sala de palestras com televisão, biblioteca, salão de beleza, igreja, refeitório e lavanderia), com capacidade para 506 detentas.

No andar térreo do edifício havia o Núcleo de Saúde ao lado de um salão de palestras com televisão e local para curso de cabeleireiro. No primeiro andar, encontravam-se cinco salas de aula, biblioteca com sala de arte e uma sala de computadores.

A administração, a secretaria e o “berçário”, considerado pelas detentas uma ala “especial”, ficavam no edifício 2. O berçário tinha quartos (celas) individuais nos quais a detenta tinha o direito de ficar a partir da 28ª semana de gravidez ou, a qualquer momento, se apresentasse um quadro de alto risco, tais como hipertensão, diabetes, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, hemorragia, entre outros. O berçário recebia detentas de toda a rede da Secretaria da Administração Penitenciária e, após quatro meses, tempo permitido por lei (Lei de Execução Penal – Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984), a criança seria separada da mãe e a detenta voltaria para o estabelecimento penal de origem.

O edifício 3 comportava seis andares de celas.

No edifício 4 havia cozinha, dois refeitórios (funcionários e detentas), lavanderia e guarda-volumes (roupas sociais/pertences de cada detenta no momento em que foram presas).

Na entrada do edifício 5 havia um telefone público que as detentas do regime semi-aberto que tivessem bom comportamento podiam utilizar, como regalia, por um período especificado pela diretoria. Atrás desse edifício, havia uma área central com um pátio e duas quadras com duas arquibancadas, onde as detentas tomavam sol e, à esquerda, dois galpões para o trabalho de reeducação de detentas, que podiam ser usados por detentas do regime fechado ou do semi-aberto.

No edifício 6 havia uma igreja com liturgias católica e evangélica.

Cumprimento da pena

As penas nessa prisão eram cumpridas em dois tipos de regime:

Regime fechado

Este regime é para as detentas que foram condenadas à pena de reclusão, estando, portanto, impossibilitadas de sair da penitenciária.

Regime semi-aberto

Este regime é aplicado às detentas que já cumpriram 1/6 ou 2/3 da pena, se estiveram condenadas por crime hediondo (Lei de Execução Penal-Lei nº 7.210). Ele oferece as possibilidades de as detentas saírem da penitenciária entre 5h e 9h para trabalhar, e voltarem entre 17h e 21h para jantar e dormir. As detentas deste regime tinham, também, direito às saídas temporárias na Páscoa, no Dia das Mães, no Dia dos Pais, Finados, no Natal e no Ano Novo. Segundo informação da penitenciária,¹⁴ as saídas temporá-

as tinham uma média de 90% de retorno das detentas a cada saída.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela CAPPesq – HCFMUSP sob o número 7.771/99. Todas as detentas que participaram do estudo assinaram o termo de consentimento. O caráter confidencial das informações foi garantido.

RESULTADOS

Duzentas e noventa e nove detentas cumpriam naquele momento, pena nos regimes semi-aberto ou fechado. Dentre elas, nove recusaram-se a participar de todo o projeto.

Responderam ao questionário 290 detentas, mas 23 delas recusaram-se a participar do teste anti-HIV, alegando desinteresse em descobrir seu real estado sorológico naquele momento e lugar, sendo que destas, oito estavam no berçário.

Concordaram com a realização da sorologia anti-HIV, então, 267 detentas e, entre estas mulheres, 13,9% (37) eram positivas.^{3, 6, 7, 8}

Antes de apresentarmos um perfil das detentas da Penitenciária Feminina, salientamos que a diferença do número para cada resposta é consequência de os monitores terem sido instruídos para respeitarem o silêncio das detentas ou por existirem perguntas com mais de uma possibilidade de resposta.

Foram entrevistadas 290 detentas com idades entre 18 e 65 anos, média de 31 anos, desvio-padrão de 9,0 e mediana de 29 anos de idade.^{3, 6, 7, 8}

Quanto à escolaridade, 6,5% (18) declararam-se analfabetas; 79,2% (221) relataram ter cursado o Ensino Fundamental; 13,6% (38) afirmaram que completaram o Ensino Médio e 0,7% (2) disseram ter nível superior.^{3,6,7, 8}

Com respeito aos delitos que as levaram para a prisão, o roubo, referente aos artigos 157 e 155 do Código Penal Brasileiro, foi cometido por 50% das detentas, seguido pelo tráfico de drogas, referente aos artigos 12 e 14, mencionado por 29% delas.

Tabela 1 – Delitos cometidos e referidos, segundo artigo do Código Penal Brasileiro, pelas detentas de uma Prisão-Modelo Feminina de São Paulo, no ano de 2000 (n = 287).

ARTIGOS		% (n)
10	porte de arma	1,3% (4)
12	tráfico de drogas ilícitas	27,3% (84)
121	homicídio	4,9% (15)
129	lesão corporal	0,6% (2)
14	outra conduta criminosa em razão do tráfico	1,6% (5)
148	privação de liberdade	0,3% (1)
155	furto	10,7% (33)
157	roubo	43,8% (135)
159	seqüestro	0,6% (2)
16	usuário de droga ilícita	1,9% (6)
171	estelionato	2,9% (6)
18	cárcere privado	0,6% (2)
180	receptação	1,0% (3)
228	favorecimento de prostituição	0,3% (1)
229	casa de prostituição	0,3% (1)
288	formação de quadrilha	0,6% (2)
307	falsa identidade	0,3% (1)
351	facilitação de fuga	0,6% (2)

Quanto ao estado conjugal das detentas, 53% (147) declararam-se solteiras, 23% (64) referiram ser amaziadas, 5% (13) disseram ser casadas, 8% (23) afirmaram que eram viúvas e 11% relataram que eram separadas (desquitadas, divorciadas).^{3, 6, 7, 8}

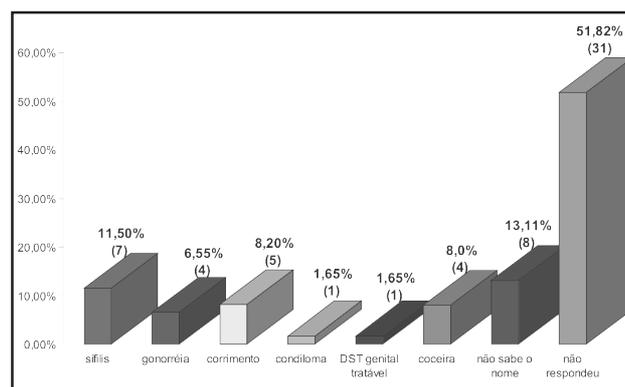
Tabela 2 - Uso da “camisinha” e comportamento sexual, segundo perguntas diretas, referido pelas detentas de uma Prisão Modelo Feminina de São Paulo, no ano de 2000 (n=287).

Pergunta para a detenta	% (n/N)
Seu parceiro sexual preocupava-se em saber se você usava método que a prevenisse contra a gravidez?	
NÃO	49% (134/271)
Você pedia para ele usar “camisinha” com você?	
NÃO	54% (149/296)
Ele usa “camisinha” com você?	
Primeira vez	27% (43/158)
Nunca	33% (52/158)
O(a) seu (sua) parceiro(a) sexual tem outra(s) parceira(s)?	
SIM	24% (65/277)
NÃO SEI	21% (59/277)

Com relação aos aspectos do comportamento sexual, 27% (68) das detentas referiam possuir parceiro fixo, sendo que 22% (13) também tinham parceiro casual. Cinquenta e oito por cento delas têm filhos. Mas, ao serem questionadas se o parceiro sexual tinha outra parceira, 45% delas deram respostas positivas ou disseram que não sabiam.

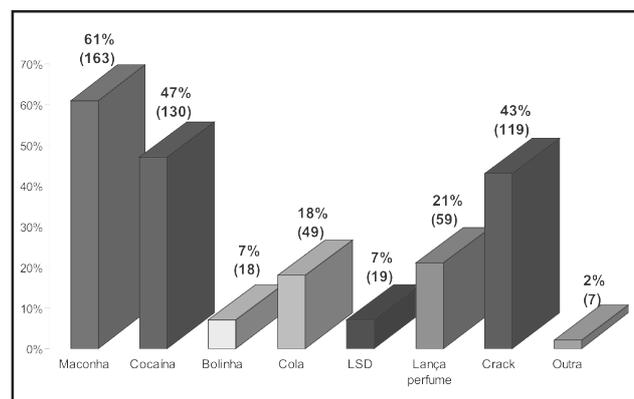
Quanto à percepção da detenta quanto a ter tido alguma DST no passado, 77% (216) declararam que não e 22% (61) que sim, sendo assim discriminadas (Figura 1).

Figura 1 – Doenças sexualmente transmissíveis referidas pelas detentas de uma Prisão Modelo Feminina de São Paulo, no ano de 2000 (n = 61).



O uso de droga foi referido por 70% (187) e o uso de droga injetável por 9% (35). E 15% (35) afirmaram ter parceiro usuário de droga injetável.^{3, 6, 7, 8} A Figura 2 apresenta o uso de droga segundo o tipo.

Figura 2 - Uso de drogas referidas pelas detentas de uma Prisão-Modelo Feminina de São Paulo, no ano de 2000 (n = 279).



Oficinas de sexo seguro¹⁰

Participaram das oficinas 176 detentas (176/290), sendo que, destas mulheres, 172 eram do regime fechado e quatro do sistema semi-aberto.

As perguntas indutoras de discussão foram claras e objetivas em todos os grupos:

- O que é, realmente, DST/aids? Quais são elas e como se transmitem?
- A relação homossexual feminina transmite HIV?

Aspectos relacionados ao contexto institucional

Sistematicamente, ao se cruzar com uma detenta, ela parava o que estava fazendo, colocava as mãos para trás da cintura, olhava para o chão e dizia: – Bom dia!

No regime fechado encontramos detentas limpas, penteadas, com unhas limpas e esmaltadas, atenciosas, educadas, colaborativas e atentas às regras.

As detentas, no regime semi-aberto, eram, em sua maioria, arrogantes, agressivas, sujas, desdentadas e não colaborativas. Todas as detentas, que cumpriam pena no regime semi-aberto e participavam do nosso estudo, recebiam atestados médicos, ou seja, não perdiam o dia de trabalho. Segundo elas, havia o inconveniente de sair mais tarde da Penitenciária, o que não as agradava, mesmo levando consigo uma justificativa para o trabalho. Quatro detentas não saíam da Penitenciária para trabalhar, embora fizessem parte do sistema semi-aberto.

DISCUSSÃO

Sabe-se que a aids está entre as principais causas de morte nas prisões, embora existam poucas informações sobre pacientes com aids dentro delas.^{3, 6, 8, 15}

Muito embora exista uma grande dificuldade para se comparar prevalência de DST/aids em populações carcerárias por serem bastante heterogêneas, podemos observar que, em sua maioria, essas prevalências sempre são maiores do que a população geral. Ao compararmos nossos resultados de 13,9% de prevalência de infectados pelo HIV em população carcerária feminina, pudemos observar resultados maiores em Smith,¹⁶ em 1988, de 18,8%, na

Prisão Feminina de New York (U.S.A.); Martin¹⁷ apresentou o resultado de 26% na Província da Instituição Penal no noroeste da Espanha, entre 1991 e 1995; Ferreira¹⁸ mostrou uma soroprevalência de 20,6% na Penitenciária Feminina do Carandiru.¹⁶

Outros autores encontraram prevalências menores, como Frederik¹ (7,5%) com relação a prisioneiras femininas na Correcional de Connecticut Vaz¹⁹ apresentou uma soroprevalência de 0,6% em prisioneiras de Maputo, Moçambique, no período de 1990; Rotily,²⁰ 8% na Prisão de Marseille, França, no período de março a dezembro de 1995; Miranda,²¹ 9,9% na Prisão Feminina Estadual do Espírito Santo (Brasil), no período de março a setembro de 1997; e Strazza,¹¹ mostrou uma prevalência de 10,3% nas adolescentes infratoras detidas na Fundação do Bem-estar do Menor de São Paulo-SP (Brasil), no período de 1994 a 1995.

Encontrou-se, também, um resultado semelhante ao nosso em Lopes:²² 14,5% na Penitenciária Feminina do Carandiru, de São Paulo-SP (Brasil), entre 1997 e 1998.³

Quanto à escolaridade das detentas, acentuando-se o Ensino Fundamental incompleto com 79,2%, encontramos semelhança com os estudos de alguns autores nacionais, tais como Ferreira¹⁸ – 74% – e Lopes¹² – 71,1%.

Quanto aos delitos mostrados em nosso estudo – 50% (roubo) e 29% (drogas) –, Lopes¹² apresentou o oposto: 32,3% roubo e 49,6% (substâncias entorpecentes).

Sabe-se que o confinamento aumenta o risco de ocorrência das DST^{6, 8, 11, 12, 16, 18, 23, 24} e que o aumento do risco deve-se, principalmente, à heterogeneidade da população confinada – assassinos, traficantes, trabalhadores do sexo etc. no mesmo espaço, que tem maior exposição a riscos físicos e psicológicos. O confinamento estimula práticas que aumentam o risco de transmissão de doenças infecciosas tanto pelos comportamentos sexuais inadequados como pelo uso de drogas, sendo que um número grande de estudos evidencia o papel deste uso dentro das prisões.^{6, 7, 8, 11, 16, 18, 23, 25}

É importante citar que as respostas sobre sexo e drogas sempre foram faladas em voz baixa pelas detentas, que olhavam para todos os lados. Embora as psicólogas tenham sido treinadas para atuarem neste local inadequado, foi inevitável que as detentas não olhassem para todos os lados para certificarem-se da inexistência de guardas ou seguranças.

A partir dos resultados sorológicos do HIV, foram realizadas oficinas de sexo seguro que, inicialmente, foram utilizadas apenas para a prevenção por meio da estratégia de ouvir, corrigir e acrescentar conhecimentos referentes às DST/aids.¹⁶

A vontade de realizar mais benefícios num trabalho desta proporção vai de encontro as fortes barreiras encontradas para o desenvolvimento do programa, muito embora se saiba da urgência da prevenção da aids nas prisões como estratégia de controle.^{16, 26}

As condições institucionais que nos foram oferecidas para desenvolver esse trabalho interferiram, em vários aspectos, no alcance de alguns objetivos, conforme foi apresentado anteriormente.

Aceitar todas as condições oferecidas pela Penitenciária para a execução do trabalho foi vital para este projeto, pois sabíamos que, além de transmitir informações acerca da aids àquelas detentas, havia a possibilidade de estarmos formando replicadores que pudessem transmitir as informações recebidas para outros locais que, a princípio, não faziam parte do projeto devido à possibilidade de transferência das detentas para outras prisões.

Sempre soubemos da existência das salas de aula no presídio, porém aceitamos trabalhar no lugar oferecido pela penitenciária e

não solicitamos nada além do que foi ofertado, já que foi nossa intenção transmitir, mesmo que em lugar impróprio, o máximo de informações possível.

Chegamos a levar filmes sobre aids, porém não havia televisores nesse espaço e o tempo disponível para as detentas era muito limitado.

Cabe lembrar que, durante os meses que estivemos nesta Penitenciária, não vimos movimento no salão de cabeleireiro, nem um “pente” fora de lugar! Assim como não observamos prisioneiras que usassem o telefone público.

Durante o nosso trabalho, entre agosto e outubro de 2000, na Penitenciária Feminina do Butantã, procuramos ser simpáticas (os), mas estava muito claro, para nós, o quanto a nossa presença atrapalhava a rotina carcerária.

Ouvíamos com frequência a frase:

“...logo, logo estaremos em reforma e vai ficar difícil vocês trabalharem [...]”

Foi durante nosso trabalho de campo, lendo o jornal enquanto esperávamos as detentas chegarem, que uma notícia²⁷ nos chamou a atenção e consideramos oportuno torná-la mais pública:

Anadyr de Mendonça Rodrigues, empossada como Ministra pelo presidente Fernando Henrique Cardoso [...]

ESTADO – [...] Onde o sistema falha?

ANADYR – O sistema de leis penais revelou-se absolutamente impotente para fazer a contenção de desvios éticos. Os grandes pensadores da ciência penal vão ter de ficar mais humildes e reconhecer que o sistema que eles criaram está horrível, revela-se ineficiente. Há que se encontrar outras soluções. Recolher nos presídios mostrou que só agrava o problema. Não tem mais a utilidade de reeducar, acaba não coibindo a formação de especialistas em crimes.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo e as altas prevalências de HIV em outros estudos nacionais e internacionais levantam muitas preocupações sobre o futuro destas mulheres, pois sabe-se que esta população confinada é tida como uma população socialmente excluída. Há muitas barreiras para a evolução de tal programa, que necessita de permissão para a realização da sorologia e oficinas de sexo seguro, mesmo que em lugar inadequado.

Deixamos aqui uma pergunta:

“Se o nosso estudo ocorreu numa Penitenciária-modelo, como seria em outras prisões comuns?”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Frederick LA., Adrian M, Kaveh K et al. Correlates of HIV Infection Among Incarcerated Women: implications for improving detection of HIV infection, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol.82, Nº 2; 2005.
- Winnicott DW. Alguns Aspectos Psicológicos da Delinquência Juvenil, Privação e Delinquência, São Paulo: Martins Fontes; 1995.
- Strazza L: Estudo da vulnerabilidade à infecção pelo HIV em detentas da Penitenciária Feminina do Butantã-SP avaliada por técnicas sorológicas e pela técnica do TAT (tese de doutorado), área de fisiopatologia experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
- Boletim Epidemiológico DST/AIDS, ano II nº 01- 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2005.
- Castilho E, Chequer P. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: Parker R, Organizador. Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar; 1998. p. 17-42.
- Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB. Estudo de comportamento associado à infecção pelo HIV e HCV em detentas de um presídio de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 (1): 197-205
- Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB. Vulnerabilidade à Infecção pelo HIV entre Mulheres com Alto Risco de Exposição – Menores Infratoras e Detentas – do Estado de São Paulo, Brasil, *DST- J bras doenças Sex Transm* 2005; 17 (2): 138-142.
- Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB et al. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection, *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2004; 37:771-776.
- Bulman D, Coben D, Anh NV. Education Women about HIV/AIDS: some international comparisons, *Compare*, Vol.2; 2004.
- Strazza L, Carvalho HB, Azevedo RS et al. Estudo da vulnerabilidade à infecção DST/AIDS em detentas de uma Penitenciária Feminina de São Paulo-SP, Brasil avaliada pela técnica sorológica, *DST- J bras Doenças Sex Transm* 2003; 15 (4): 27-32.
- Strazza L. Diferenças de Gênero e Risco para a Infecção pelo HIV em adolescentes Internos na Fundação Estadual Para o Bem Estar do Menor de São Paulo–FEBEM (tese de mestrado). Área de Fisiopatologia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.
- Lopes F. Prevalência de HIV, HPV e sífilis na Penitenciária Feminina da Capital (tese de mestrado). Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.
- Catania, JA, Kegeles, SM, Coates, TK. Towards an Understanding of Risk Behavior: an AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health Education Quarterly* 1990; 17(1): 53-72.
- Nepomuceno J. Diretora Técnica de divisão, fax número 338/02, 3 de abril de 2002.
- Cayla JA, Marco A, Bedoya A et al. *International Journal Epidemiological* 1995; 24 (6): 1188 – 96.
- Smith PF, Mikl J, Truman BI et al. HIV Infection Among Women entering the New York State Correctional System, *American Journal Public Health* 1991; 81 (Suppl): 35 - 40.
- Martin SV, Cayla BJA, Gonzalez MML et al. Evaluation of the Prevalence of HIV Infection in Prison Inmates at the Time of their Imprisonment during the Period 1991/1995, *Revista Espanhola Salud Publica* 1997; 71 (3): 269–80.
- Ferreira MMC. Infecção pelos Retrovirais HIV-1, HTLV-I e HTLV-II na População Feminina da Penitenciária do estado de São Paulo: prevalência, fatores de risco e conhecimento desse risco (tese de doutorado). Departamento de Epidemiologia de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1997.
- Vaz RG, Gloyd S, Folgosa E et al. Syphilis and HIV infection among prisoners in Maputo, Mozambique. *Int J STD AIDS* 1995; 6 (1): 42-6.
- Rotily M, Vernay VC, Bourliere M et al. HBV and HIV screening, and hepatitis B immunization programme in the prison of Marseille, France; *Int J STD AIDS* 1997; 8 (12): 753-9.
- Miranda AE, Vargas PM, St. Louis ME et al. Sexually Transmitted Among Females Prisoners in Brazil: Prevalence and Risk Factors; *Sexually Transmitted Disease* 2000; 27(9): 491-5.
- Lopes F, Latorre MR, Campos Pignatari AC et al. HIV, HPV and syphilis prevalence in a women’s penitentiary in the city of São Paulo, 1997-1998, *Caderno Saúde Pública* 2001; 17 (6): 1473 – 80.
- Massad E, Rozman M, Strazza L, Carvalho HB et al. Seroprevalence of HIV, HCV and Syphilis in a Brazilian Prisoners. *European Journal of Epidemiology* 1999; 15(5): 439-445.

24. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará; 1993.
25. Altice FL, Marinovich A, Khoshnood K, Blankenship KM, Springer SA, Selwyn PA. Correlates of HIV infection among incarcerated women: implications for improving of HIV infection. *J Urban Health* 2005; 82:312-26.
26. Grinstead OA, Zack B, Faigles B. Collaborative research to prevent HIV among male prison inmates and their female partners. *Health Educational Behavior* 1999; 26 (2): 225 – 38.
27. Manso IC & Braga I. A Corregedoria Não é Uma Grande Inquisição, *Jornal O Estado de São Paulo, Política A7*, 8 de abril de 2001.

Endereço para correspondência:**LEILA STRAZZA**

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Departamento de Medicina Legal (LIM 01 FMUSP)

Rua Teodoro Sampaio, 115 – São Paulo–SP

CEP: 05405-000

Tel: 55 11 3061-76-82

E-mail: strazza@usp.br

Recebido em: 10/03/2006

Aprovado em: 25/08/2006

A OCUPAÇÃO DA MULHER COM HIV/AIDS: O COTIDIANO DIANTE DA (IM)POSSIBILIDADE DE AMAMENTAR¹

THE WOMAN'S OCCUPATION WITH HIV/AIDS SYNDROME: THE DAILY ROUTINE FACING THE (IM)POSSIBILITY OF BREASTFEEDING

Stela Maris M Padoin² & Ívis Emília L Souza²

RESUMO

Introdução: a experiência na área de enfermagem em ações da extensão, como prática de ensino e de pesquisa, e a vivência com mulheres soropositivas para o HIV possibilitaram a emergência da inquietação que resultou neste estudo. **Objetivo:** compreender o sentido de ser da mulher com HIV/aids no cotidiano da (im)possibilidade de amamentar. **Métodos:** de natureza qualitativa, com a utilização da abordagem fenomenológica e do método de Martin Heidegger; foram entrevistadas 16 mulheres que, em seus depoimentos, expressam o que sentem, pensam, percebem e como se relacionam no dia-a-dia com o-outro e com o objeto pesquisado. **Resultados:** a análise compreensiva se deu no primeiro momento metódico e permitiu a construção de dez unidades de significação. A análise interpretativa, segundo momento metódico, desvelou que, no cotidiano, a mulher se mostra temerosa e ocupada com a síndrome. **Conclusão:** a mulher contribui neste estudo mostrando a necessidade de um cuidado que lhe possibilite sair do "a gente" para ser si mesma. Será preciso apostar na implementação de políticas públicas, seja no controle da aids, seja no aleitamento materno, no desenvolvimento de um cuidado solícito, pautado na relação do ser-com autêntico, que possibilite à mulher a compreensão de com o que e para que se ocupar em seu cotidiano. O que se traz à luz um cuidado que possibilita a recuperação da escolha, que devolve a singularidade de ser, que ajuda a tornar-se, que liberta, que permite colocar-se diante da situação para poder escolher por si mesma, que indica a anteposição libertadora.

Palavras-chave: enfermagem, saúde da mulher, amamentação, síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV-aids.

ABSTRACT

Introduction: the study question emerged due to experience in extension activities as a teaching practice and research in Nursing and in the acquaintance with women carrying HIV/aids. **Objective:** understanding the meaning of being a woman with HIV/aids in the daily routine in the (im)possibility of breastfeeding. **Methods:** it was a qualitative research in the phenomenological approach according to Martin Heidegger perspective. sixteen women were interviewed and their statements express what they feel, think, perceive, talk about, and how they relate themselves with others and with the subject researched in their daily routine. **Results:** the comprehensive analysis happened in the first methodic moment and allowed the construction of ten meaningful units. The interpretative analysis, the second methodic moment, demonstrated that the woman showed herself, in the way of being in the routine, in the impersonality, fearful and occupied with her syndrome. **Conclusion:** in this study, the woman contributes showing the necessity of a care that makes possible getting out of "us" and being herself. It brings to light a care that makes recovery of the choice possible, that can give back the singularity of being, the one that helps to turn, the one that sets free, the one that permits to put herself before a situation to can choose or decide for herself, the one that indicates the ante-position liberating.

Keywords: nursing, breastfeeding, woman's health, acquired immunodeficiency syndrome, HIV/aids.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 241-246, 2006

INTRODUÇÃO

Temos compreendido que a aproximação das pessoas com a possibilidade de se infectarem pelo HIV apresenta nexos entre as circunstâncias individuais e sociais, relacionados aos condicionantes da masculinidade e da feminilidade e, também, às circunstâncias que envolvem a implementação de políticas públicas.¹ Inicialmente, os homens foram os mais infectados pela epidemia, depois as mulheres e, por fim, as crianças. O que se deu em meio ao silêncio do não dito, do diagnóstico velado pelo sigilo, ou mesmo diante do diagnóstico envolto no pacto de silêncio existente entre as pessoas e na família,² ou diante do exame reagente para o HIV de seu filho após o nascimento.

Ao final da década de 1990, devido à ampliação das políticas públicas e à inserção, mesmo que modesta, das mulheres nelas, a mulher, na busca do cuidado com sua saúde, descobre a infecção pelo HIV, na maioria das vezes, durante a assistência ao parto ou durante o pré-natal. Diante desta situação, destacamos que o modelo assistencial vigente reserva pouco espaço para a atenção à saúde da mulher, adolescente ou jovem, que se encontre fora do período grávido-puerperal. Ou seja, percebemos que é quando está grávida, procurando assistência pré-natal, que a mulher se descobre infectada pelo HIV.

Portanto, a prevenção primária, que busca diminuir a chance de a mulher se infectar, está longe de alcançar bons resultados, a despeito dos inúmeros desafios postos em relação à compreensão dessa mulher como um ser-no-mundo-com-os-outros³ e dos condicionantes da feminilidade.¹ A prevenção secundária tem-se iniciado depois da infecção instalada. Tenta-se prevenir a transmissão do HIV da mãe para a criança e minimizar a possibilidade do adoecimento da mulher com sorologia para o HIV. Nesse cenário, será possível o encontro da mulher/mãe portadora de HIV/

¹Pesquisa desenvolvida no Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Universitário de Santa Maria, na Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul.

²Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

aids com o profissional da equipe de saúde, quando inúmeras inquietações motivaram a realização de investigações. Entre tantas inquietudes, o desafio está posto: o surgimento da aids em meio aos avanços na implementação do paradigma pró-amamentação, desde a década de 1980.^{4, 5, 6}

Em seus resultados, Esteves⁶ mostra que as mulheres soropositivas entrevistadas que amamentaram seus filhos apontam como fatores que as levaram a isso o descrédito no tratamento com anti-retroviral. Em suas falas, mostram a marca daquilo que é dito pelos profissionais de saúde: “o leite do peito é tão bom, tão rico. É como vacina. Protege. Como pode fazer mal?”⁶ Mostram também que não sabiam se podiam infectar o filho com o leite materno. Referem, ainda, o fator econômico associado à pressão dos familiares em casa.

Em outro estudo, Castro⁷ revela a dificuldade, o embaraço, a omissão e a insegurança dos profissionais, apontando também para o despreparo na compatibilização da dimensão biológica e, da prevenção da transmissão vertical e da dimensão subjetiva dessas mulheres. Moreno⁸ refere-se à falta de informações adequadas dos profissionais de saúde acerca dessa questão, bem como às dificuldades em aceitar o diagnóstico de HIV e a não-amamentação. Para Santos,⁹ os depoimentos vieram acompanhados de sentimentos como tristeza, culpa, inveja, impotência, dúvida, medo do preconceito e um profundo desejo das mulheres de não terem sua mama enfaixada no período pós-parto.

Tal situação acarreta grandes desafios e um impasse para as diversas áreas do conhecimento: lidar com a mulher que até então poderia e deveria amamentar e agora não deve, embora possa. Entende-se que pode amamentar porque tem possibilidades biológicas de nutrir seu filho com vantagens não só já comprovadas cientificamente, mas também relacionadas ao contexto socioeconômico e ao vínculo afetivo. Mas não deve, porque amamentar, para a mulher com sorologia positiva para o HIV é um ato que pode possibilitar a transmissão do vírus para a criança, o que implica problema de saúde e social.

OBJETIVO

Compreender o cotidiano da mulher com sorologia positiva para o HIV ou doente de aids diante da (im)possibilidade de amamentar.

MÉTODOS

Este estudo está inserido em uma abordagem qualitativa e descritiva, e ancorado no método fenomenológico de Martin Heidegger. Buscou desvelar a essência do fenômeno na dimensão existencial, que diz respeito à vivência e à experiência cotidiana da mulher com sorologia positiva para o HIV diante da (im)possibilidade de amamentar.

A proposta emerge da experiência compartilhada em grupo operativo que, desde seu início em 1998, foi denominado, pelos participantes, pais, familiares e/ou cuidadores das crianças, de “Grupo Anjos da Guarda”. Este é parte de um projeto de extensão e pesquisa – Projeto de “Acompanhamento multidisciplinar de crianças que (con)vivem com HIV/aids e seus familiares e/ou cuidadores” – desenvolvido no Serviço de Doenças Infecciosas Pediátricas do Hospital Universitário de Santa Maria/RS.

Este foi o cenário para a produção dos dados: um hospital de referência para o acompanhamento ambulatorial de adultos, gestantes e crianças portadoras do HIV e tratamento daquelas que têm aids. Após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, e a apreciação pelo serviço, deu-se início às atividades de aproximação ao cenário e à ambientação, para se desenvolver a produção dos dados.

Na ambientação, foi necessário um movimento, mediado pela subjetividade. Assim, no encontro com as mulheres, percebem-se a sua singularidade, os significados do silêncio, da fala, do dito e do não dito, procura-se respeitá-los e exercitar a sua escuta. Nesse movimento será importante mergulhar na difícil tarefa de redução dos pressupostos, para chegar à atitude fenomenológica de encontro com o outro. Nesse sentido, Souza¹⁰ apresenta como ambientação o que diz respeito a esse movimento necessário de buscar ter clareza em relação ao objeto de estudo, de se permitir ouvir, sentir e refletir.

O número de participantes do estudo não foi determinado previamente, considerando-se que a pesquisa é qualitativa com abordagem fenomenológica, e ainda, que se trabalha com a repetitividade das informações. Assim, foram entrevistadas 16 mulheres, das quais, 12 entrevistadas, foram utilizadas para análise compreensiva, no período de setembro de 2004 a março de 2005.

Em Heidegger,³ há dois momentos metódicos. O primeiro procura explicar o fato, considerando-se a análise compreensiva que foi realizada mediante a redução fenomenológica. Esta se refere à suspensão dos “pré-conceitos” que estão ancorados nos conhecimentos estabelecidos e que constituem o solo da tradição. Mediante a redução foi possível apreender e destacar a estrutura do fenômeno, constituindo as unidades de significação que foram atribuídas pelas depoentes, caracterizando a compreensão vaga e mediana.

O método deriva do segundo momento metódico. A busca do sentido do ser que é desvelado pelas unidades de significação – mediante a análise e a reflexão – e que não se prende a explicações causais. Heidegger³ chama de estruturas essenciais diferentes as estruturas acidentais ou ocasionais. Tendo como fio condutor o conceito de ser, desenvolveu-se a hermenêutica heideggeriana, que chega à compreensão e interpretação do sentido que funda o modo de ser do humano.

RESULTADOS

Durante a leitura, constroem-se as unidades de significação que denotam os significados atribuídos, referentes às vivências e experiências que acontecem no dia-a-dia das mulheres que apresentam sorologia positiva para o HIV, ou doentes de aids, diante da situação de (im)possibilidade de amamentar sua criança. As unidades de significação correspondem à dimensão ôntica do fenômeno. Foram construídas dez unidades, assim, no dia-a-dia, as mulheres com sorologia positiva para o HIV ou com aids mostram-se:

1. desesperadas, em pânico, não aceitam o diagnóstico no momento da descoberta, porém, depois de um período, aceitam a condição de sorologia positiva para o HIV;
2. com necessidade de entender como chegaram à condição de portadoras do HIV e, por vezes, têm dúvidas ou não entendem como contraíram a doença;

3. com vivências e experiências em amamentação, mas com estranheza, dificuldade, dor e tristeza pela (im)possibilidade de amamentar. Escondem a sorologia positiva para o HIV por medo do que os outros vão dizer;

4. sozinhas, não falam com os outros sobre sua condição sorológica, por vezes, nem mesmo com o companheiro ou ainda com os filhos ou filhas, sabendo, porém, que um dia terão de contar;

5. como mães cuidadas e preocupadas com os/as filhos/as, percebendo-os como normais. Em busca de uma vida normal e melhor, sendo também trabalhadoras;

6. conformadas com sua condição de ser esposa... de ser portadora do HIV... e de sua (im)possibilidade de amamentar;

7. com medo do preconceito e da discriminação vividos pelos outros, devido ao estigma da doença;

8. com necessidade de ajuda da família, dos amigos, dos órgãos governamentais e não-governamentais e também dos profissionais de saúde, manifestada nas situações de pobreza e vivida em atitudes de solidariedade e de cuidado;

9. com medo da doença que ameaça a vida e faz pensar na morte e no que vai acontecer com seus filhos ou com suas filhas, refletem, portanto, acerca do futuro;

10. com fé em Deus, falam em esperança e encontram força nos filhos e filhas, motivo pelo qual fazem o tratamento e se mantêm vivas.

A partir do que foi descrito pelas mulheres, compreende-se que nas unidades de significação obtivemos pistas, como um fio condutor que nos permite chegar à análise interpretativa, possibilitando, portanto, a descoberta do sentido do ser que aí reside. Segundo momento metódico em Heidegger.³

Neste momento metódico, a busca do sentido é aquilo que se articula na interpretação e que já foi originariamente articulado no discurso, que é a articulação em significações que sempre têm sentido.³ O discurso é tudo que eu sou, como eu me mostro e como me expesso, é o que possibilita o desvelar do quem dotado de presença. Neste estudo, o sentido foi captado e entendido como o modo singular das mulheres com HIV/aids.

Percebemos que a mulher com HIV/aids, mostra, mediante seu discurso, suas possibilidades existenciais na cotidianidade, diante da (im)possibilidade de amamentar. Ela descreve o seu mundo da vida, a sua historicidade, seus modos de ser no mundo, vivenciando a impessoalidade, a temerosidade, a sua ocupação com os entes, com os outros e com a síndrome, a decadência e a sua temporalidade, a solidariedade e o cuidado no seu conviver com o outro.¹ Neste artigo iremos discutir a ocupação da mulher com a síndrome do HIV/aids no seu cotidiano.

DISCUSSÃO

De acordo com Heidegger,³ o fato de ser-no-mundo, pertencer ontologicamente à presença, o seu ser para o mundo é, essencialmente, a ocupação.³ Na ocupação, o que vem ao encontro é o ente, ou as coisas, aquilo com que se lida. Assim, o modo de lidar no mundo e como ente intramundano se dispersa em uma multiplicidade de modos de ocupação.

A ocupação é guiada não pelo seu conhecimento ou por regras explícitas, mas pelo seu informal saber-como, a cosmovisão, que abrange olhar em volta e compreender como o senso comum entende.¹¹ Assim se descobre o mundo circundante, pois, em decorrência do modo de lidar com o mundo, o discurso abarcará o pensar e o agir deste consigo e com outros entes.

No mundo em que vivemos, estamos envolvidos uns com os outros em relacionamentos de proximidade, de afinidades, de interesses comuns, de obrigação; estamos ocupados na manualidade de um mundo que, na maioria das vezes, nos absorve. Heidegger³ acrescenta que, como constituição fundamental, o ser-no-mundo se move no modo da cotidianidade, que é tomado e dominado pelo mundo que se ocupa.

Compreendemos que o mundo da vida da mulher com sorologia positiva para o HIV emergiu associado a um discurso rico em detalhes acerca de suas vivências e experiências com o outro, até chegar ao momento em que descobriu ser portadora do HIV. Então, percebemos que a (im)possibilidade da amamentação não se dá de forma isolada. A mulher fala de seu mundo da vida, de seu cotidiano e de seus relacionamentos com o outro. Nessa vivência, ela transita entre as possibilidades de amamentar ou não seus filhos. Considera, inicialmente, o período anterior à situação de soropositividade para o HIV, revelando a sua experiência em amamentar, na convivência e na relação com o outro, o companheiro, o(s) filho(s) ou a(s) filha(s), com a sua família, ou seja, a possibilidade do sim.

Ela revela o conteúdo de suas conversas com suas cunhadas, mãe e sogra, bem como com agentes de saúde e, assim, mostra-se como ser-no-mundo-com-o-outro, neste mundo em que todos nós vivemos e conhecemos, em que os entes compartilham momentos no dia-a-dia, envolvidos uns com os outros em uma relação, uma co-presença. Com esse discurso ela se mostra como as outras mulheres, iguais às outras que amamentam ou que amamentaram um dia. Mostra a sua ocupação com a amamentação em experiências e vivências anteriores, criando significados e nexos referenciais para a formação de sua circunvisão acerca do tema.

Ao apontar compreensão sobre a amamentação, a mulher com HIV declara o que sente diante da (im)possibilidade de amamentar, o que faz emergir o sentido da presença. Nesse movimento de abertura, a mulher demonstra estranheza, dificuldade, dor e tristeza pela (im)possibilidade de amamentar, quando se dá a surpresa, “modo de não estar à mão, ou seja, o que não pode ser usado está simplesmente presente”,³ ou, ainda, constata o que não está à mão – a amamentação. Diante da (im)possibilidade, quebram-se os nexos referenciais descobertos na circunvisão acerca da amamentação, a mulher depara-se com o vazio, e, só então, vê que aquilo que estava à mão, agora, lhe falta.

A mulher revela que, quando vê alguém amamentando, tem vontade de dar o peito, mas agora não pode. Antes, quando podia, quando tinha a possibilidade, não dava, e agora que não pode, gostaria de amamentar. Ao falar sobre essa vivência, relata que foi muito difícil porque não foi opção.

Para Heidegger,³ estando o homem ocupado na manualidade do cotidiano, não percebe aquilo que está à mão, podendo dar mais atenção quando algo não está tão acessível. O autor utiliza como exemplo objetos comuns do cotidiano, como o telefone, aos quais daremos a devida importância quando não os tivermos ao alcance de nossas mãos. Assim, na singularidade da vivência da (im)possibilidade de amamentar, a amamentação está no modo da surpresa, modo de não estar à mão.

Conhecendo apenas o que já ouviu falar sobre não poder amamentar, ou o que já leu sobre o assunto, apesar da dor e da tristeza, a portadora do HIV não amamenta, devido à possibilidade de prejudicar a criança. As mulheres que souberam que eram portadoras do HIV durante a amamentação, pararam de amamentar assim que tomaram conhecimento de sua infecção pela doença; aquelas que

já sabiam não amamentaram e relataram que sempre souberam que não poderiam amamentar em hipótese alguma, tinham consciência de que prejudicariam a criança e não seria questão de achar bonito, e sim de cuidado com o bebê, considerando a possibilidade de colocá-lo em risco.

Percebemos que, ao aceitarem a (im)possibilidade de amamentação, as mulheres falam levando em conta a interpretação pública, repetindo em seu discurso aquilo que ouviram dizer, ou as coisas que leram sobre o assunto – as coisas são como são porque os outros falam. Elas repetem o que já foi dito como possibilidade de compreender sem terem se apropriado previamente da coisa, como aquilo que se discorre no “falatório”.

No falatório, observamos que as mulheres apresentam percepção superficial ou deficiente sobre o tema. Desse modo, as mulheres discorrem acerca das vantagens da amamentação para elas e para seus filhos/as, do fato de que não há a possibilidade de serem portadoras do HIV, ou da sua situação anterior ao HIV. Falam também das recomendações acerca das vantagens da não-amamentação devido à infecção pelo vírus e sabem que as mulheres que não amamentam são exceção.

Essas mulheres, em seu cotidiano, empenham-se nas lidas domésticas, nos afazeres no mundo do trabalho, em um mundo que lhes é familiar, onde ocupam seu lugar no espaço a que estão acostumadas. Elas evidenciam a facticidade que abriga em si o ser-no-mundo e assumem suas relações sendo-no-mundo.

A facticidade emerge nas suas ocupações e preocupações cotidianas, na maneira como se organizam para cuidar de seus filhos/as, o que envolve a lida com a alimentação e o seu manuseio, como pesar e medir a criança para levar à consulta médica e também envolve a não-amamentação. Elas apontam essas preocupações e o modo de cuidar da criança exposta ao HIV quando se referem à criança como “espoleta”, linda e saudável. Revelam, ainda, que acreditavam que havia diferenças entre os cuidados dispensados a essas crianças e aquelas oferecidas às não expostas ao vírus. Entretanto, reconhecem que tais diferenças não existem. A vivência da (im)possibilidade de amamentar (ou a possibilidade do não) surge no discurso do cotidiano das mulheres associada à possibilidade da amamentação, à possibilidade do sim. Diante desse discurso, apresentam a sua visão referente ao papel de mãe como aquela que quer fazer o melhor para o seu filho, considerando a amamentação como algo bom para ele.

Relatam que, na sua vivência de amamentação, por vezes, tiveram dificuldades com fissuras e pouco leite, contam que pararam de amamentar devido à necessidade de trabalhar ou de não gostarem. Ao falarem daquilo que é comum às outras pessoas, fazem aquilo que seria o individual se tornar público, considerando-se o que Heidegger aponta como modos de ser do impessoal, ou o domínio da impessoalidade.

A impessoalidade “que prescreve o modo de ser do cotidiano”³ se mostra como modos possíveis da preocupação que caracterizam a convivência cotidiana e mediana de um com o outro. Neste modo de ser funda-se o modo cotidiano de ser-próprio, o impessoal, que não indica um grau inferior do ser. No modo de ser impessoal, “todo mundo é outro e ninguém é si próprio [...] revelando-se como sujeito mais real da cotidianidade”³; “os outros” são aqueles dos quais, na maior parte das vezes, ninguém se diferencia propriamente. Na impessoalidade nos divertimos, entretemos, lemos, julgamos, nivelamos à medianidade o que é conveniente. A medianidade promove o que se pode e deve fazer.

Então, no modo de ser cotidiano, a mulher com HIV/aids não é “si mesmo”, a “uniformidade”³ que se impõe ou que lhe é imposta, a uniformidade de todas as potencialidades do ser, priva a sua própria responsabilidade. Esse modo de ser do “a gente” está em toda a parte. Passa a existir, não em seus próprios termos, mas em referência a e a respeito dos termos dos outros, torna-se um entre outros. Suas possibilidades cotidianas de ser são dispostas pelo arbítrio dos outros.

Nesse sentido, parece que elas se mantêm ocupadas com a síndrome. Elas vão fazendo as coisas que têm de fazer, sem compreender por que têm de fazer não chegam a compreender a síndrome, pois estão movidas pelo falatório. É também pela curiosidade em relação a tudo que envolve a epidemia que buscam conhecer as manifestações, o modo de transmissão, a prevenção da transmissão na gestação e o uso de anti-retroviral, a alimentação artificial da criança diante da (im)possibilidade de amamentar e demais implicações advindas da evolução da doença somadas às atitudes de discriminação e ao preconceito na convivência cotidiana.

A partir do momento em que elas sabem do diagnóstico e diante da facticidade, ela passam a fazer as coisas. Elas relatam que têm de tomar remédio, cuidar da criança – daquela que não está infectada e daquela que está infectada. Por isso, elas têm de ir ao serviço de saúde mensalmente para fazer o acompanhamento ambulatorial, buscar os remédios e fazer exames. Mostram a necessidade de apoio para utilizarem o transporte coletivo (quando residentes no mesmo município) ou de ajuda da prefeitura (quando provenientes de outro município), recebendo, por vezes, de algum conhecido seu, ajuda solidária.

Em seu depoimento, as mulheres com sorologia positiva para o HIV relatam suas dificuldades em relação à falta de alimentos para si e para seus filhos, à falta de moradia, às precárias condições de trabalho e de emprego, à pobreza, à falta de transporte e às implicações de serem analfabetas funcionais. Ademais, quando a criança cresce e precisa ir para a creche e depois para a escola, as mulheres enfrentam o medo da revelação do diagnóstico e a possibilidade de discriminação na escola. Elas ficam temerosas por isso.

Com isso, elas mostram seu mundo circundante e a luta cotidiana na busca de ajuda. As mulheres mostram o estar-com-o-outro no mundo da vida, mostram as circunstâncias em que vivem, mostram o social. Relatam as facilidades e dificuldades no acesso aos serviços de saúde e aos programas de que necessitam para lidar com as implicações da síndrome no que se refere a elas mesmas e às suas crianças, como o uso de medicações, ao leite artificial para alimentação do lactente, as consultas periódicas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como o acompanhamento da evolução de sua infecção. Assim, o tratamento delas e de seus filhos diagnosticados como soropositivos entra em seu cotidiano, e elas se ocupam da síndrome.

Ocupar-se da síndrome parece ser uma forma de não se anunciarem como portadoras do HIV. Elas se ocupam porque não compreendem e se mantêm movidas e dominadas pelo temor. Movidas também pelo falatório e pela curiosidade, elas sabem que, se fizerem o tratamento com os anti-retrovirais, vão levar mais tempo para adoecer. Elas se ocupam desse tratamento para que as pessoas não descubram que são portadoras. Elas também, na maioria das vezes, se ocupam do tratamento, principalmente durante a gestação, para que o/a filho/a não se torne infectado/a, pois, se a criança se infectar, a doença poderá aparecer e os outros ficarão sabendo.

Então, diante das suas circunstâncias no mundo da vida, movidas pelo temer, decorrente do falatório e no modo de ser no cotidiano regido pela inautenticidade, as mulheres têm necessidade de ajuda da família e dos amigos. É deste mesmo mundo da vida, da co-presença, que vem a ajuda dos familiares e dos amigos/as, ajuda para si ou para as crianças. Relatam que recebem ajuda para a moradia, a alimentação, a busca da medicação, o deslocamento até o serviço de saúde, vivenciando no seu cotidiano atitudes de solidariedade e de cuidado.

Elas também mostram a necessidade de cuidado e de ajuda dos órgãos governamentais e não-governamentais e dos profissionais da saúde, porém recebem um cuidado que as mantém ocupada com o tratamento da síndrome, seu e de suas crianças. Em contrapartida, Heidegger nos apresenta a possibilidade de uma preocupação que “antepõe em sua possibilidade existencial de ser, não para lhe retirar o ‘cuidado’ e sim para devolvê-lo como tal”,³ como anteposição libertadora.

Um cuidado que devolva para elas a responsabilidade, que se constitui da compreensão do que se ocupar, mostra-se como uma de suas necessidades quando toda a ajuda que elas querem deriva de atitudes de solidariedade e cuidado e não de imposições do que têm de fazer – solidariedade em que elas não sejam vistas como culpadas por serem portadoras de um vírus letal, ou por estarem grávidas. As mulheres com sorologia positiva para o HIV necessitam de um cuidado que dê a elas condições de se preocuparem, para que elas possam tomar suas próprias decisões. No entanto, elas se mantêm presas ao cotidiano, fazem o que têm de fazer regidas pelo falatório e movidas pela curiosidade, deixando-se dominar de-cai.³

Na decadência, as mulheres revelaram seu empenho na convivência, mostraram no discurso do não dito a necessidade de manterem o sigilo e a sua necessidade de trabalharem para sentir que têm uma vida normal como todo mundo tem, ou para ter uma vida melhor. Falam da normalidade do cuidar dos filhos/as e que elas trabalham em casa nas lidas domésticas, fora de casa, como camareiras, garçonetes, vendedoras, trabalham na lavoura, na garimpagem de ferro velho ou são estudantes. Para as mulheres, o trabalho poderá ajudar a esquecer a doença; assim, elas serão como todo mundo é.

As mulheres mergulham na rotina do fazer das lidas domésticas, ocupam-se do cuidar dos filhos, ocupam-se da síndrome, procuram trabalho, voltam para o trabalho, querem ter uma vida normal e ser felizes como as outras. Ao se compreenderem assim é como se não fossem elas mesmas, incapazes de assumir sua condição sorológica, de serem autênticas. São tomadas pelo arbítrio dos outros, pelo que os outros vão dizer. Mostram-se conformadas com os papéis que lhe são reservados pelos outros.

Com esse discurso, compreendemos o pensamento de Heidegger quando nos remete à reflexão e declara que a decadência mantém a presença presa à sua tradição, privando sua própria liderança de seu questionamento e de sua escolha. Nesse modo de ser não estão tomando decisão alguma sobre suas vidas, mantêm-se em uma atividade publicamente reconhecida e aprovada, ainda que praticada em privacidade, pois é o que o impessoal recomenda, ou o que faço pode ser guiado pelos outros.

Para isso que Heidegger quer nos alertar, pois estando absorvidas em suas ocupações presentes e cotidianas, a presença está perdida na publicidade do impessoal.³ Com isso, na maioria das vezes presas à decadência, as mulheres continuam a atuar e pensar de maneira tradicional. Dominadas pelo cotidiano, as mulheres sentem-se confortáveis, acomodadas, fazem parecer que elas têm

menos problemas, pois elas... “têm que tocar a vida, é assim mesmo, acontece, não tem o que fazer”. Elas declaram que se sentem bem. Esta é a ajuda prestada pelo cotidiano.

Nesse mesmo movimento, no discurso, relatam que fácil não é, mas têm que agüentar, elas se mantêm ocupadas com a síndrome fazendo o tratamento, levando seu/sua filho/a para as consultas mensais no ambulatório, enfrentado as mais variadas dificuldades circunstanciais que envolvem seu ser-no-mundo.

CONCLUSÃO

Neste estudo, dadas as circunstâncias de vida que essas mulheres mostraram, foi possível compreender que o cotidiano de ocupação com a síndrome lhe toma o ser. Elas se mantêm dominadas pelo impacto do diagnóstico e pelo medo do preconceito e da discriminação. Isso nos leva a perceber que as dificuldades das mulheres e as necessidades de ajuda estão focalizadas muito mais no âmbito social das relações com-o-outro-no-mundo e na dimensão existencial.

Diante disso, com a síndrome, as mulheres não se preocupam apenas, se ocupam, uma vez que não compreendem por que se infectaram, não compreendem por que não podem amamentar, nem por que têm de tomar tanta medicação. Mas, mesmo sem compreender, elas fazem porque “tem que fazer”. Nesse sentido, elas estão presas a essa ocupação e a esse cotidiano.

Parece que, também nós, profissionais da área da saúde, podemos estar reforçando a ocupação cotidiana das mulheres portadoras do HIV/aids com a síndrome, ao prescrevermos o que elas devem fazer, ou têm de fazer, há ainda a possibilidade de estarmos tratando essas mulheres como se elas não precisassem compreender o que estão fazendo, mantendo-as na submissão. Para nós, elas têm de fazer, o que demonstra que estamos regidos pela tradição no modo-de-ser-profissional no mundo-do-trabalho. Dessa forma, o poder e as possibilidades de escolha e decisão pertencem ao comando do outro, que somos nós, profissionais de saúde, que poderíamos mantê-las na ignorância.

Percebemos que as políticas públicas, observando primeiro aquelas que se referem à amamentação, estão assentadas em estratégias que promovem a amamentação para todas as mulheres, ignorando a possibilidade de as mulheres serem portadoras do HIV. “Olham” para as mulheres sem considerar as circunstâncias individuais e sociais que as aproximam da epidemia ou sua condição de portadoras do HIV. Desenvolvem estratégias de proteção e de apoio para a mulher que pode e decide amamentar.

Em segundo lugar, observando aquelas estratégias que se referem à política pública de controle das DST/aids, percebemos que estas têm propostas incipientes no que diz respeito à prevenção da infecção em mulheres, estando mais centrada na prevenção da transmissão vertical, a partir da condição biológica destas mulheres como grávidas.

Será preciso apostar na implementação de uma política pública, seja no controle da aids ou no aleitamento materno, no desenvolvimento de um cuidado solícito, pautado na relação do ser-com autêntico, que possibilite a abertura, que possibilite à mulher a compreensão de com o que e para que se ocupar em seu cotidiano, que possibilite a mulher sair do “eles”, sair do “a gente” para ser si mesma. Que valorize o vivido da mulher e a singularidade, a dimensão existencial, que nos mostrou que a (im)possibilidade de amamentar é apenas uma faceta da complexa vivência com-o-outro e com a infecção pelo HIV/aids e suas implicações no mundo da vida.

Acreditamos na possibilidade de um cuidado que possibilite a recuperação da escolha de cada um de nós, um cuidado que devolva ao outro a possibilidade da singularidade de ser, que ajude o outro a tornar-se, um cuidado que liberta o outro, que permite a anteposição, que quer dizer colocar-se antes da situação para poder escolher ou decidir por si mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Padoin SMM. O cotidiano da mulher com HIV/aids diante da (im)possibilidade de amamentar: um estudo na perspectiva heideggeriana. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.
2. Padoin SMM. Em busca do estar melhor do ser-familiar e do ser-com AIDS. [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
3. Heidegger M. Ser e Tempo. 6ª. Ed. Parte I. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.
4. Moura EL. Transmissão vertical do HIV: percepção e ações da gestante soropositiva. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; 2002.
5. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública* 2003; 12 (1): S37-S45.
6. Esteves TMB. Olhando o passado e repensando o futuro: a desconstrução do paradigma da amamentação em relação ao vírus da imunodeficiência humana na transmissão vertical. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
7. Castro RC. Reflexões sobre a assistência às gestantes e puérperas soropositivas para o HIV em relação à questão da amamentação. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
8. Moreno CCGS. Mães HIV positivo: o dilema da não amamentação em uma perspectiva fenomenológica social. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo; 2004.
9. Santos EKA. A expressividade corporal o ser-mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty. [tese de doutorado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
10. Souza IEO. O desvelar do ser gestante diante da possibilidade de amamentação. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.
11. Figal G. Martin Heidegger: fenomenologia da liberdade. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 2005.

Endereço para correspondência:

STELA MARINS DE MELLO PADOIN

Rua 24 de Fevereiro, 306, apartamento 202, Bairro N S de Lourdes, Santa Maria – RS – CEP: 97060–580

Telefax: 55 3223-1764; Celular: 9971-3143

E-mail: padoinst@smail.ufsm.br

Recebido em: 27/01/2007

Aprovado em: 13/03/2007

A PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA BAIXA ADESÃO NA TERAPIA COM ENFUVIRTIDA, NOS USUÁRIOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM PORTO ALEGRE – RS

THE PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR DECREASING ADHERION IN THE THERAPY WITH ENFUVIRTIDA IN HIV INFECTED USERS IN TREATMENT IN CENTERS OF REFERENCE IN PORTO ALEGRE /RS

Thiago C Santos¹

RESUMO

Introdução: Em 2005 o Ministério da Saúde do Brasil disponibilizou a enfuvirtida, o primeiro inibidor de fusão, uma nova classe de anti-retrovirais com ação extracelular. As dificuldades relatadas pelos primeiros usuários, em um dos centros de referência, e a carência de estudos envolvendo os usuários do Sistema Único de Saúde motivaram esta pesquisa. **Objetivo:** identificar os fatores de risco para baixa adesão ao tratamento com Enfuvirtida. **Métodos:** foram entrevistadas 37 pessoas de Porto Alegre, compreendendo a população total de usuários de enfuvirtida nesta cidade até o mês de outubro de 2006. **Resultados:** 27% dos pacientes já pensaram em desistir do tratamento, 22,2% referiram esquecimento de dose nos últimos 30 dias e 45,9% não souberam diferenciar HIV de aids. Os efeitos adversos locais ocorreram em todos os usuários, houve dor nos locais de aplicação em 81,1% dos casos, fato que não atrapalhou as atividades diárias (70,3%). Quanto às aplicações, 28,9% não tiveram a primeira dose supervisionada, 27% não realizaram massagem após as aplicações, 46% dos pacientes usavam regiões não orientadas pela enfermagem para aplicação, 29,7% acharam “difícil” encontrar um local para aplicar. **Conclusão:** o estudo reforça a necessidade do acompanhamento direto por um profissional de enfermagem para aplicação do medicamento, visto que os procedimentos podem parecer fáceis, mas requerem boa técnica para diluição, aspiração e aplicação a fim de diminuir os efeitos adversos locais, assim como as orientações sobre os cuidados após a aplicação.

Palavras-chave: aids, enfuvirtida, inibidor de fusão.

ABSTRACT

Introduction: In 2005 the Ministry Health of Brazil provided Enfuvirtide, the first inhibitor of fusion, a new class of anti-retrovirals with extracellular action. The difficulties described by the first users, in one of the reference centers, and the lack of studies with the users of the Public Health Department, had motivated this research. **Objective:** to identify risk factors for low adherence to the treatment with enfuvirtida. **Methods:** 37 people from Porto Alegre had been interviewed, the total population of users of enfuvirtide in this city until October, 2006. **Results:** had presented that 27% of the patients had already thought about giving up the treatment, 22,2% had forgotten to take the dose in the last 30 days and 45,9% do not know the difference between HIV and AIDS. The local adverse effect had occurred in all the users, pain in the application places were present in 81,1% of the cases, but it did not interfere in daily activities (70,3%). Concerning applications, 28,9% had not had a first supervised dose, 27% did not make a massage after the applications, 46% of the patients also used regions for application which were not guided by the nurses, 29,7% had had “difficulties” in finding a place to apply. **Conclusion:** the study strengthens the necessity of the direct accompaniment by a nursing professional, although the procedures can seem easy, they require good technique for dilution, aspiration and application to diminish the local adverse effects, as well as the orientation on the care after the application.

Keywords: AIDS, enfuvirtide, fusion inhibitor.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 247-253, 2006

INTRODUÇÃO

Desde 1981 a aids é motivo de medo e preocupação para a humanidade. A estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que existam cerca de 40 milhões de pessoas infectadas no mundo. No Brasil, tínhamos, até julho de 2004, 362.364 casos notificados, mas a estimativa é de 600.000 pessoas infectadas com o vírus.¹

O perfil da epidemia foi modificado após o advento da terapia anti-retroviral, que controla a replicação viral permitindo a recu-

peração do nível de células CD4. Desta forma, houve um aumento na expectativa de vida desta população, tornando o tratamento factível no nível ambulatorial, diminuindo a necessidade de leitos hospitalares para pacientes com aids.²

O primeiro anti-retroviral foi a zidovudina (AZT), que, em 1987 teve seus efeitos comprovados contra o agente viral, ainda que fosse incapaz de suprimir a infecção. Foi o primeiro inibidor da transcriptase reversa nucleosídeo (ITRN). Mas o sucesso da terapia anti-retroviral veio com os inibidores da protease (IP), a partir de 1990, com o uso combinado de agentes anti-retrovirais, chamado de “coquetel” ou HAART (highly active antiviral treatment), que modificou o curso da infecção porque tais agentes agem inibindo a formação de cepas virais.³ No Brasil, os IP foram disponibilizados

¹Enfermeiro residente na área de Dermatologia Sanitária pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, graduado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

pelo Ministério da Saúde em 1996, quando deu-se início à distribuição dos anti-retrovirais pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente a grande preocupação na terapia anti-retroviral é o desenvolvimento de novas cepas resistentes do vírus HIV, a partir de mutações que causam a resistência aos ARV, comprometendo todo o investimento disponibilizado pela política de acesso universal aos anti-retrovirais no Brasil.^{4,5}

As estratégias que vêm sendo utilizadas na tentativa de fazer o usuário aderir ao tratamento e prevenir a contaminação cruzada não têm sido suficientes. Pacientes com resistência a aderir ao tratamento contribuem para a formação de vírus resistentes às múltiplas drogas, limitando as opções de tratamento.⁶

Desde 1994, uma nova classe de anti-retrovirais vem sendo estudada um, inibidor de fusão (IF) que passou a ser disponibilizado pelo SUS em 2005. A enfuvirtida é uma droga que age antes do vírus entrar na célula, diferente da ação de outras drogas, que controlam a replicação viral no citoplasma da célula de CD4, inibindo enzimas virais fundamentais para a replicação viral. A enfuvirtida mimetiza a estrutura de uma glicoproteína viral (gp 41), responsável pela fusão e adesão do vírus HIV à célula CD4. Como a ação do fármaco é extracelular, pode-se obter o sucesso terapêutico mesmo em pacientes com vírus resistentes a todos os outros anti-retrovirais.⁷

A administração de enfuvirtida não é oral porque trata-se de um peptídeo, sendo rapidamente digerido no trato gastrointestinal. Estudos mostraram que a via para administração subcutânea (SC) é mais efetiva que a intramuscular, e, é bem tolerada, mantendo as concentrações de enfuvirtida em estado de equilíbrio durante 12 horas após a injeção SC.^{8,9}

Em estudo fase I e II, a monoterapia com enfuvirtida resultou em uma rápida redução de carga viral, média de 1,96 log₁₀ cópias/ml depois de 14 dias de tratamento.¹⁰ Os eventos adversos sistêmicos descritos com mais frequência foram diarreia, náuseas e fadiga, com uma significativamente ocorrência no grupo da enfuvirtida que no grupo-controle.¹¹ As reações no local de aplicação foram relatadas por 649 (98%) dos pacientes que recebem enfuvirtida.¹² Em estudo sobre a aceitação da medicação, a maioria dos pacientes estava à vontade com a auto-aplicação SC e não teve dificuldade significativa com a refrigeração e a reconstituição da droga. Também relataram pouco ou nenhum impacto das injeções de enfuvirtida sobre as atividades da vida diária.¹³

A partir de 2005, a droga foi disponibilizada pelo Ministério da Saúde para pacientes com indicação médica, de acordo com os critérios da Norma Técnica nº 44/05 do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde do Brasil (PN-DST/AIDS-MS). Atualmente, esta droga serve como opção de resgate para pacientes com múltiplas falhas e que tenham, pelo menos, uma ou duas drogas ativas indicadas pelo exame de genotipagem, conforme a NOTA TÉCNICA Nº 50/05 do PN-DST/AIDS-MS.

Em Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul (RS), em outubro de 2006, apenas 50 pessoas estavam utilizando esta droga, conforme dados do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Os usuários são de diferentes cidades e estão sendo acompanhados em centros especializados.

Por ser um ARV recentemente disponibilizado pelo Ministério da Saúde, poucos estudos sobre seus usuários no SUS são encontrados, fato que motivou esta pesquisa, associada à experiência do autor em um dos centros de dispensação desta droga, onde foi identificada, pelos relatos dos primeiros usuários, a dificuldade em utilizar uma droga anti-retroviral injetável.

OBJETIVO

Identificar os fatores de risco para baixa adesão ao tratamento de enfuvirtida nos usuários de Porto Alegre – RS. Espera-se que os resultados possam contribuir para a ampliação do conhecimento sobre esta nova “arma” contra o HIV, principalmente no que diz respeito à adesão do usuário ao tratamento, possibilitando desenvolver recomendações para se lidar com as dificuldades identificadas.

MÉTODOS

Cinquenta pacientes – todos maiores de 18 anos de ambos os sexos – fazem parte da amostra. Esse número corresponde à população total de pacientes em Porto Alegre que utilizava a enfuvirtida em outubro de 2006, independentemente do tempo de uso da droga.

Os dados foram coletados nos quatro centros de dispensação da droga em Porto Alegre: Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Rio Grande do Sul (ADS/RS), Serviço de Atenção Especializada em DST/AIDS do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (SAE/CSVC), Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (HNSC/GHC) e Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Desenvolveu-se um estudo transversal descritivo para identificar os fatores de risco para baixa adesão ao tratamento de enfuvirtida nos usuários de Porto Alegre – RS.

A literatura revisada indica a utilização de vários parâmetros para identificar fatores de risco para baixa adesão, pois não existe um instrumento que seja único, considerado padrão ouro.^{14,15} Autores sugerem que a presença de algumas variáveis determinantes de adesão possibilita a identificação de fatores de risco para baixa adesão ao tratamento.¹⁶⁻²⁰ Motivo pelo qual foi proposto neste estudo um Protocolo de Pesquisa que inclui questões para levantamento dessas variáveis, além de questões baseadas no Subcutaneous Injection Survey (SIS), instrumento validado para avaliar a experiência dos pacientes que se submetem à injeção subcutânea.²¹ Na questão sobre conhecimentos da doença, as respostas foram avaliadas considerando-se o que cada paciente, com suas palavras, respondia sobre HIV (vírus que ataca as células de defesa, causador da aids), aids (síndrome ou doença caracterizada pela deficiência da imunidade), CD4 (células de defesa), carga viral (quantidade de vírus) e resistência viral (resistência do vírus aos anti-retrovirais).

A análise foi realizada com o auxílio do programa estatístico SPSS 12.0 por meio de estatística descritiva.

O estudo multicêntrico foi submetido à aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa: da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMS/PMPA), do GHC e do HCPA.

Todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento informado para participarem do estudo.

RESULTADOS

Dados demográficos

Dos 50 pacientes que utilizavam a medicação em outubro de 2006, 13 (26%) não foram localizados ou não quiseram participar do estudo.

Dos 37 sujeitos entrevistados, 89,2% eram do sexo masculino, 91,9% brancos, com uma média de 10,6 anos de escolaridade. A idade variou entre 18 e 62 anos, com média de 42 anos. No que

tange à ocupação, 12 estavam empregados e, 12, aposentados, 32,4% cada, 24,3% estavam desempregados e 10,8% eram autônomos. Praticamente metade dos pacientes são de Porto Alegre (49%), 37% da Grande Porto Alegre e 14% de outras cidades gaúchas.

Dos quatro centros de dispensação, o ADS/RS teve o maior número de pacientes participantes, contabilizando 51,4%, seguido de 29,7% do SAE/CSVC, 10,8% do HUSC/GHC e 8,1% do HCPA.

Conhecimento sobre a doença

Os pacientes foram questionados sobre o que é o HIV, aids, CD4, carga viral e resistência viral. Responderam corretamente, segundo o entrevistador, o que é HIV (56,8%), aids (62,2%), CD4 (83,8%), carga viral (86,5%) e resistência viral (70,3%). Cruzando os dados dos pacientes que não sabiam o que era HIV ou aids, constatamos que 45,9% dos pacientes não sabiam diferenciar HIV de aids.

Uso da enfuvirtida

Foram diagnosticados como soropositivos para o HIV há 12 anos (média) e notificados há nove anos (média). Em média, usam a enfuvirtida há 24 semanas (mediana = 16 semanas).

Somente um paciente não identificou seus anti-retrovirais, 91,9% identificaram as drogas, por cor ou nome e sua dose, sem consultar a prescrição médica.

Os principais esquemas ARV prescritos com enfuvirtida foram: lamivudina (3TC) + tenofovir (TDF) + tipranavir (TPV) + ritonavir (RTV) em 13,5% e lamivudina + tenofovir + lopinavir/r (LPV/r) em 10,8% das prescrições. 3TC (91,9%) e TDF (86,5%) foram os inibidores da transcriptase reversa mais presentes nos esquemas anti-retrovirais, já LPV/r (37,8%) e TPV (32,4%) os inibidores da protease mais frequentes.

Quando questionados sobre abandonos prévios, somente dois (5,4%) já haviam abandonado a terapia antes de usar enfuvirtida. Dez (27%) disseram que já pensaram em desistir da medicação injetável. Alguns referiram esquecimento de dose de enfuvirtida nos últimos 30 dias (22,2%).

Na análise dos efeitos adversos, 19% dos pacientes referiram efeitos adversos sistêmicos, todos gastrointestinais, como: náusea, vômito, pirexia, empachamento e diarreia. Os efeitos adversos no local da aplicação foram presentes em 100% dos indivíduos apresentados no Gráfico 1. A dor, avaliada em uma escala comportamental com valores de 1 a 5, teve média 3,81, representada pela categoria: “dor presente, havendo períodos em que é esquecida” (Gráfico 2).

Prevenção de complicações

Os cuidados com os efeitos adversos no local da aplicação incluem: rodízio nas aplicações (91,9%), massagem pós-aplicação (73%), compressa quente (24,5%), compressa fria (13,5%) e outros cuidados (35,1%). Em outros cuidados foram citados uso de algum destes produtos: álcool, óleo de amêndoas, cânfora, anti-inflamatórios de uso tópico e um caso de fracionamento de uma dose em três aplicações. O tempo de duração da massagem após a aplicação variou entre 1 e 15 minutos (Mediana = 3,5 minutos).

O rodízio das aplicações foi realizado no abdômen (100%), braço (40,5%), perna (78,4%) e outros locais (46%). Outros locais incluem crista ilíaca, glúteos, ventro-glútea, flancos e panturrilha.

Quanto ao suporte na aplicação, 94,6% receberam orientação de um profissional da saúde, 81,1% tiveram a 1ª dose supervisionada por um enfermeiro, 59,5% não tem auxílio de um familiar na aplicação e 100% referiram segurança e preparo para realizar as aplicações.

Impacto na vida diária

Nas questões relacionadas ao impacto da injeção nas atividades diárias, envolvendo tanto a aplicação como seus efeitos, 81-89% dos casos demonstraram que o fato de se utilizar em uma droga subcutânea não interfere na rotina dos pacientes (Gráfico 3).

Os pacientes não demonstraram limitações em desenvolver as atividades diárias apresentadas no Gráfico 4, mas é necessário enfatizar algumas categorias que apresentaram um escore alto, quando consideradas somente as respostas “bastante” e “extremamente”, como: “viajar longe de casa”, 27%, e “privacidade sobre a saúde”, 24%.

Nível de dificuldade em usar enfuvirtida

Considerando as respostas “muito fácil e “fácil”, percebemos que a maioria dos pacientes não apresentou dificuldades: na auto-aplicação (62,2%), em manter sua medicação refrigerada (83,8%), em preparar sua medicação para a injeção (83,8%), em dissolver a medicação na água para a aplicação (78,4%), em aspirar a medicação para a injeção (70,2%) e em descartar do material pífuro-cortante (81%). A única categoria que não apresentou o mesmo padrão de resposta foi a disposição de vias (35,1%), em que 35,1% julgaram “nem fácil nem difícil” e 29,7% consideraram “difícil” achar um local para aplicar a injeção (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Os dados encontrados no perfil demográfico não diferem dos estudos já realizados com usuários de enfuvirtida na América (TORO 1) e na Europa (TORO 2).^{9,10} Dos pacientes que receberam a droga em Porto Alegre, 51% são moradores de outras cidades, o que dificulta sua retirada mensal. Acredita-se que muitos pacientes preferiram viajar até Porto Alegre a retirarem sua cidade por causa do preconceito, já que, em outras cidades, o número de habitantes é menor e a identificação do paciente com aids é iminente.

O diagnóstico do paciente foi há 12 anos (média) e a notificação há nove anos (média). Esse dado sugere que os pacientes descobriram que eram portadores do vírus do HIV em um estágio tardio da infecção, o que pode ter contribuído para as múltiplas falhas terapêuticas apresentadas pelos usuários de enfuvirtida.

Os pacientes foram questionados se já tinham pensado em desistir do tratamento com enfuvirtida: 27% responderam que “sim”, assim como 22,2% referiram esquecimento de dose nos últimos 30 dias. Esses dados são preocupantes, pois é necessário que 95% das doses sejam tomadas corretamente para que se obtenha o sucesso terapêutico.⁶ Pacientes que pensaram em desistir do tratamento e referiram esquecimento de dose podem apresentar sério risco para baixa adesão, contribuindo para a resistência do HIV ao inibidor de fusão, pois a concentração da droga na zona de presão seletiva favorece a seleção de cepas virais resistentes.²²

Os efeitos adversos sistêmicos relatados foram gastrintestinais (19%), semelhantes aos encontrados no estudo TORO 2.⁹ Efeitos como a diarreia podem ter forte associação aos ARV orais.

Os efeitos adversos locais foram presentes em 100% dos pacientes, prevalência superior aos estudos TORO 1 (98,1%) e TORO 2 (97,6%).^{8,9}

As principais complicações locais foram a formação de nódulos (91,9%) e eritema (89,2%), também descritos por outros estudos clínicos.^{8,9,23} Equimose (45,9%), prurido (59,5%) e endurecimento (48,6%) foram outras complicações, menos prevalentes, mas que também podem contribuir para a baixa adesão do paciente. Os efeitos adversos constituem uma das principais causas de baixa adesão, portanto, uma boa técnica de injeção, o rodízio das aplicações e a massagem após a aplicação são estratégias que podem minimizar esses efeitos.²⁴

Os pacientes referiram “dor presente, havendo períodos em que é esquecida” (média). Os achados demonstraram que, apesar de a dor estar presente (81,1%), não atrapalha as atividades diárias (70,3%). Apenas 10,8% apontam a dor como fator incapacitante no que se refere a exercer as atividades diárias. Acredita-se que os pacientes tolerem a dor em função da motivação e do otimismo causados pelos resultados apresentados com o uso da medicação, como o aumento de CD4 e a diminuição da carga viral.

Apesar da baixa frequência dos pacientes que não realizaram o rodízio nas aplicações (8,1%) e que não realizaram a massagem após as aplicações (27%), esses dados preocupam quando pensamos, a longo prazo, no uso desta droga injetável subcutânea. É importante lembrar que alguns pacientes (35,1%) utilizaram produtos sem a recomendação da equipe de saúde, entretanto, o seu uso pode estar sendo benéfico, devendo ser investigada pela equipe a sua eficácia clínica.

Quanto aos locais de aplicação, constatamos que 46% dos pacientes também usam regiões não orientadas pela enfermagem, cabendo ao enfermeiro fornecer o suporte necessário para a orientação dos pacientes a fim de manter a integridade da pele.

Esse suporte, segundo o consenso clínico para o uso de enfuvirtida, deve abordar 100% dos pacientes que começam a utilizar este fármaco, com dose supervisionada por um profissional de enfermagem. Em Porto Alegre, 5,4% dos pacientes não tiveram auxílio de um enfermeiro e 28,9% não tiveram a primeira dose supervisionada. Embora 100% dos usuários tenham referido que se sentem seguros e preparados para realizar as injeções, podem apresentar dificuldades na administração da droga, principalmente entre os pacientes que não têm auxílio de um familiar para a aplicação (59,5%).

Independentemente do tempo de infecção, quase metade dos pacientes (45,9%) não soube diferenciar HIV de aids. A equipe deve se questionar sobre o que está sendo oferecido aos usuários em nossos serviços, tanto no nível individual, como nas consultas médicas e de enfermagem, quanto na abordagem coletiva, como nos grupos focais, nem sempre disponibilizados nos serviços e que constituem espaços privilegiados de troca de informações entre a equipe de saúde e o usuário. Conhecer o seu estado

de saúde-doença permite ao usuário uma maior autonomia em relação à tomada de decisões sobre as questões relacionadas a mudanças de comportamento, a valorização da saúde e à percepção de riscos.

Os achados sobre a avaliação do impacto do uso de enfuvirtida na vida diária foram diferentes das dificuldades relatadas pelos primeiros usuários ao autor, em um dos centros de referência. A maioria dos pacientes (81%) referiu que as aplicações não interferem nas atividades diárias. Entretanto, devemos estar atentos à assistência adequada àqueles pacientes que enfrentam dificuldades com as aplicações, fornecendo suporte àqueles que apresentaram respostas “bastante” e “extremamente” para limitações para viajar longe de casa (27%) e privacidade sobre a saúde (24%), o que pode favorecer o risco para a baixa adesão desses pacientes.

As dificuldades na administração da droga, relatadas ao autor pelos seus primeiros usuários, também foram diferentes dos resultados avaliados nesta categoria. Os pacientes não encontraram dificuldade para administrar a medicação injetável, entretanto, 29,7% acharam “difícil” encontrar um local para aplicar. Acredita-se que o elevado percentual de nódulos apresentado pelos usuários de enfuvirtida tenha contribuído para a dificuldade de encontrar um local para aplicá-la, por isso devemos salientar a importância dos cuidados na aplicação para a prevenção de efeitos adversos, preservando os tecidos e permitindo o uso contínuo da droga. Os achados relacionados à dificuldade na administração foram semelhantes aos encontrado por Cohen, exceto pela dificuldade de encontrar um local para aplicar, não citada no estudo.²⁵

É imprescindível fazer o acompanhamento de todos os pacientes, mesmo antes de iniciar as aplicações, fornecendo escuta e esclarecimentos de acordo com as necessidades do usuário. As orientações devem ser constantes, com retornos regulares pelo menos até o primeiro ano de uso, com doses periodicamente supervisionadas pela enfermagem. A participação em encontros de adesão deve ser estimulada entre os usuários de enfuvirtida, possibilitando um espaço de troca de informações entre os pacientes e a intervenção da equipe de saúde. Os profissionais de saúde devem estar conscientes da importância da adesão ao tratamento, e da sua divulgação entre os pacientes, a fim de evitar a resistência viral a este novo anti-retroviral. É sugerido, também, que se realizem estudos com dose supervisionada, para relacionar os pacientes que não apresentam dificuldades em aplicar o medicamento, mas que podem apresentar erros durante a administração do fármaco.

CONCLUSÃO

O estudo reforça a necessidade do acompanhamento direto por um profissional de enfermagem – visto que os procedimentos podem parecer fáceis, mas requerem boa técnica para diluição, aspiração e aplicação do medicamento a fim de diminuir os efeitos adversos locais – e das orientações sobre os cuidados após a aplicação.

Tabela 1 – Dificuldade na administração de enfuvirtida.

Qual o grau de dificuldade você encontra para:	Muito fácil	Fácil	Nem fácil nem difícil	Difícil	Muito difícil
Dar você mesmo as injeções	4 (10,8%)	19 (51,4%)	11 (29,7%)	3 (8,1%)	—
Manter sua medicação refrigerada	5 (13,5%)	26 (70,3%)	3 (8,1%)	3 (8,1%)	—
Preparar sua medicação para injeção	8 (21,6%)	23 (62,2%)	5 (13,5%)	1 (2,7%)	—
Dissolver a medicação na água para a aplicação	8 (21,6)	21 (56,8%)	3 (8,1%)	5 (13,5%)	—
Disposição de via (local para aplicação)	2 (5,4%)	11 (29,7%)	13 (35,1%)	11 (29,7)	—
Aspirar a medicação para injeção	10 (27%)	16 (43,2%)	10 (27%)	1 (2,7%)	—
Descarte dos pífuro-cortantes	15 (40,5%)	15 (40,5%)	4 (10,8%)	1 (2,7%)	2 (5,4%)

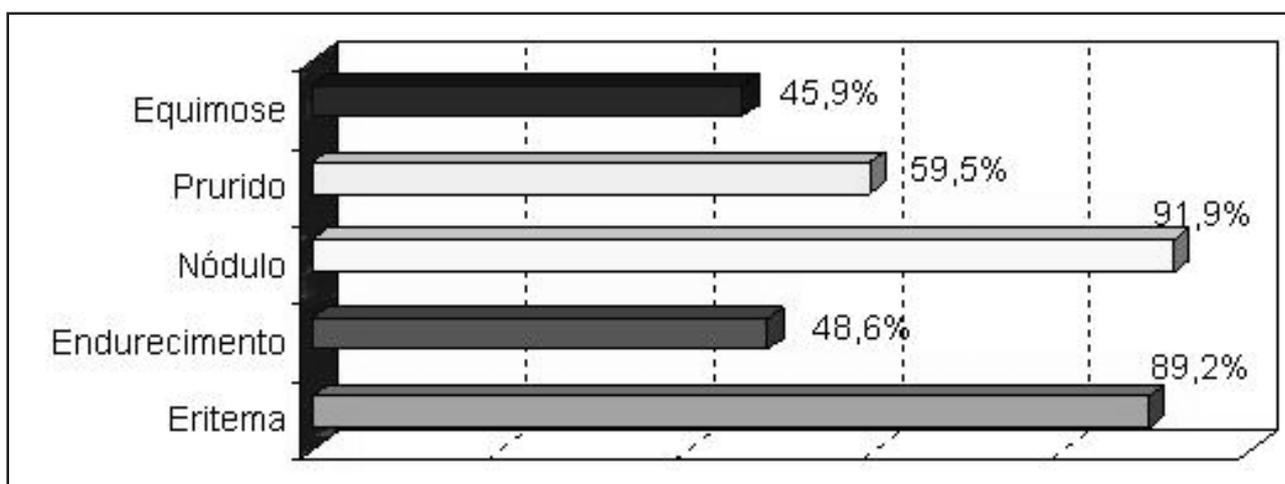
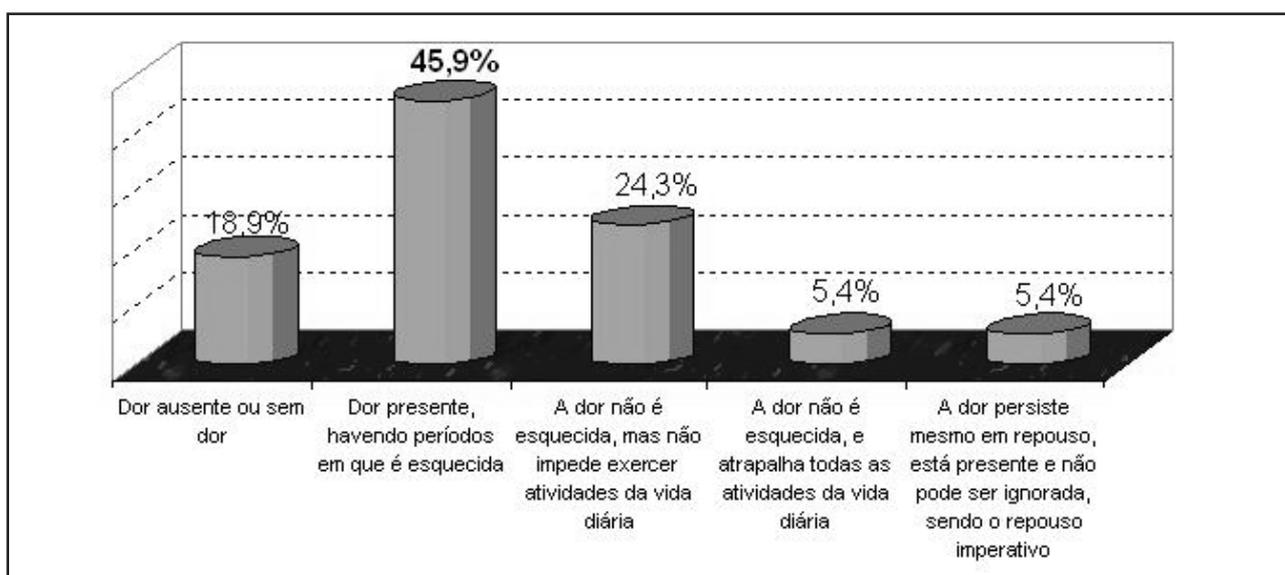
Gráfico 1 – Efeitos adversos no local da aplicação.**Gráfico 2** – Dor referida nos locais de aplicação.

Gráfico 3 – Impacto das injeções nas atividades diárias.

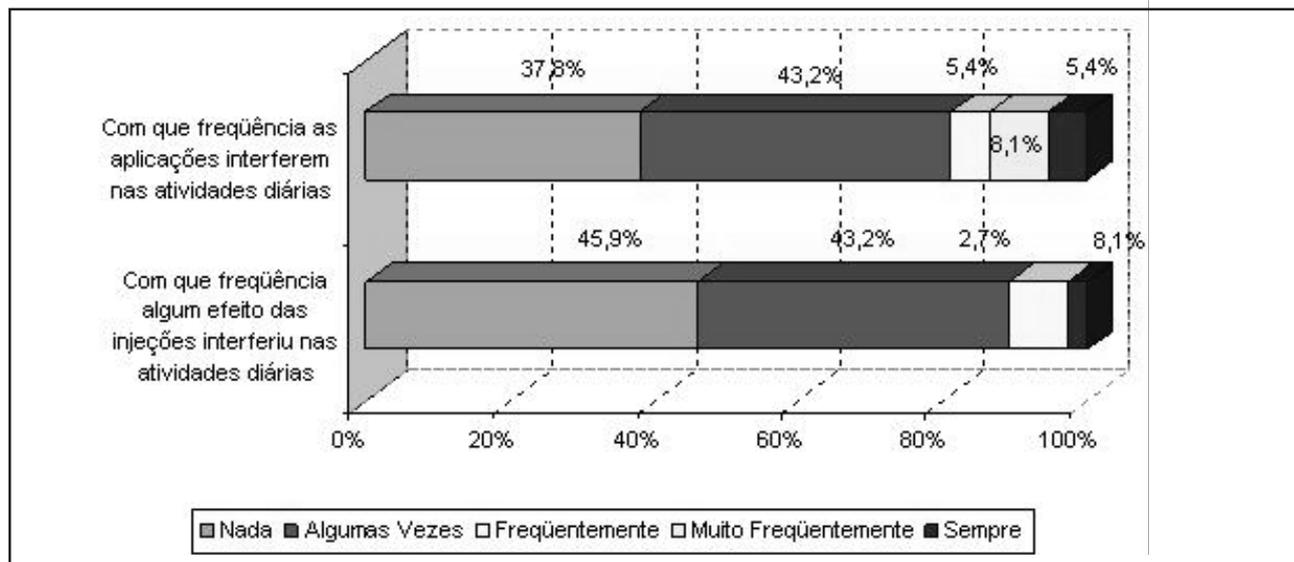
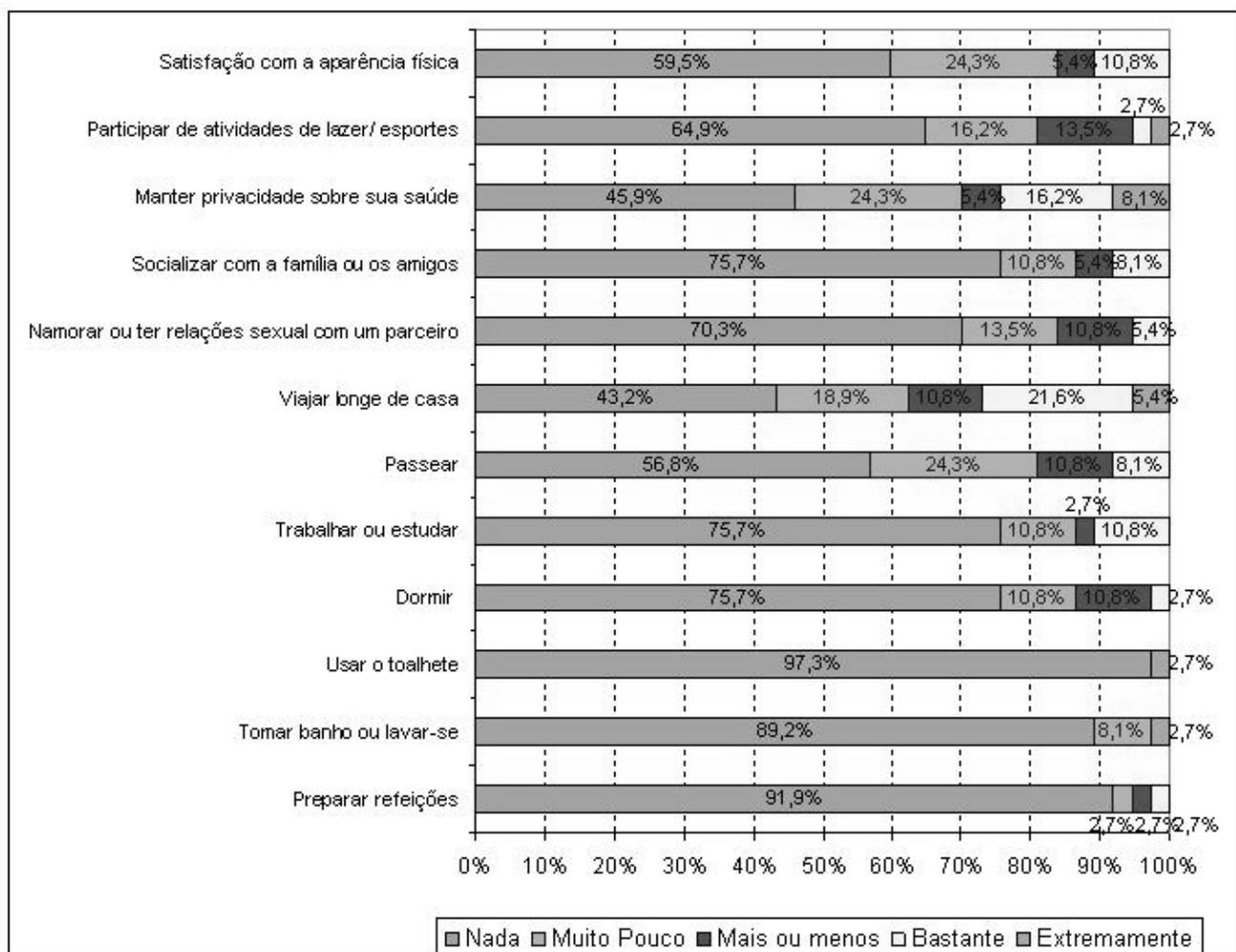


Gráfico 4 – Limitações em desenvolver as atividades diárias.



Agradecimentos

Aos profissionais e pacientes, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do Grupo Hospitalar Conceição, do Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes e do Ambulatório de Dermatologia Sanitária.

Às Enfermeiras Gisele Inchauspe Preusler e Maria da Glória Piazza, por despertar em mim o interesse pela assistência ao HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Ministério da Saúde: Boletim Epidemiológico de AIDS. Disponível em <http://www.aids.gov.br> (acessado em 20/10/05).
2. Dourado I, Veras MASM, Barreira D et al. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (supl): 9-17.
3. Rachid M, Schechter M. Manual de HIV/AIDS. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
4. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG) Adherence Instrument. *AIDS Care* 2000; 12: 255-266.
5. Grangeiro A, Teixeira L, Bastos F, et al. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2006, 40, (supl): 60-69.
6. Paterson DL, Swindels S, Mohr J, et al. How much adherence is enough: A preparative study of adherence to protease inhibitor therapy using MemsCaps. 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, the USA; 1999.
7. Roche, Produtos Químicos e Farmacêuticos S.A.: Monografia do Produto. São Paulo; 2005.
8. Lalezari JP, Eron JJ, Carlson M, et al. A phase II clinical study of the long-term safety and antiviral activity of enfuvirtide-based antiretroviral therapy. *AIDS* 2003;17:691-698.
9. Lazzarin A, Clotet B, Cooper D, et al. Efficacy of Enfuvirtide in patients in infected with drug-resistant HIV-1 in Europe and Australia. *New England Journal of Medicine* 2003; 348:2186-2195.
10. Kilby JM, Hopkins S, Venetta TM, et al. Potent suppression of HIV-1 replication in humans by T-20, a peptide inhibitor of gp41-mediated virus entry. *Nature Medicine* 1998; 4:1302-1307.
11. Drobnes C, Fang L, Nelson E, et al. Tolerability of enfuvirtide (T-20) during chronic therapy in phase II trial. 42nd International Conference on Antiviral Agents and Chemotherapy. San Diego, USA, 27-30 September 2002.
12. Eron JJ, Delfraisse J, Kuritzkes D, et al. Safety of enfuvirtide through 48 weeks of therapy in TORO trials. 43rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Chicago, USA, 14-17 September 2003; Poster H-836.
13. Green J & Wintfeld NP. Patient acceptance with self-injection of enfuvirtide (T-20) for HIV over 24 weeks of treatment. 6th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection. Glasgow, UK, 17-21 November 2002.
14. Martín J, Escobar I, Rubio R, et al. Study of the Validity of a Questionnaire to Assess the Adherence to Therapy in Patients Infected by HIV. *Recomendaciones HIV Clinical Trials* 2001;2(1):31-37.
15. Pratt RJ, Robinson N, Loveday HP, et al. Adherence to Antiretroviral Therapy: Appropriate Use of Self-Reporting in Clinical Practice. *HIV Clinical Trials* 2001;2(2):146-159.
16. Carvalho CV, Duarte DB, Merchán-Hamane, Bicudo E, Laguardia J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (2): 593-604.
17. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medication among participants in HIV clinical trial: the AACTG adherence instruments. *AIDS CARE* 2000;12:255-6.
18. Gir E, et al. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2005; 13 (5): 634-641.
19. Júnior LL, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública* 2001; 5 (6): 495-501.
20. Silveira VL. Característica do regime anti-retroviral e adesão ao tratamento. *JBDI* 2003; 7 (3): 194-201.
21. Green J & Wintfeld N. Patient acceptance with self-injection of enfuvirtide (T-20) for HIV over 24 weeks of treatment. 6th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection. Glasgow, UK, 17-21 November 2002.
22. Lazzarin A. Enfuvirtide: the first HIV fusion inhibitor. *Expert Opinion Pharmacother*. Ashley Publications; 2005.
23. Rockstroh JK, Mauss S. Clinical perspective of fusion inhibitors for treatment of HIV. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy, the British Society for Antimicrobial Chemotherapy*, 2004.
24. Clotet B et al. Clinical management of treatment-experienced, HIV-infected patients with the fusion inhibitor enfuvirtide: consensus recommendations. *AIDS* 2004, Vol 18 Nº 8.
25. Cohen C, Hellinger J, Johnson M, et al. Patient Acceptance of Self-Injected Enfuvirtide at 8 and 24 Weeks. *HIV Clinical Trials* 2003; 5:347-357.

Endereço para correspondência:

THIAGO CUNHA DOS SANTOS

Rua Dona Cristina, 391, Bairro Cristal, CEP 90830-560, Porto Alegre - RS,

Tel: 99473586 32666274

E-mail: thiagoenf@ig.com.br

Recebido em: 24/03/2007

Aprovado em: 17/05/2007

MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO E A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS

SEX WORKER WOMEN AND THE VULNERABILITY TO THE HIV/AIDS

Kátia P Borba¹ & Maria José Clapis²

RESUMO

Introdução: levando-se em consideração a problemática vivenciada no trabalho com mulheres profissionais do sexo de Guarapuava-Paraná, o estudo apresenta esclarecimentos a respeito da vulnerabilidade ao HIV/aids nestas mulheres, por meio de dimensões determinadas para a promoção da saúde, nos seus planos individual e coletivo. **Objetivo:** identificar os fatores sociais, individuais e programáticos que envolvem a vulnerabilidade ao HIV/aids em mulheres profissionais do sexo; verificar as dificuldades pessoais vivenciadas pelas profissionais do sexo infectadas pelo HIV, e a sua posição profissional para a tomada de decisão sobre as medidas utilizadas para a prevenção do HIV/aids. **Métodos:** pesquisa de abordagem qualitativa, tendo como instrumento para coleta de dados a história de vida do tipo tópica. A discussão dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin. **Conclusão:** constatamos que os fatores individuais, sociais e programáticos favorecem a vulnerabilidade ao HIV/Aids. Apesar de as mulheres profissionais do sexo terem a consciência de serem portadoras do vírus HIV e da ampla distribuição de informações, é difícil mudar hábitos dentro de todo um contexto sociocultural que facilitou a infecção. O trabalho de prevenção do HIV/aids não deve limitar-se à disponibilização de informação por meio da chamada conscientização da população sobre o problema, mas sim, ao trabalho com as predisposições culturais e os seus limites para práticas protegidas.

Palavras-chave: mulheres profissionais do sexo, vulnerabilidade, HIV/aids.

ABSTRACT

Introduction: considering problems in working with women so-called sex professionals in Guarapuava-Paraná, this study heads us for understanding their exposure to HIV/aids, through determined dimensions in health promotion at individual and collective levels. **Objective:** to identify programming, social and individual factors involving vulnerability to HIV/aids in female sex professionals; verify personal difficulties faced by these women infected by HIV and their professional position to make decision about measures taken to prevent HIV/aids. **Methods:** qualitative approach research having life topic story as its instrument to collect data; discussion on data has been made through analyses of contents, according to Bardin. **Conclusion:** we have reached the conclusion that programming, social and individual factors make people more vulnerable to HIV/aids. Although many women are aware of having HIV and despite wide distribution of information, it is difficult to change habits in a social and cultural environment which had facilitated the infection. The work with HIV/aids prevention cannot be restricted to the distribution of information by making people aware of the problem, moreover, the work with cultural predisposition and its limits for protected practice.

Keywords: female sex professionals, vulnerability, HIV/aids.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 254-258, 2006

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem alcançado, no mundo, números assustadores. As últimas estatísticas do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/aids (UNAIDS) registram que, desde o início da epidemia, foram relatados 60 milhões de casos de HIV/Aids, dos quais 21,8 milhões foram fatais, e 36,1 milhões de pessoas vivem com a infecção. A pandemia desta infecção afeta 17 milhões (47%) de mulheres e 1,4 milhões de crianças menores de 15 anos.¹

No Brasil, do início da década de 1980 até dezembro de 2002, foram notificados ao Ministério da Saúde 257.780 casos de aids. A razão entre homens e mulheres que era de 26:1 em 1985, passou para 3:1 em 1997 e, atualmente, encontra-se bem próxima de 1:1.²

A vulnerabilidade feminina é fortemente definida por um tipo de relação que a mulher mantém com sua sexualidade e consigo mesma, cuja marca tem sido a subordinação ao desejo masculino. Essa vulnerabilidade coloca a mulher em situação de risco em relação às DST e à aids. As populações em situação de maior risco são justamente aquelas que estão à margem do institucional, já que são raramente abordadas e têm seu acesso aos serviços formais de saúde, educação e serviço social restringidos. Como exemplo, podemos citar as mulheres que vivem na prostituição.³

Enquanto enfermeira, trabalhando na coordenação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) e do Serviço de Assistência Especializada (SAE), juntamente com uma equipe multiprofissional, tivemos a iniciativa de implantar um programa de atendimento às profissionais do sexo do município de Guarapuava, no Paraná. Chamava-nos a atenção o fato de que, diariamente, mulheres que se prostituíam procuravam o COAS amedrontadas, solicitando informações e respostas para suas dúvidas relacionadas ao HIV e às outras DST. Por outro lado, os dados estatísticos da época (2001) evidenciavam que 10,5% da

¹Enfermeira – mestre em Enfermagem na área de Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

²Professora doutora – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

população soropositiva cadastrada no SAE por HIV eram profissionais do sexo feminino.⁴ Então implantamos um programa junto às mulheres profissionais do sexo, o qual denominamos Programa Bem-te-vi, cujo principal objetivo é realizar ações de prevenção às DST/HIV/aids. O trabalho vem sendo desenvolvido desde outubro de 2001 e a experiência nos tem mostrado uma boa aceitação do público-alvo quanto à assiduidade para a realização dos exames de rotina, o que possibilita o diagnóstico precoce das infecções sexualmente transmissíveis, e, quanto à procura de preservativos para uso próprio. Porém, ainda há incidência de contágio por HIV e até mesmo por DST entre as mulheres atendidas por este programa. Acreditamos que, para este grupo específico, o problema das DST/aids não esteja somente na informação ou na falta dela.

Levando em consideração a problemática vivenciada no trabalho com as profissionais do sexo, vislumbramos a necessidade de realizar este estudo, com o intuito de averiguar as questões sociais e individuais que envolvem a vulnerabilidade das profissionais do sexo à aids.

OBJETIVO

- Identificar os fatores sociais, individuais e programáticos que envolvem a vulnerabilidade de mulheres profissionais do sexo ao HIV/aids;
- Verificar as dificuldades pessoais vivenciadas pelas profissionais do sexo infectadas pelo HIV, e a sua posição profissional para a tomada de decisão sobre as medidas utilizadas para a prevenção do HIV/aids.

MÉTODOS

Para o estudo foi utilizada a metodologia de abordagem qualitativa.⁵ A técnica de coleta de dados utilizada foi a história de vida tópica, com ênfase na questão da vulnerabilidade das profissionais do sexo, que resultou em sua infecção pelo vírus HIV.

A pesquisa foi adequada aos princípios científicos que a justificam, tendo o projeto sido avaliado e aprovado pela Comissão de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (USP). Mantivemos os procedimentos que asseguram a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização. Garantimos a não-utilização das informações em prejuízo das pessoas – no que se refere à auto-estima, prestígio econômico financeiro – assim como o respeito a valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos sujeitos.

A população estudada só aceitou participar da pesquisa após ter recebido esclarecimentos, em linguagem acessível, sobre os procedimentos que foram integrados no estudo, ou seja, sobre a participação da informante na entrevista gravada após ter assinado um termo de consentimento livre e esclarecido.

O estudo foi desenvolvido em Guarapuava – PR, junto ao Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) e ao Serviço de Assistência Especializada (SAE), serviços vinculados à Secretaria Municipal da Saúde, que desenvolvem trabalhos educativos na comunidade, tendo em vista a prevenção das DST/HIV/aids, e prestam atendimento médico, psicológico e social aos pacientes soropositivos e doentes de aids. Também junto ao Programa Bem-te-vi, que é uma das atividades do COAS.

Fizeram parte do estudo sete mulheres profissionais do sexo, ou com história de prostituição, infectadas pelo vírus HIV, todas cadastradas no SAE, sendo que, das sete, quatro são assistidas pelo Programa Bem-te-vi. Destas, duas foram infectadas quando já faziam parte do Programa Bem-te-vi e duas já estavam infectadas pelo HIV quando foram cadastradas no programa. A seleção das mulheres participantes da pesquisa foi feita dando-se preferência às mulheres assistidas no Programa Bem-te-vi. Para que se enriquecessem os dados, optou-se também por pesquisar mulheres que não participam do Programa Bem-te-vi, mas que são cadastradas para acompanhamento e/ou tratamento de aids no SAE.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, conforme o que foi proposto por Bardin.⁶ Trabalhamos com dois núcleos temáticos, os quais denominamos de dimensões individual e coletiva, sendo esta última subdividida em social e programática. Os núcleos temáticos foram divididos em subtemas.

RESULTADOS

Todas as mulheres entrevistadas tinham idade igual ou superior a 28 anos. Apenas uma concluiu o Ensino Fundamental, e somente duas cursaram até a 5ª série, as demais cursaram até a 4ª série.

Das pesquisadas, uma é viúva, uma é solteira e as demais vivem com um companheiro. No que diz respeito à saúde reprodutiva das mulheres pesquisadas, três afirmaram que tiveram duas gestações; uma teve três gestações; uma, quatro gestações; uma, nove gestações; e uma afirmou nunca ter engravidado. Apenas duas relataram que sofreram aborto, e que foi espontâneo. Quanto ao uso de contraceptivos, duas afirmaram que faziam uso somente de preservativo masculino, três faziam uso de pílula anticoncepcional e preservativo masculino, uma fazia uso de hormonioterapia injetável e uma afirmou ter sofrido laqueadura.

Quanto ao tempo de profissão, das sete entrevistadas, uma afirmou ter 19 anos de profissão; duas relataram ter apenas um ano; duas, dois anos; uma, dois anos e meio; e uma afirmou que esteve envolvida com a prostituição por 17 anos, tendo trabalhado ativamente por um período de dois anos. Duas ainda exercem a profissão e não estão doentes de aids, apenas pararam por um período de, aproximadamente, quatro a seis meses. As demais afirmaram ter abandonado a profissão após passarem a viver com seus companheiros. Embora essas cinco últimas afirmem que não exercem a profissão, uma delas admite que faz programas eventuais com seus “ex-clientes”, mas declara que seu atual companheiro não pode sequer desconfiar de tal fato. De todas as entrevistadas infectadas pelo vírus HIV, duas eram apenas portadoras do vírus HIV, tinham diagnóstico desde 2004 e foram cadastradas no Programa Bem-te-vi antes do diagnóstico para HIV; cinco já estavam doentes de aids, e faziam uso de terapia anti-retroviral, sendo que três tinham diagnóstico desde 1997, uma desde 1999 e uma desde 2000.

DISCUSSÃO

O conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como a possibilidade de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas

as ordens para se proteger de ambos. Isto implica análise articulada dos três eixos. No entanto, para fins de interpretação destas dimensões, passaremos à análise segundo os núcleos temáticos propostos neste estudo: aspectos coletivos e individuais.

A dimensão individual da vulnerabilidade das mulheres profissionais do sexo ao HIV/aids configurou-se em três subtemas:

Comportamento sexual: Identificamos um comportamento sexual vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis já na fase da adolescência, devido à iniciação sexual precoce. Percebemos jovens despreparadas para a prática sexual, ou seja, sem conhecimento da prevenção às DST, assim como, de métodos contraceptivos. A iniciação sexual feminina, no Brasil, é precoce e acontece por vários motivos, desde manifestação espontânea, pressão social, ou coerção de homens mais velhos, até por violência física. Embora esta pesquisa contemple mulheres já contaminadas pelo vírus HIV, podemos observar a falta de percepção de algumas em relação à vulnerabilidade às outras DST a que também estão expostas. Neste sentido, o vírus HIV torna-se algo distante para elas, fazendo com que assumam um comportamento despreocupado ante a prevenção e, em contrapartida, valorizem outros elementos, como a manutenção dos laços afetivos. Em um estudo sobre fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, realizado em Maringá – PR, constatou-se que as carências e a dificuldade de tomar uma posição parecem estar relacionadas à dependência econômica.⁴ As mulheres abrem mão do uso do preservativo assim que se envolvem emocionalmente com seu parceiro, independentemente do tempo de relacionamento. Ainda é muito difícil para a maioria das mulheres aceitarem e enxergarem o comportamento sexual de seus parceiros que, muitas vezes, têm outros parceiros sexuais, masculinos ou femininos.

Uso de drogas: Estudos enfocam a relação entre o uso de drogas, violência e um maior risco de DST/aids.⁸ Esta vulnerabilidade ao HIV/aids foi também identificada na adolescência, estendendo-se até a fase adulta. Algumas mulheres relataram que foram influenciadas pelas “más companhias”, ou seja, por pessoas com quem elas aprenderam a fazer uso de drogas, evidenciando, assim, a falta de suporte familiar ou ajuda, que contribuíram para sua manutenção neste meio. Destacamos ainda, o fato de estas mulheres afirmarem que não sabiam o que estavam fazendo quando estavam drogadas, o que relacionamos às relações sexuais com múltiplos parceiros e a uma maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis. O uso não somente de drogas, mas também de bebidas alcoólicas, conforme relatado por elas, pode aumentar esta vulnerabilidade.

Prostituição: Investigamos o motivo que levou estas mulheres a ingressarem na prostituição, a qual relacionamos a uma necessidade de sobrevivência. Em nenhum momento verificamos a preocupação delas quanto à exposição às doenças sexualmente transmissíveis. Constatamos que essas mulheres estão envolvidas com a prostituição por causa da remuneração, sendo que se satisfaziam com a aquisição de seus bens de consumo. De acordo com Figueiredo & Ayres,⁹ as mulheres contraem aids por meio de contatos sexuais esporádicos, pela prestação de serviços sexuais remunerados, mas cada vez mais, pelo contato com seus parceiros fixos, tanto namorados quanto maridos. Concordamos com a afirmação destes autores, contudo, acreditamos que, devido à exposição excessiva do corpo da mulher na relação sexual proporcionada pela prostituição, a vulnerabilidade às DST e ao HIV/aids torna-se um fator de grande relevância. A falta de percepção quanto à

vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis no exercício da prática da prostituição foi um fator bastante significativo, que pode ter causado a ocorrência do diagnóstico de HIV/aids entre estas mulheres.

A dimensão coletiva da vulnerabilidade ao HIV/aids foi avaliada pelo componente social e também pelo componente programático que visa ao planejamento de ações por parte de técnicos, autoridades e governos, buscando a prevenção às DST/HIV/aids.

O núcleo temático “dimensão social”, configurou-se em três subtemas:

A história familiar e a condição de vida: Identificamos a desestrutura familiar, resultar em más condições de vida, tornando-as mais vulneráveis. Constatamos a ocorrência de um processo de ruptura nas relações de laço, respeito e afeto. As mulheres deste estudo fizeram parte de famílias constituídas, na maioria das vezes, por grupos diferentes, que não necessariamente incluíam pai e mãe e que, na figura representativa de pais, muitas vezes não desempenharam seu real papel. “A família pode se organizar em torno de pais biológicos ou não, casados ou separados, substitutos, parentes ou amigos. O núcleo familiar permitirá exercitar a vida social futura, fabricando indivíduos com maturidade emocional, capazes de adquirir independência e de garantir sua integridade física, psíquica e moral”.¹⁰

Verificamos um grupo social marcado pela desestrutura familiar, filhos doados sem respaldo legal, ou quando doados formalmente, já em idade de primeira infância, podendo entender todo o contexto familiar. Constatamos também a vida no campo, evidenciada pelo relato do trabalho na lavoura, da insatisfação pessoal e da busca de outros meios de sobrevivência assim como melhores condições de vida. Também identificamos a imagem de pais agressivos e alcoólatras, e, a partir desta questão, contextualizamos a violência e a vulnerabilidade ao HIV/aids.

O estupro, além de ser uma das mais cruéis formas de violência, pode levar à contaminação por HIV. Alguns estudos¹¹ revelam uma associação entre violência e aids. A exposição à violência no contexto social parece ter relação com vitimização e perpetração em outros contextos, como o familiar e o interpessoal.

Educação: Indicadores de baixa escolaridade e classe social são inversamente proporcionais à possibilidade de negociação com o parceiro sobre o uso de preservativo. Em contrapartida, mesmo com maior poder aquisitivo, grau de instrução e independência financeira, a mulher ainda tem pouco espaço para negociação nas relações. Conforme estudo realizado em São Paulo, intitulado Intervenção Comunitária e Redução da Vulnerabilidade de Mulheres às DST/aids,⁹ a baixa escolaridade compõe um quadro de expressiva vulnerabilidade feminina às DST/aids. A baixa escolaridade é preponderante nas histórias de nossos sujeitos, sendo que a média de anos de estudo vai até a 4ª série do Ensino Fundamental. A baixa escolaridade destas mulheres pode estar relacionada à falta de oportunidade, e até mesmo de incentivo para o estudo.

As relações de gênero: Avaliamos a relação de gênero focalizando dois diferentes aspectos: programas e relação afetiva. As entrevistadas afirmaram que o comando da relação sexual era delas, porém, podemos constatar que este domínio era exercido somente na escolha da forma de sexo, e não na proteção dos seus corpos. Ficou evidente que o parceiro é o real motivo para a não-proteção das mulheres. Identificamos mulheres que, embora conscientes de seu diagnóstico de HIV, continuam contribuindo para a disseminação de sua doença. Contudo, algumas outras, conscientes de sua

infecção pelo vírus, passaram a proteger o outro no programa porém, sem a percepção da vulnerabilidade quando se expõem às outras DST, com seus companheiros na relação afetiva. O papel social, ou gênero, da mulher também aumenta seu risco. As relações desiguais de poder e a dependência econômica das mulheres, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas.¹² Acreditamos que isto ocorra devido à relação de afeto e à supremacia de decisão do sexo oposto.

O núcleo temático “dimensão programática” configurou-se em dois subtemas:

O diagnóstico: Após o diagnóstico de HIV, a percepção de domínio na relação sexual apresentou mudanças com relação ao uso do preservativo nas relações sexuais no programa. Talvez esta mudança de comportamento esteja relacionada à sedução e ao domínio do homem no momento do programa. O aumento da incidência de aids na última década tem suscitado diversos estudos com o objetivo de melhorar a compreensão e prevenir a infecção pelo vírus HIV.¹¹ A falta de conhecimento sobre a epidemia e a não-aceitação do diagnóstico são fatores importantes na disseminação da doença. A compreensão das formas de prevenção, bem como os estereótipos difundidos no início da epidemia, fortemente marcados por julgamentos morais, foram fatores importantes para a exposição ao HIV e para sua infecção. A idéia de que a aids é um castigo para as más ações precisa ser cuidadosamente desconstruída em grupos psicoeducativos. Quando as mulheres consideram que não praticam más ações, ou seja, são mulheres fiéis, cuidadosas e honestas, não enxergam sua vulnerabilidade, pois acreditam que nada de mal poderia lhes ocorrer.⁷

Saúde reprodutiva: Considerando-se que alguns de nossos sujeitos tiveram seus diagnósticos positivos para HIV na década de 1990, estando, portanto, em idade fértil, identificamos algumas questões de reprodução infecção pelo HIV e transmissão vertical, ocorrida em mulheres que tiveram filhos após estarem infectadas pelo HIV. Em 1996, já existiam programas atuantes, como COAS e SAE, para trabalhar a questão da gravidez em mulheres HIV positivas, assim como o uso de terapias profiláticas para a prevenção da transmissão vertical. De acordo com estudo realizado,¹ os médicos orientam as mulheres quanto aos métodos anticoncepcionais mais apropriados ao uso por pacientes HIV positivas, mas são bem menos freqüentes as orientações sobre as questões relativas ao planejamento familiar e à reprodução e sobre a probabilidade de infecção pelo HIV para seus conceitos com e sem o uso de AZT e outras drogas anti-retrovirais, ou qual a melhor forma de engravidar para que se diminua o risco de o bebê se infectar, de reinfeção da mãe e de infecção ou reinfeção do parceiro. Este aconselhamento é fundamental, dado o valor socialmente instaurado da maternidade no Brasil. Acreditamos que a vulnerabilidade dentro da dimensão programática esteja relacionada, neste caso, ao desconhecimento por parte dessas mulheres dos trabalhos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde neste sentido. Este fato pode estar relacionado a fatores socioeconômicos, como a baixa escolaridade, a condição de pobreza, e a outros determinantes culturais, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos, que norteiam estas mulheres. Identificamos, ainda, na história de algumas de nossas entrevistadas a falta de amor e afeto pela sua prole, o que pode estar relacionado à condição de vida em que as mesmas foram criadas, já que não tiveram um modelo de família a ser seguido, no que diz respeito a cuidar de seus filhos. Também, verificamos a falta de entendimento para o planejamento familiar.

Pela experiência, sabemos que trabalhar com a prevenção às DST e a aids é muito difícil, uma vez que tal questão está ligada à intimidade das pessoas e depende de todo um contexto social e individual. Embora a prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e ao HIV/aids envolva aspectos epidemiológicos, ela envolve, sobretudo, questões socioculturais e psicoafetivas. As ações preventivas e assistenciais devem estar direcionadas a homens e mulheres. Para que essas ações tenham impacto e relevância, elas devem estar inseridas nas redes sociais dos diversos setores da sociedade civil, envolvendo instituições públicas, privadas, governamentais e não-governamentais.

Pelo desenvolvimento desta pesquisa, fica evidente que os fatores individuais, sociais e programáticos favoreceram a vulnerabilidade ao HIV/aids. Embora as mulheres profissionais do sexo tenham consciência de serem portadoras do vírus HIV e da ampla distribuição de informações, é difícil mudar hábitos socioculturais que facilitaram a infecção. O trabalho com a prevenção do HIV/aids não deve limitar-se à disponibilização de informações com o intuito de conscientizar a população sobre o problema, mas voltar-se para a avaliação das predisposições culturais e dos seus limites para práticas protegidas.

A falta de conhecimento, a informação inadequada, a repressão, a dissimulação e o desconhecimento de si e do outro – associados às crenças populares, aos tabus e aos preconceitos, mitos e valores relacionados à sexualidade – têm favorecido a disseminação das DST/aids.

CONCLUSÃO

Os componentes da vulnerabilidade social foram identificados nas histórias de vida das mulheres pela análise da história familiar e das condições de vida, da educação formal, da condição feminina relacionada à situação econômica e às relações de gênero. Verificamos um grupo social marcado pela desestrutura familiar, filhos doados sem respaldo legal, ou, quando doados formalmente, já estando em idade de primeira infância, podendo entender todo o contexto familiar. Também identificamos a imagem de pais agressivos e alcólatras, configurando-se uma maior vulnerabilidade ao HIV/aids na presença da violência. Constatamos baixa escolaridade, sendo, que a média de anos de estudo formal de até a 4ª série do Ensino Fundamental. A condição feminina marcada por uma situação econômica ruim foi considerada, neste estudo, como um determinante de vulnerabilidade social evidenciada por fatores associados, como o uso de drogas e álcool, a submissão ao parceiro sexual, a dependência financeira e econômica e a questão da sobrevivência. Mesmo conscientes dos riscos e da necessidade de relações sexuais protegidas, as mulheres em estudo submetem-se ao desejo do parceiro sexual, evidenciando a falta de poder de negociação quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais, o que leva à não-proteção do corpo da mulher e à vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis.

A vulnerabilidade programática foi identificada no desconhecimento dos programas de prevenção DST/aids, nos aspectos ligados à maternidade e à saúde reprodutiva e ao impacto do diagnóstico do HIV.

A falta de percepção quanto à vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis no exercício da prática da prostituição foi um fator de grande relevância que pode ter causado a ocorrência do diagnóstico de HIV/aids entre estas mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 11, mar. 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento da co-infecção leishmania – HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. p. 6.
3. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho H. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde – Novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Rio de Janeiro, FIOCRUZ; 2003. p. 123.
4. Guarapuava (PR). Relatório anual da epidemia de AIDS no município. COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico. Guarapuava-PR; 2002.
5. Minayo MCS, Deslandes SF. Teoria, Método e Criatividade. 19ª Ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 75-6.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 1977.
7. Alves RN, Kovacz MJ, Stall R. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. Rev. Saúde Pública. 2002; 36(4): 32-9.
8. Taquette SR, Ruzany MH, Meirelles Z, Ricardo I. Relacionamento violento na adolescência e o risco de DST/AIDS. Caderno de Saúde Pública, 2003; 19(5): 1437-44.
9. Figueiredo R, Ayres JR. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres as DST/AIDS em São Paulo, SP. Rev de Saúde Pública 2002; 36(4) p. 97-8.
10. Botelho SMN. Prostituição de adolescentes – uma imagem construída na adversidade da sociedade. Ribeirão Preto, SP; 2003. 131 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.
11. Ruzany MH, Taquette SR, Oliveira RG, Meirelles ZV, Ricardo IB. A Violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/Aids. Jornal de Pediatria 2003; 79(4):349-54.
12. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. Rev Saúde Pública 2002; 36(6):670-7.

Endereço para correspondência:

MARIA JOSÉ CLAPIS

Rua 5 de outubro, 1931 – Bairro Santa Cruz – Guarapuava – PR
CEP 85.015-020

E-mail: maclapis@eerp.usp.br

Recebido em: 15/09/2006

Aprovado em: 22/12/2006

IMPACTO DA NEURO-AIDS NA INFÂNCIA

THE INFLUENCE OF NEURO-AIDS IN CHILDREN

Albertina V Capelo,¹ Carlos Alberto M Sá,² Norma P Rubini,³ Rosangela S Kalil,⁴
Eliane Miranda⁵

RESUMO

Introdução: a influência da infecção do sistema nervoso central no neurodesenvolvimento da criança com infecção pelo HIV-1 merece melhor compreensão. **Objetivo:** identificar as desordens neurológicas da infecção pelo HIV-1 em crianças e analisar possíveis fatores associados. **Métodos:** revisão de mais de 100 artigos recentemente publicados na literatura médica nacional e internacional referentes à patogênese da neuro-aids e sua implicação no desenvolvimento neurológico da criança com infecção pelo HIV-1. **Resultados:** o HIV-1 penetra precocemente no sistema nervoso central (SNC) e seu acometimento pode representar a manifestação inicial da aids em até 18% das crianças infectadas. Na neuropatogênese da aids na criança, destacam-se as interações virais com astrócitos. A diferença nos níveis de citocinas no líquido e a infecção ativa de neurônios são as principais diferenças da infecção do SNC pelo HIV-1 quando comparada com adultos. Após a era HAART, os quadros de encefalopatia diminuíram significativamente, permanecendo as alterações no neurodesenvolvimento, cuja prevalência varia de 8% a mais de 60%. Demonstra-se a associação com a gravidade da infecção, idade da criança, mas também com regimes de HAART eficientes. Os diferentes trabalhos analisados apresentam resultados contraditórios quanto à influência de fatores de risco no neurodesenvolvimento de crianças infectadas pelo HIV-1. **Conclusão:** os mecanismos da neuropatogênese da infecção pelo HIV são extremamente complexos e ainda pouco compreendidos. Os trabalhos apontam que atraso no neurodesenvolvimento pode ser importante indicador de progressão da doença. Identificar precocemente, por meio de instrumentos de avaliação de neurodesenvolvimento, sinais associados a desordens do SNC em crianças infectadas pelo HIV-1 é essencial.

Palavras-chave: HIV, neurodesenvolvimento, sistema nervoso central, crianças HIV-1.

ABSTRACT

Introduction: the influence of the infection of the central nervous system in the neurodevelopment of the child infected with HIV-1 deserves better understanding. **Objective:** to evaluate neurological disorders in HIV-1 infected children and possible associated factors. **Methods:** review of more than 100 papers published recently in national and international medical literature concerning neuropathogenesis of AIDS and its influence in the neurological development of HIV infected children. **Results:** HIV-1 invades the central nervous system (CNS) early in infection and is the first AIDS-defining illness in as many as 18% of pediatric patients. In the neuropathogenesis of AIDS in children we must stress the viral interactions with astrocytes. Differences in the level of proinflammatory mediators in the cerebrospinal fluid (CSF), and the productive infection of neurons are the main differences in children. The reported prevalence of delay in neurodevelopment among HIV-infected children has varied from 8% to more than 60%. An increased prevalence is associated with the severity of the infection, increasing age, but also occur with children with efficient HAART regimens. Papers selected have distinct conclusions in relation to the risk factors associated with neurodevelopmental delays of HIV infected children. **Conclusion:** the molecular and cellular mechanisms of the neuropathogenesis of HIV-1 infection are extremely complex and not well understood. Neurodevelopmental delay is clearly associated with HIV-1 infection in children and can be an important indicator of the infection evolution. It is essential to identify, using neurodevelopmental assessment tools, early warning signs of HIV-1 associated neurological disorders in infected children.

Keywords: HIV, neurodevelopment, central nervous system, HIV-1 infected children.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 259-262, 2006

INTRODUÇÃO

Os primeiros casos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (aids) em adultos e crianças foram relatados no início da década de 1980 nos Estados Unidos da América. Atualmente, estima-se que existam no mundo cerca de 39,5 milhões de pessoas infectadas pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV) ou com aids. O primeiro registro de caso de aids em crianças menores de

13 anos de idade, no Brasil, foi documentado em 1984.¹ Hoje, dados da UNAIDS relatam que a aids atinge mais de 2,3 milhões de crianças, e 500 mil crianças morrem de aids por ano no mundo. Atualmente, com o emprego da “Highly Active Anti-retroviral Therapy” (HAART), as crianças infectadas com o vírus HIV-1 sobrevivem em média 10 anos, quatro vezes a média de idade que elas conseguiam alcançar até dez anos atrás, antes da era HAART, conferindo à infecção uma evolução crônica.

Desde os primeiros relatos da aids pediátrica na década de 1980, as anormalidades do neurodesenvolvimento constituem uma complicação freqüente da infecção pelo HIV-1 em crianças, contribuindo para o aumento da morbidade e mortalidade da doença. Hoje, a prevalência exata das complicações neurológicas em crianças infectadas com HIV-1 é desconhecida, variando de 8% a mais de 60%, destacando-se o atraso do neurodesenvolvimento como complicação mais freqüente.²

¹Mestranda – médica e professora do curso de Pós-graduação em Alergia e Imunologia e AIDS pediátrica.

²Livre docente – professor titular de Clínica Médica B da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

³Livre – docente pela UNIRIO – coordenadora do Serviço de Alergia e Imunologia e AIDS pediátrica do HUGG – UNIRIO.

⁴Mestre em neurociências – psicóloga chefe da Clínica Médica B da UNIRIO.

⁵Especialista em Alergia e Imunologia e AIDS – médica e professora do Curso de Pós-graduação em Alergia e Imunologia do HUGG – UNIRIO.

Diferentemente dos adultos, em que a infecção compromete um cérebro desenvolvido, levando à demência, na criança, a infecção acomete um cérebro imaturo, isto é, em desenvolvimento, e manifesta-se como encefalopatia pelo HIV, podendo o acometimento do sistema nervoso central (SNC) representar a manifestação inicial da AIDS em até 18% das crianças infectadas, independentemente da imunossupressão.³

OBJETIVO

Identificar as desordens neurológicas da infecção pelo HIV-1 em crianças, analisar conhecimentos atuais da neuropatogênese da infecção pelo HIV-1 nessa população, comparando-os com as alterações patológicas em adultos infectados.

Correlacionar possíveis fatores de risco associados às alterações neurológicas, destacando-se o atraso no neurodesenvolvimento provocado pelo HIV-1.

MÉTODOS

Revisão de mais de 100 artigos publicados na literatura nacional e internacional, realizada a partir das informações disponibilizadas pelas bases de dados Medline, MD consult, Medscape, LILACS e por pesquisa direta, utilizando-se os termos *aids*, *children* e neurodesenvolvimento, dos quais foram selecionadas 10 publicações, consideradas mais importantes, sobre a neuropatogênese da infecção pelo HIV-1 e o atraso no neurodesenvolvimento de crianças infectadas pelo HIV-1, bem como fatores de risco associados.

RESULTADOS

Neuropatogênese da infecção pelo HIV-1

As crianças, diferentemente dos adultos, apresentam mais complicações neurológicas da infecção pelo HIV, uma vez que o cérebro em desenvolvimento encontra-se mais propenso à disfunção e lesões neurológicas desencadeadas pela infecção precoce do HIV. Os mecanismos celulares e moleculares da neuropatogênese na infecção pelo HIV são extremamente complexos. A ação direta do HIV-1 no SNC como causa de desordens neurológicas ainda é pouco compreendida. Para penetrar na célula, o HIV necessita ligar-se a dois receptores de superfície na célula alvo. O receptor primário é a molécula CD4, encontrada na superfície de linfócitos T, células dendríticas e macrófagos. Há um co-receptor para ligar-se ao CCR5, infectando macrófagos (denominados de vírus R5 ou vírus "M-tropic") ou ao CXCR4, infectando células T (cepas denominadas de "T-tropic" ou vírus X4, que parecem ser mais patogênicas que o vírus R5). Portanto, o tropismo viral pode influenciar a neuropatogênese do HIV. Ambas as cepas R5 e X4 podem induzir sincício e ser altamente patogênicas, como ocorre na encefalite, cuja patogênese resulta em células multinucleadas no SNC, podendo, portanto, a neurotoxicidade pelo HIV estar associada à capacidade de formar sincício com macrófagos.⁴ Os alvos celulares do HIV no SNC são células fagocíticas, macrófagos/mioglia e células nervosas.

Os astrócitos, as células mais prevalentes do SNC, parecem ser alvos somente de infecção restrita ou não-produtiva, que, também, pode contribuir na disfunção neuronal. Interações virais com

astrócitos parecem ter papel importante na encefalopatia pelo HIV em crianças, já que os astrócitos fetais são mais suscetíveis à infecção pelo HIV. O SNC em desenvolvimento sofre alterações na função de astrócitos. O HIV secreta citocinas pró-inflamatórias (MCP-1, MMP-9, RANTES, TNF-alfa, interleucina 1 beta, MIP-1 alfa, MIP-1 beta) nas células infectadas. Outros fatores solúveis como proteínas virais gp160 e produtos de clivagem (gp120 e gp41), Tat, Nef e Vpr, além de radicais livres que, em altas concentrações, são neurotóxicos, causadores de injúria e indução de apoptose neuronal.

McCoig⁵ observou que mediadores pró-inflamatórios MCP-1 e MMP-9 estão presentes em concentrações mais elevadas no líquido cefalorraquidiano de crianças infectadas, refletindo a queda de seus níveis na redução das agressões neurológicas. Agentes antiretrovirais podem reduzir sua produção. Outras citocinas, como TNF-alfa, MIP-1 alfa e beta, encontradas abaixo do limite de detecção, mostram a diferença entre o SNC de crianças e adultos.

Pequeno número de neurônios pode ser ativamente infectado em crianças, mas essa perda neuronal, característica patológica principal da encefalopatia associada ao HIV, é principalmente uma consequência indireta da infecção pelo HIV.

Semelhantemente aos adultos, também em crianças tem-se caracterizado a emergência de reservatórios virais, resultado de mutações genéticas e baixa penetração dos agentes antiretrovirais. Há padrões discordantes de mutações de resistência aos medicamentos entre sangue e líquido.

Ocorrem diferenças na patologia da infecção do SNC, destacando-se calcificações na substância branca e gânglios da base, observadas em mais de 90% das autópsias.

Manifestações neurológicas na infecção pelo HIV

As primeiras manifestações neurológicas em crianças foram descritas por Belman e colaboradores, em 1985.⁶ Em 1987, foi descrito o primeiro caso brasileiro de lactente infectado pelo HIV e com sintomas iniciais que comprometiam o sistema nervoso central. A partir de então, manifestações de atraso no neuro desenvolvimento motor, distúrbio de aprendizado e distúrbios cognitivos foram descritos.⁸ Recentemente Smith, com resultados semelhantes ao de Pollack em 1996,⁹ destacou a redução de encefalopatia grave e de rápida instalação na infecção por transmissão vertical em menores de dois anos de idade, principalmente quando infectados intra-útero.^{3,8}

As crianças, quando comparadas aos adultos, apresentam maior comprometimento do HIV no SNC, porém a grande maioria dos estudos que investigam os mecanismos da neuropatogênese do HIV foi realizada nos adultos. Desconhecemos as razões que fazem os adultos apresentarem um início mais tardio de sintomas e maior número de infecções oportunistas do SNC. Provavelmente, as crianças são mais vulneráveis por apresentarem neurônios e células da glia imaturas, com maior capacidade de replicações e infecção do HIV, é também possível que neurônios imaturos sejam mais lesados por diferentes citocinas.

Como distúrbios neurológicos primários destacam-se: encefalopatia progressiva ou não progressiva; mielite; neuropatia periférica como polineuropatia inflamatória ou sensitiva distal e miopatia. Dentre os distúrbios neurológicos secundários, em menor proporção que os adultos, destacam-se as infecções oportunistas,

acidentes vasculares encefálicos (AVE), neoplasias do SNC, neuropatia periférica e miopatia, sendo estes dois últimos mais freqüentemente provocados por agentes antiretrovirais. As infecções oportunistas mais freqüentes encontradas são: meningite por *Candida albicans*, por *Cryptococcus neoformans* e encefalite por citomegalovírus.

Com o advento da HAART, a encefalopatia progressiva caiu nos EUA em 21% -35% para menos de 2% e, na Espanha, também houve diminuição de 9,3% para 0-1,5%,^{7,8} porém persistem os problemas de desenvolvimento como: problemas comportamentais, neurológicos, cognitivos, dificuldade de aprendizado e risco de recorrência de encefalopatia.⁷

Atraso no neurodesenvolvimento

O sistema nervoso da criança apresenta um dinamismo evolutivo muito intenso, em virtude da mielinização progressiva, e por meio da sua inter-relação com o meio. Há dificuldades na tentativa de avaliar o desenvolvimento, por estar além de determinação biológica.

A prevalência de alterações no neurodesenvolvimento devido à infecção por HIV varia de 8% a mais de 60%, englobando atrasos cognitivos na função motora, fala e na linguagem, aumentando com a idade da criança.²

Atraso no desenvolvimento da linguagem, especialmente na linguagem de expressão, comumente ocorre em crianças infectadas e geralmente precede anormalidades no exame clínico neurológico ou exames de imagem do SNC.

Parece haver associação entre a intensidade da infecção por HIV em crianças e o risco de alterações no neurodesenvolvimento, nos primeiros dois anos de vida.⁴ Porém, Tamula et al¹⁰ observaram que pacientes clínica e imunologicamente estáveis, com níveis elevados de células TCD4, carga viral plasmática indetectável e tomografia craniana normal, apresentaram declínios importantes na função neurocognitiva, provavelmente por replicação viral no SNC, mesmo quando tratados com regimes de HAART eficientes, já que os antiretrovirais não penetram adequadamente no líquor.

As crianças com infecção pelo HIV apresentaram mais falhas nos testes de neurodesenvolvimento do que as não-infectadas nascidas de mães soropositivas, em especial, precocemente na função motora. São resultados semelhantes aos ocorridos nos EUA e África. O atraso no neurodesenvolvimento parece ser consequência da infecção pelo HIV, a despeito da geografia.¹¹

No Brasil, Rocha¹² e Bruck¹³ mostram uma maior prevalência de anormalidades neurológicas leves e de atraso do desenvolvimento, tanto em crianças infectadas quanto nas expostas.

Fatores ambientais, como abuso materno de drogas ilícitas, álcool, pobreza, educação materna baixa, e ambiente domiciliar precário também estão associados aos atrasos no neuro-desenvolvimento.^{8,11} Contrariamente, Chase¹¹ aponta uma proporção significativa de crianças com atrasos motor e cognitivo precoces, independentemente da exposição a fatores como prematuridade, nível socioeconômico ou uso de drogas ilícitas no período pré-natal.

Infelizmente, os antiretrovirais não eliminam as manifestações do SNC associadas ao HIV, persistindo problemas comportamentais, neurológicos, cognitivos, atrasos de rendimento escolar e risco de recorrência da encefalopatia progressiva.^{7,14} Há efeitos neurológicos adversos dos antiretrovirais, e ainda a replicação viral no SNC, mesmo quando parece ocorrer controle virológico da infecção.¹⁵

DISCUSSÃO

Proporção significativa de crianças infectadas pelo HIV apresenta atraso no neurodesenvolvimento, podendo ser um indicador de progressão da doença.³ A avaliação do neurodesenvolvimento dessas crianças, ao lado dos parâmetros imunológicos e virológicos para indicação de marcadores biológicos de evolução da doença, pode oferecer orientação importante.

Entre adultos e crianças foram observadas alterações distintas na neuropatogênese, evolução da doença e desordens propriamente neurológicas.

A prevalência de atraso do neurodesenvolvimento dessas crianças é variada, não obstante as diferenças na metodologia utilizada. Houve diferenças na população alvo, variabilidade individual da gravidade da doença, tempo do início do comprometimento do desenvolvimento da criança, entre outros.^{4,11}

É importante esclarecer os mecanismos de lesão, morte neuronal e mutações genéticas virais, objetivando-se o melhor entendimento da evolução do neurodesenvolvimento da criança após a era HAART. Embora saibamos da natureza invasiva dos métodos de diagnóstico e detecção da infecção do HIV no SNC, como a biópsia cerebral e a punção lombar, que dificultam a melhor caracterização da infecção, faz-se necessária a realização de novos estudos para melhor compreensão do processo.

CONCLUSÃO

Identificar precocemente sinais associados a desordens no sistema nervoso central em crianças infectadas pelo HIV é essencial para que possamos instituir medidas eficientes, tanto terapêuticas quanto de suporte, revertendo a perda dos marcos de desenvolvimento e melhorando a qualidade de vida dessas crianças. Novos estudos precisam sinalizar se diferenças neurológicas e neuropsicológicas persistem com o tempo e são acentuadas em domínios específicos de desenvolvimento, como linguagem, memória, atenção e o sensitivo-motor. Para tanto, são necessários instrumentos, validados e padronizados, de avaliação do neurodesenvolvimento que possam ser utilizados em nosso meio, facilitando o atendimento da criança infectada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Boletim Epidemiológico - AIDS, 1998.
2. Nozyce ML, Lee SS, Wiznia A et al. A behavioral and cognitive profile of clinically stable HIV-infected children. *Pediatrics* 2006; 117:763-70.
3. Tardieu M, Le Chenadec J, Persoz A et al. HIV-1 related encephalopathy in infants compared with children and adults. French Pediatric HIV infection Study and the SEROCO Group. *Neurology* 2000; 54:1089-95.
4. Albright AV, Soldan SS, Gonzalez-Scarano. Pathogenesis of human immunodeficiency virus-induced neurological disease. *J Neurovirol* 2003; 9:222-227.
5. McCoig C, Castrejón MM, Saavedra-Lozano J. et al. Cerebrospinal fluid and plasma concentrations of proinflammatory mediators in human immunodeficiency virus-infected children. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23:114-8.

6. Belman AL, Ultmann MH. Neurological complications in infants and children with acquired immune deficiency syndrome. *Ann Neurol* 1985; 18:560-6.
7. Chiriboga CA, Fleishman S, Champion S et al. Incidence and prevalence of HIV encephalopathy in children with HIV infection receiving highly active anti-retroviral therapy (HAART). *J Pediatr* 2005; 146:402-7.
8. Smith R & Malee K. Effects of perinatal HIV infection and associated risk factors on cognitive development among young children. *Pediatrics* 2006; 117:851-62.
9. Pollack H, Kuchuk A, et al. Neurodevelopment, growth, and viral load in HIV-infected infants. *Brain Behav Immun* 1996; 10:298-312.
10. Tamula MA, Wolters PL, Walsek C et al. Cognitive decline with immunologic and virologic stability in four children with human immunodeficiencyvirus disease. *Pediatrics* 2003; 112:679-84.
11. Chase C, Ware J, Hittelman J et al. Early cognitive and motor development among infants born to women infected with human immunodeficiency virus. Women and Infants transmission Study Group. *Pediatrics* 2000 Aug;106 (2):E 25.
12. Rocha C, Gouvea A. Manifestações neurológicas em crianças e adolescentes infectados e expostos ao HIV-1. *Arq Neuropsiquiatr* 2005; 63(3-B):828-831.
13. Bruck I, Tahan TT. Developmental milestones of vertically HIV infected and sororeverters children – Follow up of 83 children. *Arq Neuropsiquiatr* 2001; 59(3-B):691-695.
14. Tozzi V, Balestra P, Salvatori M et al. Factors associated with persistent neurocognitive impairment despite long-term HAART in patients with HIV dementia. In: Conference on retroviruses and opportunistic infections, Denver, CO 2006.
15. Martin SC, Wolters PL, Toledo-Tamula MA, et al. Cognitive functioning in school-aged children with vertically acquired HIV infection being treated with Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART). *Dev Neuropsychol* 2006; 30:633-57.

Endereço para correspondência:

ALBERTINA V. CAPELO

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Rua Mariz e Barros, 775, Tijuca, Rio de Janeiro - RJ
CEP: 20270-004
E-mail: albertinacapelo@hotmail.com

Recebido em: 16/03/2007

Aprovado em: 29/04/2007

A RESPOSTA IMUNE CELULAR DA MUCOSA VAGINAL ÀS VULVOVAGINITES

THE CELLULAR IMMUNE RESPONSE FROM VAGINAL MUCOSA IN THE VULVOVAGINITIS

*Paulo C Giraldo,¹ Sandra BN Feitoza,² Ana KS Gonçalves,³
Maria da Conceição M Cornetta,⁴ José Eleutério Junior,⁵ Andréia R Tristão⁶*

RESUMO

Nos últimos anos, após a epidemia de aids (síndrome da imunodeficiência adquirida), o estudo dos mecanismos de defesa vaginal têm se revestido de especial importância para a compreensão da fisiopatogênese das infecções genitais femininas. A resposta imune celular é talvez um dos principais mecanismos de proteção da mucosa vaginal mediante desenvolvimento de resposta imune local. Na placa basal do epitélio vaginal existem células de defesa (macrófagos, linfócitos, plasmócitos, células de Langerhans, eosinófilos e mastócitos) prontas para atuar. Os linfócitos são as principais células de defesa que migram pelos canais intercelulares, precedidos pelas células de Langerhans e pelos macrófagos para erradicar o microorganismo invasor. As células de defesa controlam o crescimento bacteriano e fúngico, mediante ativação de mecanismos de fagocitose. Havendo falha da imunidade celular, com a exposição da mucosa vaginal aos antígenos, pode ocorrer o desenvolvimento de infecções vaginais. Os autores revisam o tema enfatizando a importância da resposta imune adequada na manutenção do equilíbrio vaginal.

Palavras-chave: resposta imune celular, vulvovaginites, equilíbrio vaginal, células de defesa.

ABSTRACT

After the aids (acquired immunodeficiency syndrome) epidemic, the mechanisms of vaginal defense have been coated with special importance in the study of the genital feminine infections. The cellular immune response is perhaps one of the main protection mechanisms of the vaginal mucosa by means development of local immune response. There are many different defense cells (macrophages, lymphocytes, Langerhans cells, eosinophils and mastocytes) in the vaginal epithelium ready to be elicited. The lymphocytes are the main defense cells; they come from the basal plaque crossing the intercellular canals, preceded only by Langerhans cells and macrophages, in order to eradicate the invasive microorganisms. The defense cells control the bacterial and fungi growth, by means of phagocytosis activation. If the cellular immune response fails, vaginal infections can occur. The authors revise the theme emphasizing the importance of the adequate immune response in the vaginal equilibrium.

Keywords: cellular immune response, vulvovaginitis, vaginal equilibrium, defense cells.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 263-265, 2006

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, após a epidemia de aids (síndrome da imunodeficiência adquirida), os mecanismos de defesa vaginal têm se revestido de especial importância no entendimento da fisiopatogênese das infecções genitais femininas. Os processos inflamatórios vaginais, independentes do agente causal, aumentam a predisposição à infecção pelo HIV, mesmo nas mulheres com atividade heterossexual estável e monogâmica.¹ A resposta imune celular é talvez um dos principais mecanismos de proteção da mucosa vaginal mediante desenvolvimento de resposta imune local. O controle do crescimento bacteriano e fúngico é também função das células de defesa mediante a ativação de vários processos: opsonização, fagocitose, produção de imunoglobulinas, entre outros. Qualquer alteração nesses meios de controle favore-

ce a proliferação de microorganismos, que podem deixar de ser comensais e passar a atuar como agentes infectantes. A instalação das vulvovaginites e, principalmente, a sua recorrência devem-se provavelmente às alterações da imunidade local do hospedeiro.^{1,2}

Para manter o indivíduo livre de infecções, as células do sistema imune atuam de forma organizada, de acordo com a sua função. Os mecanismos de reconhecimento do agente agressor se fazem por meio de células dendríticas, que atuam como “sentinelas” do sistema imunológico. Estas células (forma “estrelada”) capturam microrganismos agressores e os apresentam aos linfócitos T, que desencadeiam a resposta imune antígeno-específica.^{2,3,4}

Habitualmente são observados dois tipos de resposta imune local: a inata (inespecífica) e a adaptativa (específica). Durante a resposta imune inata são recrutadas células de atividade fagocitária (neutrófilos, macrófagos, monócitos), célula natural “killer”, células inflamatórias (mastócitos, basófilos, eosinófilos) e as apresentadoras de antígenos (células dendríticas, macrófagos). Esta resposta inespecífica não conserva memória imunológica, mas com ela há produção e liberação de citocinas (pequenos peptídeos) que recrutarão outros tipos celulares, como os linfócitos, que por sua vez, são os responsáveis pela ativação da resposta imune adaptativa ou específica, na qual ocorre o processo de memorização.^{2,3,4}

¹Professor doutor livre-docente da UNICAMP.

²Mestre em toco-ginecologia pela UNICAMP – médica ginecologista.

³Doutora – professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – RN.

⁴Doutora – professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – RN.

⁵Doutor – professor Adjunto da Universidade Federal do Ceará.

⁶Mestre em obstetrícia pela UNESP-BOTUCATU – médica ginecologista.

Os leucócitos, também conhecidos por glóbulos brancos, são células sanguíneas com a função de defender o organismo de agressões externas por meio da fagocitose. Os leucócitos dividem-se em: neutrófilos, basófilos e eosinófilos que são granulócitos (divididos em lóbulos); linfócitos e monócitos, que são agranulócitos (não são divididos em lóbulos). Os eosinófilos apresentam afinidade pela eosina, dando-lhes a coloração avermelhada. Os basófilos, por terem grânulos com afinidade pela hematoxilina, têm tonalidade azulada. Os neutrófilos e monócitos são responsáveis pela fagocitose, ou seja, envolvimento e digestão de corpos invasores que penetram no organismo do hospedeiro. Os neutrófilos são os primeiros a atacar o agente invasor (principalmente em infecções bacterianas). Caso eles falhem, o monócito (o macrófago do sangue, que engloba os invasores) é acionado. Além dos basófilos e dos eosinófilos, que combatem os processos alérgicos.⁵

Por outro lado, os linfócitos (agranulócitos) são as principais células de defesa que migram da membrana basal pelo sistema intercelular de canais, precedidos pelas células de Langerhans e pelos macrófagos, com a finalidade de erradicar o microrganismo invasor.^{2,3,4,5} Existem vários tipos de linfócitos. Os do tipo B expressam receptores de antígenos na superfície celular conhecidos como anticorpos ou imunoglobulinas. Estes anticorpos são instrumentos pelos quais as células B reconhecem e interagem com o antígeno. Na presença de um antígeno específico os linfócitos B sofrem expansão clonal e se diferenciam em plasmócitos secretores de anticorpos. Os linfócitos do tipo T são classificados funcionalmente em linfócitos T auxiliares, T supressores e T citotóxicos, definidos pela existência de marcadores CD4 ou CD8 na superfície da célula. Os linfócitos que expressam marcador CD4 são conhecidos como linfócitos T auxiliares (Ta ou Th), porque liberam as citocinas necessárias para a resposta imune inata ou adaptativa. Os linfócitos Ta secretam padrões diferentes de citocinas, usadas para definir os subtipos celulares Ta1, que estimulam a imunidade celular, e Ta2, que secreta citocinas do tipo 2, estimulando assim a imunidade humoral. Os linfócitos supressores são principalmente marcados por receptores CD8 constituindo-se nos principais mediadores da resposta imune, limitando a ação dos linfócitos T auxiliares, T citotóxicos e dos linfócitos B, para que esses não exerçam suas atividades de modo excessivo.^{2,3,4,5}

As células de Langerhans, presentes na mucosa vaginal e no colo uterino, concentram-se em maior quantidade neste último. Acredita-se que estas células possam transportar os microrganismos antigênicos para os linfonodos regionais e atuar como células apresentadoras de antígenos.^{1,3,4} As células de defesa controlam o crescimento bacteriano e fúngico, mediante ativação de mecanismos de fagocitose. Na falha de uma resposta celular adequada, poderá ocorrer um predomínio de resposta humoral e produção de anticorpos do tipo IgE pelos mastócitos presentes na membrana basal. A presença de alérgenos no lúmen vaginal e seu transporte pelos canais interepiteliais propiciam a produção de IgE específica que induz a degranulação dos mastócitos com liberação de histamina e mediadores inflamatórios, fato que poderá favorecer episódios de candidíase vaginal recorrente.^{6,7,8}

A resposta imune da vagina, humoral ou celular, parece depender da ação hormonal. No epitélio vaginal, os canais intercelulares e as células de defesa sofrem influência especialmente estrogênica, o que determina a maturação das células escamosas, promovendo seu espessamento. Na fase lútea, a concentração dos linfócitos dentro dos canais intercelulares se eleva e estes se tornam mais permissi-

vos à migração destas células. Pela ação do estradiol ocorre inibição da apresentação de antígenos pelas células epiteliais e pelas células de defesa local, enquanto a progesterona exerce ação contrária. Portanto, os hormônios parecem atuar de forma antagônica nos mecanismos de defesa local.^{9,10,11}

Apesar de os mecanismos celulares locais de defesa da mucosa vaginal estarem bem definidos, a forma de instalação do processo infeccioso propriamente dito (vulvovaginites) ainda não está totalmente compreendida.

A *Candida albicans* poderá atuar como comensal ou agente agressor, dependendo da interação com seu hospedeiro e as possíveis modificações do meio vaginal.¹² Desta forma a sintomatologia apresentada pela mulher poderá ser decorrente, em alguns casos, muito mais de uma resposta alérgica da mucosa sensibilizada que propriamente pela ação direta do microorganismo.¹³

Em condições normais, a fagocitose dos neutrófilos é o principal mecanismo de eliminação do fungo. No caso das hifas de maior tamanho, as células fagocíticas poderão, também, liberar substâncias proteolíticas que ajudarão na destruição do fungo. As substâncias antigênicas dos fungos destruídos promovem ativação dos linfócitos T, acentuando ainda mais a resposta imune celular.^{1,13,14}

Muitas mulheres apresentam candidíase vaginal crônica ou recorrente. Nestes casos, uma resposta imune inadequada, decorrente de fatores genéticos individuais, quase sempre é o principal fator desencadeante. Se uma mulher tiver, por exemplo, predisposição para produção diminuída de interleucina 1 (IL1), ela poderá ter dificuldade de erradicar a *Candida albicans* do seu organismo. Uma resposta do tipo humoral (Th2) isolada poderá levar a uma condição de menor capacidade para contenção do crescimento fúngico. A produção isolada de anticorpos do tipo IgE pelos mastócitos pode ser ineficaz na erradicação da infecção fúngica. A presença de substâncias alergênicas no lúmen vaginal e seu transporte pelos canais interepiteliais propiciam a produção de IgE específica, que induz a degranulação dos mastócitos com liberação de histamina e mediadores inflamatórios, culminando com episódios de candidíase recorrente.^{12,13,14}

Algumas mulheres podem desenvolver reação de hipersensibilidade a componentes alergênicos presentes no sêmen do parceiro. Uma resposta de hipersensibilidade alérgica estimula os macrófagos a produzirem prostaglandina E2, que por sua vez, inibe fatores de crescimento de linfócitos e de interleucina 2 (IL2), gerando também uma redução transitória da imunidade celular mediada, favorecendo os processos de recorrência da infecção fúngica.⁸

Nos casos de vulvovaginites por *Trichomonas vaginalis*, o principal mecanismo de controle da infecção é a fagocitose pelos neutrófilos estimulados pelos linfócitos T.^{15,16} Este agente possui a capacidade de atuar como um fagócito, ingerindo os lactobacilos, o que altera o pH vaginal, tornando-o básico e deixando o local mais apropriado para a sua sobrevivência. Além disso, ele também atua sobre as células epiteliais vaginais mediante contato direto, provocando a lise celular, e aproveita-se disso para obter materiais nutrientes.¹⁷ Talvez seja por essa razão que em esfregaços citológicos de pacientes com tricomoníase ocorra uma agregação de leucócitos na superfície das células epiteliais chamada de "Cannon ball". Este achado pode significar uma tentativa de proteção do epitélio contra o agente agressor.¹⁸

Na vaginose bacteriana encontram-se as células guia ("clue

cells” – células epiteliais recobertas por *Gardnerella vaginalis*, dando aspecto de “rendilhado”), e “*comma cells*” (*Mobiluncus sp*, recobrando as células epiteliais), achados sugestivos da infecção, na qual se observa um número pequeno ou até inexistente de leucócitos.^{19,20} Talvez essa ausência de processo inflamatório ocorra porque tanto a *Gardnerella vaginalis* quanto *Mobiluncus sp* e as outras bactérias que fazem parte desta síndrome não são desconhecidas do organismo, sendo constituintes da microbiota normal da vagina, mesmo em grandes quantidades.²¹ Existem indícios que a flora anaeróbica predominante na vaginose bacteriana estimula a expressão do HIV nos macrófagos e nos linfócitos T.²²

Além da resposta imune celular, existência de linfócitos e plasmócitos produtores de IgA e IgG na membrana basal e a presença dos canais intercelulares que desembocam no lúmen vaginal, sugerem fortemente a possibilidade de que na vagina possa existir uma resposta humoral localizada.⁷

A habilidade dos microrganismos em produzir substâncias que inativam os mecanismos de defesa do organismo feminino, rompendo o equilíbrio vaginal e resultando em um ambiente favorável à sua sobrevivência, contraria o conhecimento existente. Portanto, é necessário que ocorram novos estudos com a finalidade de determinar o padrão de células de defesa presentes na mucosa vaginal normal e durante os processos de vulvovaginite, para que ocorra uma melhor compreensão das alterações imunológicas locais na presença de infecções genitais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Witkin SS. Immunology of the vagina. *Clinical Obstetrics and gynecology* 1993; 36: 122-7.
2. Abbas AK, Lichtman AH, Pober JS. Cellular and molecular immunology. California, US: WB Saunders Press; 2003.
3. Roitt I, Brostoff J, Male D. *Imunologia*. São Paulo: Manole Press; 2003.
4. Górczynski R, Stanley J. *Imunologia clínica*. Rio de Janeiro: Reichmann Press; 2001.
5. Junqueira LC, Carneiro J. Células do sangue in Junqueira LC, Carneiro J. *Histologia Básica*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 137-42
6. Witkin SS. Immunologic factors influencing susceptibility to recurrent candidal vaginitis. *Clin Obstet Gynecol* 1991; 34 (3): 662.
7. Witkin SS, Jeremias J, Ledjer WJ. A localized vaginal allergic response in women with recurrent vaginitis. *J Allergy Clin Immunol* 1988; 81(1):412.
8. Witkin SS, Jeremias J, Ledjer WJ. Vaginal eosinophils and IgE antibodies to *Candida albicans* in women with recurrent vaginitis. *J Med Vet Mycol* 1989; 25(2):57.
9. Kagnoff MF. Mucosal immunology: new frontiers. *Immunology Today* 1996; 17 (1):57-9.
10. Mostad SB, Overbaugh J, Devange DM. et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet* 1997; 27(5):922-7.
11. Wira CR, Rossol RM, Kaushic C. Antigen-presenting cells in the female reproductive tract: Influence of estradiol on antigen presentation by vaginal cells. *Endocrinology* 2000; 141(1):1-16.
12. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS. et al. Microbial flora in health and disease. *Microbial flora in health and disease*. Medical microbiology. Mosby, USA: 1998.
13. Witkin SS, Giraldo PC. Diagnosis, treatment and prevention of recurrent vaginal candidiasis. *Contemporary OB / GY* 1999; 44(1):123-33.
14. Witkin SS, Linhares I, Giraldo PC. et al. Individual immunity and susceptibility to female genital tract infection. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183 (3):252-6.
15. Heine P, Mc Gregor JA. *Trichomonas vaginalis* a reemerging pathogen. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1993; 36 (1):137-144.
16. Graves A, Gardner A. Pathogenicity of *Trichomonas vaginalis*. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1993; 36(1):145-152.
17. Soper D. Trichomoniasis: under control or undercontrolled? *A J Obstet Gynecol* 2004; 190 (1):281-90.
18. Schwebke JR, Burgess D. Trichomoniasis. *Clin Microbiol Rev* 2004; 17 (2): 794-803.
19. Gupta KP. Practical cytopathology. In: Wastarita R. *Cytology of the Female Genital Tract*. USA: Churchill Livingstone, 1990.
20. Gupta KP. Comprehensive Cytopathology. In: Bibbo M. *Microbiology, Inflammation and viral infections*, USA: W.B. Saunders, 1991.
21. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi G. et al. *Microbial flora in health and disease*. Medical microbiology, USA: Mosby Press, 1998.
22. Moodley P, Connolly C, Sturm AW. Interrelationships among Human Immunodeficiency Virus type 1 Infection, Bacterial Vaginosis, *Trichomonas*, and the presence of yeasts. *J Infec Dis* 2002; 185 (1):69-73.

Endereço para correspondência:

PAULO CÉSAR GIRALDO

Universidade Estadual de Campinas – Unicamp

Rua Alexander Fleming, 848

CEP: 13093-140 – Campinas – SP

Tel-fax: (19) 3788-9306

E-mail: giraldo@unicamp.br

Recebido em: 02/09/2006

Aprovado em: 10/11/2006

CO-INFEÇÃO DE SÍFILIS E PAPILOMAVÍRUS HUMANO: INTERROMPENDO UMA CADEIA DE TRANSMISSÃO VERTICAL

CO-INFEÇÃO BETWEEN SYPHILIS AND HUMAN PAPILOMAVIRUS: BROKEN A VERTICAL TRANSMISSION CHAIN

Lúcia M S Souza¹, José C Nery², Arnaldo FB Andrade³

RESUMO

Um paciente do sexo masculino, 26 anos, branco, casado, com o nível de escolaridade fundamental, residente no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, foi atendido no Ambulatório do Instituto de Dermatologia Rubem David Azulay na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em março de 2005, com queixa inicial de "verruga" peniana clássica, sugestiva, pela avaliação clínica, de um caso de HPV. Foi solicitada então como exame complementar a testagem sorológica para sífilis, aconselhada a realização do exame para detecção de anticorpos para o vírus HIV e foi sugerido também que ele trouxesse a sua parceira sexual para avaliação clínica. A realização do teste não treponêmico de sífilis, o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), foi reator 1:16, sendo confirmado pelo teste treponêmico TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay). O paciente não voltou para a consulta agendada, só retornando, cinco meses depois, acompanhado da esposa grávida de cinco meses. Ambos foram tratados de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. Na análise desse caso foram evidenciadas várias facetas das co-infecções das doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Palavras-chave: co-infecção, sífilis, HPV, DST

ABSTRACT

A patient, male, 26 years old, married, with elementary school ship, lived in Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brazil, came for the clinical of Sexually Transmitted Disease (STD) in Rubem David Azulay Dermatology Institute in Santa Casa de Misericórdia, Rio de Janeiro, with the principal complaint of a wart in his penis. After the first clinical evaluation, it was concluded that it was a case of human papillomavirus, the HPV. He was solicited complementary exams to detect syphilis and he was advised to make a test to detect antibody for HIV, he was also suggested that it was important to bring his wife in the next consult for evaluation. When the syphilis test of VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) was realized it was detected a title of 1:16, it was confirmed with T.P.H.A. (Treponema pallidum Hemagglutination Assay), a treponema test. Unfortunately the patient didn't come in the following consult, only regressing five months later. In this occasion he brought his wife, she was five months of pregnancy. Both of them was treated in accord of the protocol of the Health Ministry. In this Case of Study it was evidenced the relationship of co-infection in the sexually transmitted disease (STD).

Keywords: co-infection, syphilis, HPV, STD

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 266-269, 2006

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) continuam atingindo milhões de pessoas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número é de 340 milhões de novos casos de DST curáveis (tricomoníase, clamídia, gonorréia e sífilis). Os países em desenvolvimento concentram quase 80% dos casos. Para o Brasil, a OMS estima entre 10 a 12 milhões de novos casos de DST por ano. Estabelecida a relação entre as DST e a infecção pelo HIV, tem-se como resultado um importante componente no controle da epidemia e no efetivo controle das doenças transmitidas pelo sexo.¹

Dentre as principais DST, duas se destacam no que diz respeito à incidência e prevalência nos ambulatórios de DST de todo

o país, primeiramente, a sífilis, que apesar de secular, tem representado historicamente um grande desafio para a saúde pública em todo o mundo, apresentando-se de forma epidêmica tanto em países desenvolvidos quanto em subdesenvolvidos. Tem como agente causador uma espiroqueta, o *Treponema pallidum*, cuja principal via de transmissão é a sexual, podendo ser também transmitida de mãe para filho, por via transplacentária e ocasionalmente por transfusão de sangue e hemoderivados.²

A sífilis congênita é uma infecção causada pela disseminação hematogênica do treponema na gestante infectada e conseqüentemente para o feto. Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, pode ocorrer abortamento espontâneo, morte fetal, prematuridade, feto hidrópico, recém-nascidos assintomáticos, sendo que os sinais e sintomas surgem até os dois anos de vida.³

No Brasil, a sífilis congênita passou a ser de notificação compulsória em 1986, mas apenas em 1993 o Ministério da Saúde (MS) propôs um projeto de eliminação da sífilis congênita.⁴

Em segundo lugar não em número de casos encontrados, mas especificamente estudado é o Papilomavírus Humano, conhecido como HPV.

Historicamente, verrugas genitais são conhecidas em citações de escritos gregos e romanos.⁵ O condiloma clássico foi

¹Farmacêutica-bioquímica, mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas (PGCM/UERJ), Laboratório de DST da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Instituto de Dermatologia Prof. Dr. David Rubem Azulay – Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

²Prof. Dr. Doenças Infecciosas e Parasitárias – Chefe do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Instituto de Dermatologia Prof. Dr. Rubem David Azulay na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

³Prof. adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

descrito por Martius, historiador romano do primeiro século da era cristã, 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. 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 em geral ocorrem em torno de 10%; em parceiros de mulheres HPV positivas ou com alterações no Papanicolaou é bem maior, em torno de 65%. Assim, o diagnóstico da infecção pelo HPV em homens oligossintomáticos 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. 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.

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. 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.⁶

As associações entre diferentes DST se constituem em evento sentinela para a busca de outra DST, portanto é imprescindível o aumento na identificação dessas doenças e sensibilidade ao diagnóstico para alcançar maior impacto no seu controle.⁷

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 26 anos, branco, casado, com o nível de escolaridade fundamental, residente no município de Duque de Caxias, RJ, foi atendido no Ambulatório do Instituto de Dermatologia Rubem David Azulay na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro em março de 2005 com queixa inicial de “verruga” peniana clássica, sugestiva pela avaliação clínica de um caso de HPV. Foi solicitado então como exames complementares a testagem sorológica para sífilis, coletado na própria unidade com o consentimento livre e esclarecido do paciente para a participação do Projeto Sífilis, que consiste na dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) em parceria com o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) Laboratório de Enterobactérias, em que todo paciente que chegasse ao Ambulatório com suspeita clínica de DST, fosse coletado também o sangue para a realização do VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) teste não treponêmico sendo uma suspensão antigênica esterilizada para detecção de sífilis pelo método de floculação e o TPHA (*Treponema pallidum*

Hemagglutination Assay) e aconselhado a realização do exame para detecção de anticorpos para o vírus HIV. O paciente iniciou o tratamento das lesões com o uso de ácido tricloroacético a 80%, e foi remarcado para a continuação do tratamento na semana seguinte, quando também seria analisado o resultado dos exames realizados nessa primeira consulta. Foi sugerido também que ele encaminhasse a sua parceira sexual para avaliação clínica. O resultado dos exames foi de reator para o VDRL sendo encontrado um título de 1: 16, e confirmado no TPHA como positivo. O paciente não compareceu na consulta agendada e o resultado dos exames anexados ao seu prontuário. O mesmo só retornou ao serviço cinco meses depois da consulta inicial, em agosto de 2005, com queixa de aumento das lesões iniciais de HPV e manchas por todo o tórax, sugestivas de roséolas sífilíticas (Figuras 1 e 2). Trouxe com ele a esposa, parda, 17 anos, escolaridade fundamental, que residia com ele, grávida de cinco meses sem ter iniciado ainda o pré-natal. A parceira foi examinada e identificada na avaliação clínica a presença de lesões condilomatosas na região vulvar sugestivas de HPV, úlcera primária única com bordas duras e base limpa sugestiva de sífilis, e corrimento esbranquiçado fétido sugestivo de vaginose bacteriana (Figura 3). Os procedimentos clínicos tomados foram: com o homem reinício do tratamento do HPV, e início do tratamento da sífilis de acordo com o exame realizado anteriormente, e coletada uma nova amostra para o VDRL no intuito de analisar a progressão da doença. O tratamento foi com penicilina benzatina de acordo com o preconizado pelas normas do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde (PNDST/AIDS). Com a mulher, por ser gestante, ela foi encaminhada ao Serviço de Atendimento Especializado do município de origem, para o início do

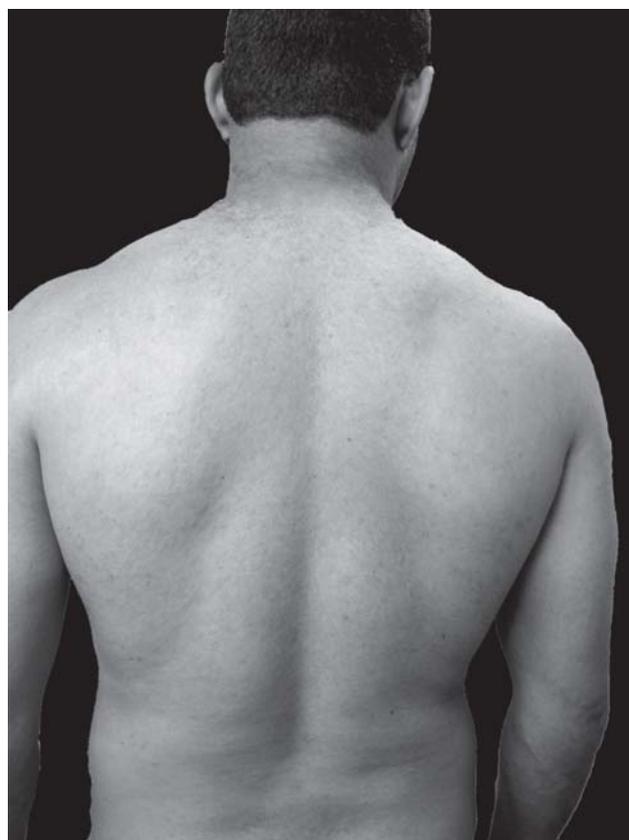


Figura 1 - Manchas por todo o tórax sugestivas de roséolas sífilíticas.

pré-natal e o tratamento das outras DST associadas, e foi ministrada a penicilina benzatina, também de acordo com as normas do PNDST/AIDS como o início de tratamento da Sífilis. O paciente dessa vez retornou para dar continuidade aos tratamentos. Nos exames laboratoriais de sorologia para sífilis foram encontrados, no homem, resultado relativo da coleta posterior ao primeiro atendimento, o título de 1:128 e na sua parceira, primeiro exame realizado, o título foi de 1:32, sendo em ambos realizados testes confirmatórios com o resultado positivo.



Figura 2 - Lesões de pele sugestivas de sífilis secundária.



Figura 3 - Lesões condilomatosas na região vulvar sugestivas de HPV, úlcera primária sugestiva de sífilis, corrimento esbranquiçado sugestivo de vaginose bacteriana.

DISCUSSÃO

Nesse relato de caso ficou evidenciado que no que diz respeito a presença de uma DST é importante observar que normalmente pode-se encontrar outras associadas ao processo infeccioso. Podemos também perceber que a abordagem sindrômica, prática médica estimulada pelo PNDST/AIDS como um diagnóstico de presunção das principais síndromes, apesar de ser uma ferramenta de suma importância, algumas das vezes se mostra insuficiente, demonstrando a necessidade da implantação de uma rotina laboratorial nos ambulatórios de DST em todo país.

A dificuldade da adesão do paciente ao serviço de saúde ao medicamento e conseqüentemente ao tratamento, é uma realidade diária que vimos enfrentando. Talvez haja a necessidade de uma tentativa de enxergar o doente e não a doença como principal enfoque, praticando uma maior humanização dos serviços prestados. A disponibilização de unidades de saúde para pronto atendimento, com profissionais preparados para o diagnóstico, tratamento, acolhimento e aconselhamento dos portadores e de seus parceiros sexuais, bem como a garantia de um fluxo contínuo de medicamentos e preservativos tornam possível um melhor controle das DST.

Há trabalhos na literatura relatando que a maioria da população não possui conhecimento profundo sobre as doenças sexualmente transmissíveis, e pior, grande parte dos acometidos são “diagnosticados e tratados” por balconistas de farmácia ou curiosos.

A maioria dos casos identificados são do sexo masculino, já que, no sexo feminino, as DST geralmente são assintomáticas durante um longo período, fator somado à ignorância e ao preconceito das pacientes, carência de serviços e de profissionais da saúde treinados e equipados adequadamente para um bom acolhimento, diagnóstico e tratamento DST. Os pacientes, principalmente do sexo feminino, ficam sem diagnóstico e tratamento adequado na maioria das vezes. Além do já citado, atualmente o controle das DST continua sendo um dos maiores desafios da Saúde Pública, em razão das constantes mutações dos agentes infecciosos, assim como, alterações sociais, econômicas, culturais, comportamentais, sexuais, psicológicas e estruturais da população⁸. Segundo dados do PNDST/AIDS em 2004, apenas 30% das mulheres não fizeram o pré-natal completo. Das que fizeram pré-natal, 74% tiveram sífilis identificada apenas na hora do parto e dessas, 48% dos parceiros não foram tratados. Esses dados demonstram que devemos na avaliação do parceiro da gestante, que na grande maioria das vezes não é convidado a participar do processo do apostar também pré-natal.

CONCLUSÃO

O caso clínico aqui relatado evidencia que para que se possa interromper a cadeia de transmissão das DST, principalmente as que podem ter transmissão vertical, será necessário um maior investimento em ambulatórios e laboratórios especializados. Também deve-se investir no treinamento ostensivo de profissionais através de capacitações sistemáticas. Na precisão de um diagnóstico está encerrada a cura ou a manutenção da doença. O investimento no estudo das co-infecções entre as DST poderá servir de instrumento para se observar padrões comportamentais na sociedade frente a essas doenças associadas.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer “in memoriam” à psicóloga do Programa de DST/AIDS do estado do Rio de Janeiro e pesquisadora da Fiocruz, Margarete de Paiva Simões Ferreira, pela participação e incentivo na realização desse trabalho e à Marise Dutra Asensi, chefe do Laboratório de Enterobactérias do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Ministério da Saúde/ PN DST e Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/13/05/2006/Pages/LUMISBCD47A0DPTBRIE.htm> <acessado em:10/06/2006>.
2. Lorenzi RSD, Araújo FB, Grazziotim L, Basso E. Prevalência de sífilis congênita no Hospital Geral de Caxias do Sul-RS no período de 1998-2002, DST- J brasileiro de Doenças Sex Transm 2005;17(1): 5-9.
3. Brasil, Ministério da Saúde/ PN DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis; 1999.
4. Brasil, Ministério da Saúde/ PN DST e Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/24/04/2004/uvad/eliminação.htm> <acessado em 10/06/06>.
5. Passos MRL, et al. DST, Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4ª edição. Rio de Janeiro: Cultura médica; 1995.
6. Mendonça ML, Netto CAJ. Importância da infecção pelo Papilomavírus Humano em pacientes do sexo masculino. DST – J B Doenças Sex Transm 2005; 17(4): 306-310.
7. Brasil, Ministério da Saúde/ PN DST e Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/13/05/2006/Pages/LUMISBCD47A0DPTBRIE.htm> <acessado em 10/06/06>.
8. Vieira AA. Contribuição ao estudo epidemiológico de sífilis congênita no município de Carapicuíba-SP: ainda uma realidade em 2002; DST- J brasileiro de Doenças Sex Transm 2005; 17(1): 10-17.

Endereço para correspondência:

LÚCIA MARIA DE SENA SOUZA

Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro
Instituto de Dermatologia Prof Dr Rubem David Azulay
Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis
Rua Santa Luzia, 206 –Centro- Rio de Janeiro, RJ.
Tel: 55 21 2771-5281
E-mail: lucia_sena@click21.com.br

Recebido em: 13/08/2006

Aprovado em: 02/11/2006

SUMÁRIO Nº 1

EDITORIAL

DIA NACIONAL DE COMBATE À SÍFILIS: CAMINHANDO PARA A ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA	5
<i>Mauro R.L. Passos</i>	

ARTIGOS

O PAPEL DA PENICILINA NA MEDICINA MODERNA	7
<i>The Role of Penicillin in Modern Medicine</i> <i>Anete S Grumach & Natasha R Ferraroni</i>	
REATIVIDADE DO TESTE VDRL EM BOLSAS DE SANGUE DA FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO AMAZONAS-HEMOAM, OS CUSTOS DECORRENTES DO DESCARTE E A ESTIMATIVA DE PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM DOADORES DE SANGUE DO ESTADO DO AMAZONAS	14
<i>Reactivity of VDRL Test in Blood Bags of The Amazon Hematology and Hemotherapy Foundation-HEMOAM, the Decurrent Costs of Discharge and Estimative of Syphilis Prevalence in Blood Donors of The Amazon State</i> <i>Cristina M Ferreira, William A Ferreira, Cecília L. Manta, Feliciano G Vasquez, Aloney F Pinto</i>	
PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO PELO HIV, SÍFILIS E HEPATITES EM HOMENS COM SINAIS E SINTOMAS DE DST	18
<i>Prevalence of HIV Infection, Syphilis and Hepatitis in Men with STI Symptoms</i> <i>Angélica E Miranda, Marcelo F Carvalho, Luciana TR Lara, Fabio Mohedani, Dvaurio Barreira, *GE-DST/AIDS-IAL</i>	
EFEETIVIDADE DA CAPTURA HÍBRIDA PARA HPV NO RASTREAMENTO PRIMÁRIO DE LESÕES CERVICAIS NA ROTINA DE SERVIÇOS DE SAÚDE	23
<i>Effectiveness of HPV Hybrid Capture in Primary Screening of Cervical Lesions on Routine Public Health Care</i> <i>Tânia Maria CW Veras, Francisco Holanda Junior, Maria Zélia Lins, José Tâlio Gomes, Francisco O Lima, João Batista Silva, Adhemar Longato-Filho, Adauto Castelo</i>	
EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE: COMPORTAMENTO E CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES DE COLÉGIO PÚBLICO E PARTICULAR EM RELAÇÃO AO PAPILOMAVÍRUS HUMANO	30
<i>Education and Promotion to The Health: Behavior and Knowledge of Adolescents of Public And Particular College in Relation to The Human Papillomavirus</i> <i>Francieli S Conti, Sílvia Bortolin, Irene Clèmes Kalkamp</i>	
CONTRIBUIÇÃO DA CITOLOGIA DE PAPANICOLAOU PARA O DIAGNÓSTICO DE LEVEDURAS EM SECREÇÃO VAGINAL	36
<i>Contribution of the Cytology of Papanicolaou for the Diagnosis of Yeasts in Vaginal Secretion</i> <i>Soraia S Carneiro, Rosane M Peralta, Terezinha TE Svidzinski, Marcia EL Consolaro</i>	
CAMPANHAS EDUCATIVAS DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS: COMO A EPIDEMIOLOGIA ESTÁ INSERIDA EM SUAS ESCOLHAS	41
<i>Alone R Feitosa, Ana DA Moura, Maria GT Barros, Neiva FC Vieira</i>	
A INFLUÊNCIA DO ESTIGMA NA REDE SOCIAL DO PORTADOR DE AIDS	49
<i>The Stigma Influence in the Aids Healer Acquaintance Net</i> <i>Edilene AA Silveira & Ana MP Carvalho</i>	
A PARCERIA SEXUAL NA VISÃO DE MULHERES PORTADORAS DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – HIV	53
<i>Sexual Partnership According to Women with The Human Immunodeficiency Virus</i> <i>Elucir Gir, Sílvia RMS Canini, Milton J Carvalho, Marinéia AP Palos, Renata K Reis, Geraldo Duarte</i>	
PAPILOMAVÍRUS HUMANO E NEOPLASIA CERVICAL: A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DOS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE NOS ÚLTIMOS ANOS	58
<i>Human Papillomavirus and Cervical Neoplasia: Scientific Production of the Countries of Latin America and Caribbean in Last Year</i> <i>Mônica Cecília TU Guanilo, Roudon F Moura, Crizelide A Conceição, Lucia YI Nishitani</i>	
MARCADORES IMUNOISTOQUÍMICOS DE LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO UTERINO ASSOCIADAS AO HPV: O PAPEL DA PROTEÍNA DE SUPRESSÃO TUMORAL p16INK4	62
<i>Immunohistochemistry Markers for Lesions Preceding HPV-Induced Cervical Cancer: The Role of Tumoral Suppression p16INK4</i> <i>José Eleutério Junior, Paulo C Giraldo, Ana K Gonçalves</i>	
CORRELAÇÃO CLÍNICO-TERAPÊUTICA E ASPECTOS MOLECULARES DA INFECÇÃO PELO HIV EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: EM BUSCA DE MELHOR QUALIDADE DE VIDA	66
<i>Physician-Therapeutic Correlation and Molecular Aspects of the Infection for the HIV in Pediatric Patients: In Search of the Better Quality of Life</i> <i>Juliana C Martins, Danielle B Vaqui, Denise G Silva, Rosângela S Knapp, Paula BM Mello, Philippe Godefort, Daniela D Gardiolli, Dennis C Ferreira, Giogo Mirota</i>	
INFECÇÕES CAUSADAS PELOS PAPILOMAVÍRUS HUMANOS: ATUALIZAÇÃO SOBRE ASPECTOS VIROLÓGICOS, EPIDEMIOLÓGICOS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	73
<i>Human Papillomavirus Infection: Recent Data on Virological and Epidemiological Aspects, Diagnosis and Treatment</i> <i>Sílvia MB Cavalcanti & Fernanda N Carastato</i>	

SUMÁRIO Nº 3

EDITORIAL

TRICOMONÍASE: UMA EPIDEMIA NEGLIGENCIADA	159
<i>Mauro Romero Leal Passos</i>	

ARTIGOS

HEPATITES B E C EM USUÁRIOS DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA) DE FORTALEZA – CEARÁ	161
<i>Hepatitis B and C in Users of the Center of the Testing and Counseling (CTA) in Fortaleza – Ceará</i> <i>Maria AL Araújo, Ana Amélia R Sales, Maria Albertina R Diogenes</i>	
MICROBIOTA VAGINAL NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS GINECOLÓGICAS	168
<i>Vaginal Microflora in the Pre and post-operative of Gynecologic Surgeries</i> <i>Marina CM Silvino, Paulo César Giraldo, Regina Maria R Nicentini, José Eleutério Junior</i>	
MONITORAMENTO EXTERNO DE QUALIDADE EM CITOPATOLOGIA CERVICAL E O REFLEXO NA ROTINA DOS LABORATÓRIOS DA REDE PÚBLICA	172
<i>External Quality Control of Cervical Cytopathologic and the Reflex in the Health Public Laboratory</i> <i>Sonia Maria M Pereira, Daniela EL Ramos, Luzia SU Yamamoto, Neuzi K Shirata, Celso di Loreto, Maria da Gloria MC Ferraz, Adhemar Longato-Filho</i>	
CAMPANHAS DE COMUNICAÇÃO DE MASSAS SUA INTERFAÇA COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO À AIDS EM ADOLESCENTES	178
<i>Campaigns of Mass Communication and their Interface with the Public Policies or Prevention to the Aids in Adolescents</i> <i>Simone HS Oliveira, Maria Graciela T Barroso, Maria Julia GO Soares</i>	
CONCEPÇÃO DAAIDS: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS E OS PACIENTES? CONCEPÇÃO DAAIDS	185
<i>Concept of the Aids: What do Professionals and the Patients think? Concept of the Aids</i> <i>Cristiane G Ribeiro, Maria PL Coutinho, Ana Alayde W Saldanha, Regina LV Azevedo</i>	
SÍFILIS SECUNDÁRIA: DIAGNÓSTICO A PARTIR DAS LESÕES ORAIS	190
<i>Secondary Syphilis: Diagnostic Made by Oral Lesions</i> <i>Augusto César C Noronha, Mônica S Israel, Daniel CF Almeida, Gisele M Moreira, Simone QC Lourenço, Eliane P Dias</i>	
AVALIAÇÃO DA PODOFILOTOXINA 0,15% NA TERAPIA DE LESÕES DE HPV	194
<i>Evaluation of Podofiloxina 0,15% for Treatment of HPV Lesions</i> <i>Maria Fernanda RG Dias, Ricardo P Sá, Felipe MS Sampaio, Pedro V Machado, William M Miller, Nadia T Kadi, José Augusto C Nery</i>	
A PERTINÊNCIA DO LACTOBACILLUS SP NA FLORA VAGINAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO PREMATURO	200
<i>Lack of Lactobacillus sp in the Vaginal Flora During the Labor of Women Ending in Preterm Deliveries</i> <i>Paulo C Giraldo, Ana Maria D Fachini, Renata TG Pereira, Sívio Pereira, Angela Von Nowakowski, Mauro Romero L Passos</i>	
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ADOLESCENTE FEMININA ACERCA DA SEXUALIDADE EM TEMPO DE AIDS	204
<i>Social Representations of the Female Teenager Concerning the Sexuality in AIDS Time</i> <i>Regina Lígia W Azevedo, Aline A Fonseca, Maria da Penha L Coutinho, Ana Alayde W Saldanha</i>	

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 270-274, 2006

SUMÁRIO Nº 2

EDITORIAL

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: TRANSCENDO AS APARÊNCIAS	99
<i>Paulo Cesar Giraldo</i>	

ARTIGOS

CONSEQUÊNCIAS BIOPSISSOCIAIS DA AIDS NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS SOROPOSITIVAS PARA O HIV	100
<i>Bio-Psychosocial Consequences of Aids on the Quality of Life of HIV Serum-Positive People</i> <i>Alessandra R Castanha, Maria da Penha L Coutinho, Ana AW Saldanha, Josevânia SC Oliveira</i>	
FATORES COMPORTAMENTAIS E CARACTERÍSTICAS DA MICROBIOTA VAGINAL ENVOLVIDOS NA GÊNESE DA VAGINOSE BACTERIANA EM PROFISSIONAIS DO SEXO E NÃO-PROFISSIONAIS DO SEXO	108
<i>Behavior Factors and Characteristics of Microbial Vaginal Flora Related to the Establishment of Bacterial Vaginosis in Sex Workers and Non-Sex Workers</i> <i>José A Simões, Michelle G Discacciati, Eliane Brolazo, Priscila M Portugal, Rodrigo P S Paupério, Alla Anatecheva, V Lin Tao</i>	
AVALIAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	113
<i>Congenital Syphilis in the State of Espírito Santo</i> <i>Lucia Helena M Lima, Maria Fátima C Gurgel, Sandra F Moreira-Silva</i>	
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE LA SÍFILIS MATERNA Y CONGÉNITA EN EL SUB SECTOR PÚBLICO A NIVEL NACIONAL, PARAGUAY – 2000-2004	117
<i>Epidemiologic Situation of the Congenital and Maternal Syphilis in the Sub Public Sector, Paraguay – 2000-2004</i> <i>Melvina Paez, María Isabel R Rivas</i>	
USO DO PRESERVATIVO NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL: MITO OU REALIDADE?	124
<i>The Use of the Condom in the First Sexual Relation: Myth or Reality?</i> <i>Maria da Penha L Coutinho, Ana Alayde W Saldanha, Regina LW Azevedo</i>	
PAPILOMAVÍRUS HUMANO EM MULHERES SUBMETIDAS À COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA	130
<i>Human Papillomavirus in Women Submitted to Oncotic Colposcopy</i> <i>Vânia Noronha, Ermelinda Moutinho da Cruz, Cecília Naum-Pinho, Wylter Mello, Rodolfo Noronha, Igor Silveira, Sandro Mendes, Laísa Vilar</i>	
CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS DAS ADOLESCENTES DA LEGIÃO MIRIM DE MARÍLIA – SÃO PAULO, BRASIL, 2005	137
<i>Reproductive Characteristics of the Adolescents from Legião Mirim in Marília – São Paulo, Brazil, 2005</i> <i>Sílvia Helena CC Rojas, Karim D Crestani, Gabriela V Batista, Ana Paula A Melo</i>	
PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA AIDS NA VELHICE	143
<i>Health Professional Perceptions about Aids in Old Age</i> <i>Isabel Cristina V Oliveira, Ludgleyson F Araújo, Ana Alayde W Saldanha</i>	
GRAVIDEZ E DST: PRÁTICAS PREVENTIVAS ENTRE UNIVERSITÁRIOS	148
<i>Pregnancy and STD: Preventive Practices among University Students</i> <i>Sâmia TO Rabelo, José Sênio P Junior, Lydia V Freitas, Emeline M Lopes, Ana Karina B Pinheiro, Priscila de Souza Aquino, Lorena B Ximenes</i>	
VACINA QUADRIVALENTE CONTRA HPV 6, 11, 16, 18: A MAIS NOVA FERRAMENTA DE PREVENÇÃO	220
<i>Nelson Vespa Junior</i>	
CONHECIMENTO SOBRE DST/AIDS, HEPATITES E CONDUTA SEXUAL DE UNIVERSITÁRIOS DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP	224
<i>Self-Awareness in Relation to STD/AIDS, Hepatitis and Sexual Behavior of University Students in São José do Rio Preto/SP</i> <i>Renata G Barbosa, Fátima CP Garcia, Antonio José Manzato, Raul Aragão Martins, Fernanda T Vieira</i>	
ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO OCORRIDOS COM PROFISSIONAIS DE LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS	231
<i>Accidents with Biological Material Involving Clinical Analysis Laboratory Professionals</i> <i>Mariézia A Prado-Paloz, Sílvia RMS Canini, Elucir Gir, Lillian L Melo, Daniela H Mata, Raide MT Santana, Lorena R Souza, Adenícia CS Souza</i>	
PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM UMA PENITENCIÁRIA MODELO FEMININA DE SÃO PAULO-SP, BRASIL	235
<i>Prevention of HIV/AIDS in a Model Female Penitentiary in São Paulo – SP, Brazil</i> <i>Leila Strazza, Raymundo S Azevedo, Hevalcino B Carvalho</i>	
A OCUPAÇÃO DA MULHER COM HIV/AIDS: O COTIDIANO DIANTE DA (IM)POSSIBILIDADE DE AMAMENTAR	241
<i>The Woman's Occupation with HIV/AIDS Syndrome: The Daily Routine Facing the (IM)Possibility of Breastfeeding</i> <i>Stela Martins de M Padoim, Ivys Emília L Souza</i>	
A PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA BAIXA ADESAO NA TERAPIA COM ENFUVIRTIDINA NOS USUÁRIOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM PORTO ALEGRE- RS	247
<i>The Prevalence of Risk Factors for Decreasing Adhesion in the Therapy with Enfuvirtida in HIV Infected Users in Treatment in Centers of Reference in Porto Alegre –RS</i> <i>Thiago C dos Santos</i>	
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO E A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS	254
<i>Sex Worker Women and the Vulnerability to the HIV/AIDS</i> <i>Kátia P Borba & Maria José Claps</i>	
IMPACTO DA NEURO-AIDS NA INFÂNCIA	259
<i>The Influence of Neuro-Aids in Children</i> <i>Albertina V Capelo, Carlos Alberto M Sá, Norma P Rubini, Rosângela S Kallil, Eliane Miranda</i>	
A RESPOSTA IMUNE CELULAR DA MUCOSA VAGINAL ÀS VULVOVAGINITES	263
<i>The Cellular Immune Response from Vaginal Mucosa in the Vulvovaginitis</i> <i>Paulo C Giraldo, Sandra BN Feitosa, Ana KS Gonçalves, Maria da Conceição M Cornetta, José Eleutério Junior, Andréia R Tristão</i>	
CO-INFECÇÃO DE SÍFILIS E PAPILOMA VÍRUS HUMANO: INTERROMPENDO UMA CADEIA DE TRANSMISSÃO VERTICAL	266
<i>Co-infection Between Syphilis and Human Papillomavirus: Broken a Vertical Transmission Chain</i> <i>Lucia M S Souza, José C Nery, Arnaldo FB Andrade</i>	
ÍNDICE REMISSIVO DO VOLUME 18, 2006	270

NORMAS DE PUBLICAÇÃO – INSTRUÇÕES AOS AUTORES

O Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis (*DST - J bras Doenças Sex Transm* ISSN 0103-4065), publicação trimestral de Divulgação Científica da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis, da Associação Latino-Americana e Caribenha para o Controle das DST, da União Internacional Contra Infecções de Transmissão Sexual (para a América Latina) e do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis (MIP/CMB/CCM) da Universidade Federal Fluminense é dirigida a profissionais que atuam na área de DST/Aids, infectologistas, dermatologistas, urologistas, obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar contribuições originais submetidas à análise e que versam sobre temas relevantes no campo das DST/HIV-Aids e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. Na seleção dos manuscritos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todos os manuscritos submetidos à revista serão revisados por dois ou mais pareceristas anônimos e o sigilo é garantido em todo o processo de revisão. **O material referente a Artigos recusados não será devolvido.** O conteúdo do material enviado para publicação não poderá ter sido publicado anteriormente, nem submetido para publicação em outras revistas. Para serem publicados em outras revistas, ainda que parcialmente, necessitarão de aprovação por escrito dos Editores. Cópias dos pareceres dos revisores serão enviados aos autores. Os manuscritos aceitos e os aceitos condicionalmente serão enviados para os autores para que sejam efetuadas as modificações e para que os mesmos tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas no processo de edição. Os autores deverão retornar o texto com as modificações solicitadas, devendo justificar na carta de encaminhamento, se for o caso, o motivo do não atendimento de sugestões. Não havendo retorno do trabalho após seis meses se considerará que os autores não têm mais interesse na publicação.

Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores. O manuscrito enviado para publicação deve ser redigido em português, inglês ou espanhol, e deve se enquadrar em uma das diferentes categorias de artigos da revista.

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Submissão on-line: <http://sgp.gn1.com.br/JBDST>

As normas que se seguem foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicado no artigo: **Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, que foi atualizado em outubro de 2004 e está disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org/>.**

Seções da revista

Artigos originais: completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original terão prioridade para publicação.

2. Notas prévias: de trabalhos em fase final de coleta de dados, mas cujos resultados sejam relevantes e justifiquem sua publicação.

3. Relatos de casos: de grande interesse e bem documentados do ponto de vista clínico e laboratorial.

4. Novas técnicas: apresentação de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que não sejam, clara ou veladamente, propaganda de drogas ou outros produtos.

5. Artigos de revisão e atualização, incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura, devendo descrever os procedimentos ado-

tados, a delimitação e os limites do tema, apresentar conclusões e referências podendo incluir metanálises. Devem ser atualizados.

6. Comentários editoriais, quando solicitados a membros do .

7. Resumos de Teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, contados da data do envio do Resumo (ver instruções para resumo de teses em “Preparo do Manuscrito”). Deverão conter aproximadamente 250 palavras e seguir as normas habituais quanto à forma e ao conteúdo, incluindo no mínimo três palavras ou expressões-chave. O resumo deve ser enviado em disquete com uma cópia impressa. Em arquivo separado, apresentar: nome completo do autor e do orientador; membros da banca; data de apresentação e a identificação do Serviço ou Departamento onde a Tese foi desenvolvida e apresentada.

8. Cartas ao editor versando sobre matéria editorial ou não. As cartas poderão ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados a carta será enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente.

9. Informes Técnicos de órgãos do serviço público que discorram sobre assuntos de grande interesse em saúde pública e ligados às questões de DST/HIV-Aids.

Informações gerais

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às referências, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar e não usar negrito. Numerar todas as páginas iniciando pela página de rosto.

2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (OMS em vez de O.M.S.). Quando usar siglas, explicá-las na primeira vez que surgirem.

3. Para impressão, utilize folhas de papel branco, deixando espaço mínimo de 2,5 cm em cada margem. Inicie cada uma das seções em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou palavras-chave; *abstracte keywords*; texto; agradecimentos; referências bibliográficas; tabelas individuais e legendas das figuras não-digitadas.

4. A revista não aceitará material editorial com objetivos comerciais.

5. O autor será informado, por carta ou por correio eletrônico, do recebimento dos trabalhos e o seu número de protocolo na Revista. Os trabalhos que estiverem de acordo com as Normas de Publicação - Instruções para Autores e se enquadrarem na política editorial da Revista serão enviados para análise por dois revisores indicados pelo Editor.

6. O número de autores de cada manuscrito fica limitado a nove. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) deverão ter os responsáveis especificados. Trabalhos do tipo colaborativo e estudos multicêntricos deverão ter como autores os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados (no máximo sete). Os demais colaboradores poderão ser citados na seção de agradecimentos ou como “Informações Adicionais sobre Autoria”, no fim do artigo. O conceito de co-autoria é baseada na contribuição substancial de cada um seja para a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, ou para a redação ou revisão crítica do texto. A inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados não

é justificável. Todos os autores deverão aprovar a versão final a ser publicada.

7. Conflito de interesses: devem ser mencionadas as situações que poderiam influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Entre estas situações estão a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou equipamentos citadas ou empregadas no trabalho, assim como em concorrentes. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, consultorias etc.

8. Deverá ser enviada a cópia do termo de aprovação do Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a pesquisas em seres humanos;

9. Para manuscritos originais, não ultrapassar 25 páginas de texto digitado. Limitar o número de Tabelas e Figuras ao necessário para apresentação dos resultados que serão discutidos (como norma geral, limitar a cinco). Para manuscritos do tipo Relato de Caso e Equipamentos e Técnicas, não ultrapassar quinze páginas, reduzindo também o número de figuras e/ou tabelas. As Notas Prévias deverão ser textos curtos com até 800 palavras, cinco referências e duas ilustrações (ver preparo do manuscrito – resultados).

10. Os originais em desacordo com essas instruções serão devolvidos aos autores para as adaptações necessárias, antes da avaliação pelo Conselho Editorial.

11. As cópias dos manuscritos devem vir acompanhadas de carta de encaminhamento assinada por todos os autores. Nesta, deve ficar explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão e com a transferência de *copyright* para Revista. O material publicado passa a ser propriedade do **Jornal Brasileiro de DST**, só podendo ser reproduzido, total ou parcialmente, com a anuência desta entidade.

12. Envie disquete (preferencialmente CD) devidamente identificado com o arquivo contendo texto, tabelas, gráficos e as legendas de outras figuras (fotos). Encaminhar também três cópias impressas do manuscrito. O envio por correio eletrônico deve ser feito quando solicitado pela editoria para o trabalho completo ou partes do mesmo após a revisão.

Envio do manuscrito e da versão final:

Os documentos deverão ser enviados para:

Mauro Romero Leal Passos, Sociedade Brasileira de DST – AMF, Avenida Roberto Silveira, 123, Icaraí, Niterói, RJ – Brasil. CEP: 24230-150.

Itens para conferência do manuscrito

Antes de enviar o manuscrito, confira se as Instruções aos autores foram seguidas e verifique o atendimento dos itens listados a seguir:

- 1) Carta de encaminhamento assinada por todos os autores;
- 2) Citação da aprovação do projeto do trabalho por Comissão de Ética em Pesquisa (na Seção Paciente e Métodos);
- 3) Conflito de Interesses: quando aplicável, foi mencionado, sem omissão de informações relevantes?
- 4) Página de rosto com todas as informações solicitadas;
- 5) Resumo e *Abstract* estruturados e compatíveis com o texto do trabalho;
- 6) Três ou mais Palavras-chave relacionadas ao texto e respectivas *keywords*;
- 7) Disquete (preferencialmente CD) contendo arquivo com o texto integral tabelas e gráficos e corretamente identificado;
- 8) Tabelas e Figuras: todas estão corretamente citadas no texto e numeradas. As legendas permitem o entendimento das Tabelas e das Figuras;

- 9) Fotos devidamente identificadas e anexadas à correspondência;
- 10) Referências: numeradas na ordem de aparecimento e corretamente digitadas. Todos os trabalhos citados estão na lista de Referências e todos os listados estão citados no texto.

Preparo do manuscrito

Página de rosto. Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; nome da Instituição onde o trabalho foi desenvolvido, afiliação institucional dos autores, informações sobre auxílios recebidos sob forma de financiamento, equipamentos ou fornecimento de drogas. Indicar o nome, endereço, telefone, fax e correio eletrônico do autor para o qual a correspondência deverá ser enviada.

Resumo do trabalho na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado que deverá ser dividido em seções identificadas: **Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão.** Deverá ter aproximadamente 250 palavras. O resumo deverá conter as informações relevantes, permitindo ao leitor ter uma idéia geral do trabalho. Deverá incluir descrição resumida dos métodos e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes não apenas indicação da significância estatística encontrada. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no Resumo.

Na mesma página do Resumo citar pelo menos três palavras-chave que serão empregadas para compor o índice anual da Revista. Deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico:

Em outra página deve ser impresso **Abstract** como versão fiel do texto do Resumo estruturado (*Introduction, Objectives, Methods, Results, Conclusion*). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês as palavras-chave (*Keywords*).

O Resumo de Casos Clínicos não deve ser estruturado e será limitado a 100 palavras. Para **Notas Prévias**, não há necessidade do Resumo.

Introdução: repetir no topo da primeira página da introdução o título completo em português e inglês. Nessa seção mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos de Casos apresentar um resumo dos conhecimentos a respeito da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Exponha claramente os objetivos do trabalho.

Métodos: iniciar esta seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever os critérios para seleção das pacientes ou grupo experimental, inclusive dos controles. Identifique os equipamentos e reagentes empregados. Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada anteriormente, dê as referências, além da descrição resumida do método. Descreva também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado. É imprescindível a menção à aprovação do projeto pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi executado. Os trabalhos que apresentem como objetivo a avaliação da eficácia ou tolerabilidade de tratamento ou droga, deve necessariamente incluir grupo controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos deste tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline – Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials ().

Resultados: apresentar os resultados em seqüência lógica, com texto, tabelas e figuras. Apresente os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que serão discutidos. Não repita no texto dessa seção todos os dados das Tabelas e Figuras, mas descreva e enfatize os mais importantes sem interpretação dos mesmos.

Nos **Relatos de Casos** seções Métodos e Resultados serão substituídas pela descrição do caso, mantendo-se as demais.

Discussão: devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionadas nas seções Introdução e Resultados. Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Compare e relacione as suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças que ocorrerem. Explique as implicações dos achados, suas limitações e faça as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. Eventualmente tabular informações coletadas da literatura para comparação.

Agradecimentos: dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifique co-autoria, ou para os que tenham dado apoio material.

Referências (Modelo Vancouver): todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numere as referências por ordem de entrada no trabalho e use esses números para as citações no texto. Evite número excessivo de referências bibliográficas, selecionando as mais relevantes para cada afirmação, dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregue citações de difícil acesso aos leitores da Revista, como resumos de trabalhos apresentados em congressos ou outras publicações de circulação restrita. Não empregue referências do tipo “observações não publicadas” e “comunicação pessoal”. Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: aceite e aguardando publicação, ou *in press* indicando-se o periódico. Para citações de outras publicações dos autores do trabalho, selecionar apenas os originais (não citar capítulos ou revisões) impressas em periódicos com revisão e relacionados ao tema em questão. O número de referências bibliográficas deverá ser limitado a 25. Para Notas Prévias, no máximo 10. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. **Se houver** mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al., conforme os seguintes modelos:

Artigos em revistas:

Formato impresso

Teixeira JC, Derchain SFM, Teixeira, LC, Santos CC, Panetta K, Zeferino LC. Avaliação do parceiro sexual e risco de recidivas em mulheres tratadas por lesões genitais induzidas por Papilomavírus Humano (HPV). BRGO 2002; 24(5): 315-320.

Barreto NA, Sant’anna RRP, Silva LBG, Uehara AA, Guimarães RC, Duarte IMD et al. Caracterização fenotípica e molecular de *Neisseria gonorrhoeae* isoladas no Rio de Janeiro, 2002-2003. DST - J bras Doenças Sex Transm 2004; 16(3): 32-42.

Formato eletrônico

Cabar FR, Nomura RMY, Costa LCV, Alves EA, Zugaib M. Cesárea prévia como fator de risco para o descolamento prematuro da placenta. Rev Bras Ginecol Obstet. [periódico na Internet]. 2004 Out [citado 2005 Mar 19]; 26(9):[cerca de 15 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000900006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt - acessado em: 22/10/2005.

Kremer LCM, Caron HN. Anthracycline cardiotoxicity in children [perspective]. N Engl J Med [serial on the Internet]. 2004 Jul [cited

2004 Sep 29];351(2):[about 2 p.]. Available from: <http://gateway.ut.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>

Livro

Tavares W, Marinho LAC. Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. São Paulo: Editora Atheneu; 2005.

Tavares W. Manual de antibióticos e quimioterápicos anti-infecciosos. 3ª. Ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.

Capítulos de Livro:

Duarte G. DST durante a gravidez e puerpério. In: Passos MRL. Deesetologia, DST 5. 5ª. Ed. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica; 2005. p. 685-706.

Citação de *sites* em formato eletrônico: apenas para informações estatísticas oficiais. Indicar a entidade responsável, o endereço eletrônico e o nome do arquivo ou entrada. Incluir data e hora do acesso com o qual foram obtidas as informações citadas.

Tabelas: imprimir cada tabela em folha separada, com espaço duplo e letra Arial 8. A numeração deve ser seqüencial, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título, e todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. A legenda deverá conter informações que permitam ao leitor entender o conteúdo das tabelas e figuras, mesmo sem a leitura do texto do trabalho. As linhas horizontais devem ser simples e limitadas a duas no topo e uma no final da tabela. Não empregar linhas verticais. Não usar funções de criação de tabelas, comandos de justificação, tabulações decimais ou centralizadas. Utilizar comandos de tabulação (tab) e não o espaçador para separar as colunas e para nova linha, a tecla *enter*. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações): as figuras deverão ser impressas em folhas separadas e numeradas seqüencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras poderão ser em preto e branco ou coloridas, com qualidade gráfica adequada, e apresentar título em legenda, digitados em letra Arial 8. No disquete ou CD, devem ser enviadas em arquivo eletrônico separado do texto (a imagem aplicada no processador de texto não significa que o original está copiado). Para evitar problemas que comprometam o padrão da Revista, o processo de digitalização de imagens (*scan*) deverá obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar *800 dpi/bitmap para traço*; para ilustrações e fotos usar *300 dpi/CMYK* ou *grayscale*. Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão *.tif* e/ou *.jpg*. No caso de não ser possível a entrega do arquivo eletrônico das figuras, os originais devem ser enviados em impressão a laser (gráficos e esquemas) ou papel fotográfico para que possam ser devidamente digitalizadas. Também serão aceitos arquivos com extensão *.xls* (Excel), *.cdr* (CorelDraw), *.eps*, *.wmf* para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Serão aceitas, no máximo cinco figuras. Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração.

Legendas: imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e tabela e na ordem que foram citados no trabalho.

Abreviaturas e Siglas: devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.



Sociedade Brasileira de SBDST Doenças Sexualmente Transmissíveis

Ficha de Sócio

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

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

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

Instituição de Trabalho: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

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

Cargo/Função: _____

Obs.: _____

VALOR DA ANUIDADE: R\$ 100,00

Assinatura: _____

IMPORTANTE:

- Este valor inclui a assinatura do **DST-JBDST**, com direito a receber gratuitamente, em seu domicílio, todos os números publicados no período de sua anuidade (em geral 4 exemplares) e atividades científicas com preços especiais.
- Enviar **cheque nominal** e **crucado** para a **Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis**
Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - CEP: 24230-150
- **Se residente em Estado que possui Regional, enviar o pagamento para a mesma:**
 - ALAGOAS:** SBDST - AL - Rua Barão de Anadia, 5 - Centro, Maceió, AL - CEP 57020-630 - A/C Dra. Cledna Bezerra
 - AMAZONAS:** SBDST - AM - Rua Codajás, 24 - Cachoeirinha - Manaus - AM - CEP: 69065-130 - A/C Dr. José Carlos G. Sardinha
 - BAHIA:** Av. Sete de Setembro 400 - Edifício Fundação Politécnica, Bloco B, Sala 62 - Salvador - BA - CEP 40060-903 - A/C Dr. Roberto Dias Fontes
 - CEARÁ:** SBDST - CE - Rua Carolina Sucupira, 770, aptº 202 - Aldeota - Fortaleza - CE - CEP: 60140-120 - A/C Dr. Ivo Castelo Branco Coêlho
 - ESPÍRITO SANTO:** SBDST - ES - Rua Jair Andrade, 315 - Praia de Itapoã - Vila Velha - ES - CEP: 29101-700 - A/C Dra. Maria Angélica Espinosa
 - GOIÁS:** SBDST - GO - Assoc. Méd. de Goiás, DPTO GO, Av. Mutirão, 2653 - Setor Marista - Goiânia - GO - CEP: 74155-020 - A/C Dra. Rosane Alves
 - PARANÁ:** SBDST - SOGIPA - Rua Buenos Aires, 995, Curitiba - PR - CEP: 80250-070 - A/C Dr. Newton Sérgio de Carvalho
 - PERNAMBUCO:** SBDST - PE - Rua Benfca, 352 - Madalena - Recife - PE - CEP: 50750-410 - A/C Dr. Carlos Alberto S. Marques
 - RIO DE JANEIRO:** ADSTRJ - RJ - Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - CEP: 24230-150 - A/C Dr. Mauro Romero Leal Passos
 - RIO GRANDE DO NORTE:** SDSTRN - Rua Raimundo Chaves, 1562, Res. West Park. BLV 84 Res. J 30. Candelária, Natal - RN - CEP: 59064-390 - A/C Dr. Jair Maciel
 - RIO GRANDE DO SUL:** SBDST - RS - Av. Duque de Caxias, 250 - Pelotas, RS - A/C Dra. Mariângela Silveira
 - RONDÔNIA:** ADSTRO - Rua Dom Pedro II, 637 s/409, Centro, Porto Velho, RO - CEP: 78900-000 - A/C Dr. Alberto Tibúrcio
 - SÃO PAULO:** SBDST - SP - Rua. Don Francisco de Campos Barreto, 145, Campinas - SP - CEP: 13092-160 - A/C Dr. Paulo Giraldo

Assine DST

DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Assinatura Anual - 4 Números

Individual R\$ 60,00 - Institucional R\$ 80,00

Assine DST

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

ISSN: 0103-4065

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____

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

• Envie cheque nominal e cruzado para Sociedade Brasileira de DST - Av. Roberto Silveira, 123, Icaraí - Niterói - RJ - CEP 24230-150.
E-mail: mipmaur@vm.uff.br www.uff.br/dst



20 de outubro de 2007

Gestante faça o pré-natal !!



www.eliminasifilis.org

Responsabilidade Social

FQM
Farmoquímica

Cuidando da saúde de várias gerações

Apoio

Setor de DST – UFF

Sociedade Brasileira de DST - RJ

Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia – RJ

Usimed – São Gonçalo – Niterói

Unimed – Leste Fluminense

Associação Médica Fluminense

Barcas S.A.