
SUMÁRIO – CONTENTS

EDITORIAL

CANDIDÍASE VAGINAL, VAGINOSE BACTERIANA E DST	3
Newton Sergio de Carvalho	

ARTIGOS

INFECÇÃO GENITAL POR <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i> EM CASAIS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE ESTERILIDADE CONJUGAL	5
<i>GENITAL INFECTION BY CHLAMYDIA TRACHOMATIS IN COUPLES ATTENDING IN CONJUGAL STERILITY AMBULATORY</i>	
Carlos Alberto S Marques, Maria Luiza B Menezes, Iara Maria G Coelho, Carlos Reinado C Marques, Leonardo C Celestino, Márcio C Melo, Priscila R Lima	
PREVALÊNCIA DE ANOMALIAS DENTÁRIAS EM CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES SOROPOSITIVAS PARA O HIV	11
<i>DENTAL ANOMALIES PREVALENCE IN CHILDREN BORN FROM HIV SEROPOSITIVE MOTHERS DENTAL ANOMALIES IN HIV CHILDREN</i>	
Rita CB Bertazzoli, Maria R Baptista, Luciana C Fonseca, Claudia RL Figueiredo	
EXPERIÊNCIAS REFERENTES À CONTRACEPÇÃO POR MULHERES SABIDAMENTE INFECTADAS PELO HIV QUE ENGRAVIDAM	16
<i>EXPERIENCES RELATED TO CONTRACEPTION BY HIV-INFECTED WOMEN THAT BECOME PREGNANT</i>	
Roberta MC Romanelli, Carolina S Cardoso, Elisa MR Lin, Lúcia HF Goulart, Regina Amélia LP Aguiar, Jorge A Pinto	
COMPORTAMENTO DE JOVENS DE UMA UNIVERSIDADE DO SUL DO BRASIL FRENTE À PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E GRAVIDEZ	22
<i>BEHAVIOR OF THE YOUNGS FROM A UNIVERSITY OF THE SOUTH OF THE BRAZIL FACE TO A PREVENTION OF THE DISEASES SEXUALLY TRANSMISSIBLE AND PREGNANCY</i>	
Fernanda G Souza, Janaina C De Bona, Dayani Galato	
CERVICITES E SEUS AGENTES NA ROTINA DOS EXAMES COLPOCITOLÓGICOS	30
<i>CERVICITIS AND ITS AGENTS IN THE PAP SMEAR ROUTINE</i>	
Thais G Tavares, Patrícia Krunn, Eglon Inácio Costa, Cátia M L Padilha, Álvaro P Pinto	
INFECÇÃO PELO HIV E A ATIVIDADE LABORAL DO PORTADOR: UMA RELAÇÃO ÉTICA E LEGAL NA VISÃO DA ODONTOLOGIA DO TRABALHO	35
<i>HIV INFECTION AND WORKING PATIENT ATIVITY: THE ETIC AND LEGAL RELATION IN THE VISION OF THE WORK DENTISTRY</i>	
Luciana N Silva, Douglas L G Filho, Dennis C Ferreira	
COMPREENSÃO DA PANDEMIA DA AIDS NOS ÚLTIMOS 25 ANOS	45
<i>UNDERSTANDING THE AIDS PANDEMIA IN THE LAST 25 YEARS</i>	
Agnes Caroline S Pinto, Patrícia NC Pinheiro, Neiva FC Vieira, Maria Dalva S Alves	

INFORMES

DST 7/AIDS 3, GOIÂNIA 2008 – CONGRESSOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DST – PROGRAMAÇÕES	51
---	----



SBDST

**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 (2006 - 08)

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 PARÁ

Presidente: Jorge Vaz

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 Varela (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:

Alicia Farinati (Argentina)

Enrique Galbán García (Cuba)

Peter Piot (UNAIDS-Suíça)

Rui Bastos (Moçambique)

Steven Witkin (EUA)

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



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 Alvares 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.

Candidíase Vaginal, Vaginose Bacteriana e DST

Embora estejam freqüentemente incluídas em textos sobre DST, a candidíase e a vaginose bacteriana não são transmitidas por esta via. Também não existe qualquer comprovação de que o tratamento do parceiro traga algum benefício para a paciente nestas situações. Ao que parece, também não existiria benefício deste tratamento nem mesmo nas recidivas. Estas afirmações estão fundamentadas e possuem embasamento científico.^{1,2,3} Então, tratar o parceiro assintomático de mulher com candidíase ou vaginose recorrente não apresenta indicações consistentes. Entretanto, na presença da balanopostite por candida, o tratamento é indicado, aliás, mesmo que sua parceira não apresente a candidíase, este deverá receber atenção adequada. Na realidade, esses dois agentes, ou seja, *Candida albicans* e *Gardnerella vaginalis* que é um dos principais anaeróbios que compõem a vaginose bacteriana, podem ser encontrados no ambiente vaginal (microbiota vaginal) em condições fisiológicas. Micoplasmas e ureaplasmas, igualmente, podem fazer parte da microbiota normal. Entretanto, caso estes agentes, por qualquer motivo, aumentem a sua população na vagina (laboratorialmente identificada em cultura com mais de 10⁴ unidades formadoras de colônias – UFC no caso da candidíase) podem se tornar sintomáticos e trazer uma série de conseqüências desagradáveis para as pacientes. Estas situações são, inclusive, de maior impacto quando ocorrem durante a gestação, pois além de ter o potencial de determinar problemas para a gestante podem, igualmente, contaminar o recém-nascido.⁴

Entretanto, embora essas entidades não sejam doenças de transmissão sexual, elas apresentam relação com as DST, tal relato está fundamentado nos seguintes pontos:

1. As pacientes com essas enfermidades, sobretudo no caso da candidíase vaginal, apresentam maior chance de contrair o vírus HIV, pois, com a mucosa inflamada, aumentam os riscos de ocorrerem microtraumatismos que facilitam a penetração viral.

2. Essas doenças se traduzem como possíveis marcadores da presença concomitante de algumas DST, pois, mais freqüentemente, se observa, associação de candidíase, sobretudo recorrente, e infecção por HPV além do que, nesta situação, a imunossupressão deve ser pesquisada e eventualmente o HIV poderia, igualmente, estar associado.⁵ Também nos casos de recorrência da candida, a infecção endocervical por clamídia deveria ser afastada como sendo um possível fator da manutenção do fungo em excesso na vagina. Além disso, devido à alteração do ambiente vaginal ocasionada pelo tricomonas na vagina ou pela clamídia na endocérvice, poderia ser observado com mais freqüência a tradução deste desequilíbrio pela ocorrência da vaginose bacteriana.⁶

Além disso, também, a presença de Herpes vírus tipo II tem sido relatada em associação com a vaginose bacteriana.⁷

3. O ato sexual funciona como um fenômeno “abrasivo”, ou seja, após cada relação sexual existe algum tipo de perda de epitélio vaginal, e na ocorrência de coitos subseqüentes e em curto intervalo, as novas abrasões poderiam responder por um dos mecanismos de alteração da flora vaginal. Sabidamente a vaginose bacteriana está associada com pacientes que apresentam maior freqüência de coitos e, sobretudo se subseqüentes. Igualmente, a candidíase vaginal apresenta maior dificuldade de condução na manutenção do ato sexual durante o tratamento. Além da freqüência exagerada de coitos, outros agentes químicos ou físicos podem alterar o meio vaginal, e uma evidência disso é o aumento dos casos de candidíase após verão e temporada de praias.

Desta forma, na evidência de vaginite por candida ou vaginose bacteriana, o ginecologista deveria ter em mente as seguintes considerações na conduta destas duas entidades:

- Saber que, pelo fato de não se tratarem de DST, não existe benefício em tratamento dos parceiros assintomáticos, ainda que na recidiva. Todavia, fazer uma consulta com o casal quando um deles tem qualquer alteração na esfera sexual não deve ser uma atitude descartada. Até porque, inúmeras outras situações podem coexistir.
- Interpretar que ambas as situações são conseqüências de algum tipo de alteração do meio ambiente vaginal e que, na manutenção desta alteração, mesmo com o tratamento adequado, as recidivas poderão ocorrer. Portanto, nesses casos torna-se obrigatória a descoberta da causa deste desequilíbrio e não a prescrição indiscriminada de medicações polivalentes.
- Lembrar que algumas DST podem estar associadas e que, caso não seja diagnosticada, além do prejuízo da própria doença, poderá existir recidiva de alguma dessas situações.⁸
- Que a candidíase recorrente (quatro ou mais episódios nos últimos 12 meses) pode estar associada a diabetes ou ser uma primeira sintomatologia da infecção pelo HIV.
- Ter consciência de que o tratamento e a resolução dessas situações conduzem à prevenção da infecção pelo HIV, uma vez que a mucosa vaginal, apresentado fenômenos inflamatórios, apresenta maior suscetibilidade de contrair o vírus ou outro agente de transmissão sexual, como por exemplo, o vírus da Hepatite B.

Concluindo, embora a candidíase e a vaginose bacteriana possam fazer parte da microbiota vaginal, na evidência clínica ou laboratorial dessas situações deveremos estar atentos, pois algum desequilíbrio do meio ambiente vaginal poderá estar se instalando e, eventualmente, se associando com graves situações para esta paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep*. 2006; 55(RR-11): 1-94.
2. Potter J Should sexual partners of women with bacterial vaginosis receive treatment? 1999; 49(448): 913-8.
3. Almeida Filho G L & Val ICC. Abordagem Atual da Candidíase Vulvovaginal. *J bras Doenças Sex Transm* 2001; 13(4): 3-5.
4. Carvalho MHB, Bittar RE, Andrade PP et al. Associação da Vaginose Bacteriana com o Parto Prematuro Espontâneo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001; 23(8): 2-8.
5. McClelland RS, Lavreys L, Katingima C, Overbaugh J, Chohan V, Mandaliya K, Ndinya-Achola J, Baeten JMJ Contribution of HIV-1 infection to acquisition of sexually transmitted disease: a 10-year prospective study. *Infect Dis* 2005; 191(3): 333-8.
6. Brotman RM, Erbeding EJ, Jamshidi RM, Klebanoff MA, Zenilman JM, Ghanem KG. Findings associated with recurrence of bacterial vaginosis among adolescents attending sexually transmitted diseases clinics. 2007; 20(4): 225-31.
7. Chernes TL, Meyn LA, Krohn MA, Hillier SL. Risk factors for infection with herpes simplex virus type 2: role of smoking, douching, uncircumcised males, and vaginal flora. 2003; 30(5): 405-10.
8. Koumans EH, Sternberg M, Bruce C, McQuillan G, Kendrick J, Sutton M, Markowitz LE. The prevalence of bacterial vaginosis in the United States, 2001-2004; associations with symptoms, sexual behaviors, and reproductive health. 2007; 34(11): 864-9.

NEWTON SERGIO DE CARVALHO

Professor Adjunto-Doutor do Departamento de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná / Setor de Infecções em GO e Disciplina de Doenças de Transmissão Sexual

E-mail: infectogin@ufpr.br / www.infectogin.com.br

INFECÇÃO GENITAL POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* EM CASAIS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE ESTERILIDADE CONJUGAL

GENITAL INFECTION BY *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* IN COUPLES ATTENDING IN CONJUGAL STERILITY AMBULATORY

Carlos Alberto S Marques¹, Maria Luiza B Menezes², Iara Maria G Coelho³, Carlos Reinado C Marques⁴, Leonardo C Celestino⁵, Márcio C Melo⁶, Priscila R Lima⁶

RESUMO

Introdução: as infecções sexualmente transmissíveis são relativamente frequentes e constituem sério problema de saúde pública, em quase todo o mundo. Dentre essas, a causada por *Chlamydia trachomatis* (CT) é uma das mais prevalentes e de alto índice de complicação para a saúde reprodutiva. **Objetivo:** investigar a taxa de infecção genital por CT em casais que procuram tratamento para infertilidade e possíveis fatores associados. **Métodos:** estudo transversal englobou 100 casais atendidos no ambulatório de esterilidade da Clínica Ginecológica do Hospital Agamenon Magalhães – Recife-PE, submetidos a um questionário contendo informações sócio-econômicas e demográficas, sinais e sintomas relacionados com possível infecção genitourinária. A propedêutica rotineira foi empregada, incluindo espermograma e histerossalpingografia. A técnica laboratorial foi a reação em cadeia de polimerase (PCR), com amostra de 1º jato urinário dos homens e endocervicais das mulheres. **Resultados:** observou-se infecção genital por CT em 17 casais (9% dos homens e 10% das mulheres). Houve coincidência de infecção entre parceiros em dois casais. Não houve nenhuma associação com características sócio-demográficas e econômicas, sinais e sintomas genitourinários e as causas básicas de infertilidade. **Conclusão:** a infecção por CT em casais inférteis mostrou frequência elevada na amostra. Portanto, sugere-se seu rastreio rotineiro em clínicas de infertilidade.

Palavras-chave: *Chlamydia trachomatis*, infecção por clamídia, doença sexualmente transmissível, infertilidade

ABSTRACT

Introduction: the sexually transmitted infections are relatively frequent and are serious public health problem in almost all over the world. Among these, caused by *Chlamydia trachomatis* (CT) is one of the most prevalent and self index of complication for reproductive health. **Objective:** to investigate the occurrence of genital CT infection in couples that seek treatment for infertility and other possible associated factors. **Methods:** a cross sectional study was held with the participation of 100 recruited couples treated by the sterility ambulatory of the Gynecologic Clinic of the Agamenon Magalhães Hospital - Recife-PE. Both men and women were submitted to Polymerase Chain Reaction (PCR) testing; the men being sampled for their first urine and the women for material of their cervical canal. **Results:** CT genital infection was observed in 17 couples (9.0% of men and 10.0% of women). There was coinciding infection of both partners in two couples. There was neither relationship between CT infection and the various genitourinary complaints nor the basic causes of infertility. **Conclusion:** the rate of CT infection in infertile couples is high. The suggestion is to include routine screening in infertility clinics.

Keywords: *Chlamydia trachomatis*, Chlamydia infection, sexually transmitted disease, infertility

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis são relativamente frequentes e constituem sério problema de saúde pública, em quase todo o mundo. O Centro de Controle de Doenças (CDC), nos EUA, mostra que a infecção pela *Chlamydia trachomatis* (CT) está tão amplamente disseminada que existem mais casos novos desta doença que qualquer outra doença sexualmente transmissível (DST), como sífilis, gonorréia, HPV, herpes e aids¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), foram estimados mundialmente no ano de 1999, considerando entre homens e mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos 9,5 milhões de casos de infecção pela (CT), dos quais 92 milhões ocorreriam na América Latina e no Caribe².

Nos Estados Unidos da América do Norte (EUA), estima-se a ocorrência de três a quatro milhões de casos novos a cada ano,

resultando em um milhão de casos de doença inflamatória pélvica aguda (DIPA), dos quais 250.000 necessitarão de internamento hospitalar, determinando um custo de 4,2 bilhões de dólares, deixando um saldo de 100.000 mulheres inférteis e uma incidência de 70.000 casos de gestações ectópicas³.

No Brasil, o Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/Aids) do Ministério da Saúde estima a ocorrência de 1.967.200 casos novos a cada ano, verificando-se uma incidência de 3,5% no sexo feminino e de 2,3% no sexo masculino⁴.

A prevalência de infecção clamidiana depende das características da população estudada. Nos EUA, entre estudantes colegiais do sexo feminino, varia de 2% a 7% e, entre mulheres atendidas numa clínica de planejamento familiar, de 4% a 12%. Entre homens e mulheres que comparecem a uma clínica de DST são registrados índices de 6% a 20%⁵.

Estudo tipo corte transversal realizado em Vitória-ES, entre 464 adolescentes do sexo feminino, mostrou uma prevalência de 8,9% de infecção pela CT⁶.

Portanto, os inúmeros estudos mostram uma variação enorme na prevalência da CT, considerando-se desde a técnica laboratorial utilizada para a pesquisa, até fatores sócio-demográficos e comportamentais. Em comum, os trabalhos são unânimes em

¹Mestrado – Vice-presidente da SBDST-PE. Membro da Diretoria da SBDST

²Doutorado – Presidente da SBDST

³Mestrado – Médica Ginecologista do Hospital Agamenon Magalhães

⁴Mestrado – Médico Ginecologista da UPE

⁵Mestrado – Biomédico do Laboratório Paulo Loureiro

⁶Graduação – Médico

mostrar que a infecção é assintomática na maioria das mulheres infectadas.

Os fatores de risco mais importantes associados à infecção pela CT são início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, ter tido mais que um parceiro sexual nos últimos 90 dias, ser solteiro, não usar preservativo nas relações sexuais, uso de contraceptivos hormonais orais por mulheres jovens, nuliparidade, uso de ducha vaginal, presença de ectopia cervical, hábito de fumar, passado de DST, falta de conhecimentos sobre DST e aids e idade inferior a 20 anos, sendo este o principal fator de risco citado nas pesquisas realizadas⁷.

A ausência de sintomatologia em cerca de 70% a 80% das mulheres, e em 50% dos homens infectados, representa enorme dificuldade para se firmar o diagnóstico da infecção clamidiana. Quando os sintomas aparecem, são vagos e inespecíficos, podendo manifestar-se sob a forma de disúria e corrimento uretral nos homens. Nas mulheres, a presença de corrimento vaginal e, ao exame ginecológico, a visualização de muco purulento ou turvo sendo drenado pelo orifício cervical, bem como o colo uterino com ectopia friável, sangrando facilmente, são sinais sugestivos de infecção pela CT⁶.

As complicações mais temíveis de uma infecção clamidiana são a salpingite e a DIPA, afetando a vida reprodutiva da mulher, ocasionando por vezes, infertilidade definitiva⁸.

Os estudos que visam a detecção de CT no trato inferior das mulheres sexualmente ativas e assintomáticas têm-se revelado uma estratégia válida para a prevenção das complicações da DIPA^{8,9}.

OBJETIVO

Verificar a frequência e a concordância de infecção pela CT em casais atendidos em ambulatório de esterilidade, buscando correlacioná-la com dados sócio-demográficos, presença ou não de sintomas e sinais genitourinários, resultados de exames de investigação de infertilidade e causa básica da infertilidade.

MÉTODOS

Realizou-se estudo transversal com 100 casais que compareceram espontaneamente para consulta no ambulatório de esterilidade conjugal do Hospital Agamenon Magalhães, após aprovação do projeto do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital. O cálculo da amostra baseou-se no número de casais atendidos na clínica de infertilidade (900/ano) e em taxas de infecção por CT observadas em estudos nacionais em outros grupos populacionais. Admitindo-se uma taxa individual de 11% (IC 95%; 5-17), seriam necessários 94 casais. O período de observação foi de fevereiro/2005 a novembro/2006, e foram incluídos os que concordassem em se submeter à propeidêutica básica para investigação do casal infértil, ou seja, espermograma, avaliação da ovulação, histerossalpingografia, histeroscopia e laparoscopia nos casos indicados, e ao rastreamento de CT com a reação em cadeia da polimerase (PCR). Foram excluídos casais que vieram à con-

sulta solicitando salpingoplastia pós-laqueadura tubária. Após serem informados sobre os objetivos da pesquisa e terem concordado em assinar o termo de consentimento livre esclarecido, foram recrutados inicialmente 122 casais para o estudo. Por não terem sido obtidos os resultados da pesquisa para CT dos parceiros do sexo masculino, foram excluídos do estudo 22 casais anteriormente selecionados, permanecendo até o final 100 casais.

A cada homem foi fornecido um *kit* contendo um coletor e um tubo de ensaio estéril e repassadas as orientações para o procedimento de coleta do 1º jato urinário. As mulheres foram submetidas ao exame ginecológico com o espécuro e foi procedida a coleta de material do canal cervical, utilizando-se um *kit* especificamente destinado à obtenção de amostra para o diagnóstico laboratorial de CT.

Além da pesquisa de CT, os casais foram estudados quanto à associação com as características sócio-demográficas e econômicas, aos resultados do espermograma e da histerossalpingografia e à causa básica da infertilidade. A idade foi dividida em duas categorias (< 20 anos e = 20 anos). A cor da pele foi auto-referida (branca, parda ou preta). A escolaridade foi categorizada em “até a primária” e “secundária ou superior”. A renda familiar foi dividida em duas categorias (até dois salários mínimos e acima de dois salários mínimos). O município de residência foi agrupado em “Recife ou Região Metropolitana de Recife (RMR)” ou “outro”. Os sintomas ou sinais genitourinários foram categorizados em “presentes” ou “ausentes”.

Através dos Programas OpenEpi, versão 2, e EpiInfo Windows, versão 3.2.2, avaliaram-se média, DP e T-test para a análise da variável contínua (idade), proporção de infectados pela CT e Mid-P Exato, e agruparam-se as categorias das variáveis nominais para verificar-se a significância estatística das diferenças entre os grupos. Foram utilizados testes do qui-quadrado e exato de Fisher, adotando-se como significante o valor inferior a 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A frequência de infecção por CT nos 100 casais recrutados foi de 17% (IC 95%; 10,6-25,3), sendo 9% (IC 95%; 4,5-15,9) nos homens e 10% (IC 95%; 5,2-17,1) nas mulheres. A concordância de infecção ocorreu em apenas dois casais.

A população de estudo mostrou-se heterogênea quanto à idade (“F” estatístico de igualdade da variância = 1,7; $p < 0,05$). Os homens foram, em média, 2,8 anos (IC 95%; 0,9-4,7) mais velhos que as mulheres. A idade das mulheres variou de 18 a 46 anos, com média de 31,9 anos (DP = 5,8) e faixa predominante acima dos 20 anos (98%); entre os homens variou de 20 a 56 anos, com média de 34,2 anos (DP = 7,6) e 100% deles tinham mais de 20 anos (“t” test = 2,9; $p < 0,05$).

A cor da pele mais freqüente foi preta ou parda (57% das mulheres e 68% dos homens) e a escolaridade primária foi a mais encontrada (76% das mulheres e 67% dos homens) entre ambos. A renda mensal média foi de até dois salários mínimos, em mais de 75% deles, mostrando ser baixo o poder aquisitivo da população estudada. A maioria (62%) dos casais residia em Recife ou

Região Metropolitana. Não se observou diferença significativa ($p > 0,05$) entre características sócio-demográficas dos casais com ou sem infecção por CT (**Tabela 1**).

Os sinais e sintomas geniturinários relacionados com a infecção por CT estiveram ausentes na grande maioria (85%) dos casais e não se mostrou diferente estatisticamente entre os infectados ou não (**Tabela 2**).

O resultado da histerossalpingografia mostrou-se anormal em quase um terço e o resultado do espermograma foi normal na grande maioria dos casais, mas não houve associação estatisticamente significativa com a presença ou não de infecção pela CT (**Tabela 3**). A causa básica de infertilidade não foi identificada em pouco mais de um terço (42,0%) dos casais, o fator feminino foi o mais prevalente (49,0%), sendo o fator tubário responsável por cerca de um quarto dos casos (26,0%) e os distúrbios da ovulação por 23% deles. O fator masculino foi identificado como causa básica em 9% dos casais e em pouquíssimos casos (5%) a causa foi atribuída a ambos os cônjuges (**Tabela 4**).

DISCUSSÃO

O total de infecções por CT nos 200 indivíduos (100 casais) participantes do estudo foi de 9,5%. A escassez de referências

bibliográficas nacionais e internacionais em população semelhante a este estudo limita a análise comparativa dos achados. Nas mulheres, a taxa foi de 10%, e nos homens, de 9%, resultados que se situam na faixa de 0,6% e 20,2%, encontrada em outros estudos nacionais de base populacional ou em populações específicas, como clínicas de planejamento familiar, gestantes, ambulatórios de ginecologia, adolescentes e clínicas de DST¹⁰.

Utilizando o método de imunofluorescência, Simões *et al.* (1997), em Campinas-SP obtiveram taxa de 2,1% de infecção por CT entre 328 gestantes. Faundes *et al.*, no ano seguinte, na mesma cidade, detectaram a infecção em 6,6% de 407 mulheres do ambulatório de planejamento familiar. Já em São Paulo-SP, Smith *et al.*, em 2002, testando 424 mulheres de ambulatório de prevenção do câncer ginecológico, encontraram taxa de 20,2%. Estudo multicêntrico realizado em clínicas de DST nas cidades de Manaus, Recife, Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre, constatou, em 348 mulheres, taxa de 8,4% (Moherdau *et al.*, 1998)¹⁰.

Empregando a técnica de PCR, Araújo *et al.*, em 2002, obtiveram taxa de 19,6%¹⁰, na cidade de Goiânia-GO, numa amostra de 296 mulheres de ambulatório de ginecologia. Em estudo de base populacional, através do Programa de Saúde da Família, em Porto Alegre-RS, Ramos *et al.*, neste mesmo ano, detectaram entre 155 mulheres taxa de 0,6%¹⁰. Adotando a técnica de *ligase*

Tabela 1 – Distribuição de 100 casais atendidos no ambulatório de esterilidade conjugal do HAM de acordo com suas características sócio-demográficas – Recife-PE, fevereiro de 2005 a novembro de 2006.

Características	Infecção por CT	
	Presente	Ausente
Idade		
Mulheres*		
< 20 anos	00	02
= 20 anos	10	88
Homens		
< 20 anos	00	00
= 20 anos	09	91
Cor da pele		
Mulheres*		
Branca	03	37
Preta ou parda	07	53
Homens*		
Branca	02	32
Preta ou parda	07	59
Escolaridade		
Mulheres*		
Até primária	07	54
Secundária	03	36
Homens*		
Até primária	04	52
Secundária ou superior	05	39
Renda média do casal		
Até 2 salários mínimos	12	63
Mais de 2 salários mínimos	05	20
Município de residência*		
Recife/RMR	16	75
Outro	01	8

Nota: $p > 0,05$, excluindo a idade dos homens (* teste Exato de Fisher)

Tabela 2 – Distribuição de 100 casais atendidos no ambulatório de esterilidade conjugal do Hospital Agamenon Magalhães, segundo a infecção por CT e a presença de sinais e sintomas genitourinários relacionados – Recife-PE, fevereiro de 2005 a novembro de 2006.

Sinais e sintomas de infecção por CT	Infecção por CT	
	Presente	Ausente
Mulheres		
Presentes	03	11
Ausentes	07	79
Homens		
Presentes	01	00
Ausentes	08	91

Nota: $p > 0,05$ (teste Exato de Fisher)

Tabela 3 – Distribuição de 100 casais atendidos no ambulatório de esterilidade conjugal do Hospital Agamenon Magalhães, segundo a infecção por CT e os resultados da histerossalpingografia e do espermograma – Recife-PE, fevereiro de 2005 a novembro de 2006.

Resultados dos exames	Infecção por CT	
	Presente	Ausente
Histerossalpingografia		
Anormal	02	24
Normal	08	66
Espermograma		
Anormal	01	08
Normal	08	83

Nota: $p > 0,05$ (teste Exato de Fisher)

Tabela 4 – Distribuição de 100 casais atendidos no ambulatório de esterilidade conjugal do Hospital Agamenon Magalhães, segundo a infecção por CT e os fatores identificados como causa básica de infertilidade – Recife-PE, fevereiro de 2005 a novembro de 2006.

Causa básica de infertilidade	Infecção por CT	
	Presente	Ausente
Sem causa determinada	10	32
Fator feminino		
Canalicular	02	24
Ovulatório	04	19
Fator masculino	01	09
Ambos*	00	04

Nota:* Fator masculino + feminino (todos de causa canalicular); $p > 0,05$ (excluindo os casais com fatores associados)

chain reaction (LCR), estudos com 149 adolescentes testadas em Vitória-ES, e outro com 400 gestantes, de Recife-PE, revelaram freqüências de 11,4% (Miranda *et al.*)¹⁶ e 7,5% (Menezes *et al.*)¹¹, respectivamente.

Assim, evidencia-se que a prevalência da infecção por clamídia mostra enorme variação, considerando não só a população estudada e o local onde a pesquisa foi realizada, mas também a técnica laboratorial utilizada para o diagnóstico.

Em Benin, Alary *et al.* observaram uma maior prevalência de *Neisseria gonorrhoeae* (NG) e CT quando utilizaram técnicas de

biologia molecular do que com o uso de cultura ou ELISA, revelando maior sensibilidade e especificidade do primeiro teste¹². Isso é possível mediante a capacidade que os testes de amplificação de ácido nucléico têm de detectar níveis extremamente baixos de organismos viáveis, abaixo do nível de detecção por outras técnicas, ou amplificarem o DNA ou RNA de patógenos residuais, não-viáveis, de infecções pregressas que ainda não foram eliminadas. Estes testes são capazes de detectar até uma única partícula plasmídica¹³.

Entretanto, a técnica de PCR só detecta doença em atividade ou, quando presentes partículas plasmídicas do microrganismo viáveis e não-viáveis, mesmo em pequenas quantidades. Nos casais em que o fator de infertilidade se deveu à obstrução tubária, demonstrada pela histerossalpingografia, suspeita-se da ocorrência de infecção progressiva. Entretanto, na amostra estudada não foi possível estabelecer essenexo causal, que poderia ser feito através da pesquisa de anticorpos para CT (CAT) ou utilizando outro desenho de estudo, como uma coorte ou caso-controle. Mas, por questões de ordem ética, optou-se pelo desenho adotado.

Estudos que utilizaram técnica do CAT mostraram valores de anticorpos para CT associados à presença de lesões tubárias, verificadas pela videolaparoscopia, em 100% das mulheres com lesões graves e em 73% com lesões leves¹⁴. Quando estudadas as mulheres portadoras de infertilidade secundária a uma gravidez ectópica, 78% possuíam CAT positivo. Nas inférteis por dano tubário de origem inflamatória a positividade foi de 85% e nas mulheres inférteis por outras causas, foi de 56%¹⁵.

A população que procura ambulatórios de esterilidade conjugal em serviços públicos possui características epidemiológicas similares. Fernandes e Bahamondes, estudando 2.331 casais, encontraram média de idade de 28 anos entre as mulheres e de 30 anos entre os homens¹⁶.

A população ora em estudo revelou baixa situação sócio-econômica, compatível com o padrão mediano de pacientes atendidos em hospitais públicos da cidade do Recife.

Quando são avaliadas as causas relacionadas com a infertilidade, verifica-se que variam de região para região. Estudo patrocinado pela OMS demonstrou que, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, a causa de esterilidade deveu-se a ambos os cônjuges, em 30% dos casos, e a esterilidade sem causa determinada em 35% dos casais. Nos países desenvolvidos o fator tubário teve uma frequência de 36%, enquanto nos países em desenvolvimento, de 44%¹⁷. No Brasil, 2.331 casais atendidos nos Serviços de Esterilidade Conjugal dos hospitais universitários da UNICAMP e da PUCCAMP, em Campinas-SP, no período de 1980 a 1992, foram estudados, revelando que a etiologia mais frequente foi o fator tubário, respondendo por 53% dos casos. Essa elevada incidência do fator tubário deveu-se às mulheres que procuraram tratamento para reversão da laqueadura tubária (24% do total de casos)¹⁶. Outros estudos, em países desenvolvidos, descreveram taxas de fator tubário que variam de 6,5% a 17,7%^{18,19}.

Na amostra aqui estudada, contrastando com os achados citados nos estudos anteriormente citados, há elevada taxa de fator tubário, a despeito de terem sido excluídos os casais que desejavam recanalização tubária, o que sugere que há deficiências quanto à prevenção e ao tratamento adequado das DST, uma vez que, frequentemente, os danos tubários têm etiologia infecciosa devida a uma DIPA²⁰.

Embora tenham sido realizados anamnese dirigida e exame ginecológico minucioso, ocasião em que se colheu amostra de material endocervical para a pesquisa da CT, não se detectaram queixas nem sinais clínicos que pudessem estar associados ao dano tubário nos casos de obstrução revelados pela histerossalpingografia, e eventualmente, comprovados pela videolaparosco-

pia. Isto sugere que o processo da doença pode ser silencioso ou subagudo, levando à não-percepção pela paciente e à não suspeição pelo profissional de saúde, uma vez que o sinal clínico mais característico da cervicite causada por CT, a descarga cervical mucopurulenta, nem sempre é constatado^{21, 22}.

Na investigação do casal infértil, suspeita-se da existência de fator tubário quando a mulher refere história de DIPA, apendicite supurada, uso de DIU, aborto séptico e gravidez ectópica. Entretanto, metade das mulheres com alterações tubárias não tem antecedentes de DIPA, além disso, foram descritas lesões tubárias de natureza virótica, tornando mais complexa a determinação do fator etiológico dessas lesões²³.

A elevada prevalência de infecção por CT reflete a longa e vitoriosa adaptação desse microrganismo como hospede do ser humano. O grupo de pessoas infectadas e assintomáticas não só é um indicativo de sérios riscos de seqüelas em longo prazo, mas, também, a constante manutenção do risco de disseminação da doença²².

Em estudo de intervenção, com um ano de duração, em que foram testados 219 homens assintomáticos, atendidos em uma unidade de clínica geral, na faixa etária de 16 a 25 anos, a pesquisa de CT no primeiro jato urinário mostrou-se positiva em 5% dos indivíduos²³.

Na amostra estudada, houve fraca concordância de infecção entre parceiros, consoante com o estudo de Lin *et al.*, que verificaram que a transmissão da infecção por CT do homem portador de uretrite para a sua parceira sexual não ocorreu em todos os casos e o sorotipo detectado na mulher foi idêntico ao do parceiro em pouco mais da metade²⁴. Uma hipótese é que, uma vez sendo a infecção por CT mais frequentemente sintomática em homens que em mulheres, é possível que os homens com CT prévia tenham procurado o tratamento precoce da doença, até mesmo em farmácias, por exemplo, reduzindo, desta forma, a chance de transmissão para as mulheres do estudo.

A experiência em outros países tem mostrado que programas de detecção em massa para CT determinam acentuada queda na incidência de DIPA, resultando em gastos evitáveis que são aproveitados para outras melhorias na assistência à saúde pública. A Força-Tarefa Americana identificou, através de revisão sistemática, que o rastreamento da CT em todas as mulheres sexualmente ativas com 24 anos ou menos e em todas as gestantes com risco revelou nível A de recomendação e o rastreamento em todas as gestantes com 24 anos ou menos, e nas mais velhas com risco revelou nível B de recomendação²⁵.

Outras organizações que recomendam o rastreamento de CT em mulheres com risco são a American Academy of Family Physicians (AAFP), o American College of Obstetricians and Gynecologists, o American College of Preventive Medicine, Canadian Task Force (ACPMCTF) e o CDC^{1,25}.

Além deste grupo de mulheres, o ACPMCTF recomenda o rastreamento em todas as gestantes, o AAFP e o ACOG recomendam às gestantes com risco e o CDC recomenda pelo menos uma vez ao ano o rastreamento em homens que fazem sexo com homens²⁵.

Sugere-se, desta forma, a implantação em nível nacional destas estratégias de rastreamento sistemático da infecção por CT,

pelo menos em mulheres de alto risco, como em clínicas de infertilidade.

CONCLUSÃO

A infecção por *Chlamydia trachomatis* em casais inférteis mostrou frequência elevada na amostra. Portanto, sugere-se seu rastreamento rotineiro em clínicas de infertilidade.

Agradecimentos

À UNESCO e ao Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST e Aids pela cooperação financeira que viabilizou a realização das análises das infecções genitais por CT através da PCR.

O presente artigo resulta da pesquisa que foi produzida no Contexto de Cooperação UNESCO/Programa Nacional de DST e aids (Projeto 914BRA1101).

As opiniões aqui expressas são de responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a visão da UNESCO sobre o assunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. MMWR 2006; 55(RR-11): 1-94.
- World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections overview and estimates. Geneva: WHO; 2001.
- Miller WC, Ford CA, Morris M, Handcock MS et al. Prevalence of chlamydial and gonococcal infections among young adults in the United States. JAMA 2004; 291(18): 2229-36.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: PNDST/AIDS; 2006.
- Hillis SD, Wasserheit JN. Screening for Chlamydia: a key to the prevention of pelvic inflammatory disease. N Engl J Med 1996; 334: 1399-401.
- Miranda AE, Szwarcwald CL, Peres RL, Page-Shafer K. Prevalence and risk behaviors for chlamydial infection in a population-based study of female adolescents in Brazil. Sex Transm Dis 2004; 31(9): 542-6.
- Gaydos CA, Howell MR, Pare B, Clark KL, Ellis DA. Chlamydia trachomatis infections in female military recruits. N Engl J Med 1998; 339: 739-44.
- Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE, Andriella H, Holmes KK, Stamm WE. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. N Engl J Méd 1996; 334: 1362-6.
- Peipert JF. Genital Chlamydial Infections. Clinical Practice 2003; 349(25): 2424-30.
- Miranda AE, Gadelha AMJ, Passos MRL. Impacto da infecção pela Chlamydia trachomatis na saúde reprodutiva. DST - J bras Doenças Sex Transm 2003; 15(1): 53-58.
- Menezes MLB, Faúndes AE, Albuquerque RM. Validação do Fluxograma de Corrimento Vaginal em Gestantes. DST - J bras Doenças Sex Transm 2004; 16(1): 38-44.
- Alary M, Baganizi E, Guèdèmè FP, Davo N, Adjovi C, Van Dyck E et al. Evaluation of clinical algorithms for the diagnosis of gonococcal and chlamydial infections among men with urethral discharge or dysuria and women with vaginal discharge in Benin. Sex Transm Inf 1998; 74(Suppl 1): S44-9.
- Varella RQ, Passos MRL, Pinheiro VMS, Lopes HR, Santos SB, Guimarães CC et al. Pesquisa de Chlamydia trachomatis em mulheres do município de Pirai - Rio de Janeiro. DST - J bras Doenças Sex Transm 2000; 12(Suppl-3): 27-44.
- Akande V. Chlamydia serology screens for tubal damage. Human Reproduction 2003; 18: 1841-7.
- Hawes LA, Gilbert GL. Seroepidemiology of Chlamydia trachomatis infection in infertile women in Melbourne. Med J Aust 1986; 145(10): 497-9.
- Fernandes MAS, Bahamondes L. Incidência de Fatores Etiológicos de Esterilidade Conjugal nos Hospitais Universitários de Campinas. RBGO 1996; 18: 29-36.
- Cates W, Farley TMM, Rowe PJ. Worldwide patterns of infertility: is Africa different! Lancet 1985; 14: 596-8.
- Thomas AK, Forrest MS. Infertility: a review of 291 infertile couples over eight years. Fertil Steril 1980; 34: 06-11.
- Verkauf BS. The incidence and outcome of single-factor, multifactorial, and unexplained infertility. Am J Obstet Gynecol 1983; 147: 175-81.
- Moore DE, Spadoni L, Foy HM et al. Increased frequency of serum antibodies to Chlamydia trachomatis in infertility due to tubal disease. Lancet 1982; 2: 514-6.
- Marques CAS, Menezes MLB. Infecção genital por Chlamydia trachomatis e esterilidade. DST - J bras Doenças Sex Transm 2005; 17(1): 66-70.
- Hamdad F, Orfila J, Boulanger JC, Eb F. Chlamydia trachomatis urogenital infection in women. Best diagnosis approaches. Gynecol Obstet Fertil 2004; 32(12): 1064-74.
- Franco Junior JG, Baruffi RLR. Rotina na Investigação do Casal Infértil. Femina 1995; 23: 489-96.
- Lin JS, Donegan SP, Heeren TC, Greenberg M et al. Transmission of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae among men with urethritis and their female sex partners. J Infect Dis 1998; 178(6): 1707-12.
- Barclay L, Désirée L. Guidelines Updated for Screening for Chlamydia Infection. Ann Intern Med 2007; 147: 128-41.

Endereço para correspondência:

CARLOS ALBERTO SÁ MARQUES

Rua Setubal, 596 – Apto 602 – CEP 51030-010.

Boa Viagem – Recife – PE

Fones: (81)3465-5291 e 9963-1419

E-mail: csamarques@hotmail.com

Recebido em: 20/03/2007

Aprovado em: 28/04/2007

PREVALÊNCIA DE ANOMALIAS DENTÁRIAS EM CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES SOROPOSITIVAS PARA O HIV

DENTAL ANOMALIES PREVALENCE IN CHILDREN BORN FROM HIV SEROPOSITIVE MOTHERS DENTAL ANOMALIES IN HIV CHILDREN

Rita CB Bertazzoli¹, Maria R Baptista², Luciana C Fonseca³, Claudia RL Figueiredo⁴

RESUMO

Introdução: várias pesquisas têm documentado a presença de manifestações orais na aids pediátrica, entretanto poucos estudos mostram a relação da infecção pelo HIV e do uso de terapia anti-retroviral (TARV) com a presença de anomalias dentárias. **Objetivo:** verificar a prevalência das anomalias dentárias de forma, número, tamanho e posição em crianças soropositivas para o HIV verticalmente contaminadas e em uso de TARV. **Métodos:** trata-se de um estudo de caso-controle, corte transversal, descritivo, onde foi realizada a análise dos dentes permanentes através de radiografias panorâmicas de crianças infectadas pelo HIV e crianças sem a infecção. Todas as crianças eram filhas de mães soropositivas para o vírus. Informações sobre o uso de TARV foram obtidas dos prontuários médicos. Os resultados obtidos foram estatisticamente comparados. **Resultados:** os resultados mostraram a presença de anomalias de número (2,2%), forma (2,2%), tamanho (2,2%) e posição (6,5%) no grupo de crianças infectadas pelo HIV e anomalias de número (3,3%) e posição (3,3%) no grupo das crianças sem a infecção, mas não houve diferença estatisticamente significante entre os grupos. **Conclusão:** embora a prevalência de distúrbio no posicionamento dentário (giroversão) tenha sido maior nas crianças portadoras foi possível concluir não haver relação estatisticamente significativa entre a infecção pelo HIV e o uso de TARV com a presença de anomalias dentárias.

Palavras-chave: HIV, aids, crianças, anomalias dentárias, terapia anti-retroviral

ABSTRACT

Introduction: many researches has well documented the presence of the oral manifestations in pediatric aids, nevertheless, very few studies show the relationship of the HIV infection and the use of antiretroviral drugs and the presence of dental anomalies. **Objective:** to verify the dental shape, number, size and position anomalies prevalence in HIV positive children contaminated by vertical route and under antiretroviral therapy. **Methods:** it is a case-control, cross-sectional, descriptive study with data obtained from HIV-infected and uninfected children through panoramic radiographs. All of them were born from HIV-positive mothers. Informations about use of antiretroviral therapy were obtained from medical records. The results of both groups were statistically compared. **Results:** the results showed the presence of anomalies of number (2,2%), size (2,2%) and position (6,5%) at the infected children group and dental anomalies of number (3,3%) and position (3,3%), at the uninfected group, but there was no statistical significant difference between the groups. **Conclusion:** although the disturbance of dental position (giroversion) had been more prevalent in HIV infected children, it was possible to conclude that there was no statistical significant relationship between the HIV infection and the use of antiretroviral drugs with the presence of dental anomalies.

Keywords: HIV, AIDS, children, dental anomalies, antiretroviral therapy.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, com a descrição da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a doença dela decorrente, a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), o mundo vive um dos mais complexos problemas de saúde pública.

No Brasil, os primeiros casos de aids em adultos foram relatados em 1982 e no ano seguinte ocorreu a primeira notificação de caso de aids pediátrica¹. A partir desses primeiros relatos, foi possível evidenciar uma marcante mudança na história da infecção-doença, principalmente nos indicadores epidemiológicos que mostram o aumento do número de casos associados à subcategoria de exposição heterossexual. Dessa forma, tem-se observado o aumento do número de mulheres em idade reprodutiva infectadas

pelo HIV com o conseqüente incremento da transmissão vertical do vírus. Atualmente, 50% das pessoas infectadas pelo HIV no mundo são do sexo feminino e, no Brasil, dos 433.067 casos notificados de 1980 a junho de 2006, 142.138 (32,8%) ocorreram em mulheres acima de 20 anos de idade².

A mais importante via de transmissão do HIV para crianças é a materno-infantil e a taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 20%.

Entretanto, estudos publicados na literatura médica³ demonstram a redução da transmissão para níveis entre 0% e 2% com o uso de algumas medidas profiláticas, entre elas o uso de terapia anti-retroviral pelas mães durante a gestação e pelo recém-nascido logo após o nascimento. Todavia, frente à infecção, as crianças serão submetidas a tratamento com drogas anti-retrovirais ao longo de sua vida.

Há relatos de atraso no desenvolvimento geral de crianças infectadas pelo vírus⁴, demonstrado também em crianças brasileiras⁵. Além disso, um sistema imunológico afetado na plenitude de sua formação pode desencadear anormalidades funcionais nas imunidades humoral e celular, tornando o organismo das crianças mais suscetível a infecções oportunistas, inclusive aquelas localizadas na cavidade bucal⁶.

¹Professora Doutora Bolsista de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Regional/CNPq e Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

²Cirurgiã-dentista do Núcleo Integrado da Criança, Santos, SP

³Professora Doutora Adjunta do Departamento de Radiologia Odontológica e Imagiologia da PUC de Minas Gerais

⁴Professora Doutora Adjunta Departamento de Fisiologia e Patologia da UFPB.

Especificamente no campo odontológico, encontramos vários estudos já realizados que demonstram a importância das manifestações bucais na aids pediátrica⁷⁻¹⁰. Dentro deste contexto, alguns relatos¹¹⁻¹³ apontam um maior risco para as alterações nos tecidos dentários dessas crianças, entretanto, são poucos os estudos relacionando a infecção pelo HIV e o uso de anti-retrovirais com a presença de anomalias dentárias¹⁴.

A formação e o desenvolvimento do órgão dentário iniciam-se por volta da sétima semana de vida intra-uterina, e interferências locais ou gerais podem ocorrer no período da odontogênese causando perturbações que modificam a fisiologia e a morfologia dos tecidos. Essas interferências podem ser divididas, no que concerne à sua etiologia, em influenciadas por fatores ambientais (sistêmicos ou locais), idiopáticas e de natureza hereditária.

Os fatores ambientais que podem causar alterações nos dentes são classificados em locais e sistêmicos, onde entram as alterações metabólicas, doenças hereditárias, má nutrição, alterações neurológicas, traumas relacionados com o nascimento, além das infecções, como a varicela, infecção por citomegalovírus, pneumonia, infecções respiratórias, sífilis, rubéola e tétano¹⁵.

De acordo com a fase de formação em que o órgão dental sofreu a agressão, diferentes anomalias dentárias podem ocorrer. Com relação às de número que podem ocorrer durante o desenvolvimento dentário temos a oligodontia (total ou parcial) e dentes supranumerários. As anomalias de tamanho são representadas pela microdontia e macrodontia; entre as de estrutura estão a amelogenese imperfeita, dentinogênese imperfeita, hipoplasia de esmalte e dentinodisplasia; as anomalias de forma são geminação, fusão, concrescência, taurodontia, dilaceração, raízes supranumerárias, cúspide em garra e *dens in dente*. Entre as anomalias de estrutura, são consideradas a hipoplasia de esmalte, dentinogênese imperfeita, hipocalcificação da dentina, displasia da dentina e odontodisplasia regional¹⁶.

A frequência de taurodontia em um grupo de 66 crianças que já apresentavam agenesia de pelo menos um dente como característica isolada, foi estudada e comparada com crianças do mesmo sexo e faixa etária sem anomalias dentais como grupo-controle por Seow e Lai¹⁷. Encontraram a taurodontia em pelo menos um dos primeiros molares permanentes em 34,8% dos pacientes com hipodontia contra apenas 7,5% dos pacientes do grupo-controle.

Brook e Winter¹⁸ indicam em seus estudos que as anomalias de forma são mais comuns na dentição decídua (0,5%) que na permanente (0,1%) e que há mais fusão que geminação.

Fernandes¹⁹ pesquisou a possível relação entre a infecção pelo HIV e anomalias de forma, número, tamanho, posição e estrutura na dentição permanente de crianças infectadas verticalmente, quando comparadas com um grupo de crianças sem a infecção. Os resultados mostraram que anomalias dentárias foram vistas nos dois grupos de crianças, sendo a rotação ou a giroversão (anomalia de posição) mais prevalente nas crianças portadoras do HIV.

Magalhães⁹, em estudo sobre manifestações bucais em crianças brasileiras entre 2 e 13 anos de idade portadoras do HIV, observou a hipoplasia de esmalte em 9 das 38 examinadas. O autor chama a atenção para a importância de estudos para se verificar uma possível relação entre a ocorrência de anomalias dentá-

rias e a infecção pelo HIV, assim como as terapias utilizadas pelas mães e pelas crianças durante a odontogênese.

Vale destacar que o exame radiográfico constitui-se o meio mais viável para a determinação da presença de anomalias, e a radiografia panorâmica é a técnica mais indicada para tal diagnóstico. A técnica é bem aceita pelos pacientes infantis, exige menor tempo para ser produzida e requer uma menor exposição do paciente à radiação²⁰.

Tendo em vista o escasso número de estudos referentes à existência ou não de relação entre a infecção pelo HIV e o uso de drogas anti-retrovirais com a ocorrência de alterações do desenvolvimento dentário, o presente estudo objetivou verificar a prevalência das anomalias de forma, número, tamanho, posição e estrutura nessa população.

OBJETIVO

Verificar a prevalência das anomalias dentárias de forma, número, tamanho e posição em crianças soropositivas para o HIV verticalmente contaminadas e em uso de terapia anti-retroviral.

MÉTODOS

O estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e pela coordenação e equipe multidisciplinar do Núcleo Integrado da Criança (NIC) da cidade de Santos.

Participaram desse estudo crianças provenientes da Baixada Santista, que fazem acompanhamento periódico no ambulatório do NIC, reconhecido Serviço de Assistência Especializada (SAE) na cidade de Santos, credenciado pelo Programa Nacional DST/Aids do Ministério da Saúde, sendo também referência no atendimento ao Programa de Transmissão Materno-infantil do HIV.

A amostra foi representada por 46 crianças infectadas pelo HIV e 30 crianças não infectadas pelo vírus, todas nascidas de mães soropositivas para o HIV. As crianças foram convidadas a participar do estudo através de seus pais ou responsáveis. O período de coleta dos dados deu-se entre junho de 2004 e junho de 2005 e as crianças, de ambos os sexos, com idade entre 4 anos e 1 mês e 12 anos e 10 meses, foram divididas em dois grupos, a saber:

Grupo 1: crianças comprovadamente soropositivas para o HIV, contaminadas por via vertical em uso de drogas anti-retrovirais. Fizeram parte desse grupo 46 crianças, sendo 21 do sexo feminino e 25 do sexo masculino.

Grupo 2: crianças comprovadamente não-infectadas pelo HIV, filhas de mães portadoras do vírus. Esse grupo foi constituído por 30 crianças, sendo 18 do sexo feminino e 12 do sexo masculino.

Os dados referentes ao tratamento com os medicamentos anti-retrovirais utilizados pelas crianças e o tempo de uso dos mesmos foram obtidos dos prontuários médicos, assim como informações referentes ao sexo, idade, raça/cor e sorologia para o HIV.

Todas as crianças foram submetidas à tomadas radiográficas panorâmicas realizadas no Serviço de Radiologia da Faculdade

de Odontologia da Universidade Santa Cecília na cidade de Santos. Os exames radiográficos foram efetuados pelo mesmo técnico e utilizando-se o mesmo aparelho de raios X modelo *Orthophos Sirona* da marca *Siemens*, sendo as crianças protegidas com avental longo de chumbo. Todas as radiografias foram efetuadas em processadora automática, também pelo mesmo técnico. Antes da avaliação, as radiografias foram mascaradas e nenhum dado de identificação da criança foi conhecido.

A avaliação foi realizada interexaminador, ou seja, por dois examinadores após a calibração dos mesmos. Cada radiografia foi avaliada duas vezes por cada examinador num intervalo de alguns dias entre as leituras, que foram efetuadas em ambiente escuro utilizando-se negatoscópio de mesa (390 x 340 x 90 mm) da marca *Blue*, e lupa (65 mm de diâmetro e 2,5 mm de aumento).

Todos os dentes permanentes foram avaliados buscando-se a presença de anomalias em forma, tamanho, número posição e estrutura. Os achados foram registrados em ficha-padrão e os dados foram submetidos à avaliação utilizando-se o *software SAS* versão 8.2., empregando-se o Teste Exato de Fischer para a análise estatística, sendo o nível de significância considerado de 5% ($p < 0,05$).

Adicionalmente, foi pesquisado se as mães das crianças objeto deste estudo foram submetidas ao Protocolo 076 do *Pediatric Aids Clinical Trial Group*, (PACTG 076)¹⁴.

RESULTADOS

Fizeram parte desse estudo 76 crianças, sendo 46 infectadas pelo HIV (grupo I) e 30 sem a infecção pelo vírus (Grupo II). A maioria das crianças HIV-positivo era do sexo masculino (54,3%) enquanto no grupo das crianças HIV-negativo a maioria era do sexo feminino, mas esta diferença não foi significativa ($p = 0,22$).

A média de idade das crianças com HIV foi de 6,5 ($\pm 2,2$) enquanto no grupo II foi de 8,7 ($\pm 2,2$).

Com relação à cor, em ambos os grupos a maioria das crianças era da cor branca (38) ou parda (27) e também não houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,48$).

O tempo médio de uso das drogas anti-retrovirais foi de 75,3 meses ($\pm 27,3$) sendo que o menor tempo registrado foi de 2 meses e o maior de 130 meses. Observou-se que a grande maioria das crianças fazia uso de 3 ou mais drogas (80,4%), sendo que 50% delas utilizavam inibidores de protease, conforme detalhado na **Tabela 1**.

A distribuição das anomalias dentárias pesquisadas, referentes aos dois grupos estudados está demonstrada na **Tabela 2**, onde se verifica que nenhuma das anomalias esteve associada significativamente com os grupos estudados ($p > 0,05$), nem mesmo quando considerada a presença de qualquer anomalia dentária.

No **Gráfico 1** observa-se que os grupos podem ser considerados homogêneos quanto à distribuição das anomalias dentárias.

Com relação ao uso do Protocolo 076 do *Pediatric Aids Clinical Trial Group*, (PACTG 076)¹⁴ pelas mães das crianças participantes do estudo, foi visto que no grupo das crianças infectadas pelo HIV, 91,1% das mães (41) não fizeram uso deste protocolo,

enquanto no grupo das crianças não-infectadas, esta porcentagem foi de 51,7% (15).

Tabela 1 – Caracterização de crianças soropositivas quanto ao uso de drogas anti-retrovirais

Criança HIV-Positivo (Grupo 1)		
Uso de drogas	N	%
Duas drogas	9	19,6
Três ou mais	37	80,4
Inibidor de protease		
Sim	23	50
Não	23	50

DISCUSSÃO

Buscou-se nesse trabalho avaliar a possível interferência da infecção pelo HIV e do uso de anti-retrovirais na odontogênese, visto que outras infecções podem afetar o desenvolvimento dentário e o conhecimento dos efeitos adversos das drogas utilizadas no tratamento da infecção pelo HIV/aids ainda é restrito⁹. Para tanto, comparou-se a prevalência de anomalias dentárias em grupos distintos de crianças, a saber: um grupo composto por crianças HIV-positivo (Grupo 1) de ambos os sexos e que adquiriram o vírus através da transmissão vertical, e um grupo de crianças soronegativas, também de ambos os sexos, nascidas de mães soropositivas para o HIV (Grupo 2).

O fato de todas as crianças serem filhas de mães soropositivas para o HIV, nos proporcionou-nos o conhecimento da condição sorológica das mesmas, informação esta imprescindível para a confiabilidade de nossos resultados. Dessa forma, foi-nos possível fazer um estudo de prevalência, mesmo com a diferença numérica entre os grupos.

Sabe-se que a odontogênese inicia-se por volta da sétima semana de vida intra-uterina e esta poderia sofrer influência do vírus desde o período gestacional, sendo escassos na literatura estudos avaliando o papel do HIV nesse processo.

Quanto aos dados demográficos, o sexo masculino predominou entre as crianças com o HIV indo ao encontro dos dados do último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, que mostra o número de casos em indivíduos do sexo masculino menores de 13 anos de idade ligeiramente maior que o feminino na mesma faixa etária (25 no sexo masculino e 21 para o sexo feminino, no nosso estudo). Todavia, essa semelhança foi casual, pois o gênero não foi considerado critério de inclusão. Quando comparamos as médias de idade das crianças entre os grupos, observamos que essa é maior entre as soropositivas, indicando que, de uma maneira geral, a transmissão vertical do HIV está sendo mais bem controlada.

Nossos resultados mostraram que 100% das crianças de ambos os grupos eram procedentes de cidades que compõem a região metropolitana da Baixada Santista.

Com relação a presença ou ausência de anomalias, foi observado que 10,9% das crianças infectadas pelo HIV apresentaram

Tabela 2 – Distribuição das anomalias segundo os grupos estudados

Anomalias	Grupos				Total N	%	*Valor-p
	Criança HIV-positivo (Grupo I)		Criança HIV-negativo (Grupo II)				
	N	%	N	%			
Anomalia de número							1,00
Sim	1	2,2	1	3,3	2	2,6	
Não	45	97,8	29	96,7	74	97,4	
Anomalia de forma							1,00
Sim	1	2,2	0	0,0	1	1,3	
Não	45	97,8	30	100,0	75	98,7	
Anomalia de tamanho							1,00
Sim	1	2,2	0	0,0	1	1,3	
Não	45	97,8	30	100,0	75	98,7	
Anomalia de posição							1,00
Sim	3	6,5	1	3,3	4	5,3	
Não	43	93,5	29	96,7	72	94,7	
Alguma anomalia dentária							0,70
Sim	5	10,9	2	6,7	7	9,2	
Não	41	89,1	28	93,3	69	90,8	

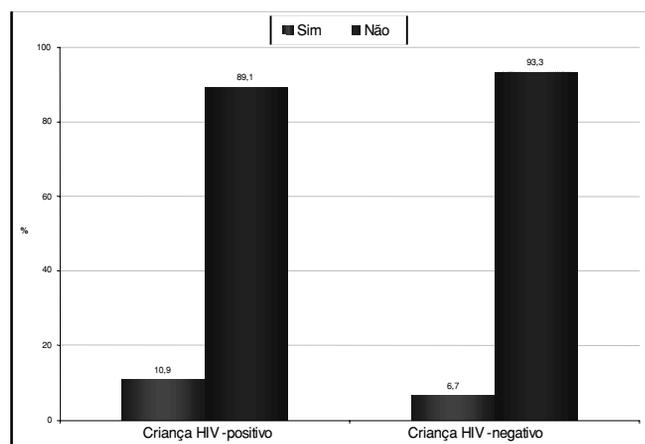
*Teste Exato de Fisher

alguma anomalia dentária, enquanto esse percentual nas soronegativas foi de 6,7%. Apesar dessa diferença não ter alcançado significância estatística, vale destacar que autores como Valdez¹¹, Del Toro¹² e Santos¹³ sugerem, em seus estudos, um maior risco para o desenvolvimento de alterações dos tecidos dentários em crianças HIV-positivo.

Verificando isoladamente as anomalias, e considerando as diagnosticadas como anomalias de número, foi visto que apenas uma criança HIV-positivo (2,2%) apresentou um dente supranumerário (elemento 42), enquanto uma criança HIV-negativo (3,3%) apresentou agenesia de dois elementos dentários (31 e 41). Considerando que agenesia é de ocorrência comum em várias populações, esse resultado não permite estabelecer uma associação entre esses achados e a infecção pelo HIV.

Foi também observado que apenas uma criança HIV-positivo (2,2%) apresentou anomalia de forma, representada pela taurodontia do elemento 37, enquanto nenhuma criança seronegativa

Gráfico 1 – Distribuição de crianças com alguma anomalia dentária segundo os grupos estudados



apresentou esse tipo de distúrbio. Dentro deste contexto, é importante mencionar que relatos na literatura têm relacionado o taurodontismo com algumas síndromes, como os realizados por Yeh e Hsu²¹.

Em seu estudo, Fernandes¹⁹ encontrou uma prevalência maior de taurodontia em crianças HIV-negativo quando comparadas às HIV-positivo, porém essa diferença também não foi estatisticamente significativa.

De forma semelhante, uma única criança HIV-positivo (2,2%) apresentou anomalias de tamanho (microdontia) localizadas nos dentes 17, 37 e 47. Apesar dessa anomalia não ter sido vista na população de crianças soronegativas, esse resultado não alcançou significância estatística.

Com relação às anomalias de posição, foi verificado que três crianças HIV-positivo (6,5%) apresentaram giroversão (nos elementos 37, 41 e 44) e apenas uma criança soronegativa (2,2%) exibiu tal alteração no elemento 43. Nesse aspecto, se levarmos em consideração o fato de que crianças infectadas pelo vírus apresentam um déficit de crescimento, conforme já constatado em crianças brasileiras por Leandro-Merhi *et al.*⁵, assim como observado nos relatos de Fernandes¹⁹, poder-se-ia pensar em um comprometimento no desenvolvimento ósseo dos arcos dentários, o que poderia conduzir a distúrbios no posicionamento dos dentes. Entretanto, quando se compararam os dois grupos de crianças estudadas, não foi encontrada relevância estatística no parâmetro presença/ausência de anomalia de posição.

De acordo com os resultados apresentados por esse estudo e que estão em concordância com os encontrados por Fernandes¹⁹, parece não existir relação entre as anomalias dentárias de número, forma, tamanho, posição e estrutura com a infecção pelo HIV em crianças. Vale ressaltar que, embora alguns efeitos tóxicos das drogas anti-retrovirais sejam conhecidos, não há dados suficientes na literatura sobre as conseqüências do seu uso em médio e longo prazos nos diferentes órgãos e sistemas, bem como permanece desconhecida a implicação de seu uso no desen-

volvimento das dentições decídua e permanente. Dentro deste contexto, face à escassez de dados referentes aos aspectos abordados neste estudo, é importante considerar que pesquisas adicionais são necessárias, no sentido de melhor identificar e reconhecer as alterações que possam estar relacionadas com as anomalias dentárias em crianças portadoras do HIV/aids.

Merece destaque o fato de que mesmo sendo verificado que a maioria das mães não fez uso do Protocolo 076, as alterações dentárias pesquisadas não foram mais prevalentes no grupo das crianças com a infecção. Este resultado pode sugerir que o HIV não interfere nas estruturas formadoras do órgão do esmalte.

CONCLUSÃO

Não há relação entre anomalias do desenvolvimento dentário em crianças com a infecção pelo HIV por via vertical e em uso de drogas anti-retrovirais, quando comparadas com o grupo de crianças HIV-negativo, cujas mães também eram infectadas pelo vírus.

Agradecimentos

Os autores agradecem a todas as crianças que participaram desse estudo. Nossa consideração e respeito também pela equipe do Núcleo Integrado da Criança de Santos, SP, pela acolhida e colaboração para a realização da pesquisa e à Faculdade de Odontologia da Universidade Santa Cecília por possibilitar as tomadas radiográficas, sem as quais esse estudo não seria possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília: PNDST/Aids-MS; 1998.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília: PNDST/Aids-MS; 2006.
3. The Petra Study Team. Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania, South Africa, and Uganda (Petra Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 359(9313):1178-86.
4. CDC. Revised classification system for human immunodeficiency virus (HIV) infection in children less than 13 years of age. *MMWR* 1994; 43:1-10.
5. Leandro-Merhi VA, Vilele MMS, Silva MN, Barros Filho AA. Growth characteristics for children infected with human immunodeficiency virus. *Pediatrics* 2001; (1):17-26.
6. Leggott PJ. Oral manifestations of HIV infection in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73:187.
7. Ramoz-Gomes FJ, Hilton JF, Conchola AJ, Greenspan D, Greenspan JS, Maldonado YA. Risk factors for HIV-related orofacial soft tissue manifestations in children. *Pediatr Dent* 1996; 18:121-6.
8. Flaitz C, Wullbrandt B, Sexton J, Bourdon T, Hicks J. Prevalence of orofacial findings in HIV-infected Romanian children. *Pediatr Dent* 2001; (1):44-50.
9. Magalhães MG, Bueno DF, Serra E, Gonçalves R. Oral manifestations of HIV positive children. *J Clin Pediatr Dent* 2001; 25(2):103-6.
10. Bosco VL, Birman EG, Cury AE. Oral manifestations in children with aids and in controls. *Pesq Odontol Bras* 2002; 16(1):7-11.
11. Valdez IV, Pizzo PA, Atkinson JC. Oral health of pediatric aids patients: a hospital-based study. *J Den Child* 1994; 61(2):114-8.
12. Del Toro A, Berkowitz B, Meyerowitz C, Frenkel, LM. Oral findings in asymptomatic (P-1) and symptomatic (P-2) infected children. *Pediatr Dent* 1996; 18(2): 114-6.
13. Santos LC, Castro GF, Souza IPR, Oliveira RH. Oral manifestations related to immunosuppression degree in HIV-positive children. *Braz Dent J* 2001; 12(2): 135-8.
14. Bertazzoli RCB. Estudo do desenvolvimento dentário de crianças portadoras do HIV através de exame clínico e radiográfico. São Paulo: USP; 2006, 82p Tese de Doutorado – Universidade de São Paulo – Faculdade de Odontologia.
15. Neville D, Bouquot A. Anomalias dos dentes. In: Neville D, Bouquot A. *Patologia Oral e Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.43
16. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de Patologia Bucal*. 4ª.Ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985. p.33-64
17. Seaow WK & Lai PY. Association of taurodontism with hypodontia: a controlled study. *Pediatr Dent* 1989; 11(3): 214-19.
18. Brook AK & Winter GB. Double theeth. A retrospective study of geminated and fused teeth in children. *Br Dent J* 1970; 129(4): 123-130.
19. Fernandes A, Cherubini K, Veeks EB, Grando LJ, Birman EG, Silca CLO. Avaliação radiográfica das anomalias dentárias de número, forma, tamanho, posição e estrutura em crianças infectadas pelo HIV. *Rev ABO Nac* 2002; 10(2): 93-7.
20. Oppenheim MN. *Pedodontics radiography*. N Y State Dental J New York 1981; 47(2): 88-90.
21. Yeh SC & Hsu TY. Endodontic treatment of taurodontism with Klinefelter's syndrome: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endodontics* 1998; 88: 612-615.

Endereço para correspondência:

RITA DE CÁSSIA BRANDÃO BERTAZZOLI

Rua das Falésias, 1260, Condomínio Village Atlântico Sul,
Ponta do Seixas, João Pessoa, PB.
CEP: 58045-550
E-mail: rita@usp.br

Recebido em: 02/02/2007

Aprovado em: 21/04/2007

EXPERIÊNCIAS REFERENTES À CONTRACEPÇÃO POR MULHERES SABIDAMENTE INFECTADAS PELO HIV QUE ENGRAVIDAM

EXPERIENCES RELATED TO CONTRACEPTION BY HIV-INFECTED WOMEN THAT BECOME PREGNANT

Roberta MC Romanelli¹, Carolina S Cardoso², Elisa MR Lin², Lúcia HF Goulart³,
Regina Amélia LP Aguiar^{1,4}, Jorge A Pinto^{1,3}

RESUMO

Introdução: um crescente número de mulheres infectadas pelo HIV tem sido identificado, principalmente em idade reprodutiva. Apesar de receberem todas as medidas para a prevenção da transmissão vertical, observam-se dificuldades na assistência pós-natal, incluindo a ocorrência de gestações não planejadas. **Objetivo:** investigar percepções sobre a contracepção por mulheres sabidamente infectadas pelo HIV com experiência prévia da maternidade e que engravidaram após o diagnóstico. **Métodos:** este foi um estudo clínico-qualitativo, desenvolvido no ambulatório Carlos Chagas do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, de Janeiro de 2004 a Dezembro de 2005. Foram incluídas mulheres infectadas pelo HIV, com filhos vivos prévios e novas gestações após o diagnóstico. O número de entrevistadas foi definido pelo critério da saturação. Entrevistas semi-estruturadas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise foi realizada pelo processo de categorização. **Resultados:** vinte mulheres foram entrevistadas, com mediana de idade de 29 anos. A mediana de gestações foi de 3,5, mas após o diagnóstico 1,04. Dezenove gestações não foram planejadas. As mulheres tinham informações sobre métodos contraceptivos disponíveis, mas relatavam dificuldade do uso do preservativo pelo parceiro, dificuldades de uso de anticoncepcional oral e de acesso a salpingotripsia. **Conclusão:** a ocorrência de gestações não planejadas não dependeu do conhecimento prévio da infecção pelo HIV. As expectativas e o desejo podem ser modificados pelo estigma da doença, mas não foram determinantes na utilização de método contraceptivo eficaz. Profissionais de saúde devem atuar de forma integral, focando a utilização de contracepção eficaz e permitindo com que elas exerçam seus direitos reprodutivos.

Palavras-chave: HIV, gestantes, anticoncepção.

ABSTRACT

Introduction: an increasing number of HIV infected women has been identified, mainly at reproductive age. Although they receive all measures to prevention of vertical transmission, difficulties in postnatal assistance has been observed, including occurrence of unplanned pregnancies. **Objective:** to investigate perceptions about contraceptive methods of a new pregnancy by women that already knew they were HIV-infected and that had children previously. **Methods:** this is a clinical-qualitative study, developed at outpatient service Carlos Chagas of Clinics Hospital of Federal University of Minas Gerais, from January 2004 until December 2005. Women that knew their serologic status and that already had other children were included. The number of interviews was defined by saturation criteria. Semi-structured interviews were performed and then recorded and transcribed entirely. Data were analyzed according to categorization process. **Results:** twenty women were interviewed, with median age of 29 years. Women median pregnancies was 3,5, but after diagnosis was 1,04. Nineteen pregnancies were not planned. Women showed information about contraceptive methods, but reported their difficulties in the use of condom by their partner, difficulties to use oral contraceptives and access to salpingotripsy. **Conclusion:** occurrence of a new pregnancy was not depended on knowledge of HIV infection. Expectations and desires can be modified by disease stigma but were not determinants to use an effective contraceptive method. Healthy professionals should focus on complete assistance to these women, facilitating utilization of contraception in order that their reproductive rights are achieved.

Keywords: HIV, pregnant women, contraception

INTRODUÇÃO

A preocupação com a identificação de mulheres infectadas devido à possibilidade de transmissão vertical passou a ser prioridade após a década de 1990, devido ao crescente número de mulheres acometidas, sendo que mais de 90% dos casos de infecção pelo HIV em crianças ocorriam por essa via^{1,2}. A utilização de zidovudina (AZT) para a gestante infectada e a criança exposta foi a principal intervenção na redução da transmissão vertical. O protocolo do *Pediatric Clinical Trial Group 076* (PACTG 076) demonstrou que o uso do AZT oral após a 14ª semana de gestação, associado ao AZT venoso no momento do parto e o AZT oral para a criança por seis semanas, reduziu a transmissão do vírus da mãe para o filho em quase 70% dos casos³.

Na tentativa de intervir nessa situação, outros protocolos clínicos foram elaborados e tiveram como objetivo a melhoria da assistência à mulher infectada. O Ministério da Saúde, pela portaria 2104, de 19 de novembro de 2002⁴, recomenda que a triagem do anti-HIV com ELISA (*Enzyme-linked Immuno-assay*) deve ser oferecida a toda gestante durante o seu pré-natal ou através de teste rápido no momento do parto.

A assistência no pré-natal para essa população prioriza medidas para a prevenção do acometimento do feto e do recém-nascido. Sendo assim, o pré-natal é uma oportunidade criada para o diagnóstico dessas mulheres. No entanto, a identificação dessa população contribui para uma intervenção mais efetiva, não apenas no pré e periparto, mas também no pós-parto dessas mães³⁻⁴.

Segundo um estudo de coorte realizado por Lindsay *et al.*⁵, com 85 grávidas infectadas pelo HIV dos Estados Unidos, demonstrou-se que 90% delas apresentavam gestações não planejadas. Nesse estudo, foram comparadas as decisões contraceptivas de mulheres infectadas e não-infectadas pelo HIV, sendo que a ligadura foi o método preferido entre as primeiras, mesmo quando feita uma análise multivariada (OR 2,9 IC95% 1,4 - 5,9).

¹Grupo de Pesquisa em HIV/AIDS Materno Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

²Aluna da graduação do curso de medicina da Faculdade de Medicina da UFMG

³Professor(a) Adjunto(a) do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG

⁴Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG

Murphy *et al.*⁶, com base em estudo conduzido com 67 mulheres infectadas dos Estados Unidos, relataram que a alta taxa de gestações não é surpreendente, pois elas recebem pouco incentivo na prevenção de nova gravidez. Paiva *et al.*⁷, através de questionário conduzido em centro de referência de São Paulo, registraram que grande parte das mulheres infectadas referiu, durante as entrevistas, não ter recebido orientações sobre métodos contraceptivos e sobre a possibilidade de transmissão da infecção para o filho.

Em uma revisão feita por Hankins⁸, ressaltou-se a tendência de o profissional induzir o aborto em locais onde é permitido ou favorecer a ligadura como método contraceptivo. Cejtin⁹, em um estudo de revisão, enfatiza que a ligadura é o método de escolha da maioria das mulheres infectadas, independente se os parceiros são “soroconcordantes” (quando ambos são infectados) ou não.

Knauth *et al.*¹⁰, em entrevista com 60 gestantes infectadas pelo HIV das cidades de São Paulo e Porto Alegre, verificaram que elas manifestam o desejo pela cesárea devido à redução das taxas de transmissão vertical e pela possibilidade de realização simultânea de salpingotripsia.

Considera-se que a assistência é facilitada quando elas estão grávidas. Por outro lado, questiona-se se essas pacientes estão tendo acesso aos métodos contraceptivos, além da compreensão e da assimilação adequadas das informações dadas.

OBJETIVO

Identificar as percepções sobre novas gestações por mulheres sabidamente infectadas e que ficaram grávidas após as gestações.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, conduzido com o modelo clínico-qualitativo, que é utilizado na área de saúde, pois reflete os fenômenos observados na prática médica, permitindo que os sujeitos estudados e o investigador mantenham seus papéis no processo saúde-doença¹¹. Para Parker¹², estudos qualitativos que permitam a compreensão da dimensão política econômica, cultural e social da sexualidade permitirão estratégias de intervenção para se atuar na epidemia do HIV.

Foram considerados como critérios de inclusão:

- Gestantes ou mães com diagnóstico prévio da infecção pelo HIV e com filhos anteriores à gestação atual e que estavam sendo acompanhadas no ambulatório Carlos Chagas ou Orestes Diniz do HC/UFMG.
- Gestantes ou mães que concordaram em participar da pesquisa, após explicação, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento.

A identificação e a captação das entrevistadas foram feitas à medida que elas compareciam às suas consultas ou às de seus filhos. O local das entrevistas foi o próprio ambulatório onde se realiza o atendimento médico dessas mulheres e seus filhos, que consiste no ambiente em se encontram envolvidas nos seus processos clínicos, preventivos e/ou terapêuticos¹¹.

A técnica utilizada para a obtenção dos dados foi a entrevista semi-estruturada ou semidirigida, conduzida com questões abertas que definem os assuntos a serem explorados, mas não se limitam às perguntas realizadas e não seguem uma ordem definida^{11,13}.

A identificação e a captação das entrevistadas foram feitas à medida que elas compareciam às suas consultas ou às de seus filhos, antes ou após o atendimento. A inclusão de novos sujeitos foi interrompida quando as falas tornaram-se repetitivas, não permitindo formulação de novas categorias. Assim, foi utilizada a amostragem por saturação¹¹.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, constituindo o *corpus* do trabalho, definido pelo conjunto de textos coletados para se obter um significado^{11,13}.

Para tratamento dos dados foram feitas leituras superficiais, profundas e repetidas das entrevistas. A análise foi feita pelo processo de categorização, com agrupamento de elementos, idéias, expressões com características comuns, em torno de temas centrais relevantes e recorrentes^{11,13}.

Uma das categorias de análise construída foi denominada “A contracepção”. Segundo Stephan-Souza¹⁴, contracepção pode ser entendida como um corte na possibilidade de ocorrer nascimentos, uma infecundidade provocada pelo uso de anticoncepcionais e a interrupção do ato biológico de gerar seres humanos. No presente estudo, a contracepção referiu-se ao método e às questões relacionadas à sua utilização.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento após o esclarecimento de suas dúvidas e antes da realização das entrevistas. A privacidade das mulheres foi preservada. Não houve a utilização dos nomes, que foram substituídos por um código alfanumérico, com a letra M e o número correspondente à ordem em que foram entrevistadas. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Parecer ETIC 333/04).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 20 mulheres das 55 gestantes com diagnóstico prévio da infecção, acompanhadas no PNAR do HC-UFMG no ano de 2004. Ao investigar o tema contracepção foi possível identificar três subcategorias abordadas separadamente para facilitar a compreensão das informações obtidas, mas que se encontram interligadas: a percepção das mulheres sobre a responsabilidade da contracepção; a influência da religião e a informação detida e sua influência na escolha do método.

A percepção das mulheres sobre a responsabilidade da contracepção - “A minha irresponsabilidade”

As mulheres entrevistadas revelaram em suas falas que assumiam a responsabilidade da contracepção socialmente atribuída a elas, considerando que uma gravidez não-planejada é acidental e que não atuaram de forma efetiva para preveni-la.

“Aí veio a segunda gravidez, é... Foi incompetência minha mesmo, até foi.” (M1)

“A minha irresponsabilidade (...) Porque eu não me preveni mesmo sabendo que existiam várias outras formas além do preservativo. E eu não usei nada (...) Porque se eu não quisesse, doutora, eu teria evitado, e eu nunca evitei.” (M6)

A responsabilidade dos processos ligados à reprodução recai sobre a mulher, pois a maior parte do processo reprodutivo ocorre no corpo feminino (a concepção, a gestação, o parto e a amamentação). Assim, a contracepção também é considerada uma função feminina, o que também reflete as desigualdades entre gêneros^{15,16}.

A possibilidade da ocorrência da uma gestação poderia ser considerada um motivo para sua prevenção ou planejamento. A entrevistada M15 negou a possibilidade da gravidez pelo fato de não a desejar.

“Era como se não tivesse condição de engravidar (...) Não acreditava porque não queria, sabe?” (M15)

Como identificado no estudo sobre gestações não planejadas de Godoy e Bosi¹⁶, no Ceará, as mulheres convivem com a crença de não estarem sujeitas a uma nova gestação, o que interfere na utilização de práticas contraceptivas de modo eficaz.

A influência da religião – “Está na mão de Deus”

Observou-se que a falas de algumas entrevistadas deste estudo apresentaram apelo religioso, sendo uma forma de justificar a gestação, especialmente quando essa não foi planejada, e influenciando no processo de aceitação da gravidez.

“Mas Deus tocou no meu coração: ‘Confia em Mim’. Aí um dia, que eu sou evangélica, já te falei, eu fui na igreja e umas revelações que teve é que eu vou ter uma vitória muito grande na minha vida, e eu falei: ‘Essa vitória só pode ser o meu filho’. Porque filho é bênção de Deus”(M5)

“Porque se Deus viu que eu tenho capacidade de ter mais um filho, então é uma dádiva de Deus” (M12)

Segundo Lasch¹⁷, historicamente, a religião sempre interferiu nas práticas sexuais e nas relações entre gêneros. Por outro lado, apesar da posição da igreja católica contrária ao uso de preservativos¹⁸, esse não foi um dos motivos citados pelo qual as mulheres deste estudo e seus parceiros não utilizaram o preservativo em suas relações.

A informação recebida e sua influência na escolha do método – “... um pra prevenir a doença e outro pra prevenir a gravidez...”

Vários métodos contraceptivos foram citados, pelo menos uma vez, pelas entrevistadas deste estudo: anticoncepcional hormonal oral (ACO) e injetável, dispositivo intra-uterino (DIU), diafragma, tabela, coito interrompido, salpingotripsia e vasectomia, além dos preservativos masculino e feminino.

Sabe-se que os métodos de barreira são de escolha para portadoras do HIV, especialmente os preservativos, pois são os mais efetivos na prevenção da transmissão do vírus e de outras

DSTs^{19,20}. A importância do uso do preservativo nas relações foi ressaltada nas falas das mulheres deste estudo, pois revelavam saber que ele deve ser usado de forma consistente para que seja eficaz, conforme recomendações de órgãos responsáveis em saúde pública¹⁹. Elas justificaram a necessidade do uso para a prevenção da reinfecção, com conceitos técnicos como carga viral.

“Mesmo os dois sendo. Aí eu acho mais importante ainda, principalmente pelos dois ser. Porque um fica passando o vírus pro outro.” (M17)

“Então, eu sempre uso camisinha, pra não passar pra ninguém e nem receber outras cargas mais, além da que eu já tenho.” (M20)

Mas, com o objetivo de prevenção de gravidez, o preservativo deve ser associado a um outro método, devido a sua menor eficácia para a contracepção. As próprias entrevistadas não o consideram como método eficaz para a prevenção de uma gravidez.

“Eu e ele tava usando preservativo. Mas, preservativo nem sempre, né, nem sempre é 100%” (M3)

Verificou-se também que as mulheres entrevistadas detinham o conceito da necessidade da “dupla proteção”: prevenção de HIV/DST e de uma gestação não-planejada, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS)²¹. No entanto, confundiu-se essa definição com a “associação de métodos”, muitas vezes necessária pela menor eficácia contraceptiva da “camisinha” quando não usada de forma consistente.

“Sei que é assim, seria bom que se conscientizasse a pessoa que é bom se prevenir das duas formas, porque: um pra prevenir a doença e outro pra prevenir a gravidez, porque nenhum método é 100% seguro” (M7)

“Sempre falo: evitar filho. Mas e as doenças que ele pega na rua...? E o tanto de porcaria?” (M11)

No entanto, apesar de demonstrarem o conhecimento sobre a necessidade de utilizá-lo, informaram que o uso do preservativo não é freqüente em suas relações. As 20 pacientes entrevistadas neste estudo relataram que a “camisinha” era o método utilizado, mas de forma inconsistente.

“Tava usando. Toda vez que a gente fazia, era só com camisinha? (...) E este dia, infelizmente... (não usou).” (M8)

“... porque antes disso a gente não tinha ficado sem camisinha, assim mas por perto, sabe? Foi só naquele dia mesmo.” (M14)

“Desta vez não. Desta vez eu fiz sem camisinha.” (M20).

Dados nacionais também demonstram baixas taxas de utilização do preservativo nas relações de casais com parceria estável: 34,9% das mulheres com relacionamento fixo informam que o parceiro usa consistentemente o método²⁰.

Observou-se também nas falas dessas mulheres que elas se referem à influência do parceiro na prática sexual e no uso do método contraceptivo.

“Mas é o negócio, o homem não gosta de usar isso. Não gosta, mas de jeito nenhum. Esse rapaz mesmo, não gosta mesmo. Tem que brigar com ele.” (M4)

“Não suporta camisinha (...) Se põe pra ele usar camisinha já começa. Igual capeta dentro de casa.” (M11)

“Ele não importa. Eu falo com ele. Que por ele, ele não usava preservativo (...) Mesmo ele sabendo, ele não quer usar de jeito nenhum.” (M14).

Com relação ao preservativo, as mulheres dependem de que o parceiro a utilize. Mas conceitos arraigados à cultura de que a “camisinha” acomete a virilidade são freqüentes, fazendo com que os homens neguem o seu uso, como verificado nas entrevistas realizadas por Alves²², em Pernambuco, e pela Rede Paulista de Mulheres com HIV/Aids²³.

Além dos problemas apresentados nas questões referentes às relações de gênero, as entrevistadas revelaram ser influenciadas pela atuação do profissional de saúde no uso dos métodos contraceptivos. Em dois casos, as entrevistadas relataram que o uso exclusivo do preservativo se devia a uma orientação médica recebida.

“Foi recomendado o método da camisinha porque eu posso evitar tudo. Só que eu acho assim, quem usa camisinha podia usar também camisinha e um anticoncepcional. Porque você corre o risco de engravidar (...) ‘Por que que o médico não me falou sobre isto?’ Eu penso assim: ‘Será que, por exemplo, com anticoncepcional na gravidez, que é o que todos os médicos têm mais medo, ela não vai usar camisinha? Ela vai deixar de prevenir?’. As outras pessoas não entendem o lado da gente.” (M7)

“A médica tinha falado comigo assim: ‘É muito difícil engravidar com a camisinha. Camisinha não engravida. Só camisinha’ Aí eu parei de tomar remédio por isso.” (M16)

Quanto ao DIU, observou-se na fala de M14 a assimilação da informação da contra-indicação do seu uso para mulheres infectadas pelo HIV. A entrevistada M11 ressaltou também os cuidados no seguimento e no controle do seu uso para que seja eficaz, ressaltando a necessidade de troca periódica.

“Eu já fui muito no planejamento familiar. Eu sei do diafragma, do DIU, mas o DIU não pode colocar, quem tem HIV não pode.” (M14)

“Mas o DIU, você sabe que o DIU a gente tem que trocar de seis em seis meses, né?” (M12)

Apesar de não ser um método freqüentemente utilizado para a população estudada, não há trabalhos que contra-indiquem formalmente o uso do DIU, podendo ser recomendado para contracepção sob avaliação clínica, como proposto pela OMS²¹.

Sobre os ACO, apesar de ser um método freqüentemente prescrito e recomendado em associação com o preservativo, verificou-se nas falas das entrevistadas que se trata de um método de baixa aderência, devido aos efeitos colaterais e pela dificuldade de uso diário.

“Ele me enjoava muito. Tava tendo muito vômito. Aí resolvi parar. E parei.” (M1)

“E o remédio, eu engordo muito se eu tomar remédio.” (M14)

“Nunca dei certo de usar anticoncepcional, nunca. Tomava um dia sim, dois não. Quando tomava, nó, tomava tudo errado, na hora errada, nunca tomei certo. (...) Cabeça fraca minha, esquecimento também (...) Não era de propósito, não. É que eu esquecia mesmo de tomar.” (M18)

“Quando é tarde, eu fico na dúvida, se eu tomei ou não tomei. Entendeu? (...) Ah, porque no começo foi porque eu costumava ter quatro remédios diferente (...) Depois eu tive que dar o remédio pro neném direitinho, entendeu? Tanto é que eu tive que escrever na folha pra pregar em algum lugar, para eu poder me lembrar, entendeu?” (M19)

É importante ressaltar que as pacientes infectadas pelo HIV podem estar recebendo um grande número de medicamentos, entre eles: ARV, antimicrobianos para profilaxia de infecções oportunistas e suplementos nutricionais, como o sulfato ferroso. Ressalta-se ainda que alguns ARV podem interferir no metabolismo do ACO, reduzindo sua vida média e, portanto, sua eficácia. Assim, a praticidade e a eficácia do ACO deve ser questionada para essas pacientes.

Quatro das 20 entrevistadas informaram que faziam uso de ACO, mas todas elas de forma irregular. Entre aquelas que não usavam, uma demandou que fosse prescrita a pílula como método contraceptivo e duas citaram a possibilidade do uso do método hormonal como contracepção de emergência (CE), conhecida como a “pílula do dia seguinte”.

Apesar dessas mulheres estarem inseridas em serviço de referência e mesmo com ACO oferecido no serviço de assistência primária²⁴, a falta da medicação foi apontada como um dos determinantes pelo não uso da contracepção.

“Não tô tomando de novo porque lá não tem no posto de saúde. Poder comprar ele não posso não tô podendo. Então, tô sem tomar. (...) Comecei a tomar, mas lá no posto, mas lá não vem direto não. Aí parei.” (M2)

Quando interrogadas sobre o método desejado para contracepção, a maioria das mulheres entrevistadas informava um método definitivo, sendo que 15 queriam realizar a salpingotripsia e uma havia decidido com o parceiro pela vasectomia. Além disso, duas informaram que continuariam usando preservativo (uma com CE), uma desejava o DIU e outra desejava informações.

A escolha pela ligadura encontra-se diretamente relacionada com experiências prévias com dificuldade do uso, de acesso ou de falha de outros contraceptivos oferecidos. Segundo o estudo

de Citeli¹⁵, após ultrapassarem o número de filhos desejados, cansadas de tomar pílula, sem poder de negociação com o parceiro e com o objetivo de prevenir uma gravidez indesejada (algumas vezes já vivenciada por elas), as mulheres aspiram por um método definitivo. As entrevistadas por Godoy e Bosi¹⁶ no Ceará, todas com gestações não-planejadas, também demonstram essa preferência. As entrevistadas do presente estudo justificaram, em suas falas, a escolha da salpingotripsia devido aos problemas enfrentados com outros métodos.

“Aí eu já falei já, já expliquei, já falei com pessoal de lá já, não quero o DIU (...) Tomar remédio, prefiro de ligar (...) Comprimido, eu engravidei da (segunda filha) tomando comprimido...” (M11)

“Pra não acontecer, porque eu sou toda esquecida (referindo-se ao ACO), eu nunca, não confio neste DIU. Então, eu quero fazer ligadura ou então ele fazer também fazer vasectomia.” (M18)

“E o anticoncepcional, né? Às vezes eu tomava, às vezes, não. Camisinha só quando ele queria.” (M19)

Apesar da ligadura ser o método de escolha da maioria das entrevistadas, duas haviam conseguido realizar o procedimento. Verificou-se que questões burocráticas impedem essa prática, mesmo para pacientes com direito legal para o procedimento. Além disso, a legislação determina que o planejamento familiar e o método contraceptivo devem ser obtidos em serviço no nível primário da assistência²⁴.

“E ligar, eu queria ligar, mas tá difícil, né? (...) No posto a gente não consegue, por causa da idade, tem que pagar e aqui o Dr. (médico) falou que depois ele vai tentar para mim, encaminhar pra ver se eu consigo. Porque na rede pública assim não é fácil não, conseguir ...” (M15)

“Já que eu pensei, eu queria ligar aqui (no hospital), mas eles (os médicos) não quis, falou comigo que só ano que vem que eu tenho que procurar aqui, ó. O planejamento familiar, só ano que vem. Não tem planejamento familiar agora” (M16, em entrevista realizada com três meses pós-parto)

Como observado na última fala, a atuação médica e as opiniões do profissional podem interferir na realização do procedimento. Uma pesquisa, realizada por Barbosa e Knauth²⁵, demonstrou a diferença das taxas de ligadura pós-parto em mulheres infectadas pelo HIV em duas cidades com recursos semelhantes e sob a mesma legislação. As taxas de salpingotripsia foram de 50,6 e 4,4%, respectivamente nas cidades de São Paulo e Porto Alegre. Os autores consideraram que a realização do procedimento estava diretamente associada à opinião do profissional que as assistiam.

Por outro lado, uma vez que se opta pela laqueadura, deve-se garantir que a usuária esteja consciente de que se trata de método irreversível. A outra entrevistada deste estudo que já havia realizado o procedimento demonstrou-se abalada com a impossibili-

dade de “dar outro filho” para o parceiro ou “ter outro nenzinho”, apesar de ter concordado em fazê-lo.

“Eu fico sentida de saber, eu não posso dar outro filho para ele, porque eu optei por ligar (...) ‘Nossa, nunca mais eu vou ter um nenzinho’. (...) E eu sei que eu não vou poder ter mais filhos, né?” (M7)

Baseando-se em suas falas durante as entrevistas, pode-se dizer que os métodos disponibilizados para essas mulheres são limitados e encontram-se aquém de suas demandas. Somam-se a isso, as dificuldades dos profissionais inseridos no sistema público e a falta de preparo para lidar com essas demandas e com a sexualidade feminina, como foi enfatizado por Stephan-Souza¹⁴.

Conclui-se com as informações das entrevistadas que a presença da infecção pelo HIV não influencia, por si só, o planejamento de uma gravidez. A experiência vivida em gestação anterior evidenciou sentimentos e conflitos gerados com o diagnóstico. Mas esses conflitos não foram determinantes para que essas mulheres assumissem condutas para uma contracepção eficaz, já que a maioria não planejou um novo filho.

Para a assistência integral a essas mulheres, deve-se permitir que elas e seus parceiros recebam informações sobre os diversos métodos disponíveis, favorecendo a escolha e o acesso a contracepção. Desta forma, permitir-se-ia facilitar a adesão e a eficácia do método escolhido.

A assistência deve ser contínua, pois além do aconselhamento pré-teste, da monitorização com os valores de carga viral e contagem de linfócitos T CD4+, do uso de ARV e da via de parto, o seguimento pós-parto, com a orientação e a garantia da contracepção de escolha, é fundamental para a assistência das mulheres infectadas.

Concomitantemente à realização desse estudo, foi estruturado um grupo de gestantes e puérperas para ajudá-las a expressar suas necessidades. O estímulo e o incentivo para a escolha e a adesão ao melhor método anticoncepcional cada uma delas está sendo prioridade. Espera-se, desta forma, estar contribuindo para a assistência deste grupo de mulheres, permitindo que exerçam seus direitos reprodutivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Dhalia C, Barreira D, Castilho EA. A AIDS no Brasil: situação e tendências. Boletim Epidemiológico Ano XIII Número 1. Dezembro 1999 a Junho de 2000a, 48ª/1999 a 22ª/2000 semanas epidemiológicas.
2. Chaisson RE. 20 anos de AIDS. The Hopkins Report 2001; 13(4): 8-11.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília, 2004b. De: 27/04/2004b. <www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante_2004/ConsensoGestante2004.doc> Acessado em: 15/05/2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Nascer. Portaria 2104 de 19 de Novembro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Projeto Nascer-Maternidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. Diário Oficial da União, de 21 de Novembro de 2002, seção 1, página 25.
5. Lindsay MK, Grant J, Peterson HB, Willis S, Nelson P, Klein L. The knowledge of human immunodeficiency virus serostatus on contraceptive choice and repeated pregnancy. Obstet Gynecol 1995; 85: 675-79.
6. Murphy DA, Mann T, O’Keefe Z, Borus MJR. Number of pregnancies, outcome expectancies and social norms among HIV infected young women. Health Psychology 1998; 17 (5): 470-475.

7. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 (6): 1609-20.
8. Hankins CA. Issues involving women, children and AIDS primarly in the developed world. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1990; 3(4): 443-48.
9. Ceijtin HE. Gynecologic issues in he HIV infected woman. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2003; 30: 711-29.
- 10) Knauth DR, Barbosa RM, Hopkins K. Between personal wishes and medical prescription: mode of delivery and post-partum sterilization among woman with HIV in Brasil. *Reprod Health Matters* 2003; 11(22): 113-121.
11. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa qualitativa. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p.688.
12. Parker R. Na contramão da AIDS. Sexualidade, política e intervenção. Rio de Janeiro: Ed. 34; 2000.
13. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 7ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2000. p.269.
14. Stephan-Souza AI. Relendo a política de contracepção: o olhar de um profissional sobre o cotidiano das unidades públicas de saúde. *Cad Saúde Pública* 1995; 11 (3): 408-24.
15. Citeli MT, Souza CM, Portella AP. Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. In: Duarte LFD, Leal OF. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p.210.
16. Godoy MGC, Bosi MLM. Entre o mito e a ciência: algumas incursões sobre gravidez não planejada na perspectiva de usuárias de um serviço de pré-natal. In: Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de Saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p.223-277.
17. Lasch C & Lasch-Quinn E. A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999. p.207.
18. Conselho Pontifício para a Família. Sexualidade Humana: Verdade e Significado – Orientações Educativas em Família. De: 08/12/1995. <www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/family/documents/rape_family_doc_08121995_human-sexuality_po.html> Acessado em 25/06/05.
19. National Institute Of Allergy And Infectious Diseases (NIAID). National Institute Of Health (NIH). Department of Health and Human Service. Scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted diseases (SDT) prevention. Workshop Summary, 12 a 13 de Junho de 2000. <www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>. Acessado em 13/06/2005.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. O perfil da AIDS no Brasil e metas de governo para controle da epidemia. De: 01/07/2002. <<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/metast/metast.pdf>>. Acessado em: 10/05/2005.
21. Alves MFP. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais dos homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (Sup 2). S429-39.
22. Rede Paulista de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS. Grupo de Incentivo à Vida. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Ministério da Saúde. Fios de vida – Tecendo o feminino em tempos de AIDS. De 15/04/2003. <www.aids.gov.br/final/biblioteca/fios_vid/fois1.htm>. Acessado em 15/10/04.
23. Organização Mundial de Saúde (OMS). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Genebra, 2004. De11/08/2005. http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec_brazil_pt.pdf. Acessado em 15/01/2006.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004a. 02/03/2004a <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acessado em: 04/07/05.
25. Barbosa RM, Knauth DR. Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (Sup 2): S365-376

Endereço para correspondência:**ROBERTA MAIA DE CASTRO ROMANELLI**

Faculdade de Medicina – UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, 3º andar (DIP)
Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG.
CEP – 30130 100 – Brasil
Tel: 55 31 3248-9822
Fax: 55 31 3273-0422
E-mail: rmcromanelli@medicina.ufmg.br

Recebido em: 15/02/2007

Aprovado em: 25/04/2007

COMPORTAMENTO DE JOVENS DE UMA UNIVERSIDADE DO SUL DO BRASIL FRENTE À PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E GRAVIDEZ

BEHAVIOR OF THE YOUNGS FROM A UNIVERSITY OF THE SOUTH OF THE BRAZIL FACE TO A PREVENTION OF THE DISEASES SEXUALLY TRANSMISSIBLE AND PREGNANCY

Fernanda G Souza¹, Janaina C De Bona¹, Dayani Galato²

RESUMO

Introdução: o comportamento sexual de jovens pode propiciar o aparecimento de DST/HIV e gravidez. **Objetivo:** analisar o comportamento de jovens de uma universidade do Sul do Brasil frente à prevenção de gravidez e DST. **Métodos:** foi realizado um estudo transversal com os dois primeiros semestres existentes de cursos pré-sorteados. Formou-se um grupo focal, com os líderes de turma, para a validação do instrumento da pesquisa e de percepção do tema. O questionário validado foi aplicado para os estudantes pertencentes aos cursos e que consentiram participar da pesquisa. Criou-se um banco de dados no programa EpiData e as análises estatísticas de associação foram realizadas no EpiInfo. **Resultados:** foram entrevistados 322 jovens entre 18 e 25 anos. De 305 estudantes, 86,9% eram sexualmente ativos. A primeira relação sexual ocorreu em média aos 16,4 anos e 77,1% a tiveram com o(a) namorado(a). O número de parceiros sexuais foi em média 2,6, sendo que o uso de preservativo na última relação sexual não foi referido por 36,4% dos entrevistados. Dos jovens com atividade sexual, 98,3% usavam algum método contraceptivo. Quanto ao método para prevenir DST, 32,8% referiram usar métodos como pílula do dia seguinte e coito interrompido. Foram encontradas associações significativas entre o gênero e o tipo de parceiro sexual da primeira relação; o gênero e o número de parceiros; o uso de preservativo e o tipo de parceiro e o uso de preservativo com o fato de ter recebido orientação médica. **Conclusão:** os jovens possuíam mais preocupação com gravidez que com prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Palavras-chaves: doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não-planejada, comportamento sexual, sexualidade

ABSTRACT

Introduction: the sexual behavior of young can propitiate the appearance of DST/HIV and pregnancy. **Objective:** to analyze the behavior of the youngs from a University of the South of the Brazil, face to a prevention of the pregnancy and diseases sexually transmissible. **Methods:** it was accomplished a study transversal with the two first existing semesters from a course previously assorted. It was selected a focal group, with the leaders of the class, to the validation of the research instrument and perception of the theme. The questionnaire validated was applied to the students belonging at the courses and for people e that had assented to participate of the research. A data base in the EpiData program was created and the statistical analyses of association had been carried through in the EpiInfo. **Results:** it was interviewed 322 youngs between 18 and 25 years. The total of 305 students, 86.9% were sexually active. Their first sexual relation occurred on average to the 16.4 years and the other 77.1% (of 258 people) had the first sexual relation to his/her boyfriend. The number of sexual partners was on average 2.6 being that the use of condom in the last sexual relation was not observed in 36.4% of the interviewed ones. Of the youths with sexual activity, 98.3% they used some contraceptive method. As regards the methods for prevent DST, 32.8% referred to use methods as pill of the following day and interrupted coitus. Significant associations between genre had been found and the type of sexual partner of the first relation; genre and number of sexual partners; condom use and the type of partner and; use of condom with the fact to have received orientation medical. **Conclusion:** the youngs had greater concern with a pregnancy and do not know the methods that prevent the Sexually Transmittable Illnesses.

Keywords: sexually transmitted diseases, pregnancy unplanned, sexual behavior, sexuality

INTRODUÇÃO

As questões da sexualidade na adolescência manifestam-se como tema pouco debatido pela sociedade e pelos serviços de saúde¹. As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são importantes causas de procura por estes serviços e podem provocar sérias complicações, como infertilidade, aborto espontâneo, malformações congênitas, infecções generalizadas e até mesmo morte, se não tratadas. Também aumentam a chance, em pelo menos dez vezes, de contaminação pelo HIV e são doenças de difícil detecção, uma vez que acarretam poucos sintomas visíveis e, muitas vezes, apresentam-se de forma assintomática², fazendo com que indivíduos infectados possam inadvertidamente disseminar a doença sem saberem de sua condição³.

É em adolescentes que se encontra a maior incidência de DST e gravidez não-planejada, pelo fato de estes estarem iniciando cada vez mais cedo suas relações sexuais, com maior número de parceiros e com irregularidades no uso do preservativo⁴.

Aproximadamente 25% de todas as DST são diagnosticadas em jovens com menos de 25 anos⁵ e este número só não é maior porque a maioria (70%) dos jovens com DST busca tratamento em farmácias, onde estes casos não são notificados⁴⁻⁶. No mundo, mais de 25% dos novos casos de infecção pelo HIV ocorrem em jovens com menos de 22 anos⁷. Estudos mostram que o perfil epidemiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é constituído de heterossexuais, mulheres e pessoas de baixa renda⁸.

Embora os adolescentes tenham maior conhecimento sobre as DST que os adultos, o grau de conhecimento ainda é considerado baixo⁹. O aumento das DST em adolescentes está ocorrendo no mesmo período em que surge o crescimento da gravidez na adolescência. Estima-se que no Brasil, a cada ano, um milhão de

¹Acadêmicas do Curso de Farmácia – Habilitação em Análises Clínicas

²Professora do Curso de Farmácia – Núcleo de Pesquisa em Atenção Farmacêutica e Estudos de Utilização de Medicamentos – Universidade do Sul de Santa Catarina

adolescentes entre 10 e 20 anos dão à luz, o que corresponde a 20% dos nascidos-vivos⁹.

A gravidez em jovens enfatiza uma questão de caráter social, quando se parte do pressuposto que existe a incapacidade fisiológica para gestar e a incapacidade psicológica para criar. Neste caso, a gestação tem grande possibilidade de ser encarada como indesejável, com conseqüências biológicas, psicológicas e sociais negativas¹⁰.

O uso do preservativo é uma forma de prevenção eficaz tanto para as DST quanto para a gravidez não-planejada. No entanto, apesar do aumento da freqüência no uso do preservativo entre jovens, o uso consistente ainda é infreqüente, principalmente nas relações eventuais e não-programadas^{4,11}. O preservativo masculino é o método mais conhecido contra DST e gravidez entre os jovens, mas, no entanto, um estudo brasileiro constatou que apenas um terço deles ou menos usa preservativo sempre, sendo que a maior preocupação é com uma gravidez não-planejada⁴.

Tanto as DST quanto a gravidez na adolescência constituem um problema de saúde pública, onde o processo educacional e informativo são os meios mais importantes pelos quais se pode combater a desinformação e tentar reverter ou minimizar estes contextos¹². Problema este que também ocorre em outras parcelas da população e que não tem sido instrumento de pesquisas. Desta forma, este trabalho teve por objetivo analisar o comportamento de jovens adultos de uma universidade do Sul do Brasil frente à prevenção de DST e gravidez.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal com os alunos matriculados nos dois primeiros semestres existentes dos cursos da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

A UNISUL está localizada na Região Sul de Santa Catarina, a 130 quilômetros da capital do estado, Florianópolis. É uma universidade particular composta por 42 cursos de graduação e que possui um total de 8.261 universitários.

Os cursos participantes do estudo foram selecionados por um processo de amostragem que sorteou dois cursos de cada uma das quatro áreas já pré-definidas na UNISUL, as quais são: Comunicação, Educação e Expressão; Gestão e Jurídicas; Saúde; e Tecnológicas.

A amostra totalizou oito cursos e abrangeu 16 turmas. Neste estudo, os cursos de Biologia e Letras foram os sorteados para representar a área de Comunicação, Educação e Expressão, enquanto os sorteados para representar a área Gestão e Jurídicas foram as graduações de Direito e Serviço Social. A área da Saúde estava representada pelos cursos de Psicologia e Educação Física e as graduações de Arquitetura e Urbanismo e Ciência da Computação eram os representantes da área Tecnológica. A pesquisa foi realizada com permissão da coordenação de cada curso.

O trabalho foi desenvolvido em duas etapas: na primeira foi realizado o grupo focal com o objetivo de validar o instrumento da pesquisa e identificar a percepção dos líderes das turmas sorteadas sobre o tema. Na segunda, realizou-se a aplicação do instrumento para avaliar a sexualidade dos jovens universitários.

Grupo focal para validação do instrumento e percepção sobre o tema

O instrumento da coleta de dados foi construído pelos proponentes da pesquisa por meio da leitura de artigos sobre o tema e de questionários aplicados para finalidades semelhantes^{13,14} e foi validado com a realização de um grupo focal com os líderes dos cursos sorteados. Durante o processo de validação foi analisado o conteúdo do questionário e sua auto-aplicabilidade (grau de compreensão das questões), onde este foi considerado de fácil auto-aplicação, sendo apenas realizadas pequenas modificações por sugestão do grupo.

Na sessão do grupo focal também foram apresentadas quatro questões norteadoras: 1) Que situações contribuem para o risco de DST/aids? 2) Que situações favorecem para a prevenção de DST/aids? 3) Como identificar uma DST/aids? 4) O que você acha de uma gravidez nesta etapa da sua vida?

Os critérios de inclusão para a participação no grupo focal eram o de ser líder de turma e de consentir em participar da pesquisa. Os acadêmicos permitiram a gravação em áudio, que garantiu a fidedignidade das informações obtidas.

Aplicação do questionário para a avaliação da sexualidade dos jovens universitários

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e abril de 2007. Foram considerados sujeitos da pesquisa os alunos regularmente matriculados nos cursos sorteados, que possuíam mais de 18 e menos de 25 anos, que aceitassem participar da pesquisa e que estivessem em sala de aula no momento da apresentação do trabalho e da coleta de dados.

O questionário foi aplicado a 516 sujeitos, sendo que, destes, 95 foram excluídos por se tratarem de indivíduos menores de 18 anos de idade; 62 maiores de 25 anos; 18 que estavam matriculados em outros semestres que não os em estudo; dois que eram de cursos que não foram os sorteados e, 17 que não completaram as informações referentes aos critérios de inclusão da amostra. A amostra foi composta por 322 jovens.

O instrumento desenvolvido foi estruturado com questões fechadas e pré-codificadas. As variáveis sócio-econômico-culturais coletadas incluíram idade, gênero, estado civil, renda familiar (segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa¹⁵), procedência, tipo de escola que concluiu o segundo grau, uso de drogas e hábito de ingerir bebidas alcoólicas.

As variáveis relacionadas à sexualidade incluem o comportamento e a idade de início da vida sexual, número de parceiros, freqüência das relações sexuais, número de filhos e gestações, ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, sintomas nos órgãos sexuais, uso de contraceptivos e abordagens acerca do conhecimento sobre métodos que previnem DST e gravidez, entre outras questões como a que indagava a qualidade da relação com os pais.

O questionário auto-aplicado não possuía dados de identificação pessoal e depois de preenchido pelos universitários, era depositado em uma urna lacrada para garantir o sigilo das informações.

Análise dos dados

Os discursos obtidos no grupo focal foram transcritos e categorizados com objetivo de identificar a percepção sobre o tema sexualidade.

Os dados coletados com o instrumento da pesquisa foram posteriormente digitados em um banco de dados criado no EpiData¹⁶ e convertido ao módulo Analysis do programa EpiInfo¹⁷ para a realização das análises estatísticas. Os resultados foram apresentados utilizando a estatística descritiva.

O teste qui-quadrado foi usado para estabelecer a significância das associações. Sendo avaliadas a relação entre o uso do preservativo com o tipo de parceiro (fixo e eventual); com o fato de ter ido ao médico; com o uso de drogas; com o tipo de ensino do segundo grau; e com o gênero. Também se avaliou a relação entre o gênero com o número de parceiros e o tipo do mesmo na primeira relação sexual (namorado e outros).

Critérios éticos

Este trabalho possui aprovação do comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, sendo solicitado a todos os participantes a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Percepção dos líderes de turma sobre o tema

Participaram do grupo focal seis líderes de turma. Destes, quatro tinham 18, um 21 e outro 58 anos, que juntos formaram um grupo composto por três homens e três mulheres. Dos participantes, um pertencia à área da Saúde, um à área Tecnológica, um à Gestão e Jurídicas e três à de Comunicação, Educação e Expressão.

Foi perceptível a preocupação que os líderes tiveram com relação à gravidez não-planejada, por não possuírem estruturas emocionais e econômicas para educarem uma criança. Não tendo um preparo psicológico para isto, um dos participantes falou: “É um absurdo, não iria ter como sustentar um bebê, só tenho 18 anos, acabei de entrar na Universidade e dependo dos meus pais.” Outro participante concluiu: “Tem que ter uma situação estável para ter um bebê, seria bem complicado pagar a faculdade e sustentar um filho.”

O cuidado com as DST não teve muita ênfase, pois os estudantes relataram que atualmente existem medicamentos que curam e amenizam as doenças. “Acredito que o maior problema é saber que existe remédio, onde as pessoas já sabem que têm como se tratar ou se curar e então deixam de se cuidar.”

Reconhecem que são bem informados, mas dizem: “O momento da relação sexual é uma situação forte, as pessoas na hora sentem-se pressionadas a não usarem preservativo, prevalecendo o poder da persuasão.” Os alunos citaram várias vezes o poder de persuasão que o companheiro(a) tem para que não se use preservativo na hora de uma relação sexual. “A informação não é pouca, hoje só o momento que conta.”

Também foram citadas como situações de risco para DST ou gravidez não-planejada as festas como o carnaval, a diminuição

do uso de preservativo depois do casamento e a traição em um relacionamento estável.

Os jovens relataram que abrem mão do uso do preservativo quando conhecem e confiam no parceiro(a), porém o conhecer é o “namorar” e não o “ficar”; “... hoje não se tem mais o namoro para que se possa conhecer bem o parceiro, agora existe o ficar, que pode ser só um momento e que já acontece tudo”.

Uma das participantes lamentou o fato de não ter tido diálogo sobre sexualidade com a sua família: “Minha família nunca conversou comigo sobre a primeira vez e a vida sexual, eu tive que buscar informações sozinha com o médico”. Em contrapartida, um dos participantes tem uma filha jovem, que teve uma gravidez não-planejada mesmo com muito diálogo, e disse então: “Eu sofro na pele a situação dos jovens. Minha filha me chamava de careta mais hoje reconhece que eu estava certo. O filho tem que obedecer.”

O grupo era bem informado sobre o tema, valorizou muito o diálogo com a família e a busca de informações. No entanto, nem todos souberam definir sintomas indicativos de DST, tendo algumas dificuldades quanto à identificação de uma doença sexualmente transmissível. Quando indagado sobre como identificar uma DST, um dos participantes respondeu: “Sintoma eu não sei informar nenhum. Alguns casos demoram a aparecer os sintomas, outros a pessoa emagrece.” Outro participante ainda completou: “...pode ficar sem sintomas por anos, devendo atentar para gripes mal curadas e doenças que aparecem devido ao sistema imune debilitado.” Os sintomas referidos pelos demais participantes foram feridas ou bolhas no órgão genital, corrimento, coceira, ardência e vermelhidão.

É importante ressaltar que somente uma das participantes deixou bem claro que sempre fez uso do preservativo em todas as suas relações sexuais, e que ainda para ter certeza da prevenção de uma gravidez, faz uso também de pílulas anticoncepcionais. “Sou noiva há três anos e sempre uso preservativo e contraceptivo oral, penso em mim, eu quero a minha proteção acima de tudo”.

Avaliação da sexualidade dos jovens universitários

A análise foi baseada nas respostas de 322 jovens, onde todos tinham direito de ignorar as perguntas e deixá-las em branco, caso julgassem mais apropriado.

• Perfil dos entrevistados

A média de idade dos 322 participantes foi de 19,6 (DP = 2,018), variando de 18 a 25 anos, sendo que destes, 67,3% eram do gênero feminino. O número de participantes de cada uma das quatro áreas da universidade e outros dados de perfil estão descritos na **Tabela 1**.

No momento da pesquisa, 60,8% dos entrevistados eram apenas estudantes e 39,2% relataram receber algum tipo de renda proveniente do seu trabalho ou pensão.

Dos estudantes, 91,3% relataram residir com a família. Em 289 jovens, o relacionamento com o pai foi definido como ótimo ou bom por 92,0%. Já com as mães, dos 310 entrevistados que responderam a esta questão, 96,8% referiram ter uma relação ótima ou boa.

Tabela 1 – Dados do perfil dos jovens universitários entrevistados

Características	Número absoluto	Número relativo (%)
Gênero (n = 318)		
Masculino	103	32,4
Feminino	214	67,3
Transgênero	1	0,3
Áreas (n = 322)		
Saúde	73	22,7
Tecnologia	52	16,1
Gestão Jurídica	88	27,3
Comunicação, Educação e Expressão	109	33,9
Concluiu o ensino médio (n = 318)		
Colégio privado (ensino regular)	88	27,7
Colégio público (ensino regular)	219	68,8
Supletivo	11	3,5
Renda – segundo ABEP* (n = 237)		
A (R\$ 4.648,00 a R\$ 7.793,00)	43	18,1
B (R\$ 1.669,00 a R\$ 2.804,00)	127	53,6
C (R\$ 927,00)	61	25,8
D (R\$ 424,00)	6	2,5
E (R\$ 207,00)	0	0,0
Bebidas alcoólicas (n = 303)		
Diário	6	2,0
Fins de semana	141	46,5
Esporadicamente	94	31,0
Nunca	62	20,5
Usa ou usou drogas (n = 304)		
Sim	157	51,6
Não	147	48,4
Tipo de drogas (n = 157)		
Álcool	54	34,4
Álcool com outras substâncias	83	52,9
Outras substâncias	20	12,7

Perfil de 322 jovens (322 - n = dados perdidos)

* Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa¹⁵

• Sexualidade dos entrevistados

No que se refere ao comportamento sexual (**Tabela 2**), a grande maioria dos 292 entrevistados referiram ser heterossexuais (97,6%), enquanto apenas 1,7% referiram ser homossexuais e 0,7% ser bissexuais. Dos 310 jovens, 48,4% referiram ser solteiros e não possuírem parceiros e, 46,4% disseram ser solteiros, mas que atualmente possuíam parceiros sexuais. Apenas 5,2% dos estudantes referiram já terem contraído matrimônio até o momento da pesquisa.

A idade média da primeira relação sexual é de 16,4 anos (DP = 1,904), variando entre 10 e 25 anos. O número de parceiros sexuais variou entre 1 e 18, sendo a média de 2,6 (DP = 2,959). As frequências das relações sexuais encontram-se na **Tabela 2**.

Entre 309 jovens, encontraram-se sete (2,3%) gestantes e entre 317 participantes da pesquisa, 13 (4,1%) referiram que já possuíam filhos, sendo que destes últimos, 15,4% possuíam filhos com parceiros (as) diferentes.

Dos estudantes, 27,7% (85) disseram já ter sentido algum sintoma indicativo de DST, porém apenas cinco reconheceram já ter

diagnosticado algumas destas doenças. Quando indagados a respeito do parceiro(a), 13,8% de 181 acadêmicos responderam que já desenvolveram algum sintoma relacionado com DST.

Ainda com relação às DST, de 314 jovens, 172 responderam ter obtido seu conhecimento acerca deste assunto por meio da escola, dos pais, da televisão, dos profissionais de saúde e da busca de informações em veículos como livros, revistas e internet.

De um número de 295 universitários, a maioria (90,2%) acredita que é adequado utilizar preservativo em uma relação estável. De 247 entrevistados, 63,6% referiram ter usado preservativo na última relação sexual e 36,4% afirmaram não ter feito uso do preservativo em sua última relação sexual.

O preservativo foi citado como o método contraceptivo mais conhecido (98%) entre os jovens. A maioria (53,3%) referiu ter seu conhecimento acerca do contraceptivo escolhido com base em informações médicas.

As associações realizadas entre as variáveis estão apresentadas na **Tabela 3**.

Tabela 2 – Dados da sexualidade dos jovens universitários entrevistados

Características	Número absoluto	Número relativo (%)
Iniciou as relações sexuais (n = 305)		
Sim	265	86,9
Não	40	13,1
Parceiro(a) na primeira relação sexual (n = 258)		
Namorado	199	77,1
Amigo	50	19,4
Profissional do sexo	3	1,2
Outros	6	2,3
Frequência das relações sexuais (n = 236)	17	7,2
Diária 2 a 3 vezes na semana	93	39,4
Mensal	24	10,2
Esporádica	79	33,5
Não sabe	14	5,9
Outros	9	3,8
Sintomas indicativos de DST (n = 307)		
Feridas no órgão sexual	5	1,7
Corrimento no canal urinário	23	7,5
Coceira do órgão sexual	31	10,1
Corrimento e coceira	21	6,8
Outros	5	1,6
Nunca teve	211	68,7
Não sabe	11	3,6
Teve ou tem alguma DST/aids (n = 313)		
Sim	5	1,6
Não	301	96,2
Não sabe	7	2,2
Métodos que usam para evitar DST (n = 265)		
Preservativo	165	62,3
Preservativo com outros métodos*	58	21,9
Somente outros métodos*	29	10,9
Não usam nada	13	4,9
Métodos que conhecem para prevenir DST (n = 290)		
Preservativo	181	62,4
Preservativo com outros métodos*	105	36,2
Somente outros métodos*	4	1,4
Uso de preservativo com parceiro(a) fixo (n = 215)		
Sempre, durante toda relação	137	63,7
Sempre, apenas para ejaculação	19	8,9
Não uso	59	27,4
Uso de preservativo com parceiro (a) eventual (n = 143)		
Sempre, durante toda relação	120	84,0
Sempre, apenas para ejaculação	10	7,0
Não uso	13	9,0
Métodos contraceptivos que usam (n = 241)		
Preservativo	84	34,8
Preservativo com outros métodos*	67	27,8
Somente outros métodos*	86	35,7
Não usam nada	4	1,7
Conhecem como método contraceptivo (n = 307)		
Preservativo	301	98,0
Outras opções*	6	2,0

Perfil de 322 jovens (322 - n = dados perdidos); * Pílula do dia seguinte, coito interrompido, Dispositivo intra-uterino (DIU), espermicidas e/ou anticoncepcionais

Tabela 3 – Associação entre variáveis e sua significância

Características	Qui-quadrado	p ¹
Uso do preservativo/Tipo de parceiro (fixo e eventual)	90,09	0,0000*
Uso do preservativo/Uso de drogas	0,75	0,3872
Uso do preservativo/Adquirir informações com médico	20,30	0,0001*
Uso do preservativo/Gênero	5,00	0,0821
Uso de preservativo/Tipo de ensino onde concluiu o segundo grau	1,69	0,4292
Tipo de parceiro (namorado(a) ou outro) na primeira relação sexual/Gênero	56,49	0,0000*
Número de parceiros/Gênero	38,76	0,0002*

¹ Nível de significância; * considerando associação significante quando $p > 0,05$

DISCUSSÃO

Observa-se que os estudantes que participaram da sessão de grupo focal manifestaram grande preocupação com relação à gravidez neste período de suas vidas, porém esta mesma preocupação não foi manifestada com relação ao contágio por uma DST. Como constataram Longo e Pereira¹, em sua pesquisa de evolução da população adolescente brasileira, o uso de contraceptivos pode estar principalmente relacionado com o medo de uma gravidez não desejada, sendo que contrair uma DST não é um fato tão preocupante para os adolescentes. Esta falta de preocupação pode estar relacionada, segundo a percepção dos líderes de turma, com o fato de as DST possuírem “remédios”, o que deve ser esclarecido com relação à aids.

Como referiu Taquette *et al.*⁴ em seu estudo realizado com 356 adolescentes atendidos no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a atividade sexual dos adolescentes geralmente não é programada. Este fato, aliado ao poder de persuasão, descrito pelos participantes do grupo focal, que o(a) parceiro(a) pode exercer no momento de uma relação sexual, leva ao uso infrequente do preservativo, contribuindo para o aumento do número de DST e gravidez.

Quanto à classe econômica, a maioria dos jovens pertencem à classe média da população, sendo a classe B a de maior prevalência entre os entrevistados. A maior parte dos indivíduos reside com sua família e são apenas estudantes. O fato de grande parte dos entrevistados pertencerem à classe média da população tem relação direta com o grande número encontrado de jovens que apenas estudam e não possuem nenhum tipo de renda.

Em uma pesquisa realizada com estudantes de um colégio de segundo grau da cidade de São Paulo, Scivoletto¹⁸ estudou a relação entre o consumo de drogas e o comportamento sexual de adolescentes entre 11 e 21 anos e, comparando o comportamento sexual de usuários e não-usuários de drogas ilícitas, constatou que os usuários apresentaram maior incidência de comportamentos sexuais de risco para DST. De acordo com este mesmo autor¹⁸, os usuários de drogas ilícitas iniciam sua vida sexual mais cedo e possuem menor uso de preservativo durante suas relações sexuais. Tripp e Viner¹⁹, em um estudo realizado no Reino Unido com meninas sexualmente ativas, entre 13 e 19 anos, e Miranda *et al.*²⁰, em uma pesquisa efetuada com adolescentes do sexo feminino, entre 15 e 19 anos de uma região de

Vitória (Brasil), também constataram que o uso de substâncias ilegais constitui um fator de risco para o contágio por DST.

Dos jovens universitários entrevistados, aproximadamente metade dos estudantes faz ou já fez uso de drogas, sendo que a maioria dos jovens relatou possuir o hábito de beber, no mínimo, nos finais de semana. No entanto, a associação estatística entre fazer uso destas substâncias e não usar preservativo, descrita pelos autores anteriormente citados^{19,20}, não foi encontrada neste estudo.

A maior parte dos jovens referiu já ter iniciado sua vida sexual até o momento da pesquisa. A média de idade da primeira relação sexual foi de 16,4 anos, igualando-se aos resultados apresentados por Taquette *et al.*⁴, que também observaram a mesma idade média nos 356 indivíduos de sua pesquisa na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Em ambos os trabalhos, a maioria dos jovens relatou ter iniciado suas relações sexuais com o(a) namorado(a). É importante salientar que a primeira relação sexual entre os adolescentes determina o início da exposição ao risco de uma gravidez e das DST, incluindo a aids¹.

Os tipos de parceiros mais citados na primeira relação sexual dos jovens entrevistados foram namorados(as) e amigos(as), sendo que se encontrou associação significativa entre esta variável e o gênero. As jovens entrevistadas, quando comparadas aos universitários do sexo masculino, tiveram sua primeira relação sexual mais com namorado, enquanto os jovens entrevistados tiveram as amigas como parceiras mais frequentes na primeira relação. Três estudantes do sexo masculino afirmaram ter uma profissional do sexo como parceira sexual na primeira relação, sendo que nenhuma das moças referiu este tipo de parceria.

Resultados semelhantes a este foram encontrados no estudo de Taquette *et al.*⁴ com adolescentes da cidade do Rio de Janeiro, que também constataram que um maior número de moças havia iniciado suas relações sexuais com namorado, enquanto um número maior de rapazes havia tido sua primeira relação sexual com uma amiga. Também no estudo de Coutinho *et al.* (2006) foi identificado o mesmo tipo de parceiro na primeira relação sexual dos jovens investigados.

O número de parceiros(as) sexuais dos entrevistados foi em média 2,6. De acordo com o estudo de Taquette *et al.*⁴, a multiplicidade de parceiros é um fator de risco relevante para o contágio por DST.

Neste estudo encontrou-se associação significativa entre o número de parceiros sexuais na vida toda e o gênero, onde os

entrevistados do sexo masculino relataram possuir maior número de parceiros que as jovens entrevistadas. Este resultado foi confirmado pela pesquisa de Taquette *et al.*⁴, que constataram maior número de parceiros sexuais nos adolescentes do que nas adolescentes.

Apenas 62,3% dos jovens relataram utilizar preservativo durante suas relações sexuais para a prevenção de DST. Azevedo e Abdo²², em uma pesquisa realizada com adolescentes de uma escola de São Paulo, constataram que metade dos entrevistados que já haviam iniciado suas relações sexuais não faz uso do preservativo. No entanto, o uso de preservativo previne as DST quando é utilizado durante todo o ato sexual, o que nem sempre ocorre com os entrevistados desta pesquisa.

Correlacionando o uso de preservativo com parceiro fixo e eventual, percebe-se que o uso do preservativo é mais freqüente nas relações eventuais, sendo possível supor que a estabilidade do relacionamento propicie um maior tempo para a negociação do uso de contraceptivo entre os parceiros e que a tendência é ocorrer à flexibilização do uso do preservativo quando o parceiro é conhecido e se torna estável. Esta flexibilização também foi observada nos relatos dos líderes de turma durante o grupo focal e em outros estudos^{23, 24}.

A associação entre o uso do preservativo para prevenir uma gravidez e o fato de ter adquirido informações sobre contraceptivos com um médico mostrou-se significativa. Por meio deste resultado, pode-se sugerir que o fato de ir ao médico tem influência positiva sobre o efetivo uso do preservativo. No entanto, não houve diferença entre o gênero e o uso de preservativo.

Azevedo e Abdo²² ainda observaram, em sua pesquisa, que os adolescentes têm informações insuficientes sobre fertilidade, métodos contraceptivos e prevenção de DST, pois quase a totalidade dos entrevistados sabe que o preservativo previne as DST, contudo, aproximadamente metade dos estudantes se equivoca ao considerar que a pílula anticoncepcional também previne estas doenças. Este resultado assemelha-se ao encontrado neste estudo, pois um número significativo de jovens demonstrou desconhecer quais métodos realmente previnem uma DST. Aproximadamente um terço dos universitários, quando indagados sobre quais métodos conhecem para evitar estas doenças, responderam alternativas como pílula do dia seguinte, coito interrompido, dispositivo intra-uterino (DIU), espermicidas e pílulas anticoncepcionais, demonstrando que desconhecem que o único método que realmente previne as DST é o preservativo. Este fato ainda é confirmado pelo número de jovens (32,8%) que referiram usar estes outros métodos para a prevenção destas doenças.

Este resultado indica que existe maior preocupação com uma gravidez e, talvez, a visão apresentada pelos líderes de turma quando afirmam que para DST não se realizam os devidos cuidados porque sabem que existem “remédios”, pode representar também a percepção desta parcela dos entrevistados que desconhecem ou não adotam maneiras para prevenir DST.

Um estudo realizado por Martins *et al.*⁷, com adolescentes de escolas públicas e privadas da cidade de São Paulo revelou maior prevalência do uso de preservativo na primeira relação sexual e maior conhecimento sobre DST nos estudantes das escolas particulares. Porém, de acordo com resultados obtidos no trabalho

realizado nesta universidade, deve-se ressaltar que não foi observada diferença significativa com relação ao tipo de escola de conclusão do ensino médio.

Quando se parte do pressuposto que 85 jovens disseram já ter algum sintoma indicativo de DST, mas que apenas cinco afirmaram já ter realmente contraído alguma dessas doenças, seria impreciso afirmar que os jovens não sabem identificar os sinais de uma DST como tais, pois apesar de isto poder ser uma hipótese possível, não se deve deixar de levar em consideração que os sintomas relatados pelos jovens podem ser de outros problemas relacionados com os órgãos sexuais, como, por exemplo, corrimentos e coceiras durante infecções genitais não-associadas à transmissão sexual. No entanto, vários autores^{4-6, 25} reforçam que muitas vezes as DST não são diagnosticadas e nem notificadas, pois acabam sendo contornadas pela automedicação.

Com relação aos métodos contraceptivos, a pílula do dia seguinte e o preservativo foram os de uso mais difundido entre os jovens. Mais uma vez, confirma-se a preocupação que os universitários apresentam em relação a uma gravidez não-planejada, pois um número muito pequeno de indivíduos relatou não utilizar nada. Acredita-se que o uso da pílula do dia seguinte tenha sido tão citado em função das relações sexuais deste público nem sempre serem planejadas, como relatado por diversos autores^{4, 11}, e, reforçando esta hipótese, observa-se no discurso dos líderes de turma: “*O momento da relação sexual é uma situação forte, as pessoas na hora sentem-se pressionadas a não usarem camisinha, prevalecendo o poder da persuasão.*”

Levando em consideração a faixa etária estudada e o fato de os jovens apresentarem grande preocupação com relação a uma gravidez, o número encontrado de estudantes que já possuíam filhos e a quantidade de universitários que afirmaram ter os mesmos com parceiros diferentes é um dado relevante, pois a promiscuidade existente nas relações sexuais aumenta o risco de contágio por DST.

As informações obtidas com os profissionais de saúde, a televisão e a busca de informações foram as maneiras de adquirir conhecimento sobre sexualidade mais referidas pelos jovens. No entanto, deve-se ressaltar que o conhecimento destes quanto à prevenção de DST ainda é limitado, já que eles têm maior preocupação em prevenir uma gravidez e desconhecem os métodos que realmente previnem as DST.

Cabe destacar que neste trabalho não foi realizada uma avaliação para verificar se o conhecimento dos universitários é superior ao dos sujeitos de outros estudos; no entanto, observou-se que mesmo nesta população, que a princípio representa uma parcela privilegiada da população brasileira, o conhecimento e a prática da sexualidade devem ser mais bem trabalhados. Desta forma, ressalta-se a importância de educação em saúde abordando este tema não somente nas escolas, mas também nas universidades, onde este tema ainda se mostra bastante pertinente, segundo os dados desta pesquisa.

O risco de adquirir DST ainda é bastante evidente entre os jovens e o conhecimento sobre os métodos contraceptivos que previnem estas doenças é fundamental para que eles possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das doenças. A educação e a

informação sobre como prevenir as DST são necessárias para o controle das mesmas, pois aumentam a percepção do risco e estimulam mudanças no comportamento sexual, contribuindo de forma mais efetiva para a adoção de práticas sexuais cada vez mais seguras nesta população.

Agradecimentos

Agradecemos aos coordenadores dos cursos sorteados por permitirem que realizássemos esta pesquisa com os estudantes e, também, aos universitários que participaram do grupo focal e aos que responderam o instrumento da pesquisa.

Agradecemos, ainda, às professoras Fabiana Schuelter Trevisol e Silvana Cristina Trauthman, por terem realizado a correção deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Longo LAFB, Pereira APFV. Políticas Populacionais: Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente no Brasil 2006. Disponível em: <http://72.14.205.104/search?q=cache:LuYJxAnjpsJ:www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Posteres/Pol%C3%ADticas%2520Populacionais%2520-%2520Pol%C3%ADticas%2520de%2520Sa%C3%BAde%2520Sexual%2520e....pdf+Sa%C3%BAde+e+Juventude:+o+cen%C3%A1rio+das+Pol%C3%ADticas+P%C3%ABlicas+no+Brasil.&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=2&gl=br> - Acessado em 20/08/2006.
2. Carret MLV, Fassa AG, Silveira DS, Bertoldo AD, Hallal PC. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública* 2004; 38 (1): 76-84.
3. Codes JS, Cohen DA, Melo NA, Teixeira GG, Leal AS, Silva TJ et al. Detecção de Doenças Sexualmente Transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (2): 325-334.
4. Taquette S, Vilhena M, Paula M. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(20): 282-290.
5. Naves JOS, Merchan-Hamann E, Silver LD. Orientação farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(4): 1005-1014.
6. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Programa Estadual de SP realiza evento DST/aids: 10 anos de resposta conjunta. Disponível em: <http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp?Codigo=3839-21k> - Acessado em 30/02/2007.
7. Martins LBM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Sousa MH, Pinto-Neto AM, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/aids em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (2): 315-323.
8. Taquette SR, Andrade RB, Vilhena MM, Paula MC. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51 (3): 148-152.
9. Duarte A. Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998. In: Nunes SOB, Abreu RE, Hidrata AL, Nunes MVA, Franco RM, Barbosa LR. Determinação dos diagnósticos de depressão, tentativa de suicídio, gravidez, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doenças sexualmente transmissíveis (DST) em adolescentes e adultos jovens. *Ciênc Biol Saúde* 2005; 26 (2): 109-118.
10. Aquino EML, Heilbom ML, Knauth D, Bazon M, Almeida MC, Araújo J et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19: 377-389.
11. Geluda K, Bosi MLM, Cunha AJLA, Trajman A. "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (8): 167-1680.
12. Gir E, Moriya TM, Robazzi MLCCR, Oliveira MHP, Bueno SMV, Machado AA. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. *Rev Saúde Pública* 1991; 25 (3): 226-229.
13. Ribeiro EJC. Saúde reprodutiva e sexualidade entre os estudantes da UNOESC Joaçaba - SC. Faculdade de saúde pública da Universidade de São Paulo; 2005.
14. Brasil. Programa Nacional de DST/Aids. Preparação para testes com microbicidas ou vacinas contra HIV/aids. Caracterização preliminar de potencial sítio de testes, Brasília: PNDST/AIDS; 2004.
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação Econômica do Brasil. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf - Acessado em 15/10/2006.
16. Lauristen JM. EpiData Data Entry. Data management and basic statistical analysis system, versão 3.0. Odense: EpiData Association; 2000.
17. CDC Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info™ versão 3.32. Atlanta: CDC; 2005.
18. Scivoletto S, Tsuji RK, Abdo CHN, Queiroz S, Andrade AG, Gattaz WF. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21 (2): 87-94.
19. Tripp J & Viner R. Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *Clinical review* 2005; 330: 590-593.
20. Miranda AE, Gadelha AMJ, Szwarcwald CL. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil 2002. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1): 207-216.
21. Coutinho, MPL, Saldanha, AAW, Azevedo, RLW. Uso de preservativo na primeira relação sexual: mito ou realidade? *J bras Doenças Sex Transm* 2006; 18 (2): 124-129.
22. Azevedo GE, Abdo CHN. Adolescentes de classe média de nível educacional básico: prática y conocimiento de la sexualidad. Disponível em: <http://pediatriasopaulo.usp.br/upload/html/1177/body/06.htm> - Acessado em 05/02/2007.
23. Almeida MCC, Aquino EML, Gaffikin L, Magnani RJ. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5): 566-576.
24. Griep RH, Araújo CLF, Batista SM. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um centro e aconselhamento em DST/aids no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Epid Serviço Saúde* 2006; 14(2): 119-126.
25. Programa Nacional de DST e Aids. Disponível em: http://www.aids.gov.br/assistencia/mandst99/man_controle.htm-19k - http://www.aids.gov.br/assistencia/mandst99/man_controle.htm-19k - Acessado em: 30/02/2007.

Endereço para correspondência:

DAYANI GALATO

Avenida José Acácio Moreira, 787 – Bairro Dehon – Tubarão, SC.

CEP: 88704 - 900

Telefax: 55 48 3621-3284

E-mail: dayani.galato@unisol.br

Recebido em: 17/03/2007

Aprovado em: 19/04/2007

CERVICITES E SEUS AGENTES NA ROTINA DOS EXAMES COLPOCITOLÓGICOS

CERVICITIS, AND ITS AGENTS IN THE PAP SMEAR ROUTINE

Thais G Tavares¹, Patrícia Krunn², Eglon Inácio Costa³, Cátia MLPadilha⁴,
Álvaro P Pinto⁵

RESUMO

Introdução: cervicite é um dos assuntos mais controversos na patologia cervical e sua definição varia muito de acordo com a análise dos aspectos clínico, citológico, colposcópico e histológico. **Objetivo:** considerando a capacidade do teste de Papanicolaou na identificação de agentes microbiológicos e a leucorréia como causa mais freqüente de consulta ginecológica, este estudo tem como objetivo analisar a prevalência de cervicite e seus agentes microbiológicos na rotina dos exames colpocitológicos. **Métodos:** foram analisados 500 esfregaços cérvico-vaginais da rotina da Divisão de Patologia do Instituto Nacional do Câncer (DIPAT-INCA). Foram excluídos 171 (34,2%) casos por não conterem células glandulares endocervicais. Os critérios utilizados para o diagnóstico de cervicite foram: 1) alterações nas células metaplásicas e endocervicais – metacromasia, pseudo-eosinofilia, binucleação ou multinucleação, aumento do volume nuclear e nucléolos proeminentes; 2) intensidade do exsudato inflamatório; e 3) a quantidade de muco cervical presente no esfregaço. **Resultados:** dos 329 casos estudados, 207 casos (63%) apresentaram cervicite. A idade das pacientes variou de 15 a 74 anos, sendo a idade média de 36 anos. Quanto aos critérios utilizados para o diagnóstico, 98% apresentavam metacromasia, 97,8% pseudo-eosinofilia, 47,5% ativação nuclear e 6,7% binucleação ou multinucleação. Nenhum caso apresentou nucléolo proeminente. Apenas 0,8% dos casos apresentou cervicite linfocítica. De acordo com a microbiota bacteriana e os agentes causais de inflamação, 47% apresentaram microbiota de bacilos de *Döderlein*, 23,8% microbiota de bacilos curtos, 5,3% microbiota de cocos, 7,7% microbiota mista, 21,8% microbiota sugestiva de *Gardnerella vaginalis*, em 6,3% microbiota não-visualizada, 0,5% apresentou célula com inclusões sugestiva de clamídia, 4,3% tricomoníase e 2,4% candidíase. **Conclusão:** o presente estudo demonstrou a eficácia do método de Papanicolaou para o diagnóstico de cervicite e determinação do agente causal. **Palavras-chave:** exame colpocitológico, teste de Papanicolaou, cervicite, vaginites, leucorréia

ABSTRACT

Introduction: cervicitis is one of the most controversial topics in cervical pathology and its definition vary so much according to clinical, cytologic, colposcopic and histologic aspects. In the last years, the colpocytologic test (pap smear) has been used in the screening of vaginal leukorrhea because of its capacity to identify biological agents. **Objectives:** considering the capacity of the pap test to identify biological agents and that the most frequent sign present in the ambulatory gynecologic routine is leukorrhea, this article aims to find the prevalence of cervicitis and its infectious agents in the pap smear routine. **Methods:** 500 Pap smears from Divisão de Patologia do Instituto Nacional do Câncer (DIPAT-INCA) were analysed. 171 (34,2%) cases with absence of endocervical cells were excluded. The criteria used for the diagnosis of cervicitis were: 1) the presence of metaplastics and glandular cells with inflammatory alterations – metacromasia, binucleation or multinucleation, nuclear enlargement and prominent nucleolus; 2) the intensity of the exudates; and 3) the amount of cervical mucus present in the slide. **Results:** from 329 cases analysed, 207(63%) showed cervicitis. The age ranged from 15 to 74, with mean of 36 years old. Considering the criteria used for diagnosis, 98% of the cases showed metacromasia, 47,5% nuclear enlargement and 6,7% binucleation or multinucleation. None of the cases showed prominent nucleolus. Only 0,8% showed lymphocytic cervicitis. According to the causal agents, 47% showed *Doederlein bacilli*, 23,8% short bacilli, 5,3% cocos, 7,7% mixt bacteria, 0,5% Chlamydia sp, 4,3% trichomoniasis and 2,4% candidiasis. **Conclusion:** the present study demonstrated the accuracy of Papanicolaou method for the diagnosis of cervicitis and the determination of the causal agent.

Keywords: vaginal smears, pap smear, cervicitis, vaginitis, leukorrhea

INTRODUÇÃO

Cervicite é um dos assuntos mais controversos na patologia cervical e sua definição varia muito de acordo com a análise dos aspectos clínico, citológico, colposcópico e histológico. Às vezes, as análises são complexas e podem levar a resultados falso-positivos. Observam-se, com certa freqüência, avaliações controversas entre a colpocitologia e a colposcopia, porém os dois métodos em geral se completam¹.

¹Biomédica Pós-graduada em Análises Clínicas. Citotécnica pelo Instituto Nacional do Câncer-INCA. Especialista em Citotecnologia pela Sociedade Brasileira de Citopatologia. Citotécnica do Laboratório ANNALAB

²Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Federal da Paraíba (UFPR). Bolsista do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

³Professor do Curso de Especialização em Técnico de Citopatologia do Instituto Nacional do Câncer.

⁴Professora do Curso de Especialização em Técnico de Citopatologia do Instituto Nacional do Câncer.

⁵Professor Adjunto do Departamento de Patologia Médica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Diretor e Citopatologista do Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia ANNALAB.

O colo uterino é tanto uma sentinela para infecções potencialmente graves do trato genital superior, quanto um alvo de carcinógenos virais, químicos e outros. A infecção constitui uma das queixas clínicas mais comuns na prática ginecológica, perturbando freqüentemente tanto a paciente quanto o médico². A suscetibilidade do trato genital feminino à inflamação varia de acordo com a idade e a localização anatômica. Em mulheres em idade reprodutiva, o epitélio escamoso altamente proliferativo da ectocérvice serve como uma excelente barreira contra as lesões. Em crianças e mulheres menopausadas, nas quais o epitélio é geralmente atrófico, essa condição facilita a instalação de reações inflamatórias. O epitélio colunar simples da endocérvice e o endométrio são particularmente suscetíveis a agentes infecciosos, especialmente na presença de ectopia³, expondo a mucosa glandular ao agressivo meio vaginal, de pH ácido, e a possibilidade da presença de uma diversificada população de micróbios, além de eventuais lesões traumáticas⁴. Dispositivos aplicados ao colo com intenção anticoncepcional podem determinar irritação no epitélio¹.

OBJETIVO

Considerando que a causa mais freqüente de consulta ginecológica é a leucorréia, este trabalho tem como objetivo analisar a prevalência de cervicite na rotina dos exames colpocitológicos e sua associação com agentes infecciosos.

MÉTODOS

Foram analisados 500 esfregaços cérvico-vaginais do SITEC (Serviço Integrado e Tecnológico em Citopatologia) do INCA (Instituto Nacional do Câncer) com a finalidade de catalogar os dados das pacientes com cervicite.

As coletas foram feitas por ginecologistas ou enfermeiros, nos postos de saúde da rede pública (SUS), nos diversos municípios no estado do Rio de Janeiro. A secreção ectocervical foi colhida com a utilização de uma espátula de Ayre e a endocervical com uma escovinha "Campos da Paz". Nas pacientes virgens e histerectomizadas, foi colhido apenas material do canal vaginal. Todo material foi distendido em apenas uma lâmina para cada paciente. A cargo das Secretarias de Saúde, os preventivos foram transportados até o SITEC. O envio do material fez-se junto a uma requisição com os dados pessoais e clínicos das pacientes. Após devidamente identificadas, as lâminas foram imersas em álcool a 90% para a fixação. A técnica de coloração utilizada no processo de realização dos exames foi a de Papanicolaou, modificada pelo serviço⁵.

As lâminas foram lidas pela primeira autora (Tavares TG) e revistas por cinco professores do curso de citotecnologia do INCA. Dos 500 casos analisados, 171 foram excluídos por não conterem células endocervicais. Casos suspeitos e positivos também foram preliminarmente excluídos.

Os critérios utilizados para o diagnóstico de cervicite e da graduação de sua intensidade foram as alterações inflamatórias nas células metaplásicas e nas células endocervicais: metacromasia, pseudo-eosinofilia, binucleação ou multinucleação, aumento do volume nuclear e nucléolos proeminentes, além do exsudato inflamatório e do aumento da secreção do muco cervical. A metacromasia foi definida como dupla tonalidade de cores da célula⁶; pseudo-eosinofilia, células normalmente se coram em cianofilia aparecem no esfregaço⁶. Definiu-se a ativação nuclear como o aumento do tamanho nuclear sem aumento na quantidade de cromatina, conferindo um aspecto claro ao núcleo aumentado⁷. Nucléolos proeminentes, nucléolos aumentados de tamanho, mas ainda dentro dos limites da normalidade⁶. Binucleação e/ou multinucleação, presença de dois ou mais núcleos dentro do citoplasma com aspecto benigno, distribuição uniforme da cromatina e forma redonda ou oval⁶. Analisaram-se os principais agentes causais de cervicite.

RESULTADOS

Das 329 pacientes, 207 (63%) apresentavam cervicite e quatro (0,8%), cervicite linfocítica. A idade das pacientes variou de 15 a

74 anos, com média de 36 anos. A incidência foi maior nas pacientes com idade entre 25 e 34 anos (25,2%), seguida por 35 a 44 (23,8%), 15 a 24 (20,9%), 45 a 54 (19,9%), 65 a 74 (5,4%) e 55 a 64 (4,8%).

Quanto aos critérios citológicos utilizados para o diagnóstico de cervicite, 98% dos casos apresentaram metacromasia, 87,8% pseudo-eosinofilia, 47,5% ativação nuclear e 6,7% binucleação ou multinucleação. Nenhum dos casos apresentou nucléolos proeminentes (**Gráfico 1**).

Quanto à intensidade, 34,4% apresentaram cervicite leve, 29,2%, cervicite moderada e 0,3%, cervicite acentuada. Os agentes causais encontrados nos dois casos de cervicite acentuada foram *Trichomonas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis*. (**Gráfico 2**).

Com relação aos agentes microbiológicos causais e à microbiota vaginal dos casos, observou-se o seguinte: 47% apresentaram bacilos de Doderlein, 23,8% bacilos curtos, 21,8% microbiota sugestiva de *Gardnerella vaginalis*, 7,7% microbiota mista, 6,3% microbiota não-visualizada, 5,3% microbiota cocácea, 4,3% tricomoníase, 2,4% candidíase e 0,5% células com inclusões sugestivas de clamídia (**Gráfico 3**).

DISCUSSÃO

Ao longo dos anos, muitos estudos têm demonstrado ser possível determinar a presença e avaliar a evolução das inflamações do trato genital inferior feminino por meio do teste de Papanicolaou. Do mesmo modo, a natureza de seus agentes causais, na maioria das vezes microrganismos, também pode ser determinada⁸⁻¹⁰. Na rotina de laboratórios de citopatologia, esse método primariamente utilizado para a detecção de lesões precursoras do câncer cervical, tem servido também para o diagnóstico de cervicites e detecção de alguns de seus agentes causais. Discutiremos a seguir os agentes microbiológicos associados à cervicite.

MICROBIOTA BACTERIANA EM GERAL

Em nosso trabalho, a freqüência das cervicites nas amostras analisadas esteve de acordo com a literatura, que aponta para um predomínio de microbiota composta por lactobacilos, o que também corrobora os dados obtidos no presente estudo. Por outro lado, Bibbo *et al.*¹¹, em um estudo com esfregaços vaginais pelo

Gráfico 1: Distribuição dos critérios citológicos para diagnóstico de cervicite de acordo com a freqüência

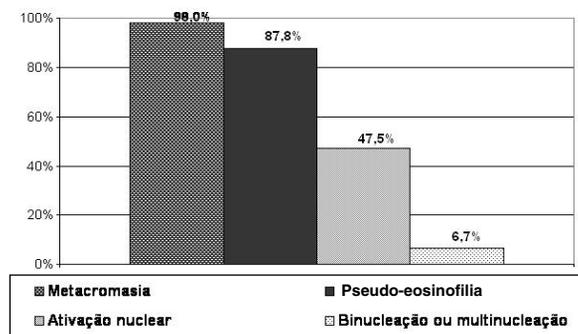
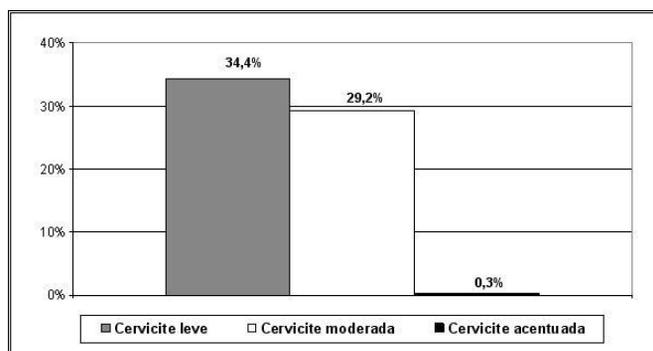
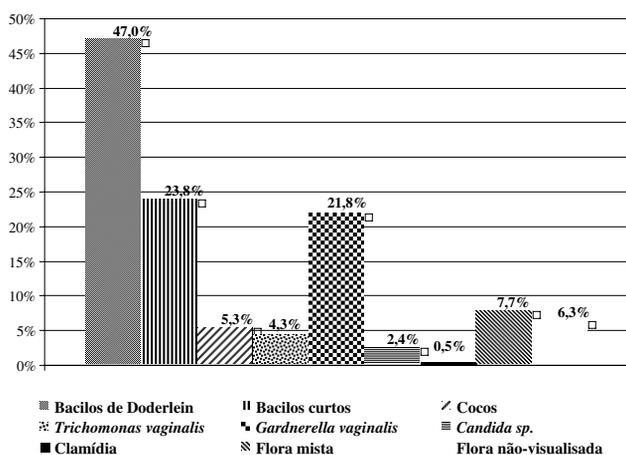


Gráfico 2: Distribuição das cervicites de acordo com a intensidade**Gráfico 3:** Frequência de agentes microbiológicos associados à cervicite

método de Papanicolaou obtidos de 14.212 mulheres, descreveram a microbiota vaginal geral como sendo composta predominantemente por bactérias mistas (36,1% dos casos), seguida de bacilos de Doderlein em 18,3%. Essa aparente controvérsia pode ser explicada pela própria complexidade da microbiota bacteriana vaginal, que pode ser composta fisiologicamente por diversos tipos de bactérias em curtos períodos de tempo¹² e influenciada por diversos fatores, dentre eles a faixa etária, a atividade sexual¹³ e o uso de métodos anticoncepcionais e medicamentos. A subjetividade implícita ao método citológico e a variabilidade do conceito de cervicite são fatores adicionais importantes a serem considerados.

Dentre os agentes causadores de corrimento genital feminino, poucos como a *Gardnerella vaginalis* (principal causador da vaginose bacteriana), *Candida sp.* e *Trichomonas vaginalis* podem ser identificados pela técnica de Papanicolaou. Interessantemente, estes poucos agentes são responsáveis por cerca de 90% das causas de vaginite infecciosa¹⁴. Agentes patogênicos como *Neisseria gonorrhoeae*, *Streptococcus agalactiae*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Mycoplasma hominis* só podem ser identificados por meio de métodos específicos diretos

(por exemplo: bacterioscopia), indiretos (por exemplo: detecção de antígenos) e cultivo¹⁵. No caso particular da clamídia, persistem ainda algumas controvérsias que serão abordadas adiante.

DESVIO DA MICROBIOTA BACTERIANA – VAGINOSE – *Gardnerella vaginalis*

Com relação aos principais agentes de vaginites mencionados no presente trabalho, o microrganismo mais comumente encontrado foi a *Gardnerella vaginalis*, agente patogênico central da condição clínica denominada de vaginose bacteriana^{16,17}. Quadro semelhante tem sido verificado por outros autores em outras regiões do Brasil¹⁸ e do mundo¹⁹, sendo a prevalência detectada pelo teste citológico, variável, de 0,7%²⁰ a 48,4%¹⁸, com a maioria dos estudos com índices acima de 20%^{14,15,21,22}. Interessantemente, um estudo recente realizado em localização geográfica totalmente distinta de nosso trabalho¹⁹ no leste Mediterrâneo, revelou a vaginose bacteriana como o tipo de vaginite mais comum a partir de testes de Papanicolaou. Vale ainda destacar que, apesar da aparente alta prevalência demonstrada pelos estudos citados anteriormente, esta entidade parece ser subdiagnosticada pelo teste de Papanicolaou, quando comparada ao método clínico de detecção (exame a fresco, teste das aminas e determinação do pH vaginal)²⁰.

CANDIDA E TRICOMONAS

Um estudo epidemiológico brasileiro (Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro) analisou a variação da prevalência de candida, tricomonas e vaginose bacteriana ao longo de quatro décadas¹⁴. Apontou para uma alta taxa de vaginose bacteriana (15,9% em 1998), uma redução da prevalência de tricomonas (de 10% em 1968 para 3,4% em 1998) e um aumento da prevalência de candida (de 0,5% em 1968 para 22,5% em 1998) ao longo do período estudado. A única divergência com relação ao nosso estudo foi a respeito da prevalência deste último agente citado, uma vez que apenas 2,4% de nossos esfregaços continham candida.

A prevalência de infecção fúngica a partir da detecção pelo teste de Papanicolaou ou outros métodos nos estudos por nós revisados^{14,15,18,22-25} variou de 27,3% em mulheres pós-menopausadas²⁴ a 7,2% quando se utilizou cultura, exame direto a fresco, Gram e Papanicolaou¹⁵. Variações regionais e climáticas, faixa etária das pacientes²⁴, bem como a dificuldade da caracterização de agentes fúngicos podem servir como justificativa para esta diferença. A variabilidade na prevalência dos agentes anteriormente destacados com relação a diferentes regiões de nosso país já tinha sido antes ressaltada por Tomaz *et al.*²³. Uma baixa acuidade do teste de Papanicolaou para a detecção de fungos foi observada quando se comparou este com o exame a fresco. Apenas 75% das pacientes portadoras de leveduras foram diagnosticadas pelo teste citológico, enquanto todas as infectadas por *Trichomonas* foram diagnosticadas²⁶.

Um recente estudo realizado no Chile²⁷ analisou cerca de 500.000 esfregaços corados pelo método de Papanicolaou e obteve uma prevalência do diagnóstico de tricomonas (4%) muito próxima à obtida em nosso estudo (4,3%), que utilizou uma menor amostra (329 casos). Os autores deste estudo concluíram que, apesar de o teste de Papanicolaou não ser o exame de

eleição para a detecção deste agente, ele permitiu a identificação de protozoários. Classicamente associada às condições econômicas das populações, a prevalência desse agente em esfregaços cervico-vaginais é relativamente inferior à da *Gardnerella vaginalis* e da candida^{14,15,18,25}, oscilando de 0,9% na Jordânia a 22,3% no estado da Paraíba²³. Na verdade, dentre os principais agentes de vaginites, o tricomonas parece ser o que apresenta a melhor correlação entre o teste de Papanicolaou e outros métodos de detecção^{18,20,26,27}.

CLAMÍDIA

Finalmente, a baixa prevalência de clamídia identificada em nossa casuística advém da baixa especificidade da técnica de Papanicolaou para a identificação desse agente, uma vez que estudos que utilizam métodos mais específicos para detectar esse agente tendem a apresentá-lo com uma prevalência mais significativa²⁸⁻³¹. A ausência desta opção diagnóstica em um sistema de nomenclatura como o Bethesda, corrobora com essa idéia¹⁰. Em nosso estudo, fizemos o diagnóstico de cervicite folicular em quatro casos. Na cervicite folicular, uma população polimórfica de linfócitos e macrófagos é vista em agrupamentos ou fluindo no muco¹⁰. Salientamos que a partir deste diagnóstico ou da descrição destes achados na forma de comentário no laudo citopatológico, a possibilidade de infecção por clamídia deve ser considerada clinicamente e a investigação laboratorial por exames mais específicos pode ser indicada, na dependência dos achados clínicos (leucorréia ou outros sinais indicativos de infecção). A idade da paciente também é fundamental, uma vez que este quadro pode ainda estar associado à vaginite atrófica com formação de folículos linfóides. Observamos folículos linfóides com certa frequência em produtos de conização de pacientes com mais de 50 anos (dados não mostrados).

Além da caracterização dos agentes infecciosos, nosso estudo analisou ainda as alterações citológicas que acompanham as cervicites. Essas serão brevemente discutidas nesse e no próximo parágrafo. No trabalho de Guerreiro *et al.*¹⁸, alterações citológicas indicativas de cervicite e/ou vaginite estiveram presentes na maioria dos casos de *G. vaginalis*, *C. albicans* e em todos os casos de *T. vaginalis*. Stinghen *et al.*³² examinaram esfregaços de 223 mulheres em uma unidade de saúde de Curitiba com o objetivo de avaliar a utilidade do teste de Papanicolaou no diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis. O estudo concluiu que, apesar da baixa sensibilidade, o teste de Papanicolaou possui uma alta especificidade para detectar alguns agentes como *Candida sp.* e *C. trachomatis* (este é um dos estudos que discordam dos citados no parágrafo anterior) e *T. vaginalis*. Ressaltaram que as alterações citopáticas provocadas por estes microrganismos servem de pista para o seu achado.

Em nosso trabalho, o *Trichomonas vaginalis* e a *G. vaginalis* foram os agentes que estiveram relacionados com um maior número de alterações reacionais, sendo estes agentes responsáveis pelos dois casos caracterizados por nós como cervicite acentuada. Isso pode indicar que, dentre os agentes detectados em nosso estudo, estes sejam os que agridam o epitélio cervico-vaginal de forma mais intensa. A metacromasia e a pseudo-eosinofilia foram as alterações citológicas mais comumente observadas,

presentes em 98% e 87,8% dos casos, respectivamente. Quase a metade dos casos analisados (47,5%) apresentou ativação nuclear. Devemos aqui salientar a importância de se reconhecer prontamente alterações inflamatórias como as citadas em esfregaços de pacientes com processos inflamatórios. É a partir deste reconhecimento que podemos procurar o agente microbiológico envolvido. Mais importante ainda é diferenciar estas alterações (especialmente a nuclear) de processos pré-cancerosos. Isto é de fundamental importância para evitar erros diagnósticos e consequentes danos para as pacientes.

A partir de 2002, com o lançamento do DNA-Citoliq (DIGENE Brasil), a citologia em meio líquido passou a ser utilizada no Brasil. Outras tecnologias foram introduzidas desde então, e a partir de 2005, alguns laboratórios passaram a utilizar também um método automatizado de citologia (THIN PREP). Recentemente, um trabalho de nosso grupo (dados não publicados) investigou o valor da citologia em meio líquido (CML) na identificação da *Candida sp.* Obtivemos como resultado uma eficácia maior da CML na identificação desse agente, embora não tenhamos encontrado diferenças significativas entre a citologia convencional (CC) e a CML na identificação de alterações celulares e de agentes que compõem a microbiota vaginal. Outro estudo³³ também obteve resultado semelhante no que diz respeito à identificação da *Candida sp.* Por meio da CML, além de sugerir uma maior eficácia da CC para identificar o *Trichomonas vaginalis*. Tais resultados poderiam ser justificados pelo fato de a CML eliminar um número considerável de tricomonas e outros agentes bacterianos durante o processo de sedimentação da lâmina, devido ao pequeno tamanho dos mesmos, ao mesmo tempo em que preserva a *Candida sp.*, que possui tamanho e peso consideravelmente maiores que as bactérias, não sendo portanto eliminada durante o processo de preparo da lâmina.

Será que a identificação de microrganismos continuará sendo importante a partir da progressiva substituição da citologia convencional pelos métodos de meio líquido? Essa resposta só nos será revelada futuramente, a partir de estudos sobre este assunto, que atualmente ainda são escassos. De qualquer forma, esta perspectiva mudará novamente a nossa forma de perceber estes agentes por meio deste método tão simples e ao mesmo tempo de tanto sucesso, idealizado por Papanicolaou na década de 1950.

CONCLUSÃO

Nosso estudo demonstrou que mais da metade das pacientes analisadas apresentavam cervicite, sendo a prevalência mais alta na idade reprodutiva.

Com relação à microbiologia, o bacilo de Dodërlein, constituinte normal da microbiota vaginal, apareceu em metade dos esfregaços. Isto indica que em uma grande parte dos casos, outros fatores, que não agentes biológicos, estarão envolvidos na fisiopatologia do processo inflamatório.

Este trabalho comprova a importância da citologia cervico-vaginal no rastreamento propedêutico dos corrimentos vaginais. Por meio do teste de Papanicolaou podemos verificar detalhes morfológicos, avaliar a intensidade da reação inflamatória, acom-

panhar a evolução da cervicite e, em certos casos, determinar a natureza do agente causal. No entanto, no caso de infecções bacterianas, faz-se necessário lançar mão de técnicas microbiológicas de isolamento para a caracterização da espécie.

Agradecimentos

Aos professores do Curso de Citotecnologia do INCA: Eglon, Leda, Simone, Márcia, Emerson e Cátia pela revisão das lâminas. Ao CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), bolsa de Iniciação Científica, Patrícia Krunn.

Conflitos de Interesse

Este trabalho é retrospectivo e utilizou material de arquivo da Divisão de Patologia do Instituto Nacional do Câncer (DIPAT-INCA). A DIPAT utiliza em sua rotina de citologia diária os mesmos materiais e metodologias empregados neste estudo, não tendo qualquer outro vínculo com as empresas que os produzem. Patrícia Krunn é bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (PBIC/CNPq). Os autores não receberam nenhum outro apoio financeiro durante a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ribeiro ER. Biologia e Patologia do colo uterino. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p.3, 26, 27, 53, 54, 62
- Contran RS, Kumar V, Collins T. Patologia Estrutural e Funcional. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 930, 931, 939
- Schneider ML, Schneider V. Citologia Ginecológica. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p. 29
- Moraes A, Silva Filho AL. Colo Uterino e Vagina Processos Inflamatórios. São Paulo; 2001. p. 19
- Silva TG. Prevalência de cervicites na rotina dos exames colpocitológicos. Rio de Janeiro, Instituto Nacional do Câncer, Curso de Especialização em Técnico em Citopatologia; 2004.
- Carvalho G. Citologia do Trato Genital Feminino. In: Carvalho G. Estudo das modificações celulares em preparações citológicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1993. p. 41-51
- Eleutério JJR. Noções Básicas de Citologia Ginecológica. São Paulo: Santos; 2003.
- Aleixo Neto A. O valor preditivo positivo do esfregaço de Papanicolaou no diagnóstico da vaginite por *Gardnerella vaginalis*. J Bras Ginecol 1990; 100(10): 361-2.
- Castro MI, Abratte O, Barocchi M, Musacchio ML. Coloración de Papanicolaou y su importancia en el diagnóstico de las infecciones cervicovaginales. Acta Bioquím Clín Latinoam 2004; 38(02):199-202.
- Solomond D & Ritu N. Sistema Bethesda para Citopatologia Cervicovaginal. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
- Bibbo M. Comprehensive Citopathology. Philadelphia: Saunders; 1991. p. 120-127
- Hill GB, Eschenbach DA, Holmes KK. Bacteriology of vagina. Scand J Urol Nephrol 1985; Suppl 86: 23-39.
- Giraldo PC, Amaral RLG, Gonçalves AK et al. Influence of frequency of vaginal intercourse and the use of douching on vaginal microbiota. Rev Bras Ginecol Obstet 2005; 27(5): 257-262.
- Adad SJ, Lima RV, Sawan ZT, Silava ML, Souza MA, Saldanha JC et al. Frequency of Trichomonas vaginalis, Candida sp and Gardnerella vaginalis in cervicalvaginal smears in four different decades. São Paulo Med J 2001; 119(6):200-5.
- Di Bartolomeo S, Fermepin MR, Sauka DH, Torres RA. Prevalence of associated microorganisms in genital discharge. Rev Saúde Pública 2002; 36(5):545-552.
- Hiller SL. Diagnostic microbiology of bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol 1993; 169(2):455-9.
- Wang J. Bacterial vaginosis. Prim Care Update Ob Gyns 2000; 7(5):181-185.
- Guerreiro HMN, Barbosa HS, Conceição Filho JL HS, et al. Vaginal flora and correlation with cytological aspects. Rev Saúde Pública 1986; 20(6): 415-420.
- Malkawi SR, Abu Hazeem RM, Hajjat BM, Hajjiri FK. Evaluation of cervical smears at King Hussein Medical Centre, Jordan, over three and a half years. East Mediterr Health J 2004; 10(4-5): 676-9.
- Silva Filho AR. Fresh wet mount in pregnancy: correlation with Pap smears. Rev Bras Ginecol Obstet 2004; 26(7): 509-515.
- Salazar Morales G, Salgado SN, Vera RV, Amaya DY, Núñez JL, Buenaño MH. Papanicolaou como medio diagnóstico de gérmenes asociados a cervico-vaginitis en un grupo de mujeres de la Parroquia Atahualpa - Ambato 1997. Ambato; s.n; 1997.
- Toloi MR T, Franceschini SA. Exames colpocitológicos de rotina: aspectos laboratoriais e patológicos. J Bras Ginecol 1997; 107(7): 251-4.
- Tomaz G, Oliveira LS, Rodrigues MI. Flora vaginal patológica em 2.838 casos: incidência e frequência. CCS / Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde 1985; 7(1): 28-31.
- Cardoso MSR, Ramos ESN, Castro ADP, Ramos DKN, Silva DGKC, Cavalcanti Junior GB. Prevalência de vaginites específicas e inespecíficas em mulheres na pós-menopausa. Rev Bras Anal Clin 2000; 32(4): 275-7.
- Mendoza-González A, Sánchez Vēja T, Sánchez Peón I, Ruiz Sánchez D, Tay Zavala J. Frequency of gardnerella vaginalis vaginosis associated to other organisms causinag vaginal infection in women. Ginecol Obstet Méx 2001; 69(7): 272-276.
- Haddad M, Miranda EA, Rodrigues EBN, Machado AMO, Oliveira AMB. Acurácia do método de Papanicolaou, exame a fresco e coloração pelo Gram para o diagnóstico de tricomoníase e micose vaginal. Rev Bras Patol Clín 1985; 21(5): 155-7.
- Otárola C, Briceño J, Bahamondes MI, Muñoz R, Lorca M. Frequency of Trichomonas vaginalis detected by means of Papanicolaou in four Services of Health, 1997-2002. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(1):3-7.
- Ripa KT, Svensson L, Mardh PA, Westrom L. Chlamydia trachomatis cervicitis in gynecologic outpatients. Obstet Gynecol 1978; 52: 698-702.
- Alencar AAF, Ferreira LCL, Loureiro JAS. Detecção de Chlamydia trachomatis por imunofluorescência direta em esfregaços endocervicais. J Bras Ginecol 1993; 103(6): 199-203.
- Santos C. Detection of Chlamydia trachomatis in endocervical smears of sexually active women in Manaus-AM, Brazil, by PCR. Braz J Infect Dis 2003; 7(2): 91-95.
- Araujo RS, Guimaraes EM, Alves MF, Sakurai E et al. Prevalence and risk factors for Chlamydia Trachomatis infection in adolescent females and young women in central Brazil. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2006; 5: 397-400.
- Stinghen AEM, Nascimento AJE, Leonart MSS. Método de Papanicolaou em material cérvico-vaginal para a triagem de infecção por *Candida sp.*, *Trichomonas vaginalis* e *Chlamydia trachomatis*. Rev Bras An Clín 2004; 36(2): 111-115.
- Takei H, Ruiz B, Hicks J. Cervicovaginal Flora: Comparison of Conventional Pap Smears and a Liquid-Based Thin-Layer Preparation. Am J Clin Pathol 2006; 125(6): 855-859.

Endereço para correspondência:

ÁLVARO PIAZZETTA PINTO

Instituto de Pesquisa em Patologia - Laboratório de Citopatologia e Anatomia Patológica ANNALAB.

Avenida Marechal Deodoro, 235, conj. 802, Curitiba – PR.

CEP: 80020-907

Telefax: 55 41 3029-5002

E-mail: alvaropi@bighost.com.br

Recebido em: 21/03/2007

Aprovado em: 30/04/2007

INFECÇÃO PELO HIV E A ATIVIDADE LABORAL DO PORTADOR: UMA RELAÇÃO ÉTICA E LEGAL NA VISÃO DA ODONTOLOGIA DO TRABALHO

*HIV INFECTION AND WORKING PATIENT ACTIVITY: THE ETHIC AND LEGAL RELATION IN THE
VISION OF THE WORK DENTISTRY*

Luciana N Silva¹, Douglas LG Filho², Dennis C Ferreira³

RESUMO

Introdução: o controle da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) na vida do trabalhador infectado é de responsabilidade da equipe de saúde ocupacional, na qual o dentista do trabalho está inserido. **Objetivo:** realizar uma revisão bibliográfica a fim de trazer ao conhecimento dos cirurgiões-dentistas, principalmente os profissionais que exercem sua função monitorando a saúde do trabalhador, os aspectos éticos e legais relacionados com os indivíduos infectados pelo HIV. **Métodos:** para isto foi realizado um levantamento bibliográfico que utilizou periódicos científicos, livros técnicos, notas técnicas, publicações de organismos nacionais e internacionais (Medline e Lilacs dos últimos 10 anos). **Resultados:** as atribuições do dentista do trabalho perpassam desde a observação e o controle das manifestações orais provenientes da aids, a promoção da saúde bucal, até a realização de campanhas informativas e preventivas nas empresas em que prestam serviço. **Conclusão:** a busca pela atualização dos conhecimentos técnico-científicos é prevista por norma regulamentadora e dará ao profissional a segurança necessária para não agir de forma preconceituosa e discriminatória, capacitando-o para a realização de um trabalho educativo junto aos demais componentes do seu ambiente laboral e social.

Palavras-chave: HIV, aids, ética, leis

ABSTRACT

Introduction: the control of HIV infection in the life of the worker infected is responsible for the occupational health's team in which the labor dentist is inserted. **Objective:** this paper aims to clarification for the Surgeon Dentists, mainly those whose job is to monitor the worker's health, of ethical and legal purposes related to Human Immunodeficiency Virus patients. **Methods:** was reviewed bibliographic material from scientific periodics, technical books, technical notes, publications of international and national organizations (Medline and Lilacs – in the last ten years). **Results:** the labor dentist is attribution responsible for the observation and control of oral manifestations derived from AIDS, as well as the accomplishment of informative and preventive campaigns in the companies where they work. **Conclusion:** the search for technical-scientific knowledge update is provided by law and will grant the professional the necessary confidence to act without prejudice or discrimination, making them able to perform an educational work with the other members of their work and social environment.

Keywords: HIV, AIDS, ethics, laws

INTRODUÇÃO

Em meados de 1981, um elevado número de pacientes do sexo masculino, moradores de São Francisco e Nova York, nos Estados Unidos da América, apresentou um quadro clínico semelhante, manifestando sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imunológico. Foi constatado que se tratava de uma nova doença, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível. Surgiram, então, as primeiras preocupações das autoridades de saúde pública dos EUA^{1,2}.

Casos similares ocorreram também no Haiti e na África Central. Em decorrência das características apresentadas pelos grupos de portadores observados, houve a adoção temporária da nomenclatura “Doença dos 5H” (hemofílicos, homossexuais, haitianos, heroinômanos e *hookers*)^{1,2}.

Em 1983, o HIV-1 foi isolado de pacientes doentes, pelos pesquisadores Luc Montaigner (França) e Robert Gallo (EUA). Um segundo agente etiológico foi identificado em 1986, com caracte-

rísticas semelhantes ao HIV-1, que foi chamado HIV-2. Um comitê internacional recomendou, então, o termo HIV (*Human Immunodeficiency Virus* ou vírus da imunodeficiência humana) para denominar o causador da nova doença, a síndrome da imunodeficiência adquirida^{1,2}.

Os vírus HIV-1 e HIV-2 possuem grande capacidade de mudança, adaptando-se às novas condições do ambiente humano. Esta variabilidade genômica apresenta importantes implicações para diagnóstico, tratamento e prevenção, assim como para investigações epidemiológicas e desenvolvimento de vacinas, o que determina uma necessidade de se estudar de forma aprofundada as variações genéticas do HIV³.

Dados epidemiológicos do Ministério da Saúde mostram que o Brasil registra, até junho de 2006, 433.067 casos de aids notificados. A maioria destes casos encontra-se na região Sudeste (269.910), seguida das regiões Sul (77.639), Nordeste (47.751), Centro-Oeste (24.086) e Norte (13.681). Estes dados sugerem a urgência de programas preventivos de largo alcance⁴.

A epidemia no país pode ser descrita como um mosaico, composto de várias subepidemias de diferentes realidades, conseqüentes aos perfis de renda familiar, grau de escolaridade da população e capacidade de investimentos na saúde, seguindo tendências de interiorização, feminização e pauperização^{4,5}.

¹Especialista em Odontologia do Trabalho – ABO- Niterói – RJ

²Mestre em Odontologia Social – Universidade Federal Fluminense (UFF), Docente da Pós-Graduação em Odontologia do Trabalho da ABO – Niterói - RJ

³Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFF, Doutorando em Microbiologia (Virologia) – UFRJ

A vigilância da infecção pelo HIV e aids no país engloba a notificação compulsória dos casos de aids, a vigilância em população-sentinelas (clínicas de doenças sexualmente transmissíveis – DST e parturientes), estudos sorológicos e/ou comportamentais de base populacional em populações e em centros de testagem e aconselhamento – CTA^{5,6}.

O período entre a infecção pelo HIV e o aparecimento dos primeiros sintomas da aids irá depender, principalmente, do estado de saúde geral do indivíduo, evoluindo na ausência de tratamento específico em 85-90% dos casos, dando origem a infecções oportunistas. As características virais, o hospedeiro e as infecções recorrentes presumivelmente interagem para produzir as variações clínicas em pessoas que não estejam recebendo terapia anti-retroviral^{1,2,7}.

As drogas que compõem a terapia anti-retroviral combinada (TARV ou HAART) são^{1,8}:

- Inibidores de transcriptase reversa: inibem a replicação do HIV, fazendo um bloqueio da ação da enzima transcriptase reversa, responsável pela conversão do RNA viral em DNA proviral:
 - Derivados (ou análogos) de nucleosídeos (ITRN): Zidovudina (AZT), Estavudina (d4T), Didanosina (ddI), Zalcitabina (ddC), Lamivudina (3TC) e Abacavir.
 - Derivados (ou análogos) de não-nucleosídeos (ITRNN): Delavirdina, Efavirenz e Nevirapina.
 - Derivados (ou análogos) de nucleotídeos: Tenofovir.
- Inibidores da protease (IP): agem no último estágio da formação do HIV, impedindo a ação da enzima protease, fundamental para a clivagem das cadeias protéicas produzidas pela célula infectada e que vão formar novas partículas infectantes do HIV. São elas: Amprenavir, Indinavir, Nelfinavir, Saquinavir, Ritonavir e associação Lopinavir/Ritonavir.
- Inibidores de fusão: Enfuvirtide (T-20).

Uma comparação genética entre HIV-1 e HIV-2 revela uma significativa diferença nas seqüências de aminoácido e similares em outras estruturas e funcionamento, como na reversão da transcriptase, o que sugere que algumas drogas eficazes sobre o HIV-1 também possam ser eficazes no combate ao HIV-2, incluindo neste grupo os inibidores de protease e de transcriptase reversa (derivados nucleosídeos e não-nucleosídeos)⁹.

O Brasil oferece acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais (ARVs) no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1996, além de outras modalidades assistenciais que visam reduzir as internações hospitalares, tais como assistência ambulatorial especializada, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica⁶.

O acesso aos ARV e à testagem anti-HIV têm reduzido drasticamente a mortalidade e a morbidade por aids e a transmissão vertical¹⁰.

Além da redução da mortalidade, o tratamento anti-retroviral combinado reduz a ocorrência dos eventos definidores de aids e de infecções oportunistas, aumentando a sobrevivência e a qualidade de vida dos portadores do HIV. A estratégia terapêutica consiste na associação de duas ou mais drogas da mesma classe farmacológica

ou de classes diferentes (dois análogos de nucleosídeos e um inibidor de protease, por exemplo)¹.

A tendência, com as profilaxias e os tratamentos atuais é de que as pessoas possam permanecer indefinidamente na condição de portadores do HIV, sem necessariamente preencherem os critérios de definição dos casos de aids e, portanto, sem serem notificados. Esta situação acarreta distorções no acompanhamento da evolução da epidemia, com sérias conseqüências para as atividades de planejamento das ações de prevenção e assistência⁵.

Os anti-retrovirais podem causar alguns efeitos indesejáveis e, às vezes, severos. Entretanto, em muitos casos, após o primeiro mês de uso do medicamento, estes efeitos podem desaparecer ou ser atenuados. Incluem-se, nestes efeitos, manifestações bucais e outras conseqüências que irão interferir no plano de tratamento odontológico, podendo interagir com os medicamentos que são prescritos pelo cirurgião-dentista^{1,11}.

Considerando que as alterações anatômicas (lipodistrofia) causadas pelo uso dos anti-retrovirais acarretam sérios distúrbios emocionais e psiquiátricos que levam à perda da auto-estima, desagregação familiar, exclusão social e abandono do tratamento, com conseqüente agravamento da doença, a Portaria 2.582/GM do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2004, inclui tratamentos reparadores no âmbito do SUS, que passa, então, a oferecer lipoaspiração de giba e de parede abdominal, redução mamária, tratamento de ginecomastia, lipoenxertia e reconstrução de glúteo e preenchimento facial (com tecido gorduroso e com polimetil metacrilato – PMMA).

A infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases: infecção aguda, assintomática, sintomática e aids¹.

- **Fase aguda:** é um quadro autodelimitado que acomete 50-90% dos pacientes. É freqüentemente assintomática, com pouca realização de diagnóstico por baixo índice de suspeição. O tempo médio entre a infecção e o aparecimento dos sintomas desta fase é de duas a três semanas. Ocorre um aumento da viremia com intensa resposta imune e diminuição da contagem de T-CD4+. Quando a viremia se estabiliza, o número de linfócitos aumenta, mas não atinge os níveis anteriores à infecção.

As manifestações clínicas podem variar de um leve estado gripal até um quadro semelhante à mononucleose. Sinais de infecção viral podem ser observados, como febre, faringite, mialgia, *rash* cutâneo máculo-papular eritematoso. Outras alterações podem estar presentes, dentre elas estão as mucocutâneas envolvendo a mucosa oral, o esôfago e a genitália. Cefaléia, fotofobia, perda de peso, náusea, vômito, hepatoesplenomegalia. Em formas mais intensas, poderão estar presentes a candidíase oral, a neuropatia periférica e a meningoencefalite asséptica¹. Esta fase dura até duas semanas. Permanecendo após esse período, parecerá estar relacionada com rápida evolução da AIDS.

- **Fase assintomática:** ocorre após a fase aguda e tem duração variável. O paciente tem um quadro muito brando ou inexistente, podendo apresentar linfadenopatia persistente e indolor.

- **Fase sintomática:** nesta fase, são observadas manifestações relacionadas com a presença de imunodeficiência pela infecção do HIV, com aumento da carga viral e diminuição do número de linfócitos T-CD4+. O paciente apresentará sudorese noturna, fadiga, emagrecimento, diarreia, sinusopatias, candidíase oral e/ou vaginal, leucoplasia pilosa oral, gengivite, úlceras aftosas, herpes simples recorrente, herpes zoster e trombocitopenia.
- **Aids:** é um quadro mais avançado da infecção pelo HIV, que se caracteriza pelo aparecimento de doenças oportunistas graves relacionadas com a contagem de linfócitos T-CD4+ e que preenchem o critério diagnóstico de aids.

O Ministério da Saúde utiliza como critérios para a definição de casos de aids, o **CDC adaptado** (uma adaptação ao critério original feito pelo *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC) e o **Rio de Janeiro/Caracas**, que é um critério mais simplificado por não depender de exames complementares⁸.

Ressalta-se que os CDC estabelecem como critério para definição de caso de aids, desde 1993, um ponto de corte na contagem de linfócitos T CD4+ em 200 células/mm³. Essa diferença justifica-se pela maior sensibilidade que se pretendeu conferir ao critério brasileiro⁸.

Os testes de detecção dos anticorpos anti-HIV mais utilizados são o Elisa (de fácil leitura e baixo custo), que permite a detecção de anticorpos para o HIV-1 e HIV-2, e o *Western Blot* (mais caro, geralmente utilizado para confirmar os casos detectados pelo método Elisa, que pode fornecer um resultado falso-positivo), que permite a discriminação de anticorpos detectados para diferentes proteínas virais. De 3 a 12 semanas após a infecção, os anticorpos contra o HIV aparecem no sangue. Este período é chamado de janela imunológica^{1,2,8,11}.

Testes rápidos podem ser utilizados em locais de testagem de um número reduzido de amostras e em inquérito epidemiológico. Apresentam sensibilidade semelhante à do Elisa e utilizam os mesmos antígenos, sendo executados em tempo inferior a 30 minutos¹¹.

OBJETIVO

Esta revisão de literatura teve como objetivo fazer um levantamento das informações necessárias à uma abordagem ética e embasada na legislação brasileira vigente, no que diz respeito ao atendimento de portadores do HIV/aids pelos cirurgiões-dentistas que compõem uma equipe de saúde ocupacional.

REVISÃO

Aspectos Éticos e Legais

A Constituição Federal (1988) tem como um de seus objetivos (- Inciso IV do Artigo 2º) a promoção do bem de todos, sem preconceito de origem, raça, cor, sexo, idade e qualquer outra forma de discriminação.

De acordo com o Artigo 5º, todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, com garantias de inviolabilidade do direito à vida, à liberdade e à igualdade, entre outros. O Inciso II desse artigo diz que ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, a não ser em virtude da lei. São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, cabendo o direito a indenização por dano material ou moral em decorrência de violação (Inciso X). É livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações estabelecidas por lei (Inciso XIII).

Nas disposições preliminares do Código de Ética Odontológico, o Artigo 2º diz que “a Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto”¹².

Segundo Ramos e Maruyama, promover saúde é zelar pelo bem-estar social e psíquico do paciente, e não só pelo bem-estar físico¹³.

O verdadeiro papel do profissional de saúde parece ser a formação de uma parceria, através de uma atitude de cuidado, dando atenção aos outros, às suas crenças, escutando-o e respeitando-o, com o único objetivo de promover saúde¹⁴.

Pinheiro *et al.*¹⁵ afirmam que cuidar de pessoas com aids passa a fazer parte da rotina de muitos profissionais de saúde, tornando-se necessário agir de acordo com os preceitos éticos e de forma solidária para com esses pacientes, enxergando as necessidades do outro, principalmente quando portadores de uma doença tão estigmatizada.

Gomes Filho¹⁴ relaciona a estigmatização com fatores como falta de conhecimento sobre a doença, mitos sobre a transmissão do vírus, preconceito e o fato de a aids ainda ser incurável.

Discacciati e Vilaça¹⁶ afirmam que o medo em torno da aids está associado ao fato de a doença ter um prognóstico sombrio e fatal.

Gomes Filho¹⁴ ressalta ainda que a estigmatização relacionada com o HIV/aids leva frequentemente à discriminação e à conseqüente violação dos direitos humanos das pessoas portadoras do HIV, assim como de suas famílias.

O cirurgião-dentista e a sua equipe podem desempenhar um papel importante no atendimento global dos portadores de HIV/aids e como agentes de informação e orientação para a comunidade, devendo¹⁷:

- ❖ Garantir o atendimento dentro das normas de biossegurança preconizadas.
- ❖ Estar atento às manifestações bucais relacionadas com a infecção pelo HIV/aids.
- ❖ Orientar e fazer o encaminhamento do paciente ao serviço de saúde, em caso de suspeita de infecção pelo HIV/aids.
- ❖ Dar continuidade aos procedimentos de rotina odontológica.
- ❖ Interagir com a equipe multiprofissional.
- ❖ Manter-se atualizado sobre a epidemia no que diz respeito aos aspectos técnicos, clínicos, éticos e psicossociais.
- ❖ Garantir um tratamento digno, humano e sigiloso.
- ❖ Identificar as suas limitações e trabalhá-las de forma que não prejudique a relação profissional/paciente.

- ❖ Incorporar em seus procedimentos terapêuticos cotidianos ações de prevenção e princípios de solidariedade.

O Código de Ética Odontológica¹² prevê, em seu Artigo 5º, que é um dever do profissional, manter-se atualizado no que diz respeito aos conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais que são necessários ao exercício pleno da função (Inciso IV).

“Deve o cirurgião-dentista buscar mais conhecimento acerca do assunto em questão, não só para o seu aprimoramento científico, mas tendo em vista que o conhecimento é também um caminho para vencer o preconceito”¹³.

Constituem direitos do paciente, entre outros^{2,18}:

- ❖ O atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação por parte de todos os profissionais de saúde.
- ❖ Ser identificado pelo nome e sobrenome, não devendo ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.
- ❖ Segurança quando submetidos à realização de procedimentos pela equipe profissional.
- ❖ Receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para o exame de laboratório.
- ❖ Ser resguardado de seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, mesmo após a morte, salvo quando há expressa autorização do paciente ou em caso de imposição legal, como em situações que acarretem riscos à saúde pública.

Constituem suas responsabilidades, entre outras¹⁸:

- ❖ Prestar informações apropriadas durante o atendimento, consultas e internações, sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e/ou drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua saúde.
- ❖ Mostrar compreensão sobre as orientações recebidas e solicitando esclarecimento em caso de dúvida.
- ❖ Informar o profissional de saúde e/ou sua equipe sobre qualquer mudança inesperada em sua condição de saúde.
- ❖ Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela inobservância das orientações que foram fornecidas pela equipe de saúde.
- ❖ Estar atento para as situações da sua vida cotidiana em que a sua saúde esteja em risco e às possibilidades de reduzir sua vulnerabilidade ao adoecimento.
- ❖ Participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que promovam a melhora da sua qualidade de vida.

Numa fase da vida em que o indivíduo infectado pelo HIV pode apresentar-se física e psicologicamente abalado, é uma questão de respeito receber um atendimento digno e solidário¹⁶.

Todo indivíduo deve ser tratado como potencialmente infectado, uma vez que não se pode diferenciar clinicamente pacientes não infectados dos infectados assintomáticos. O protocolo de

biossegurança é universal, eficaz na prevenção ao HIV e foi determinado pela Organização Mundial de Saúde devendo ser observado para todos os pacientes^{16,19}.

A realidade da aids faz um chamamento aos profissionais da odontologia, pois há um grande despreparo, preconceito e medo com relação ao tratamento dos portadores do HIV. Procedimentos de proteção devem ser utilizados como rotina em qualquer atendimento odontológico. Salienta-se a necessidade da busca de conhecimentos de níveis adequados de prevenção da infecção cruzada e dos métodos de proteção aplicáveis²⁰.

Segundo Gomes Filho¹⁴, a biossegurança em odontologia parece ter tido um novo tratamento em razão do estigma da aids.

O HIV não sobrevive por longo tempo fora do corpo humano e até o momento não existe evidência epidemiológica de sua transmissão por contato exclusivo com a saliva. Esta secreção parece exercer uma ação inibitória com relação ao vírus, inclusive. Contudo, durante o tratamento odontológico há possibilidade de ocorrer contato dos profissionais com sangue e acidentes perfurocortantes¹.

Um dos componentes salivares que inibem a infecção pelo HIV é a enzima protease, secretada por leucócitos. A hipotonicidade salivar também age como mais um obstáculo, provocando lise celular, fazendo com que a saliva não constitua um meio eficaz de transmissão desse vírus^{1,2}.

Como medida de proteção para atendimento ao paciente, nos procedimentos de limpeza e reprocessamento de artigos, deve-se utilizar equipamentos de proteção individual, que são dispositivos ou produtos destinados à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a saúde do trabalhador^{1,2,21}. A NR-6 estabelece que todo EPI deve ter um certificado de aprovação reconhecido pelo Ministério do Trabalho e Emprego e em empresas deve ser gratuitamente fornecido aos funcionários, atendendo às peculiaridades de cada atividade que será exercida.

Os empregadores deveriam proporcionar um ambiente de trabalho seguro e saudável, com fornecimento e manutenção de equipamentos de proteção, conhecimento de normas universais de biossegurança e primeiros socorros^{22,23}.

Cabe ao responsável técnico pelo serviço odontológico tomar providências para a aquisição dos EPIs, treinar sua equipe quanto a correta utilização e manutenção e fazer a exigência para sua utilização^{22,23}.

Uma das áreas de atuação do especialista em Odontologia do Trabalho é o assessoramento técnico e a atenção em matéria de saúde e equipamentos de proteção individual²⁴.

No capítulo II do Código de Ética Odontológico, o Inciso IV do Artigo 3º especifica que o profissional tem o direito de “recusar-se a exercer a profissão, em âmbito público ou privado, onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres”¹².

O Inciso V do Artigo 5º determina ser um dever dos profissionais e entidades de Odontologia o zelo pela saúde e pela dignidade do paciente¹².

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária determina a utilização dos seguintes EPIs para a equipe odontológica²¹:

- **Gorro:** de preferência descartável, que cubra todo o cabelo e as orelhas, devendo ser trocado sempre que necessário ou

a cada turno de trabalho. Em procedimentos cirúrgicos, o paciente também deverá utilizá-lo.

- **Óculos de proteção:** devem possuir laterais largas e bem vedadas, além de serem confortáveis, transparentes, laváveis e passíveis de desinfecção. O uso pelo paciente também está recomendado. Podem ser substituídos por protetores faciais.
- **Máscara:** devem ser descartáveis, de filtro duplo e tamanho suficiente para cobrir completamente a boca e o nariz, permitindo a respiração normal e sem causar irritação à pele. Devem ser descartadas após o atendimento a cada paciente ou quando ficarem úmidas.
- **Avental:** de mangas longas, de tecido claro e confortável, feito com tecido ou material descartável. Deverá ser de material impermeável na execução de procedimentos de limpeza e desinfecção de artigos, equipamentos e ambientes. Para a realização de todos os procedimentos, tem que estar fechado.
- **Luvax:** de borracha para limpeza; de látex para procedimentos clínicos; de látex estéril para atendimentos cirúrgicos; de plástico, como sobreluvas, quando houver necessidade de manusear artigos fora do campo de trabalho.
- **Calçados:** fechados e com solado antiderrapante.

Além dos EPIs, as seguintes medidas devem ser adotadas¹⁹⁻²¹:

- Lavagem das mãos antes e após o contato com o paciente e entre dois procedimentos no mesmo paciente.
- Manipulação cuidadosa do material perfurocortante.
- Não reencapar, entortar, quebrar ou retirar agulhas das seringas.
- Ter atenção na transferência de materiais e artigos no trabalho a quatro mãos. Sempre que possível, utilizar uma bandeja.
- Manter as caixas de descarte em local de fácil acesso e não preenchê-las acima de 2/3 da sua capacidade total.
- Não utilizar agulhas para prender papéis em murais.
- Descontaminar superfícies, caso haja presença de sangue ou secreções potencialmente infectantes.
- Submeter os artigos utilizados a limpeza, desinfecção ou esterilização antes de serem utilizados em outros pacientes.
- Não tocar os olhos, o nariz, a máscara ou o cabelo enquanto realiza procedimentos ou manipula materiais orgânicos. Não se alimentar, beber ou fumar no consultório.
- Manter os cuidados específicos na coleta e na manipulação de amostras de sangue.
- Não atender telefone, tocar em superfícies e maçanetas calçando as luvas que estão sendo utilizadas para o atendimento do paciente.

A correta execução das normas de biossegurança, em entidade pública ou privada, farão com que o paciente esteja devidamente protegido. Esta proteção está prevista no Artigo 66 do Código de Defesa do Consumidor, que pune com detenção (3 meses a 1 ano) e multa os prestadores de serviço que fizerem afirmação falsa ou enganosa, ou que omitirem informação relevante à segu-

rança do consumidor. O Inciso I do Artigo 6º do mesmo código determina que a proteção da vida, a saúde e a segurança e ser contra as práticas no fornecimento de serviços considerados perigosos ou nocivos são direitos do consumidor, que é toda pessoa, física ou jurídica, que utiliza um serviço como destinatário final (Artigo 2º)^{25,26}.

Em sua pesquisa, Gomes Filho¹⁴ observou que portadores do HIV nem sempre revelam sua sorologia para o dentista e outros profissionais de saúde, por medo da discriminação e pela percepção de falsidade, mentira e hipocrisia no contato com alguns profissionais. Ressalta que para o dentista o paciente deveria ser visto como mais um, com sua história pessoal a ser respeitada e nem sempre sabedor de sua condição de infectado. Em razão do exposto, seus entrevistados preferiram receber atendimento odontológico em centros de referência.

O Dentista do Trabalho e o Trabalhador Portador do HIV

Estimativas da OIT indicam que 95% dos portadores de HIV estão em idade produtiva e trabalham, causando um agravamento da desigualdade de gênero e uma incidência crescente do trabalho infantil²³.

De 1º de janeiro a 30 de junho de 2006, foram notificados no país 7.151 casos entre homens de 13 a 59 anos e 4.991 novos casos entre mulheres na mesma faixa etária²⁷. Outros autores²⁸ constatarem um grande aumento dos casos notificados de HIV/aids, entre trabalhadores da indústria tradicional, da indústria moderna e um alto índice entre os estudantes. Os efeitos da evolução da aids sobre o indivíduo e suas condições de execução da atividade laboral acabam por determinar a perda do *status* profissional e da fonte de renda, aumentando o número de notificações também entre os desempregados.

O setor em que ocorre a maior incidência de situações discriminatórias é o trabalhista. Isto ocorre em dois momentos básicos: na admissão e na demissão arbitrária, o que poderá, baseado no artigo 7º da Constituição Federal, dar direito à reintegração do funcionário por via judicial²⁹.

Uma parte dos empresários passou a exigir dos serviços de medicina do trabalho medidas para impedir ou limitar que portadores do HIV sejam funcionários de suas empresas³⁰.

De acordo com a Central Única dos Trabalhadores, como um meio de discriminação e exclusão dos portadores de HIV/aids do mundo do trabalho, empresários têm feito e divulgado uma lista entre a classe, com os dados dos já sabidamente infectados para impedir o ingresso destes indivíduos nas organizações, além de demitirem os que estão empregados quando ocorre a detecção do vírus.

A Constituição Federal, em seu artigo 7º, determina que são direitos dos trabalhadores, urbanos e rurais, terem sua relação de emprego protegida contra a despedida arbitrária ou sem justa causa, prevendo indenização compensatória entre outros direitos.

A OIT recomenda que trabalhadores e suas organizações utilizem suas estruturas sindicais existentes, assim como outras estruturas e facilidades, para prestar informações sobre o HIV/aids no

local de trabalho, com a preparação de material educativo e atividades apropriadas para os trabalhadores e suas famílias, fornecendo, inclusive, dados atualizados sobre seus direitos e benefícios.

Foi criada pela CUT³¹, em 1992, a Comissão Nacional de Prevenção à Aids, com o objetivo de uma atuação sindical na prevenção de aids, na educação dos trabalhadores e na defesa dos direitos dos que se tornam portadores do HIV.

Farias³² relata que a discriminação nas empresas se pode dar de uma forma direta, com a não-contratação de uma pessoa sabidamente portadora do HIV, ou de forma indireta, quando o funcionário já contratado não encontra possibilidade de ascensão profissional em função da sua condição sorológica.

O fato de o trabalhador estar infectado pelo HIV/aids não o incapacita ou impede de exercer a sua atividade laboral nem oferece risco no convívio profissional, desde que adotadas adequadas medidas de proteção e prevenção. O trabalho pode atuar na estabilização da enfermidade, propiciando à pessoa condições de prover seu sustento²².

De acordo com Ferreira³³, a perda do emprego em decorrência da aids é a discriminação mais difícil de ser superada, não havendo meios de se enfrentar a doença terminal com dignidade na ausência de uma remuneração salarial.

A resolução 63/2005 do Conselho Federal de Odontologia²⁴ estabelece, no seu artigo 68, que cabe ao especialista em Odontologia do Trabalho a realização de exames odontológicos para fins trabalhistas.

A Portaria Interministerial nº 869, de 11 de agosto 1992, dos Ministérios da Saúde, Trabalho e Administração, proíbe a testagem para a detecção do HIV nos exames pré-admissionais e periódicos, considerando que a sorologia positiva para o HIV não acarreta prejuízo para a capacidade laborativa de seu portador, que o convívio social com esses portadores não configura situação de risco e que a solidariedade e o combate à discriminação são a fórmula que a sociedade dispõe para amenizar o sofrimento dos portadores de HIV/aids.

A Resolução 1.665 do Conselho Federal de Medicina de 2003³⁴ resolve em seu Artigo 4º que é vedada a realização compulsória de sorologia para o HIV, e em seu Artigo 9º que o sigilo entre médicos, e entre médicos e pacientes é dever absoluto nos termos da lei e notadamente resguardado com relação aos empregadores e aos serviços públicos. Em parágrafo único ressalta que o médico não poderá transmitir informações sobre o portador do vírus da aids, ainda que submetido a normas de trabalho em serviço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei.

O Código de Ética Odontológico, em seu Artigo 5º, Inciso VI, diz ser um dever do cirurgião-dentista guardar segredo profissional, só se justificando a quebra deste sigilo em situações como de notificação compulsória de doença, revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz e em defesa do interesse legítimo dos profissionais, situações previstas no Parágrafo 1º, do Inciso III, Artigo 10¹².

A Lei 11.199³⁵ do governo do estado de São Paulo, de 12 de julho de 2002, determina, em seu Artigo 2º, que é considerada discriminação a solicitação de testagem para HIV para inscrição de concurso público ou seleção para ingresso no setor público ou privado, a segregação de portadores de HIV/aids em seu

ambiente de trabalho, o impedimento ao ingresso ou permanência no serviço público ou privado de suspeito ou confirmado portador de HIV/aids, o ato de obrigar que estes funcionários revelem sua condição sorológica a superiores hierárquicos. De acordo com o Artigo 5º, o médico do trabalho, da empresa médica contratada ou membro da equipe de saúde, com base em critérios clínicos e epidemiológicos, deve promover ao portador do HIV/aids ações que propiciem adequação de suas funções e eventuais condições especiais de saúde. Não sendo isto possível, proporcionar mudança de atividade, função ou setor, evitando segregação.

O Distrito Federal, Porto Alegre, Salvador e Vitória criaram legislações locais com a finalidade de coibir a solicitação de testagem de HIV pelas empresas locais, aos funcionários e candidatos a vínculo empregatício, punindo os que infringem as determinações e ajam com discriminação³⁶.

O teste de HIV não garante um local livre de HIV/aids, pois a pessoa infectada pode estar com o vírus ainda numa fase indetectável aos exames convencionais utilizados. Além disso, existe o risco de infecção posterior à admissão³⁷.

Medidas como a promoção de um ambiente de trabalho saudável para os funcionários já infectados, o remanejamento de funções que possam realocá-los em atividades menos perigosas para a sua saúde e o acolhimento de sua família pela empresa são uma resposta contra a discriminação e uma contribuição para a manutenção das condições de vida do trabalhador³⁸.

Experiências sobre aids em local de trabalho apontam várias razões pelas quais as empresas devem enfrentar a epidemia. Preconceitos, estigmatização e discriminação geram problemas nas inter-relações pessoais, podendo alterar a rotina de produção, além de vulnerabilizarem a organização a um manchamento de imagem frente às comunidades interna e externa, em decorrência de ações judiciais³⁸.

Os portadores do HIV podem trabalhar enquanto estiverem com condições clínicas para um adequado desempenho de suas funções²³.

A orientação do TST é no sentido de agasalhar a tese da nulidade da dispensa discriminatória, com a garantia do emprego daquele portador do HIV, devendo ser evitada a despedida por força do preconceito do paciente sida/aids, a fim de que sejam mantidas suas condições de vida, trabalhando até o eventual afastamento pela Previdência³⁹.

A falta de um ambiente saudável (física e mentalmente), sensível e acolhedor pode contribuir para a manifestação da enfermidade ou para o aumento da suscetibilidade à infecção²².

Zavariz enfatiza a necessidade de toda a sociedade tomar conhecimento da atuação do Ministério Público do Trabalho em favor dos trabalhadores discriminados, dentre eles os portadores de HIV/aids, para que não sejam afastados por sua condição sorológica⁴⁰.

O desempenho do Ministério Público do Trabalho, na espécie, portanto, é fundamental para que se assegurem constitucionalmente os direitos sociais aos trabalhadores em prol da correta observância da lei e do interesse público, servindo como elo de

solidariedade no desenvolvimento e na manutenção do nosso regime democrático e da ordem jurídica⁴⁰.

O combate à discriminação e ao preconceito no emprego é uma das constantes lutas dos oprimidos do mundo, pela sobrevivência e pelos direitos humanos, ou seja, pela vida em sua totalidade³³.

Constituem justificativas, atualmente aceitas, para a oferta de testes anti-HIV apenas os seguintes casos⁴¹:

A) Interesse pessoal em conhecer a condição sorológica, na necessidade de assistência clínica especializada.

B) A seleção de doadores de sangue, órgãos e esperma.

C) A necessidade de elucidação da condição sorológica de parceiros de pessoas HIV positivas ou com aids.

D) Na realização de estudos epidemiológicos, resguardar os preceitos éticos previstos para as pesquisas.

E) Pacientes que fazem parte de terapia renal substitutiva (indicação de testagem anual).

A Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União, de 22 de fevereiro de 2006 normatiza a notificação compulsória¹ dos casos de aids e infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical, que deve ser feita por profissionais de saúde, no exercício da profissão³⁶.

No Código Internacional de Doenças (CID 10), os casos de aids são notificados como B24. A notificação compulsória é um dever legal e sua omissão é crime previsto no Código Penal Brasileiro (1940), em seu Artigo 269, com previsão de pena de seis meses a dois anos de detenção e multa. No Artigo 154, está prevista pena de três meses a um ano de detenção ou multa para os casos em que se revele a alguém, sem justa causa, segredo de que se tem ciência em razão de função, ofício ou profissão e que possam produzir danos a outrem.

De acordo com o Inciso I do Artigo 10º do Código de Ética Odontológica, constitui infração ética o ato de “revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que se tenha conhecimento em razão da sua profissão”¹².

A Constituição Federal (1988), no Inciso XIV do Artigo 5º, assegura a todos o acesso à informação, resguardado o sigilo da fonte, quando esta for necessária ao exercício profissional. Será compreendida como justa causa para a revelação da sorologia do paciente, quando feita ao responsável pelo incapaz e quando o paciente contraria a recomendação de informar o parceiro sexual sobre a sua condição de portador do HIV^{12,42}.

Ao empregador, cabe informar somente a aptidão ou não, temporária ou permanente, para o desempenho de determinada função^{12,30,42}.

DISCUSSÃO

O último levantamento epidemiológico feito pelo Ministério da Saúde²⁷ mostra que de 1º de janeiro a 30 de junho de 2006, foram notificados no país 7.151 casos entre homens de 13 a 59 anos e 4.991 novos casos entre mulheres na mesma faixa etária. Cerca de 90% das pessoas infectadas estão em idade economicamente ativa⁴³. Estes dados correspondem, aproximadamente, às

estimativas da OIT²³, que indicam que 95% dos portadores de HIV estão em idade produtiva e trabalham, causando um agravamento da desigualdade de gêneros e uma incidência crescente do trabalho infantil, corroborando com o levantamento feito realizado em 2003²⁸, que constatou um grande aumento dos casos notificados de HIV/aids, entre trabalhadores da indústria tradicional, da indústria moderna e um alto índice entre os estudantes.

O setor em que ocorre a maior incidência de situações discriminatórias aos portadores de HIV/aids é o trabalhista, na admissão e na demissão arbitrária²⁸, fato também observado pela CUT³¹ e revelado através da afirmação de que empresários têm feito e divulgado uma lista entre a classe, contendo os dados dos candidatos a emprego já sabidamente infectados para impedir que ingressem nas organizações, além de demitirem os que estão empregados quando ocorre a detecção do vírus. Outro recurso utilizado pelos empresários é a exigência sobre as equipes de medicina do trabalho, no sentido da tomada de medidas que visem impedir ou limitar que portadores do HIV sejam funcionários de suas empresas³⁰.

O dentista do trabalho atua inserido na equipe multidisciplinar de saúde do trabalho e, em acordo com a resolução 63/2005 do Conselho Federal de Odontologia²⁴, promove a realização de exames odontológicos para fins trabalhistas. Embora o cirurgião-dentista esteja na situação de ser, muitas vezes, o primeiro profissional a perceber a possível sorologia positiva para o HIV do seu paciente, através da observação de manifestações bucais, podendo, inclusive, solicitar uma investigação sorológica^{44,45}, caberá ao profissional informar apenas o estado de aptidão ou inaptidão do funcionário/candidato para a execução da atividade laboral proposta. Está proibida a solicitação de testagem para a detecção do HIV em exames pré-admissionais e periódicos no país⁴⁶.

Esta medida é reiterada pela Resolução 1.665 do Conselho Federal de Medicina (2003)³⁴, que resolve, em seu Artigo 4º, que é vedada a realização compulsória de sorologia para o HIV e, em seu Artigo 9º, que o sigilo entre médicos e entre médicos e pacientes é dever absoluto, nos termos da lei, e notadamente resguardado com relação aos empregadores e aos serviços públicos. Em parágrafo único, ressalta que o médico não poderá transmitir informações sobre o portador do vírus da aids, ainda que submetido a normas de trabalho em serviço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei. O sigilo profissional está previsto na Constituição Federal (1988) e no Código de Ética Odontológica, em seu Artigo 5º, Inciso VI, que diz ser um dever do cirurgião-dentista guardar segredo profissional, sendo este um direito do paciente, de acordo com a Portaria 675 do Ministério da Saúde¹².

A quebra do sigilo profissional só se justifica em situações como a de notificação compulsória de doença, de revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz, em defesa do interesse legítimo dos profissionais ser resguardado de seus segredos, mesmo após a morte, exceto mediante autorização do paciente, ou em caso de imposição legal, (como em situações que acarretam riscos à saúde pública) e na colaboração com a justiça, em concordância com os direitos do paciente¹².

A notificação compulsória dos casos de aids, de gestantes infectadas pelo HIV e de crianças em risco de transmissão vertical é um dever legal a ser prestado por profissionais de saúde no

exercício da profissão e sua omissão é crime previsto pelo Código Penal Brasileiro (1940).

Medidas punitivas para os empresários que burlem as leis discriminando seus funcionários, e candidatos a emprego, foram tomadas pelo governo do estado de São Paulo, Distrito Federal e das cidades de Porto Alegre, Salvador e Vitória. O Tribunal Superior do Trabalho e o Ministério Público também atuam combatendo a discriminação no ambiente de trabalho, assegurando os direitos constitucionais aos trabalhadores^{39,40}.

Além de discriminatório, o teste para a detecção do HIV não garante um local livre de HIV/aids, pois a pessoa infectada pode estar com o vírus ainda numa fase indetectável aos exames mais comumente utilizados ou adquiri-lo posteriormente³⁷.

O Ministério da Saúde, em conjunto com os Ministérios do Trabalho e Administração (1992), afirma que a sorologia positiva para o HIV não acarreta prejuízo para a capacidade laborativa de seu portador e o convívio social com esses portadores não configura situação de risco, afirmativa concordante com a OIT (2004), para a qual os portadores do HIV podem trabalhar enquanto estiverem apresentando condições clínicas para um adequado desempenho de suas funções²³.

Ações no sentido de promover um ambiente de trabalho saudável para os funcionários já infectados, o remanejamento de funções para atividades menos perigosas para a sua saúde e o acolhimento de sua família pela empresa, configuram uma resposta contra a discriminação e uma contribuição para a manutenção das condições de vida do trabalhador³⁸. Com esta finalidade, a OIT²³ e o Ministério do Trabalho, juntamente com a Secretaria de Vigilância em saúde, o Programa Nacional de DST e Aids e o Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV e Aids (2003), recomendam o desenvolvimento de programas educativos com relação à infecção pelo HIV/aids no ambiente de trabalho, fazendo uma adequação da abordagem ao público-alvo, devendo a equipe educadora envolvida levar em consideração o gênero, o nível de conhecimento e cultura dos participantes e o risco de acidente no ambiente laboral de uma forma contextualizada²². Os profissionais educadores deverão ter o domínio do assunto para poder levar esclarecimentos necessários aos funcionários, ajudando-os nas mudanças comportamentais e conceituais, inclusive no que se refere a formas seguras de prática sexual. Estas medidas de aprendizado devem ser contínuas e incluir a melhoria das condições de trabalho, além de treinamento com relação a primeiros socorros, todo o trabalho sendo submetido a uma avaliação de resultados.

Existe a necessidade de inserção da questão da aids na política interna de segurança e de trabalho das empresas⁴³. A Portaria nº 3195 (1988) dos Ministérios do Trabalho e da Saúde, institui a Campanha Interna de Prevenção da Aids (CIPA), para divulgar conhecimentos e estimular, no interior das empresas e em todos os locais de trabalho, a adoção das medidas preventivas contra a aids. Cabe ao especialista em Odontologia do Trabalho, o planejamento e a implantação de campanhas e programas de duração permanente para a educação dos trabalhadores quanto a acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e educação em saúde, uma vez estando inserido na equipe multidisciplinar de saúde e também por ser um dever dos profissionais e entidades de Odontologia a promoção da

saúde coletiva, no desempenho de suas funções em setor público ou privado, previsto no Código de Ética Odontológica¹².

Outros autores⁴⁷ afirmaram que apenas a minoria das empresas brasileiras implementou tais programas, enquanto a maioria delas oferece apenas um mínimo de atividades para cumprir a legislação ou nada fazem. Este trabalho está mais fortemente ativo nas empresas que compõem o CEN e o Sistema "S"⁴⁸. Em muitas empresas esses programas são vistos como fonte de custos desnecessários⁴⁷, enquanto a relação custo-benefício da implantação de programas de prevenção em empresas é baixa⁴³.

É um dever de o profissional manter-se atualizado no que diz respeito aos conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais que são necessários ao exercício pleno da função¹². Outros autores¹⁴⁻¹⁶ concordam com a existência da discriminação no atendimento aos portadores do HIV/aids, fruto da desinformação, do prognóstico sombrio e dos mitos que envolvem a questão. De acordo com estas colocações estão Ramos e Maruyama¹³, que afirmam que a busca do conhecimento sobre HIV/aids, além de servir para um aprimoramento científico, constitui um caminho para derrubar o preconceito.

CONCLUSÃO

Após mais de 20 anos de descoberta sobre a infecção pelo HIV e o conhecimento da sua possível evolução para aids, o cirurgião-dentista conta hoje com vasta literatura informativa, acerca dos métodos de transmissão do vírus e das possíveis formas de proteção e prevenção à infecção que estão ao seu alcance realizar através do emprego das normas de biossegurança universalmente preconizadas e que devem ser aplicadas para todos os pacientes indistintamente;

Como integrantes da equipe multidisciplinar de saúde do trabalho, o dentista do trabalho deverá preservar os preceitos éticos de sigilo e confidencialidade durante a realização dos exames pré-admissionais e periódicos, informando ao empregador apenas sobre o estado de aptidão do paciente para a atividade laboral a que se destina. Esses princípios deverão ser respeitados por toda a equipe de saúde do trabalho.

Conhecer os direitos e responsabilidades do paciente contribui para uma relação mais humanizada e respeitosa entre o profissional de saúde e seus pacientes. É um dever chamá-lo pelo nome, e não por um número de prontuário ou pelo nome da patologia que apresenta. Medidas como estas fazem com que o indivíduo possa sentir-se atendido com zelo e acolhimento.

Por determinação do governo federal, deve ser incorporada às atividades de proteção à saúde do trabalhador nas empresas a Campanha Interna de Prevenção da Aids (CIPA), visando a instrução dos funcionários, familiares e comunidade com relação à infecção pelo HIV e suas conseqüências, promovendo um ambiente livre de preconceito e discriminação, e criando um ambiente salutar para os trabalhadores já infectados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social. Resolução INSS/DC nº 089, de 05 de abril de 2002. Aprova a Norma técnica de Avaliação da Incapacidade

- Laborativa para fins de Benefícios Previdenciários em HIV/AIDS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> - acessado em: 29/07/06.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de riscos. Brasília. 2006. p.156
 3. Requejo H. World molecular epidemiology of HIV. Rev Saúde Pública 2006; 40(2): 331-345.
 4. Sadala MLA & Marques SA. Vinte anos de assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais de saúde. Cad Saúde Pública 2006; 22(11): 2369-2378.
 5. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev Soc Bras Medicina Tropical 2000; 34(2): 207-217.
 6. Dourado I. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. Rev Saúde Pública 2006; 40: 09-17.
 7. Phair JP. Controle médico de pacientes infectados pelo HIV. Periodontologia 2000. n.º 7. São Paulo: Ed. Santos 2005; p.78-84
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C. Brasília: PNDST/AIDS; 2004. 56 p.
 9. Hightower M, Kallas EG. Diagnosis, Antiretroviral Therapy, and Emergence of Resistance to Antiretroviral Agents in HIV-2 infection: a Review. BJID 2003; 7:7-15.
 10. Paiva V, Pupo LR, Barbosa R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. Rev Saúde Pública 2006; 40:109-119.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para tratamento das principais doenças oportunistas em pacientes adolescentes e adultos infectados pelo HIV ou com AIDS. 9 p. Disponível em : <<http://www.aids.gov.br>>- acessado em 29/01/2007.
 12. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica: resolução nº 42, de 20 de maio de 2003.
 13. Ramos LPR & Maruyama NT. Aspectos éticos do atendimento odontológico de pacientes HIV positivo. In: Compêndio de Odontologia Legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.59-72
 14. Gomes Filho DL. A vida antes da morte: AIDS, estigma e odontologia. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói; 2003.
 15. Pinheiro PNC. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. Revista Latino Americana de Enfermagem 2005; 13(4): 569-575.
 16. Discacciati JAC & Vilaça L. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. Rev Panam Salud Publica 2001; 9(4): 234-239.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Área técnica de Saúde Bucal. Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS - Manual de condutas. Brasília: PNDST/AIDS; 2000. p.118.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B38BCA7D1-EABA-42E2-A6BD-20F8A8B32717%7D/Port_675_GM_30_mar_2006_carta_direito_usu%Elrios.pdf - acessado em 26/12/06.
 19. Silva ACL, Trevisan AP, Friedman MT. Síndrome da imunodeficiência adquirida. Manifestações orais e biossegurança no consultório odontológico. Medcenter.com Odontologia. Maio de 2002. 7p. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=31&idesp=5&ler=s> - acessado em: 22/09/2006.
 20. Raitz R, Daleck DG, D'Auria J, Arakaki M, Lúcio N, Ogando B, Jesus T, Rosa S. Aids na odontologia. Medcenter.com Odontologia. Dez. 2002. 12p. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=333&idesp=1&ler=s> - acessado em: 22/09/2006.
 21. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 6 - Equipamento de Proteção Individual - EPI. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/Empregador/SegSau/Legislacao/Normas/>> - acessado em: 09/07/2006.
 22. Valentim JH. Aids e relações de trabalho subordinado: o efetivo direito ao trabalho. Tese (Doutorado em Direito das Relações Sociais) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo; 2001.
 23. OIT. Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV/Aids e o mundo do trabalho. Brasília, 2004, 82p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/prevencao/trabalho.htm>- acessado em 09/07/2006.
 24. Conselho Federal de Odontologia. Resolução 63/2005: Artigos 67 e 68. Consolidação das Normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia. 54p. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/consolidacao.pdf>- Acessado em 04/07/2006.
 25. Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social. Resolução INSS/DC nº 089, de 05 de abril de 2002. Aprova a Norma técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa para fins de Benefícios Previdenciários em HIV/AIDS. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> - acessado em: 29/07/06.
 26. Brasil. Lei nº 8.078 - Código de Defesa do Consumidor, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm-acessado em: 09/12/2006.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST e AIDS - Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília. Ano III, N.1 - 01ª - 26ª semanas epidemiológicas – jan./jun. 2006. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B6B12D137-92DF-4CF5-A35A-482AED64CBC0%7D/BOLETIM2006internet.pdf>- acessado em: 23/12/2006.
 28. Fonseca MGP, Travassos C, Bastos FI, Silva NV, Szwarcwald CL. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. Rev Saúde Pública 2003; 19(5): 1351-1363.
 29. Siemons MHS. Aids, Cidadania e Construção de Direitos.. In: ABBADE, C.S. Direitos Humanos e HIV/AIDS: um direito em construção. GAPABRASIL-SP 2005; (6): 249-265.
 30. Conselho Federal de Medicina. Parecer nº 14/88, de 20 de maio de 1988. Analisa aspectos éticos da aids quanto à discriminação na relação médico-paciente, instituições, medicina do trabalho e pesquisa. Disponível em: http://www.aids.gov.br/legislacao/vol2_16.htm- Acessado em 12/09/2006.
 31. CUT. Combate à Aids. Disponível em <<http://www.instcut.org.br/aids3.htm>> - acessado em: 29/01/2007.
 32. Farias MM. O Ministério Público do Trabalho e o combate à discriminação nas relações de trabalho. In: Franceschi MCP. AIDS Direito e Justiça: o papel do Direito frente à AIDS. GAPABRASIL-SP 2003; III: 17-25.
 33. Ferreira CDF. Discriminação e preconceito. In: ABBADE, C.S. Direitos Humanos e HIV/AIDS: um direito em construção. GAPABRASIL-SP 2005; (6): 169-175.
 34. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.665/2003. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665_2003.htm- Acessado em 23/08/2006
 35. São Paulo. Lei nº 11.199, de 12 de julho de 2002. Proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou às pessoas com AIDS e dá outras providências. Disponível em: <www.giv.org.br/projetos/juridico/lei_11199.htm> - acessado em: 24/12/2006.
 36. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 5 de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos. Diário Oficial da União, Seção 122, de Fevereiro de 2006. p34.
 37. Onusida. O HIV/SIDA no local de trabalho: buscando respostas empresariais. Jun. 1998. 10p. Disponível em: http://www.redesida.org/dados/sida_no_local.pdf- Acessado em 25/09/2006.
 38. Terto Júnior V. A Aids e o local de trabalho no Brasil. In: Parker R. Políticas, Instituições e AIDS - enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA; 1997. p.135-162
 39. Turra M. HIV/aids e Relações de Trabalho – Preconceito e Discriminação e Recondução ao emprego. In: Abbade CS. Direitos Humanos e HIV/AIDS: um direito em construção. GAPABRASIL-SP 2005; (6): 133-142.
 40. Zavaritz C. Atuação do Ministério Público do trabalho na defesa dos Direitos Humanos dos empregados portadores do vírus HIV/Aids. In: ABBADE, C.S. Direitos Humanos e HIV/AIDS: um direito em construção. GAPABRASIL-SP 2005; (6): 143-150.
 41. Câmara C, Oliveira R. Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV. Brasília: Grafica e Editora Qualidade; 2004. 64 p.
 42. Pinto MML, Carvalho I, Varela C. Conquistas – Assessoria e Orientação Jurídica 3ª ed.. Rio de Janeiro: Grupo Pela Vida/ RJ; 2003.
 43. Pimenta MC, Ramos MC, Domingues R. Relatório do VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS. Nov., 2006. 40 p. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/congressoprev2006/2/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=195 – Acessado em 13/12/2006.
 44. Birman EG, Silveira FRX, Godoy LF, Costa CR. Kaposi's sarcoma in Brazilian AIDS patients: a study of 144 cases. Pesq Odontol Bras 2000; 14(4):362-366.

45. Souza LB, Pereira Pinto L, Medeiros AMC, Araújo Jr RF, Mesquita OJX. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. *Pesq Odont Bras* 2000; 14(1): 79-85.
46. Brasil. Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Administração. Portaria Interministerial nº 869 de 11 de agosto de 1992. Proíbe, no âmbito do Serviço Público Federal, a exigência de teste para detecção do vírus da imunodeficiência adquirida, tanto nos exames pré-admissionais quanto nos exames periódicos de saúde. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/empregador/discriminacao/programa/conteudo/portaria869.asp> - acessado em 24/10/2006.
47. Ramos LMA, Bagnato MHS. Considerações sobre a proposta educativa de prevenção da AIDS em locais de trabalho da Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN_DST/AIDS) do Ministério da Saúde Educ. Tem. Digital. 2002; 4(1): 1-9.
48. Senai. Sistema "S". Disponível em: <http://www.senai.br/ParaVoce/faq.aspx> > - acessado em 24/12/2006.

Endereço para correspondência:
DENNIS DE CARVALHO FERREIRA
Rua Riodades 132, Fonseca, Niterói, RJ.
CEP: 24130-240
E-mail: denniscf@gmail.com

Recebido em: 19/01/2007
Aprovado em: 10/03/2007

COMPREENSÃO DA PANDEMIA DA AÍDS NOS ÚLTIMOS 25 ANOS

UNDERSTANDING THE AIDS PANDEMIA IN THE LAST 25 YEARS

Agnes Caroline S Pinto¹, Patrícia NC Pinheiro², Neiva FC Vieira³, Maria Dalva S Alves⁴

RESUMO

Introdução: a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) ao longo desses anos vem mudando o seu perfil, e o conhecimento da trajetória da pandemia da aids é algo que nos chamou muito a atenção. **Objetivo:** compreender a pandemia da aids no Brasil, nesses 25 anos de existência. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa descritiva, com caráter documental, que utilizou como fontes os artigos das bibliotecas virtuais e livros, num total de 34 referências no período de novembro a dezembro de 2006. O estudo da epidemia levou em consideração aspectos envolvidos desde o seu surgimento no Brasil, na década de 1980, articulado com as políticas públicas envolvidas nesta pandemia, bem como o surgimento do HIV, a introdução dos anti-retrovirais e as novas tendências: interiorização, feminização, heterossexualização, pauperização e, mais recente, juvenização, até os dias atuais. **Resultados:** foram divididos em quatro tópicos: a origem do HIV, as novas tendências: o que mudou? os medicamentos anti-retrovirais e as políticas públicas. A partir desses achados, revelou-se que as respostas oficiais à aids, desde o seu surgimento no Brasil, configuraram-se em diferentes estádios e estabeleceram, com muita dificuldade, políticas cuja característica principal está na participação da sociedade. **Conclusão:** considera-se a partir deste estudo que o compromisso político e a real mobilização das comunidades locais só poderão ter sucesso e fazer uma grande diferença, mesmo no contexto difícil das nações em desenvolvimento seriamente atingidas pela pandemia, caso exista a conscientização popular.

Palavras-chave: síndrome da imunodeficiência adquirida, epidemiologia, políticas públicas

ABSTRACT

Introduction: along the years the acquired immunodeficiency syndrome (aids) has been changing its profile, and gaining knowledge of the path of the aids pandemic is something that called a lot of attention to us. **Objective:** understand the aids pandemic in Brazil over the twenty-five years of its existence. **Methods:** it is a descriptive research, with documental approach, which used virtual libraries and books's articles as sources, with a total of 34 references in the months of November to December of 2006. The study of the epidemic considered the aspects involved form when it first appeared in Brazil, in the decade of 1980, together with the public politics involved in this pandemic, as well as the appearance of HIV, the introduction of the anti-retrovirus and the new tendencies: interiorização, feminização, heterosexual, pauperização and, more recently juvenização. **Results:** they were divided in four topics: the origin of HIV, the new tendencies: what changed?, the anti-retrovirus medicines and the public politics. Based on the data, it was found that the official responses to aids, since its breakthrough in Brazil, are found at different stages and, with a lot of difficult, it was established politics whose main characteristic is the participation of the population. **Conclusion:** from this study it is considered that the political commitment and to the local communities' real mobilization will only be successful and make great difference if there is an understanding on the behalf of the population.

Keywords: acquired immunodeficiency syndrome, epidemiology; public policies

INTRODUÇÃO

A pandemia da aids tornou-se um ícone de grandes questões que afligem o planeta, como direitos humanos, qualidade de vida, políticas de medicamentos e propriedade industrial. Constituiu-se, por conseguinte, um fenômeno, cuja forma de ocorrência, nas diferentes partes do mundo, configura-se como epidemias regionais com características e determinantes próprias¹.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de San Francisco, que apresentaram “sarcoma de Kaposi”, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, os quais, sabemos, hoje são características típicas da aids^{2,3}.

Sendo responsável por mudanças significativas em outros campos que não somente a saúde, principalmente por combinar comportamento sexual e doença, a aids acarretou desafios para a área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e atinge as pessoas em proporção geométrica, sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política^{3,4}.

Para podermos fazer uma reflexão sobre a situação da aids no mundo, vamos ressaltar alguns dados: diariamente 14 mil pessoas são infectadas pelo HIV e desde o início da epidemia 20 milhões de pessoas faleceram e até 2010 a doença terá deixado na orfanidade 25 milhões de crianças. Segundo a projeção da Organização Mundial de Saúde (OMS), 70 milhões de vidas estarão afetadas nos próximos 20 anos, caso não sejam implantadas ações eficazes em todo o mundo⁵.

Já no Brasil, os primeiros casos de aids confirmados foram em 1982, no estado de São Paulo, e, desde o início da década de 1980 até hoje, existem aproximadamente 600 mil brasileiros com o vírus da aids². Do total de casos de aids, mais de 80% concentram-se nas regiões Sudeste e Sul. O Sudeste é a região mais atingida desde o início da epidemia e, apesar da alta taxa de incidência, mostra moderada estabilização desde 1998. Na região Sul, observa-se aumento das taxas de incidência de casos até 2003, apresentando queda da taxa em 2004².

Autores que fazem análise das tendências da epidemia e seus rumos no Brasil identificaram três direções importantes. Em primeiro lugar, há relativa tendência de expansão do número de casos entre as populações com baixo nível de renda e escolaridade, atingindo camadas sociais sem nenhuma ou quase nenhuma proteção social, tendência que é denominada por alguns autores como a “pauperização” da epidemia brasileira. Em segundo lugar, apesar de os casos se concentrarem nas áreas urbanas e regiões metropolitanas, verifica-se um processo de interiorização

¹ Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará

² Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará

³ Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará

⁴ Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará
Financiado pela FUNCAP

da infecção no País, para municípios de médio e pequeno porte. Por último, e talvez o mais grave, consubstanciando a assim chamada feminização da epidemia, cresce significativamente o número de mulheres infectadas pelo HIV⁶. Isso decorre do fato de as mulheres serem biológica, epidemiológica e socialmente mais vulneráveis^{3,7,8}.

Como conseqüência, a epidemia mostra hoje um “quadro marcado pelos processos de heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização”⁹. Apesar dos números notificados, no entanto, existe a tendência geral de estabilização no número de casos da epidemia, malgrado elevação do número de casos entre mulheres jovens de baixa renda e escolaridade, e entre os homossexuais jovens.

Segundo a Coordenação Estadual de DST/aids do estado do Ceará, o primeiro caso de aids identificado neste estado foi em 1983. De 1983 até agosto de 2006, segundo o Boletim Epidemiológico, foram notificados 6.923 casos de aids, dos quais o ano de 2005 foi o que apresentou o menor número: 253 casos novos. Este número total de casos coloca o Ceará no terceiro estado do Nordeste em número de casos. No início da epidemia até o primeiro trimestre de 2006, 18 municípios não haviam notificado casos, passando para 17 municípios, ou seja, a doença continua em expansão neste estado¹⁰.

A resposta nacional à prevenção do HIV é o trabalho que vem sendo executado tanto pelo governo quanto pela sociedade civil há quase duas décadas, com o objetivo de superar o maior número possível de obstáculos impostos pela doença, desde o início da epidemia até os dias de hoje¹¹.

Hoje o Programa Nacional de DST e aids, juntamente com seus parceiros, atua nos 27 estados da Federação, no Distrito Federal e em 390 municípios, que apresentam 80% do número de casos de aids no país. Os objetivos do Programa Nacional de DST e aids são: reduzir a incidência da infecção pelo HIV/aids e outras DST; ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores do HIV/aids e outras DST; e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST/HIV/aids¹².

Diante de tantas mudanças observadas no cenário da pandemia da aids, surgiu o interesse em fazer um levantamento bibliográfico, no sentido de compreender e investigar esse novo panorama da aids, que hoje está na sua terceira década de existência e o que nos parece é que a sua urgência, em comparação com os primeiros 15 anos, vem desaparecendo, ou seja, a população começou a enxergar a aids como uma doença crônica. Então, este estudo será de grande importância no sentido de mostrar como realmente está a aids no Brasil e servir como fonte na formulação de novos documentos para a pesquisa científica.

OBJETIVO

Compreender a partir da literatura o panorama da aids nos últimos 25 anos.

MÉTODOS

O tipo de estudo que mais bem se adapta aos objetivos da pesquisa realizada é o baseado na abordagem exploratória e descritiva com caráter documental. Segundo Gil, esses tipos de estudo citados proporcionam maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, e descrevem as principais características de uma população¹³.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, por estar interessada em descobrir e observar as mudanças ocorridas no período citado. O estudo também apresenta um caráter exploratório, ao buscar familiarizar-se com o fenômeno da epidemia da aids ou obter uma nova percepção da patologia¹⁴.

O caráter documental, que também caracteriza a pesquisa, é um tipo de estudo descritivo, que fornece ao investigador a possibilidade de reunir uma grande quantidade de informações para análise e síntese de informações não-vivas¹⁵.

A pesquisa foi desenvolvida na Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da UFC, com o auxílio de artigos científicos localizados nas bases de consulta – Lilacs, SciElo e Medline –, a partir dos descritores ou palavras-chave: síndrome da imunodeficiência adquirida, origem, epidemiologia, vírus da imunodeficiência adquirida e anti-retrovirais, no período de novembro a dezembro de 2006, como parte das atividades desenvolvidas durante as 64 horas da disciplina – Metodologia da Pesquisa II, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Foram identificados 34 artigos que contemplaram o objeto do estudo, os quais foram analisados de acordo com a temática em foco e agrupados consoante com as divergências e convergências que os autores tiveram acerca do panorama da aids nos últimos 25 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Contemplando o objetivo proposto para esta pesquisa, os resultados foram divididos em quatro tópicos: a origem do HIV, as novas tendências: o que mudou?, os medicamentos anti-retrovirais e as políticas públicas, que facilitarão o entendimento sobre a caracterização da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) no Brasil e no mundo.

A Origem do HIV

De acordo com o Programa Nacional de Aids, a infecção pelo HIV começou a ser observada na metade do século XX. Os relatos iniciais contam que a doença surgiu na África Central e, provavelmente, pela mutação dos vírus do macaco. Algumas experiências comprovam que o elo perdido na passagem dos primatas para o homem parece estar relacionado com a questão da manipulação de carnes de chimpanzés infectados na África. A doença, então levada para pequenas comunidades da região central, disseminou-se pelo mundo todo com a globalização².

Esse relato da transmissão é confirmado por diversos autores, dos quais um admitiu que o vírus da aids tivesse passado do

macaco (principalmente o macaco verde) para o homem pelo contato íntimo desses animais com os nativos africanos, quer por arranhaduras ou mordidas, quer pelo hábito dessas populações ingerir como alimento a carne de macaco mal cozida, contendo em seus tecidos e fluidos (sangue, secreções) o vírus causal da doença¹⁶. Um grande estudioso na área e alguns seguidores, em seu artigo sobre aids e sua origem, admitiu como correta a hipótese de que o vírus precursor tenha passado de primatas para o homem, mas permanece sem explicação plausível o mecanismo pelo qual isso teria ocorrido^{16,17}.

Uma questão, porém, precisa ser respondida: onde surgiram os primeiros casos de aids? Em meio a essa pergunta, dois autores têm uma mesma opinião de que, embora os primeiros casos clínicos de aids tenham sido detectados em maio de 1981, em Los Angeles e São Francisco, EUA, em doentes do sexo masculino e homossexuais com quadros exóticos de pneumonite por *P. carinii* e sarcoma de Kaposi, uma análise retrospectiva, clínico-epidemiológica, puderam reconhecer a presença da doença na África Equatorial, a partir de 1960, em símios, e, posteriormente, em 1965, em nativos africanos. Supõe-se, portanto, que o HIV tenha origem africana^{3,16}. Um relevante estudioso na área, ao escrever o seu artigo, concorda em parte com os autores há pouco citados, pois afirma que a origem do HIV-2 é, com certeza, africana, mas o problema da origem do HIV-1 continua ainda indefinido¹⁸.

E hoje, 25 anos após os primeiros casos de aids virem a público, cientistas confirmam que o vírus HIV que atinge os humanos realmente veio dos chimpanzés selvagens, naturais de Camarões².

Com relação à origem, concluímos que os autores em sua maioria (quatro) defendem a noção de que a aids se tenha originado do macaco ou de outros primatas africanos e somente um autor discorda desta afirmação, em parte, pois, segundo este, somente o HIV-2 é realmente africano.

As novas tendências: o que mudou?

Inicialmente, a aids foi considerada uma doença que atingia, preferencialmente, a população de homossexuais masculinos, o que foi unânime nos artigos e livros de vários autores consultados^{19, 2}.

Em relação, no entanto, à situação descrita, muitos boletins epidemiológicos ao longo desses 25 anos nos mostram que a realidade mudou e é a partir deste ponto que vamos descrever as tendências da epidemia.

Ao analisarmos os casos de aids por categoria de exposição, observamos que, entre os casos de aids masculinos, a população de homens que fazem sexo com homens foi a mais atingida no início da epidemia, chegando a apresentar cerca de 50% dos casos^{2,20}. Já na década de 1990, observou-se uma estabilização nesta categoria, representando, proporcionalmente, 18% dos casos.

Em contrapartida, nesta mesma década, observou-se o crescimento progressivo dos casos de transmissão heterossexual, atingindo, no ano de 1999, 32% dos casos. E hoje, no século XXI, os dados do Boletim Epidemiológico só vêm confirmar que a transmissão heterossexual masculina vem aumentando, de forma que

em 2005 foi registrado o maior percentual dessa categoria, com 44,2% dos casos.

Uma conseqüência do aumento dos casos de aids masculinos, em razão da transmissão heterossexual, é o aumento dos casos em mulheres. Desde o início da epidemia, a transmissão sexual vem apresentando mais de 75% dos casos de aids em mulheres, chegando em 2005 a 94,5%.

A razão de casos entre homens e mulheres variou de 6,5 casos, em média, no período de 1980 a 1990, para menos de dois casos masculinos para cada caso feminino desde 1999^{2,20}. E hoje, essa razão é de 1,4, o que podemos chamar de feminização e heterossexualização da epidemia, que é citada por vários autores^{3,5,7,8}.

Analisando-se a escolaridade como variável indicadora de condição sócio-econômica dos casos de aids, observa-se que a epidemia de aids no Brasil se iniciou na população de maior condição sócio-econômica, em indivíduos de mais de oito anos de escolaridade, mas hoje, como o maior número de casos se encontra em indivíduos com menor escolaridade, tem sido denominada de pauperização^{3,7-9,21}.

Outro aspecto importante a ser considerado como tendência da epidemia é o processo de interiorização. Na década de 1980, a epidemia era restrita aos centros metropolitanos. Na presente década, 70% dos municípios brasileiros já tiveram pelo menos um caso de aids registrado. Enquanto nos grandes centros ocorre uma desaceleração do crescimento, nos municípios menores a epidemia está em fase de expansão, e esta realidade foi descrita pelos autores há pouco citados e pelo Boletim Epidemiológico 2006, com exceção de dois grandes estudiosos, no sentido de que eles acham que não é possível apontar intensa interiorização da epidemia em virtude da tomada urbana da população brasileira nos últimos 40 anos²⁰.

Diante do que foi exposto, podemos concluir que nove autores citados anteriormente, embasados também pelos boletins epidemiológicos, concluem e concordam com a nova realidade da aids no país, que atinge principalmente as mulheres de baixa renda com a forma de transmissão principal sendo a heterossexual, maior do que a dos usuários de drogas injetáveis. Apenas com relação ao processo de interiorização é que dois autores em seu artigo discordam dos demais.

Segundo Parker, considerando o período de incubação do HIV, podemos deduzir que o vírus tenha chegado ao país em meados da década de 1970, sendo primeiramente disseminado nas áreas metropolitanas do Centro-Sul, depois se dirigindo para as diversas regiões do Brasil. A maioria das ocorrências concentrava-se no Sudeste, ainda hoje prevalecendo essa estatística, de acordo o Boletim Epidemiológico de 2006, o qual, até junho de 2006, mostra-nos que, dos casos de aids, 62,3% concentram-se na região Sudeste, seguida das regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Nota-se, porém, que as maiores taxas de incidência estão na região Sul, enquanto a incidência na região Sudeste se mantém estabilizada²².

Os medicamentos anti-retrovirais

Em 1986, surgiu o primeiro medicamento contra a aids, o AZT, mas apenas em meados de 1992 foi que o governo federal autori-

zou a distribuição gratuita da medicação ao portador de HIV e pacientes com aids, o que pode ser confirmado por diversos autores e também pelo Ministério da Saúde^{2,22, 23}.

A distribuição dos anti-retrovirais (ARV) permitiu reduzir em 50% a mortalidade por aids no Brasil, e aumentou em 80% o tratamento para as doenças oportunistas, o que reflete melhor qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids.

A produção de medicamentos para aids tornou o programa brasileiro de distribuição de medicamentos auto-sustentável. No início da década de 1990 foi distribuída apenas a zidovudina e, hoje, são distribuídos 16 anti-retrovirais diferentes pelo Ministério da Saúde, conferindo uma diminuição drástica das infecções oportunistas, como, por exemplo, a tuberculose^{3,11}.

E o que hoje podemos comemorar com relação aos ARV é que a sobrevivência dos pacientes com aids que, em 1995 era de 18 meses após o diagnóstico, aumentou para 56 meses, em adultos, e para 67 em menores de 13 anos, e sua distribuição gratuita desde 1996 para toda a rede SUS².

Diante desta descrição da história dos ARV no Brasil, observamos que os autores citados possuem uma posição semelhante com relação ao tema, visto que foram embasados para a formulação de seus textos nos dados do Ministério da Saúde. Um estudo recente, no entanto, realizado por três autores, mostrou que a política de acesso universal no Brasil não é sustentável com as atuais taxas de crescimento do produto interno bruto, sem que o País comprometa investimentos em outras áreas²⁴.

Políticas públicas: como se desenvolveram ao longo desses anos?

O HIV/aids, epidemia que surgiu numa época em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e pelo saber médico moderno, suscitou comportamentos e respostas coletivos, nos quais estão inseridas as estratégias políticas oficiais em seus diversos contextos. No Brasil, como um problema de saúde que evoluiu demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais, o HIV/aids constituiu-se como um espaço metodológico relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública²⁵.

Parker mostra a complexidade e o dinamismo da epidemia do HIV/aids no Brasil e no mundo, salientando as grandes mudanças epidemiológicas ao longo dos primeiros 20 anos, bem como a evolução das respostas sociais e políticas. Argumenta que, em virtude da urgência, as ações adotadas para responder à epidemia foram pouco avaliadas, apesar da tradição brasileira de análises críticas das políticas públicas em geral. Assim, a análise da elaboração das respostas políticas à epidemia de HIV/aids no Brasil constitui um espaço importante, abrangente e necessário de pesquisa²².

A evolução das políticas de saúde com relação ao HIV/aids no Brasil caracterizou-se por fases distintas, considerando-se o desenvolvimento dos conhecimentos científicos com relação à doença, a participação de segmentos sociais e institucionais dife-

rentes na formação das respostas à epidemia e as articulações que permearam o espaço de organização dessas ações oficiais.

As pesquisas realizadas pelo autor há pouco citadas apontam quatro fases na história do HIV/aids no Brasil, as quais, segundo ele, cruzaram-se de inúmeras formas com a história mais ampla da vida política no país. A primeira fase data do início da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos de aids no Brasil, e caracterizou-se pela omissão das autoridades governamentais, em especial no plano federal, junto com uma onda de medo, estigma e discriminação. Na falta, porém, de liderança nacional, as respostas à epidemia tenderam a surgir de baixo, das comunidades afetadas e de setores progressistas, chegando até à formação das primeiras organizações não-governamentais²².

Com o surgimento de uma resposta no patamar federal, iniciada pela pressão de um número crescente de programas estaduais e municipais de aids, a segunda fase da resposta política à epidemia no Brasil parece estender-se aproximadamente de 1986 até o início de 1990, quando a liderança do Programa Nacional de DST/aids (PNDST/AIDS) mudou pela primeira vez os seus dirigentes, seguindo as mudanças políticas no período do governo Collor. É preciso, no entanto, frisar que essa abordagem estava cada vez mais técnica, o que não agradou as organizações não-governamentais, que queriam uma resposta rápida e agressiva²².

A terceira fase na evolução da resposta política à epidemia de HIV/aids, ainda segundo o autor, no Brasil, corresponde ao período de 1990 a 1992, que foi marcado por uma completa falta do diálogo entre a sociedade civil e o governo federal, tornando clara a dificuldade de sustentar uma resposta em longo prazo à epidemia, também ocorrendo um antagonismo crescente entre o Programa Nacional e todos os outros setores envolvidos com a resposta à epidemia²².

A quarta fase, assim chamada pelo autor, ocorre de 1992 até o presente momento, período que se caracteriza pela reorganização do PNDST/Aids no Ministério da Saúde e pela efetivação da política de controle da epidemia.

Por sua vez, Galvão apresenta, tendo como referencial a periodização sugerida pelo autor anteriormente citado, uma proposta igualmente relevante de identificação de fases diferentes na evolução dessas respostas no Brasil, dando ênfase às da sociedade, ou seja: 1981 a 1982, quando a aids era conhecida no Brasil apenas pela imprensa; 1983 a 1984, quando se tornou uma realidade para o Brasil; 1985 a 1989, período denominado pela autora como “anos heróicos”, por envolver diferentes iniciativas no confronto com a aids, muitas delas mais pessoais que institucionais; 1990 a 1991, fase marcada por modificações no cenário brasileiro de respostas à epidemia, com mudanças no Programa Nacional; e 1993 a 1996 (ano do término de sua análise), período marcado pela implementação de um novo modelo de gerência da epidemia de HIV/aids, com os empréstimos do Banco Mundial ao governo brasileiro³.

Com relação aos dois autores anteriores, o terceiro autor entende que a evolução das políticas de saúde com relação ao HIV/aids no Brasil foi se estruturando em estádios que ele classificou em cinco períodos²³.

Segundo o mesmo autor, a primeira fase está compreendida entre os anos de 1970 até 1982, caracterizada como a “pré-histó-

ria” da aids no Brasil. Com essa expressão, Berridge denomina “pré-história da aids” o período em que estão presentes os aspectos sociais, políticos e culturais nos quais a doença se inseriu. E esse período é aquele que antecede ao conhecimento público e institucional sobre o HIV/aids e quando ocorre no campo da saúde a reforma sanitária, que foi essencial para a mudança da assistência à saúde no país²³.

Como segunda fase, o autor considerou o período de 1983 a 1986, propondo como elementos norteadores as seguintes questões: reconhecimento da aids pelo público e aumento de casos da infecção em diferentes estados brasileiros; instalação das primeiras respostas oficiais à aids nos estados, tendo como exemplo pioneiro o Programa Estadual de São Paulo; reconhecimento oficial da aids, pelo governo brasileiro, como um problema de saúde pública, mas sem articular uma resposta nacional de peso à epidemia e indo a reboque dos estados; e articulação das forças sociais e políticas para pressionar o estado e participar na elaboração de políticas ao HIV/aids. Então, diante das primeiras mobilizações sociais e quando centenas de casos já tinham sido detectados, é que o ministro da Saúde criou o Programa Nacional de DST/Aids, em 1985, assumindo assim a aids como um problema emergente de saúde pública²³.

A terceira fase, que o autor entende ser de 1987 a 1989, é aquela em que o Programa Nacional de DST/Aids foi realmente instalado e configurado. A coordenação nacional centralizou as ações e afastou-se dos programas estaduais e das ONG. Estas, por sua vez, fortaleceram-se ao longo dos anos e exerceram um papel importante na discussão e no enfrentamento de questões importantes com o Programa Nacional. A resposta oficial no plano nacional, no enfrentamento à epidemia de aids, finalmente começou a ser constituída, isso quase 2 anos depois que o ministro da Saúde a reconheceu como um problema de saúde pública emergente no país (maio de 1985).

A quarta fase, referida de 1990-1992, ou seja, o período Colôr, apesar de o referido tempo ser apontado como retrocesso na implantação das diretrizes e princípios importantes no combate à epidemia. Foi nesse tempo também que a distribuição gratuita da medicação foi autorizada pelo governo federal, um fato de grande avanço²³.

Ainda consoante a esse autor, a fase final de 1993 até o momento foi entendida como aquela em que os acordos internacionais, principalmente aqueles com o Banco Mundial, firmados a partir de 1993, passaram a ser os grandes mantenedores das ações programáticas referentes ao confronto com o HIV/aids. E, ao mesmo tempo que incentivaram e financiaram projetos de variadas entidades e de segmentos da sociedade brasileira, os recursos disponibilizados por esses empréstimos ajudaram a estimular um novo perfil de relação com o Programa Nacional, sendo, a partir de então, o Banco Mundial o grande financiador dos projetos dessas entidades^{3,23}.

Então, podemos assinalar que existe um consenso com relação à história das políticas públicas no Brasil. Outro ponto importante é o fato de que esses autores vieram a preencher em muito essa lacuna, constituindo marcos importantes no estudo relativo ao impacto social e à política de respostas à epidemia de HIV/aids no Brasil. Apesar de não discordarem entre si, porém, os autores

dividiram as fases das respostas à epidemia, de acordo como a percepção de cada um, o que não significa fatos diferentes, apenas eles os dividiram da forma que lhes foi mais adequada.

CONCLUSÃO

Considerando que o HIV/aids aportou no Brasil no início da década de 1980, período de intensa mobilização política e social, as respostas iniciais à epidemia deram-se de formas diversas em diferentes estados brasileiros e parece-nos que a tomada de decisão do Governo Federal em assumir oficialmente ao HIV/aids como um problema de saúde pública resultou de pressões de estados e municípios onde a epidemia crescia, da mídia nacional e de grupos militantes que se formaram inicialmente junto às respostas oficiais. E essa reflexão pode ser observada no tópico das políticas públicas, o qual retratou claramente as respostas políticas dos diversos agentes sociais no Brasil.

A sociedade, por meio das ONG, Igreja, mídia e outros grupos organizados, considerando o período em análise, passou a exercer importante função na formulação das políticas públicas com relação à aids no Brasil. Esse perfil foi-se fortalecendo na primeira década da epidemia no país, à medida que a sociedade também se fortalecia diante do processo de participação, pressão e cobrança de seus direitos, embora ainda hoje não os exerça em sua plenitude.

Com relação a tudo o que foi exposto sobre a história dos ARV no Brasil, vimos que, apesar de todos os avanços conseguidos durante esses 25 anos de epidemia, em termos de tratamento, melhoria da qualidade de vida e prognóstico, não se pode esquecer que a aids continua sendo uma doença incurável. A descoberta tardia em relação a ser soropositivo, além de piorar o prognóstico, causou e continua causando danos irreversíveis em termos de não-prevenção, à medida que o indivíduo infectado permanece longos anos transmitindo o HIV, sem estar ciente de sua situação, expondo a risco um número considerável de pessoas.

Nesse contexto, a informação e a prevenção da infecção permanecem essenciais, principalmente com relação à população jovem, faixa na qual, como vimos, o número de casos de aids vem crescendo, e sabemos que a oportunidade para prevenir existe dentro das escolas, grupos de apoio e no próprio bairro, mas, para isso, a sociedade tem de se mobilizar e acreditar no seu poder de mudança.

A principal lição aprendida, entretanto, foi a de que, com o compromisso político e a real mobilização das comunidades locais, poderemos ter sucesso e fazer uma grande diferença, mesmo dentro do contexto difícil das nações em desenvolvimento seriamente atingidas pela pandemia.

O desafio da descentralização talvez seja o maior de todos, ou seja, que a luta contra o HIV/aids, mediante programas e estratégias estaduais e municipais, contemple, além das diferenças culturais, regionais e sociais, a permanência dos princípios igualitários e a implantação destes.

No que tange aos profissionais da área da saúde, o bem assistir aos portadores de HIV/aids exige profissionais críticos, com a competência técnica e o conhecimento da política de saúde para

lutar por um modelo de sociedade que assegure os direitos dos cidadãos, independentemente de sexo, cor ou raça.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Parker R, Camargo Jr KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad de Saúde Pública* 2000; 16: 89-102.
- Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília-DF, Ano III, nº 1, Jan a Jun/ 2006 a. p. 3-5.
- Galvão J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Ed.34; 2000.
- Júlio TC. O Cotidiano de Mulher e a Prevenção de AIDS. Fortaleza: FCPC; 1999.
- Rocha S. AIDS: uma questão de desenvolvimento? In: Passarelli CA. AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA; 2003. p. 34-40.
- Vermelho LL, Barbosa HSR, Nogueira AS. Mulheres com aids: desvendando histórias de risco. *Cad de Saúde Pública* 1999; 15(2): 369-379.
- Chiriboga CDR. Introducción Mujer y Sida: Conceptos sobre el tema. In Rico B, Vadele S, Allen B, Liguori AS. Situación de las mujeres y el vih/sida en américa latina. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1997. p 93-113.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(Suppl 1):7-21.
- Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald, CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras de Med Trop* 2000; 32: 207-217.
- Ceará, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas Públicas em Saúde. Núcleo de epidemiologia. Informe Epidemiológico AIDS. Fortaleza-CE: 20 de agosto /2006.
- Passos MRL. Dessenologia, DST. 5ªed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.
- Campos RB, Moherdau F. O papel do programa nacional no controle das DST e AIDS. In: Passos MRL. Dessenologia, DST. 5ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. p.895-911.
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa? São Paulo: Atlas; 1991. p.40-50.
- Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 4ª ed. São Paulo: Makdow books; 1996.
- Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas; 1993.
- Veronesi R. Tratado de Infectologia. 8ª ed. Focaccia R, Dietze R, co-editores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
- Forattini OP. Aids e sua origem. *Rev de Saúde Pública* 1993; 27(3): 3-12.
- Grmek M. O enigma do aparecimento da aids. *Estud Av* 1995; 9(24): 229-239.
- Ellerbrock TV. Epidemiology of women with AIDS in the United States, 1981 Through 1990: a comparison with heterosexual men with AIDS. *Jama*1991; 265: 2971-2975.
- Chequer P, Castilho EC. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: Parker R. Políticas, Instituições e aids: Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997. p.17-22.
- Antonio DG, Bahamandes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(1):1-3.
- Parker R. Políticas, Instituições e aids: Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997.
- Marques MCC. Saúde e poder: a emergência política da aids/HIV no Brasil. *Hist cienc saude-Manguinhos* 2002; 9(supl.0): 1-18.
- Granjeiro A, Teixeira L, Bastos FI, Teixeira P. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 (supl): 2-12.
- Berridge V, Strong P. Aids and the relevance of history. *Social History of Medicine*, 1991; 4(1):129-138.

Endereço para correspondência:

AGNES CAROLINE SOUZA PINTO

Avenida Sargento Hermínio 2755, BL: E , Apto: 402, Monte Castelo, Fortaleza, CE.

CEP: 60350-550

Tel: 55 85 9629-1453

E-mail: agnespinto@hotmail.com

Recebido em: 25/02/2007

Aprovado em: 28/04/2007



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

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 Luiza Bezerra Menezes
Presidente da SBDST

Programação Preliminar dos Congressos

Cursos

Curso de DST para profissionais na atenção primária.
 Curso preparatório para a prova de qualificação em DST/Aids.
 Atenção de saúde e o papel do pré-natal na redução da transmissão vertical das DST/Aids.
 Manejo das infecções concomitantes à infecção HIV (TB/hepatites).
 Biossegurança para controle das DST/Aids em todos os níveis de atendimento.
 Sexualidade e vulnerabilidades na prevenção das DST/HIV/Aids em grupos sociais de contextos específicos.
 Curso básico de vigilância epidemiológica em DST.
 Pesquisa em DST: da pergunta à elaboração do protocolo de execução.
 Cuidados globais de saúde para a mulher vivendo com HIV.
 Papéis da equipe interdisciplinar no atendimento de pacientes com DST/Aids.
 Infecção genital causada pelo Papilomavírus humano.
 Laboratório em DST/Aids.
 Implicações e estratégias de combate às várias formas de discriminação.
 Aspectos avançados sobre as vulvovaginites.
 Interpretando sorologias. Da teoria à prática.
 Atendimento de DST/Aids nos planos de medicina complementar.
 Resistência Viral.

Workshops

Violência Sexual.
 Meios de comunicação e prevenção das DST/HIV.

Simpósios Internacionais

Simpósio internacional sobre infecções maternas e perinatais.
 Simpósio internacional da ALAC sobre DST/AIDS.

Simpósios Nacionais

Vacinas em HIV.
 Hepatites virais.
 Experiências de Vigilância e Controle das DST.
 Direitos reprodutivos e técnicas de reprodução para portadores de DST/HIV soro-discordantes e soroconcordantes.

Sessões Interativas

Diagnóstico laboratorial de DST.
 Casos clínicos sobre DST.
 Transmissão vertical das DST/HIV.
 Casos clínicos sobre HIV/Aids.

Mesas Redondas

Sífilis adquirida.
 Sífilis congênita. Do pré-natal ao controle pós-natal do recém-nascido.
 HTLV. O inimigo silencioso.
 A infecção pelo HPV. Da unidade básica de saúde ao consultório privado
 Desafios para a prevenção as DST/Aids em populações vulneráveis.
 Adolescência e HIV/Aids no atendimento do Sistema Único de Saúde e assistência privada.
 Imunização em populações especiais.
Neisseria gonorrhoeae: do teórico ao prático.
 A saúde mental de pessoas vivendo com o HIV/Aids.
 Currículo mínimo de DST/HIV/Aids para o ensino básico, médio e superior.
 As DST sob a ótica do urologista.
 Estratégias para prevenção primária de DST/HIV.
 Manifestações extragenitais das DST.
 Infecção genital recorrente.
 Avanços no estudo da *Chlamydia trachomatis*.
 As DST/Aids sob a ótica do dermatologista.
 DST/Aids entre homens que fazem sexo com homens e entre mulheres que fazem sexo com mulheres.
 Alterações metabólicas do uso dos ARV violência sexual: do discurso à prática.
 Novas estratégias da sociedade civil para o controle das DST.
 Anticoncepção em tempos de DST/HIV/Aids.
 Organização e controle de Serviços de DST/Aids nos programas de saúde complementar.
 Abordagem sindrômica das DST/Aids.
 HIV/Aids na terceira idade.

Oficinas

DST nas escolas: enfoque no ensino fundamental e médio.
 Aconselhamento em DST/Aids: práticas sexuais seguras.
 Aprendendo como organizar e utilizar os meios de comunicação para prevenção e controle das DST.
 Estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento de DST/HIV em pessoas com deficiência (físicos/mentais/visuais/auditivos).
 Estratégias de promoção da adesão do(a) paciente e do(a)s parceiro(a)s.
 Cuidando do cuidador de pacientes com Aids.
 Estratégias para abordagem de adolescentes em relação às DST.
 Estratégias para redução de danos em DST/HIV.
 Como elaborar uma revisão sistemática em DST.

Conferências

Desenvolvimento de tecnologia avançada para diagnóstico de DST/HIV em populações de difícil acesso e em urgências.
 O pacto de gestão: responsabilidades governamentais para sustentabilidade dos programas de DST/Aids. Sustentabilidade de programas de acesso aos anti-retrovirais.

Papel das Ligas de Ensino Superior no combate e controle da DST.
 Microbicidas: estado atual das pesquisas e perspectivas.
 Microbiota vaginal e vaginose bacteriana: o estado da arte.
 Impacto das DST sobre a saúde da criança no Brasil e no mundo.
 Hepatites virais e gravidez.
 Doença inflamatória pélvica.
 Paradigmas do atendimento de enfermagem para pacientes com DST.
 Prevenção das DST/Aids entre crianças e adolescentes em “situação de rua”.
 Acesso universal às medicações para DST, IO e ARV.
 DST/HIV/Aids em populações indígenas.
 Aids e religião: sinergia sempre?
 Grupo de Revisões Sistemáticas em DST da Colaboração Cochrane: rigor científico e influência nas políticas de saúde.
 A infecção genital causada pelo Herpes vírus tipo 2.
 DST e equipe interdisciplinar: realidades e perspectivas.
 Profissionais do sexo: estratégias para controle das DST.
 Controle social e aids.
 Quebra de patentes, licença compulsória e produção local de anti-retrovirais.
 Otimizar a abordagem sindrômica com adição dos testes rápidos de DST/HIV.
 As vacinas como estratégias de controle das DST.
 Direitos reprodutivos em portadores de HIV/Aids.
 Tratamento da infecção pelo HIV: estado da arte.
 Estratégias de promoção da adesão do(a) paciente e do(a)s parceiro(a)s.
 Biossegurança, DST e Profissionais da Saúde.
 Ecos da Cidade do México (Resultados da XVII *International AIDS Conference*).
 Profissionais do PSF no combate e controle das DST: definição de papéis.
 Enfermagem em DST/HIV/Aids.
 Vacinas contra o HPV.
 Adolescentes e DST.
 Estratégias da sociedade civil para o controle das DST.

Lunch Meetings

Haverá seis *lunch meetings*, ainda sem definição dos temas.

Ponto e Contra-ponto

Fazer ou não o rastreamento do HPV na rotina de investigação ginecológica?
 Rastreamento (seletivo ou universal) da *Chlamydia trachomatis* na rotina de investigação ginecológica e pré-natal. Sim ou não?
 Peniscopia: fazer ou não fazer?
 Prós e contras da vacina contra o HPV.
 Infecção genital feminina e abordagem sindrômica.
 Tratamento da ectopia cervical para prevenção das DST/aids?
 Sim ou não?
 Genotipagem HIV pré-tratamento. Prós e contras.

Fórum

Fórum sobre a importância da apropriação global do tema “DST” pelos movimentos sociais.

Apresentação oral de resultados de pesquisas (Temas livres)

TEMAS LIVRES E PÔSTERES

Instruções para envio dos Resumos de Temas Livres e de Pôsteres

Data limite: Os resumos de temas livres e de pôsteres deverão ser enviados até o dia **30/06/2008**. Não serão aceitos resumos de trabalhos após esta data.

Pré-aceitação e aceitação do trabalho: Todos os resumos serão avaliados pela Comissão de Avaliação de Temas Livres ou pela Comissão de Avaliação de Pôsteres. Aqueles trabalhos (Tema Livre ou Pôster) que forem selecionados estarão **pré-aceitos**. A aceitação final só será efetivada após a **inscrição definitiva do apresentador designado**. Nos casos em que o resumo for aceito mas o apresentador não se inscrever no congresso **até o dia 30/07/2008**, o trabalho não poderá ser apresentado e o resumo não será publicado nos anais do congresso. Portanto, a falta da inscrição do apresentador no congresso até a data acima estipulada implicará na recusa do trabalho.

Generalidades sobre os resumos: Os trabalhos deverão conter no máximo 2.000 caracteres, incluindo espaços, utilizando tipo arial, número 11. Aceita-se que cada participante do trabalho seja autor ou co-autor de até dois trabalhos da mesma modalidade (pode estar em dois temas livres, dois pôsteres e dois trabalhos completos).

Modelo

Título: Em negrito, letras maiúsculas, 120 caracteres contando espaços, no primeiro *box*.

Autores e instituição: Escrever os nomes dos autores em negrito, letras minúsculas, no segundo *box*. Será permitido até sete autores por trabalho. Colocar sobrenome, seguido das iniciais do primeiro nome e do(s) nome(s) do meio, identificados de acordo com a instituição onde foi feito o trabalho ou que o pesquisador pertence (instituições grafadas sem negrito). O nome do apresentador deverá estar sublinhado. Exemplo de trabalho feito por José João da Silva e Maria Conceição de Oliveira, no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e na Divisão de Patologia do Trato Genital Inferior do Hospital da Universidade Federal de Goiás, cuja apresentação será feita pelo primeiro autor. Este conjunto não deve ultrapassar 230 caracteres, incluindo espaços. Procure grafá-los como no exemplo abaixo:

Silva JJ¹, Oliveira MC². Setor de DST da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia¹ e na Divisão de PTGI do Hospital da Universidade Federal de Goiás².

Texto do resumo: Não deverá ultrapassar 2000 caracteres (atenção, pois o programa computacional não aceita resumo que ultrapasse este número de palavras).

Introdução: A introdução deve ser sucinta e utilizada apenas para justificar a realização do trabalho. **Objetivos:** De forma clara expresse o que deseja comprovar, demonstrar ou relatar. **Pacientes e Métodos:** Descreva sucintamente sua população de estudo e os métodos utilizados para cumprir seu(s) objetivo(s). **Resultados:** Aponte quais foram os resultados relevantes de sua pesquisa e que darão subsídio para o perfeito entendimento do seu resumo por parte do leitor. **Conclusões:** Quais foram as conclusões do seu estudo? Respondeu(ram) a(s) pergunta(s) do(s) seu(s) objetivo(s).

Relato de caso: Para relato de caso, escreva o resumo na seguinte seqüência: **Introdução, Objetivo(s), Relato do Caso Clínico, Conclusão(ões).**

Descrição de experiências: Para descrever sua experiência em determinada situação relacionada às DST, escreva o resumo na seguinte seqüência: **Introdução, Objetivo(s), Relato da Experiência, Conclusão(ões).**

Escrever o resumo: Para escrever o seu resumo, clique aqui. Após preencher todos os itens, faça sua opção pela forma de apresentação do trabalho (tema livre ou pôster) e a categoria do tema, que poderá ser: 1) Epidemiologia/Prevenção (considerados em conjunto); 2) Laboratório; e 3) Intervenção Terapêutica. Os resumos serão enviados somente por via *on line* (www.dst2008.com.br) Não serão aceitos resumos enviados por correio ou *e-mail*.

Temas Livres e Pôsteres: As Comissões de Temas Livres e de Pôsteres, caso seja necessário, terão liberdade para efetuarem uma nova classificação dos resumos quanto à forma de apresentação do trabalho final (tema livre ou pôster). Os autores serão comunicados das mudanças em tempo hábil para preparação de suas apresentações.

Confirmação: Após o envio do tema livre o autor receberá uma confirmação do recebimento via e-mail, caso isso não ocorra, entrar em contato com a comissão organizadora ()

Regulamento dos Temas Livres

Categorias de Resumos

- **Temas Livres Selecionados:** serão apresentados em sessões tradicionais (10 minutos para apresentação e 5 minutos para discussão).
- **Pôsteres:** Serão apresentados e discutidos em sessões diárias (presença do apresentador à disposição do público e da comissão julgadora em horário previamente comunicado). As dimensões dos pôsteres serão comunicadas futuramente.

Disposições Gerais

- A correspondência será feita preferencialmente pelo *e-mail* do autor principal. Nos casos em que for necessária alguma correspondência por correio tradicional, será utilizado o endereço colocado na ficha de inscrição.
- A aceitação ou não do trabalho será notificada ao autor principal até o dia 10 de julho de 2008. Verifique no site do congresso.

- Até o dia 22/08/2008 o autor principal do trabalho receberá as indicações finais sobre a apresentação do trabalho, indicando a modalidade de apresentação, data, horário e local da mesma. Na eventualidade de não receber nenhuma notificação até esta data, solicitamos a gentileza de entrar em contato com a secretaria do evento.
- Todos os resumos dos trabalhos aceitos para apresentação no DST 7/ Aids 3 (Temas Livres e Pôsteres) serão publicados em edição especial do DST-JBDST.
- As premiações ocorrerão durante a sessão de Encerramento Oficial do Congresso
- Haverá premiação de R\$1.000,00 (um mil reais) para os melhores temas livres nas três categorias: 1) Epidemiologia/prevenção; 2) Laboratório; e 3) Intervenção Terapêutica.
- Haverá premiação de R\$1.000,00 (um mil reais) para os melhores pôsteres nas três categorias: 1) Epidemiologia/prevenção; 2) Laboratório; e 3) Intervenção Terapêutica.
- As informações sobre o Prêmio SBDST de Melhor Trabalho Completo estão no site www.dst2008.com.br

Concurso de Título de Qualificação em DST

Informações e inscrições: www.dst2008.com.br

I - INSCRIÇÃO:

A inscrição deverá ser feita através de formulário disponível no site:
Taxas:

Inscrição	Até	Até	Até
Concurso Título	31/01/2008	30/04/2008	08/08/2008
	150,00	180,00	220,00

As inscrições encerrarão no dia: **08/08/2008**

II - PRÉ-REQUISITOS PARA INSCRIÇÃO:

1. Estar inscrito no congresso.
2. Ser Médico.
3. Estar atuando em Serviço de DST há mais de dois anos ou ter residência médica ou especialização em Ginecologia, Urologia, Dermatologia, Infectologia, Clínica Médica ou Medicina de Família (certificação reconhecida por entidade pública).
4. Ter atendido às solicitações de envio prévio da documentação exigida para o concurso.

III - DOCUMENTAÇÃO:

1. Cópia da carteira do CRM.
2. Cópia do comprovante de inscrição no DST 7/ Aids 3 Goiânia 2008.
3. Cópia dos comprovantes dos pré-requisitos.
4. Cópia da certificação reconhecida por entidade pública – item III número 3
5. Ficha de Inscrição preenchida e assinada (clique aqui para obtê-la)

Inscrições

Os documentos acima deverão ser enviados via correio para a Secretaria Executiva:

EventoAll – Organização de Eventos Ltda.

Concurso para Título de Qualificação

Rua T-50 n° 1473 – Setor Bueno

Goiânia – Goiás

74215-200

IV - PROVAS:

1. As provas serão realizadas no *Centro de Convenções de Goiânia* em sala a ser definida.
2. O candidato deverá apresentar-se no local das provas 30 minutos antes do seu início. Não será permitida a entrada do candidato após o início do exame.
3. O candidato deverá assinar folha de presença e apresentar um documento com foto e formulário de inscrição do concurso.
4. O exame constará de:
 - a) Prova escrita com 50 questões de múltipla escolha valendo 2 pontos cada uma.
 - Duração: 90 minutos
 - Data: **08/09/2008**
 - Parâmetro de aprovação: 70% (35 questões) de acerto.
 - b) Prova prática com 40 diapositivos de imagens das mais diversas DST e diagnóstico valendo 2,5 pontos cada um.
 - Duração: 50 minutos.
 - Data: **09/09/2008**
 - Parâmetro de aprovação: 70% (28 questões) de acerto.

V - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

1. O candidato para ser qualificado deverá ser aprovado em ambas as provas.
2. O candidato aprovado receberá certificado de Título de Qualificação em DST assinado pelo Presidente e Secretário da SBDST e pelo coordenador do Concurso de Qualificação.
3. Ficará arquivada na SBDST toda a documentação referente ao concurso; ata de prova, lista de frequência e lista de aprovados.
4. Não será concedida revisão de prova.
5. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Examinadora.
6. Caso a inscrição não seja aceita, será devolvido 70% do valor pago.

VI - COMISSÃO EXAMINADORA:

Presidente: Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Vice-Presidente: Ivo Castelo Branco Côelho (CE)

Membros:

1. Adele Schwartz Benzaken (AM)
2. Ana Katherine da Silveira Gonçalves (RN)
3. Geraldo Duarte (SP)
4. Helaine Milanez (SP)
5. Maria Luiza Bezerra Menezes (PE)
6. Newton Sérgio de Carvalho (PR)
7. Rosane Ribeiro Figueiredo Alves (GO)

Categoria	Até 31/01/2008	Até 30/04/2008	Até 29/08/2008	No Local
Sócio	R\$ 180,00	R\$ 210,00	R\$ 250,00	R\$ 300,00
Não sócio	R\$ 300,00	R\$ 340,00	R\$ 400,00	R\$ 480,00
Graduando	R\$ 70,00	R\$ 90,00	R\$ 100,00	R\$ 120,00
Pós-graduando/Residente	R\$ 100,00	R\$ 120,00	R\$ 140,00	R\$ 160,00
Membro ONG	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 120,00	R\$ 140,00
Concurso de título de qualificação em DST	R\$ 150,00	R\$ 180,00	R\$ 220,00	---
Cursos Pré-Congresso		R\$ 80,00	R\$ 90,00	R\$ 100,00

VII - BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:

1. Brasil, Ministério da Saúde, CNDST e Aids. Manual de Controle da DST, 4ª Ed., Brasília: PNDST/AIDS-MS; 2006.
2. DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis (volumes 16, 17, 18 e 19), Niterói.
3. Marques BP, Dificuldades no Diagnóstico, São Paulo: Atheneu; 2001.
4. Morse AS, Moreland AA, Holmes KK. Atlas de DST e Aids. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
5. Passos MRL et al. Deesetologia – DST 5. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.
6. Passos MRL, Almeida Filho GL et al. Atlas de DST e Diagnóstico Diferencial. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
7. Tavares W. Manual de Antibióticos e Quimioterápicos anti infecciosos 4ª Ed, Rio de Janeiro: Atheneu; 2002.
8. Tavares W. et al. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Infecciosas e parasitárias. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2007.
9. MANUAIS do PNDST/AIDS, Aids, Transmissão vertical Aids, Sífilis Congênita, Hepatites.

PRÊMIO DE MELHOR TRABALHO COMPLETO

Conceito: Trata-se de premiação instituída pela Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (SBDST) para os autores de artigos científicos originais completos, submetidos para apresentação no DST 7/Aids 3, Goiânia 2008.

Objetivo:

- 1) Fomentar a produção de artigos científicos de qualidade para serem apresentados no VII Congresso da SBDST/ III Congresso Brasileiro de Aids;
- 2) Estimular os pesquisadores sobre o tema “Doenças Sexualmente Transmissíveis” a submeterem estes trabalhos para publicação no DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST-JBDST).

Critérios de aceitação e avaliação: Os trabalhos serão avaliados obedecendo, na totalidade, as Normas de Publicação do DST-JBDST. As instruções aos autores DST-JBDST estão disponíveis em todos os fascículos do Volume 18 (Ano de 2006) ou na página da Internet <http://www.uff.br/dst/normaspublicacao.htm> É obrigatório que pelo menos um autor do trabalho submetido esteja inscrito no Congresso. Os avaliadores (Comissão de Avaliação dos Trabalhos Completos), indicados pela SBDST atribuirão notas a quesitos previamente estabelecidos e será considerado vencedor o artigo que receber a maior pontuação. Veja detalhes sobre estes tópicos no final desta mensagem.

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

Havendo empate, o Presidente da Comissão de Avaliação de Trabalhos Completos, o Presidente da Comissão Científica do Congresso, o Presidente do Congresso e a Presidente da SBDST decidirão qual trabalho será o vencedor, uma vez que não farão parte do julgamento inicial.

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

Não caberá recurso para o julgamento da premiação.

Atenção: Se os autores desejarem que seus trabalhos sejam publicados no DST-JBDST, deverão submetê-los diretamente ao Jornal, obedecendo as Normas de Publicação. Submeter o trabalho para apresentação no congresso não é o mesmo que submetê-lo para publicação no DST-JBDST.

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

Deverão ser enviados uma cópia do manuscrito e o texto em CD.

A data limite para envio (SEDEX) é 30 de junho de 2008 (data da postagem). O endereço é: Eventoall Organização de Eventos Ltda., Rua T-50, nº 1473 Qd. 68 Lt. 01 – St. Bueno, Goiânia- Goiás. CEP: 74.215-200

Prêmio: **Diploma de Melhor Trabalho Completo** apresentado nos Congressos DST 7/Aids 3, outorgado pela SBDST e a quantia de R\$2.000,00 (dois mil reais).

CONCEITOS E NORMAS PARA AS ATIVIDADES DO CONGRESSO

- **Conferência:** A conferência caracteriza-se por ser uma preleção pública de interesse para grupos específicos. O conferencista, geralmente profundo conhecedor do assunto, fala por tempo limitado e pode utilizar recursos midiáticos. Sem perguntas da platéia. O presidente abre a sessão, apresenta o conferencista e fala rapidamente sobre a importância do tema (2 minutos). Controla o tempo do conferencista e, após a conferência, encerra a atividade.
 - 01 conferencista e 01 presidente
 - Tempo: 50 minutos
 - Público: aberto
- **Curso (pré-congresso):** No curso pré-congresso aborda-se um assunto enfocando aspectos teóricos e práticos de forma bastante completa. Trata-se de uma capacitação especializada mais teórica que a oficina.
 - 02 coordenadores, 01 secretário e os apresentadores dos temas. O tempo de cada apresentação varia de acordo com o curso e com o tema abordado.
 - Tempo: 4 ou 8 horas
 - Público: pré-inscrito
- **Curso (intra-congresso):** No curso intra-congresso aborda-se um assunto enfocando aspectos teóricos e práticos de forma bastante completa. Trata-se de uma capacitação especializada mais teórica que a oficina.
 - 02 coordenadores, 01 secretário e os apresentadores dos temas. O tempo de cada apresentação varia de acordo com o curso e com o tema abordado.
 - Tempo: 3 horas (01 hora por dia)
 - Público: pré-inscrito
- **Fórum:** O fórum é uma atividade aberta aos congressistas e em recinto amplo, que permita aos interessados debater com liberdade seus pontos de vista sobre o tema em pauta (geralmente um tema de interesse coletivo). Em um fórum existe sempre a presença de um coordenador que, além de abrir os trabalhos, apresentar os participantes e encerrar a sessão, tem o papel fundamental de colher as diferentes opiniões provenientes das discussões, idéias e sugestões apresentadas para, junto com o relator, elaborar as conclusões do fórum, que deverão ser baseadas na opinião da maioria. Estas conclusões deverão ser apresentadas aos participantes pelo relator e constituirão o corpo do documento final.
 - 01 coordenador, 01 secretário, 01 relator e participantes com temas específicos (até 06)
 - Tempo máximo: 3 horas
 - Público: aberto
- **Mesa Redonda:** Na mesa redonda os palestrantes são apresentados ao público pelo coordenador que faz a introdução rápida do tema título da mesa redonda. Em tempo pré-estipulado e em seqüência, os palestrantes expressam suas opiniões de espe-

cialistas na área. Após as apresentações os componentes da mesa recebem perguntas da platéia (orais e escritas), sob a tutela do coordenador que tem a função de estimular a platéia e manter as perguntas em torno do tema título da atividade. O coordenador encerra e faz a conclusão da mesa redonda.

- 03 palestrantes, 01 coordenador (abre os trabalhos, faz a introdução do tema, coordena a discussão e faz a conclusão e encerramento) e 01 secretário (que controla o tempo)
 - Tempo: 1h30min (20 minutos para cada palestrante e 25 minutos para discussões e respostas às perguntas)
 - Público: aberto
- **Oficina:** A oficina é uma atividade cujo objetivo é promover treinamento especializado a respeito de uma técnica ou abordagem prática. Essa atividade conta com a presença de um coordenador e de instrutores ou facilitadores.
 - 01 coordenador, 01 secretário e instrutores ou facilitadores (no máximo 06)
 - Tempo máximo para oficinas: 3h
 - Público: previamente inscrito, normalmente em torno de 30 a 40 pessoas
- **Ponto e Contraponto:** O ponto e contraponto é uma atividade que focaliza um tema polêmico, cuja abordagem prática permite condutas diferentes e que geram controvérsias. O tema é abordado por dois expositores que, sabidamente, defendem pontos de vista diferentes sobre o tema título da atividade (geralmente, “a favor” e “contra”). A platéia participa através de inscrições (03 intervenções “a favor” e 03 intervenções “contra”). Não é necessário se obter consenso ou conclusões sobre as discussões. O coordenador faz a apresentação dos expositores, media as discussões e encerra a atividade.
 - 02 expositores, 01 coordenador e 01 secretário
 - Tempo: 1h10min (20 minutos para cada expositor, 20 minutos para intervenções da platéia e 5 minutos para cada expositor apresentar as considerações finais)
 - Público: aberto
- **Pôsteres:** Serão apresentados os pôsteres na forma de exposição gráfica. Os pôsteres serão pré-aprovados por uma comissão especificamente designada para esta tarefa. Os expositores apresentam seus pôsteres (nos padrões pré-estabelecidos e tiram as dúvidas da platéia) em horário definido pela Comissão Organizadora do evento. Os pôsteres ficarão expostos durante todo o dia pré-determinado para serem apresentados.
 - 03 membros da Comissão Científica responsável pelos Pôsteres farão questionamentos sobre eventuais dúvidas a respeito do conteúdo de cada trabalho em horários pré-estabelecidos.
 - Tempo: Durante todo o dia
 - Público: aberto
- **Sessões de temas livres:** Nesta atividade serão apresentados os trabalhos na modalidade oral sob a supervisão de um coordenador. Os trabalhos apresentados deverão ser pré-aprovados por uma comissão especificamente designada para esta tarefa. Os expositores fazem suas apresentações (nos padrões pré-estabelecidos e deverão estar preparados para sanarem as dúvidas da platéia).
 - 01 coordenador e 01 secretário e os expositores (05)
 - Tempo máximo: 01 hora (10 minutos para cada expositor, 5 minutos para discussão de cada trabalho)
 - Público: aberto
- **Sessões interativas:** Nas sessões interativas discutem-se temas específicos utilizando recurso midiático, onde os participantes respondem questões sobre determinada situação clínica utilizando um sistema eletrônico capaz de computar o percentual de respostas permitindo à platéia uma análise comparativa de seus conhecimentos. Nestas sessões são apresentados casos clínicos por especialistas (expositores) naquele determinado campo de conhecimento nos quais se inserem os casos clínicos. Estas atividades são coordenadas de forma pró-ativa, motivando objetivamente a platéia.
 - 01 coordenador, 01 secretário e os expositores (03 a 04)
 - Tempo: 1h30min
 - Público: Aberto
- **Simpósio:** Apresentação de vários expositores que tratam de sub-temas específicos relativos a um tema comum. Nesta atividade os temas são abordados de forma bastante aprofundada e trazer informações atualidades sobre os mesmos. O coordenador do simpósio apresenta os expositores, coordena a discussão e encerra a sessão.
 - 04 expositores, 01 coordenador e 01 secretário
 - Tempo: 2h30min (30 minutos para cada expositor, 30 minutos para intervenções da platéia);
 - Público: aberto
- **Workshop:** O workshop é uma atividade aberta aos congressistas e em recinto amplo, que permita aos interessados debater com liberdade seus pontos de vista sobre o tema em pauta (geralmente um tema de interesse coletivo). O coordenador abre os trabalhos, apresenta os participantes, determina a forma de participação dos expositores e organiza a discussão. Não há necessidade de elaborar documento síntese da atividade.
 - 01 coordenador, 01 secretário e participantes com temas específicos (até 06)
 - Tempo máximo: 4 horas
 - Público: aberto



Sociedade Brasileira de SBDST Doenças Sexualmente Transmissíveis

Ficha de Sócio

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

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

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

Instituição de Trabalho: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

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

Cargo/Função: _____

Obs.: _____

VALOR DA ANUIDADE: R\$ 100,00

Assinatura: _____

IMPORTANTE:

- Este valor inclui a assinatura do **DST-JBDST**, com direito a receber gratuitamente, em seu domicílio, todos os números publicados no período de sua anuidade (em geral 4 exemplares) e atividades científicas com preços especiais.
- Enviar **cheque nominal e cruzado** para a **Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis**
Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - CEP: 24230-150
- **Se residente em Estado que possui Regional, enviar o pagamento para a mesma:**
 - 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, DPTOGO, Av. Mutirão, 2653 - Setor Marista - Goiania - GO - CEP: 74155-020 - A/C Dra. Rosane Alves
 - PARÁ:** ABCDST-PA - Av. Gov. José Malcher, 168/313, Nazaré, Belém, PA. CEP: 66035-100 - A/C Dr. Jorge Vaz
 - 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



Mais do que conhecimentos, precisamos de atitudes

Em 1905, os pesquisadores alemães Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann descreveram o *Treponema pallidum* como o agente causador da sífilis. Já no ano seguinte, o bacteriologista August Paul von Wassermann desenvolveu a primeira sorologia para a doença, conhecida como Sorologia de Lues. Embora seu tratamento seja uma realidade há pelo menos 60 anos, a sífilis se mantém como um sério problema de saúde pública entre nós.

Em 2 de junho de 2004, a Regional Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de DST, em conjunto com a Associação Latino Americana e Caribenha para o Controle das DST, a Associação Médica Fluminense, a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro (FEBRASGO) e a Eliminasífilis promoveram, com o patrocínio do Programa Nacional de DST/AIDS, o evento científico *Infectogin-Niterói*. No encontro, foi lançado o *Documento de Niterói*,

versando sobre o compromisso para a eliminação da sífilis congênita no país. Entre os objetivos do movimento, constava a instituição do dia de combate à doença, a ser fixado no terceiro sábado de outubro de cada ano.

Neste sentido, atividades foram realizadas em várias cidades brasileiras nos anos 2004 e 2005, mas, apesar de importantes, as iniciativas se deram ainda de forma acanhada. O movimento ganhou reforço com a oficialização da data pela Sociedade Brasileira de DST, pela Eliminasífilis e pela Febrasgo durante o *VI Congresso da SBDST* e o *II Congresso Brasileiro de Aids*, promovidos em setembro de 2006, em Santos.

Tal esforço visa ampliar o debate nos vários segmentos da sociedade a fim de diminuir o estigma em relação às DST. É preciso tornar a sífilis mais visível, para que a população a entenda como um problema que diz respeito a todos, contribuindo

para o alcance da eliminação da sífilis congênita no Brasil.

A programação geral em cada cidade que aderir – tendo o apoio do Programa Nacional, Estaduais e Municipais de DST/AIDS – deve compreender atividades voltadas para os profissionais de saúde (palestra, simpósio, seminário) e para estudantes do Ensino Fundamental, Médio e Superior, além de ações que atinjam a população em geral (passeata, distribuição de folhetos, fixação de postos de distribuição de material em locais públicos, como praças e em estações rodoviárias). Deve-se, ainda, buscar o apoio de divulgação junto à mídia.

Um Projeto de Lei do Deputado Federal Chico D'Angelo (Niterói-RJ), já aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família, está tramitando na Câmara dos Deputados, em Brasília, com intuito de criar, por lei federal, o Dia Nacional de Combate à Sífilis Congênita. ■

Teste os seus conhecimentos sobre transmissão vertical

1 - Qual a porcentagem de transmissão vertical (TV) do HIV em gestante sem qualquer tipo de acompanhamento?

- a) 10%
- b) 30%
- c) 50%
- d) 70%
- e) > 95%

2 - Qual a porcentagem de casos de sífilis congênita em gestantes com diagnóstico de sífilis recente sem qualquer tipo de acompanhamento?

- a) 10%
- b) 30%
- c) 50%
- d) 70%
- e) > 95%

3 - Qual a porcentagem de TV em gestantes com TARV para HIV antes, durante e depois de parto?

- a) < 2%
- b) 10%
- c) 25%
- d) 40%
- e) 70%

4 - Qual a porcentagem de abortamento, natimorto ou neomorto de concepto nascido de mãe com sífilis recente tratada durante a gestação?

- a) < 2%
- b) 10%
- c) 25%
- d) 40%
- e) 70%

5 - Quem é o primeiro médico de uma criança?

- a) Médico Pediatra.
- b) Médico que faz o parto.
- c) Médico que atende o RN no berçário.
- d) Médico que faz o pré-natal.
- e) Médico que acompanha a criança no Posto.

6 - O que se considera gestante com sífilis adequadamente tratada?

- a) Tratada com penicilina (esquema próprio para a fase).
- b) Tratada há mais de quatro semanas do parto.
- c) Parceiro sexual tratado.
- d) Título do VDRL descreceu 4X ou negativou em seis meses.
- e) Clinicamente curada.
- f) Todas acima estão corretas.