

SUMÁRIO – CONTENTS

EDITORIAL

DST, HPV E EQUIDADE NA ATENÇÃO.....	51
<i>Mauro RL Passos</i>	

ARTIGOS / ARTICLES

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM UM GRUPO DE PORTADORES DE HIV.....	53
<i>EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN A HIV CARRIERS' GROUP</i> <i>Fernanda G Souza, Irene C Kulkamp, Dayani Galato</i>	
COMPARACIÓN DE CALIDAD DEL PAPEL DE FILTRO HAHNEMUEHLE FP2992 CON EL WHATMAN (S&S) 903 EN LA CONSERVACIÓN DE LA SANGRE SECA PARA EL ESTUDIO POBLACIONAL DE ANTICUERPOS HIV 1+2.....	56
<i>COMPARISON OF QUALITY BETWEEN HAHNEMUEHLE 2992 AND SCHLEICHER & SCHUELL 903 FILTER PAPER, IN THE PRESERVATION OF DRIED BLOOD FOR THE POPULATION STUDY OF HIV 1+2 ANTIBODIES</i> <i>Juan FB Gómez, Antonio JW de Castro, Jordi Martí, Sydney Prates, Marco AO Appolinário, Áquila Oliveira</i>	
COMPORTAMENTO SEXUAL E DE RISCO PARA DST E GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES.....	60
<i>SEXUAL BEHAVIOR AND RISK FOR STD AND PREGNANCY AMONG TEENAGERS</i> <i>Geisiane Custódio, Andrew M Massuti, Fabiana Schuelter-Trevisol, Daisson José Trevisol</i>	
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: CONHECIMENTO DE ALUNOS DO ENSINO MÉDIO.....	65
<i>SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES: KNOWLEDGE OF STUDENTS OF MEDIUM TEACHING</i> <i>Sônia Maria J Santos, Jailson Alberto Rodrigues, Wendell S Carneiro</i>	
O TESTE RÁPIDO PARA HIV EM MATERNIDADES: A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	71
<i>THE FAST TEST FOR HIV IN MATERNITIES: THE VISION OF THE HEALTH PROFESSIONALS</i> <i>Carla Luzia F Araújo, Simone Lins, Vanessa D Bastos</i>	
PERFIL SEXUAL E FREQUÊNCIA DE INFECÇÕES GENITAIS EM ADOLESCENTES ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA.....	78
<i>SEXUAL PROFILE AND FREQUENCY OF GENITAL INFECTIONS IN TEENAGERS TREATED IN THE UNIVERSITY CLINIC</i> <i>Luana R Souza, Andréa S Filgueiras, Artur BT Silva, Roberta R Souza, Helena Lucia B Reis, Gesmar V Herdy, Louise AR Paixão, Marilda Andrade, Phillippe Godefroy, Martinha Calderaro, Dennis C Ferreira</i>	
CO-INFECÇÃO HIV/TUBERCULOSE (MAL DE POTT) – UM ESTUDO DE CASO.....	83
<i>COINFECTION HIV/TUBERCULOSIS (POTT'S DISEASE) – A CASE STUDY</i> <i>Karla Carolina S Ribeiro, Katyara Mylena SR Lima, Aleyde D Loureiro</i>	
PACIENTES HIV-POSITIVO NÃO PROGRESSORES EM LONGO PRAZO: DOIS CASOS.....	87
<i>LONG-TERM NONPROGRESSORS HIV-INFECTED PATIENTS: TWO CASES</i> <i>Alberto S Tibúrcio</i>	

INFORME TÉCNICO

NORMAS DE PUBLICAÇÃO - INSTRUÇÕES AOS AUTORES.....	91
--	----

DST, HPV e Equidade na Atenção

Não há mais dúvidas de que a infecção por HPV é uma doença sexualmente transmissível das mais incidentes e prevalentes, em todo o mundo, acometendo homens e mulheres de todas as classes socioeconômicas.

Não há mais dúvidas de que já passou a hora de se oferecer equidade na atenção às doenças transmissíveis, deixando de se priorizar apenas algumas, entre elas a aids, para dar cobertura ampla à saúde sexual e reprodutiva.

Não há mais dúvidas de que as vacinas estão entre os maiores benefícios para o bem-estar da espécie humana, como também de vários outros animais que nos cercam, como bovinos, aves, equinos...

Não há mais dúvidas de que as vacinas profiláticas contra os HPV causadores de verrugas e neoplasias anogenitais são altamente eficazes (acima de 90% para verruga e mais de 70% para as neoplasias) e estão disponíveis em todo o mundo, desde 2006.

Não há mais dúvidas de que, havendo uma vacina profilática contra o HIV, com eficiência de pelo menos 30%, esta será imediatamente distribuída de forma gratuita pela rede pública, especialmente no Brasil.

Não há mais dúvidas de que, para o HIV, as ações públicas e das ONG, no Brasil, estão entre as melhores do mundo, havendo, inclusive, reconhecimento da comunidade científica e de políticos mundiais. Todavia, não há mais dúvidas de que estes mesmos setores, nas ações contra as clássicas DST, estão mais para o fracasso do que para a boa atenção. Não lutam com a mesma disposição e tampouco são ativos como o são para a infecção pelo HIV (prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, direitos humanos, inserção social...). Pregam a luta contra as desigualdades de gênero, contra a homofobia, contra a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV, lutam pela disponibilidade gratuita e universal de meios de diagnóstico e de tratamentos medicamentosos clássicos e em estudos, mas muito pouco fazem diante da sífilis, da clamídia, das vaginites, do HPV...

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, pelo menos 4.000 mulheres morrem, a cada ano no Brasil, por câncer do colo do útero. Entretanto, de acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde, são mais de 8.000 mortes.

Temos vacina para este e para outros males que o HPV causa, mas os gestores públicos emitem documentos dizendo que são necessários mais estudos quanto à eficácia em nosso meio.

O governo da Austrália, por exemplo, já vacinou, desde 2007, gratuitamente, mais de 80% das adolescentes das suas principais

idades. Pesquisadores australianos já mostram importantes reduções de doenças (verrugas e neoplasias) em mulheres e homens com até 28 anos de idade. Será que as dezenas de estudos publicados em diversos periódicos científicos mundiais, incluindo brasileiros, não são válidas para o Brasil?

Alguns dados sobre a transmissibilidade do HPV:

- A probabilidade de transmissão de HPV por ato sexual varia de 5 a 100%, com mediana de 40% (Burchell et al. Modeling the sexual transmissibility of human papillomavirus infection using stochastic computer simulation and empirical data from a cohort study of young women in Montreal, Canada. *Am J Epidemiol* 2006; 163(6): 534-43).
- A transmissão de HPV de homem para mulher é de 60% para o HPV 16 (Barnabas et al. Epidemiology of HPV 16 and cervical cancer in Finland and the potential impact of vaccination: mathematical modeling analyses. *PLoS Med* 2006; 3(5):e138).
- Setenta por cento (35/50) dos parceiros sexuais de mulheres infectadas por HPV foram positivos para HPV (Captura Híbrida II): 32% para “alto risco”; 14% para “baixo risco” e 24% para ambos (Nicolau SM et al. Human papillomavirus DNA detection in male sexual partners of women with genital human papillomavirus infection. *Urology* 2005; 65(2); 251-5).
- Lesões planas do pênis: a infecção “invisível” ligada à transmissão do papilomavírus humano (Bleeker MC et al. Flat penile lesions: the infectious “invisible” link in the transmission of human papillomavirus. *Int J Cancer* 2006;119(11):2505-12.62).

Conhecendo as altas taxas de transmissibilidade do HPV e as experiências traumáticas (para não dizer hediondas) que inúmeras pessoas (a maioria do sexo feminino) enfrentam, tais como violência sexual e estupro, desejamos registrar, também, a nossa indicação de vacinação contra o HPV nesses casos, em adição à rotina amplamente divulgada.

Com esses conhecimentos e com essas atitudes, para nós, a atenção fica mais próxima de ser equânime.

MAURO ROMERO LEAL PASSOS

Professor Associado, Chefe do Setor de DST
da Universidade Federal Fluminense
Editor-chefe do JBDST

Equity for STD and HPV Attention

There are no more doubts that HPV is a sexually transmitted disease of most incidence and prevalence around the world, infecting men and women of all social and economic classes.

There are no more doubts that time has already past for the equity in the attention to sexually transmitted diseases, not prioritizing some of them, AIDS amongst them, to widely cover sexual and reproductive health.

There are no more doubts that vaccines are amongst the most important benefits for the welfare of the human species, as well as of several other animals, as bovine, birds, equine...

There are no more doubts that prophylactic vaccines against HPV that causes warts and anogenital neoplasia are highly effective (above 90% for warts and above 70% for neoplasia), and are available throughout the world since 2006.

There are no more doubts that a prophylactic vaccine against HIV, with 30% efficiency, is being freely distributed by public assistance, specially in Brazil.

There are no more doubts that the public and NGO actions for HIV, in Brazil, are amongst the best in the world, recognized by the scientific community and politicians as well. However, there are no more doubts that these same segments are not being effective in their attention to classic STD. They are not fighting with the same strenght nor are active when HIV infection is concerned (prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, human rights, social insertion...). They claim against gender inequality, against homophobia, against women vulnerability to HIV infection, fight for free and universal availability of the diagnosis means and classic drug treatments, but act very weakly when syphilis, chlamydia, vanigites, HPV are concerned.

According to the Cancer National Institute, at least 4,000 women die every year, in Brazil, with cervical cancer. However, according to the World Health Organization there are over 8,000 deaths.

We have vaccines against those and other diseases caused by HPV, however public assistance divulge documents informing that more studies are necessary on the efficacy in our means.

Australian government, for example, has already freely immunized, since 2007, more than 80% of teenagers in the main cities of that country. Australian researchers already show a significant

decrease of diseases (warts and neoplasia) in men and women under 28 years. Are dozens of studies published in several scientific literature around the world not valid for Brazil?

Following, some data on HPV transmission:

- HPV transmission probability during sexual intercourse varies from 5% to 100%, with an average of 40% (Burchell et al. Modeling the sexual transmissibility of human papillomavirus infection using stochastic computer simulation and empirical data from a cohort study of young women in Montreal, Canada. *Am J Epidemiol* 2006; 163(6): 534-43).
- HPV transmission from man to woman is of 60% for HPV 16. (Barnabas et al. Epidemiology of HPV 16 and cervical cancer in Finland and the potential impact of vaccination: mathematical modeling analyses. *PLoS Med* 2006; 3(5):e138).
- Seventy per cent (35/50) of sexual partners of HPV infected women were positive for HPV. (Captura Híbrida II): 32% for "high risk"; 14% for "low risk"; and 24% for both. (Nicolau SM et al. Human papillomavirus DNA detection in male sexual partners of women with genital human papillomavirus infection. *Urology* 2005; 65(2); 251-5).
- Flat penile lesions: the infectious "invisible" link in the transmission of human papillomavirus (Bleeker MC et al. Flat penile lesions: the infectious "invisible" link in the transmission of human papillomavirus. *Int J Cancer* 2006;119(11):2505-12.62).

Knowing the high taxes of HPV transmission and the distressing experiences (not to say hideous) of countless people (mostly women) have to face, such as sexual abuse and rape, we must also indicate the vaccination against HPV in thoses cases, besides the widely informed routine.

We consider that these knowledge and attitudes, the referred attention becomes closer to equity.

MAURO ROMERO LEAL PASSOS

Associate Professor, Universidade Federal Fluminense STD

Division Chief

JBDST Editor-in-chief

AValiação da Qualidade de Vida em um Grupo de Portadores de HIV

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN A HIV CARRIERS' GROUP

Fernanda G Souza¹, Irene Clemes Kulkamp¹, Dayani Galato¹

RESUMO

Introdução: atualmente, a qualidade de vida teve os seus conceitos ainda mais ampliados, devido especialmente às doenças crônicas. A Organização Mundial da Saúde desenvolveu então um instrumento universal para a avaliação da qualidade de vida, o WHOQOL-abreviado, um instrumento na versão abreviada do WHOQOL-100. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida dos portadores de HIV. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa transversal exploratória sobre qualidade de vida de 40 pacientes portadores de HIV, utilizando como instrumento de pesquisa o WHOQOL-abreviado. **Resultados:** a avaliação geral da qualidade de vida foi de 65,0%. Houve significância entre QV2 com o grupo que possuía reações adversas aos antirretrovirais (0,0391) em relação àquele que não manifestava, com o grupo que apresentava doenças oportunistas progressivas (0,0272) e também com o grupo que apresentava doenças oportunistas atuais (0,0086). **Conclusão:** verificou-se que as reações adversas aos medicamentos e as doenças oportunistas influenciam negativamente a qualidade de vida, o que pode ser modificado com o uso racional dos medicamentos e com o acompanhamento multiprofissional a estes pacientes.

Palavras-chave: qualidade de vida; HIV; antirretroviral; WHOQOL-abreviado, DST

ABSTRACT

Introduction: nowadays the quality life had its concepts enlarged especially because of the chronic diseases. The World Health Organization organized a universal quality of life instrument, the WHOQOL-bref, this instrument was developed by WHOQOL-100. **Objectives:** the objective was to evaluate the HIV carriers' quality of life group. **Methods:** it is a transversal study based on interview technique using WHOQOL-bref instrument. Forty HIV carriers' were interviewed. **Results:** the quality of life average was of 65.0%. There is significance between QV2 and the group presents adverse reactions by antiretrovirals (0.0391), the regress opportunistic diseases group (0.0272) and the actual opportunistic diseases (0.0086). **Conclusion:** it was verified that the adverse reactions to the medicine and to the opportunistic diseases have influenced negatively in the quality of life, this situation can be different when existing the rational use drugs and the following of patient by health equip.

Keywords: life quality; HIV; antiretrovirals; WHOQOL-bref, STD

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a qualidade de vida teve os seus conceitos mais ampliados, envolvendo diferentes domínios¹. Esta avaliação tem sido crescentemente adotada para o acompanhamento de resultados clínicos, em especial de doenças crônicas. Neste contexto, os estudos de qualidade de vida em portadores de HIV/aids têm tido interesse da comunidade acadêmica^{2,3}.

Para a avaliação da qualidade de vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um instrumento universal (WHOQOL-100). Este instrumento possui 100 questões, o que muitas vezes o torna inadequado e cansativo⁴; devido a este fato foi criado o WHOQOL-bref, ou WHOQOL-abreviado, um instrumento de rápida aplicação, que consiste na versão abreviada do instrumento universal, e também foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS⁵.

Neste contexto, em um país com uma política exemplar de acesso ao tratamento de pacientes com HIV/aids⁶ existe a necessidade de realização de trabalhos que visem estudar a qualidade de vida nestes pacientes.

OBJETIVO

Desta forma, este trabalho teve por objetivo avaliar a qualidade de vida dos portadores de HIV e os fatores que a influenciam através da utilização do WHOQOL-bref.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa sobre qualidade de vida, que seguiu o modelo de estudo transversal exploratório, com pacientes portadores de HIV que frequentavam o Centro de Atendimento Especializado em Saúde (CAES).

Foi utilizado como instrumento de pesquisa o WHOQOL-bref, modelo proposto pela OMS⁷. Foram inseridas também perguntas relacionadas ao paciente, como idade, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação, e ao seu quadro clínico, como tempo de diagnóstico, o fato de usar ou não os antirretrovirais (ARV), a presença de doenças oportunistas atuais e progressivas, possuir outros problemas de saúde e utilizar outros medicamentos. Para os portadores em uso da medicação, coletaram-se as informações relacionadas com o número de medicamentos, número de doses, a adesão ao tratamento e a presença de reações adversas.

Os dados coletados foram organizados no programa EpiData e analisados com auxílio do Analysis (EpiInfo). Os resultados foram apresentados através da estatística descritiva e realizando-se teste de análise de variância e teste de comparação entre médias para avaliar a diferença dos resultados de qualidade de vida entre os subgrupos formados. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Este projeto possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL e está incluso no projeto de avaliação da adesão terapêutica de pacientes em tratamento com antirretrovirais (06.122.4.03.III.).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 40 pessoas com idades entre 20 e 58 anos (39,5 ± 8,35 anos). Destas, 60% eram mulheres e tinham em média

¹ Núcleo de Pesquisa em Atenção Farmacêutica e Estudos de Utilização de Medicamentos – Curso de Farmácia – Universidade do Sul de Santa Catarina.

aproximadamente 5,0 (\pm 3,6) anos de estudo. Entre os entrevistados, 52,7% possuíam relacionamento estável. Dos que responderam sobre a sua ocupação ($n = 30$) 40% referiram ser assalariados e 23,3%, aposentados ou pensionistas.

O tempo de diagnóstico da doença (detecção do HIV) variou de 2 meses a 20 anos, tendo em média 6,6 (\pm 5,5) anos. Dos entrevistados, 70,6% já tiveram doenças oportunistas, sendo que atualmente 31,4% possuem diagnóstico destas doenças. Quando indagados sobre outros problemas de saúde, 17 (45,9%) afirmaram possuir, no entanto, 20 (55,6%) referiram utilizar outros medicamentos além dos antirretrovirais. Estes medicamentos são tanto de uso contínuo quanto de uso esporádico.

Dos entrevistados, 77,5% (31) utilizavam dois a cinco medicamentos antirretrovirais ($2,6 \pm 0,9$ medicamentos), o número de doses referido ao dia variou de três a oito ($4,0 \pm 1,43$ doses). Quanto à adesão, observou-se que 27 (96,4%) referiram aderir ao tratamento corretamente, no entanto, entre estes mesmos pacientes, seis (20,7%) referiram atraso na retirada da medicação e dez (34,5%) afirmaram ter esquecido pelo menos uma dose nos últimos 15 dias.

Os dados de avaliação da qualidade de vida estão apresentados na **Tabela 1**. Para realizar as análises de variâncias entre os resultados de qualidade de vida geral (QV1), satisfação com a saúde (QV2) e os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), dividiram-se os entrevistados em grupos, para gênero, idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, uso ou não de antirretrovirais, número de ARV, quantidade de doses dos medicamentos para HIV, presença de reações adversas, adesão ao tratamento ARV (calculado por doses esquecidas nos últimos 15 dias e por atraso na retirada da medicação), doenças oportunistas (pregressas e atuais), presença de outros problemas de saúde, uso de outros medicamentos e quantidade de outros medicamentos em uso. Dados estes apresentados na **Tabela 2**.

DISCUSSÃO

Na análise dos diferentes domínios de qualidade de vida, todos os domínios apresentaram comprometimentos, o que sugere que esta doença conduz a um comprometimento global da vida de seus portadores. Quando avaliados individualmente os domínios, identificaram-se os menores valores nos domínios físico e psicológico, provavelmente devido à fragilidade física e emocional que o portador desta doença apresenta, o que também tem sido destacado no trabalho de Seidl e colaboradores³.

Não houve diferenças significativas entre os resultados obtidos nos distintos domínios, bem como entre a maioria dos vários grupos formados. Santos e colaboradores⁸ identificaram diferenças significativas, não ocorridas neste trabalho, entre gêneros, cor de pele, escolaridade, renda e tempo de diagnóstico com os resultados da avaliação da qualidade de vida. Da mesma forma que no presente trabalho, estes mesmos autores⁸ não identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os domínios de qualidade de vida, uso de antirretrovirais e idade.

A existência de diferença significativa foi verificada na análise de variância entre a avaliação geral de saúde com a presença de reações adversas aos medicamentos. Isto pode estar conexo ao fato de que as mesmas estão relacionadas com a insatisfação com a saúde. Neste caso, a satisfação pela saúde seria melhorada em parte com a ausência das reações provocadas pelos antirretrovirais. Estas reações podem ser amenizadas ou reduzidas com a adoção de cuidados na administração dos medicamentos, ou mesmo com a substituição dos mesmos.

Galvão e colaboradores⁹ afirmam, em seu trabalho, que diversos estudos apontam que a qualidade de vida dos pacientes com infecção por HIV vem sendo modificada a partir da instituição de novos ARV. No entanto, as reações adversas dos mesmos são apontadas como fatores que diminuem a qualidade de vida. Além de que as reações adversas podem dificultar a adesão ao tratamento antirretroviral¹⁰, o que está relacionado com o desenvolvimento de cepas resistentes e também com o aparecimento de doenças oportunistas.

Outro dado relevante desta pesquisa é o fato de que as doenças oportunistas, secundárias à aids e provocadas pela falta de imunidade do organismo, também são pontos importantes que geram diminuição na qualidade de vida, em especial na satisfação com a saúde, podendo ser amenizadas com a adesão aos antirretrovirais, com medicamentos profiláticos e melhores condições de vida (alimentação, ambiente)¹. No entanto, cabe ressaltar que a adesão ao tratamento com estes medicamentos é algo bastante complexo e que muitas vezes tem valores bastante baixos, como apresentado em outros estudos realizados na região Sul do Brasil^{11,12}.

CONCLUSÃO

Estes resultados apontam para a necessidade de garantir o uso racional dos medicamentos, de maneira a obter a diminuição das

Tabela 1 – Valores obtidos dos diferentes domínios do WHOQOL-bref

Domínio	Itens	Média (\pm DP) %	Varição	p^1
Avaliação geral da qualidade de vida (QV1)	1	65,0 (\pm 27,03)	0-100	0,4124
Satisfação com a saúde (QV2)	1	60,0 (\pm 25,19)	0-100	0,9967
Físico	7	58,6 (\pm 28,35)	0-100	0,8185
Psicológico	6	58,6 (\pm 28,58)	0-100	0,8193
Relações sociais	3	64,7 (\pm 25,03)	0-100	0,4241
Meio ambiente	8	59,8 (\pm 25,31)	0-100	0,9694
Total	26	60,0 (\pm 26,98)	0-100	—

Score bruto entre 0 e 100. DP = desvio-padrão; 1. teste t de Student.

Tabela 2 – Resultados das análises de variância (*p*) para os grupos formados e qualidade de vida

Grupos Analisados	QV1	QV2	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
Gênero	0,9059	0,1260	0,7970	0,3372	0,3972	0,7699
Idade (≤ 40 e > 40 anos) ¹	0,1293	0,1910	0,9365	0,0784	0,9504	0,7531
Escolaridade (≤ 4 e > 4 anos)	0,1836	0,8291	0,7019	0,7630	0,9805	0,8997
Tempo de diagnóstico (≤ 60 e > 60 meses)	0,8263	0,6778	0,6520	0,5681	0,7637	0,2865
Usa TARV ²	0,8366	0,5543	0,9300	0,7252	0,9659	0,8749
Número de ARV ³ (= 2 e > 2)	0,9038	0,6742	0,7776	0,9016	0,9881	0,8339
Número de doses de ARV (= 3 e > 3)	0,3884	0,7947	0,9971	0,8575	0,5819	0,7703
Adesão referida (medida por dose esquecida)	0,6154	0,1591	0,8643	0,6489	0,6626	0,6595
Adesão referida (atraso na retirada da medicação)	0,1586	0,6401	0,8538	0,5259	0,9650	0,6686
Presença de RAM ⁴	0,5868	0,0391*	0,9999	0,9132	0,8324	0,5503
Presença de doenças oportunistas pregressas	0,2308	0,0272*	0,9688	0,8559	0,9844	0,7928
Presença de doenças oportunistas atuais	0,4040	0,0086*	0,5616	0,5456	0,1995	0,2818
Presença de outros problemas de saúde	0,2854	0,4639	0,7678	0,6508	0,4140	0,6680
Utiliza outros medicamentos	0,2025	0,1696	0,7913	0,6756	0,3814	0,2869
Número de outros medicamentos que utiliza (≤ 2 e > 2)	0,5862	0,7448	0,9444	0,6555	0,4940	0,8146

1. Os grupos foram divididos com base na mediana da amostra estudada. 2. TARV = terapia antirretroviral; 3. ARV = antirretroviral; 4. RAM = reação adversa ao medicamento; * significante $p < 0,05$.

reações adversas e, conseqüentemente, a maior adesão terapêutica e a menor ocorrência de doenças oportunistas. Uma das possibilidades para alcançar estes resultados, vislumbrada pelos pesquisadores, é o acompanhamento destes pacientes por uma equipe multiprofissional engajada em estratégias para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento, como apresentado em diversos trabalhos, e que perpassa o acolhimento psicossocial.

Agradecimentos

À equipe de saúde que atua no Centro de Atendimento Especializado em Saúde, em que a pesquisa foi realizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guaragna BFP, Ludwig MLM, Cruz ALP, Graciotto A, Schatkoski AM. Implantação do programa de adesão ao tratamento de HIV/aids: relato de experiência. *Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre* 2007; 27(2): 35-38.
- Canini SRMS, Reis RB, Pereira LA, Gir E, Pelá NTR. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/aids: uma revisão da literatura. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2004; 12(6): 940-945.
- Seidl EMF, Zannon CMLC, Trócoli BT. Pessoas vivendo com HIV/aids: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia, reflexão e crítica* 2005; 18(2): 188-195.
- Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 33-38.
- Fleck MP, Lousada S, Xavier M et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública* 2000; 34(2): 178-183.
- Oliveira MA, Esher AFSC, Santos EM, Cosendey MAE, Luiza VL, Bermudez JAZ. Avaliação da Assistência Farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/aids no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(5): 1429-1439.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) [online] 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html> Acessado em: 26/03/2009.
- Santos ECM, França Jr I, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids em São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41(S2): 64-71.
- Galvão MTG, Cerqueira A, Marcondes-Machado J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/aids através do Hat-Qol. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(2): 430-437.
- Souza F, Mello RS, Galato D. Percepção de pacientes com HIV sobre o uso de enfuvirtida: estudo de casos realizados em um Centro de Saúde de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Farmácia* 2008; 89(4): 308-310.
- Blatt CR, Citadin CB, Souza FG, Mello RS, Galato D. Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município do Sul do Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2009; 42(2): 131-136.
- Kluthcovsky ACGC. Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto 2005; Ribeirão Preto, SP.

Endereço para correspondência:

DAYANI GALATO
Avenida José Acácio Moreira, 787
Dehon – Tubarão – SC
CEP: 88704-900
Tel. FAX: (048) 3621-3284
E-mail: dayani.galato@unisol.br

Recebido em: 26.09.2009

Aprovado em: 14.11.2009

COMPARACIÓN DE CALIDAD DEL PAPEL DE FILTRO HAHNEMUEHLE FP2992 CON EL WHATMAN (S&S) 903 EN LA CONSERVACIÓN DE LA SANGRE SECA PARA EL ESTUDIO POBLACIONAL DE ANTICUERPOS HIV 1+2

COMPARISON OF QUALITY BETWEEN HAHNEMUEHLE 2992 AND SCHLEICHER & SCHUELL 903 FILTER PAPER, IN THE PRESERVATION OF DRIED BLOOD FOR THE POPULATION STUDY OF HIV 1+2 ANTIBODIES

Juan F Bencomo Gómez¹, Antonio JW Castro², Jordi Martí³, Sydney Prates⁴, Marco AO Appolinário⁵, Áquila Oliveira⁶

RESUMEN

Introducción: el papel de filtro (PF) como alternativa para la colecta de las muestras de sangre muestra cada día mayor interés en los investigadores y asistentes de salud que buscan mejorar los programas de pesquiasaje masivo de la población. Muchos autores desde la apertura esta posibilidad en el siglo pasado iniciaron sus proyectos con la conservación de la muestra de sangre seca para estudios masivos neonatales. Desde los inicios desde siglo se han acrecentando los estudios y posibilidades para ampliar los estudios epidemiológicos de apoyo a la atención primaria de salud. **Objetivo:** valorar la calidad del papel de filtro (Hahnemuehle 2992) para la colecta de muestras de sangre para el tamisaje de anticuerpos HIV 1+2, como alternativa en la conservación de sangre seca en los laboratorios que usan esta alternativa y estrategia en los estudios de terreno. **Métodos:** fue realizado un diseño para el estudio comparativo de calidad entre el PF Schleicher & Schuell 903 que sirvió como patrón de Oro y el PF Hahnemuehle 2992, para la coleta y almacenamiento de muestras de sangre para el estudio de anticuerpos del virus HIV 1 y 2 con una técnica ELISA tipo Sándwich del subtipo O. Se compararon 150 señales de absorbancia del mismo número de muestras de mujeres embarazadas, previo consentimiento escrito, para registrar su semejanza estadísticamente según los procedimientos estadísticos del Test de Fisher y Student (Test T) con un valor de seguridad de $P > 0,05$. También se compararon los valores de absorbancia de los casos que resultaron positivos según el cutt off acertado para cada placa realizada y la influencia del hematocrito en los resultados en PF. Se calcularon los criterios de sensibilidad, especificidad y valor predictivo del universo total de 604 embarazadas incluidas en el estudio. **Resultados:** se encontró correspondencia entre los valores de especificidad, sensibilidad y valor predictivo positivo entre el procedimiento usando con los dos PF en el universo estudiado, así como los valores de $T = 0,008$ para el análisis de comparación de medias entre la absorbancia obtenida con los dos PF para de $P < 0,0001$. **Conclusión:** se concluye que la comparación del PF Hahnemuehle 2992 con el Schleicher & Schuell 903 para el estudio de muestras de sangre seca para la detección de anticuerpos de HIV 1+2 por ensayo ELISA es significativamente semejante y cuentan con la misma calidad.

Palabras claves: anticuerpos HIV 1+2, papel de filtro, placas ELISA, ETS

ABSTRACT

Introduction: the filter paper (dried blood spot-DBS) as an alternative for blood sample collection shows an increased interest of scientific investigators and health assistants that search to improve massive research programs of the population. Since the opening of this possibility in the last century, many authors started their projects using dried blood spots for massive neonatal studies. Since the beginning of this century, studies and possibilities are being increased using this alternative, enlarging the epidemiologic studies that support basic care on health. **Objective:** to assess the filter paper quality (Hahnemuehle 2992) for collecting blood samples for HIV 1+2 antibodies screening as an alternative to the conservation of dry blood in the laboratory using this alternative strategy and in camp studies. **Methods:** a design for a comparative study of quality between Schleicher and Schuell 903 paper- used as golden standard- and Hahnemuehle 2992 paper was realized, for the collection and storage of dried blood for the HIV 1+2 antibody study, using ELISA assay (sandwich, subtype O). A hundred and fifty (150) signals of absorbance of the same number of pregnant samples, with previous written consent, to register their similarity, using statistic procedures of the Test of Fisher and Student (test T) with a security value of $P > 0,05$. The absorbance values of the positive cases (according a settled cut off for each plate) and sensitivity were also compared, specificity and predictive value criteria were calculated on a total of 604 pregnant of the study. **Results:** it was detected correspondence of sensitivity, specificity and positive predictive values, in the procedures using the two types of filter papers, as well as the value of $T = 0,008$ for the analysis of the average comparison between the obtained absorbance with the two types to $P < 0,0001$. It was concluded that Hahnemuehle 2992 filter paper compared with Schleicher and Schuell 903 shows significantly similar and have the same quality for the detection of HIV 1+2 antibodies using ELISA test. **Conclusion:** it was concluded that Hahnemuehle 2992 filter paper compared with Schleicher and Schuell 903 shows significantly similar and have the same quality for the detection of total antibodies HIV 1 + 2 of using ELISA test.

Keywords: total antibodies HIV 1 + 2, filter paper, ELISA plates, STD

INTRODUCCIÓN

El papel de filtro (PF) como alternativa para la colecta de las muestras de sangre, muestra cada día mayor interés en los investigadores y asistentes de salud que buscan mejorar los programas

de pesquiasaje masivo de la población. Muchos autores desde el siglo pasado, encontraron en esta oportunidad una fórmula para sus proyectos con la conservación de la muestra de sangre seca para estudios masivos neonatales¹⁻⁷. Desde los inicios desde siglo, fueron consolidados internacionalmente estos programas neonatales y se inició la expansión de esta opción pre-analítica para colecta para muestras biológicas, buscando ampliar los estudios epidemiológicos que apoyan la atención primaria de salud⁸⁻¹⁸.

Las enfermedades infecciosas han ocupado en estos últimos años en todo el mundo, un lugar preferencial debido a que muchas de ellas, han sido incluidas en el grupo de enfermedades emergentes¹⁹⁻²¹. En la lucha por minimizar la incidencia y prevalencia de

¹ Doctor en Ciencias Médicas. Coordinador de BioMarc Instituto Vital Brazil. Rio de Janeiro.

² Médico, Master em Ciências Médicas. Director Presidente del Instituto Vital Brazil.

³ Ingeniero Químico, IQS. Parc Cientific de Barcelona. Barcelona. España.

⁴ Biólogo. BioMarc Instituto Vital Brazil. Rio de Janeiro.

⁵ Médico, Master em DST - UFF, BioMarc, Instituto Vital Brazil. Niteroi. RJ.

⁶ Técnica de Laboratório. BioMarc Instituto Vital Brazil. Rio de Janeiro.

estas enfermedades, especialmente aquellas que están ligadas a la transmisión sexual, se han buscado nuevos marcadores biológicos para la estrategia que la vigilancia epidemiológica aborda en los grupos de riesgo²²⁻²⁴.

Los pesquisajes de estos grupos de riesgo, seleccionándose desde etapas tempranas de la infección, e inclusive, antes de detectarse signo clínico alguno, forman parte de los estudios poblacionales donde cada día, la participación del laboratorio toma una dimensión insustituible. El control de personas supuestamente sanas, como son las embarazadas, los donantes de sangre y las personas que se incluyen dentro de la vigilancia epidemiológica poblacional, constituyen universos meta para la aplicación de tecnologías que seleccionan y diagnostican aquellas enfermedades que son más susceptibles a grupos de personas definidas.

El virus de la inmunodeficiencia humana "VIH" (*human immunodeficiency virus*) de la familia de los retrovirus, es el responsable por la aparición del AIDS (SIDA) pudiéndose presentar en dos subcategorías de virus HIV-1 y HIV-2⁹⁻¹⁰. Los modos de contaminación pueden ser por la transmisión sexual y vertical (madre-hijo), por transfusiones de sangre y por el control de los grupos poblacionales de riesgo, hasta el momento la educación sexual – educacional y los pesquisajes masivos con tecnologías de laboratorio que permitan establecer criterios de confiabilidad (sensibilidad y especificidad) han sido capaz de detener y reducir la epidemia en algunas partes del mundo²³⁻²⁴.

La limitante de calidad presentada en estos estudios de terreno ha sido la aplicación logística de la colecta de las muestras, su transportación y los métodos prácticos automáticos o semi-automáticos que garanticen la confiabilidad del sistema, fundamentalmente en lo relacionado con el flujo y reflujo de muestras y las informaciones de los resultados. El PF se ha convertido en una alternativa valiosa en la solución de estas dificultades.

Por esta razón se introducen surtidos de calidad en los proveedores internacionales del PF con variedades de cambios tecnológicos, sin embargo, la experiencia demuestra que solo su valoración técnica con patrones establecidos, con personal especializado es que pueden certificar su inclusión dentro del material a seleccionar cuando se quieren patronizar técnicas con este soporte. En este estudio se trata de valorar la calidad de un nuevo papel de filtro (Hahnemuehle 2992) que por su sencillez y precio competitivo puede aportar dividendos favorables en el mercado de consumo de los laboratorios que usan esta alternativa y estrategia en los estudios de terreno.

MÉTODOS

Se confeccionó un diseño de investigación para medir la calidad del PF Hahnemuehle (2 2992²⁵ pariendo de la calidad reconocida del Schleicher & Schuell 903²⁶ por su registro en la CDC²⁷, para a coleta e almacenamiento de muestras de sangre para el estudio de anticuerpos del virus HIV 1+2 del subtipo O con un ELISA Sándwich. El universo seleccionado para el estudio comparativo fueron 604 embarazadas en las que se tomaron muestras de PF y se calculó comparativamente la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo.

Se seleccionaron 128 mediciones de absorbancia procedentes de los resultados de los dos PF para calcular sus valores centrales y calcular su semejanza mediante la aplicación de Test T de comparación de medianas (Series apareadas). Se seleccionaron los valores de absorbancia obtenidos en las muestras de los casos que resultaron estar por encima del *cut off* para ambos PF y se compararon con el coeficiente de correlación simple para obtener la semejanza en exactitud.

Se calculó la estabilidad en ambos casos, así como se realizaron las pruebas de comprobación de estabilidad de los valores cuando las variaciones del volumen corpuscular es afectado, usando para ello la medición del hematocrito en tres niveles de valores: menos de 30 volúmenes, entre 30-39 volúmenes y mayor de 40 volúmenes.

RESULTADOS

Los resultados que comparan la participación de las muestras colectadas con los dos PF demuestran que existe semejanza en todos los casos de acuerdo con los valores expresados en la **Tabla 1**. Se destaca como se identificó en el grupo de 604 embarazadas estudiadas existe un total de 2 casos reactivos con una incidencia de 0,33%.

Los falsos positivos (n = 4) encontrados en la muestra en los dos PF estudiados (Hahnemuehle 2992 y Schleicher & Schuell 903) así como no haber existido ningún caso falso negativo contribuye a que los valores de VPP, VPN, Eficiencia y Prevalencia, sean semejantes, demostrando la semejanza en la calidad operacional²⁷.

En la comparación estadística de los valores de absorbancia en entre la técnica ELISA usada para los dos PF (Hahnemuehle 2992 y Schleicher & Schuell 903) se muestran en la **Tabla 2** se encontraron criterios numéricos semejantes ($X \pm S = 0,025688 \pm 0,0068$ y $0,024534 \pm 0,005979$, para Schleicher & Schuell 903 y Hahnemuehle 2992, respectivamente). Debe destacarse que de los

Tabla 1 – Son mostrados los resultados obtenidos en el análisis epidemiológico para el HIV 1+2 con los dos PF estudiados

604 exámenes de HIV 1+2 en el PF Hahnemuehle 2992					
Especificidad	Sensibilidad	Valor Predictivo + (VPP)	Valor Predictivo – (PVN)	Eficiencia	Prevalencia
99,33%	100%	99,66%	99,66%	99%	0,01%
604 exámenes de HIV 1+2 en el PF Schleicher & Schuell 903					
99,33%	100%	99,66%	99,66%	99%	0,01%

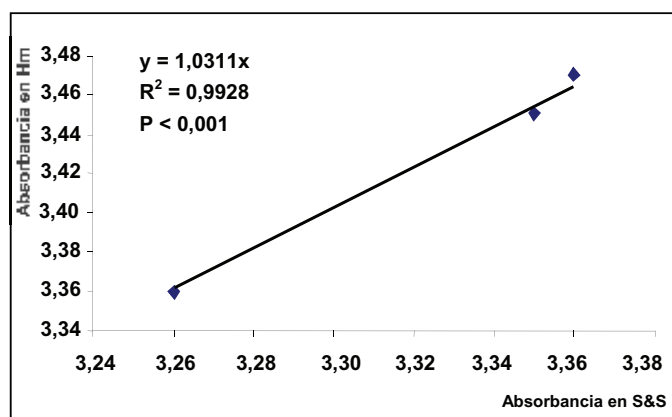
resultados analíticos encontrados en las 604 embarazadas, fueron seleccionados solo los valores de 130 muestras porque independientemente de tener valores semejantes, este grupo expresa la tendencia de los mismos cuando se estudian grupos poblacionales. Estos resultados, además de tener criterios de alta precisión en los indicadores de la señal de la técnica ELISA para la detección de anticuerpos HIV 1+2, demuestran tener un criterio de semejanza en la especificidad ($P < 0,001$) entre el proceso completo de cada metodología usada (diferenciada por el PF).

Tabla 2 – Son mostrados los resultados obtenidos en el análisis de comparación de valores centrales de absorbancia en una muestra de 128 resultados para confirmar la semejanza en la especificidad

Estadígrafo	Schleicher & Schuell 903	Hahnemuehle 2992
N	130	130
X	0,165514	0,179324
DS	0,015873	0,014692
Test Student	T = 0,008 P < 0,0001	

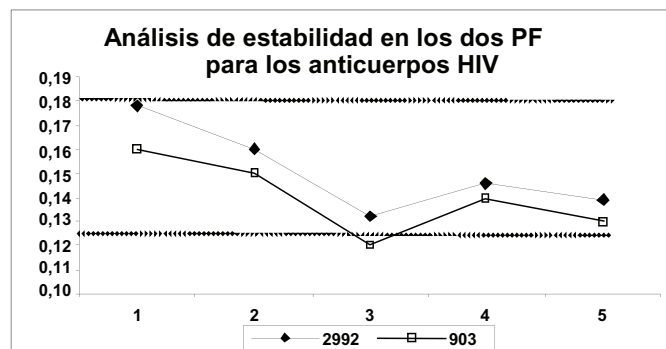
N = Número de muestras estudiadas; X = Media aritmética de los valores; DS = Desviación Standard; T = Valor del Test de Student

Dentro de los valores de absorbancia encontrados dentro de toda las muestras que fueron reactivas la primera vez ($n = 3$) se procedió a confirmar la exactitud con el coeficiente de correlación simple. La **Gráfica 1** muestra como el valor de $R^2 = 0,9928$ y su línea de tendencia expresan un alto valor de correlación entre las absorbancias encontradas en este grupo de altos valores de señal para Schleicher & Schuell 903 y Hahnemuehle 2992.



Gráfica 1 – Muestra de los resultados del coeficiente de correlación con las absorbancia de las muestras reactivas de los dos PF estudiados.

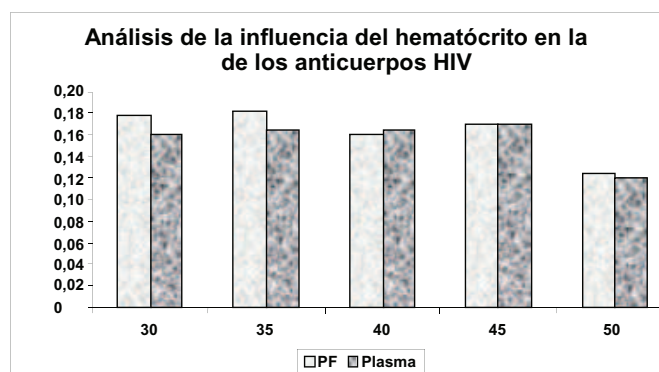
El estudio de estabilidad fue medido usando los dos PF: Schleicher & Schuell 903 y Hahnemuehle 2992 encontrándose que existe también similitud en el tiempo para la calidad del almacenaje de la sangre seca en cada PF. La **Gráfica 2** muestra una curva obtenida entre las absorbancia de un grupo de muestras no reactivas ($N = 25$), donde se expresan en el eje de las abscisas los valores modulares del 1-5 los cuales representan entre su espacio 3 semanas de almacenamiento como variable independiente ($5 = 12$ semanas de almacenamiento a $4-8^\circ\text{C}$) y la absorbancia en el eje de las ordenadas.



Gráfica 2 – Expresión gráfica de los valores de absorbancia en los dos grupos de muestras almacenados a $4-8^\circ\text{C}$ desde el inicio del estudio de estabilidad hasta las 15 semanas del inicio del estudio.

El estudio para definir si los valores de hematocrito (volumen corpuscular) interfiere en los resultados de la medición de la absorbancia para anticuerpos al HIV 1+2 (ELISA) de realizó separando 5 grupos de 10 embarazadas con diferentes valores de hematocrito (30, 35, 40, 45 y 50 volúmenes %) donde fue realizada la medición de la señal (Absorbancia) con la técnica tradicional de plasma y con el PF presentado (Hahnemuehle 2992).

En la **Gráfica 3** se comprobó como las variaciones del volumen celular de la sangre no varia el valor de la absorbancia en las muestras cuando es usado el PF para el estudio de variables biológicas, como es el caso del los anticuerpos del HIV 1+2. Estos resultados le proporcionan al procedimiento en PF una alta confiabilidad para los estudios epidemiológicos poblacionales.



Gráfica 3 – Representación de los valores de absorbancia para plasma por la presencia de anticuerpos al HIV 1+2 y en el PF con diferentes valores de hematocrito.

CONCLUSIÓN

Se concluye que el uso del PF es un procedimiento ventajoso para la colecta y las muestras biológicas por ventajas que van desde el factor humano de obtención de la muestra, hasta completar de la cadena metodológica del tamisaje. Se confirma que el PF Hahnemuehle 2992 tiene las mismas atribuciones de calidad que el Schleicher & Schuell 903, tradicionalmente usado en los tamisajes de enfermedades heredo metabólicas y en estudios epidemiológicos con reconocida calificación de calidad por la CDC²⁸.

BIBLIOGRAFIA

1. Guthrie R. Blood screening for phenylketonuria. JAMA 1961; 178:863.
2. La Du BN, Michael PJ. An enzymatic spectrophotometric method for the determination of phenylalanine in the blood. J Lab Clin Med, 1960; 55:491.
3. Howell RR, La Du BN. Diagnosis of phenylketonuria: detection and interpretation of elevated serum phenylalanine levels in 343 newborn infants. Proceedings of the Society for Pediatric Research, 32nd meeting. 1962.
4. Hsia DY, Litwack M, O'Flynn M, Jakovcic S. Serum phenylalanine and tyrosine levels in the newborn infant. N Engl J Med 1962 Nov 22; 267:1067-1070.
5. Scheel C, Berry HB. Comparison of serum phenylalanine levels with growth in Guthrie's inhibition assay in newborn infants. J Pediatr 1962; 61:610.
6. Armstrong MD, Centerwall WR, Horner FA, Low N, Well WB Jr. The development of biochemical abnormalities in phenylketonuric infants. Chemical Pathology of the Nervous System, New York: Pergamon Press, 1961, pp. 38-50.
7. MacCready RA. Letter to the Editor. Pediatrics 1963(August); 32:308.
8. Guthrie R, Tieckehmann H. The inhibition assay: its use in screening urinary specimens for metabolic differences associated with mental retardation. Proceedings of the London Conference on the Scientific Study of Mental Deficiency. May & Baker, Ltd., 1982, 72-677.
9. Pires de Albuquerque VE, Da Costa TZ, Yassuito O. Transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana. Mother-to-child transmission of HIV-1. Pediatría (São Paulo) 1997; 19:57-64.
10. Bryson YJ, Luzuriaga K, Sullivan JL, Wara DW. Proposed definitions for in utero versus intrapartum transmission of HIV-1. N Engl J Med 1992; 327:1246-7.
11. Pinhata M, Diniz E. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, in Revinter (ed): Manual de Neonatologia (1^a edição). Revinter, 153-59, 1994.
12. Peckham C, Gibb D, Mother to child transmission of the human immunodeficiency virus. N Engl Med 1995; 333:298-302.
13. Chu SY, Buehler JW, Oxtoby MJ, Kilbourne BW. Impact of the immunodeficiency virus epidemic on mortality in children, United States. Pediatrics. 1991; 87:806-10.
14. Nicoll A, Timaeus I, Kigadae RM, Walraven G, Killewo J. The impact of HIV-1 infection on mortality in children 5 years of age in sub-Saharan Africa: a demographic and epidemiologic analysis. AIDS. 1994; 8:995-1005.
15. Connor E, Mofenson L. Zidovudine for the reduction of perinatal human immunodeficiency virus transmission: Pediatric AIDS Clinical Trials Infect Dis J 1995; 14:536-41.
16. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ et al. Reduction of maternal infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine therapy. N Engl J Med 1994; 331:1173-80.
17. Barbacci M, Repke JT, Chaisson RE. Routine prenatal screening for HIV infection. Lancet 1991; 337:709-11.
18. Frometa A, Lechuga MF, Perez PL, Marrero N, Solis RL, Robaina R et al. Development of an UMELISA TSH Neonatal for the quantification of thyroid stimulating hormone (TSH) in blood spot collected on filter paper. In: Levy HL, Hermos RJ, Grady GF, editors. Proceedings of third meeting of the inter-national society for neonatal screening 1996; october 20-23 Boston. New England regional newborn screening program; 1996; 238-9.
19. Perez PL, Fanego N, Marrero N, Solis RL, Robaina R, Lechuga MF. Umtest Gal: Ensayo enzimático y fluorimétrico para la cuantificación de galactosa total en sangre seca sobre papel de filtro. Libro de resúmenes III Congreso Latinoamericano y pesquisa neonatal 2001; 21-24 de octubre; Cartagena, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana; 2001; 64.
20. Addinson GM. How should screening programs choose the optimum collection filter paper. The UK experience (version on CD-ROM). EG & G Wallac producers. ISNS Quality assurance and standardization meeting. June, 1999; 11-12.
21. Dezateaux C. Evaluating newborn screening programs based on dried blood spots: future challenges. Br Med Bull 1998; 5:77-90.
22. Bradbury WH, Hury AR, Forrest W. Screening for Hypercholesterolemia by Use of Blood Spotted on Filter Paper 648 Clinical Chemistry 1985; 31:4.
23. Hannon WH, Aziz KJ, Collier FC, Fisher DA, Farafara CE, Knight WS et al. Blood collection on filter paper for neonatal screening programs. NCCLS document LA4-A2. 2th ed. Pennsylvania: NCCLS 1992; 12(13).
24. Levy HL, Simmons JR, McCready RA. Stability of aminoacids and galactose in the newborn screening filter paper blood specimen. J Pediatr 1985;107:757-60.
25. Dazteaux C. Evaluating newborn screening programmes based on dried blood spots: future challenges. Br Med Bull 1998;54(4):877-90.
26. www.albet-hahnemuelhe.com. Special Paper hahnemuelhe. Alemanha.
27. Schleicher & Schuell BioScience, Inc. Schleicher & Schuell BioScience, Inc. Profile, Website: www.biosciregister.com/Schleicher_Schuell_BioScience_Inc/Supplier/sid1276.htm - 55k.
28. CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 1990. Guideline for investigating clusters of health events. MMWR, 39:1-23.

Endereço para correspondência:

JUAN FIDEL BENCOMO GÓMEZ

Instituto Vital Brazil

Rua Vital Brazil Filho, 64 – Niteroi RJ

CEP: 24.230.340

Tel.: (21) 711-00112 – Ramal 157/185

E-mail: jfbg440114@yahoo.com

Recebido em: 04.08.2009

Aprovado em: 19.08.2009

COMPORTAMENTO SEXUAL E DE RISCO PARA DST E GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES

SEXUAL BEHAVIOR AND RISK FOR STD AND PREGNANCY AMONG TEENAGERS

Geisiane Custódio¹, Andrew M Massuti¹, Fabiana Schuelter-Trevisol², Daisson José Trevisol²

RESUMO

Introdução: o comportamento sexual de risco entre adolescentes pode ter consequências como gravidez indesejada e ocorrência de DST, tornando-se grave problema de saúde pública. **Objetivo:** verificar o comportamento sexual e fatores de risco para gravidez e DST entre adolescentes matriculados no ensino médio em escolas do Município de Tubarão (SC). **Métodos:** foram estudados adolescentes matriculados em quatro escolas escolhidas por sorteio. Foi utilizado questionário autoaplicável, após a anuência. Utilizou-se teste de qui-quadrado para associação entre as variáveis e teste de t de Student para comparação entre médias. **Resultados:** Dos 379 entrevistados, 41,7% estudavam em escolas privadas e 39,6% relataram ter tido relação sexual. A média de idade da sexarca foi de $15 \pm 1,54$ anos, variando entre 9 e 19 anos. Destes apenas 55,3% faziam uso consistente de preservativo, 46% usaram contracepção de emergência e 90,7% utilizavam contracepção. Houve relato de quatro gestações pregressas, e 44% afirmaram a ocorrência de sintomas em esfera genital, havendo associação estatística com o não uso de preservativo ($p = 0,004$). O uso de drogas foi relatado por 42,5% adolescentes. A sexarca e a contracepção de emergência foram estatisticamente significativas em relação ao aluno estudar em escola pública. A prática sexual predominante foi a vaginal (50,7%) e 94% tinham comportamento heterossexual. **Conclusão:** a ocorrência de gravidez, baixa adesão ao uso de preservativo em todas as relações sexuais, o uso de drogas e histórico de sintomas genitais permitem concluir que os adolescentes apresentaram comportamentos de risco que podem aumentar a incidência de DST, HIV e gravidez indesejada.

Palavras-chave: comportamento sexual, adolescentes, DST, gravidez

ABSTRACT

Introduction: the sexual risk behavior among adolescents may have consequences such as unwanted pregnancy and STDs, becoming a serious public health problem. **Objective:** to analyze sexual behavior and risk factors for unwanted pregnancy and STDs among adolescents enrolled in secondary education in schools of the municipality of Tubarão, Santa Catarina. **Methods:** the sample consisted of adolescents enrolled in four schools chosen through raffle. A self-administered questionnaire was used after consent. Chi-square test was used to analyze association between variables and Student's t test for comparison of means. **Results:** Out of 379 respondents, 41.7% studied in private schools and 39.6% reported having had sexual intercourse. The mean age at first sexual intercourse was 15 ± 1.54 years, ranging between 9 and 19 years. Of those, only 55.3% reported consistent use of condoms, 46% used emergency contraception and 90.7% used contraceptive methods. There were four reports of past pregnancies, and 44% said they had experienced symptoms in the genital area, which was statistically associated with the lack of condom use ($p = 0.004$). The use of drugs was reported by 42.5%. Age at first sexual intercourse and emergency contraception were statistically significant in relation to students studying in state schools. **Conclusion:** vaginal intercourse was the predominant sexual practice as reported by 50.7% of participants; 94% had heterosexual behavior. The occurrence of pregnancy, poor use of condoms and unprotected sex practices, drug use and history of genital symptoms show that adolescents have risk behaviors which may increase the incidence of STDs, HIV and unplanned pregnancy.

Keywords: sexual behavior, adolescents, STDs, pregnancy

INTRODUÇÃO

O conhecimento sobre os métodos contraceptivos e os riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que adolescentes possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a infecção pelo HIV e o consequente desenvolvimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids)¹. No entanto, o desenvolvimento da sexualidade nem sempre é acompanhado de um amadurecimento afetivo e cognitivo, o que torna a adolescência uma etapa de extrema vulnerabilidade a riscos.

A Organização Mundial da Saúde define como adolescentes os indivíduos com idades entre 10 e 19 anos, definição adotada, no Brasil, pelo Programa de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde². No âmbito psíquico, a adolescência é a fase de definição da identidade sexual com experimentação e variabilidade de parceiros. O pensamento abstrato, ainda incipiente nos adolescentes, faz

com que se sintam invulneráveis, expondo-se a riscos sem prever suas consequências³.

O aumento do número de casos de gravidez indesejada e de infecção pelo HIV deu visibilidade à sexualidade juvenil. As diferentes formas de intervenção direcionadas para o público jovem resultaram na difusão e no aumento do uso de preservativos entre essa parte da população. Contudo, se o uso de preservativo aumentou entre os jovens, ele ainda não é utilizado por todos e nem em todas as relações sexuais⁴. Também se observam altas taxas de experimentação e consumo de drogas nesta faixa etária. Segundo alguns estudos, existe forte relação entre o uso de álcool e outras drogas com comportamentos sexuais de risco na adolescência. Esse fato é explicado pela promiscuidade e variabilidade de parceiros sexuais, havendo aumento de relações homossexuais e bissexuais, e prática de prostituição⁵.

OBJETIVO

O objetivo desse estudo foi verificar o comportamento sexual e os fatores de risco para a ocorrência de gravidez e DST entre adolescentes matriculados no ensino médio em escolas públicas e privadas do Município de Tubarão (SC).

¹ Alunos do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).

² Professores Mestres do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).

MÉTODOS

Foi realizado estudo epidemiológico analítico, com delineamento transversal. A amostra foi calculada tendo por base todos os alunos matriculados no ensino médio no segundo semestre de 2008 (19.000), resultando em 373 que deveriam ser estudados para se verificar frequência de 1% de gestação indesejada, com margem de erro de 2% e nível de confiança de 95%. Sendo assim, a amostra foi composta por alunos entre a primeira e a terceira série do ensino médio de quatro escolas sorteadas, sendo duas públicas e duas privadas, do Município de Tubarão (SC).

Foi solicitada autorização da direção das respectivas escolas para que a pesquisa fosse realizada. Foi encaminhado o termo de consentimento aos pais e/ou responsáveis pelos adolescentes com idade inferior a 18 anos e aos alunos maiores de 18 anos. Após a anuência, foi entregue um questionário autoaplicável para preenchimento individual, na sala de aula, durante 15 minutos. O questionário foi elaborado pelos autores do presente trabalho e abordava questões sobre comportamento sexual, uso de álcool e drogas, contracepção, existência de gravidez atual ou pregressa, sintomas na esfera genital, entre outros questionamentos. Foi preservada a integridade dos participantes mediante sigilo dos dados quanto à identificação dos sujeitos da pesquisa.

Utilizou-se a epidemiologia descritiva para apresentação dos dados em termos de seus valores absolutos e relativos. Os dados coletados foram inseridos no programa Epidata versão 3.1 e a análise estatística foi realizada no programa SPSS versão 16.0, utilizando o teste de qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis categóricas, teste de t de Student para comparação entre médias.

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul sob o protocolo nº 08.379.4.01.III.

RESULTADOS

Foram entrevistados 379 alunos matriculados no ensino médio, sendo que 5,5% dos pais e alunos se recusaram a participar ou não entregaram o termo de consentimento. Do total, 221 (58,3%) adolescentes eram do gênero feminino. A média de idade foi de $16 \pm 1,19$ anos. Dos entrevistados, 158 (41,7%) estudavam em escolas particulares e 221 (58,3%) em públicas. A maioria (79,9%) era caucasiana. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição da amostra entre as séries e entre o tipo de escola.

Dos entrevistados, 150 (39,6%) relataram já ter tido relação sexual, sendo que 79 (52,7%) eram meninas. A média de idade da primeira relação sexual foi de $15 \pm 1,54$ anos, sendo a idade mínima de 9 e máxima de 19 anos. Entre os meninos, a média de idade da primeira relação sexual foi de 14,8 anos, sendo a idade mínima de 9 anos. Já entre as meninas a média da sexarca foi de 15,3 anos, sendo a idade mínima de 13 anos. O número total de parceiros sexuais teve média de 2,43, variando entre um e 12 parceiros. A prática sexual predominante foi a vaginal para 76 (50,7%) dos entrevistados, seguida da prática vaginal e oral por 43 (28,7%), e 38 (25,3%) afirmaram ter praticado relação sexual anal. Em relação ao tipo de comportamento sexual, entre os sexualmente ativos, 141 (94%) informaram ter comportamento heterossexual, sete (4,7%), bissexual e dois (1,3%), homossexual.

A respeito da utilização de contracepção de emergência, 69 (46%) entrevistados relataram já ter feito uso diante de alguma situação emergencial, porém entre esses, 24 (16%) afirmaram fazer uso consistente como método contraceptivo. Das 77 meninas que afirmaram usar métodos contraceptivos, apenas 35 (45,5%) se consultaram com médico ginecologista. Das meninas sexualmente ativas, quatro (2,7%) relataram a ocorrência de gestação pregressa, sendo que uma teve gestação completa e três tiveram aborto (um aborto espontâneo e dois provocados). Entre essas quatro alunas, duas estudavam em escola pública e duas em escola privada.

As informações sobre comportamento sexual, práticas de risco, uso de contracepção e de drogas são apresentadas na **Tabela 1**. As drogas mais utilizadas foram o álcool (23,5%), seguido de cigarro (11,9%), maconha (6,9%), *ecstasy* (2,1%) e cocaína ou *crack* (1,8%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre o uso de drogas e a não utilização de preservativo ($p = 0,3$).

Entre a ocorrência de sintomas de esfera genital, foi questionada a presença de corrimento vaginal e/ou uretral, ulcerações, odor fétido e dor ou ardência, que podem ser indicativos de DST. Houve associação estatisticamente significativa entre sintomas de esfera genital e a não utilização de preservativo ($p = 0,004$).

A **Tabela 2** apresenta as diferenças entre características do comportamento sexual e de risco entre alunos matriculados em escolas públicas e privadas. A sexarca e a contracepção de emergência foram estatisticamente significativas em relação ao aluno estudar em escola pública.

DISCUSSÃO

Do total de 379 alunos entrevistados nas quatro escolas do Município de Tubarão (SC), 150 (39,6%) admitiram já ter tido relação sexual. É preciso considerar que, apesar de o questionário ser autoaplicável, alguns estudantes podem ter omitido o início da vida sexual. A média de idade da primeira relação sexual entre esses estudantes é semelhante aos dados obtidos pelo Ministério da Saúde, em que a média de idade da primeira relação sexual com penetração é estimada, a partir das declarações de respondentes com faixa etária entre 16 e 19 anos, em 14 anos e 4 meses para adolescentes do gênero masculino e de 15 anos e 2 meses para adolescentes do gênero feminino⁶.

Uma vez que os alunos haviam tido relação sexual, foi relevante verificar a prática sexual adotada por eles, visto que algumas delas constituem fator de risco para a infecção por DST/HIV. A prática sexual vaginal foi predominante, o que refere predomínio do comportamento heterossexual, no entanto, 38 (25,3%) afirmaram ter praticado relação sexual anal. Sabe-se que qualquer relação sexual desprotegida é considerada como fator de risco para aquisição de DST/HIV ou ocorrência de gestação indesejada. Contudo, estudos demonstraram que a relação anal receptiva é subestimada e acarreta risco elevado para aquisição de DST, pelo sangramento que geralmente ocorre durante a prática⁷.

O uso de algum tipo de contracepção foi informado por 136 (90,7%) adolescentes. Os métodos utilizados são sobretudo o preservativo masculino (51,5%), a pílula anticoncepcional exclusivamente (14%) e a pílula associada ao preservativo (8,1%). No Brasil, o preservativo é muito pouco utilizado pelos jovens. Segundo dados do Ministério da Saúde, os menores índices de uso

encontram-se entre 15 e 19 anos⁶. Nesse estudo, apenas 55,3% dos adolescentes com vida sexualmente ativa afirmaram utilizar preservativo em todas as relações sexuais, índice inferior ao encontrado por Custódio e colaboradores em estudo similar realizado no Município de Ascurra, em que 77% dos adolescentes faziam uso consistente do preservativo em todas as relações sexuais⁸. Nos países desenvolvidos, em especial na França, os programas de saúde realizados no sentido de reduzir o risco de infecção pelo HIV provocaram mudança profunda na sexualidade. Houve aumento notável da utilização do preservativo, especialmente no início da vida sexual. No ano de 1993, 75% dos jovens entre 15 e 18 anos tiveram sua primeira relação sexual com preservativo, sendo que em 1985 este percentual fora de 7%⁹. É importante ressaltar que sabidamente o preservativo previne contra DST e HIV, mas também é eficaz como método contraceptivo, desde que utilizado de forma adequada.

O não uso de preservativo em todas as relações sexuais, a promiscuidade e variabilidade de parceiros sexuais, o uso de drogas e a desinformação aumentam a incidência das DST entre adolescentes, que pode trazer consequências imediatas, tais como uretrites, salpingites e, a longo prazo, infertilidade, gravidez ectópica ou câncer

de colo uterino^{10,11}. Nesse estudo houve associação estatística entre o não uso de preservativo e a presença de sinais e sintomas clínicos na esfera genital. Devido ao alto índice de uso de método contraceptivo (90,7%) parece haver maior preocupação e conhecimento de que a relação sexual acarretará gravidez indesejada, e por isso há maior uso de métodos preventivos do que a possibilidade de infecção por HIV e outras DST.

No presente estudo, entre as estudantes do gênero feminino sexualmente ativas e em uso de contraceptivos, apenas 45,5% foram atendidas por médico ginecologista, e 44% relataram sintomas de esfera genital, que poderiam indicar ocorrência de DST. Sabe-se que a assistência profissional em saúde é fundamental para verificar condições de saúde reprodutiva, prevenção de DST e escolha racional do melhor método contraceptivo. Mulheres sexualmente ativas necessitam de acompanhamento por médico ginecologista anualmente, devendo ser submetidas a colposcopia para diagnóstico e prevenção do câncer de colo uterino. A ocorrência de infecção pelo papilomavírus humano (HPV), principal DST, é considerada como um fator de risco determinante para o desenvolvimento do câncer de colo uterino¹².

Tabela 1 – Comportamento sexual e práticas de risco entre os estudantes do ensino fundamental e médio de escolas públicas e privadas do Município de Tubarão (SC), no ano de 2008.

Características	n	%	Características	n	%
Relação sexual (n = 379)			CE* (n = 150)		
Sim	150	39,6	Sim	69	46,0
Não	229	60,4	Não	81	54,0
Uso de preservativo (n = 150)			Sintomas genitais (n = 150)		
Usou sempre	83	55,3	Sim	66	44,0
Usou mas nem sempre	49	32,7	Não	84	56,0
Apenas para ejaculação	5	3,3	Fez teste HIV (n = 150)		
Nunca usou	13	8,7	Sim	7	4,7
Contracepção (n = 150)			Não	143	95,3
Sim	136	90,7	Uso de drogas (n = 379)		
Não	14	9,3	Sim	161	42,5
Tipo de contracepção (n = 136)			Não	218	57,5
Preservativo	70	51,5			
Pílula	19	14,0			
Pílula + preservativo	11	8,1			
CE + preservativo	24	17,6			
Outros	12	8,8			

*CE = contracepção de emergência ou pílula do "dia seguinte".

Tabela 2 – Diferenças entre características sexuais e de risco entre estudantes de escolas públicas e privadas de Tubarão (SC), no ano de 2008

Características	Escolas Públicas n = 221	Escolas Privadas n = 158	p*
Vida sexual ativa	116	34	< 0,0001
Média de idade da sexarca	15,08 ± 1,61	15,03 ± 1,34	0,9**
Contracepção de emergência	59	10	0,02
Sintomas genitais	53	13	0,3
Drogas	99	62	0,17
Usou preservativo sempre	63	20	0,4
Uso de contracepção	106	30	0,5

* qui-quadrado; ** teste de t de Student.

O uso de contracepção de emergência foi referido por 69 (46%) adolescentes, índice superior ao encontrado por Figueiredo e colaboradores, que encontraram frequência de 30,1%, em pesquisa realizada com adolescentes da cidade de São Paulo, sendo esse dado verificado tanto pelas meninas entrevistadas, como pelos meninos em relação às parceiras. Além deste alto índice de uso de contracepção de emergência, 24 (16%) afirmaram fazer uso consistente como método contraceptivo, similar ao estudo de São Paulo, em que 14,5% dos estudantes faziam uso repetitivo da contracepção de emergência, que erroneamente acreditam ser método seguro como contraceptivo de uso regular e frequente¹³. A anticoncepção de emergência consiste na administração de alta dosagem de hormônios, num intervalo curto de tempo (12 horas) e sua indicação de uso é na ocorrência de falha de outros métodos contraceptivos ou o não uso deles, sendo que o uso inadequado e repetitivo diminui a eficácia do método¹⁴. Mesmo assim, devido à alta dosagem hormonal, é comum o surgimento de efeitos indesejáveis, tais como náuseas entre 40 e 50% dos casos, vômitos entre 15 e 20% e outros efeitos que podem ocorrer, embora com menor frequência. O uso em mulheres com acidente vascular cerebral prévio, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares deve ser avaliado¹⁵. Portanto, o uso inadequado pode causar danos à saúde, não ser eficaz na prevenção da gravidez, além de não prevenir as DST e a infecção pelo HIV.

Na amostra estudada houve relato de quatro gestações piores indesejadas entre as adolescentes, sendo que três destas gestações resultaram em aborto. Segundo a UNESCO¹⁶, a gravidez nessa fase leva a jovem a abandonar a escola, pelo preconceito que ali sofre e pela necessidade de cuidar do bebê, o que pode subestimar a prevalência encontrada. Pesquisa realizada em São Paulo em 2004 mostra que, embora 87% das jovens tenham declarado conhecer os métodos contraceptivos, 70% tiveram a primeira relação sexual sem nenhuma proteção¹⁷. No Município de Bauru, Estado de São Paulo, estudos recentes revelaram que as adolescentes foram responsáveis por aproximadamente 20 a 25% das gestações registradas¹⁸. No Brasil, eventos como a gestação, o parto e o aborto são fatores determinantes de morbimortalidade entre a população adolescente feminina¹⁹. Estudo realizado em Tubarão (SC), em 2008, com parturientes do hospital público do referido município, verificou a prevalência de 21% de gestações entre adolescentes, sendo que 14,1% engravidaram na primeira relação sexual e 68,1% não estavam utilizando nenhum método contraceptivo²⁰.

Quando questionados a respeito da realização do teste sorológico para HIV, somente sete (4,3%) alunos fizeram o teste de triagem, mostrando que a população em estudo parece despreocupada com a possibilidade de infecção pelo HIV, desconhecendo seu *status* sorológico. É importante informar sobre as vantagens do diagnóstico, já que atualmente a infecção pelo HIV e a aids deixaram de ser restritas a grupos de risco e acometem indivíduos com comportamento de risco, tais como os adolescentes que não utilizam preservativo durante as relações sexuais. Além disso, com o advento da terapia antirretroviral potente a sobrevivência aumentou, e os primeiros casos de crianças infectadas verticalmente são hoje adolescentes e adultos jovens, o que reforça a importância da prevenção e do diagnóstico precoce²¹.

O uso de drogas foi relatado por 161 (42,5%) indivíduos entre todos os adolescentes entrevistados. Estudo realizado em Santa Catarina em 2000 constatou que o consumo excessivo de álcool se relacionou com uma atitude menos favorável à utilização do preservativo²². Além disso, o uso de drogas altera a percepção do indivíduo, deixando-o vulnerável a comportamentos de risco. Em estudo realizado pelo Núcleo de Prevenção à Aids (Nupaid) observou-se que o consumo de álcool estimula a atividade sexual, pois logo após o uso de álcool a impressão dos adolescentes é de que a "paquera" fica mais fácil, a libido aumenta e o desempenho na relação sexual melhora²³. Outro estudo realizado com estudantes de ensino médio de São Paulo mostrou que entre os usuários de drogas ilícitas houve um início mais precoce da atividade sexual, mais pagamento por sexo e uma tendência a menor uso de preservativo²⁴.

Nesse trabalho, os alunos de escolas públicas tiveram maior percentual de sexarca quando comparados aos de escolas privadas, assim como um maior uso de contracepção de emergência, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Esta discrepância talvez possa ser explicada pelas diferenças sociais e culturais das famílias, já que indivíduos com maior poder aquisitivo geralmente têm mais acesso a informação e preparo psicológico para discutir esses assuntos com seus filhos. Contudo, independentemente do tipo de escola, essa por sua vez deve desenvolver trabalhos preventivos e educativos no que se refere à saúde sexual dos adolescentes. Há necessidade de serviços especializados para atender essa faixa etária, já que os dados indicam o início cada vez mais precoce das experiências sexuais, aliado a insegurança e inexperiência na utilização de métodos contraceptivos.

Embora a amostra não seja composta da totalidade dos adolescentes, visto que os locais de estudo e coleta de dados foram as escolas, não participando, portanto, adolescentes que estejam fora deste ambiente, a população estudada foi representativa e apresentou características comuns às de outros estudos. Também é preciso considerar que, como qualquer questionário, apesar de autoaplicável e sendo garantido sigilo, algumas informações podem ser distorcidas.

Os dados deste estudo permitem afirmar que, dos 379 adolescentes participantes, 39,6% relataram já ter tido relação sexual, com média de 2,43 parceiros sexuais. A prática sexual predominante foi a vaginal para 50,7% dos entrevistados e 94% informaram ter comportamento heterossexual. Entre as meninas, 2,7% relataram gestação progressiva. Apenas 55,3% utilizavam preservativo em todas as relações sexuais, mas 90,7% usavam métodos contraceptivos. Dos sexualmente ativos, 44% referiram já ter tido sintomas na esfera genital que pudessem ser associados a infecções e 42,5% afirmaram utilizar algum tipo de droga. A sexarca e a contracepção de emergência foram estatisticamente significativas em relação ao aluno estudar em escola pública.

CONCLUSÃO

A ocorrência de gravidez, baixa adesão ao uso de preservativo em todas as relações sexuais, o uso de drogas e o histórico de sintomas genitais permitem concluir que nessa população os adolescentes apresentaram comportamentos de risco que podem aumentar a incidência de DST, HIV e gravidez não planejada nessa faixa etária.

Agradecimentos

À direção das escolas participantes: Colégio Dehon, Colégio São José, Escola de Educação Básica Senador Francisco Benjamim Gallotti e Escola Jovem Dite Freitas, por permitirem a realização deste estudo. À Unisul, pelo incentivo em pesquisa, e ao Prof. Dr. Wilson Schuelter, pela tradução do resumo.

Esse estudo é resultado de um trabalho de Iniciação Científica com auxílio de bolsa de pesquisa PUIC Unisul. A coleta de dados foi realizada em quatro escolas no Município de Tubarão: Colégio Dehon, Colégio São José, Escola de Educação Básica Senador Francisco Benjamim Gallotti e Escola Jovem Dite Freitas.

Todos os autores estão cientes e concordantes com a versão final do manuscrito, e participaram ativamente na realização do estudo. Não há conflito de interesses. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul sob registro nº 08.379.4.01.III.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Vieira LM, Saes SO, Dória AAB, Goldberg TBL. Reflexões sobre anticoncepção na adolescência no Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2006; 6(1): 135-40.
- World Health Organization. Child and adolescent health and development. [online]. Available from <URL: http://www.who.int/child-adolescents-health/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm. Acessado em: 09/09/2001.
- Karofsky PS, Zeng L, Kosorok MR. Relationship between adolescent parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. *J Adolesc Health* 2000; 28: 41-5.
- Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publica* 2008; 42(1): 45-53.
- Cardoso LRD, Malbergier A, Figueiredo TFB. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão de DSTs/HIV/Aids. *Rev Psiqu Clin* 2008; 35(1): 70-5.
- Berquó ES. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
- Naud P. Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Custódio G, Schuelter-Trevisol F, Trevisol DJ, Zappellini CEM. Comportamento sexual e fatores de risco para a ocorrência de gravidez, DST e HIV em estudantes do município de Ascurra (SC). *Arq Cat Med* 2009; 38(1): 56-61.
- Rudelic FD. A sexualidade dos jovens em tempos de AIDS: atos e falas. São Paulo: Edições Loyola; 2002. p. 55-72.
- 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): 148-52.
- Ramos C, May S. Aspectos históricos das doenças sexualmente transmissíveis. In: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Saúde em Foco. Rio de Janeiro: Ed. Secretaria Municipal – RJ; 1998. p. 5-11.
- Novaes H, Braga P, Schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4): 1023-35.
- Figueiredo R, Alves MCGP, Escuder MM, Pupo LR. Comportamento sexual, uso de preservativos e contracepção de emergência entre adolescentes do Município de São Paulo – estudo com adolescentes de escolas públicas de ensino médio. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008: 38p.
- Saito MI, Leal MM. Adolescência e contracepção de emergência: Fórum 2005. *Rev Paul Pediatr* 2007; 25(2): 180-6.
- Brasil. Ministério da Saúde. Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, 2005. Disponível em: www.aids.gov.br Acessado em: 10/03/2008.
- Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventude e sexualidade. Brasil: Unesco, 2004. 412 p. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133977por.pdf> Acessado em: 15/06/2009.
- Takiutti A. Sexualidade e plano de vida do adolescente em São Paulo. Projeto de Pesquisa. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; s.d.
- Lombardi HF. Oportunidades de diagnóstico precoce do HIV em gestantes do município de Bauru [dissertação de mestrado]. Botucatu: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista; 2002.
- Brasil. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações e Saúde. Indicadores e Dados Básicos 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2007/matriz.htm>. Acessado em: 20/07/2009.
- Nunes SE. Prevalência de gravidez na adolescência e fatores associados: estudo conduzido no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão (SC). [trabalho de conclusão de curso]. Universidade do Sul de Santa Catarina, Curso de Medicina, 2008.
- Sterne JA, May M, Costagliola D, Wolf F, Phillips NA, Harris R et al. Timing of initiation of antiretroviral therapy in aids-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies. *Lancet* 2009; 373: 1352-63.
- Camargo BV, Botelho LJ. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra HIV. *Rev Saude Pública* 2007; 41(1): 61-8.
- NUPAids. Dados estatísticos do estudo na FEBEM feminina e masculina. São Paulo: Núcleo de apoio à prevenção à Aids; 1992.
- Scivoletto S, Tsuji RK, Abdo CHN, Queiróz S, Andrade AG, Gattaz WF. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes do 2º grau de São Paulo. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(2): 87-94.

Endereço para correspondência:
FABIANA SCHUELTER-TREVISOL
 Av José Acácio Moreira, 787
 Tubarão – SC
 CEP: 88704-900
 Tel.: (48) 3622-1442 ou 3621-3000
 E-mail: fabiana.trevisol@unisul.br

Recebido em: 14.10.2009
 Aprovado em: 17.11.2009

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: CONHECIMENTO DE ALUNOS DO ENSINO MÉDIO

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES: KNOWLEDGE OF STUDENTS OF MEDIUM TEACHING

Sônia Maria J Santos¹, Jailson Alberto Rodrigues², Wendell S Carneiro³

RESUMO

Introdução: das doenças causadas por microrganismos, as sexualmente transmissíveis (DST), são de importância epidemiológica acentuada, sendo assim, faz-se necessário focar a prevenção, sobretudo aos adolescentes, pois somos um dos países de grande prevalência destas doenças. **Objetivo:** o estudo buscou caracterizar o nível e a qualidade do conhecimento sobre as DST, entre alunos de escolas públicas e privadas que cursam o ensino médio. **Métodos:** esse estudo caracteriza-se por ser exploratório, descritivo, com abordagem quantiqualitativa, realizado em quatro escolas da cidade de Patos – PB, com amostra de 80 alunos, que perfazem a faixa etária de 14 a 20 anos. Utilizou-se como instrumento coletor dos dados, um questionário educativo. **Resultados:** os avaliados salientam a insuficiência do conhecimento oferecido pela escola sobre o tema (38,75% da escola pública, 65,5% da privada). Cinco por cento foram ou são portadores de DST (escola pública), nas escolas privadas são 7,5%. Em ambas as partes prevaleceu a figura paterna como instrutora a respeito das DST (43,75% na rede pública e 35% na privada); 38,75% dos escolares da rede pública e 62,5% dos da particular consideram as informações oferecidas pela escola insuficientes e 43,75% da primeira escola possuem vida sexual ativa, na segunda, somam 40%. Ambas as categorias orientariam um portador de DST a procurar um médico e prevenir-se quando mantiver relações sexuais. **Conclusão:** observou-se a presença de déficit do conhecimento na amostra avaliada; salientando-se a distinção de padrões de conhecimento entre as escolas, a necessidade eminente de se adaptar e aplicar padrões de ensino aos adolescentes. A amostra de escola pública não demonstrou maior vulnerabilidade a adquirir DST, comparada à da escola privada, e apresentou-se com conhecimento e práticas profiláticas superiores a esta.

Palavras-chave: DST, conhecimento, ensino médio.

ABSTRACT

Introduction: from diseases caused by microorganisms, the sexually transmitted (STD) are of accentuated epidemic importance thus it is necessary to focus on the prevention, above all in adolescents, because we are one of the countries of larger notification of these diseases. **Objective:** For so much, the study sought to characterize the level and quality of knowledge about STD, among high-school level students of state and private schools. **Methods:** this study is characterized as exploratory, descriptive, with approach in quantity and quality, accomplished at four schools of the city of Patos – PB, with a sample of 80 students, which comprise the age group from 14 to 20 years old. An educational questionnaire was used as a collector instrument of the data. **Results:** the evaluation points out the lack of knowledge offered by the school on the theme (38.75% of state schools, 65.5% of private). Five per cent were or are bearers of STD (public school), in the private schools they are 7.5%. In both parts the illustration prevailed as instructor regarding STD (43.75% in the public system and 35% in the private); 38.75% of the scholars of the public system and 62.5% of the private considered the information offered by the school, insufficient and 43.75% of the elementary school has active sexual life, in the second add 40%. Both categories would guide a bearer of STD to seek a doctor and to take prevent on methods when it maintains sexual relations. **Conclusion:** the presence of deficit of the knowledge was observed in the appraised sample; Stressing the distinction of knowledge patterns among the schools, the eminent need to adapt and to apply teaching patterns to the adolescents. The sample of public school did not demonstrate larger vulnerability to acquire STD compared to private schools knowledge about was also higher.

Keywords: STD, knowledge, high school.

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST), hoje também denominadas de infecções sexualmente transmissíveis, são doenças causadas por microrganismos tais como vírus, fungos, bactérias, e protozoários, veiculados por via sexual quase que exclusivamente, e tal fato é de importância epidemiológica relevante¹. Estas doenças, em sua maioria, manifestam-se na região genital dos infectados de ambos os gêneros, ou ainda em outras partes do corpo. Podem também não apresentar manifestações clínicas, possuem ainda um alto índice de disseminação e, além disso, podem causar graves danos à saúde do indivíduo. Aliadas a isso estão as práticas sexuais promíscuas, como mudança frequente de parceiros, as baixas condições socioeconômicas, má situação dos serviços de saúde, educação sexual inadequada e, sobretudo, a não utilização de

métodos preventivos, proporcionando um aumento nos índices de incidência das DST.

Com o aumento dos fatores de risco e a multiplicidade das DST entre os jovens, faz-se necessária a intervenção dos serviços de saúde no âmbito familiar, para que venha a proporcionar uma orientação adequada e diminuir estes fatores². É por tal fato que as DST estão entre as cinco principais causas de busca pelos serviços de saúde³.

As DST surgiram desde a Antiguidade, em civilizações antigas como a egípcia e a mesopotâmica, onde reinava a promiscuidade, um dos determinantes do surgimento delas. É daí que descende o termo “doenças venéreas”, pois sacerdotisas dos templos de Vênus exerciam a prostituição como culto à Deusa. Algumas dessas doenças já foram, similarmente à síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), incuráveis, pelo fato de os recursos terapêuticos serem de pouca eficácia e precários. A adolescência é a faixa etária de maior incidência das DST, aproximadamente 25% delas⁴. Algumas pesquisas revelam resultados semelhantes aos da pesquisa nacional sobre demografia e saúde, em que os adolescentes iniciam as relações sexuais aproximadamente aos 17 anos, e que alunos de escolas privadas entram na vida sexual mais tardiamente que

¹ Enfermeira Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

² Discente do Curso Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

³ Discente do Curso Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos.

aqueles de escolas públicas, supondo então a influência de fatores socioeconômicos e de escolaridade sobre a ocorrência dessa⁴. Sabe-se que a sexualidade tomou força no decorrer da história e, hoje, é cada vez mais frequente este tema entre pais e filhos. Visto que a falta de conhecimento do tema favorece a aquisição das DST, também é verídico que a escola assume papel importante nas informações relacionadas com a temática e, sobretudo na disseminação das práticas profiláticas e na educação sexual⁵.

Dentre as DST, a sífilis já ocupou lugar relevante, o que mudou com o advento da antibioticoterapia, proporcionando a cura e evolução da enfermidade. Ainda se detectou que, dos anos 1980 a 1995, o coeficiente de mortalidade por sífilis, no Brasil, diminuiu de 2,45/1.000.000 de habitantes para 1,02/1.000.000 de habitantes, significando um decréscimo de 58,2% nesse intervalo de tempo, concluindo assim que houve, a partir daí, uma tendência à diminuição da mortalidade por sífilis em todo o país⁶.

Além da sífilis, pode-se comentar sobre a situação de uma infecção bacteriana frequente, a gonorreia. Causada pela *Neisseria gonorrhoeae*, é uma DST que leva a mulher a ter sérias complicações, mas a partir da década de 1990 seu controle tem sido auxiliado pelos avanços e descobertas sobre a patogênese e o bioagente da doença, apesar de difícil, na maior parte da população, devido à influência dos fatores sociais e econômicos. No Brasil, o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde estimou, em 1994, um equivalente a 860.265 de casos de gonorreia, ou seja, 56% do total das DST⁷.

Uma outra DST é a tricomoníase, cujo bioagente é o *Trichomonas vaginalis*, a qual é a doença não viral mais comum no mundo, sendo sua prevalência estimada em 180 milhões de casos, o que é facilitado pelas temperaturas entre 20° e 40°C, além da condição de o seu bioagente ser anaeróbico facultativo⁸. Essa infecção tem manifestações clínicas variadas, como por exemplo, na mulher, pode apresentar vaginite ou ser assintomática e, no homem, pode-se perceber uretrite purulenta abundante, disúria e ulcerações penianas, porém são raras as complicações. É também suposto que o *T. vaginalis* tenha papel crítico na ampliação da transmissão do HIV⁸.

Ao falar sobre DST, necessita-se ressaltar a vasta preocupação com a aids, a qual é mundialmente conhecida, porém sua prevenção é precária ou descuidada; principalmente entre os jovens brasileiros. O Brasil é um dos países de maior notificação de casos da aids; estima-se que, em 1998, havia cerca de 400.000 a 600.000 infectados com idade entre 15 e 49 anos⁹.

O número de casos de aids entre os jovens só tem aumentado, sobretudo entre os mais carentes. Apesar disso existem muitos programas preventivos dirigidos a essa população, o que evidencia, reforçadamente, a influência dos fatores socioeconômicos e culturais que os jovens enfrentam para se prevenir de infecções¹⁰.

De início a transmissão foi introduzida e disseminou-se no país via casais homossexuais, porém dentre estes se encontravam bissexuais, e assim ela invadiu o mundo heterossexual, o que foi aumentado pelo uso de drogas injetáveis, onde se compartilham seringas, e a precariedade das transfusões sanguíneas. Sendo assim, as mulheres passaram também, a ser alvo fácil destas doenças, o que se perceber nos seguintes dados: em 1984 eram 23 homens para uma mulher, passando, em 1997, de três homens para uma mulher. Dessa forma a doença só tendeu a se interiorizar no território bra-

sileiro, principalmente em casais heterossexuais em municípios de pequeno porte⁹.

Estudos mostram que os jovens possuem conhecimentos sobre o contágio das DST, como por exemplo, adquiri-las por sexo genital, oral, anal, pelo uso de drogas injetáveis compartilhando seringas e verticalmente, ou seja, da mãe para o filho, contudo o mesmo diz que o jovem não tem informações consistentes sobre o desenvolvimento e a saúde sexual, além da prevenção das DST¹¹. Embora a sexualidade e as DST sejam tratadas como temas de grande naturalidade, não se pode tratá-las como assuntos de pequena importância, principalmente entre os jovens que iniciam a vida sexual cada vez mais cedo. A falta de conhecimento sobre as DST é tão séria que a sociedade, e muitas vezes, o próprio indivíduo, considera-se sujo, impuro, o que é uma forma de preconceito e um estado de ignorância.

Falando-se em doenças sexualmente transmissíveis e síndrome da imunodeficiência adquirida, é necessário desviar seu enfoque para a prevenção, principalmente quando a população a ser estudada é composta por adolescentes. Devido a suas modificações biológicas e psicossociais, podem ocorrer alterações no seu processo natural de desenvolvimento, as quais podem influenciar, sobretudo, os anseios deles, inclusive no interesse e desempenho sexual¹². Dos casos existentes de DST no Brasil, aproximadamente 12 milhões, 1/3, ocorrem em indivíduos com menos de 25 anos, considerando o período de latência da infecção pelo HIV, os dados sugerem haver maior ocorrência na adolescência¹³.

É sabido que inúmeros fatores estão relacionados com o crescimento da incidência das DST, dentre eles, o uso inadequado de contraceptivos durante as relações afetivo-sexuais, aliado a isso está a questão financeira, que de certa forma, intervém no acesso a esses métodos, bem como no grau de “liberdade e autonomia” alcançada e praticada por esses jovens¹⁴. Já que fora citado, o uso adequado de contraceptivos é relevante na proteção contra as DST, valendo aqui ressaltar o uso abusivo da anticoncepção de emergência, ou a popular “pílula do dia seguinte” e, como o próprio nome sugere, é uma prática de uso emergencial em caso de falhas de outros contraceptivos, como ruptura do preservativo, afastamento do dispositivo intrauterino etc. Tudo isso, porém, tem mera finalidade de evitar gestações, esquecendo-se a não interferência na transmissão das infecções sexualmente transmissíveis, aumentando consideravelmente o número de contaminados por DST/aids. Estas infecções têm adquirido caráter tão abrangente e acessível às mais diversas estratificações sociais¹³.

Os órgãos gestores recomendam que técnicas em grupo sejam utilizadas nas atividades que envolvem os adolescentes, principalmente com estratégias de intervenção designadas para as atividades de educação sobre a epidemia da aids e outras DST¹⁵. Após a obtenção de dados, observou-se que o número de jovens representa 18% da população brasileira, conforme as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)^{14,16}, apesar de se apresentar em número relevante, essa população ainda recebe a orientação necessária sobre suas necessidades e aspirações sexuais e afetivas, o que proporciona um aumento das DST por faltarem essas informações. Não são, pois, capacitadas a tomar decisões de maneira livre e responsável¹⁴.

Daí surgem as dúvidas: terão os jovens o conhecimento sobre perigos das DST? E ainda, as características socioeconômicas deles favorecem tal conhecimento e prevenção?

OBJETIVO

Caracterizar o nível de conhecimento sobre DST entre alunos de escolas públicas e privadas que cursam o ensino médio no município de Patos – PB, ao passo que se investiga especificamente, o perfil sociodemográfico dos mesmos, identifica-se o conhecimento destes sobre os meios de prevenção e transmissão das DST, por fim, propõe-se descrever as dificuldades encontradas por eles no acesso ao conhecimento das DST.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no município de Patos – PB, localizado à margem esquerda do Rio Espinharas, em altitude de 242 m e clima semiárido, com uma população média de 99.494 habitantes, segundo o IBGE¹⁷. A rede física de atenção primária à saúde dispõe de 32 unidades básicas de saúde desenvolvendo a estratégia saúde da família – ESF.

Antes da sua execução, o trabalho foi submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa (CEP) do centro de saúde e tecnologia rural da Universidade Federal de Campina Grande – CSTR/UFCG. Após ter sido aprovado em reunião extraordinária de nº 5 sob forma de protocolo nº 79/2008, procedeu-se sua execução.

O presente estudo é caracterizado por ser do tipo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em seis escolas da cidade de Patos – PB, onde duas eram de administração pública e duas privadas, sendo uma das escolas públicas localizada em um bairro periférico com população de classe baixa e a outra em um bairro central com população de classe média, fato similar ocorre com as escolas privadas. O público da pesquisa foi composto por alunos do ensino médio, regularmente matriculados nas escolas avaliadas, e a amostra, composta por aqueles que se disponibilizaram a participar do estudo, totalizando 80 estudantes, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, tendo em vista a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos¹⁸.

Precedendo a coleta dos dados, a fim da promoção de saúde, foram ministradas palestras técnico-educativas nas escolas, acerca das DST (as doenças e as medidas profiláticas). Para coletar os dados da pesquisa, utilizou-se como instrumento um questionário com perguntas educativas, objetivas e subjetivas.

Os dados coletados foram analisados qualitativamente, em consonância com a literatura pertinente e com o discurso do sujeito coletivo (DSC), posteriormente dispostos de forma estatística em figuras idealizadas no programa Excel for Windows para facilitar a sua compreensão, além da disposição de acordo com o DSC.

RESULTADOS

Avaliando-se alunos do ensino médio de escolas públicas e privadas, compreendidos na faixa etária de 14 e 20 anos, constatou-se que são 76,25% do gênero masculino e 33,75% do feminino na amostra da escola de administração pública, e 56,25% de rapazes, somados a 43,75% de moças na amostra da escola de administração privada, sendo a maioria solteira (93,75% em ambas as insti-

tuições), também em maior parte residentes na zona urbana (95% dos de ensino público e 90% de ensino privado), com renda familiar distribuída da seguinte forma nos de ensino público: 13,75% com renda familiar superior a seis salários mínimos, 23,75% entre quatro a seis salários mínimos e 62,5% com renda entre um a três salários, e nos de ensino privado: 13,75% superior a seis salários mínimos, 41,25% com renda familiar entre quatro a seis salários e 45% com um a três salários. Dos estudantes da escola pública, foi constatado que 5% foram ou são portadores de alguma DST. Já nas escolas privadas, 7,5% são ou já foram portadores de DST.

Quando indagados sobre quem os instruiu a respeito das DST, em ambas as amostras prevaleceu a figura paterna, com 43,75% na rede pública e 35% na privada, ressaltando-se que a consideram insuficiente. Mesmo os pais instruindo-os sobre as DST, os mesmos pedem informações a outrem, como indicam as **Figuras 1 e 2**. Salientaram, ainda, que a escola deveria ratificar tal conhecimento, pois consideram as informações oferecidas por ela insuficientes (38,75% da escola pública e 62,5% da rede privada).

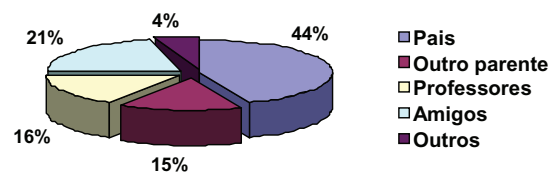


Figura 1 – Pertinente a quem os jovens de escola pública buscariam informar-se sobre as DST.

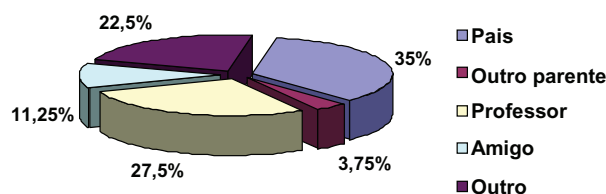


Figura 2 – Pertinente a quem os jovens de escola privada buscariam informar-se sobre as DST.

Dos alunos da rede pública participantes do estudo, 43,75% possuem vida sexual ativa, diferentemente dos de rede privada, que somam 40%. Em suma os estudantes afirmaram utilizar métodos preventivos das DST, principalmente a “camisinha”, conforme as **Figuras 3 e 4**. Além disso, mantêm relações com um único parceiro (75% dos da rede pública e 65% da rede privada). No tocante ao contato com portadores de DST, ambas as partes não conhecem, de forma majoritária, nenhum portador de DST, conforme indicam as **Figuras 5 e 6**.

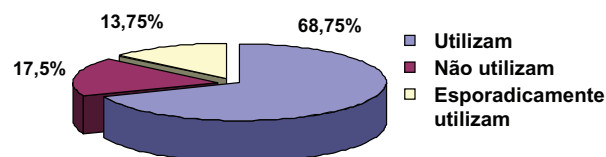


Figura 3 – Referente ao uso de “camisinha” por jovens de escola pública.

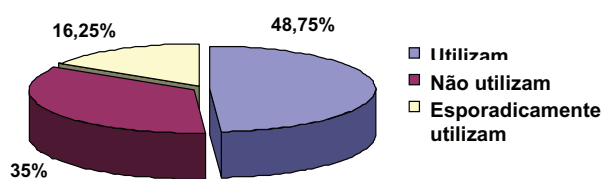


Figura 4 – Referente ao uso de “camisinha” por jovens de escola privada.

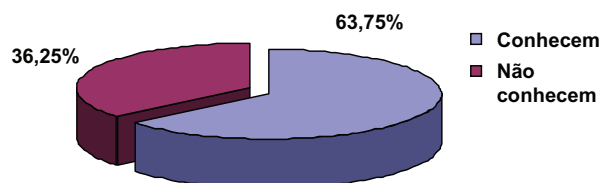


Figura 5 – Contato da amostra de escola pública com indivíduos portadores de DST.

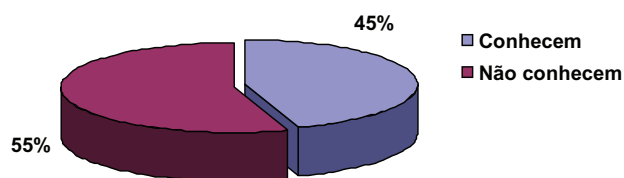


Figura 6 – Contato da amostra de escola privada com indivíduos portadores de DST.

Com relação ao conhecimento das DST, quando interrogados, surgiram respostas da amostra, como indicado no DSC da **Ideia Central 1**.

Ideia Central 1 – Conhecimento sobre as DST

Discurso do sujeito coletivo – Escola Privada

“São doenças sexualmente transmissíveis, causadas pela falta de proteção, contraídas através da genitália, que podem causar a morte.”

Discurso do sujeito coletivo – Escola Pública

“São doenças sexualmente transmissíveis pelo parceiro na relação sexual, que se dá devido à prática incorreta do sexo sem prevenção com pessoa infectada, e que pode matar.”

E, em sua maioria, disseram ter conhecimento das formas de contágio das DST, conforme explícito no DSC da **Ideia Central 2**.

Ideia Central 2 – Contágio das DST

Discurso do sujeito coletivo – Escola Privada

“Só dá pela falta de prevenção, contato com sangue contaminado, relações sexuais, através da amamentação, roupas íntimas de outras pessoas.”

Discurso do sujeito coletivo – Escola Pública

“Por contato físico entre pessoas, ou seja, através do contato sexual, transfusão de sangue e uso de seringa não descartável.”

Além disso, os jovens conhecem, conforme o DSC da terceira **Ideia Central**, as seguintes DST mencionadas.

Ideia Central 3 – DST conhecidas

Discurso do sujeito coletivo – Escola Privada

“Sífilis, gonorreia, aids, HIV, crista de galo, tricomoníase e condiloma.”

Discurso do sujeito coletivo – Escola Pública

“‘Cífilis’, gonorreia, aids, ferida, hepes genital, HIV e cancro mole.”

Segundo a amostra, tais doenças acarretam o que está inserido no DSC da **Ideia Central 4** e relatam que se evitam as DST da forma enunciada no DSC da quinta **Ideia Central**.

Ideia Central 4 - Consequências da contaminação por DST

Discurso do sujeito coletivo – Escola Privada

“Doenças, feridas, deficiência do sistema imunológico, preconceito, repúdio e principalmente a morte.”

Discurso do sujeito coletivo - Escola Pública

“Descaso com a sociedade, grandes inflamações, feridas, verrugas nas regiões íntimas do portador, é prejudicial à saúde do portador e de quem ele convive.”

Ideia Central 5 – Como evitar as DST

Discurso do sujeito coletivo – Escola Privada

“Através do uso de contraceptivos, sem muitos parceiros e boa escolha dos mesmos.”

Discurso do sujeito coletivo – Escola Pública

“Não fazer sexo com pessoas contaminadas, usar preservativo, não praticar o ato sexual com um vasto número de pessoas e cuidando para não tomar injeção contaminada.”

E ainda, os mesmos orientariam um portador de DST da maioria, como é mostrado no último DSC, de ideia central: Orientação dada ao portador de DST (**Ideia Central 6**).

Ideia Central 6 – Orientação dada ao portador de DST

Discurso do sujeito coletivo – Escola Privada

“Levantar a cabeça, procurar um médico e se prevenir.”

Discurso do sujeito coletivo – Escola Pública

“Se você souber que ela está contaminada, evite contato, procurar um médico e não se relacionar sem proteção.”

DISCUSSÃO

Como se pôde perceber, o estudo foi compreendido, em sua maioria, por jovens com idade entre 14-20 anos com uma predominância do gênero masculino, onde é nessa faixa etária que ocorre a maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST)¹⁹. Aproximadamente, 25% de todas as DST são diagnosticados em jovens com menos de 25 anos. Pôde-se verificar que os fatores sociodemográficos (gênero, etnia, religião e renda familiar, p. ex.) não demonstraram influência sobre a busca por conhecimento, as formas de assimilação do tema e medidas de prevenção tomadas pelos jovens, no que concerne às DST.

A religião, por exemplo, não influenciou na prática contraceptiva dos adolescentes em estudos realizados por Rojas, Crestani, Batista e Melo²⁰, o que contradiz os dogmas da igreja católica com relação à anticoncepção, enquanto fatores como o atraso escolar e o uso de drogas lícitas e ilícitas são também causas das principais variáveis associadas à ocorrência de DST²¹.

Apesar de estudos comprovarem que os adolescentes possuem maior conhecimento sobre prevenção de DST do que os adultos, tal compreensão é escassa e insuficiente para promover um comportamento sexual seguro.

Entre adolescentes com níveis distintos de conhecimento sobre transmissão e prevenção de DST, os que apresentaram maior nível de conhecimento não necessariamente se protegeram do risco de contrair uma infecção^{22,23}. Vendo isso, é importante frisar que conhecer o termo DST não significa sucintamente entender a real abrangência do problema e o seu grau potencial de transmissibilidade²⁴.

Ainda que os adolescentes conheçam o risco da contaminação por DST, esse conhecimento não é conciso²⁵. Contudo, é importante salientar que a aids é a DST mais conhecida pelos adolescentes, porém doenças frequentes, e também de transmissão sexual, como sífilis e gonorreia, são em muito desconsideradas para se conhecer, identificar e prevenir²⁴.

Observou-se ainda o acometimento dessas doenças na amostra avaliada, refletindo então a presença das mesmas em nosso meio, confirmando assim que as doenças transmitidas pelo contato sexual estão atualmente entre as cinco principais causas da demanda por serviços de saúde e podem provocar, em curto prazo, dor e sofrimento. No Brasil, as DST têm aumentado entre os adolescentes, estando entre os principais agravos que podem comprometer sua saúde^{26,27}, pois nesta fase a atividade sexual normalmente é mais intensa e nem sempre acompanhada de práticas preventivas²⁸.

Em sua maioria, a amostra demonstrou buscar informações sobre DST na entidade paterna, apesar de considerarem-na insuficiente, e igualmente ocorre com a avaliação das escolas feita pela amostra, mostrando, pois, que os jovens buscam sim informações sobre DST, independentemente de serem concisas ou não. Em relação aos comportamentos de risco e à busca por conhecimento, às respostas aos novos questionamentos, ao meio social de modo geral, sobretudo os pais e educadores devem dar o exemplo, sendo menos tolerantes e mais esclarecedores para com os jovens, no entanto, sem apelar para atitudes policiais, punitivas²¹.

A escola, portanto, não deve atuar eventualmente na construção de conhecimento para as diversas questões relacionadas às DST, como em palestras ou realizando conferências apenas, devendo, pois atuar de forma contínua e progressiva no cotidiano, visto que a informação prestada pela mesma assume o nível de aceitação daquelas fornecidas repassadas pela tevê, internet e pelos demais meios de comunicação. Ela assume papel privilegiado na abordagem de prevenção das DST e formação do conhecimento dos jovens, visto que nessa fase da vida a pessoa permanece um período relativamente longo na mesma, o que favorece a troca de informações, o convívio social e os relacionamentos amorosos²⁴.

Observa-se que quase metade da amostra possui vida sexual ativa, sendo ressaltada então a alta incidência dessas doenças na amostra, haja visto que a percentagem foi pequena em proporção de toda a amostra, porém apenas metade participa da prática sexual.

Existe uma importante relação entre a atividade sexual e o tipo de relacionamento afetivo que o adolescente desenvolve, o que influencia também o uso do preservativo, pois o fato de estarem em um relacionamento supostamente estável pode levar ao abandono dos métodos preservativos²⁴. Ancorados na confiança do namoro,

não fazem uso de preservativo na sua primeira experiência, colocando-se em situação vulnerável às DST²⁹.

Assim pode-se ressaltar que as mudanças ocorridas nas últimas décadas têm alterado o perfil das doenças sexualmente transmissíveis (DST), transformando seu controle em um problema de saúde pública, não apenas por sua alta incidência e prevalência, mas por suas consequências, como as complicações psicossociais e econômicas, pois acometem a grande parcela da sociedade em idade produtiva e reprodutiva. Por isso, são consideradas doenças de alta transcendência, ou seja, têm alta morbimortalidade, impacto psicológico e trazem perdas do ponto de vista econômico^{9,12}.

De acordo com a Sociedade Civil para o Bem-estar Familiar no Brasil e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, a camisinha masculina é o método de prevenção de gravidez e DST mais conhecido e mais usado entre os adolescentes. Em nosso estudo, observamos um índice preocupante do uso de preservativos, principalmente na amostra de escola privada onde se constatou o uso muito diminuído em relação à pública. Em contrapartida com estudos anteriormente citados, alguns autores afirmam que entre adolescentes o uso de preservativos é baixo e a atividade sexual geralmente não é programada. Estudos brasileiros revelam que apenas 1/3 deles ou menos usa preservativo sempre^{5,7,13}.

Vê-se, portanto, que para se obter uma diminuição dos fatores de riscos das DST são necessários investimentos estruturais em nossa sociedade, principalmente no que diz respeito ao acesso unânime à educação e saúde²¹ e, portanto, um profissional que pretenda trabalhar com adolescentes necessita de clareza em seu papel na coordenação das atividades com os mesmos, sendo, pois, as possibilidades de êxito maiores à medida que se acredita neles³⁰.

CONCLUSÃO

A situação do jovem no contexto da atualidade é preocupante, principalmente quanto à percepção de causas e consequências de doenças como, por exemplo, as de transmissão sexual. A influência das condições sociais, econômicas e culturais na aquisição de conhecimento sobre o tema não foi verificada. A amostra de escola pública avaliada não demonstrou maior vulnerabilidade que a de escola privada a adquirir DST, pelo contrário, apresentou-se com conhecimento e prática das medidas profiláticas superiores às da amostra de administração privada. Verificou-se, ainda, uma baixa prevalência destas doenças entre os jovens participantes e baixos índices de comportamento de risco. Ressalta-se, assim, a importância da busca do conhecimento de fontes e pesquisas seguras, para que se possa desempenhar uma prevenção adequada. Isso deve ser ressaltado em todos os que possam vir a serem atingidos, jovens, pais, escolas etc. Constatou-se, portanto que é papel de todo e qualquer profissional ou entidade proporcionar um conhecimento adequado ao indivíduo, sobre aquilo que lhe convir, possibilitando uma prevenção eficaz de agravos que podem cometê-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldman MDL, Bennett MD. Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 21 (21).
2. Taquette SR, Andrade RB, Vilhena MM. A relação entre as características sociais e comportamento da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. Revista da Associação Brasileira de Medicina 2005; 51 (3): 148-152.

3. Carret MLV, Fassa AG, Silveira DS, Bertoldi AD, Hallal PC. Sintomas das doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. *Revista de Saúde Pública* 2004; 38: 76-84.
4. Martins LBM, Paiva LHSC, Osis MJD, Sousa H, Neto AMP et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/aids em adolescentes de escolas públicas e privadas da cidade de SP, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2006; 22 (2): 315-323.
5. Azevedo GE, Abdo CHN. Adolescentes de classe média do ensino fundamental: Prática e conhecimento da sexualidade. Departamento de pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo 2006. Disponível em: <http://www.pediatriaopaulo.usp.br> Acessado em: 15/09/2007.
6. Lima BGC. Mortalidade por sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* 2002; 38(4): 267-271.
7. Penna GO, Hajjar LA, Braz TM. Gonorreia. Uberaba: *Revista da Sociedade Brasileira da Medicina Tropical* 2000; 33(5): 451-464.
8. Maciel GP. Aspectos clínicos, patogênese e diagnóstico de *Trichomonas vaginalis*. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*; 2004; 40(3): 152-160.
9. Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, Esteves MA, Andrade CLT. A disseminação da epidemia de aids no Brasil, no período de 1987-1996: Uma análise espacial. *Caderno de Saúde Pública* 2000; 16 (supl. 1):7-19.
10. Antunes MC, Peres CA, Paiva V, Stall ROM, Hearst N. Diferentes na prevenção da aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas de SP-SP. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36(4 supl. 1): 88-95.
11. Romero KT, Medeiros EHGR, Vitale MSS. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Revista da Associação de Medicina Brasileira* 2007; 53(1): 14-19.
12. Sousa M, Brunini S. Programa educativo sobre sexualidade e DST: Relato de experiência com um grupo de adolescente. Brasília: *Revista Brasileira de Enfermagem* 2007; 60:105-102.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos. Brasília: Ministério da Saúde. Caderno 3; 2005 a. DST/aids. 2005 b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/dados/DST/aids> . Acessado em: 15/09/2007.
14. Pinho MDG, Berquó E, Lopes F, Oliveira KA, Lima LCA et al. Juventudes, raça e vulnerabilidades. *Revista brasileira de Estudos Populacionais* 2002; 19:277-94.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de apoio à sustentabilidade e gestão estatística das políticas de controle do HIV/aids e outras DST. Elaboração/ Edição: Secretaria de Vigilância em Saúde-Programa Nacional de DST e Aids; Portaria Nº 2314; 2002.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados estatísticos. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estatistica/arquivo/DST/aids> Acessado em: 15/09/2007.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão nacional de ética em pesquisa. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
19. Braverman PK. Sexually transmitted diseases in adolescents. *Med Clin North Am* 2000; 84:869-89.
20. Rojas SHCC, Crestani KD, Batista GV, Melo APA. Características reprodutivas das adolescentes da região mirim de Marília – São Paulo, Brasil, 2005. *Jornal brasileiro de doenças sexualmente Transmissíveis*. 2006; 18(2): 137-142.
21. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. maio-jun, 2004; 37(3): 210-214.
22. Shrier LA, Goodman E, Emans SJ. Partner condom use among adolescent girls with sexually transmitted diseases. *Journal Adolescence Health* 1999; 24: 357-61.
23. Shrier LA. Sexually transmitted diseases in adolescents: biologic, cognitive, psychologic, behavioral and social issues. *Adolescência e Medicina Clínica* 2004; 15:215-34.
24. Couto VASF, Rezende MM. Sexualidade e DST/aids: Conhecimento e Práticas de Proteção com Escolares. São Bernardo do Campo: Universidade Mista de São Paulo. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós-graduação de psicologia da saúde da universidade mista de São Paulo-SP. p: 55-72. 2004.
25. Poreto DT & Viera EM. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2007; 23(10): 2511-2516.
26. Codes JS, Cohen DA, Melo NA, Teixeira GG, Leal AS et al. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2006; 22(2): 325-34.
27. Lowndes CM. Doenças Sexualmente Transmissíveis na Mulher. In: Giffin K, Costa SH. Questões de saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 253-79.
28. Canella PRB. Adolescência e doenças sexualmente transmissíveis. In: Vitiello N, Conceição ISC, Canella PRB, Cavalcanti RC. Adolescência hoje. São Paulo: Editora Roca; 1988. p.123-34.
29. Coutinho MPL, Saldanha AAW, Azevedo RLW. Uso do preservativo na primeira relação sexual: mito ou realidade? *J bras Doenças Sex Transm* 2006; 18(2): 124-129.
30. Souza MM, Borges IK, Medeiros M, Teles SA, Munari DB. A abordagem de adolescentes em grupos: o contexto da educação em saúde e prevenção de DST. *J bras Doenças Sex Transm* 2004; 16 (2): 18-22.

Endereço para correspondência:

JAILSON ALBERTO RODRIGUES
Rua França, 11, Bairro Jardim Europa,
Patos, Paraíba
CEP: 58705-090.
E-mail: jailson_rodrigues@ig.com.br

Recebido em: 03.07.2009

Aprovado em: 28.11.2009

O TESTE RÁPIDO PARA HIV EM MATERNIDADES: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

THE FAST TEST FOR HIV IN MATERNITIES: VISION OF THE HEALTH PROFESSIONALS

Carla Luzia F Araújo¹, Simone Lins², Vanessa D Bastos³

RESUMO

Introdução: diante do crescimento da epidemia de aids entre mulheres, apresenta-se a necessidade de aprofundar estudos e pesquisas para identificar o impacto das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e a visão dos profissionais de saúde dentro deste contexto. **Objetivos:** verificar se está sendo realizado o teste rápido anti-HIV nas maternidades do município do Rio de Janeiro; descrever como ocorre o oferecimento do teste rápido anti-HIV para gestantes/parturientes nas maternidades, na visão dos profissionais de saúde, e analisar os limites e possibilidades do aconselhamento pré e pós-teste frente ao teste rápido anti-HIV em maternidades. **Métodos:** utilizou-se a abordagem qualitativa, considerando os conceitos de integralidade da assistência no momento do aconselhamento pré e pós-teste do teste rápido para o HIV. A coleta de dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas, individuais, gravadas em meio magnético e transcritas na íntegra, sendo organizadas e destacadas por categorias, empregando-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados:** as categorias emergentes encontradas foram: a prática de oferta do teste anti-HIV para a mulher quando internada na maternidade; o momento da oferta do teste anti-HIV para a mulher; o aconselhamento na oferta do teste rápido para o HIV; o profissional de saúde que faz a oferta e a execução do teste rápido anti-HIV; a entrega do resultado do teste: entre a intervenção e a banalização; os fatores que facilitaram/dificultaram a realização do teste rápido para HIV na maternidade; e a visão e as sugestões dos profissionais de saúde para melhorar a realização do teste rápido para HIV na maternidade. **Conclusão:** concluímos que é possível oferecer o teste rápido para o HIV nas maternidades com a realização de Aconselhamento pré e pós-teste. Entretanto, concluímos que este não é o momento adequado. Destacamos ainda, para a efetiva implementação desta prática, a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, através da capacitação e da disponibilidade de insumos necessários.

Palavras-chave: aconselhamento, HIV, teste rápido, DST

ABSTRACT

Introduction: in face of the growth of the epidemic of aids among women, the necessity to deepen studies and research to identify to the impact of the actions of prevention of the vertical transmission of the HIV and the vision of the professionals of health of this context. **Objectives:** to verify if the fast test anti-HIV in the maternities of the city of Rio de Janeiro is being carried on; to describe as the offering of fast test occurs anti-HIV for parturient/pregnant in the maternities, in the vision of health professionals and to analyze the limits and possibilities of the counseling daily pay and after-test front to the fast test anti-HIV in maternities. **Methods:** qualitative boardingwas used, considering the concepts of completeness of the assistance at the moment of the counseling daily pay and after-test of the fast test for the HIV. The collection of data occurred through half-structuralized, individual, recorded interview in magnetic way and transcribed in the complete one, being organized and detached for categories, using itself the Collective Subject Discourse (DSC). **Results:** the found emergent categories had been: the practical one of offers of the test anti-HIV for the woman when interned in the maternity; the moment of offers of the test anti-HIV for the woman; the counseling in offers of the fast test for the HIV; the health professional that makes offers and the execution of the fast test anti-HIV; the delivery of the result of the test: between the intervention and the triviality; the factors that had facilitated/had made it difficult to accomplish the fast test for HIV in the maternity; and the vision and suggestions of the professionals of health to improve the accomplishment of the fast test for HIV in the maternity. **Conclusion:** we conclude that it is possible to offer the fast test for the HIV in the maternities with the accomplishment of counseling daily pay and after-test. However, we conclude that this is not the adequate moment. We still detach for the effective implementation of this practical necessity of qualification of the health professionals, through the qualification and of the availability of necessary resource.

Keywords: counseling, HIV, rapid test, STD

INTRODUÇÃO

O universo feminino é composto por inúmeras variáveis que permeiam as ações de prevenção em DST/aids. Conjugar todas estas variáveis é tarefa dos profissionais que atendem mulheres, nos diferentes níveis e modalidades de assistência. Com certeza a oferta do teste rápido em maternidades, deveria ser uma alternativa para as exceções; entretanto, no cotidiano dos serviços isto é uma ação rotineira, devido à falta de infraestrutura da rede de serviços no acesso aos exames de diagnóstico com maior agilidade. Em relação à assistência pré-natal, que representa a oportunidade de educação, prevenção e diagnóstico precoce, vem se mostrando um

setor caótico, que na maioria das vezes a gestante é apenas uma “barriga”, onde não é permitido a ela fazer questionamentos sobre sua condição, já que o tempo dispensado na consulta são de alguns minutos¹. Como fator ainda mais agravante, verifica-se a violência cotidiana que acomete as mulheres quando recorrem aos serviços de saúde, como o abuso de poder dos profissionais, o grande apelo da testagem das parturientes e a falta de organização dos serviços para atender as especificidades de gênero. Como refere Machado², “o desafio é instituir o diálogo efetivo entre prestadores de serviços e usuárias, de tal forma que possamos revolucionar simbolicamente os valores discriminatórios tão sutis quanto invisíveis das práticas institucionais” (pág. 25).

OBJETIVOS

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivos discutir a realização do teste rápido para o HIV em maternidades do município do Rio de Janeiro, sob a visão dos profissionais de saúde; descrever como ocorre o oferecimento do teste rápido anti-HIV

1 Doutora em Saúde Coletiva, Prof^ª Adjunta EEAN/UFRJ, Coordenadora do LEPPA DST/Aids - HESFA/UFRJ.

2 Enfermeira, Pesquisadora do LEPPA DST/Aids - HESFA/UFRJ, Bolsista de IC/FAPERJ – e-mail: simone.lins@gmail.com

3 Enfermeira, Pesquisadora do LEPPA DST/Aids - HESFA/UFRJ, Bolsista de IC/FAPERJ – e-mail: vdb.enf@gmail.com

para gestantes/parturientes, na visão dos profissionais de saúde, analisando os limites e possibilidades do aconselhamento pré e pós-teste frente ao teste rápido anti-HIV em maternidades.

MÉTODOS

Este estudo é uma pesquisa qualitativa, utilizando-se a abordagem do conceito de integralidade da assistência prestada no momento do aconselhamento pré e pós-teste do teste rápido para o HIV durante a hospitalização da gestante/parturiente no momento do parto.

O trabalho de campo foi realizado em quatro maternidades localizadas no município do Rio de Janeiro, no período de agosto a outubro de 2007. As maternidades estavam distribuídas por quatro áreas programáticas (AP 1.0, 2.1, 2.2 e 3.3). Como características, três maternidades possuem administração municipal e uma maternidade é administrada por instituição de ensino. Uma das instituições escolhidas para representar o seguimento filantrópico (AP 1.0), não permitiu que o estudo fosse desenvolvido, apesar da aprovação de dois Comitês de Ética a que foi submetido o projeto.

Os sujeitos da pesquisa foram 40 profissionais da área de saúde de diversas categorias, como descritos a seguir: enfermeiro (12), técnico de enfermagem (oito), auxiliar de enfermagem (dez), médico (sete), técnico de laboratório (um) e biólogo (dois). Com relação aos sujeitos, destacamos que diversos enfermeiros e médicos não quiseram participar do estudo quando eram informados sobre a temática. Outros utilizavam-se de diversos artifícios para não responder a pesquisa. Este comportamento nos faz refletir quanto ao grau de dificuldade que os profissionais de saúde têm em abordar esta questão.

Entre os respondentes verificamos que a idade variou de 24 a 53 anos, com escolaridade do 2º grau completo a pós-graduação. Destaca-se ainda que dos 40 sujeitos da pesquisa, apenas sete declararam possuir capacitação em Aconselhamento e cinco declararam possuir capacitação em teste rápido para HIV.

A coleta de dados ocorreu em diversos setores das maternidades, dentre eles, admissão, enfermarias, centro cirúrgico obstétrico, emergência obstétrica, alojamento conjunto, ambulatório, UTI neonatal, laboratório e puerpério. A técnica adotada para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada com a utilização de roteiro com dois momentos: primeiramente, a caracterização dos entrevistados, e um segundo momento com questões relacionadas aos objetivos deste estudo. Foi garantido o sigilo e o anonimato dos sujeitos e todos deram autorização através de assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme prevê a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Para a análise as entrevistas foram gravadas em meio magnético e transcritas na íntegra; depois de transcritas foram organizadas e categorizadas. Para esse tratamento dos dados, empregou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo a metodologia proposta por Lefèvre e Lefèvre³.

RESULTADOS

Após a análise das entrevistas, destacamos oito categorias, que apresentamos a seguir.

O momento da oferta do teste anti-HIV para a mulher

Como rotina já estabelecida pelo Ministério da Saúde⁴, na primeira consulta de pré-natal o profissional de saúde deve solicitar sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o Aconselhamento pré-teste. Este teste deve ser oferecido para todas as gestantes, independentemente de sua aparente situação de risco para o HIV, pois o diagnóstico da infecção pelo HIV no início da gestação possibilita melhor controle da infecção materna e melhora os resultados na profilaxia da transmissão vertical do HIV. Nesta categoria identificamos dois momentos em que esta prática ocorre: na admissão e no pós-parto.

Apesar da existência de política pública voltada para a prevenção da transmissão vertical, verificamos que a realidade mostra que muitas delas já chegam ao serviço de saúde em trabalho de parto, e ao serem admitidas, não possuem o resultado do HIV.

É feita na admissão, quando os médicos recebem gente que não tem cartão, não tem nenhum exame. E é feito também antes do parto. A gente pergunta para ela quando ela chega aqui se fez o teste. Aqui é feito pela equipe médica no momento de admissão da paciente, na porta de entrada. (DSC 1)

Quando a mulher chega à maternidade em trabalho de parto, e não realizou o teste durante o pré-natal, deve ser solicitado o teste rápido anti-HIV, sempre acompanhado de Aconselhamento. Reconhecemos que o momento do parto não é uma situação ideal para se realizar o Aconselhamento e realizar o teste de anti-HIV. Porém, mais danoso é negar à mulher a oportunidade de ser testada e diminuir as chances de transmissão vertical do HIV. Ter acesso ao tratamento adequado para ela e seu recém-nascido é um direito constitucional e garantido pela política de saúde vigente⁵.

Quando não é feito no parto... ela (a mulher) sai do parto e colhe aqui fora. Também só colhe se ela tiver um documento de identidade. (DSC 2)

Durante a vivência em campo, percebeu-se que muitos profissionais acabam simplificando este momento (quando a oferta se dá após o parto), fazendo com que a mulher permaneça com inúmeras dúvidas a respeito da demora da liberação para a amamentação e não compreenda a espera pelo resultado do teste anti-HIV. Para a efetiva implementação desta prática, é necessária a desburocratização e agilização de todo o processo. Neste momento, o Aconselhamento é de fundamental importância, pois o profissional de saúde deve aproveitar a oportunidade para que a mulher faça uma avaliação de risco para a transmissão do HIV e receba informações e apoio emocional para o recebimento de resultado do exame.

O profissional de saúde que faz a oferta do teste anti-HIV

Ressaltamos que os atributos fundamentais para um profissional se tornar aconselhador em DST/HIV, sejam: estar atualizado sobre esta temática; ter o hábito de perceber além da “superfície” dos fatos; ter interesse em lidar com as pessoas; possuir senso de responsabilidade, inspirar confiança e empatia; ter paciência com as pessoas, e não demonstrar preconceitos e críticas⁷.

O médico, principalmente o médico. Normalmente é o obstetra, quando interna lá em baixo. Ou o enfermeiro ou o obstetra. (DSC 3)

Observa-se no discurso dos entrevistados que a maioria dos profissionais diz ser o médico, e em segundo lugar o enfermeiro sendo o profissional responsável pela oferta do teste anti-HIV para a mulher. A insegurança de muitos profissionais em realizar a oferta é evidente, pela falta de capacitação específica em Aconselhamento. Sendo este um dos motivos para os profissionais sentirem-se pouco à vontade para ofertar o teste anti-HIV.

O aconselhamento na oferta do teste rápido para o HIV

Podemos constatar, através dos relatos abaixo, que grande parte dos profissionais de saúde não conhece a prática de aconselhamento. Muitos profissionais só têm conhecimento de que a mulher deve assinar um termo de autorização para que seja realizado o exame e ignoram o aconselhamento como fator fundamental na oferta do teste anti-HIV. Em estudo anterior foi identificado que a prática dos profissionais de saúde que atendem as gestantes baseia-se no conhecimento, nos valores e nas opiniões dos próprios profissionais envolvidos, não utilizando critérios institucionais para a solicitação do teste anti-HIV⁷.

Eu só sei que ela (a mulher) assina um termo de autorização para a realização do exame que fica no prontuário dela. (DSC 4)

Outros justificam que, por ser o exame uma prática de laboratório na realização da coleta, não há necessidade de conhecimento da prática do aconselhamento no desenvolvimento deste procedimento.

Não... não sei te dizer porque são eles (o laboratório) que colhem... a gente explica para elas que a gente está pedindo o teste e que é para elas (mulheres) assinarem atrás. Não tenho noção de como que é que se faz o Aconselhamento. (DSC 5)

Verifica-se, portanto, o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde, quanto ao conceito e componentes do Aconselhamento. Muitas vezes, eles não sabem sequer como o processo da oferta deve ocorrer. Devido a este desconhecimento, os profissionais de saúde contribuem para uma realidade cada vez mais distante do ideal, e em algumas vezes, reforçando aspectos que envolvem o preconceito e a discriminação.

Há uma controvérsia no que diz respeito à solicitação de consentimento (que nem sempre é feita), com o aconselhamento pré-teste (que sempre deveria ocorrer). Entretanto, os profissionais encontram as mais diversas alternativas para justificar a não realização do Aconselhamento, como fica evidenciado no discurso abaixo.

Geralmente a gente explica... que nem todas têm escolaridade suficiente para entender você pedir um HIV, mas geralmente a gente aconselha. Aqui com o atendimento da porta de entrada não dá nem tempo para eles (os médicos) fazerem. A gente explica a pessoa e nós pedimos autorização pra fazer o teste de HIV e então é colhido o sangue da paciente. Até no prontuário todas elas assinam e autorizam... sem isso a gente não pode colher. Só se for internada é que se faz o teste de HIV. A gente oferta, explica que é necessário fazer o exame, e aí a paciente geralmente concorda e a gente faz. De maneira geral a orientação é sempre que é para proteger o seu bebê, para que a gente saiba se ela vai poder amamentar ou não. Todas orientações simples, nada muito aprofundado não. (DSC 6)

Observa-se, ainda o uso da expressão “falta de tempo” por parte da própria equipe, como tentativa de minimizar a responsabilidade por não fazer o Aconselhamento pré-teste e solicitar o consentimento às gestantes.

O teste rápido é uma normatização... mulher chegou, não tem exame a gente faz o teste rápido... Livre e espontânea coação, pressão. Pergunta se tem o exame, não tem, faz e acabou. Ela assina na hora. Quando você fala sempre de como essa doença é transmitida, da importância dela para gente prevenir... do bebê... sempre comove muito mãe, entendeu!? A gente percebe que se fosse mais por ela, ela não faria. Muitas não fariam. Eu acho que teria que ser obrigado... não é a gente pedir autorização à mãe para fazer não... eu acho isso errado, porque a põe em risco a vida da gente, a dela e do bebê. Fazer o HIV para ela é lucro. (DSC 7)

Uma realidade comum nas instituições onde se desenvolveu a pesquisa é a “pressão” exercida para a gestante realizar o teste anti-HIV, não dando a ela a liberdade de escolha e muito menos a possibilidade de esclarecer as dúvidas. A mulher deve ter o direito de decidir se quer ou não realizar o teste. Não podemos negligenciar a existência de estigma, discriminação e a sensação de desamparo que podem ser causadas por um resultado positivo. Esta possibilidade de resultado deve ser refletida tanto pela mulher como pelo profissional que está oferecendo o exame. Todas as orientações referentes ao teste anti-HIV e as possibilidades de resultado devem ser informadas, para que a mulher tenha a possibilidade de desfrutar de um dos princípios da Bioética que é a autonomia.

O profissional de saúde e a execução do teste rápido anti-HIV

Os testes rápidos são indicados primariamente em situações que requerem intervenções profiláticas de ações específicas, como prevenção da transmissão vertical do HIV (em parturientes e puérperas não testadas anteriormente ou sem o resultado do teste que realizaram previamente), assim como em situações de acidente ocupacional. O teste pode ainda ser indicado para a triagem no terceiro trimestre de gestantes que tenham o diagnóstico negativo em momento anterior e cuja avaliação epidemiológica, da mulher e/ou de seu parceiro, indique a necessidade de reavaliação do diagnóstico de infecção pelo HIV. O Ministério da Saúde define que “os testes rápidos deverão ser realizados por profissionais de saúde devidamente capacitados”⁸. Quando os entrevistados se referiram à execução do teste anti-HIV, a maioria referiu-se ao procedimento técnico. No discurso a seguir, verificamos que a realização do teste rápido refere-se à execução do procedimento técnico, desvinculando este da abordagem da mulher.

Quem realiza o teste é o técnico do laboratório. A técnica de enfermagem que fica na admissão ou a do laboratório, quando solicitado. Você não conversa... pelo menos não vejo isso. Não sei se buscando, pesquisando isso mais à frente na admissão, direto no momento do atendimento. Simplesmente é colhido o sangue com scalp. É isso que acontece. (DSC 8)

A prática que verificamos no discurso acima apresenta-se em desencontro com a política vigente. Verifica-se que na maioria das instituições, quem realiza o teste é o laboratório ou a equipe de en-

fermagem, justamente por se tratar de uma questão mais de técnica de coleta do exame, não conferindo à ação a importância devida no processo de prevenção da transmissão vertical do HIV. Observa-se o desconhecimento do que é preconizado pelo PN DST/Aids, uma vez que os profissionais não aconselham ou sequer verificam no momento da coleta se a mulher já foi devidamente orientada para a realização do teste anti-HIV⁵.

A entrega do resultado do teste rápido para o HIV: entre a intervenção e a banalização

A entrega do resultado do teste rápido para o HIV deve sempre vir acompanhada do aconselhamento pós-teste, independentemente do resultado. Seja através de uma intervenção mais efetiva, ou pelas orientações que devem ser dadas às mulheres a respeito de suas práticas de risco e seu estilo de vida.

O laboratório entrega para equipe médica, e a equipe médica entrega para as mulheres. Vai direto lá para o prontuário. Se tiver algum resultado que tenha dado positivo, é o obstetra, a equipe médica quem fala. A Enfermagem já fica um pouco fora dessa parte aí. Se der negativo, a gente dá (a enfermagem). (DSC 9)

O discurso acima ilustra o não reconhecimento por parte da equipe de enfermagem de sua importância no processo de aconselhamento, deixando a atuação para a equipe médica; pois está relacionada à necessidade de intervenção. Outro ponto a destacar é a importância dada ao resultado reativo em detrimento do não reativo; apresentando, inclusive, fluxo de atendimento diferenciado.

No caso de um resultado reagente, as mulheres devem ter apoio para pensar, encontrar ajuda e lidar com as mudanças em suas vidas, pois elas têm várias necessidades individuais e precisarão de referências para apoio e tratamento⁹. O profissional de saúde deve estar atento para as reações aparentes e sutis da mulher, devendo permitir a ela o tempo necessário para que o impacto do diagnóstico seja assimilado e seu sentimento seja expresso.

A gente se comunica com os enfermeiros que tão lá, eles vêm aqui e fazem esse aconselhamento... de qual o cuidado, de qual é o processo, de qual é o protocolo. Aí tem que avisar ao médico. Eu sei que eles (os médicos) chamam o serviço social, o psicólogo e a epidemiologista (que abrange melhor essa orientação). Explica para mulher que aquele resultado não é definitivo, e que o teste tem que ser feito novamente porque muitas das vezes pode dá erro... explica para ela não ficar tão nervosa assim. A mulher toma consciência logo do que está acontecendo com ela... que vai ser bom para o bebê e para ela mesmo. Ela conta para o marido, se ela não contar acho que o serviço social se encarrega. (DSC 10)

O discurso apresentado contrasta com uma boa prática frente à entrega de resultado positivo⁵. Deve ser reforçado à mulher que o fato de estar infectada pelo HIV não significa portar a aids, que existem remédios para controlar a infecção e reduzir bastante a possibilidade de transmissão para seu bebê. Não adianta dizer que o exame pode estar errado, pois isto só irá dificultar o enfrentamento do diagnóstico. O profissional deve ainda lembrar o caráter confidencial do teste anti-HIV, fornecendo o suporte psicológico que ela necessita neste momento tão delicado. Destacamos a im-

portância da atuação de equipe multidisciplinar no atendimento destas mulheres. Assim que oportuno, devem ser detalhadas todas as informações sobre o manejo da infecção e as relativas à prevenção da transmissão vertical do HIV. Faz-se necessário informar sobre o uso de terapia antirretroviral (TARV) e sobre a importância do uso do AZT injetável durante o trabalho de parto e no parto, e do uso do AZT oral pelo recém-nascido durante as primeiras 6 semanas (42 dias) de vida. O profissional deve ainda discutir com a mulher a necessidade de realização do teste anti-HIV em seu parceiro e o uso correto do preservativo durante todas as relações sexuais. O discurso a seguir retrata o desconhecimento dos profissionais em abordar esta questão:

*Quando vem positivo, não tem nada explicado não. Somente damos o resultado. Vai de sutileza para sutileza! São vários fatores... de sensibilidade, de momento, de atividade, de quantidade de pessoal, de atendimento... se a maternidade tiver calma, tranquila, com pouca gente... dá tempo de dá uma atenção melhor... a gente vai abordando pelas beiradinhas. Tem médico que dá mais atenção, que conversa... tem outros que chegam lá simplesmente vira e fala que é soropositivo e que ela tem que se cuidar. **Graças a Deus nunca tive um HIV positivo no meu plantão.** (DSC 11)*

Identificamos ainda que os profissionais referem que nenhuma orientação é dada para a mulher, colocando outros fatores (como demanda e sensibilidade por parte do profissional) como determinantes do processo de Aconselhamento ser realizado ou não. Demonstrem ainda o medo vivenciado de participar ativamente deste processo de Aconselhamento em caso de resultado positivo.

Frente à entrega do resultado do teste anti-HIV não reativo, podemos afirmar a existência da banalização da entrega deste exame. De acordo com as recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes⁵, a mulher e seu parceiro devem ser orientados quanto ao uso de preservativo em todas as relações sexuais. Deve-se reforçar que o resultado não reagente não significa ter imunidade ao HIV. As medidas de prevenção devem ser abordadas em todas as oportunidades no contato com a mulher. As atividades de promoção à saúde e intervenções de prevenção devem ser desenvolvidas de acordo com o contexto social e cultural onde a atividade sexual é definida e constituída.

Quando o resultado vem para a gente, se tiver negativo, a gente informa que é negativo mesmo. Não tem nada explicado não. A gente pode até passar para a enfermagem através do protocolo que existe... Aí a gente entrega a quem está responsável pelo plantão, pois sendo negativo ela não recebe o teste rápido em mãos. A gente só coloca no prontuário. Eu chego para a paciente e falo... Olha, aquele exame que você estava esperando o resultado, tá ok... Não tem problema nenhum. Você já pode iniciar a amamentação de seu filho. (DSC 12)

Percebe-se que não há um aproveitamento por parte da equipe de saúde para fazer intervenções, como avaliação de risco, estilo de vida e conceitos de redução de risco. As mulheres possuem inúmeras dúvidas quanto à existência de riscos e mecanismos de transmissão específicos, onde as respostas não têm sido procuradas com a ênfase necessária. Os profissionais de saúde devem orientar quanto aos limites e às possibilidades de uma proposta de

mudança de comportamento sexual como estratégia básica de prevenção e controle de infecção pelo HIV, para que esse momento de Aconselhamento diante de um resultado negativo seja a propulsão para uma mudança efetiva do estilo de vida, no que diz respeito às práticas de risco. Aspectos mais básicos do comportamento sexual devem ser abordados pelo profissional, como: número de parceiros sexuais, prevalência de doenças sexualmente transmissíveis e uso de preservativo¹⁰.

Os fatores que facilitaram a realização do teste rápido para HIV na maternidade: a visão dos profissionais de saúde

Entre os fatores que facilitam a realização do teste rápido para o HIV em maternidades, relatados pelos profissionais entrevistados, destacamos: o reconhecimento por todos dos benefícios para a mãe e o bebê na prevenção da transmissão vertical do HIV.

Porque o rápido é mais tranquilo, então independente que a paciente suba já em trabalho de parto, dá tempo de fazer o exame e o RN já pode começar a ser amamentado pela mãe. Porque a pediatra não libera se não tem um teste de anti-HIV negativo para poder amamentar a criança. É você ter uma resposta imediata no momento que você precisa de um retorno imediato... em que a gente precisa realmente de um resultado de urgência. É o tratamento desse bebê, precocemente, pelo AZT oral que o bebê faz imediatamente uma, duas horas após esse parto. (DSC 13)

Com relação à realização do teste anti-HIV como fator de proteção para a equipe, cabe uma reflexão profunda quanto às precauções básicas e universais, que incluem a utilização de equipamentos de proteção individual (luvas, máscara, óculos de proteção, capotes e aventais), devendo ser adotadas com todas as mulheres, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas, na manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não íntegra. Estas precauções devem ser comuns a todas as mulheres e recém-nascidos, como forma de minimizar a discriminação que já lhe é imposta pela sociedade. Entretanto, no discurso a seguir verificamos uma compreensão equivocada.

Para a gente, que trabalha na assistência ao parto, a vantagem é de se prevenir mesmo... na verdade você já tem que se prevenir independente de saber se a paciente é HIV ou não... mas é uma maneira de se proteger mais, porque às vezes acontece da gente se acidentar. É poder trabalhar sabendo com que tipo de paciente a gente está lidando... pois muitas vezes nós desconhecemos que ela é soropositiva, e esse teste já deixa a gente calçada em relação a isso. Por isso eu acho que o teste deveria ser feito em todas... mas no caso de curetagem não é feito... acho que também deveria ser feito. (DSC 14)

Este discurso evidencia o preconceito por parte de alguns profissionais quando se fala em “saber com que tipo de paciente a gente está lidando”. Todas as mulheres devem ser tratadas da mesma forma, antes, durante e depois do parto, mas infelizmente nem sempre é o que acontece nas instituições de saúde. Muitas vezes os profis-

sionais de saúde tomam precauções extras quando uma mulher tem coragem para revelar que é soropositiva⁹.

Os fatores que dificultam a realização do teste rápido para HIV na maternidade

Entre os fatores que dificultam a realização do teste rápido para o HIV em maternidades, relatados pelos respondentes, destacamos: a grande demanda, a realização do Aconselhamento e a possibilidade da mulher se recusar a realizar o exame, a demora da entrega do resultado e a falta de insumos.

As dificuldades de realizar um pré-natal de qualidade, no que diz respeito ao diagnóstico do HIV, resultam da baixa cobertura da rede de saúde que reflete na não garantia do acesso às gestantes infectadas e seus recém-nascidos às intervenções estabelecidas. Ressaltamos ainda que a falta de adequação da capacidade instalada dos serviços de saúde e a deficiência no número de aconselhadorez provocam a massificação dos serviços, gerando impaciência e insatisfação no cliente, tornando vulnerável o processo de aconselhamento⁶.

Porque tem dia que isso aqui está um pandemônio de serviço. Às vezes o atendimento é rápido porque a demanda é grande. (DSC 15)

A realidade dos serviços de saúde na maioria das vezes não respeita os direitos das mulheres no que concerne à garantia da saúde integral e à resolutividade de seus problemas. Os profissionais de saúde devem atender às necessidades dos usuários dos serviços de saúde através da prática da assistência com qualidade e resolutividade, não justificando ser a grande demanda o empecilho para a promoção da assistência integral à saúde da mulher.

Por outro lado, a oferta do teste anti-HIV com prévio aconselhamento oferece à mulher a possibilidade de não realizar o exame. Nem sempre fazer o teste anti-HIV é algo desejado para as mulheres, devido ao estigma, à discriminação e à sensação de desamparo que podem ser causadas por um resultado positivo⁹. Muitas mulheres se sentem inseguras em realizar o teste anti-HIV. Para lidar com esta questão, os profissionais de saúde devem ressaltar a importância da realização do teste e seus benefícios, para ela e seu filho.

A negativa da mãe em realizar esse teste dificulta muito. Tem umas que não querem... diz que não precisa... muitas delas têm medo... preconceito de autorizar o teste. Quando ela diz 'Não', a gente pergunta para ela... você tem interesse em fazer o teste? Algumas mães acabam se negando a fazer isso que é superimportante para os bebês. Eu acho que o aconselhamento dificulta um pouco. Alguns médicos aconselham, outros não. Algumas não têm nem conhecimento que é colhido esse tipo de exame. (DSC 16)

O discurso acima ilustra mais uma vez a ausência do aconselhamento nas instituições de saúde que foram campo de coleta de dados, onde a mulher muitas vezes nem tem conhecimento de que este tipo de exame foi realizado. O aconselhamento não termina na oferta e consentimento para a testagem, mas se propõe a rever crenças e condições de vulnerabilidade, além de aproximar ou reaproximar a mulher dos serviços de saúde, promovendo a construção de alternativas de proteção e cuidado⁵.

Outro fator apontado pelos profissionais é a demora na entrega do resultado e a falta de insumos.

O que dificulta é o retorno desse resultado. O laboratório demora muito a colher... aí até vim o resultado, esse bebê fica muito tempo sem poder ser amamentado. Às vezes, acaba o parto, passa a primeira hora, e não pode deixar a mãe amamentar na sala de parto porque o teste não foi nem colhido ainda. Aí vai colher no outro dia... aí espera a rotina... até vim mesmo o resultado já anoiteceu outra vez... aí já tem quase 24 horas pós-parto... E isso atrasa o tratamento. Às vezes nem tem o kit para fazer o teste. (DSC 17)

Entendemos que as políticas de saúde devem ser somadas com a finalidade de potencializar a atenção e melhorar a qualidade da assistência prestada. Considerando este princípio, é fundamental que o processo de realização do teste rápido seja avaliado para que não ocorram conflitos com a política de aleitamento materno. A mulher e seu recém-nascido acabam recebendo uma assistência sem intervenção eficaz, uma vez que aguarda o resultado do teste anti-HIV para que sejam tomadas as medidas devidas, seja liberar a amamentação para essa criança ou iniciar com as medidas profiláticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

As sugestões para melhorar a realização do teste rápido para HIV na maternidade: as propostas dos profissionais de saúde

Entre as sugestões relacionadas pelos profissionais entrevistados, destacamos: melhorar a logística com implementação do teste rápido diagnóstico para o HIV, necessidade de implantação do Aconselhamento e a qualificação da assistência pré-natal.

Como estratégia para qualificar e ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV, particularmente para gestantes no pré-natal e maternidades, o PN-DST/Aids está incluindo a implantação, em cenários específicos, do teste rápido diagnóstico, com resultado em menos de 30 minutos, desde que realizados por profissionais devidamente capacitados¹².

Tem que melhorar essa logística do resultado chegar mais rápido. Implementar esse teste rápido de diagnóstico mesmo, e que não falte o kit. (DSC 18)

O discurso acima demonstra um descompasso entre a prática e o que é preconizado quanto ao tempo de demora do resultado do teste rápido. É preciso que os gestores e profissionais de saúde reflitam sobre as relações desiguais e injustas com que eles também convivem, no mundo que se deseja mudar, cuja conduta esta informada, em maior ou menor medida, pelas mesmas representações sociais e mesmos preconceitos que encontramos entre usuárias e usuários dos serviços de saúde¹³.

Todavia, apenas o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhora da atenção à gestante/parturiente portadora de HIV. É preciso a existência de uma rede organizada que garanta o acesso das gestantes, parturientes e recém-nascidos às mais recentes tecnologias de diagnóstico, controle e manejo da infecção pelo HIV, a partir da definição de atribuições entre os níveis de atenção no âmbito do SUS¹².

Muitos profissionais de saúde ainda precisam perceber a enorme mudança que deve ocorrer no que diz respeito à forma de lidar

com o indivíduo, principalmente em questões tão estigmatizadas pela sociedade, como quando se trata de HIV/aids.

Eu acho que tinha que ter mais profissional capacitado. As mães deveriam ser mais bem orientadas. Tem mulher que acha que não é necessário, pois a ignorância delas de achar que porque são fiéis, os maridos também são. Deveria haver um trabalho de continuidade desse aconselhamento... mandar aerogramas... todas as unidades de saúde se integrarem de uma forma mais ampla, que não fosse só ali na hora do parto, pós-parto, mas que pudesse ter uma continuidade... com o trabalho do aconselhamento mais eficaz eu acho que poderia ajudar mais. (DSC 19)

Em relatos de Cidadãs PositHIVas¹⁴, é mostrada a “total falta de capacitação técnica de alguns profissionais, atuantes nos serviços públicos de saúde, no aconselhamento e acompanhamento (...)”. Em relação ao planejamento familiar, as mulheres soropositivas têm como melhor opção oferecida a esterilização, indo contra os princípios de direitos sexuais e reprodutivos que elas possuem.

Os direitos reprodutivos baseiam-se no reconhecimento do direito básico, de todos os casais e indivíduos, de decidir de forma livre e responsável se desejam ou não ter filhos, quando os querem ter e com que frequência. É o direito de ter informações suficientes para tomar estas decisões com autonomia. A implementação destes direitos depende de mudanças políticas, institucionais e estruturais. E ainda, mudanças nas relações sociais, na cultura e nas relações entre as pessoas, tanto no espaço público quanto no privado¹³.

As ações dos serviços de pré-natal e das maternidades devem ser estruturadas como um conjunto de intervenções da equipe, adequando-se às possibilidades reais de cada serviço, dispondo de profissionais capacitados para assegurar tais condutas durante todo o pré-natal, no momento do parto e no pós-parto⁵. Os profissionais de saúde devem realizar o aconselhamento priorizando o contato da mulher com o serviço de saúde através de uma abordagem preventiva e integral. Não se pode desperdiçar o encontro entre a mulher e o serviço de saúde, mas sim o desenvolver em sua plenitude⁶.

Eu acho que na verdade esse exame deveria ser oferecido e realizado no pré-natal, para ela já chegar aqui com o resultado... Toda paciente deveria ter o anti-HIV no pré-natal. (DSC 20)

Necessita-se de uma contínua capacitação e sensibilização de todos os profissionais de saúde envolvidos com a assistência às mulheres, para que a prática da oferta do teste anti-HIV seja medida eficaz para redução da transmissão vertical do HIV.

Com o decorrer do desenvolvimento desta pesquisa, verificou-se que o teste rápido anti-HIV está sendo realizado nas maternidades do município do Rio de Janeiro. Entretanto também ficou evidenciado que há dificuldades na realização do teste anti-HIV no pré-natal e na forma como o teste é oferecido. Nas maternidades onde realizamos o trabalho de campo, constatamos que na maioria das vezes o teste rápido para o HIV é oferecido às mulheres no momento da admissão; e o médico é o profissional que mais realiza esta oferta.

Os profissionais de saúde não têm qualificação adequada para oferta do teste anti-HIV através da realização do Aconselhamento pré e pós-teste. Por este motivo, não valorizam e/ou banalizam as oportunidades do encontro com a mulher para aconselhá-la acerca de medidas de prevenção e redução de risco para a contaminação das DST/aids e oferta do teste rápido anti-HIV. Conforme refere

Araújo⁷, “os profissionais de saúde necessitam de um processo de capacitação contínuo, para que desenvolvam e aprimorem habilidades técnicas e de relacionamentos, para atender à população”.

Dentro desta problemática, faz-se necessário o fortalecimento das ações preventivas no pré-natal com a estruturação dos serviços de saúde e qualificação dos profissionais de saúde para o oferecimento do teste anti-HIV no pré-natal, de forma clara, explícita e ética, visando assim o benefício da mulher e da criança. Esta mesma necessidade é sentida nas maternidades, para a efetiva qualificação da assistência prestada ao binômio mãe-filho.

Um ponto que vale destacar está relacionado com a dificuldade na efetiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente a que se refere aos princípios de integralidade e equidade. Este fato apresenta-se como um dos principais limitantes para a implantação do Aconselhamento em DST/HIV nos diversos níveis de assistência. A relação dos profissionais de saúde com as mulheres precisa ser repensada no que se refere à forma de abordagem. Faz-se necessária a promoção de iniciativas orientadas para discutir as questões inerentes à prática de aconselhamento, dentro das próprias unidades de saúde⁶. É fundamental nesta relação a consideração do outro como sujeito no processo saúde/doença.

CONCLUSÃO

Após a realização deste estudo, concluímos que é possível a oferta do teste rápido para o HIV nas maternidades com a realização de Aconselhamento pré e pós-teste. Entretanto, esta prática deve ser qualificada através da capacitação dos profissionais de saúde e da disponibilidade de insumos. Aos profissionais de saúde, cabe a reflexão sobre o real significado da realização do teste anti-HIV na vida das pessoas, e quanto à complexidade na abordagem de temas que envolvem a sexualidade e as práticas sexuais. Não podemos deixar de destacar a importância dos gestores no processo de planejamento, implementação e monitoração das ações em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Luz AMH, Cardoso D, Santos ES, Tonial MA, Mendes SA, Agostini SM et al. Dificuldades apresentadas por adolescentes quanto à realização do pré-natal. In : Revista HCPA, 14 : 135-41, 1994.
2. Machado LZ. Os frágeis direitos da mulher. In: Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. Ano 3 nº6 out 2002. Ministério da Saúde, 2002.
3. Lefèvre F e Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª ed. Caxias de Sul, RS: Educs, 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Série Manuais nº 46. 4.ed. Brasília, 2007.
6. Araújo CLF & Camargo Jr, KR. Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 2004.
7. Araújo CLF. A Solicitação do teste anti-HIV no Pré-natal em Unidades básicas de saúde no município do Rio de Janeiro: Políticas e Realidades. Orientador: Kenneth Rochel Camargo Jr. UERJ/IMS. Dissertação de Mestrado, 1997. (154 p)
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília, 2004.
9. Berer, M. Mulheres e HIV/Aids: um livro sobre recursos internacionais: informação, atividades e materiais relativos às mulheres e HIV/Aids, saúde reprodutiva e relações sexuais. São Paulo, Brasiliense, 1997.
10. Parker R. Na contramão da aids: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
12. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília, 2006.
13. ABIA. Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2002.
14. Ministério da Saúde. Cidadãs PositivIVas. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 2002.

Endereço para correspondência:

CARLA LUZIA FRANÇA ARAÚJO

Rua São Francisco Xavier, 39/703 – Tijuca

Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20550-010

Tels.: (21) 9948-8562 / 2204-1141

E-mail: araujo.ufrj@gmail.com

Recebido em: 10.04.2009

Aprovado em: 21.06.2009

PERFIL SEXUAL E FREQUÊNCIA DE INFECÇÕES GENITAIS EM ADOLESCENTES ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA

SEXUAL PROFILE AND FREQUENCY OF GENITAL INFECTIONS IN TEENAGERS TREATED IN THE UNIVERSITY CLINIC

Luana R Souza¹, Andréa S Filgueiras¹, Artur B T Silva², Roberta R Souza³, Helena Lucia B Reis³, Gesmar V Herdy⁴, Louise AR Paixão⁵, Marilda Andrade⁶, Phillipe Godefroy³, Martinha Calderaro⁷, Dennis C Ferreira⁸

RESUMO

Introdução: atualmente os adolescentes se encontram em situação de vulnerabilidade para infecções genitais, devido às altas taxas de atividade sexual com diferentes parceiros e falhas no uso do preservativo. **Objetivo:** descrever o perfil sexual e a frequência das infecções genitais diagnosticadas em adolescentes atendidos no Setor de DST da Universidade Federal Fluminense (UFF) nos anos de 2005 e 2006. **Métodos:** foi realizado um estudo seccional, descritivo, observacional e quantitativo através da análise dos prontuários de adolescentes entre 12 e 19 anos de idade atendidos no Setor de DST/UFF no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006. Os dados foram tratados através de análise descritiva por meio de porcentagem. **Resultados:** a parcela de adolescentes que frequentou o serviço foi igual para ambos os sexos, porém a maioria acima dos 16 anos de idade, com parceiro(a) sexual fixo(a) exclusivo(a) em 57,2% dos casos no ano de 2005 e 57,63% para o ano de 2006, onde a maioria não utilizava preservativo e não apresentava história de prévia de DST em ambos os anos do estudo. Destes, 46,9% (2005) e 38,98% (2006) possuíam o ensino fundamental incompleto, e 50,3% (2005) e 55,93% (2006) eram estudantes. A iniciação sexual ocorreu em torno dos 13 anos de idade e o diagnóstico mais comum foi de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) com a frequência de 46,8% em 2005 e 54,84% em 2006. **Conclusão:** os adolescentes constituem um grupo vulnerável em relação à sexualidade, assim, por vezes, não percebem o risco em adquirir infecções genitais, tais como as DST, portanto, não se protegem por meio do uso do preservativo. Esses resultados demonstraram elevada frequência de DST, principalmente no que diz respeito à infecção pelo HPV, indicando a necessidade de medidas de prevenção, programas de educativos que busquem a redução deste risco, além de um atendimento especializado realizado por profissionais habilitados a fim de realizar um correto diagnóstico e, conseqüentemente, um tratamento das infecções genitais no acompanhamento do grupo em questão.

Palavras-chave: adolescentes, DST, prevenção

ABSTRACT

Introduction: nowadays, young people are in vulnerable situation for genital infections, due to high rates of sexual activity with different partners and failures in the use of condoms. **Objectives:** describe the sexual profile and frequency of genital infections diagnosed in adolescents seen in a DST Clinic of Federal Fluminense University (UFF) in the years 2005 and 2006. **Methods:** a cross-sectional study was conducted, descriptive, observational and quantitative through records analysis of adolescents between 12 and 19 years of age attended in DST/UFF Sector from January to December of the years 2005 and 2006. The data was processed through descriptive analysis by percentage. **Results:** the share of teenagers who attended the service was equal for both sexes, but the majority over 16 years of age, with fixed sexual partner only in 57.2% of cases in 2005 and 57.63% for the year 2006, in which the majority did not use condoms and had no history of the DST in both years of study. Of these 46.9% (2005) and 38.98% (2006) had incomplete primary school and 50.3% (2005) and 55.93% (2006) were students. The sexual initiation occurred around 13 years of age and genital infection by the human papilloma virus (HPV) was described as the most frequent in this group. **Conclusion:** teenagers are a vulnerable group in relation to sexuality, thus, they are not aware of the risks of acquiring genital infections such as STD's, therefore they do not protect themselves through preservatives. These results show highly frequent STD's, mostly the ones related to HPV, indicating the need for prevention measures, educational programs that aim at the reduction of this risk along with a specialized care by qualified professionals in order to make a correct diagnosis and, as a result, a treatment for the genital infections in the following up of the group.

Keywords: adolescents, STD, prevention

INTRODUÇÃO

A adolescência está compreendida entre 10 e 19 anos de idade, a partir da definição da OMS, e pode ser entendida como período de transição entre a infância e a fase adulta¹. Esta compreende uma fase intermediária quando o corpo e a mente começam a passar por mudanças. Por ser uma etapa de transformações intensas e complexas, o adolescente passa a sentir-se inseguro e com medo, desencadeando sentimentos e sensações que entram constantemente em conflito. A busca por respostas, a escolha de caminhos, os padrões de beleza, competições que acarretam no indivíduo dúvidas,

ansiedades, rebeldias, intolerância, descrédito, que o confundem e atrapalham-no quando tem de tomar atitudes responsáveis. A grande preocupação nesta parte da população é a inclusão social desse jovem, a prevenção de DST (doenças sexualmente transmissíveis) e o planejamento familiar².

No ano de 2005 o Brasil possuía cerca de 13 milhões de adolescentes entre 12 e 19 anos de idade. Cerca de 700 mil meninas tornam-se mães a cada ano no país, de cada 100 mulheres que têm filhos no Brasil, 28 engravidam antes dos 18 anos. Desde 1980, o número de adolescentes grávidas aumentou 15%. Isso significa, indiretamente, que o número de adolescentes que se relaciona sem o uso de preservativos também vem aumentando³. Tal fato eleva a possibilidade de adquirirem uma ou mais DST.

Tem ocorrido, atualmente, uma intensa modificação quando se pensa em virgindade. Esta acabou se tornando menos complexa e reprimida, levando a uma maior liberação ao sexo e iniciação sexual cada vez mais precoce⁴.

Através dos dados citados anteriormente e considerando que a adolescência é o período em que a maior parte dos indivíduos ex-

¹ Bolsista de Iniciação Científica – FAPERJ, Faculdade de Enfermagem – UFF.

² MBA em Logística – UFF.

³ Setor de DST – MIP/CCM – UFF.

⁴ Profª Titular de Pediatria – UFF.

⁵ Bolsista de Iniciação Científica – FAPERJ, Faculdade de Enfermagem – UFRJ.

⁶ Profª Adjunta de Enfermagem (DIP) – UFF.

⁷ Profª da Faculdade de Enfermagem – UNIPLI.

⁸ Doutorando em Microbiologia – UFRJ/Setor de DST – MIP/CCM – UFF.

perimenta suas primeiras relações sexuais, o presente estudo torna-se de extrema importância, uma vez que conhecimento e práticas sexuais estão ligados a fatores como educação, estrutura familiar, ou seja, às variáveis de ordem psicossocial. Assim, é necessário que se realizem estratégias de promoção de saúde, com um trabalho preventivo e educativo, e não apenas curativo, com o intuito de diminuir o risco de contrair DST pelos adolescentes⁵.

De acordo com a *World Health Organization*, quase 20% da população mundial são compostos de pessoas com idades entre 10 e 19 anos. No Brasil, o número de adolescentes é de cerca de 13 milhões em ambos os sexos^{1,3}. Em 1994 foi realizada a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento⁶, em que a saúde e os direitos reprodutivos dos adolescentes e jovens receberam destaque especial. O parágrafo E do Capítulo VII descreveu temas de grande relevância para a saúde dos adolescentes, como gravidez inoportuna, aborto e DST/aids. As ideias envolvidas nos temas eram: encorajamento de um comportamento reprodutivo e sexual responsável, além de saudável, incluindo a abstinência sexual voluntária, a disponibilidade de serviços de atendimento e o aconselhamento adequado especificamente destinado a este grupo etário. Além disso, foi dito que os países devem garantir que os programas e as atitudes da prática médica não limitem o acesso dos adolescentes aos serviços e às informações de que necessitam, além de que esses serviços deveriam garantir o direito dos adolescentes à privacidade, ao respeito e ao livre consentimento expresso. Ao mesmo tempo há o respeito de valores culturais e crenças religiosas, bem como direitos, deveres e responsabilidade dos pais⁶.

Os países devem proteger e promover o direito dos adolescentes a educação, informação e cuidados de saúde reprodutiva, e reduzir consideravelmente o número de casos de gravidez na adolescência. Os governos, em colaboração com as organizações não governamentais (ONG), devem estabelecer mecanismos apropriados para responder às necessidades especiais dos adolescentes. O governo brasileiro comprometeu-se com a implementação de políticas voltadas à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes⁷.

A Coordenação de DST/Aids do Ministério da Saúde apresentou dados de todo o território brasileiro, apontando para um aumento de casos de DST/aids entre mulheres jovens de 1999 a 2002, na faixa etária compreendida entre 13 e 19 anos. No ano de 2001, o número de casos de infecção pelo HIV foi de 227 em meninas contra 134 em meninos. Em 2002 houve uma queda no número de casos, mas continuou a ser maior em meninas e a principal via de transmissão em ambos os sexos foi a sexual⁷.

A preocupação do adolescente não é ser infectado pelo HIV ou por outra DST, mas sim ter uma gravidez inoportuna. Talvez seja pelo fato de que uma criança geraria despesas, necessitaria de tempo, e assim esta fase acabaria num segundo. O preservativo tem sido utilizado principalmente para evitar gravidez, e seu uso como meio de prevenção às DST vem encontrando resistência por parte de muitas pessoas, que alegam não terem necessidade de usá-lo, fato que os torna muito mais vulneráveis à contaminação por uma ou mais DST^{8,9}.

Tal fato demonstra a relevância deste estudo, visto que existe um número muito grande de adolescentes e que estes iniciam sua vida sexual cada vez mais precocemente. Estes utilizam o preservativo de modo irregular e apresentam pouco conhecimento sobre o ciclo reprodutivo, como foi descrito em um trabalho sobre o grau

de conhecimento sobre reprodução e sexo seguro realizado com adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza, no Ceará¹⁰. Em um outro estudo foi observado que jovens em risco social ou que eram residentes em comunidades de baixa renda estavam sujeitos com maior frequência a situações de vulnerabilidade, como maior atividade sexual, maior número de parceiros sexuais e uso menos frequente do preservativo⁴.

A conscientização deste grupo é uma das principais atitudes para conter o avanço da aids e de outras DST, atuando sempre de modo diferenciado, fornecendo conhecimento sobre os métodos de transmissão das DST, a fim de que ocorra adesão às informações, modificando o padrão de comportamento desses indivíduos. Diversos programas de promoção da saúde desenvolvem estratégias de prevenção, como fornecimento e modificação do uso de preservativos, ênfase no uso das agulhas e seringas descartáveis, o controle de sangue e derivados, adoção de cuidados na exposição ocupacional a material biológico, bem como no manejo adequado das DST.

OBJETIVO

O objetivo desse estudo foi verificar a frequência de infecções genitais em adolescentes atendidos na clínica do Setor de DST/UFF, no município de Niterói – RJ, nos anos de 2005 e 2006, e descrever o perfil sexual (comportamento) deste grupo em questão.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, seccional, observacional e quantitativo. Através da análise do prontuário de adolescentes entre 12 e 19 anos de idade atendidos no Setor DST/UFF, no período de janeiro a dezembro de 2005 e 2006, onde foram coletados dados referentes a sexo, idade, início das relações sexuais, fidelidade ao parceiro, o uso de preservativos, experiência de DST prévia e diagnosticada durante o acompanhamento neste serviço. Foram incluídos neste estudo os pacientes que possuíam faixa etária entre 12 e 19 anos e para análise foram considerados somente os prontuários devidamente preenchidos, excluídos aqueles com ausência de três ou mais dados entre os relevantes. Foram excluídos do estudo os pacientes com idade inferior a 12 anos e superior a 19 anos.

Após a criação de um banco de dados, os resultados do presente trabalho foram submetidos à análise descritiva por meio de porcentagem. Os resultados foram demonstrados por meio de tabelas e comparados com os da literatura nacional e internacional.

RESULTADOS

Durante o ano de 2005, do total de 820 pacientes atendidos no Setor de DST/UFF, 145 eram adolescentes, o que representou 17,7% do total de atendimentos. Para o ano de 2006, de 648 pacientes atendidos, 59 eram adolescentes, o que representou 9,1% do total de atendimentos.

Observamos que em 2005 a procura pelo atendimento por parte dos pacientes de ambos os sexos foi equivalente, com 50,3% para o sexo feminino e 49,7% para o sexo masculino. No entanto, para o ano de 2006 observou-se um aumento na procura para pacientes do sexo feminino, correspondendo a 55,9% dos atendimentos a adolescentes (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Distribuição da frequência dos adolescentes atendidos na clínica de DST/UFF por sexo, no município de Niterói – RJ nos anos de 2005 e 2006.

Sexo	2005 N(%)	2006 N(%)
Feminino	73 (50,3)	33 (55,93)
Masculino	72 (49,7)	26 (44,07)
Total	145 (100)	59 (100)

Em relação à faixa etária dos adolescentes que procuraram atendimento nos 2 anos, a procura foi tanto maior quanto mais elevada fosse a faixa etária, considerada igualmente em 2005 e 2006, sendo a maior frequência para a idade de 18 anos. A idade da primeira relação esteve na faixa etária média dos 13 aos 16 anos para os adolescentes no ano de 2005, e na faixa etária dos 13 aos 15 anos, para o ano de 2006.

A fidelidade por parte dos pacientes adolescentes demonstrou-se constante com parceiros fixos exclusivos, em torno de 57,2% no ano de 2005, e 57,63% para o ano de 2006 (**Tabela 2**). No que diz respeito à ocupação dos adolescentes atendidos no Setor de DST/UFF, para ambos os anos de 2005 e 2006, cerca de 50,3% e 55,93%, respectivamente, eram estudantes (**Tabela 3**).

Tabela 2 – Distribuição da frequência de parceiros dos adolescentes que foram atendidos na clínica de DST/UFF no município de Niterói – RJ nos anos de 2005 e 2006.

Parceiros	2005 N(%)	2006 N(%)
Fixo exclusivo	83 (57,2)	34 (57,63)
Múltiplos	18 (12,4)	10 (16,95)
Fixo não exclusivo	7 (4,8)	8 (13,56)
Atualmente sem	24 (16,6)	6 (10,17)
Não informado	13 (9,0)	1 (1,69)
Total	145 (100)	59 (100)

Tabela 3 – Distribuição da frequência quanto à ocupação dos adolescentes que foram atendidos na clínica de DST/UFF no município de Niterói – RJ nos anos de 2005 e 2006.

Ocupação	2005 N(%)	2006 N(%)
Estudante	73 (50,3)	33 (55,93)
Do lar	21 (14,5)	10 (16,95)
Outros	41 (28,3)	16 (27,12)
Desempregado	4 (2,8)	–
Pedreiro	2 (1,4)	–
Não informado	4 (2,8)	–
Total	145 (100)	59 (100)

Quanto à escolaridade dos adolescentes atendidos no Setor de DST, a maioria encontrava-se com ensino fundamental incompleto, em torno de 46,9%, seguido de 34,5% com ensino médio incompleto para o ano de 2005. Já para o ano de 2006, o mesmo número de pacientes (38,98%) encontrava-se com ensino fundamental e ensino médio incompletos.

Não houve mudança comportamental por parte dos adolescentes atendidos no Setor quanto ao uso de preservativos. A maior parte dos adolescentes não os utiliza, conforme podemos observar tanto no ano de 2005, com 53,93%, e 55,2% no ano de 2006.

Sobre a história prévia de DST no ano de 2005, cerca de 89,83% não apresentavam, e para o ano de 2006, um total de 90,3% também não apresentou esta experiência (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Distribuição da frequência de adolescentes que tiveram experiência prévia de DST, atendidos na clínica de DST/UFF no município de Niterói – RJ nos anos de 2005 e 2006.

Uso do Preservativo	2005 N(%)	2006 N(%)
Sim	14 (9,7)	6 (10,17)
Não	131 (90,3)	53 (89,83)
Total	145 (100)	59 (100)

Com relação ao diagnóstico, no ano de 2005, observou-se um predomínio de HPV (48,6%), seguido de candidíase (12,1%) e gonorreia (8,7%) diagnosticadas. Para 2006, verificou-se uma pequena mudança na distribuição das patologias, com 55,74% para HPV, 18,03% para gonorreia e 9,84% de vaginose bacteriana (**Tabela 5**).

Tabela 5 – Distribuição da frequência de infecções genitais em adolescentes atendidos na clínica de DST/UFF no município de Niterói – RJ nos anos de 2005 e 2006.

Infecções Genitais Diagnosticadas	2005 N(%)	2006 N(%)
Infecção pelo HPV	84 (48,6)	34 (55,74)
Candidíase	21 (12,1)	2 (3,28)
Gonorreia	15 (8,7)	11 (18,03)
Vaginose bacteriana	14 (8,1)	6 (9,84)
Herpes genital	10 (5,8)	2 (3,28)
Uretrite	7 (4,0)	–
Escabiose	5 (2,9)	2 (3,28)
Sífilis	4 (2,3)	3 (4,92)
Síndrome do corrimento vaginal	4 (2,3)	1 (1,64)
Síndrome do corrimento uretral	3 (1,7)	–
Outros	6 (3,5)	–
Total	173 (100)	62 (100)

DISCUSSÃO

Ao avaliarmos os resultados apresentados, podemos perceber inicialmente uma redução do número de pacientes, como consequência do número de adolescentes atendidos nos anos de 2005 e 2006. Este fato se deve a uma série de fatores, tais como a greve por parte dos servidores da UFF, dificultando o agendamento e acolhimento destes; o retorno dos pacientes para as unidades básicas, como o PSF¹¹ (Programa de Saúde da Família), que possui capacitação para atender casos de infecções genitais (DST), sendo estes, entre outros fatores, os de maior impacto.

O grande número de adolescentes acometidos por algum tipo de infecção genital (vide **Tabela 1**) independe do sexo que possuem, pois os resultados apresentam valores que se igualam, conduzindo-nos a repensar em estratégias de educação na saúde e em uma prática de aconselhamento efetiva, assim como em uma abordagem com maior enfoque psicossocial, mais qualitativa e não apenas curativa¹².

Sendo assim, vale ressaltar que acompanhar e atender este grupo específico com base nos critérios etário e patológico seria direcionar o caminho para o erro, pois o comportamento destes indivíduos também se ancora no seu gênero, na opção sexual, na sua história de vida, na educação, nos aspectos familiares, grupo social, etnia, entre outros^{5,12}.

A maior faixa etária atendida neste grupo foi em torno dos 18 anos de idade, conforme descrito anteriormente, o que pode de-

monstrar uma maior responsabilidade e conscientização a respeito do conhecimento sobre si, quanto ao seu corpo, sua sexualidade e suas práticas sexuais, bem como dos possíveis fatores de risco que envolvem este grupo. Entretanto, a idade da primeira relação no período do presente trabalho apontou para uma iniciação sexual precoce, começando por volta dos 13 anos de idade, resultando no que vem ao encontro de outro estudo, em que as evidências científicas também demonstraram precocidade na primeira relação sexual na faixa etária dos 11 aos 13 anos, tanto para homens quanto para mulheres⁵.

Estes dados diferem dos encontrados por outros autores, que obtiveram a média entre as idades do primeiro coito por volta de 14,6 e 15 anos¹³. Este comportamento pode ser influenciado pela cultura local e/ou pelos meios de comunicação, de modo que pode ocorrer uma orientação inadequada ou até mesmo ausente a respeito de métodos contraceptivos, gravidez, uso de preservativos e DST/aids¹³.

Avaliando ainda o perfil histórico sobre a idade da primeira relação sexual, no ano de 1986 a média de idade do início da atividade sexual foi de 16,7 anos¹³. Após 10 anos (1996) esta idade se manteve em torno de 16,4 anos⁵. O presente estudo, realizado após 20 anos, evidenciou a idade de 13 anos, o que faz notória e urgente a necessidade de um trabalho educativo e informativo nas escolas, igrejas, nos centros sociais e nas famílias, a fim de favorecer este grupo¹⁴. Enfatiza-se então a necessidade de treinamento específico dos agentes sociais que trabalham nestas unidades, em parceria com os profissionais da saúde, de modo a promover uma abordagem mais próxima da realidade, de forma simples e acessível aos adolescentes¹⁴.

No que diz respeito à variável parceiros sexuais, a maioria dos adolescentes relatou possuir parceiros fixos exclusivos, múltiplos parceiros em torno de 12,4 e 18,36%, e parceiros fixos não exclusivos em ambos os anos. Estes dados tornam evidente a possibilidade do risco de contrair uma ou mais infecções genitais quanto maior for a exposição com diversos parceiros, ainda mais sem o uso do preservativo⁹ (**Tabela 2**). Deste modo, segue a cadeia de transmissão destes microrganismos responsáveis pela etiologia das DST, que podem alcançar um padrão de resistência a drogas, como acontece com a gonorreia e o HIV¹⁵.

Embora metade dos adolescentes atendidos no Setor de DST se apresente como estudante, estes se encontravam com maior frequência com o ensino fundamental e médio incompletos. O presente resultado corrobora com outro estudo realizado sobre a influência dos fatores psicossociais na adolescência, em que a escolaridade dos adolescentes era por volta de 56% com ensino fundamental incompleto, fator que contribuía influenciando não só para adquirir DST, bem como gravidez não desejada¹⁶.

Quanto ao uso dos preservativos, a maior parte dos adolescentes não fazia uso em ambos os anos do estudo. Outro trabalho também demonstrou que mais da metade dos adolescentes avaliados não fazia uso do preservativo, em que o critério era nunca ou às vezes, do total de 224 adolescentes do universo amostral¹³. Cooperando com os resultados descritos, um estudo indicava entre os motivos para o não uso de preservativos o fato de confiar no(a) parceiro(a); uso de outros métodos anticoncepcionais, acreditar que o(a) parceiro(a) não estava contaminado(a) e que não corria o risco de engravidar, entre os mais frequentes⁵.

Quanto ao diagnóstico realizado nos anos do estudo nesta população-alvo, o predomínio da infecção pelo HPV para ambos os sexos manteve-se constante, evidenciando lesões como o condiloma acuminado e as neoplasias do colo do útero, diferentemente de outro trabalho que apresentou uma maior prevalência de uretrites gonocócicas e não gonocócicas em homens (54,8%) e em mulheres as vulvovaginites (candidíase, vaginose e tricomoníase)³. Mesmo assim, a frequência de uretrites ainda esteve presente em nosso estudo de forma bastante expressiva para ambos os sexos (vide **Tabela 4**).

Diante desta realidade, observamos que os adolescentes precisam ser ouvidos e atendidos de forma singular, pois apresentam particularidades diferentes de outros grupos específicos, a fim de alcançarem o exercício pleno de sua sexualidade, pois se deparam com situações novas, sem contar com a enorme quantidade de informações através dos vários meios de comunicação, que os deixam em conflito^{13,16}. Aliados a estes fatores estão os desafios que emergem das mudanças corporais e do psiquismo que, certamente, se acompanhadas de um aconselhamento seguro e concreto, podem levá-los a uma perspectiva de futuro com a redução das DST/aids¹⁶.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que estratégias preventivas e de educação em saúde são necessárias para os adolescentes do município de Niterói, pois diante dos resultados aponta-se ainda presente a desinformação e a necessidade da prática do sexo seguro.

A faixa etária relatada para a primeira relação sexual para homens e mulheres foi a mesma, ressaltando que esta se apresenta com expressão cada vez mais precoce. Quanto à fidelidade ao parceiro relatada pelos adolescentes, cerca de metade destes apresentava parceiros fixos exclusivos.

Como quase todos os adolescentes atendidos não utilizam preservativos, a orientação enfatizada na prevenção deve ser reforçada pelos profissionais da saúde e também pelos agentes sociais, necessitando assim da maior capacitação e formação dos mesmos.

A patologia mais diagnosticada foi a infecção pelo HPV, sendo prevalente em ambos os sexos. Os presentes resultados merecem a atenção dos profissionais de saúde e agentes sociais quanto à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das DST neste grupo específico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde. Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação. Genebra: OMS/FNUAP/UNICEF, 1993, 22 p.
2. Osório LC. Adolescência hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
3. Dias APV, Santos DDG, Ferreira DC, Passos MRL, Arze WNC. Estudo comparativo: perfil dos adolescentes atendidos numa clínica de DST nos anos de 1995 e 2003. *Adolescência & Saúde*. 2005; 2(2):15-24.
4. Carvalho GM, Barros SMO. Fatores psicossociais relacionados à gravidez na adolescência. *Acta Paul Enf*. 2000; 13(1): 9-17.
5. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(1): 282-290.
6. CIPD. Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) / Cairo, 1994. Cap. VII, Pargraf. E, p.21-22. Disponível em <http://membros.lycos.fr/redeluso/documentos/ResumoCIPD.pdf> Acessado em: 24/03/2007.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> Acessado em: 16/04/2007.
8. Bogaski NT, Schirmer J, Barbieri M. A prevenção das DST/AIDS entre adolescentes. *Acta Paul de Enf.* 2000; 13(1): 18-26.
9. Programa de saúde do adolescente. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/acoeseinsaude/programadesaudeadolescente> Acessado em: 20/04/2007 .
10. Façanha MC, Menezes BLF, Fontenele ADB et al. Conhecimento sobre a reprodução e sexo seguro de adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza, Ceará. *J bras Doenças Sex Transm.* 2004; 16 (2): 5-9.
11. Viana AL, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e programa de saúde da família. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 1988; 8:11-48.
12. Mandú ENT, Corrêa ACP. Educação sexual formal na adolescência: Contribuições à construção de projetos educativos. *Acta Paul Enf* 2000; 13(1): 27-37.
13. Bemfam. Sociedade Civil Bem-Estar Família no Brasil. Adolescentes, Jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Bemfam; 1989.
14. Brasil. Prevenção e controle das DST/AIDS na comunidade: Manual do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
15. Balduin M, Sierra S, Daumer MP, Rockstroh JK, Oette M, Fatkenheuer G et al. Evolution of HIV resistance during treatment interruption in experienced patients and after restarting a new therapy. *J Clin Virol.* 2005; 34(4): 277-287.
16. Mello GR, Castro G, Reggiani C, Carvalho NS. Erotismo e prevenção de dst/aids entre os adolescentes. Como atuam os meios de comunicação? *J bras Doenças Sex Transm* 2005; 17(2): 99-106.

Endereço para correspondência:

LUANA DOS REIS DE SOUZA

Rua Irituia, 95- Brás de Pina,

Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21215-090

Tel.: 021 2290-2798

E-mail: luanadrds@gmail.com

Recebido em: 13.12.2008

Aprovado em: 12.02.2009

COINFEÇÃO HIV/TUBERCULOSE (MAL DE POTT) UM ESTUDO DE CASO

COINFECTION HIV/TUBERCULOSIS (POTT'S DISEASE) – A CASE STUDY

Karla Carolina S Ribeiro¹, Katyara Mylena SR Lima², Aleyde D Loureiro³

RESUMO

O surgimento da aids provocou um aumento nos casos de tuberculose no mundo. Analisamos um caso de coinfeção HIV-tuberculose visando identificar como elas interagem promovendo deterioração na qualidade de vida do paciente. Estudamos o caso de um paciente do sexo masculino cujo diagnóstico de HIV só foi feito após ele apresentar infecções oportunistas que caracterizam a imunodeficiência. O estudo permitiu-nos identificar como o paciente reagiu à aids e ao tratamento prescrito. Também percebemos como a interação entre as duas doenças aumenta a morbimortalidade delas, principalmente se associada a frequentes descontinuações de tratamento, resultando em limitações permanentes.

Palavras-chave: aids, tuberculose, mal de Pott, DST

ABSTRACT

The advent of aids brought an increase in tuberculosis's cases in the world. We analyzed a coinfection HIV-Tuberculosis case aiming to identify how they interact promoting a deterioration of the patient's quality of life. We studied a male patient's case whose diagnose of HIV was only made after he presented opportunistic infections that characterize immunodeficiency. We were able to identify how he reacted to aids and the treatment prescribed. We also realize how the interaction between the diseases increased their morbid-mortality principally when associated with frequently treatment discontinuation resulting in permanent limitations.

Keywords: aids, tuberculosis, Pott's disease, STD

INTRODUÇÃO

A ocorrência da aids foi identificada primeiramente nos EUA, em 1981, com a manifestação de pneumonia por *Pneumocystis carinii* e sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos previamente saudáveis, sendo depois também identificada em usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e receptores de sangue¹. Entretanto, atualmente o vírus atinge uma parcela da população mundial, tornando-se um problema de saúde pública.

Trata-se de uma síndrome causada por retrovírus da família *Retroviridae*, o HIV1 e o HIV2, vírus da imunodeficiência humana, caracterizada por uma imunodeficiência que se manifesta pela diminuição tanto quantitativa como qualitativa dos linfócitos T. Um indivíduo infectado pelo HIV é portador da aids se apresentar contagem de células CD4+ < 200/μL, mesmo na presença ou não de sintomas ou de doenças oportunistas¹.

O HIV infecta várias células do sistema imunológico, principalmente os linfócitos CD4+, através da ligação das glicoproteínas presentes no envoltório viral, gp41 e gp120, com moléculas presentes na membrana celular, desencadeando uma cadeia de eventos que culmina com a integração do genoma viral à célula infectada, replicação viral e liberação de novos vírus, em alta escala, causando a morte celular e, portanto, uma diminuição crescente de linfócitos T CD4+, desconectando, assim, a atuação do sistema imunológico do indivíduo, predispondo-o a várias infecções por diversos microrganismos oportunistas, entre elas podemos citar a tuberculose².

A infecção pelo vírus HIV corresponde a um dos mais importantes fatores de risco para a reativação da tuberculose naqueles indivíduos anteriormente infectados pelo bacilo. Segundo o Ministério da Saúde³, a probabilidade de uma infecção tuberculosa evoluir para tuberculose-doença, em indivíduos imunocompetentes (HIV-negativo), é de 10% ao longo de toda a vida, no entanto, naqueles HIV-positivo essa probabilidade é de 8% a 10% por ano. A diminuição das células CD4+ no sangue periférico de indivíduos infectados pelo HIV aumenta tanto a suscetibilidade para o desenvolvimento da primoinfecção, quanto para reativação da doença, constituindo um importante fator prognóstico, como também um excelente indicador do início da profilaxia⁴.

A coinfeção HIV e tuberculose é uma das principais responsáveis pelo acréscimo da morbidade e mortalidade em pacientes com imunodeficiência, pois se por um lado a infecção pelo HIV aumenta a ocorrência de tuberculose, por outro a tuberculose interfere diretamente na sobrevida de pessoas com HIV, diminuindo-a. Quando a aids foi reconhecida, em 1981, havia estimativas de que mais ou menos um terço da população do mundo era portador do bacilo da tuberculose, o *Mycobacterium tuberculosis*, em estado latente, fruto de uma resposta imunológica eficaz⁵. No entanto, com o advento da aids e sua disseminação, o risco de reativação da doença tornou-se evidente, sobretudo em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde ainda é crescente e alta a prevalência da infecção por este agente^{1,6}.

Com o HIV, não só as características epidemiológicas, mas também as manifestações clínicas, laboratoriais, radiológicas, os sítios de acometimento, a duração do tratamento e a resistência às drogas contra tuberculose se modificaram. Em indivíduos infectados pelo HIV, a forma pulmonar não cavitária e as extrapulmonares são as manifestações mais frequentes da doença⁷.

Este estudo de caso teve por objetivo descrever e analisar um caso de indivíduo portador de coinfeção HIV/tuberculose. O interesse das autoras ao propor este estudo de caso foi melhor vivenciar a coinfeção HIV/tuberculose e a morbidade determinada por

¹ Mestranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa: Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva/UFPB, E-mail: karlacribeiro@yahoo.com.br

² Graduanda em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora Voluntária/UFPB, E-mail: katymylelima@hotmail.com

³ Graduanda em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora Voluntária/UFPB, E-mail: adl_jp@hotmail.com

ela, além de observar a dinâmica da relação do indivíduo portador de HIV com a doença no seu curso, procurando entender os fatores relacionados ao abandono do tratamento, e a repercussão deste para o indivíduo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso informal, de cunho qualitativo, com um indivíduo com coinfeção HIV/tuberculose.

Utilizamos como método o estudo de caso, que nos permite uma melhor compreensão do processo da doença e das relações que o indivíduo constrói com a mesma, como também, acompanhar o curso natural de ambas as moléstias e suas relações de sinergismo na morbimortalidade desses indivíduos, funcionando também como método eficaz no planejamento da abordagem terapêutica para diminuir o curso insatisfatório que a tuberculose pode assumir, se não tratada adequada e precocemente em pacientes com aids.

Para a elaboração do caso, utilizamos como instrumentos a anamnese e o exame físico propostos por Celso Porto, exames laboratoriais (hemograma, *Western blot*, sumário de urina, parasitológico de fezes), exames de imagem (ultrassografia, tomografia computadorizada, radiografia de tórax), teste tuberculínico (PPD – derivado purificado da proteína) e as informações contidas nos prontuários de internação do paciente no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e no Hospital Clementino Fraga. A coleta de dados deu-se na enfermaria das Doenças Infecto-Contagiosas do HULW e na enfermaria do Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa, em maio/junho de 2008.

O estudo apresentar-se-á em duas partes, a primeira parte propõe a exposição da história clínica do paciente, quando se sucedeu a coinfeção com a tuberculose, e o curso das doenças; e a segunda parte apresenta a fundamentação teórica do problema proposto.

Seguiram-se as instruções da Resolução CNS nº 196/96, do Comitê Nacional de Pesquisa, que normatiza os estudos e pesquisas envolvendo seres humanos. Para manter o anonimato utilizaremos as iniciais do nome do paciente⁸.

RELATO DE CASO

Homem, solteiro, natural e residente em João Pessoa-PB, procurou o Hospital Dr. Clementino Fraga na referida cidade, acompanhado da mãe e da irmã, em 10/01/2002, aos 35 anos de idade, com queixas de febre intermitente há cerca de 3 semanas, associada a tosse produtiva, anorexia e cefaleia. Negava a ocorrência de episódios hemoptóicos. O paciente possuía sorologia positiva para HIV, confirmada no dia 03/01/2002 pelo *Western blot*. Seus familiares relataram episódios ocasionais de desorientação, ideias desconexas e lapsos de memória. Ao exame físico, encontrava-se emagrecido, eupneico, acianótico, anictérico e hipocorado (+/4+). O exame dos aparelhos cardiovascular, respiratório e do abdome não apresentava alterações. O exame neurológico evidenciou ideias desconexas, sem sinais de irritação meníngea. Foram realizados uma radiografia de tórax, que evidenciou infiltrado em bases pulmonares (processo broncopneumônico inflamatório), e um PPD que foi não reator. Os demais exames laboratoriais encontravam-se sem alterações, e no parasitológico de fezes evidenciou-se a presença de ovos de *Schistosoma mansoni*.

Foram levantadas as seguintes hipóteses diagnósticas: aids, pneumonia bacteriana e neurotoxoplasmose, com início da terapia para as duas últimas, e alta hospitalar após resolução do quadro clínico. No entanto, retornou aproximadamente 3 semanas depois, no dia 14/02/2002, com outro quadro sugestivo de pneumonia bacteriana, que foi novamente tratada, sendo então instituída nesta ocasião a terapia antirretroviral (TARV) com esterevudina, lamivudina e zidovudina. No dia 05/03/2002, o paciente realizou dosagem da carga viral (não foi feita antes do início do tratamento porque o paciente não compareceu ao exame) cujo resultado foi: 62.000 e log de 4,79. No dia 19/03/2002 foi feita a contagem de células CD4+, que foi de 178 células/ μ L; CD8+ foi de 333 células/ μ L e a relação CD4/CD8 foi de 0,53, confirmando a imunodepressão.

O paciente, em 2002/2003, foi internado diversas vezes neste serviço apresentando infecções gastrointestinais, estando em uso irregular da TARV.

No dia 14/05/2004 o paciente realizou nova carga viral, cujo resultado foi: 1.200 e log de 3,08, indicando má adesão ao tratamento, apesar da redução considerável da carga viral (62.000 em 05/03/2002), pois conforme o guia do Ministério da Saúde, caracteriza-se boa resposta terapêutica queda de 99% da carga viral inicial do paciente ou diminuição de 02 logs. O esperado seria que a carga viral do paciente estivesse indetectável.

No dia 05/09/2004, o paciente procurou novamente o serviço do Hospital Dr. Clementino Fraga com queixas de dor em MMII, abdome e coluna tipo queimação que se iniciou na madrugada anterior. O exame físico evidenciou um Giordano positivo e a impossibilidade de locomoção do paciente devido à intensidade das dores. Cogitou-se a hipótese de litíase de vias biliares, mas a ultrassonografia (USG) de abdome superior não detectou nenhuma alteração. No dia 06/09/2004 foi palpado um nódulo endurecido em coluna torácica. O paciente evoluiu com piora da dor, que no dia 09/09/2004 o impediu de deambular completamente. Foi realizado um PPD no dia 13/09/2004 que se revelou reator forte (16 mm) e uma tomografia computadorizada (TC) de tórax, cujo resultado foi colapso de corpo de T11 provocando uma indentação na superfície superior do corpo de T12 com comprometimento de partes moles associado, que entra no canal vertebral e comprime medula nesse nível e diminuição do espaço intervertebral T11-T12. No dia 28/09/2004 foi iniciado o tratamento para tuberculose vertebral, tendo em vista o quadro clínico e o resultado do PPD, com rifampicina, isoniazida e pirazinamida. O esquema da TARV foi modificado para esterevudina, lamivudina, efavirenz. No dia 02/10/2004 recebeu alta hospitalar após melhora do quadro clínico, mantendo a terapêutica para tuberculose e TARV, associado a sulfametoxazol a cada 2 dias e diclofenaco quando necessário.

Dois meses após início de terapia contra tuberculose, o paciente retornou ao serviço com piora do quadro anterior, associado a disúria, vômitos e diarreia, com evidente dificuldade para deambular e tremores em extremidades. Paciente em uso irregular da TARV e da terapia para tuberculose, sendo as mesmas reiniciadas. Realizou-se USG de vias urinárias, que se revelou sem alterações. Recebeu alta hospitalar 40 dias depois, após melhora do quadro clínico, sendo orientado para acompanhamento ambulatorial. A ressonância nuclear magnética não foi realizada, pois o paciente não compareceu ao exame.

Em 2005 o paciente evoluiu com muita dificuldade para deambular, parestesia persistente de membros inferiores, tumoração óssea à altura de T12 e continuava em uso irregular da terapia. Em 2006, em decorrência da manutenção do quadro citado, realizou novo PPD que se revelou não reator, e dosagem da carga viral cujo resultado foi: 4.600 cópias, e nova TC do tórax, em que foi identificado aumento das partes moles perivertebrais na transição toracolumbar. Foi indicada cirurgia neurológica pelo neurocirurgião, para descompressão medular, que o paciente se recusou a fazer. O paciente compareceu de forma irregular ao ambulatório durante o ano de 2007, impossibilitando um acompanhamento adequado do quadro, sendo o tratamento diversas vezes descontinuado.

Em maio de 2008 foi internado na enfermaria das Doenças Infecto-Contagiosas do Hospital Universitário Lauro Wanderley com quadro de diarreia, desidratação, desnutrição, confusão mental, e apresentando infecções oportunistas como candidíase oral e esofágica. Durante a internação evoluiu com períodos de orientação e desorientação, e quadro de *delirium*, apresentando-se pouco cooperativo, com melhora dos sintomas gastrointestinais. Admitiu ter abandonado a TARV há mais ou menos 7 meses, sendo esta então alterada para o esquema composto por tenofovir + lamivudina + kaleta (lopinavir/ritonavir). Realizou TC do crânio, em que não foi possível afastar neurotoxoplasmose, nem neurotuberculose, sendo realizada terapia empírica para ambas as enfermidades. Foi então transferido para o Hospital Clementino Fraga, em junho de 2008, para continuidade do tratamento.

DISCUSSÃO

Sem dúvida, a coinfecção HIV e tuberculose constitui um importante problema de saúde pública no mundo. Os países em desenvolvimento têm experimentado uma alteração na prevalência e incidência dos casos de tuberculose com a disseminação da aids, enquanto os países desenvolvidos têm enfrentado o ressurgimento da doença, o que tem levado à reformulação dos programas de combate e controle das mesmas e à busca por uma vigilância mais efetiva⁹.

A tuberculose constitui uma doença infecciosa, cujo agente é o bacilo de Koch, e que apesar de primariamente acometer os pulmões, pode por via hematogênica comprometer outros órgãos, compreendendo as tuberculoses extrapulmonares, cujos principais focos em paciente imunocompetentes são a pleura e os gânglios, e menos frequentemente ossos e articulações, meninges e intestinos. Em pacientes infectados pelo HIV, as formas pulmonares não cavitárias e as extrapulmonares compreendem as manifestações mais comuns da tuberculose, que possuem o diagnóstico prejudicado, sendo feito na maioria das vezes por exclusão, tendo em vista que esses indivíduos apresentam várias comorbidades associadas¹⁰.

A tuberculose vertebral ou mal de Pott é também conhecida como espondilite tuberculosa e corresponde a uma das formas extrapulmonares da doença. Costuma ser secundária à forma pulmonar, atingindo as vértebras através de disseminação hematogênica ou a partir de linfonodos paravertebrais acometidos. Costuma acometer mais de um corpo vertebral, geralmente adjacente, e seus respectivos discos intervertebrais, afetando principalmente a porção anterior do corpo vertebral. A descrição do quadro clássico desta doença foi feita em 1779, por Percival Pott: abscesso, paraplegia e

deformidade esquelética, possuindo um alto potencial mórbido: alterações neurológicas persistentes e deformidade física. Nos EUA responde por 10% dos casos de tuberculose extrapulmonar^{1,11}.

No mal de Pott ocorre uma progressiva destruição óssea que pode culminar em cifose e colapso vertebral. Há, também, a formação de um abscesso que costuma ser frio, tornando-se quente quando invade estruturas musculares adjacentes, e que pode promover compressão nervosa por sua expansão ou invadir diretamente as raízes nervosas ocasionando as manifestações neurológicas da doença: paralisia, parestesia, paraplegia, entre outras^{1,11,12}.

As manifestações clínicas são progressivas e sua intensidade vai depender do estado em que a doença se encontra no momento do diagnóstico. Na fase avançada apresenta a tríade descrita por Percival Pott. O quadro clínico é composto por manifestações gerais como febre, anorexia, perda de peso associados a dor, rigidez e alterações neurológicas, a depender da região afetada^{1,11,12}.

O estudo radiológico demonstra alterações de uma fase mais avançada da doença. Podem ser encontrados: destruição lítica do corpo vertebral, principalmente da porção anterior; colapso vertebral; esclerose reativa em torno do processo lítico; alargamento da sombra do psoas ou calcificação do psoas; destruição de discos intervertebrais e vários corpos vertebrais afetados. A tomografia computadorizada permite a identificação das lesões em uma fase mais precoce¹¹.

A biópsia percutânea tanto tem fins terapêuticos quanto diagnósticos: permite realizar a drenagem de abscessos, aliviando os sintomas compressivos, e provê material para a realização de estudo histopatológico e cultura. O estudo histopatológico pode evidenciar a presença de granulomas e necrose caseosa no material analisado, definindo o diagnóstico. O PPD pode auxiliar no diagnóstico etiológico^{1,11,12}.

O tratamento clínico é feito com drogas antituberculosas (isoniazida, rifampicina, pirimetamida, etambutol e estreptomina, sendo as duas últimas reservadas para casos de resistência do bacilo) por 6 a 9 meses, período em que o paciente deve ser monitorado cuidadosamente, e caso haja piora do caso o esquema deve ser trocado, por sugerir resistência bacteriana^{1,11,12}.

Segundo o manual do Ministério da Saúde do Brasil, a TARV deve ser iniciada nos pacientes HIV-positivo que sejam sintomáticos ou que possuam contagem de células CD4+ inferior a 200 células/ μ L, com dois inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa e um inibidor da transcriptase reversa não nucleosídeo ou um inibidor da protease. No entanto, a rifampicina interage com a maioria dos inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa e inibidores da protease, promovendo diminuição dos níveis séricos de antirretrovirais, favorecendo a falha terapêutica e a resistência viral. Por isso, em caso de coinfecção HIV/tuberculose, o Ministério da Saúde sugere esquemas com efavirenz ou saquinavir associado ao ritonavir, sem ajuste de doses. Os inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa não interagem com a rifampicina e podem ser usados³.

O tratamento cirúrgico no mal de Pott está indicado em casos de déficit neurológico (deterioração neurológica aguda, parestesia e paraplegia), para rápida descompressão, melhorando o prognóstico do paciente, deformidade espinhal com instabilidade e não resposta à terapia medicamentosa¹¹.

Um dos maiores problemas no tratamento, tanto da aids, quanto da tuberculose, é a não adesão ao tratamento e/ou o abandono do mesmo, que incrementam as falhas terapêuticas e a resistência às drogas utilizadas. Muitos são os fatores que contribuem para isso, entre eles podemos citar a não aceitação da doença, o nível socioeconômico do indivíduo, a baixa escolaridade, o preconceito¹³. É sem dúvida essencial a participação ativa do paciente no tratamento, pois o mesmo é um dos responsáveis diretos e incontestáveis da eficácia terapêutica.

Entender a psicodinâmica envolvida no processo interacional entre o paciente e a doença é muito importante para desenvolvermos uma abordagem terapêutica eficaz. Para isso torna-se também necessário conhecer o paciente no seu contexto socioeconômico-cultural, seu processo de construção histórica individual, sua relação com o meio, suas crenças, tentando identificar os possíveis problemas que permeiam sua compreensão da doença, procurando sanar dúvidas e diminuir preconceitos, visando proporcionar qualidade de vida e cidadania ao indivíduo.

A multidisciplinaridade é essencial para alcançarmos este objetivo, almejando um atendimento global, não somente físico, como também um apoio psicoterapêutico, fornecendo aos pacientes instrumentos que lhes permitam construir uma compreensão mentalmente aceitável acerca da nova situação por ele vivida, entendendo a função da terapêutica em todo o processo, e restaurando sua autoestima e seu papel enquanto cidadão.

CONCLUSÃO

A interação entre as duas doenças aumenta a morbimortalidade delas, principalmente se associada a frequentes descontinuações de tratamento, resultando em limitações permanentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison Medicina Interna, Vol I, 16ª Ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Inteamericana Brasil; 2006.
2. Abbas AK, Lichtman AH. Imunologia Celular e Molecular. 5ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância epidemiológica, Programa DST-aids. Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV - 2004. <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 02/12/2008
4. Silva RM, Rosa L, Lemos RN. Alterações radiográficas em pacientes com a coinfeção vírus da imunodeficiência humana/tuberculose: relação com a contagem de células TCD4. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2006; 32(3): 24-35.
5. Azevedo BCCA, Cabral MML, Lima AS, Montenegro LML, Montenegro RA, Schindler HC. Tuberculous spondylitis in teenager. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [periódico da internet]. 2005 may/june [citado 2008 jun 12]; 31 (3): [cerca de 12 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132005000300013. Acesso em: 22/01/2009.
6. Boffo MMS, Mattos IG, Ribeiro MO, Neto ICO. Tuberculose associada à aids: características demográficas, clínicas e laboratoriais de pacientes atendidos em um serviço de referência do sul do Brasil - *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2004; 30(2): 36-48.
7. Lima MM, Belluomini M, Almeida MMB, Arantes GR. Coinfeção HIV/tuberculose: necessidade de uma vigilância mais efetiva. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31(3): 217-237.
8. Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
9. Ferreira CP, Valle H, Issa PR, Ferreira JA, Lima RB, Martins CJ. Mal de Pott com lesões cutâneas em paciente HIV-positivo. *Pulmão Rio de Janeiro* 2006; 15 (1): 44-48.
10. Vilar FC, Neves FF, Colares JKB, Fonseca BAL. Tuberculose vertebral (doença de Pott) associada a abscesso de psoas: relato de dois casos e revisão da literatura. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2006; 39(3): 278-282.
11. Higalco JA, Alangaden G. Pott Disease (Tuberculous Spondylitis). *African Journal of neurological sciences* [periodic de internet]. 2006 agost [citado 2008 jun 22]; 24 (1): [cerca de 14 telas]. Disponível em: ajns.paans.org/dist/data/2006Vol25No2.pdf. Acesso em: 10/04/2009.
12. Martini RK, Fonseca GF, Almeida AR, Zardo EA. Mal de Pott na infância: relato de caso e revisão da literatura. *Revista AMRIGS* [periódico na internet]. 2002 jan-jun [citado 2008 jun 20]; 46 (1,2): [cerca de 15 telas]. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/46-01-02/Mal%20de%20Pott%20na%20infância.pdf>. Acesso em: 10/04/2009.
13. Narciso MAS, Paulino MAS. Adesão e Aids: alguns fatores intervenientes. *Serviço Social em Revista* 2001; 4(1): 27-43.

Endereço para correspondência:

KARLA CAROLINA SILVEIRA RIBEIRO

Rua Enfermeira Ana Maria Barbosa de Almeida, 426/403,

Edifício Ellus, Bancários

João Pessoa - PB

CEP: 58052-270

Tel.: (55 83) 8811-9564

E-mail: karlacribeiro@yahoo.com.br

Recebido em: 18.06.2009

Aprovado em: 25.09.2009

PACIENTES HIV-POSITIVO NÃO PROGRESSORES EM LONGO PRAZO: DOIS CASOS

LONG-TERM NONPROGRESSORS HIV-INFECTED PATIENTS: TWO CASES

Alberto Saraiva Tibúrcio¹

RESUMO

O relato de caso aborda os mecanismos de controle da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 que podem estar presentes nos indivíduos ditos não progressores em longo prazo. São apresentados dois casos clínicos de pacientes acompanhados no Serviço de Atendimento Especializado da Policlínica Oswaldo Cruz, em Porto Velho, Rondônia, Brasil. A possibilidade de controle da infecção viral sem a utilização da terapia antirretroviral abre perspectivas para outros tipos de tratamento.

Palavras-chave: não progressores em longo prazo, vírus da imunodeficiência humana, DST

ABSTRACT

This case report is about the control mechanisms of human immunodeficiency virus type-1 infection that may be present in long-term nonprogressors individuals. Two clinical cases about patients belonging at the Service in Specialized Attendance at Oswaldo Cruz Polyclinics, Porto Velho City, Rondônia, Brazil, were presented. The possibility of viral infection control without the antiretroviral therapy's use gives us perspectives to others types of treatment.

Keywords: long-term nonprogressors, human immunodeficiency virus, STD

INTRODUÇÃO

Após mais de 25 anos da identificação do agente causador da aids e mais de 60 milhões de pessoas infectadas, muito ainda está para ser conhecido sobre a interação *in vivo* do ser humano com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Como se trata de uma infecção cujo tempo de incubação é prolongado, somente através do diagnóstico precoce da infecção é que está sendo possível conhecer a extensão da citada interação ao longo do tempo, bem como os fatores e mecanismos que nela interferem.

Publicações diversas versando sobre a história natural da infecção pelo HIV têm mostrado que a progressão para aids a partir da infecção inicial possui um tempo variável de 7 a 14 anos¹⁻⁵. De acordo com o tempo de progressão, tem-se que 50 a 70% dos indivíduos infectados pelo HIV sem tratamento evoluem para imunodeficiência severa em um período médio de 8 a 10 anos e 5 a 10% dos infectados podem desenvolver aids em 2 a 3 anos³. Outras pessoas, mesmo sem tratamento antirretroviral, podem não desenvolver sintomas de aids por períodos mais longos que 10 anos de evolução: são aquelas denominadas *long-term nonprogressors* (LTNP) na língua inglesa, e constituem aproximadamente 5 a 15% de todas as pessoas infectadas pelo HIV⁴.

Os LTNP (progressores lentos) apresentam viremia detectável (abaixo de 5.000 cópias de RNA/mL) durante a evolução da infecção, diferindo dos *elite* ou *natural controllers* (controladores de elite) que também possuem infecção com progressão lenta, mas que mostram viremia persistentemente abaixo de 50 cópias de RNA/mL⁶. Os controladores de elite representam pequena parcela do grupo de LTNP, bem menos que 1% de todos os soropositivos⁴ (Figura 1).

Tem havido um crescente interesse por esse grupo de pessoas que possuem uma evolução lenta de sua infecção, permanecendo virológica e imunologicamente estáveis, não necessitando de medicações antirretrovirais. Os estudos epidemiológicos, clínicos, moleculares e imunológicos dos indivíduos LTNP vêm proporcionando, à comunidade científica, conhecimentos que poderão ser úteis no desenvolvimento de terapias e vacinas.

No presente artigo são apresentados dois casos de pessoas infectadas pelo HIV que vêm se apresentando até o momento como *long-term nonprogressors*. Estes dois pacientes foram identificados entre 356 pacientes do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) da Policlínica Oswaldo Cruz, em Porto Velho, Rondônia.

Os potenciais mecanismos de controle viral serão aqui brevemente descritos, à luz dos atuais conhecimentos sobre a fisiopatogenia da infecção pelo HIV.

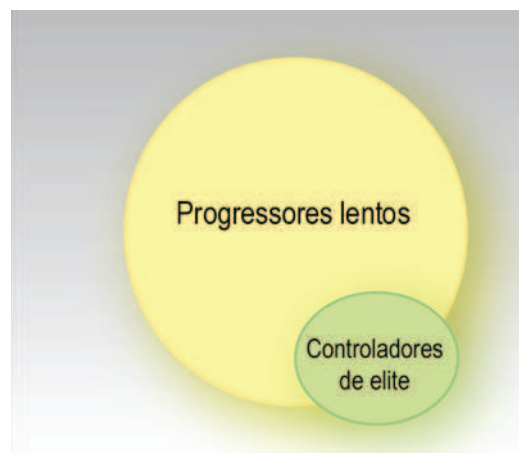


Figura 1 – Relação entre LTNP e controladores de elite (figura adaptada do artigo Human Immunodeficiency Virus Controllers: Mechanisms of Durable Virus Control in the Absence of Antiretroviral Therapy. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com>).

¹ Médico Infectologista do Programa de DST/Aids da Policlínica Oswaldo Cruz, Especialista em Doenças Sexualmente Transmissíveis pela Universidade Federal Fluminense, Presidente da Regional Rondônia da SBDST.

CASO CLÍNICO 1

Paciente do sexo feminino, com 36 anos, cútis branca, residente em Porto Velho, em acompanhamento no SAE desde 23 de março de 1999. Fez uso de zidovudina com didanosina até 10 de junho de 2002, quando foram interrompidas. Durante sua evolução clínica no ambulatório, apresentou queixas de diarreias, artralguas matinais, lombalgias, parestesias de extremidades.

Endoscopia digestiva em abril de 2006 mostrou gastrite enantematososa grau S2 (classificação de Sakita), tratada com omeprazol. Tomografia computadorizada de coluna lombar evidenciou hérnias em L₄-L₅ e L₅-S₁. Realizou acompanhamento com neurologista e fisioterapeuta. Colonoscopia longa em agosto de 2009, por queixas de constipação intestinal e retalga, detectou colite e retite, com histopatológico cujo laudo foi de ileíte crônica moderadamente ativa. Não apresentou até o presente momento doenças oportunistas relacionadas à infecção pelo HIV.

As **Figuras 2 e 3** mostram a evolução das contagens de CD4 e CD8 e a evolução da carga viral.

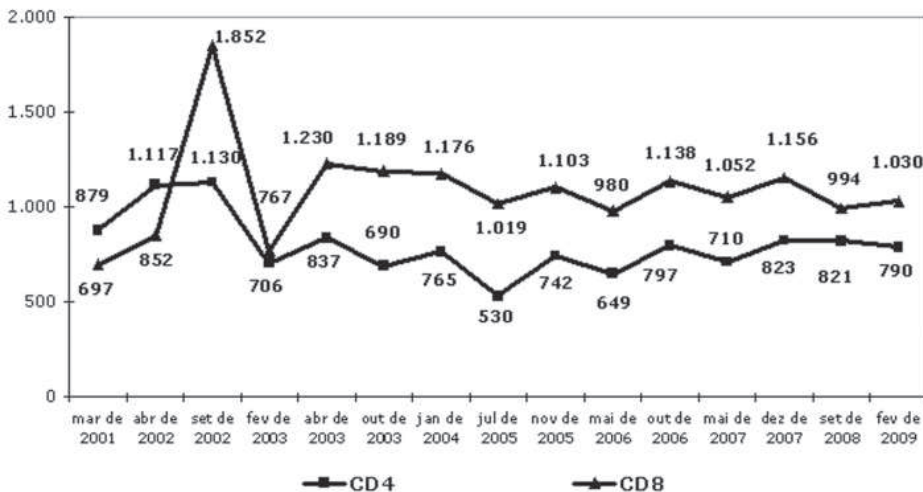


Figura 2 – Evolução das contagens de CD4 e CD8 do Caso Clínico 1.

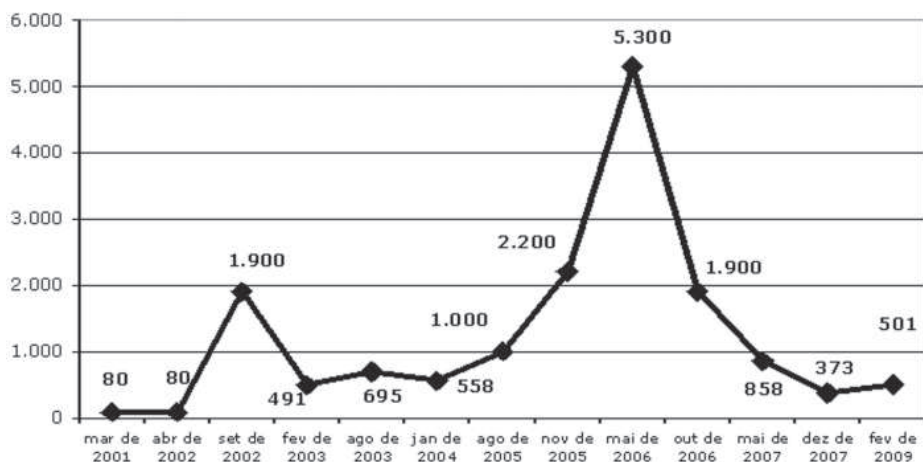


Figura 3 - Evolução da carga viral do Caso Clínico 1.

CASO CLÍNICO 2

Paciente do sexo masculino, com 37 anos, cútis parda, residente em Porto Velho, em acompanhamento no SAE desde 2001. Durante sua evolução clínica no ambulatório foram detectadas hipertrigliceridemia, rinite alérgica crônica e obesidade. Tal como a paciente do caso clínico 1, não apresentou até o presente momento doenças oportunistas relacionadas à infecção pelo HIV. As **Figuras 4 e 5** mostram a evolução das contagens de CD4 e CD8 e a evolução da carga viral.

DISCUSSÃO

Conforme mostrado no **Quadro 1**, existem diversos possíveis mecanismos que levam à progressão lenta da infecção pelo HIV. Pessoas LTNP podem conter cargas virais tão baixas que até o isolamento do HIV *in vitro* torna-se difícil⁶.

Possíveis mecanismos relacionados com uma atenuação viral são as mutações ou deleções em genes regulatórios (*tat*, *rev*), estruturais (*env*, *pol*, *gag*) ou acessórios (*nef*, *vpr*, *vif*, *vpu*, *vpx*) do HIV, as mutações induzidas pela pressão exercida por linfócitos CD8⁺, e as hipermutações⁶.

As hipermutações ocorrem por excesso de substituições de guanina por adenina no provírus formado durante a transcrição reversa (**Figura 6**), devidas à ação das enzimas APOBEC3F e APOBEC3G⁶⁻⁷. Estas proteínas fazem parte de um grupo de proteínas do ser humano que participam em processos metabólicos que envolvem nucleotídeos, tornando-se um tipo de resposta inata a infecções por retrovírus. O resultado final da ação das APOBEC3F e G é um defeito da proteína viral *Vif* (fator de infectividade viral), com produção de HIV não infecciosos⁷.

Infecções causadas pelo HTLV-2 e pelo GBV-C podem atenuar a infecção pelo VIH-1 e deter a progressão da doença. O GBV-C, infectando linfócitos, induz a produção de IL-2, IL-12 e INF- γ e a diminuição da produção de IL-4 e IL-10, induz a produção de citocinas que diminuem a expressão dos correceptores CXCR4 e CCR5, bem como diminui a transcrição do HIV a partir provírus integrado⁶. O HTLV-2 atua por diversos mecanismos. Possui efeito imunomodulatório, aumentando a produção de INF- γ através da proteína Tax; induz a produção de citocinas que se ligam ao correceptor CCR5; favorece a resposta Th1 através da ação de citocinas⁶.

Os antígenos de histocompatibilidade, determinados por genes do complexo HLA, também participam da resistência à progressão da infecção pelo HIV. Os alelos HLA-B27, HLA-B5701, HLA-B5703, HLA-B ω 4 homozigoto, HLA-B14 e HLA-C8 têm sido associados à não progressão a longo prazo^{4,6,8}.

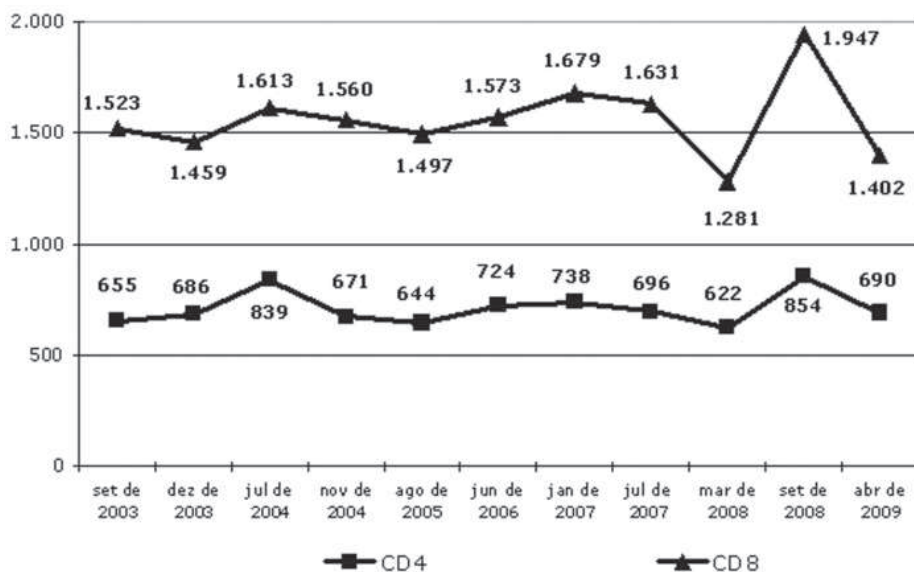


Figura 4 - Evolução das contagens de CD4 e CD8 do Caso Clínico 2.

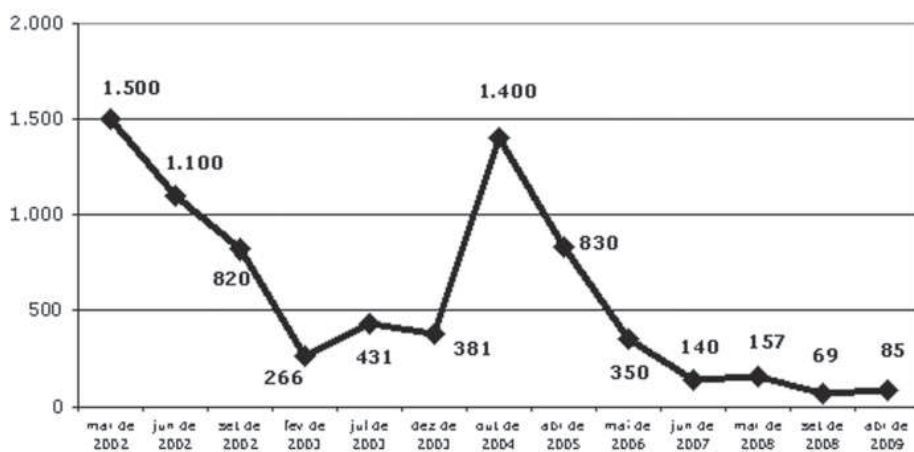


Figura 5 - Evolução da carga viral do Caso Clínico 2.

Ainda relacionado ao perfil genético, os polimorfismos genéticos do hospedeiro relacionados ao correceptor CCR5 afetam a entrada do HIV nas células⁴.

A função dos linfócitos CD8 é outro fator de controle da replicação viral. Estas células são capazes de proliferar na presença de antígenos do HIV, produzindo diversas citocinas, incluindo INF- γ e IL-2. A eficácia antiviral dos linfócitos CD8 pode ser decorrente

Quadro 1 - Mecanismos de progressão lenta da infecção pelo HIV

- Mutações ou deleções de genes regulatórios ou estruturais no HIV
- Mutações no HIV induzidas por pressão dos linfócitos CD8
- Hipermutações no HIV induzidas pelas APOBEC 3F e 3G
- Infecções por HTLV-2 e GBV-C
- Antígenos do complexo HLA
- Polimorfismos do correceptor CCR5
- Imunidade mediada pelos linfócitos CD8 e CD4

da capacidade de determinadas moléculas HLA do hospedeiro, tais como a B57, de apresentar uma ampla variedade de peptídeos do HIV para reconhecimento, ativando assim as células CD8⁴.

Também os linfócitos CD4 devem ter suas capacidades proliferativa e funcional (produção de INF- γ e IL-2) preservadas na presença de peptídeos virais⁴. A depleção progressiva dos linfócitos CD4 é a marca da infecção pelo HIV; no entanto, já no estágio inicial da infecção, quando a contagem de CD4 ainda se encontra normal, a capacidade proliferativa na presença de antígenos virais está ausente em 80 a 90% dos infectados. Nos indivíduos LTNP, ao contrário, as capacidades proliferativa e funcional mantêm-se normais, permitindo um melhor controle da replicação viral mesmo na fase crônica da infecção⁹.

A imunidade humoral, representada pela produção de anticorpos neutralizantes, parece não possuir importância maior como mecanismo de contenção da replicação viral. Foi verificado que mesmo as pessoas que mantêm uma baixa viremia não possuem anticorpos neutralizantes em concentrações muito elevadas⁴.

Uma promessa terapêutica: o *Trim 5a*. Trata-se de um mediador molecular que interage com as proteínas do capsídeo viral do HIV, rompendo-o e bloqueando a iniciação da transcrição reversa. O *Trim 5a* de seres humanos (Figura 7b) não possui a eficiência do *Trim 5a* de outros primatas (Figura 7a). Outras moléculas estão sendo pesqui-

sadas para, acopladas ao *Trim 5a* humano, mudar a conformação estrutural deste (Figura 7c). Assim, o *Trim 5a* humano passaria a ter atividade antirretroviral⁴.

Um breve comentário sobre a paciente do caso clínico 1. Através da realização de colonoscopia e de exame histopatológico foram constatadas alterações compatíveis com doença inflamatória intestinal, que se manifestava por alterações do hábito intestinal. Sendo possível a relação do HLA-B27 com a doença inflamatória

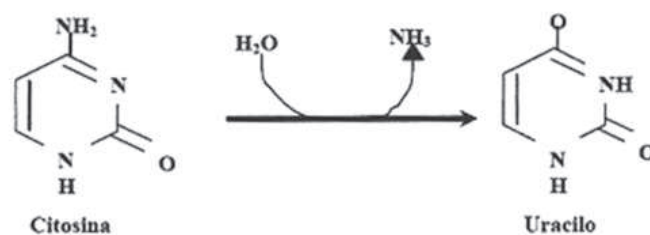


Figura 6 – Ação das APOBEC3F/G no gene que codifica as *Vif*.

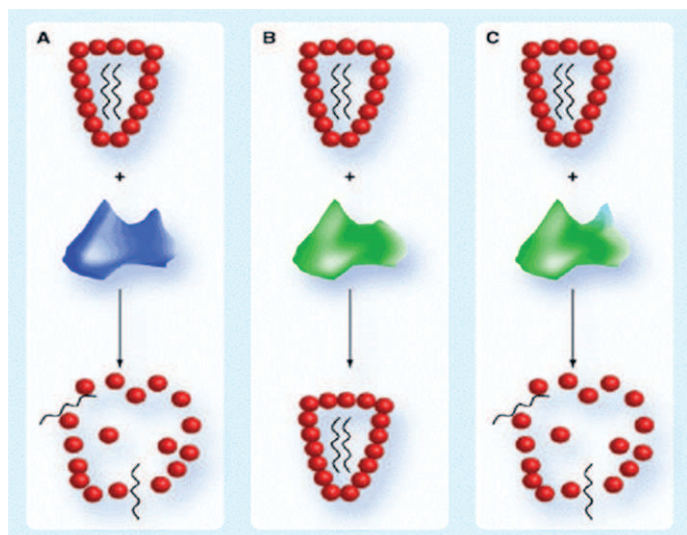


Figura 7 – Ação do *Trim 5a* sobre o capsídeo viral do HIV (figura disponível em: <http://www.medscape.com>).

intestinal¹⁰, uma pesquisa do HLA-B27 nesta paciente está bem indicada. Confirmando-se a presença do alelo HLA-B27, este poderia estar contribuindo também para a progressão lenta da infecção pelo HIV⁴.

Outro aspecto a ser considerado é que nem todas as manifestações clínicas apresentadas por pessoas vivendo com HIV/aids são decorrentes da retrovirose. Diante de manifestações clínicas prolongadas, faz-se necessária uma investigação propedêutica mais aprofundada.

CONCLUSÃO

A interação entre o vírus da imunodeficiência humana e o ser humano, na ausência de terapia antirretroviral, evolui de forma heterogênea em diferentes indivíduos, para a síndrome de imunodeficiência adquirida. Embora a grande maioria dos casos desta retrovirose possua um curso clínico bastante previsível, algumas pessoas podem controlar sua infecção por vários anos, permanecendo assintomáticas durante este período.

O entendimento dos diversos mecanismos e fatores inatos que permitem uma supressão viral suficiente para manter a estabilidade do sistema imune abre perspectivas para o desenvolvimento de uma vacina eficaz ou de outros alvos para a ação de medicamentos.

Agradecimentos

A toda a equipe do SAE da Policlínica Oswaldo Cruz, pela dedicação que demonstra na realização de seu trabalho, contribuindo desta forma para um atendimento com qualidade aos usuários deste Serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manaloto CR, Perrault JG, Caringal LT et al. Natural history of HIV infection in filipino female commercial sex workers. *Phil J Microbiol Infect Dis* 1996; 25(2): 78-89.
2. World Health Organization. Natural history of HIV infection. Disponível em: http://www.searo.who.int/LinkFiles/HIV-aids_in_Asia_and_the_Pacific_Region_2003_anx1.pdf. Acessado em: 01/10/2009.
3. Kartikeyan S, Bharmal RN, Tiwari RP et al. Natural history of HIV infection. In: *HIV and aids: basic elements and priorities*. Dordrecht: Springer Netherlands, 2000.
4. Deeks SG, Walker BD. Human Immunodeficiency virus controllers: mechanisms of durable virus control in the absence of antiretroviral therapy. *Immunity Review* 2007; 27: 406-16.
5. Rutherford GW, Lifson AR, Hessol NA et al. Course of HIV-1 infection in a cohort of homosexual and bisexual men: an 11 years follow-up study. *British Medical Journal* 1990; 301(6762): 1183-8.
6. Saksena NK, Rodes B, Wang, B et al. Elite HIV controllers: myth or reality? *AIDS Rev* 2007; 9: 195-207.
7. Patiño C, Urcuqui-Inchima S. Edición por APOBEC, un nuevo mecanismo de resistencia a la infección por el VIH-1. *VITAE, Revista de la Facultad de Química Farmacéutica* 2008; 15(1): 183-93.
8. López-Larrea C, Njobvu PD, González S et al. The HLA-B*5703 allele confers susceptibility to the development of spondylarthropathies in Zambian human immunodeficiency virus-infected patients with slow progression to Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Arthritis & Rheumatism* 2005; 52(1): 275-9.
9. Harari A, Pantaleo G. New insights in the immune control of HIV-1 infection. *aids Rev* 2001; 3: 201-7.
10. Singleton EM, Hutson SE. Anterior uveitis, inflammatory bowel disease, and ankylosing spondylitis in a HLA-B27-positive woman. *Southern Medical Journal* 2006; 99(5): 531-3.

Endereço para correspondência:

ALBERTO SARAIVA TIBÚRCIO

Rua Dom Pedro II, 637 - sala 409

Centro - Porto Velho - Rondônia

CEP: 76801-151

Tel: 69 3218-4840

E-mail: josesarahoscar@ibest.com.br

Recebido em: 27.09.2009

Aprovado em: 06.12.2009