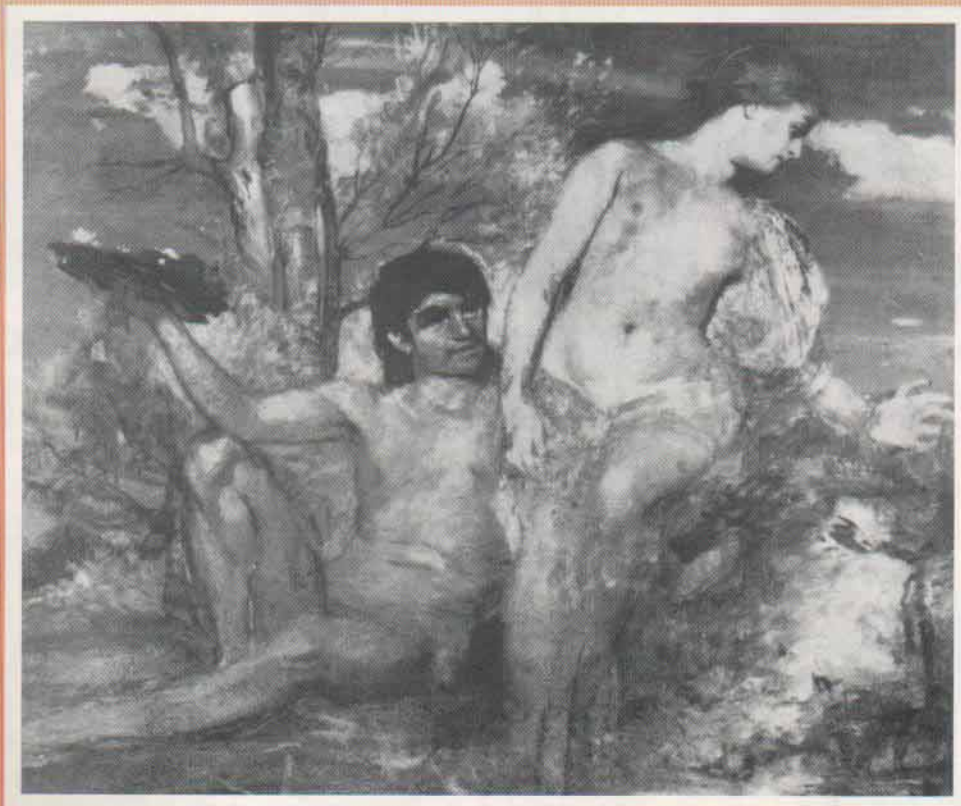


VOLUME 9
NÚMERO 4

JB
DST

JUL/AGO
1997

Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis



Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis
Órgão Oficial do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis
MIP/CMB/CCM/Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO



EDITORIAL

| | |
|----------------------------------------------------------------------|----------|
| DST/AIDS E DROGAS ASSOCIAÇÃO CADA DIA MAIS FREQUENTE | 3 |
|----------------------------------------------------------------------|----------|

Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho

ARTIGOS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| O (DES)VELAMENTO DO COTIDIANO DO INDIVÍDUO SOROPOSITIVO CONVIVÊNCIAS E RESISTÊNCIAS | 4 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Neiva Francenely Cunha Vieira, Maria do Socorro Mendonça Sherlock

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA AIDS JUNTO À COMUNIDADE SUBSÍDIOS PARA O ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL DO PACIENTE HIV | 8 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

Marco A.C. Figueiredo, Mirlene Marcos

ARTIGO ORIGINAL

| | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| HETEROSEXUAL TRANSMISSION AND HUMAN SEXUALITY IN BRAZIL | 15 |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|

Carlos Alberto Moraes de Sá, Stella Maulaz Moura, Fernando Samuel Sions

ARTIGO DE REVISÃO

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INFECÇÕES BACTERIANAS ENTÉRICAS EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) | 22 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

Cícero Carlos de Freitas, Alexandre Gil de Freitas

INFORMES TÉCNICOS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| DST IN RIO 2 UM CONGRESSO INTERNACIONAL FEITO PARA NÓS | 34 |
| CONSENSO SOBRE TERAPIA ANTI-RETROVIRAL PARA ADULTOS E ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV-1997 | 37 |
| ESTATÍSTICA DAS DST NA POLICLÍNICA CENTRO-SUL – SMSA-PBH | 40 |

CARTAS AO EDITOR

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| THE INPOUCH™ TV TEST FOR TRICHOMONIASIS | 43 |
| ESPECULAÇÕES SOBRE O POSSÍVEL PAPEL DA IMUNIDADE NATURALMENTE ADQUIRIDA AO HIV (INA) NO CONTROLE NATURAL DA PANDEMIA DE AIDS | 46 |

EXPEDIENTE



Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

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

Av. Roberto Silveira, 123 – Niterói-RJ
CEP 24230-150
Tels.: (021) 710-1549 e 711-4766

DIRETORIA

Presidente:

Mauro Romero Leal Passos

1º Vice-Presidente:

Tomaz Barbosa Isolani

2º Vice-Presidente:

Renato de Souza Bravo

1º Secretário:

Tegnus Vinícius Depes de Gouveia

2º Secretário:

João Luiz Schiavini

1º Tesoureiro:

Rubem de Avelar Goulart Filho

2º Tesoureiro:

José Trindade Filho

Diretor Científico:

Gutemberg Leão de Almeida Filho

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho (RJ)

Geraldo Duarte (SP)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Humberto Jonas Abrão (MG)

Nero Araújo Barreto (RJ)

Paulo da Costa Lopes (RJ)

Roberto de Souza Sales (RJ)

Rubem de Avelar Goulart Filho (RJ)

Comissão Editorial:

Anna Ricordi Bazin (RJ)

Antonio Carlos Pereira Júnior (RJ)

Cícero Carlos de Freitas (RJ)

Délcio Nacif Sarruf (RJ)

Eva Mila Miranda Sá (RJ)

Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Gilberto Ottoni de Brito (RJ)

Ivo Castelo Branco Coelho (CE)
Izabel Cristina F. Paixão (RJ)
José Antônio Simões (SP)
José Augusto Pantaleão (RJ)
José Trindade Filho (RJ)
Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)
Marcelo Faulhaber (RJ)
Márcia Ramos e Silva (RJ)
Neide Kalil (RJ)
Ney Francisco Pinto Costa (RJ)
Paulo César Giraldo (SP)
Pedro Chequer (DF)
Raimundo Diogo Machado (RJ)
René Garrido Neves (RJ)
Sílvia Maria Baeta Cavalcanti (RJ)
Solange Artimos de Oliveira (RJ)
Tomaz Barbosa Isolani (RS)
Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)
Vilma Duarte Câmara (RJ)
Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional:

Ahmed Latif (Zimbábue)

Evelio Perea (Espanha)

Hunter Handsfield (EUA)

Juan Carlos Flichman (Argentina)

Ken Borchart (EUA)

Luiz Olmos (Espanha)

Peter Piot (UNAIDS – Suíça)

Philippe Jutras (Canadá)

Steve Witkin (EUA)

ÓRGÃO OFICIAL DO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

MIP / CMB / CCM

Universidade Federal Fluminense

Rua Hernani Mello, 101 - Anexo

CEP 24210-130 - Niterói - RJ

Tel.: (021) 719-4433 (Fax) 719-2588

Tel.: (021) 620-8080 - Ramal 298

E. mail: MIPMAUR@VM.UFF.BR

<http://www.uff.br/dst/>

Reitor da UFF:

Luiz Pedro Antunes

Vice-Reitor da UFF:

Fabiano de Carvalho

Pró-Reitor de Pesquisas e

Pós-Graduação:

Edmundo Antonio Soares

Pró-Reitor de Planejamento:

Walter Pinho da Silva Filho

Pró-Reitor de Assuntos Acadêmicos:

Maria Helena da Silva Paz Faria

Pró-Reitor de Extensão:

Aidyl de Carvalho P. Reis

Diretor do CCM:

Roberto de Souza Salles

Diretor do Instituto Biomédico:
Alexandre Sampaio De Martino

Chefe do MIP:

Adão Onofre dos Santos

Chefe do Setor de DST:

Mauro Romero Leal Passos

Secretária do JBDST:

Dayse Dacache Felício

Diretor do HUAP:

Carlos Roberto da Cunha Lage

Diretor da Faculdade de Medicina:

José Carlos Carraro Eduardo

Prefeito do Campus Universitário:

James Hall

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI

Prefeito Municipal de Niterói:

Jorge Roberto da Silveira

Secretário Municipal de Saúde:

Gilson Cantarino O'Dwyer

Superintendente

de Atenção Ambulatorial e Coletiva:

Maria Célia Vasconcellos

Chefe da Coordenação

de Vigilância em Saúde:

Rozidaili dos Santos Santana

Assessora Técnica DST/AIDS:

Ana Eppinghaus

Direcionamento e Distribuição:

O Jornal Brasileiro de DST é direcionado

aos sócios da SBDST, Urologistas,

Ginecologistas, Assinantes, Bibliotecas,

Centros de Estudo, Centros de Referência,

Bancos de Sangue e Entidades afins.

Entidades que mantêm convênio.

As matérias assinadas e publicadas no

Jornal Brasileiro de DST são de

responsabilidade exclusiva de seus

respectivos autores, não refletindo

necessariamente a opinião dos editores.

**Pede-se permuta
Exchange requested
On prie l'échange
Se solicita el canje
Man bitet um Austausch
Si prega lo scambio**

Editoração Eletrônica:

Alexandre Rodrigues/Márcia Maia



EDITORIAL

DST/AIDS E DROGAS

Associação Cada dia mais Frequente

Recentemente, como encarte do Boletim Epidemiológico AIDS, o Ministério da Saúde iniciou a publicação de "Uso Indevido de Drogas e DST/AIDS". Esse fato merece destaque, uma vez que mostra a preocupação dos agentes de saúde pública em deter esta associação. Hoje em dia é reconhecido o aumento de consumo de drogas em nossa sociedade, por pessoas de todas as classes sociais de ambos os sexos, com início de consumo em idades cada vez mais precoces. Recentemente um documentário da televisão mostrou o consumo de drogas não apenas entre adolescentes, mas também entre crianças menores de dez anos.

Embora a grande preocupação do uso de drogas em relação a DST, esteja ligada a AIDS e a Hepatite B, que podem ser adquiridas pelo uso de drogas injetáveis quando as seringas são compartilhadas, os usuários de drogas assumem comportamentos de risco que as tornam suscetíveis também a contrair outras DST.

Quanto ao hábito de compartilhar seringas, embora as campa-

nhas de conscientização tentem demonstrar a nocividade desta prática, os números apresentados pelo Projeto Brasil, que investiga os comportamentos de risco ligados aos usuários de drogas injetáveis são alarmantes. Segundo o estudo, a frequência de compartilhamento de seringas é de 56% na região centro oeste, 71% na cidade do Rio de Janeiro, e chega a 85% em Itajaí, Santa Catarina.

Com o aumento do consumo de drogas "mais fortes", com níveis de dependência maiores, como o "crack" e a heroína, encontramos usuários com maior risco de aquisição de DST por outras formas que não o compartilhar de seringas contaminadas. Sabe-se que a partir da necessidade de drogas, os usuários, quando sem dinheiro, fazem tudo que estiver ao seu alcance para obter recursos, inclusive vender seu próprio corpo. Estas pessoas se envolvem na prostituição sem maiores cuidados, normalmente sem o uso do preservativo e se tornam assim suscetíveis a adquirirem alguma DST. Outro fator importante vem do uso de drogas com "ami-

gos", que após o consumo de entorpecentes se entregam aos prazeres sexuais, muitas vezes em grupo, com diversos parceiros e mais uma vez sem cuidados com o uso de preservativos.

Entre os casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde, no período de 1980 a maio de 1997, 21,3% correspondem a usuários de drogas injetáveis. Se pudéssemos somar a estes os parceiros que adquiriram AIDS a partir de comportamentos de risco ligados ao uso de outras drogas – que não injetáveis – o número certamente seria bem maior.

Torna-se, então, imperioso para nós que lidamos com DST, a preocupação com a prevenção ao uso de drogas. Enquanto profissionais de educação e saúde, devemos alertar para os perigos que a droga causa, não apenas pelo seu uso direto, mas também através de condições que possam estar associadas, tais como promiscuidade e prostituição.

**ALTAMIRO VIANNA
E VILHENA DE CARVALHO**

*Co-editor do Jornal Brasileiro de Doenças
Sexualmente Transmissíveis.*



ARTIGO

O (DES)VELAMENTO DO COTIDIANO DO INDIVÍDUO SOROPOSITIVO

Convivências e Resistências

NEIVA FRANCENELY CUNHA VIEIRA¹, MARIA DO SOCORRO MENDONÇA SHERLOCK²

A síndrome da imunodeficiência humana adquirida (AIDS) é uma doença revolucionária. Apesar de já ter sido identificada há mais de uma década, continua objeto de intensos estudos por parte dos cientistas de todo o mundo e segmentos de investigação – da pesquisa experimental à social –, uma vez que a infecção pelo HIV tem provocado discussões tanto em níveis de seu determinante biológico e do impacto social provocado pela epidemia.

MAGNITUDE DO PROBLEMA DA AIDS

A quantidade de indivíduos infectados e doentes com AIDS cresce assustadoramente. A OMS estima que o número de casos de adultos infectados e inclusive com AIDS a nível mundial é de 13 a 15 milhões sendo que 4 milhões morreram. E prevê que até o ano 2000, haverá cerca de 35 milhões com AIDS.

Segundo o Ministério da Saúde, o número de casos de AIDS notificados no Brasil, até novembro de 1996, foi de 94.997 pessoas, sendo que 40.000 morreram – o que equivale a 43% do total (Ministério da Saúde, Brasil, 1996). A rápida expansão do número de casos no Brasil deve ser compreendida numa conjuntura social que envolve crise econômica, conflitos étnicos e religiosos, migração, aumento do consumo de drogas e prostituição (OMS).

No nosso país, a região sudeste detém as mais altas taxas de incidência (71.669), com predomínio absoluto do estado de São Paulo. Entre 1980 e novembro de 1996, os números de casos notificados nas demais regiões foram os seguintes: norte – 1650; nordeste – 7.478 casos; centro-oeste – 4.269 e; sul – 9.931. No estado do Ceará foram registrados 1.184 casos (Ministério da Saúde, Brasil, 1996).

O que sabemos sobre a infecção pelo HIV é apenas a ponta do “iceberg”. Alguns dados referentes as caracte-

terísticas, biologia molecular, formas de transmissão e medidas preventivas contra o HIV ainda permanecem obscuros. Ainda não dispomos de um medicamento eficaz contra o vírus ou de um efetivo controle dos indivíduos infectados e os investimentos em busca dos meios para o seu combate são relativamente pequenos diante da dimensão do problema. Atualmente, os medicamentos anti-HIV, como AZT, DDI, DDC, 3TC, são utilizados apenas para prolongar e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Inicialmente, a AIDS foi veiculada pela mídia com uma conotação preconceituosa, a qual segregava os indivíduos portadores em grupos socialmente marginalizados, como homossexuais, prostitutas e usuários de drogas. As conseqüências desta distorção gerou preconceito, medo e rejeição aos portadores do HIV. Esta situação reforça a tese de que a AIDS não só afeta a imunidade do indivíduo, mas também se reflete nas relações do indivíduo em seu ambiente social.

A história natural de qualquer doença atravessa caminhos, nos quais são necessárias ações individuais e coletivas, que possibilitem interromper o seu ciclo evolutivo ou desacelerem a sua evolução. Portanto, a assistência aos soropositivos deve repousar sob este marco conceitual, na oferta de oportunidades para participarem, decidirem e executarem ações que prolonguem as suas vidas com qualidade.

O indivíduo soropositivo para o HIV e o processo saúde-doença conduzem à uma tomada de posição de transcendência do modelo médico, colocando-nos diante a necessidade de resgate, reconhecimento e reavaliação de nossos valores morais e éticos e, ainda, despertando-nos para a compreensão de um mundo em movimento, que nos impõe um olhar de enxergar o cliente em suas múltiplas relações. A assistência ao soropositivo numa perspectiva “biologizada” denuncia a fragilidade de uma prática que não consegue por si garantir as necessidades do indivíduo.

Dessa forma, a assistência ao indivíduo portador do HIV deve ser orientada por uma abordagem holística.

1 – Docente e Mestre em Educação pela Universidade Federal do Ceará e Doutoranda da Universidade de Bristol. Bolsista do CNPq.

2 – Docente e Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Ceará.

...até o ano
2000, haverá
cerca de
35 milhões
com AIDS.

Neste sentido, a abordagem significa desvendar seus medos, suas preocupações e reações sociais no enfrentamento do cotidiano, para possibilitar um conhecimento deste cliente nas dimensões biológicas e sociais e prescrever cuidados de acordo com suas necessidades.

Um levantamento bibliográfico realizado no Lilacs, entre 1985-1994, revelou que a maioria da literatura sobre AIDS está direcionada para os dados epidemiológicos, terapêuticos e doenças oportunistas, enfim, pesquisas de base biológica, o que denuncia a insuficiência desse tipo de material abrangendo aspectos psicossociais do portador do HIV.

De acordo com o descrito acima, esta pesquisa pretende contribuir para o preenchimento desta lacuna utilizando como referências as seguintes questões:

- Como é o cotidiano do indivíduo soropositivo nas relações sociais – família, trabalho e parceiro(a)?
- Quais são as formas de enfrentamento desse indivíduo soropositivo diante as reações do outro?

Esperamos que as respostas possam redirecionar a assistência ao portador do HIV, especialmente nas dimensões psicossociais.

METODOLOGIA

Esta pesquisa busca desvelar percepções e experiências vividas pelos portadores do HIV em suas relações cotidianas. Portanto, refere-se à observação da realidade social daqueles sujeitos da forma como eles a vêem e interpretam, e não à explicação de seu cotidiano, mas sim, e sobretudo, à compreensão das situações que eles enfrentam enquanto portadores de um vírus que é carregado de preconceito, medo e rejeição.

Assim, optamos pela abordagem qualitativa por incorporar uma dimensão holística, favorecer um aprofundamento do tema e focalizar o microprocesso na sociedade^{2,3}.

Este estudo foi realizado no Hospital Público de Fortaleza (CE), especializado em doenças infectocontagiosas, uma instituição de referência para aids.

Os sujeitos da pesquisa eram portadores do HIV de ambos os sexos. A escolha desses sujeitos ocorreu de forma intencional, garantindo o anonimato e o sigilo das informações coletadas, obedecendo aos princípios éticos da investigação.

As estratégias de pesquisa qualitativa compreenderam a adoção, de forma integrada, de técnicas de coleta de investigação, que possibilitassem um melhor aprofundamento do fenômeno a ser pesquisado. Dessa forma, decidimos pela utilização das seguintes técnicas de coleta: 1) observação participante; 2) entrevistas semi-estruturadas e; 3) história de vida.

• Observação participante – foi possível delinear o objeto do estudo pelos registros de ocorrências e comportamentos observáveis dos sujeitos.

• Entrevista semi-estruturada – foram utilizadas questões abertas que focalizavam fatos e situações cotidianas do portador do HIV.

- História de vida – elaboramos um roteiro de entrevistas com perguntas abertas obedecendo uma cronologia de vida e os objetivos do estudo.

RESULTADOS

INTEGRAÇÃO DAS DESCOBERTAS

A seguir, são apresentadas as respectivas respostas na forma como foram expressas. A sua forma de organização e apresentação parece refletir um momento distante da realidade e do momento em que foram respondidas. A sua apresentação, ainda que se tenha consciência de que representam um fragmento singular da experiência humana, constitui um modo de chamar a atenção para o que está por trás do cuidado no modelo biológico predominante na assistência de saúde.

Assim, as respostas representam uma referência que transita a história do portador do HIV, onde são revelados os seus temores, e trazendo à tona e desmascarando os seus segredos e conflitos.

Neste sentido, procuramos incorporar as respostas no contexto das relações sociais e vivências do portador do HIV, identificado da seguinte forma: família, vizinhança, trabalho e parceiro.

RELAÇÕES FAMILIARES

“Em casa, se separam copos, talheres e pratos. Tudo meu em casa é separado”.

“...quando minha família soube do meu diagnóstico, pediu que eu saísse de casa. Alugaram uma casa e eu passei a morar sozinho”.

“A família me ajuda, me compreende, me dá afeto”.

“Ter o vírus é uma coisa minha. Eu não tenho obrigação de contar minha vida a ninguém”.

“...eu não falei pra ninguém, nem pra minha própria família, porque você sabe né?”.

RELAÇÕES COM A VIZINHANÇA

“Tenho medo de encontrar meu vizinho no hospital e ser apontado como aids”.

RELAÇÕES DE TRABALHO

“No meu trabalho, eles separam o meu copo, isso dói lá dentro”.

“...não adianta estar contando pra um e pra outro, se eles não vão me ajudar. Se eu disser que sou portador, o tratamento diminui a zero”.

“Quase todo mundo sabe o meu problema. Eu não escondo. Exatamente por isso que eu vivo bem”.

“...eles me dão a maior força. Acho que depois que contei fiquei mais leve e forte”.

RELAÇÕES COM O(A) PARCEIRO(A) SEXUAL

“Vivi com um cara há um ano. Agora eu sei que ele está com AIDS neste hospital”.

“Meu namorado ficou doente e morreu logo em seguida”.

“Criei coragem e fui realizar o teste, o resultado foi positivo”.

“...soube que meu namorado morreu de AIDS, ele era toxicômano”.

“Se existir amor, consciência e companheirismo, deve-se dizer. Não se deve prejudicar ninguém”.

HOSPITAL/AMBULATÓRIO

Por tratar de pacientes soropositivos, o hospital/ambulatório agora surge na vida desses sujeitos como um espaço concreto no cotidiano de suas vidas.

“...lembrar que um dia estarei doente, muito mal no hospital, é muito ruim de suportar”.

“Tenho medo de morrer, adoecer, ficar prostado na cama, internado no hospital”.

COMPREENSÃO E INTEGRAÇÃO DAS RELAÇÕES SOCIAIS NA ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DO HIV

As situações cotidianas do portador do HIV demonstram que o fenômeno da infecção pelo vírus não afeta exclusivamente o linfócito T4, mas todas as defesas do indivíduo, deixando-o suscetível à uma síndrome de doenças e situações sociais fragilizadas.

Os depoimentos apresentados demonstram as situações que vários indivíduos soropositivos tendem a vivenciar, como medo, preconceito, rejeição e abandono.

Conviver com a eminência do risco da evolução da doença mais a marginalização social torna esses indivíduos mais fragilizados, o que dificulta a atenção à saúde orientada para as possibilidades e potencialidades de superação do indivíduo.

A forma como os indivíduos se relacionam deve ser investigada, reorientando-os para uma assistência de saúde dirigida ao cuidado integral do indivíduo, o que é particularmente importante em portadores do HIV.

As falas dos atores sociais do estudo denunciam, portanto, a necessidade de englobar, no processo de assistência, a formação de um ciclo educativo em saúde envolvendo os componentes do sistema social do indivíduo soropositivo: família/vizinhança/trabalho, par-

O que
sabemos sobre
a infecção pelo HIV
é apenas a ponta
do “iceberg”.

ceiro sexual, hospital/ambulatório.

Sabemos que esta atitude metodológica de trabalho não pode ser resultado de ação solitária de quem assiste. Não se trata de divulgar a situação de saúde-doença do indivi-

duo, o que feriria os princípios éticos, mas oferecer oportunidades para uma educação em saúde de forma coletiva nos ambientes sociais, para minimizar tensões e medos, e maximizar a aceitação da convivência solidária com o portador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que, ao final desta pesquisa, não temos ainda respostas conclusivas, mesmo porque, em momento algum, esta foi a nossa proposta. Contudo, guardamos a convicção de que o simples fato de levantar o problema e a necessidade de sua investigação mais profunda significa uma contribuição para aqueles que se interessam pela pessoa e não pelo caso.

O apoio da família e dos amigos constitui um suporte social indispensável ao indivíduo HIV positivo, proporcionando-lhe estímulo e força para se erguer e renovar a sua vida.

As reações emocionais apresentadas pelos sujeitos foram semelhantes àquelas esperadas pela maioria da pessoas, quando descobrem que são portadoras do HIV.

A transcendência dos problemas psicossociais que afetam o indivíduo HIV positivo é um fato que não deve escapar à atenção dos profissionais de saúde ou, ainda em outras palavras, a assistência deve estar voltada apenas para os serviços de intervenção médico-hospitalar, como também para os aspectos cultural, educacional, econômico e social de cada indivíduo.

RESUMO

A síndrome da imunodeficiência humana adquirida (AIDS) é uma doença revolucionária. Apesar de já ter sido identificada há mais de uma década, continua objeto de intensos estudos por parte de cientistas de todo o mundo e segmentos de investigação – da pesquisa experimental à social –, uma vez que a infecção pelo HIV tem provocado discussões tanto em níveis de seu determinante biológico e do impacto social provocado pela epidemia.

Esta pesquisa é um estudo de natureza qualitativa com o objetivo de desvelar percepções e experiências vividas pelos portadores do HIV em suas relações cotidianas. Os sujeitos participantes são pertencentes a ambos os sexos e freqüentam o ambulatório de um hospital público, uma instituição de referência para aidéticos. As técnicas de coleta de dados foram as seguintes: observação participante, entrevistas semi-estruturadas e história de vida. Os dados obtidos possibilitaram maior compreensão/apreensão dos sentimentos, das vivências e expectativas do paciente soropositivo em suas relações sociais. Entendemos que as manifestações psicossociais resultantes destas relações afetam o processo saúde-doença do portador do HIV e devem ser consideradas no processo de assistência integral a estes grupos.

Unitermos: síndrome da imunodeficiência humana adquirida, indivíduo soropositivo, sentimento, relações cotidianas.

SUMMARY

The last decade the public health system world-wide have been challenged to control the fast spread of the human immunodeficiency acquired syndrome (AIDS) since the epidemic have started in the 1980. Many researches have been developing in this field from de experimental to social realm study due to the range of the biological and social issues that it has raised since then. This research aims to draw attention to the psychosocials reactions of the HIV-positive patientes in their daily social relationships. It wants to show the need to uncover their perceptions, feelings and how those experiences have affected their process of care. The research participants were male and female HIV-positive patients from an ambulatory service of the government hospital. For data collection, we conducted interviews, participant observation and life history. Data allowed us to a deep comprheension and interpretation of HIV-positive patients' difficulties on the course of their social relationships. We advocated that those feelings and experiences

*Inicialmente, a AIDS
foi veiculada
pela mídia
com uma conotação
preconceituosa.*

must be considered in the process of caring and the whole assintance of this patients' needs.

Key words: HIV/AIDS, feelings, positive patients, perceptions.

Endereço para correspondência:
R. Alexandre Baralina 1.115 - CEP 60430-160 - Fortaleza-CE
Tel/Fax.: (085) 243.9456/243.9451

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de DST/AIDS*. Boletim epidemiológico, 1996.
2. MINAYO, M.C.S. et al. - *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes, Petrópolis, 1994.
3. HAGUETE, T.M.F. - *Metodologia qualitativa na sociologia*. Vozes, Petrópolis, 1994.
4. CAMARGO, A.M.F. - *A AIDS e a sociedade contemporânea: estudos e histórias de vida*. Letras & Letras, São Paulo, 1994, p. 65.
5. FLASKERUD, J. M. - *A AIDS /infecção pelo vírus HIV*. Medsi, Rio de Janeiro, 1992, p.163.
6. MANN, J. et al. - *A AIDS no mundo*. ABIA, Rio de Janeiro, 1993, pp.87-107, 163-76.
7. TRIVINOS, A.N.S. - *A pesquisa quantitativa em educação*. Atlas, São Paulo, 1987, pp.127-32.



IN SITU DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS

Rua Maestro Felício Toledo, 519 - Gr.401 - Centro
Niterói - RJ - CEP 24030-102 - Telefax 620-8939
CGC01 818 958/0001-57 - INSCR/MUN/095951-0

- Análises Clínicas e Microbiológicas
- Profissionais experientes em Microbiologia Clínica e no diagnóstico das Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Métodos clássicos de cultura e microscopia direta até técnicas modernas de Hibridização in situ, Captura híbrida e PCR.
- Atendimento com hora marcada e o resultado enviado por FAX para o Médico assistente.



ARTIGO

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA AIDS JUNTO À COMUNIDADE SUBSÍDIOS PARA O ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL DO PACIENTE HIV

MARCO A. C. FIGUEIREDO¹, MIRLENE MARCOS²

Enquanto a clínica médica da AIDS tem sido favorecida por várias descobertas, como o advento de drogas (AZT), o tratamento conjugado utilizando coquetéis de medicamentos e outros avanços tecnológicos^{2,3}, o atendimento psicossocial do paciente ainda enfrenta muitas dificuldades¹⁵, devido ao despreparo dos profissionais de saúde no tratamento adequado das questões afetivas envolvidas^{4,7}.

INTRODUÇÃO

Embora estejam disponíveis vários trabalhos voltados para o atendimento psicossocial de portadores assintomáticos, pacientes com AIDS, familiares de pessoas contaminadas^{20,25} e equipes de saúde⁹, os programas têm esbarrado em problemas relacionados ao estigma que o paciente sofre¹⁶ e sua instabilidade emocional e de sua família¹⁸, potencializados pelo desenvolvimento flutuante da doença e pela curta expectativa de vida¹¹.

Por seu turno, a sociedade organizada tem tido um papel imprescindível em diversos setores, como luta contra a discriminação, tratamento, prevenção ou suporte material e psicológico ao paciente^{14,17,23}. Muitos trabalhos juntamente à comunidade têm possibilitado a organização de grupos de prostitutas e homossexuais²² e, conseqüentemente, a diminuição do contágio sexual de risco; outros programas de suporte material/psicológico têm possibilitado uma relativa melhora da qualidade de vida de pessoas que vivem com AIDS⁵.

Considerando estes dois polos da prática, algumas contradições determinam o enfrentamento da AIDS – por um lado, está a equipe profissional, técnica e teoricamente preparada, mas que, na prática, não consegue atingir as

questões psicossociais da doença, enquanto, por outro, os esforços da comunidade que, apesar de serem respostas legítimas aos fenômenos sociais, no caso da AIDS, nem sempre atuam da forma mais adequada¹⁰.

Vários trabalhos têm tentado resolver essa contradição e os seus resultados apontam para a importância da integração ciência-comunidade no trato das questões psicossociais da AIDS. Entre eles, podemos citar o projeto Lampadinha, desenvolvido no Presídio Central de Porto Alegre (RS) e no Complexo Penitenciário de Charqueadas (RS)^{6,13,19}.

O objetivo deste trabalho foi verificar crenças e valores da comunidade relacionados à AIDS, para estabelecer critérios que possibilitem a identificação de elementos-chave na sociedade civil para formar grupos de apoio ao paciente nos programas de orientação, prevenção e informação.

O referencial teórico usado foi o modelo afetivo-cognitivo proposto por Fishbein & Ajzen¹², que concebe as atitudes como complexos formados por crenças e valores associados a um objeto ou fenômeno social¹.

A concepção de Fishbein & Ajzen¹ sobre atitudes está fundamentada na distinção entre crenças, atitudes, intenções e comportamentos. Como o componente cognitivo, a crença é a pedra fundamental da estrutura conceitual desses autores, pois eles vêem o homem como um organismo essencialmente racional, que utiliza as informações disponíveis para fazer julgamentos e tomar decisões²⁴. De acordo com este postulado, Fishbein & Ajzen reinterpretaram os modelos clássicos de atitude e os colocaram sob um referencial probabilístico-afetivo⁸, conforme a seguinte equação:

$$A f = \sum_{i=1}^n b_i \times e_i$$

Onde: Af é a atitude geral frente ao fenômeno; b_i, as crenças sobre determinado aspecto do fenômeno; e_i, os valores associados a estas crenças; n, número de crenças relativas ao fenômeno.

1 – Professor-associado do Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP.

2 – Bolsista de Iniciação Científica da FAPESP.

O objetivo deste trabalho foi verificar crenças e valores da comunidade relacionados à AIDS.

Dessa forma, Fishbein & Ajzen chegaram à perspectiva de mensuração de atitudes baseada no valor probabilístico com que as crenças e os afetos se sustentam, enquanto determinantes da tomada de decisão. Neste trabalho, foi possível avaliar fenômenos afetos a estigmas sociais, baseado em representações e normas muito bem estabelecidas, com a perspectiva de, em futuros trabalhos, analisar detalhadamente os processos cognitivos e valorativos que determinam predisposições frente a vários conteúdos relacionados à AIDS.

A determinação desses conteúdos é de grande valor para identificar critérios para a captação e a formação de recursos humanos, na comunidade, para fazer frente às questões psicossociais da doença. Portanto, o presente trabalho constitui um instrumental que poderá favorecer o engajamento das pessoas que atuam junto à população em projetos que envolvem a participação integrada ciência-comunidade.

MÉTODOS

Este trabalho foi realizado em duas etapas compreendendo, inicialmente, o levantamento das crenças modais, para, posteriormente, verificar a força de manifestação destas representações na comunidade.

LEVANTAMENTO DE CRENÇAS SALIENTES E CONTEÚDOS RELACIONADOS À AIDS

SUJEITOS

Foram entrevistadas 15 pessoas de ambos os sexos e níveis ocupacionais diferentes, pertencentes à organizações não governamentais (ONGs) envolvidas no controle e prevenção da AIDS.

PROCEDIMENTO

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, de acordo com os procedimentos já utilizados anteriormente no levantamento de conteúdos de crenças relacionadas à AIDS, com profissionais de saúde, envolvendo três níveis de informação: 1) evocação – consiste em ativar no sujeito as suas representações, pensamentos e crenças sobre o fenômeno estudado; 2) enunciação – envolve a expressão, por escrito, por parte do entrevistado, de pensamentos, crenças e representações evocados na primeira fase; 3) verificação – baseada numa breve discussão sobre os conteúdos enunciados, para complementação das informações coletadas e resolução de possíveis dúvidas ou ambigüidades da enunciação.

Os conteúdos enunciados durante a entrevista foram transformados em locuções, respeitando a integridade semântica e sintática dos relatos.

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS LOCUÇÕES

Inicialmente, de acordo com o julgamento de dois juízes universitários, graduados em psicologia, as locu-

ções foram analisadas para eliminar conteúdos comuns. Para verificar a concordância dos julgamentos, foram calculados os índices kappa (k) para o conjunto de itens de cada categoria estudada.

Posteriormente, os itens resultantes desta primeira síntese foram avaliados por dez estudantes de psicologia e classificados de acordo com as seguintes subcategorias (Quadro I):

Quadro I

Conteúdos estudados que compuseram o elenco de itens

| Categorias | Subcategorias |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. Doença | A - Contágio B - Sintomas B_1 - Efeito psicológico C - Prognóstico D - Origem D_1 - Razão necessária D_2 - Informação E - Diagnóstico F - Prevenção |
| II. Paciente | G - Perfil do paciente H - Convivência do paciente I - Reação à doença |
| III. Tratamento | J - Tratamento K - Precauções L - Interação com o paciente M - Informações |

As avaliações foram realizadas de acordo com protocolos especialmente construídos. Foi calculada a proporção de inclusão (P_i) de cada item, considerando sua distribuição entre os conteúdos das subcategorias estudadas. Tomando-se como critério a mediana das distribuições das proporções de inclusão dos itens para cada categoria, foram selecionados os conteúdos que apresentavam os maiores valores de P_i .

ESTUDOS SOBRE A FORÇA DA CRENÇA E DAS REPRESENTAÇÕES NA COMUNIDADE

SUJEITOS

Foram estudados 50 sujeitos de ambos os sexos e níveis ocupacionais diferentes, e que atuam em organizações não governamentais (ONGs) envolvidas na luta contra a AIDS.

INSTRUMENTOS

Escalas de probabilidade e de avaliação²¹ (tipo Likert, em 7 pontos, com variações entre +3 e -3) foram associadas às locuções selecionadas na primeira etapa e administradas, na forma de questionário auto-aplicável, aos 50 sujeitos.

Foram processados estudos sobre a fidedignidade das escalas, verificando-se a estabilidade de acordo com procedimentos teste-reteste, em intervalos de 15 dias

As avaliações foram realizadas de acordo com protocolos especialmente construídos.

entre as testagens, para a observação da diferença de média a partir do teste *t* para amostras dependentes. A homogeneidade dos itens foi verificada de acordo com os procedimentos *Split Half* pela análise de variância entre duas metades. Para ambos procedimentos foi estabelecido o critério $P > 0,05$ para aceitação da hipótese de igualdade.

realizados estudos de diferenças de médias para cada categoria, de acordo com o teste *t* de Student, tomando-se $p < 0,05$ como critério para rejeição da hipótese de igualdade. Estes resultados são apresentados

nas Tabelas 2, 3 e 4.

TRATAMENTO DOS DADOS

Além dos procedimentos para verificar a fidedignidade dos instrumentos, foram realizados estudos diferenciais na amostra, em função de escolaridade, sexo e outras variáveis demográficas dos sujeitos. Foram realizados estudos descritivos dos resultados para cada subgrupo diferencial. Baseados nestes dados, futuros estudos deverão isolar algumas características essenciais e desejáveis para compor um "perfil" próximo às condições ideais para a atuação junto a pessoas portadoras do HIV e pacientes com AIDS, na comunidade.

RESULTADOS

LEVANTAMENTO DE CRENÇAS SALIENTES E CONTEÚDOS RELACIONADOS À AIDS

Feitos os julgamentos da lista inicial pelos dois juízes universitários, os dados foram dispostos nas matrizes de cálculo para os índices *k*. Os resultados dos estudos de concordância podem ser vistos na Tabela 1.

Tabela 1

Resultados do cálculo dos índices *k* e *Zk* para as categorias estudadas

| | I | II | III |
|-----------|--------|--------|--------|
| <i>k</i> | +0,85* | +0,77* | +0,66* |
| <i>Zk</i> | 18,88 | 17,11 | 14,66 |

Uma vez calculadas as proporções de inclusão (P_i) sobre a distribuição das locuções entre as subcategorias pelos dez juízes universitários, o elenco de conteúdos foi definido, tomando-se como critério escores superiores às medianas de P_i para cada categoria estudada. Os Quadros II, III e IV apresentam os conteúdos selecionados para as categorias doença (Dç), paciente (Pc) e tratamento (Tr), respectivamente.

ESTUDOS SOBRE A FORÇA DA CRENÇA E DAS REPRESENTAÇÕES NA COMUNIDADE

Uma vez associadas as escalas de probabilidade aos conteúdos levantados e submetidas aos 50 sujeitos, foram calculadas as atitudes relativas quanto às categorias e subcategorias estudadas. Considerando as variáveis sexo, escolaridade e idade dos sujeitos, foram

Quadro II

Locuções selecionadas para a categoria I e respectivas subcategorias de conteúdo (Me = 0,65; n = 14)

| Subcategorias | Locuções |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. Contágio | 1.1. A AIDS é uma doença contagiosa. 7.3. A AIDS insidiosa principalmente via sexo. |
| B. Sintomas | 9.3. A AIDS denuncia as pessoas através das características físicas. |
| C. Efeito psicológico | 3.1. A AIDS é uma doença que aterroriza toda humanidade. 5.3. A AIDS deve ser enfrentada com base no auxílio moral ao paciente. 8.2. A AIDS leva à uma reafirmação do pre conceito que a pessoa já sofre antes de ter AIDS. 8.4. A AIDS confirma e acentua os problemas familiares do paciente. 13.1. A AIDS leva à discriminação do paciente. |
| E. Origens | 4.1. A AIDS é uma doença relativamente nova. 8.3. A AIDS é consequência do processo de auto-destruição do paciente. |
| F. Razão necessária | 3.3. A AIDS apareceu pela imprudência do homem. 3.4. A AIDS surgiu porque o homem não soube usar a inteligência que Deus lhe deu. |
| I. Prevenção | 11.3. A AIDS exige mudança de postura e comportamento para todos. 13.3. A AIDS pode ser prevenida através de informação. |

Podemos observar que, para a categoria I, não houve diferenças significativas indicando que quanto aos conteúdos associados à doença não existe influência de variáveis ligadas a sexo, idade ou escolaridade. Entretanto para a categoria II, que concentra conteúdos relacionados ao paciente, os dados indicam diferenças significativas em função da idade, com valores mais positivos dos sujeitos com 30 anos ou menos. Finalmente, para a categoria III, que define conteúdos relacionados ao tratamento, os resultados indicaram propensões mais positivas pelas pessoas de nível não universitário.

Considerando os estudos de fidedignidade, os dados do teste-reteste são apresentados na Tabela 5.

Podemos observar que não houve diferenças significativas para as três categorias, sugerindo a estabilidade das medidas de atitudes tomadas. Finalmente, verificando a homogeneidade das escalas,

foram calculadas as variâncias entre as duas metades da amostra total para cada categoria. Estes resultados são apresentados na Tabela 6.

Podemos observar que, para a categoria I, não houve diferenças significativas.

confirmam o que muitos autores^{5,10,6} consideram comum, dentro da sociedade civil, a maior sensibilidade para reconhecer o "lado humano da questão".

Quadro III

Locuções selecionadas para a categoria II e respectivas subcategorias de conteúdo (Me = 0,68; n = 13)

| Subcategorias | Locuções |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| J. Perfil do paciente | 3.3. O paciente HIV demonstra um desestímulo pela vida. 4.2. O paciente HIV necessita de conforto material. 6.1. O paciente HIV é, ao mesmo tempo, sensível, carente, temeroso, revoltado, apático, enérgico e gente. |
| K. Convivência do paciente | 2.1. O paciente HIV causa medo de contágio nas pessoas de seu convívio social. 4.5. Os pacientes HIV devem continuar com suas atividades, nem que seja com perspectivas a curto prazo. 7.2. A estigmatização do paciente HIV é aumentado pela discriminação de seus costumes e comportamentos de risco. 11.3. O paciente HIV é discriminado. 13.2. Independente da forma com que adquiriu a doença, o paciente com AIDS merece carinho e atenção. |
| L. Reação à doença | 1.1. O paciente com AIDS perde, em primeiro lugar, o amor próprio. 3.1. O paciente HIV tem uma revolta muito grande. 4.4. Os pacientes HIV revoltam-se e contaminam as outras pessoas. 8.2. Os pacientes que estão "bem de cabeça" vivem melhor e ficam menos doentes. 14.1. O paciente HIV fica angustiado ao saber o diagnóstico. |

Quadro IV

Locuções selecionadas para a categoria III e respectivas subcategorias de conteúdo (Me = 0,73; n = 12)

| Subcategorias | Locuções |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M. Tratamento | 3.1. O tratamento hospitalar dispõe de poucos leitos para os pacientes com AIDS. 3.2. O tratamento medicamentoso da AIDS nos hospitais acompanha bem o paciente. 4.1. O tratamento medicamentoso da AIDS é o mesmo em qualquer lugar do mundo. 4.2. O tratamento hospitalar da AIDS difere muito de um lugar para outro. 4.3. O tratamento da AIDS é mais fácil para quem mora em grandes centros. 5.1. A ajuda material é um fator necessário para a sobrevivência dos portadores do vírus HIV. 10.2. O tratamento da AIDS deve ser feito com a pouca medicação disponível. 14.1. O tratamento da AIDS deve contemplar três aspectos: social, emocional e medicamentoso. |
| O. Relacionamento com o paciente | 1.1. Muitos profissionais da área médica tratam mal o paciente. 1.2. Existem muitos profissionais da área médica dedicados e que têm dado ao paciente HIV, além de uma receita, amor e atenção. 5.2. O apoio moral ao paciente com AIDS faz com que ele se sinta vivo e motivado. |
| P. Informações | 7.1. Não existe tratamento curativo da AIDS. |

Como podemos observar, as medidas de atitudes realizadas foram homogêneas, uma vez que não houve diferenças significativas entre as duas metades, para as escalas relativas as três categorias estudadas.

DISCUSSÃO

Considerando os resultados obtidos, alguns aspectos relacionados aos conteúdos isolados para a categoria I (doença) puderam ser observados:

Em primeiro lugar, prevaleceram respostas de cunho psicossocial, onde o efeito psicológico da AIDS aparece sob conteúdos de fortes conotações afetivas. Este fato é particularmente importante, se considerarmos que, em se tratando de conteúdos levantados juntamente à comunidade, são respostas que identificam preocupações que, apesar dos aspectos clínicos da doença em si, se estendem às suas conseqüências emocionais. Identificando uma maior propensão para considerar a contrapartida psicossocial da doença, estes resultados

Tabela 2

Estudos diferenciais para a categoria I

| | Sexo | | Escolaridade | | Idade | |
|-------|-------|-------|--------------|-----------|-------|-------|
| | Masc | Fem | Univ. | Não univ. | Ab | Ac |
| Média | -0,03 | -0,13 | -0,07 | -0,11 | -0,04 | -0,13 |
| SD | 0,17 | 0,22 | 0,26 | 0,19 | 0,16 | 0,24 |
| t | 1,70 | | 0,49 | | 1,43 | |
| P | 0,09 | | 0,62 | | 0,15 | |

Tabela 3

Estudos diferenciais para a categoria II

| | Sexo | | Escolaridade | | Idade | |
|-------|-------|-------|--------------|-----------|-------|-------|
| | Masc. | Fem. | Univ. | Não univ. | Ab | Ac |
| Média | -0,11 | -0,06 | -0,07 | -0,08 | -0,01 | -0,13 |
| SD | 0,21 | 0,20 | 0,18 | 0,21 | 0,20 | 0,17 |
| t | 0,80 | | 0,20 | | 2,27 | |
| P | 0,43 | | 0,66 | | 0,02* | |

No tratamento (categoria III), há identificação de dificuldades relacionadas aos recursos disponíveis...

Um outro aspecto interessante dos conteúdos associados à doença, em si, está relacionado aos componentes de razão necessária, presentes na concepção do erro e da imprudência do gênero humano, o que atribui determinantes teleológicos para o aparecimento da doença.

Considerando os subgrupos definidos por sexo, idade e escolaridade, parece não existir influência destas variáveis nas atitudes dos sujeitos. De uma forma geral, as pessoas pertencentes às ONGs de Ribeirão Preto (SP) apresentam propensões moderadamente negativas frente à AIDS, que são determinadas principalmente por conteúdos de caráter disfórico, onde aparecem representações relacionadas ao instrumento de castigo, o que demonstra a presença de crenças em determinantes finalistas para a origem da doença. Aqui, também se manifesta a dicotomia entre o conhecimento técnico e a sensibilidade social¹⁰ verificada na abordagem da AIDS entre profissionais de saúde, onde a falta de informações relevantes pode levar a formulações mágicas e de fortes conotações moralistas para explicar o fenômeno¹².

Finalmente, uma terceira observação se refere à pobreza de conteúdos relacionados às informações sobre a doença, mais especificamente das formas de contágio e os sintomas; além de não terem surgido cognições relacionadas a prognóstico, informação e diagnóstico, as crenças modais apontam para características acidentais como indicadores da doença limitando-se apenas à via sexual como forma de transmissão.

Quanto aos conteúdos isolados para a categoria II (paciente), prevaleceram crenças associadas a discriminação e necessidade de suporte, que o recolhem na rotina normal dentro da sociedade; o perfil da pessoa contaminada é traçado de acordo com o desestímulo pela vida e suas necessidades de conforto material com conotações de caráter marcadamente social, voltadas para a restituição do seu convívio dentro da sociedade. Esses resultados confirmam uma tendência, que é constantemente observada na literatura, à maior preocupação dos agentes de comunidade quanto a perda da cidadania, busca de integração e identificação de necessidades afetivas no trato com o paciente^{6,15}.

Considerando a idade dos sujeitos, os dados demonstraram propensões mais negativas frente ao paciente das pessoas mais idosas. Estes resultados são bastante interessantes, se considerarmos alguns dados da literatura que apontam maior conservantismo, nas pessoas idosas, frente a grupos minoritários e aos problemas decorrentes da AIDS²⁶.

No tratamento (categoria III), há identificação de dificuldades relacionadas aos recursos disponíveis, além da reafirmação da ênfase no caráter psicossocial do atendimento. Por outro lado, quanto à contrapartida técnica do tratamento, os resultados demonstram pobreza de informações relevantes sobre medicamentos, atendimento domiciliar e outros conteúdos de valor instrumental para o cuidado do paciente em sua própria casa. Considerando o nível de escolaridade, os sujeitos não universitários são mais propensos a introjetar conteúdos de conotação positiva, o que não ocorre com aqueles de nível universitário. Estes resultados confirmam aquilo que alguns autores já vêm salientando quanto à crítica acadêmica⁹ e às dificuldades das pessoas mais qualificadas para superar o limite técnico do tratamento^{4,7}. Ao que tudo indica, as pessoas menos qualificadas tendem a se comportar de maneira menos cética frente ao tratamento, uma vez que os limites técnicos são menos valorizados e a ênfase é dada nas questões psicossociais da doença.

Contrariamente ao que seria esperado de pessoas engajadas em programas de intervenção e prevenção à AIDS juntamente à comunidade, os dados obtidos no presente trabalho apontam para algumas crenças e representações limitantes à ação comunitária. Principalmente relacionados ao caráter determinista da origem da doença, a prevalência de representações teleológicas e de razão necessária e a ênfase moralista desses conteúdos podem representar barreiras impor-

Tabela 4

Estudos diferenciais para a categoria III

| | Sexo | | Escolaridade | | Idade | |
|-------|-------|-------|--------------|-----------|-------|-------|
| | Masc. | Fem. | Univ. | Não univ. | Ab | Ac |
| Média | +0,12 | +0,05 | -0,02 | +0,12 | +0,10 | +0,04 |
| SD | 0,19 | 0,21 | 0,17 | 0,20 | 0,16 | 0,20 |
| t | | 1,24 | | -2,51 | | 0,97 |
| P | | 0,21 | | 0,01* | | 0,33 |

Tabela 5

Resultados do teste-reteste das escalas utilizadas (n = 20; p < 0,05)

| | Categoria I | | Categoria II | | Categoria III | |
|-------|-------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|
| | T | R | T | R | T | R |
| Média | -0,11 | -0,05 | -0,06 | -0,04 | +0,12 | +0,14 |
| SD | 0,20 | 0,18 | 0,24 | 0,19 | 0,24 | 0,17 |
| t | | 1,24 | | -0,34 | | 0,34 |
| P | | 0,23 | | 0,68 | | 0,68 |

Tabela 6

Resultados do teste Split Half para as escalas utilizadas (n = 50; p < 0,05)

| | Categoria I | | Categoria II | | Categoria III | |
|-------|-------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|
| | T | R | T | R | T | R |
| Média | -0,14 | -0,05 | -0,11 | -0,04 | +0,09 | +0,06 |
| SD | 0,22 | 0,19 | 0,18 | 0,21 | 0,17 | 0,23 |
| F | | 2,25 | | 1,61 | | 0,36 |
| P | | 0,13 | | 0,20 | | 0,48 |

O nível de escolaridade, os sujeitos não universitários são mais propensos a introjetar conteúdos de conotação positiva.

tantes à atuação na comunidade, por envolverem pré-concepções que podem levar à naturalização da AIDS juntamente a minorias estigmatizadas.

Entretanto, essas barreiras podem ser superadas na prática. Há, em contrapartida, representações de fortes conotações sociais sobre o paciente e o tratamento da AIDS, que são caracterizadas pela marcada identificação de necessidades relacionadas a reinserção na comunidade e assimilação pelo mercado de trabalho. Esses conteúdos, que são importantes para a formação de predisposições favoráveis à atuação juntamente à comunidade, poderiam ser desenvolvidos, ampliados e estendidos às origens da AIDS, enquanto um problema de saúde coletiva.

RESUMO

Para identificar alguns dados relevantes na concepção de programas de informação e prevenção à AIDS, foi processada uma análise de conteúdo em entrevistas com 15 líderes e agentes de comunidade na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo (SP), Brasil. Considerando as diversas subcategorias de conteúdo destacadas, 39 locuções foram isoladas e associadas a escalas de probabilidade (b) e de avaliação (e) para verificar crenças e representações sobre três aspectos da AIDS: 1) doença - com 14 itens relacionados a contágio, efeito psicológico, origens, razão necessária e prevenção, identificando representações teleológicas associadas a castigo, imprudência, erro humano, falência de costumes e, principalmente, ao desgaste da família; 2) paciente - com 13 itens associados a perfil e convívio social, voltados para a restituição dos direitos civis; 3) tratamento - com 12 itens relacionados à falta de recursos, interação profissional/paciente e abordagens psicossociais, identificando pobreza de informações técnicas com ênfase nas relações informais do atendimento. Estudos diferenciais em função de sexo, idade e escolaridade identificaram, nos sujeitos mais novos, propensões mais favoráveis frente aos conteúdos relacionados com o paciente ($t = 2,27$; $p = 0,02$), além de atitudes mais positivas relacionadas ao tratamento por parte das pessoas de menor nível de escolaridade ($t = -2,51$; $p = 0,01$). Essas representações apresentam uma generalidade que aproxima os líderes de seus pares na comunidade em geral, o que reforça a indicação de se estender os programas de formação e orientação também aos agentes comunitários (FAFESP).

Unitermos: síndrome da imunodeficiência adquirida, representação social, saúde coletiva, líderes de comunidades.

SUMMARY

In order to identify some relevant data for the elaboration of a program of AIDS information and prevention, content analysis was performed in interviews with 15 community leaders and agents in the city of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. Considering the various content subcategories emphasized, 39 locutions were isolated and associated with probability (b) and evaluation (e) scales to determine the beliefs and representations about three aspects of AIDS: 1) disease, with 14 items related to contagion, psychological effect, origins, necessary reason and prevention, identifying teleologic representations associated with punishment, imprudence, human error, failure of customs and mainly family deterioration; 2) patient, with 13 items associated with profile and social interaction directed at the reinstatement of civil rights; 3) treatment, with 12 items related to lack of resources, professional/patient interaction and psychosocial approaches, identifying the scarcity of technical information with emphasis on informal care relations. Differential studies as a function of sex, age and educational level identified more favorable propensities in younger subjects with respect to the contents related to patient ($t = 2.27$; $p = .02$), as well more positive attitudes with respect to treatment on the part of persons of lower educational level ($t = 2.51$; $p = .01$). These representations show a generality that brings the leaders close to their peers in the community in general, supporting the indication of extending programs of training and guidance also to community agents (FAPESP).

Key words: acquired immunodeficiency syndrome, social representation, collective health, community leaders

Endereço para correspondência:
MARCO A.C. FIGUEIREDO
Deptº de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP
Av. dos Bandeirantes 3.900 - Ribeirão Preto-SP - CEP 14040-901
Tel.:(016) 633-1010/r. 369 ou Fax.:(016) 633-5015

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AJZEN, I. & FISHBEIN, M. - Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychol. Bull.*, 84:888-918, 1977.
2. BARRE-SINOSSI, F. et al. - Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*, 220: 868-77, 1983.
3. BOLOGNESI, D.P. - AIDS Vaccines. In: DEVITA, Jr, V.T. et al. (orgs.) - *AIDS etiology, diagnostics, treatment and prevention*. Philadelphia, J.B. Lippincot, 1992.
4. CALABRESE, L.H. et al. - Physicians' attitudes, beliefs and practices regarding AIDS health care promotion. *Arch. Intern. Med.*, 151(6):1157-60, 1992.
5. CARSON, V. et al. - Hope and spiritual well-being: essentials for living with AIDS. *Perspectives in Psychiatric Care.*, 26(2):28-34, 1990.
6. CLAUSSON, N.I. - Le SIDA: la réponse communautaire. *Rev. Can. Santé Pub.*, 80:20-25, 1989.
7. CURREY, C.J. - Willingness of health-professionals students to treat patients with AIDS. *Acad. Med.*, 65(7):472-74, 1990.
8. EDWARDS, W. - The theory of decision making. In: EDWARDS, W. & TWERSKY, A. (orgs.) - *Decision making*. Penguin Books, Harmondsworth, 1967.



Forma farmacéutica e Apresentações: Comprimido revestido. Embalagem com 10 comprimidos de 125mg e com 7 e 21 comprimidos de 250mg. USO ADULTO. Composição: Cada comprimido revestido contém: famciclovir 125mg excipiente q.s.p. comp.; famciclovir 250mg excipiente q.s.p. 1 comp. Excipientes: hidroxipropilcelulose, lactose, amido glicolato de sódio, estearato de magnésio, hidroxipropilmetilcelulose, dióxido de titânio, polietilenglicol. **INFORMAÇÃO AO PACIENTE:** Conservar o produto ao abrigo da umidade e calor excessivo (temperatura não superior a 30°C). O prazo de validade do produto é de 36 meses, a contar da data de sua fabricação. **NÃO USE MEDICAMENTOS COM PRAZO DE VALIDADE VENCIDO.** Caso ocorra gravidez durante ou logo após o tratamento com Famvir, suspenda a medicação e comunique imediatamente ao seu médico. O uso de Famvir não é recomendado durante a gravidez ou em mulheres que estejam amamentando. Famvir é contra-indicado a pacientes com conhecida hipersensibilidade a famciclovir. Comunique ao seu médico se estiver fazendo uso de outros medicamentos. O produto deve ser usado de acordo com a orientação dada pelo médico e somente ele poderá recomendar a sua interrupção. Caso surjam reações desagradáveis, tais como dor de cabeça e náuseas, procure orientação médica. **TODO MEDICAMENTO DEVE SER MANTIDO FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS. Não é recomendado o uso de Famvir em crianças. NÃO TOMAR REMÉDIO SEM O CONHECIMENTO DO SEU MÉDICO. PODE SER PERIGOSO PARA SUA SAÚDE. INFORMAÇÕES TÉCNICAS:** Famvir contém como princípio ativo o famciclovir, a forma oral de penciclovir. Famciclovir é rapidamente convertido in vivo em penciclovir, que tem atividade demonstrada in vivo e in vitro contra o vírus da Herpes em seres humanos, inclusive o vírus Varicella zoster e os vírus da Herpes simplex tipo 1 e 2. O efeito antivirótico de famciclovir administrado por via oral foi demonstrado em vários estudos com animais; este efeito é devido à conversão in vivo em penciclovir. Penciclovir dirige-se às células infectadas pelo vírus onde é rápida e eficientemente convertido em trifostato (mediado via timidina quinase induzida pelo vírus). O trifostato de penciclovir permanece nas células infectadas por mais de 12 horas, onde inibe a reprodução de DNA vírico e tem uma meia vida de 9, 10 e 20 horas em células infectadas com o vírus Varicella zoster, vírus Herpes simplex Tipo 1 e vírus Herpes simplex Tipo 2, respectivamente. Em células não infectadas tratadas com penciclovir, as concentrações de trifostato de penciclovir são apenas escassamente detectáveis. Conseqüentemente, é improvável que células não infectadas sejam afetadas por concentrações terapêuticas de penciclovir. Penciclovir demonstrou ter atividade contra uma cepa do vírus da Herpes simplex recentemente isolada, resistente a aciclovir, que possui uma polimerase de DNA alterada. Após administração oral, famciclovir é rápida e extensivamente absorvido e rapidamente convertido ao componente ativo, penciclovir. A biodisponibilidade de penciclovir após administração oral de Famvir é de 77%. O pico médio da concentração plasmática de penciclovir, após uma dose oral de 125mg e 250mg de famciclovir, foi de 0,8 microgramas/ml, respectivamente, e ocorreu em um tempo médio de 45 minutos pós-dose. As curvas de concentração plasmática x tempo de penciclovir são semelhantes após dose única e doses repetidas. A meia-vida plasmática final de penciclovir após dose única e doses repetidas de famciclovir é de aproximadamente 2 horas. Não há acúmulo de penciclovir com doses repetidas de famciclovir. Penciclovir e seu precursor 6-desoxi têm baixa ligação às proteínas plasmáticas (<20%). Famciclovir é eliminado, principalmente, como penciclovir e seu precursor 6-desoxi, que são excretados sem alterações pela urina. Famvir não foi detectado na urina. A secreção tubular contribui para a eliminação renal do composto. A infecção por Herpes zoster não complicada, não altera significativamente a farmacocinética de penciclovir, após administração oral de Famvir. **INDICAÇÕES:** Famvir é indicado para o tratamento de infecções agudas por Herpes zoster e para o tratamento agudo de infecções por Herpes genital. **CONTRA-INDICAÇÕES:** **FAMVIR É CONTRA-INDICADO NOS CASOS DE HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA A FAMCICLOVIR.** Precauções: Deve-se dispensar atenção especial a pacientes com função renal comprometida, já que um ajuste da dose é necessário. Não são necessárias precauções especiais para pacientes com insuficiência hepática ou idosos. A Herpes genital é uma doença sexualmente transmissível. O risco de transmissão é aumentado durante episódios agudos. Os pacientes devem evitar relações sexuais quando os sintomas estiverem presentes, mesmo se o tratamento com um antivirótico já tiver sido iniciado. Embora estudos em animais não tenham demonstrado quaisquer efeitos embrioféticos ou teratogênicos com famciclovir ou penciclovir, a segurança de Famvir na gravidez humana não foi estabelecida. Assim, Famvir não deve ser usado durante a gravidez ou em mulheres que estejam amamentando, a menos que os benefícios potenciais do tratamento compensem qualquer possibilidade de risco. Estudos em ratos demonstram que penciclovir é excretado pelo leite de fêmeas lactantes recebendo famciclovir por via oral. Não há informações sobre a excreção pelo leite humano. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Nenhuma interação farmacocinética clinicamente significativa foi identificada. A probenecida e outras drogas que afetam a fisiologia renal podem afetar os níveis plasmáticos de penciclovir. **REAÇÕES ADVERSAS:** **FAMCICLOVIR FOI BEM TOLERADO EM ESTUDOS REALIZADOS NO HOMEM. CEFALÉIA E NÁUSEA FORAM RELATADAS EM ESTUDOS CLÍNICOS. ESTAS REAÇÕES FORAM DE NATUREZA LEVE A MODERADA E OCORRERAM COM INCIDÊNCIA SIMILAR EM PACIENTES RECEBENDO TRATAMENTO COM PLACEBO. POSOLOGIA:** Infecções por Herpes zoster - Adultos: 250mg três vezes ao dia por sete dias. O tratamento deve ser iniciado o mais cedo possível no curso da doença, imediatamente após o diagnóstico. **Primeiro episódio de infecções por Herpes genital - Adultos:** 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Adultos: 250mg três vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível após o início das lesões. **Infecções Agudas Recorrentes por Herpes genital - Adultos:** 125mg duas vezes ao dia por cinco dias. Recomenda-se iniciar o tratamento durante o período prodromico ou o mais cedo possível após o início das lesões. - **Idosos:** Não é necessária qualquer alteração na dosagem, a menos que a função renal esteja comprometida. **Insuficiência renal:** Uma vez que clearance reduzido de penciclovir está associado à função renal reduzida, deve-se dedicar atenção especial à dosagem em pacientes com insuficiência renal. As seguintes alterações são recomendadas: **Para o tratamento de infecções por herpes zoster e primeiro episódio de herpes genital:**

Quando apenas a creatinina sérica estiver disponível, um nomograma ou a seguinte fórmula (Cockcroft e Gault) deve ser usada para estimar o clearance de creatinina.
 $140 - \text{idade em anos} \times \text{peso (kg)} \times 88,5 \text{ (para homens)} \text{ ou } 75,2 \text{ (para mulheres)}$
 $72 \times \text{creatinina sérica } (\mu\text{mol/L})$

Pacientes com insuficiência renal sob hemodiálise: Para pacientes sob hemodiálise, um intervalo de 48 horas entre as doses é recomendado para os períodos entre as diálises. Uma vez que uma hemodiálise de 4 horas resulta em uma redução de aproximadamente 75% nas concentrações plasmáticas de penciclovir, dose total de famciclovir deve ser administrada imediatamente após a diálise. **Insuficiência hepática:** Não é necessária uma modificação na dosagem para pacientes com doença hepática crônica compensada. Não há informações sobre pacientes com doença hepática crônica claramente descompensada; portanto, não é possível fazer recomendações precisas de dosagem para este grupo de pacientes. **Crianças:** Atualmente os dados sobre a segurança e eficácia de Famvir em crianças são insuficientes e, portanto, o seu uso em crianças não é recomendado. **Superdosagem:** Não houve relatos de superdosagem aguda com Famvir. Tratamento sintomático e de suporte deve ser administrado, se apropriado. Penciclovir pode ser eliminado por diálise e as concentrações plasmáticas são reduzidas em aproximadamente 75% após a hemodiálise por 4 horas. **Informações adicionais:** Famciclovir não tem efeitos significativos sobre a espermatogênese ou morfologia e motilidade de espermatozoides no homem. Em doses muito acima daquelas terapêuticamente usadas, observou-se um comprometimento da fertilidade em ratos machos sendo que tais efeitos não foram observados em ratos fêmeas. Em um nível de dose aproximadamente 50 vezes a dose terapêutica normal, houve um aumento na incidência de adenocarcinoma mamário em fêmeas de rato. Tal efeito não foi observado em ratos machos ou em camundongos de ambos os sexos. Além disso, famciclovir não foi considerado genotóxico em uma ampla bateria de testes in vivo e in vitro desenhados para detectar mutação genética, danos cromossômicos e danos reparáveis no DNA. Penciclovir, da mesma forma que outras drogas desta classe, demonstrou causar dano cromossômico, mas não induziu a mutação genética em sistemas celulares bacterianos ou de mamíferos, nem houve evidências de reparo aumentado do DNA in vitro. Estes achados não são considerados como tendo significância clínica.

ATENÇÃO: Este produto é um novo medicamento e, embora as pesquisas realizadas tenham indicado eficácia e segurança quando corretamente indicado, podem ocorrer reações adversas imprevisíveis ainda não descritas ou conhecidas. Em caso de suspeita de reação adversa, o médico responsável deve ser notificado. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

- FIGUEIREDO, M.A.C. et al. - Crenças, valores e atitudes frente à AIDS. Um estudo comparativo entre profissionais da saúde. XX Reunião da SBP, Ribeirão Preto, p.299, 1990.
- FIGUEIREDO, M.A.C. - Profissionais da saúde e atitudes frente à SIDA. Um estudo diferencial com base no modelo afetivo-cognitivo de Fishbein/Ajzen (1975). Tese de Livre-Docência. Departamento de Psicologia e Educação, FFCLRP, Ribeirão Preto, 1994.
- FIGUEIREDO, M.A.C. & SOUZA, L.B. - Atitudes frente à AIDS: um estudo comparativo entre categorias profissionais na área de saúde. *Medicina Ribeirão Preto*, 24(3):175-85, 1991.
- FISHBEIN, M. & AJZEN, I. - *Belief, attitudes, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Addison Wesley, Reading, Massachusetts, 1975.
- Gapa (Porto Alegre-RS). Lampadinha. Prevenção da AIDS entre presidiários do Rio Grande do Sul. *AIDS & DST. Experiências que funcionam*, 1(2):9-10, 1993.
- HOLMAN, P. - Increasing the involvement of national and regional racial and ethnic minority organization in HIV information and education. *Pub. Health Rep.*, 106(6):687-94, 1991.
- KELLY, J.A. & HOLMAN, S. - The new face of AIDS. *Am. J. Nurs.*, 93(3):26-32, 1993.
- KELLY, J.A. et al. - Stigmatization of AIDS patients by physicians. *Am. J. Pub. Health*, 77(7):789-91, 1987.
- L'engagement des communautés marque la Journée Mondiale SIDA dans le monde entier. *SIDA-OMS, Le Point.*, n.1, pp.11-14, 1993.
- LENKER, S.L. et al. - Planning community - wide services for persons with HIV infection in area of moderate incidents. *Pub. Health Rep.*, 108(3):285-93, 1993.
- LONGO, P.H. - Programa Pegação. Prevenção para rapazes que se prostituem no Rio de Janeiro. *AIDS & DST. Experiências que funcionam.*, 1(2):8-9, 1993.
- MEYER, C. - Death anxiety: finding support in families. *Am. J. Nurs.*, 92(12):15, 1992.

N.R.: O restante da Bibliografia encontra-se à disposição com os autores.

**VISITE
NOSSA HOME PAGE**

<http://www.uff.br/dst/>

**VISIT
OUR HOME PAGE**



ARTIGO ORIGINAL

HETEROSEXUAL TRANSMISSION AND HUMAN SEXUALITY IN BRAZIL

CARLOS ALBERTO MORAIS DE SA¹, MD, STELLA MAULAZ MOURA², FERNANDO SAMUEL SION³, MD³

By the end of 1994, there been reported approximately 60 000 AIDS cases in Brazil and Brazil Ministry Health estimates between 600 000 to one million of HIV-infected individuals concentrated mainly in São Paulo and Rio de Janeiro¹.

HETEROSEXUAL TRANSMISSION

The Gaffrée and Guinle University Hospital, AIDS National Referral Center, is a leading and pioneering AIDS Research Center in Brazil, which has accumulated more than five thousand HIV-positive individuals since 1983.

Sexual transmission is the main category of transmission in Brazil¹. There is a decreasing trend in proportion of cases in the homosexual and bisexual risk groups, and an increasing trend in the proportion infected through heterosexual transmission.

Heterosexual transmission has been expanded since 1985, 34.1% of the cases among women and 7.2% among men (Table 1). Heterosexual contact constitutes the only category of AIDS cases in which the number of female cases exceeds the number of male cases. Since early in the epidemic more men than women have been infected and therefore can infect their female partners. These differences could reflect more efficient male-to-female transmission compared with female-to-female as well as diversity of sexual practices among sexual partners in Latin America culture more widespread than generally appreciated^{3,4}.

1 - Teacher of Medicine, Head, Department of Internal Medicine, Medicine and Surgery School, University of Rio de Janeiro, Executive-Director, AIDS National Referral Center, Gaffrée and Guinle University Hospital, University of Rio de Janeiro, Brazil.

2 - Social Worker, AIDS National Referral Center, Gaffrée and Guinle University Hospital, University of Rio de Janeiro, Brazil.

3 - Researcher Immunologist, AIDS National Referral Center, Gaffrée and Guinle University Hospital, University of Rio de Janeiro, Brazil.

Table 1

Heterosexual transmission in Brazil

| ≥ 15 years old | Brazil Ministry of Health cumulated data 1980-1994 n (%) | Gaffrée and Guinle University Hospital cumulated data 1988-1994 n (%) |
|----------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Female-to-male | 3.081 (7.2) | 67 (3.9) |
| Male-to-female | 2.543 (34.1) | 362 (21.3) |

We present results of the studies at the Gaffrée and Guinle University Hospital, AIDS National Referral Center, University of Rio de Janeiro in Rio de Janeiro, Brazil, which the objectives are to identify risk factors for heterosexual transmission of HIV, to compare the efficiency of male-to-female and female-to-male transmission to acknowledge patterns of sexual behavior and diversity of sexual practices in a latin american culture, to assist in the design of more effective AIDS and STD prevention programs, safer sex education campaigns and the educational messages.

Cohort study of 662 heterosexual couples comprising 662 bisexual men and their female partners (Table 2). The ages of the participants ranged from 21 to 47 years. There were no significant differences in demographic factors according to index case. Most of the index cases were asymptomatic. Both members of the couples were interviewed face-to-face individually and the contacts who were HIV seronegative were follow-up every six months. The couples were counseled about the risk of HIV infection and safer sex practices. A questionnaire was administered by the interviewer. Questions explored the risk factors, the number of sexual partners, use of condoms and sexual practices. If partner gave a different description of their sexual behavior the couple was excluded. 177 (26.7%) couples refused to inform 149 (50.3%) of the 296 (44.7%) female contacts only engaging in vaginal intercourse were found to be infected with HIV. 119 (63,0%) of the 189 (28,5%) female contacts engaging in both anal and vaginal intercourse were found to be seropositive.

There seems that women who engaged in both anal and vaginal intercourse placed themselves at double risk of HIV infection experienced by women who limited coitus to vaginal intercourse.

Male-to-female has presented a crude transmission rate of 54.6%.

Most of the Brazilian HIV-infected women have been in monogamous, stable relationship. The psychological profile has shown a low self-esteem, sexual emotion passiveness, absolute submission to male desire, affective dependence and limited self-confidence (Table 3). The psychological features observed seem to reveal a female high risk behavior that could partly explain an elevated rate of male-to-female transmission among Brazilian stable couples.

Female-to-male transmission did not occur in this small cohort study of stable heterosexual couples.

A questionnaire was administered by interviewer. Questions explored the history of risk factors, the number of sexual partners, frequency of sexual contact per week, known or estimated date of infection, regular sexual

practices, and use of condoms. If partners gave a different description of their sexual behavior, the couple was excluded. The mean interval of time between women date of HIV infection and identification of HIV through anti-HIV testing were 65.68 + SD 32.06 months for women infected by blood transfusion and 36.86 SD + 23.34 months for women infected by previously sexual contact. The mean frequency of sexual contacts per week without use of condoms were 7.7 for women infected by blood transfusion and 3.7 for women infected by previously sexual contact.

Table 2

**Male-to-female transmission
Women partners of HIV-infected
bisexual men**

| Intercourse | Anti-HIV Positive, n (%) (n = 362) | Anti-HIV Negative, n (%) (n = 300) | Total n (%) (n = 662) |
|----------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|
| Vaginal only* | 149 (50.3) | 147 (49.7) | 296 (44.7) |
| Anal and vaginal* | 119 (63.0) | 70 (37.0) | 189 (28.5) |
| Refused to inform | 94 (53.1) | 83 (46.3) | 177 (26.7) |

* $\chi^2 = 7.42; p < .001; OR = 1.68$

Table 3

**HIV-infected women in stable couples
Psychological profile (n = 50)**

Low self-esteem
Emotional sexual passiveness
Absolute submission to male desire
Affective dependence
Limited self-confidence

Cohort study of 40 stable heterosexual couples, regular partners of HIV-infected women were tested and both members of the couples interviewed. 40 stable couples comprising 29 index women infected by blood transfusion (Table 4) and 11 HIV-positive women (Table 5) who had originally acquired their infection from other male partners but who subsequently acquired new partners.

The ages of participants ranged from 25 to 55 years. There were no significant differences in demographic factors according to the index cases. Most of the index cases were symptomatic. Both members of the couples were interviewed face-to-face individually and male seronegative partners were followed-up every six months. The couples were counseled about the risk of the HIV infection and safer sex practices.

Table 4

**Female-to-male transmission in stable
couples Women infected by blood
transfusion (n = 29)**

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Time of sexual contact between transfusion and diagnosis of HIV infection without use of condoms | 65.68 ± 32.06 mo. |
| Time of sexual contact after diagnosis of HIV infection with use of condoms | 7.59 ± 12.16 mo. |
| Frequency of sexual contacts per week | 7.7 |

Table 5

**Female-to-male transmission in stable
couples Women infected by sexual
contact (n = 11)**

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Time of sexual contact until diagnosis of HIV infection without use of condoms | 36.86 ± 23.39 mo. |
| Time of sexual contact after diagnosis of HIV infection with use of condoms | 8.32 ± 8.05 mo. |
| Frequency of sexual contacts per week | 3.7 |

The number of couples engaged in different sexual practices reduced significantly their particular sexual acts as positive results of anti-HIV testing were informed to the male steady partners (Table 6).

Other risk factors associated with risk of heterosexual transmission such as penis lesion during intercourse, lack of circumcision, disease stage and antigenemia have been evaluated (Table 7).

Female-to-male transmission did not occur in this small cohort study of stable heterosexual couples (Table 8). Present results are difficult to generalize because we observed only 40 couples with women as infected index cases from 1988 to

1994. The small sample size may be a reflection of the relatively small number of infected women compared with infected men.

There is a continuing traditional medical and scientific silence on human sexuality which is so taboo that few care or dare to

Low rate of female-to-male transmission compared with high rate of male-to-female transmission (Table 9) may be express a relatively early

Table 6

**Female-to-male transmission
Number of couples engaged in different sexual practices
Before anti-HIV test After anti-HIV test**

| Sexual practices (risk factors) | Women infected by sexual contact (n = 11) n (%) | Women infected by blood transmission (n = 29) n (%) | Women infected by sexual contact (n = 11) n (%) | Women infected by blood transfusion (n = 29) n (%) |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Oral-oral | 10 (90.9) | 28 (96.5) | 8 (72.7) | 14 (48.2) |
| Oral-genital | 8 (72.7) | 14 (48.2) | 5 (44.4) | 4 (13.7) |
| Vaginal intercourse | 11 (100) | 29 (100) | 10 (90.9) | 16 (55.1) |
| Vaginal intercourse during menstruation | 8 (72.7) | 11 (37.9) | 2 (18.2) | — |
| Anal intercourse | 7 (63.6) | 13 (44.8) | 4 (36.4) | 2 (6.8) |

Table 7

Female-to-male transmission

| Other risk factors | Women infected by blood transfusion, n (%) | Women infected by sexual contact, n (%) |
|---------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Penis lesion during intercourse | 4 (13.7) | 6 (54.5) |
| Partner without circumcision | 23 (79.3) | 9 (81.8) |
| CDC criteria | | |
| II | 6 (20.6) | 6 (54.5) |
| III | 3 (10.3) | — |
| IV | 20 (68.9) | 5 (45.4) |
| Antigenemia P24/total | | |
| Reactive | 11 (57.8) | — |
| Non-reactive | 8 (42.1) | 11 (100) |

Table 8

Female-to-male transmission in stable couples 40 males partners of HIV-infected women

| Risk situation | Anti-HIV | | Antigenemia (Total and P24) | |
|---------------------------------------------------------|----------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|
| | Reactive n (%) | Non-reactive n (%) | Reactive n (%) | Non-reactive n (%) |
| Male partners of female infected by blood transfusion | — | 29 (100) | — | 29 (100) |
| Male partners of female infected by sexual transmission | — | 11 (100) | — | 11 (100) |

phase of the epidemic among the heterosexuals or may be attributed to the lesser risk insertive partners face compared to receptive partners, though some of the alleged heterosexual males may have lacked frankness about same-gender sexual contacts.

Table 9

Crude transmission rate

| Transmission | HIV-infected, partners, n | Rates, % |
|-----------------------------------------|---------------------------|----------|
| Female-to-male (steady partners) n = 40 | 0 | 0 |
| Male-to-female (bisexual men) n = 662 | 362 | 54 |

Although too few data exist to say with certainty that heterosexual man are less susceptible than women to HIV infection through penile-vaginal contact, the husbands of Saudi Arabian women infected by the blood transfusion have remained seronegative for several years³.

HUMAN SEXUALITY IN BRAZIL

There is a continuing traditional medical and scientific silence on human sexuality which is so taboo that few care or dare to. Most health care professionals and researchers feel uncomfortable asking sexual questions. As members of our culture, and shaped by it, they are reluctant to press questions they think may embarrass patients, who are ill at ease with the topic³.

Human sexuality has been studied in the Anonymous Counseling and Testing Site at the Gaffrée and Guinle

University Hospital, Rio de Janeiro, Brazil, from 1990 to 1994.

Table 10 presents age and gender distribution in a cohort of 628 individuals. They were interviewed face-to-face individually, counseled about risk of HIV infection and safer sex practices, and HIV-antibody testing performed where appropriated. A questionnaire concerning sexuality was administered by the interviewer. Questions explores sexual orientation, sexual behavior, number of partners, IVDU, extra-marital contacts, contacts with prostitutes and prostitution, feelings toward sexual partners and use of condoms.

A questionnaire concerning sexuality was administered by the interviewer.

Male bisexual behavior comprises a marked multiplicity of sexual partners, sexual contacts with prostitutes and group sex. They engage very often in multiple high risk practices that could explain the high rate of male-to-female transmission in Brazil (Table 13).

Table 10

**Human sexuality in Brazil
Age distribution (n = 628)**

| Age, y | Women (n = 263) n (%) | Men (n = 365) n (%) |
|--------|--------------------------|------------------------|
| 10-14 | 1 (0.4) | 2 (0.5) |
| 15-19 | 15 (5.7) | 24 (6.6) |
| 20-30 | 123 (46.7) | 189 (52) |
| 41-50 | 35 (13.4) | 32 (8.7) |
| 51-60 | 13 (4.5) | 17 (4.6) |
| > 60 | 2 (0.8) | 14 (3.8) |

The sexual orientation according to the gender in 628 individuals studied is shown in Table 11.

Table 11

Human sexuality in Brazil (n = 628)

| Sexual orientation | Women (n = 263) n (%) | Men (n = 365) n (%) |
|--------------------|--------------------------|------------------------|
| Heterosexual | 256 (97.3) | 202 (55.3) |
| Bisexual | 6 (2.3) | 92 (25.2) |
| Homosexual | 1 (0.4) | 71 (19.5) |

Male heterosexual behavior comprises multiplicity of sexual partners, sexual contacts with prostitutes and group sex which are high practices that could also justify an increasing trend in males infected through heterosexual transmission (Table 12).

Table 12

**Human sexuality in Brazil
Male heterosexual behavior (n = 202)**

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| One female partner | 62 (30.6) |
| Multiple female partners | 61 (30.1) |
| Multiple female partners and sexual | 50 (24.7) |
| Collective sexual practices | 16 (7.9) |
| Sexual contact with prostitutes | 13 (6.4) |

Table 13

**Human sexuality in Brazil
Male bisexual behavior (n = 92)**

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| With only one female and male partner | 42 (45.6) |
| Multiple female partners | 21 (22.8) |
| Sexual contact with female prostitutes | 14 (15.2) |
| Multiple female partners + sexual contact with female and male prostitutes + collective sexual practices | 5 (5.4) |
| Sexual contact with female and male prostitutes | 3 (3.2) |
| With collective sexual practices | 3 (3.2) |
| Multiple female partners + collective sexual practices | 2 (2.1) |
| Sexual contact with female prostitutes + collective sexual practices | 2 (2.1) |

Male homosexual behavior^{5,6} comprises multiplicity of sexual partners, prostitution, group sex, and minority (12.6%) with one steady partner (Table 14).

Table 14

**Human sexuality in Brazil
Male heterosexual behavior (n = 71)**

| | |
|---------------------------------------------|-----------|
| Multiple partners | 44 (61.9) |
| Prostitutes and collective sexual practices | 11 (15.4) |
| One stable partner | 9 (12.6) |
| Collective sexual practices | 7 (9.8) |

Female feelings and awareness toward male sexual partners are presented in Table 15.

Table 15

**Female feelings and awareness towards
Male sexual partners (n = 196*)**

| | |
|-------------------------------------------------------|-----------|
| Promiscuity of heterosexual partner | 89 (45.4) |
| Suspected bisexual partner | 33 (16.8) |
| Known bisexual partner | 21 (10.8) |
| Suspicion of spouse's extra-marital contacts | 35 (17.8) |
| Suspicion of sexual partners contact with prostitutes | 18 (9.2) |

*Excluded non-behavior risk situation (n = 67) (blood transfusion, pregnancy, pre-operative, household contacts, healthcare workers, HIV test confirmation).

Sexual behavior of 206 women and 256 men are shown in Table 16.

Heterosexual transmission of HIV may reflect latin american sexual practices and culture.

The use of condoms were evaluated in 263 women and 365 men (Table 17). Most of the individuals studied rarely or never used condoms. Systematic use of condoms has been observed in only 12.2% of women and 23.35% of men.

women and 7.2% among men. Heterosexual contact constitute the only risk category of AIDS cases in which the number of female cases exceeds the number of male cases.

Since early in the epidemic more men than women have been infected and therefore can infect their female partners.

These differences can reflect more efficient male-to-female transmission compared with female-to-male as well diversity of sexual practices among heterosexual partners in latin american culture more widespread than generally observed.

Group sex, heterosexual anorectal intercourse, bisexuality, lack of fidelity female low self-esteem, risk-averse facet, complete submission to male desire, multiple sexual partners, unprotected sexual contacts are the main components of the male-to-female ratio 6 to 1 in Brazil.

Heterosexual transmission of HIV may reflect latin american sexual practices and culture. It is of importance to acknowledge real human sexuality to design adequate educational program that could impact on the epidemic. Health care providers should be alert to the diverse behavior of both women and men which can be AIDS hot spots.

Key words: Heterosexual transmission, group sex, human sexuality, anal sex.

RESUMO E CONCLUSÕES

Ao final de 1994, haviam sido relatados aproximadamente 60 mil casos de AIDS no Brasil e o Ministério da Saúde estimou a existência entre 600 mil a um milhão de casos de indivíduos infectados pelo HIV, principalmente concentrados em São Paulo e Rio de Janeiro. O Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Centro Nacional de Referência em AIDS, no Rio de Janeiro, e que, para o Brasil, é um Centro de Pesquisa em AIDS pioneiro e líder na América do Sul, já acumulou mais de cinco mil indivíduos HIV-positivos desde 1983.

A transmissão sexual é a principal categoria de transmissão no Brasil. A transmissão heterossexual vem se expandindo desde 1985, 34,1% dos casos entre mulheres e 7,2% entre homens. O contato heterossexual constitui a única categoria de risco de casos de AIDS, na qual o número de casos femininos excede o de masculinos. Desde o início da epidemia, mais homens do que mulheres foram infectados e, portanto, podem infectar as suas parceiras femininas.

Estas diferenças refletem uma transmissão mais eficiente do homem para a mulher comparada com a da mulher para o homem, como também a diversidade de práticas sexuais entre parceiros heterossexuais na cultura latino-americana muito mais disseminada do que geralmente assinalado.

Sexo em grupo, intercurso anorretal, bissexualidade, falta de fidelidade, baixa estima feminina, faceta de aversão ao risco, completa submissão ao desejo do parceiro masculino, múltiplas parcerias sexuais e os contatos sexuais sem proteção são os

Table 16

Risk situation*

| Sexual behavior | Women (n = 206) n (%) | Men (n = 251) n (%) |
|--------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Multiple partners | 74 (36) | 47 (18.7) |
| Sexual partner of HIV infected | 65 (31.6) | 116 (46.2) |
| Sexual partner of IVDU | 31 (15) | 33 (13.1) |
| Extra-marital sexual contact | 15 (7.3) | 33 (13.1) |
| Collective sexual practices | 11 (5.3) | 36 (14.4) |
| Prostitution | 10 (4.8) | 5 (2.0) |

*Excluded non-behavioral risk situation. Women = 57, men = 114 (blood transfusion, pregnancy, pré-operative household contacts, healthcare workers, HIV test confirmation).

Table 17

Human sexuality in Brazil Safer Sex

| Use of condoms | Women (n = 263) n (%) | Men (n = 365) n (%) |
|-------------------|--------------------------|------------------------|
| Sexual abstinence | 33 (12.5) | 22 (6.0) |
| Almost always | 24 (9.2) | 54 (14.8) |
| Always | 32 (12.2) | 85 (23.3) |
| Rarely | 39 (14.8) | 59 (16.2) |
| Never | 135 (51.3) | 145 (39.7) |

It is of importance to acknowledge real human sexuality as major component in the epidemic to understand the sexual spread of HIV in Brazil and to design adequate educational program that could impact on the epidemic, reducing the spread of HIV in Brazil and other Latin America countries.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

At the end of 1994, there will be reported approximately 60 000 AIDS cases in Brazil and Brazil Ministry of Health estimates between 600 000 to one million cases of HIV-infected individuals mainly concentrated in São Paulo and Rio de Janeiro. The Gaffrée and Guinle University Hospital, National AIDS Referral Center, Rio de Janeiro, Brazil, is a leading and pioneering AIDS Research Center in South America, which has accumulated more than five thousand HIV-positive individuals since 1983.

Sexual transmission is the main category of transmission in Brazil. Heterosexual transmission has been expanded since 1985. 34.1% of these cases among

principais componentes de uma relação homem-mulher de 6:1 no Brasil.

A transmissão heterossexual do HIV pode ser reflexo das práticas sexuais latino-americanas e sua cultura. É importante reconhecer a sexualidade humana verdadeira para se estabelecer um programa educacional adequado, que possibilite influenciar no rumo da epidemia. Os profissionais de saúde devem ficar alertas para comportamentos diversificados tanto de homens e mulheres que podem ser os pontos quentes da AIDS.

Unitermos: Transmissão heterossexual, sexo em grupo, sexo anal, sexualidade humana.

Endereço para correspondência:
Rua Mariz e Barros, 775 - CEP 20270-000 - Rio de Janeiro - RJ

A transmissão heterossexual do HIV pode ser reflexo das práticas sexuais latino-americanas e sua cultura.

REFERENCES

1. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico AIDS*. Ano VII, nº 8. Semana Epidemiológica - pp. 32-36, agosto 1994, Brasil.
2. PADIEN, N.S. et al. - Female-to-male transmission of human immunodeficiency virus. *JAMA*, 266(12):1664-67, 1991.
3. VOELLER, B. - AIDS and heterosexual anal intercourse. *Arch. Sexual Behavior*, 20(3):233-75, 1991.
4. European Study Groups on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female-to-male transmission of HIV in 563 stable couples. *Brit. Med. J.* 304: 809-13, 1992.
5. FRIEDMAN, R.C. & DOENEY, J.I. - Homosexuality. *N. Engl. J. Med.*, 331:923-30, 1994.
6. LEVAY, S. & HAMER, D.H. - Evidence for a biological influence in male homosexuality. *Scientific American*, may: 20-25, 1994.

4ª Edição

DST Doenças Sexualmente Transmissíveis

EDITOR: MAURO ROMERO LEAL PASSOS

Mais de 50 capítulos escritos pelos mais importantes pesquisadores brasileiros.

Adquira o seu exemplar e ganhe 20% de desconto em sua compra.

EDITORA CULTURA MÉDICA LTDA.®

Rua São Francisco Xavier, 111 - CEP 20550-010 - Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - Tel/Fax: (021) 264-3443 - Tel: (021) 567-3888



ARTIGO DE REVISÃO

INFECÇÕES BACTERIANAS ENTÉRICAS EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

CÍCERO CARLOS DE FREITAS¹, ALEXANDRE GIL DE FREITAS²

Diversas infecções bacterianas entéricas ocorrem mais freqüentemente em indivíduos infectados pelo HIV, nos quais podem ser mais severas, recorrentes, persistentes ou agir em associação com doenças extra-intestinais (Tabela 1).

INTRODUÇÃO

Nesta revisão, são comparadas as incidências dessas doenças, que foram levantadas em sistemas laboratoriais de vigilância e em estudos populacionais, com dados semelhantes e coletados de indivíduos infectados pelo HIV. Também são discutidos os focos potenciais dessas infecções, os meios de prevenção e as prioridades para a realização de novas pesquisas nesta área.

EPIDEMIOLOGIA

INFECÇÕES POR SALMONELAS – SALMONELOSES

Nos EUA, as espécies do gênero *Salmonella* estão entre as bactérias mais comumente isoladas de indivíduos com diarreia aguda^{1,2}. Anualmente, cerca de 18 casos de salmoneloses por cem mil pessoas são diagnosticados em laboratório e comunicados ao *National Salmonella Surveillance System*, conduzido pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), num trabalho integrado com diretores e epidemiologistas dos laboratórios de saúde pública daquele país³.

Neste sistema, os setores de saúde pública são solicitados a encaminharem os isolados clínicos de *Salmonella*

a seus laboratórios estaduais e municipais, para a devida sorotipagem, e os resultados juntamente com as informações do paciente, como idade, sexo e sítio de infecção do qual a bactéria foi isolada, são comunicados ao CDC.

Um estudo semelhante, baseado em dados laboratoriais, realizado em 1985 numa organização mantenedora de saúde, (Washington-EUA), constatou a existência de 21 casos de salmonelose por cem mil pessoas/ano⁴. As taxas de incidência específica por idade são consistentemente mais altas em crianças e idosos.

Embora a procura de salmonelose tenha sido mais freqüente em amostras de fezes de indivíduos infectados pelo HIV (e com diarreia), do que naqueles com diarreia, mas não infectados pelo vírus, parece que os portadores do HIV são mais suscetíveis àquelas infecções do que os não infectados⁶.

Os únicos estudos epidemiológicos de salmoneloses em indivíduos infectados pelo HIV foram realizados em pacientes com AIDS. Estes estudos, que foram confirmados por dados laboratoriais e realizados em San Francisco (EUA), entre 1982 e 1986, registraram praticamente 400 casos por dez mil pessoas/ano, o que corresponde a, aproximadamente, vinte vezes a incidência demonstrada em indivíduos sem AIDS⁶. Um estudo comparativo, realizado na Itália (1987-1989), registrou incidência de dois mil casos por cem mil pessoas/ano entre pacientes com AIDS; o que à uma taxa cem vezes maior do que aquela verificada na população em geral⁷.

Estudos baseados em exames de laboratório fornecem uma estimativa do maior risco de desenvolvimento de salmonelose, ao qual os indivíduos infectados pelo HIV estão expostos. Entretanto, estes estudos subestimam a real incidência dessas infecções bacterianas.

Para que um caso de salmonelose seja registrado no Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE), o paciente precisa consultar um médico, que deve solicitar a coleta de uma amostra de fezes para cultura, e, por fim, o laboratório de microbiologia deverá identificar a espécie de *Salmonella* infectante e comunicar ao SVE. Provavel-

1 – Professor Titular, Doutor em Ciências e Chefe do Laboratório de Antibióticos do Instituto de Biologia da Universidade Federal Fluminense (UFF).

2 – Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

*Diversas infecções
bacterianas entéricas
ocorrem mais
freqüentemente em
indivíduos com o HIV.*

mente devido a essas dificuldades, não se saiba a porcentagem de salmoneloses não registradas no grupo de indivíduos infectados pelo HIV. Por outro lado, a taxa de infecções provocadas por salmonelas na população com um todo é de apenas 1-5%⁸. Embora um indivíduo infectado pelo HIV tenha maior tendência a procurar cuidados médicos e atender à solicitação de coleta de fezes para cultura, tão logo surja o desenvolvimento de sintomas gastrintestinais, é muito provável que as altas porcentagens de salmoneloses não identificadas e, portanto, não registradas, continuem muito altas nesse grupo de pacientes.

Nos indivíduos imunocompetentes, as salmoneloses, em geral, resultam em gastroenterites autolimitadas e as doenças invasivas são raras, como também a terapia antimicrobiana (inclusive com fluoroquinolonas) não é recomendada, porque esta terapia está associada à longa permanência da bactéria no trato intestinal^{9,11}. Em contraste, nos indivíduos infectados pelo HIV, as salmoneloses favorecem as doenças invasivas severas, o que leva muitos clínicos a recomendarem terapia antimicrobiana para os pacientes adultos (freqüentemente com fluoroquinolonas, em geral, 500-750mg de ciprofloxacina, VO, 2 x dia, durante 7-14 dias), para evitar a difusão extra-intestinal da salmonelose^{12,13}. Entretanto, estudos não controlados, realizados em indivíduos infectados pelo HIV, têm documentado a eficácia da antimicrobianoterapia na prevenção da difusão extra-intestinal das espécies de *Salmonella* ou a associação deste tratamento à longa permanência da bactéria no trato intestinal (acompanhada de excreção fecal).

Geralmente, a septicemia por salmonelas ocorre em fase relativamente avançada do curso da AIDS¹⁴ e resulta em bacteremia recorrente, a qual se manifesta de forma não muito diferente da febre tifóide, com poucos sintomas gastrintestinais⁵.

Em Londres, numa série de vinte pacientes infectados pelo HIV e portadores de salmoneloses, 14 estavam bacterêmicos – dez deles desenvolveram a infecção após o diagnóstico da AIDS⁵. De acordo com um estudo realizado no Kenya (África), a septicemia por salmonelas foi a principal causa de morte (entre as doenças tratáveis e preveníveis) em um grupo de pacientes aidséticos⁶; a demora no estabelecimento de um diagnóstico e o tratamento incompleto da septicemia resultaram na taxa de mortalidade de 80% desses pacientes¹⁷. Um levantamento hospitalar, realizado na Costa do Marfim, mostrou que as salmonelas eram a principal causa de bacteremias em pacientes infectados por HIV e que elas estariam associadas à uma taxa de 62% de mortalidade¹⁸.

Um estudo (San Francisco, 1982-1986), que envolveu os moradores dessa cidade com salmoneloses, evidenciou a presença de espécies de *Salmonella* nas hemoculturas de 45% dos aidséticos contra 9% de indivíduos sem AIDS, o que demonstrou claramente que os pacientes aidséticos são mais suscetíveis às bacteremias provocadas por essas espécies⁶. Em Nova York, um levantamento, realizado entre 1985 e 1988, em homens de 10-59 anos de idade, identificou a presença de

espécies de *Salmonella* nas hemoculturas de indivíduos com registro de aidséticos, perfazendo um total de 450 casos por cem mil habitantes/ano contra uma taxa de dois casos por cem mil pessoas/ano entre aqueles não regis-

trados¹⁹. Uma evidência adicional de que pacientes com salmonelose são mais suscetíveis à doença invasiva é fornecida pelo *National Salmonella Surveillance System*. Embora a maior parte dos isolados de *Salmonella* comunicados ao CDC seja de amostras de fezes, a proporção de isolados de amostras de sangue, que foram coletados em pacientes de 25-49 anos de idade, em Nova York, New Jersey e no Distrito de Columbia (áreas com alta incidência de AIDS), aumentou de 3% (1978-1982 [período pré-AIDS]) para 14% (1983-1987)²⁰ e 19% (1988-1992), de acordo com dados (não publicados) do CDC.

Nos indivíduos imunocompetentes, a septicemia por *Salmonella* é rara, entretanto, a recorrência naqueles infectados pelo HIV e não submetidos à quimioterapia é de aproximadamente 45%⁵. Aparentemente, esta recorrência é devido à uma ação incompleta do sistema de imunidade mediada por célula no combate à infecção primária. Em alguns indivíduos infectados pelo HIV, tem havido recorrência de bacteremia por *Salmonella*, apesar de a terapia adequada ter sido realizada, durante a qual as concentrações séricas dos antimicrobianos excederam as suas concentrações mínimas inibitórias (CMIs)²¹. Em pacientes infectados pelo HIV, as fluoroquinolonas, principalmente a ciprofloxacina (500-750mg, VO), têm sido eficazes na supressão da recorrência de septicemia por *Salmonella*, embora a terapia tenha que ser de longa duração²². Sulfametoxazol-trimetropim (SMX + TMP) é geralmente a primeira linha de tratamento de salmoneloses em crianças. São necessários mais estudos para determinar se outros antibióticos (incluindo SMX + TMP) são eficazes na supressão da recorrência de septicemia por *Salmonella* em indivíduos infectados pelo HIV.

O antiviral zidovudina (azidotimidina), que está disponível, desde 1987, para os indivíduos infectados pelo HIV, também tem ação antibacteriana. Ele inibe o crescimento das espécies de *Salmonella* e pode prevenir as infecções primárias e a septicemia recorrente provocadas por estas bactérias. Entretanto, são necessárias novas pesquisas para confirmação^{23,26}.

Um estudo, realizado por Dellamonica *et al.*²⁵, demonstrou que oito pacientes infectados pelo HIV e com septicemia por *Salmonella* tinham recebido zidovudina (1.200mg/dia) durante um período de tempo significativamente menor em comparação a 16 aidséticos em condição semelhante e que não tinham salmonelose. O acompanhamento (durante um ano) de indivíduos infectados pelo HIV e portadores de septicemias por *Salmonella*, cujas hemoculturas foram negativas com a antibioticoterapia, mostrou uma taxa de recorrência de 53% (9 em 17) entre aqueles não tratados com zidovudina contra 0% daqueles que receberam cerca de 600mg do antiviral/dia²⁶. As salmoneloses resistentes à zidovudina têm sido identificadas, mas a freqüência desta resistência ainda não é conhecida^{26,27}. Novos estudos

Nos EUA, as *Salmonella* estão entre as bactérias mais comumente isoladas de indivíduos com diarreia aguda.

são necessários para determinar a influência de outras drogas antivirais ou de antibióticos (SMX + TMP) sobre a incidência de salmoneloses em indivíduos infectados pelo HIV.

A partir de setembro de 1987, a supervisão do CDC incluiu a septicemia recorrente por salmonelas não-tifóide (SRSNT) entre as doenças indicadoras da AIDS²⁸. Dados sobre SRSNT em indivíduos com AIDS estão disponíveis no *National HIV/AIDS Surveillance System*, mas a SRSNT somente é comunicada ao CDC, se for a primeira doença indicadora de AIDS acusada pelo paciente. Geralmente, a SRSNT não é comunicada, se for desenvolvida após uma outra doença indicadora de AIDS. Informação sobre SRSNT também não é coletada separadamente de outras infecções bacterianas recorrentes, em crianças menores de 13 anos de idade.

Entre os 274.150 adolescentes e adultos, nos quais a AIDS foi diagnosticada e comunicada ao CDC, durante o ano de 1992, 1.063 (0,38%) tinham o diagnóstico de SRSNT. Nos últimos anos, esta proporção declinou de 0,44% (1985-1987) e 0,45% (1988-1990) para 0,28% (1991-1992). Indivíduos com AIDS, residentes no Nordeste, apresentam a mais alta proporção de SRSNT (0,53%) em comparação com aqueles residentes no Sul (0,28%). Esta maior taxa de SRSNT no Nordeste também foi constatada em um levantamento de 1.800 aidéticos (1989), realizado em seis hospitais e clínicas da cidade de Nova York, no qual a proporção de AIDS (diagnosticada pela presença de SRSNT) foi de 2%²⁹.

Nem todos os sorotipos de espécies de *Salmonella* apresentam a mesma probabilidade de desenvolver SRSNT²⁰. Alguns sorotipos são "oportunisticamente invasivos" e tendem mais a causar doenças invasivas em indivíduos imunocomprometidos. As razões desta diferença são desconhecidas. Sorotipos "oportunisticamente invasivos" comuns incluem *Salmonella typhimurium*, *Salmonella enteritidis* e *Salmonella dublin*²⁰. Parece que a *Salmonella heidelberg* e a *Salmonella thypi* não são mais invasivas em indivíduos imunocomprometidos do que nos hospedeiros normais (CDC, dados não publicados).

Uma vez que certos sorotipos de *Salmonella* estão associados à maior probabilidade de doença invasiva, as diferenças geográficas, na proporção dos aidéticos com SRSNT, podem estar, em parte, relacionadas à variação da prevalência de sorotipos de *Salmonella* nas diferentes regiões dos EUA. A *S. enteritidis* é o sorotipo predominante no Nordeste e, em comparação com outros sorotipos, está mais frequentemente associada à invasão²⁰. Em Nova York (1985-1988), 69-80% das espécies de *Salmonella*, que foram isoladas de amostras de sangue de aidéticos, foram de *S. enteritidis*, em comparação aos 30% isolados de amostras de fezes¹⁹.

Nos indivíduos infectados pelo HIV, a fonte da maioria das infecções por *Salmonella* é provavelmente semelhante àquela para o resto da população – consumo de alimentos contaminados com as espécies desta bactéria. Alguns produtos de origem animal, incluindo carnes, aves domésticas, ovos e laticínios, podem estar conta-

minados com salmonelas. Quando são ingeridos crus ou inadequadamente cozidos, esses alimentos podem ser responsáveis por infecções e também contribuem para as contaminações cruzadas. A *S. enteritidis* está frequen-

temente associada ao consumo de ovos crus ou mal passados, enquanto a *S. dublin*, por sua vez, está associada à pecuária e pode ser transmitida ao homem pelo consumo de carne e leite (e seus derivados) de bovinos³⁰. Diversos trabalhos têm sido publicados, observando a questão das salmoneloses provocadas pelas subespécies de *Salmonella arizonae*, em indivíduos infectados com HIV, que as contraíram pela ingestão de cápsulas que continham carne de cascavel como agente medicamentoso³¹. Outras fontes (em potencial) de contaminação com espécies de *Salmonella* incluem os contatos com animais de estimação, especialmente répteis e filhotes de cachorros e gatos (idade abaixo de seis meses) com diarreia³².

INFECÇÕES POR CAMPYLOBACTER – CAMPILOBACTERIOSES

No final da década de 1970, as espécies de *Campylobacter* foram reconhecidas como uma importante causa de doenças diarreicas^{33,34} e, atualmente, são os patógenos mais frequentemente encontrados nas culturas de fezes diarreicas³⁵. O *National Campylobacter Surveillance System*, um sistema passivo de levantamento baseado em dados de laboratório, semelhante ao *National Salmonella Surveillance System*, recebe comunicados da ordem de cinco casos (confirmados em laboratório) de infecções por *Campylobacter* por cem mil pessoas/ano³⁶. Em contrapartida, um estudo baseado em dados laboratoriais (Washington, 1985), realizado em uma organização de assistência à saúde, no qual todas as amostras eram de fezes diarreicas, as culturas para espécies de *Campylobacter* foram positivas na proporção de 50 casos por cem mil pessoas/ano, uma resposta mais coerente com a taxa nacional esperada do que aquela verificada pelo próprio sistema nacional de levantamento epidemiológico^{4,34}.

Os indivíduos aidéticos correm, aparentemente, um risco maior de contrair infecções por *Campylobacter*, mas, não se sabe se este risco é maior no início do curso da AIDS. Em Los Angeles (1983-1987), a incidência de campilobacteriose entre indivíduos com AIDS foi de 519 casos por cem mil pessoas/ano – 39 vezes mais alta do que a taxa de toda a população³⁷. Uma vez que apenas uma pequena proporção das infecções por *Campylobacter* é comunicada às autoridades responsáveis pela saúde pública³⁶, a verdadeira incidência de campilobacteriose entre indivíduos infectados pelo HIV pode ser muito mais alta.

Embora tenham sido feitos inúmeros registros de septicemia por *Campylobacter jejuni* em indivíduos com AIDS³⁸, ainda não se sabe se as campilobacterioses são mais invasivas em infectados pelo HIV do que naqueles não infectados. Um estudo realizado em Los Angeles (1983-1987) sugeriu que a campilobacteriose é mais

Nos indivíduos infectados pelo HIV, as salmoneloses favorecem as doenças invasivas severas.

invasiva em aidéticos – espécies de *Campylobacter* foram isoladas de amostras de sangue de quatro (16%) dos 25 pacientes aidéticos com campilobacteriose, contudo, nenhuma foi isolada de 50 indivíduos com infecção por *Campylobacter*, mas não aidéticos, e que tinham sido agrupados por idade, sexo, raça e ano de aparecimento da campilobacteriose³⁷. Todavia, não foi constatada nenhuma associação com doença invasiva numa série de 30 pacientes infectados pelo HIV e portadores de campilobacteriose, que foram estudados em um hospital de Londres, entre 1986 e 1991¹⁵. Ademais, não houve aumento na proporção dos isolados de amostras de sangue comunicados ao *National Campylobacter Surveillance System*, durante o ano de 1989, mesmo entre os grupos mais afetados pela AIDS. A proporção de isolados de *Campylobacter* de amostras sanguíneas de homens entre 25 e 49 anos de idade foi de 0,2% (1978-1983) e também de 0,2% (1984-1989) (CDC, dados não publicados).

Vários casos de bacteremia por *Campylobacter fetus* já foram diagnosticados em indivíduos infectados pelo HIV, porém não se sabe se a frequência das infecções por *C. fetus* aumentou entre esses indivíduos³⁹. Raros casos de bacteremia causada por *C. cinaedi*, *C. fennelliae* (chamadas originalmente *Campylobacter-like organisms* [CLOs]) e *C. lari* (inicialmente denominada *C. laridis*) têm sido descritos em indivíduos infectados por HIV^{40,42}. Além de bacteremias, as infecções por *C. jejuni* e *C. cinaedi*, em pacientes infectados pelo HIV, têm resultado em diarreia demorada e infecções persistentes ou recorrentes^{43,44}. Embora a eritromicina seja o agente antimicrobiano mais frequentemente empregado no combate às infecções por *Campylobacter*, ela tem falhado na erradicação destas infecções, enquanto o tratamento prolongado tem induzido resistência em alguns pacientes. Em contraste, a terapia com ciprofloxacina (550mg, 2 x dia, durante 14 dias) proporcionou a erradicação da campilobacteriose em, pelo menos, dois pacientes com infecções recorrentes^{42,45}.

As infecções por *Campylobacter* têm sido diagnosticadas em indivíduos infectados pelo HIV, tanto com altas e baixas contagens de células CD4, entretanto, parece que elas têm maior probabilidade de ocorrência em indivíduos mais severamente imunocomprometidos. A média das contagens de linfócitos CD4 (determinada em um hospital) para 30 indivíduos infectados pelo HIV e portadores de campilobacteriose foi de $108 \times 10^6/l$ – variação de $2-762 \times 10^6/l^{15}$.

Na população em geral, a causa mais comum de infecções esporádicas por *C. jejuni* parece ser a ingestão ou a manipulação de carne de aves domésticas, crua ou mal passada³⁴.

É possível que esta seja a mesma fonte de contaminação dos indivíduos infectados pelo HIV. Em San Francisco (EUA), um estudo controle, realizado em homens infectados pelo HIV, mostrou uma associação de campilobacteriose por *C. jejuni* à ingestão de frango e/ou ovos mal passados e ao ato de comer ou beber durante a preparação de frangos crus⁴⁶. Outros estudos

da população em geral têm demonstrado que a ingestão de leite cru ou de água não tratada e o contato com animais de estimação (especialmente filhotes de cães e gatos com diarreia) são fontes (em potencial) de infecções por *Campylobacter*^{32,34}. As fontes de infecções por *C. coli* podem ser as mesmas para *C. jejuni*, mas as fontes para CLOs (*C. fetus*, *C. cinaedi* e *C. fennelliae*) estão bem esclarecidas.

INFECÇÕES POR LISTERIA – LISTERIOSES

A listeriose, uma doença rara, mas séria, que é causada por *Listeria monocytogenes*, foi documentada, pela primeira vez, durante a investigação de um surto epidêmico provocado por alimentos contaminados com a bactéria⁴⁷.

Nos últimos anos, têm sido acumuladas evidências de que a transmissão de *L. monocytogenes* pela ingestão de alimentos também resulta em casos esporádicos de listeriose⁴⁸. Embora o trato gastrointestinal seja a porta de entrada da *L. monocytogenes*, a listeriose manifesta-se tipicamente por bacteremia e meningite.

De acordo com os registros do *National Bacterial Meningitis Surveillance System*, que foram produzidos graças às comunicações feitas aos departamentos estaduais de saúde e ao CDC, a incidência de listeriose é de aproximadamente 0,05 casos por cem mil pessoas/ano (CDC, dados não publicados). Em contraste, a incidência de listeriose, registrada em um levantamento do lixo hospitalar de hospitais de pronto-atendimento da rede federal (EUA), entre 1980 e 1982, foi da ordem de 0,4 casos por cem mil pessoas/ano⁴⁹. A estimativa mais precisa da incidência de listeriose é fornecida por um sistema de levantamento epidemiológico, que é baseado em dados laboratoriais, conduzido pelo CDC em cooperação com os departamentos municipais e estaduais de saúde, nos postos avançados de saúde (EUA), que têm um agregado de 34 milhões de indivíduos. Nestes postos, em 1986, a incidência de listeriose era de 0,7 casos por cem mil pessoas/ano⁵⁰.

A incidência de listeriose é muito mais alta entre os infectados pelo HIV do que na população em geral. Num estudo recente, desenvolvido em Atlanta (EUA), a incidência desta infecção bacteriana entre os infectados pelo HIV foi de 52 casos por cem mil pessoas/ano – além de 60 vezes o índice da população como um todo⁵¹. A incidência de listeriose entre aidéticos foi ainda mais alta – 115 casos por cem mil pacientes/ano, ou seja, 145 vezes àquela da população⁵¹. Estudos anteriores, também realizados em aidéticos (San Francisco⁴⁸ e Los Angeles⁵²), encontraram, respectivamente, 210 e 130 casos por cem mil pacientes/ano. A incidência de listeriose entre indivíduos infectados pelo HIV poderia ser até mais alta, não fossem a antibioticoprofilaxia e o uso (longo prazo) de agentes antimicrobianos. Por exemplo, a combinação SMX + TMP, que tem sido usada profilaticamente contra pneumonia provocada por *Pneumocystis carinii* (PPC), em alguns indivíduos infectados pelo HIV, desde a década de 1980⁵³, é reco-

*Alguns sorotipos
tendem mais a causar
doenças invasivas
em indivíduos
imunocomprometidos.*

nhecida como eficaz no tratamento das infecções por *L. monocytogenes*, tanto em imunossuprimidos e imunocompetentes⁵⁴. Não é conhecida a influência de outros antibióticos ou de antivirais na incidência de listeriose em indivíduos infectados pelo HIV.

Geralmente, os adultos com listeriose têm bacteremia ou meningite, que repondem bem à antibioticoterapia⁵⁵, mesmo que o paciente esteja infectado por HIV^{56,57}. Entre os indivíduos portadores do HIV, a listeriose aparece tipicamente como manifestação tardia da AIDS, ocorrendo mais freqüentemente⁵¹, quando a contagem de células CD4 é inferior a 50/mm³. Embora não existam trabalhos publicados sobre o acompanhamento (longo prazo) de listeriose em indivíduos infectados pelo HIV, não têm havido registros de infecções recorrentes posteriores à descontinuação da antibioticoterapia^{46,57}.

Embora não existam publicações de estudos sobre os fatores de riscos, nos casos esporádicos de listeriose em indivíduos infectados pelo HIV, parece que as fontes de infecções deste grupo são semelhantes àquelas que infectam a população em geral. Casos esporádicos e pequenas aglutinações de listeriose na população geral têm sido associados à ingestão de alimentos inadequadamente preparados – frango mal passado, queijos moles, cachorro-quente, patês, etc.^{48,58,59}. *L. monocytogenes* é freqüentemente isolada do meio ambiente, enquanto o consumo de alimento contaminado por essa espécie não é um fato comum⁶⁰.

INFECÇÕES POR SHIGELLA – SHIGELOSES

Nos EUA, as espécies de *Shigella* são bactérias patogênicas comumente isoladas de pacientes com diarreia aguda⁶¹. Da mesma forma que as salmoneloses, apenas 5% das infecções por *Shigella* são comunicadas ao *National Shigella Surveillance System*, um sistema de levantamento epidemiológico baseado em dados laboratoriais, semelhante àqueles específicos para a salmonelose e campilobacteriose⁶².

A incidência de shigelose (confirmada por meio de exames laboratoriais e registrada no CDC) é de aproximadamente 7,5 casos por cem mil pessoas/ano⁶³. Em 1985, um estudo, realizado com culturas de fezes diarreicas, por uma organização de assistência à saúde (Washington-EUA), registrou incidência de sete casos por cem mil pessoas/ano⁴. Nos EUA, a *S. sonnei* contribui com cerca de 70% dos casos isolados de *Shigella*⁶⁴. Nos últimos anos, a incidência de infecções por *S. flexneri*, entre homens jovens, tem aumentado em algumas cidades, aparentemente, devido à transmissão por meio de relações sexuais entre homossexuais masculinos^{64,66}.

Embora os homossexuais masculinos possam representar um grupo de risco na transmissão de shigelose, não se sabe se a infecção por HIV aumenta esse risco⁶⁷. Hueber *et al.*⁶⁸, em um estudo publicado em 1993, sugerem que a incidência de shigelose entre aqueles infectados pelo HIV é semelhante àquela

verificada na população de homossexuais sexualmente ativa.

Entretanto, a bacteremia, uma complicação rara nas shigeloses em adultos⁶⁷, pode ser mais comum em indivíduos infectados pelo HIV, uma

vez que, pelo menos, 13 casos de bacteremia por *Shigella*, naqueles infectados pelo HIV, foram publicados na literatura inglesa^{66,68,69,70}. Outra evidência de que uma maior proporção de pacientes aidéticos desenvolve bacteremia por *Shigella* é dada pelo *National Shigella Surveillance System*. A proporção de *Shigella* isolada de amostras de sangue de humanos (entre 25 e 49 anos de idade), em Nova York, New Jersey e Distrito de Columbia (áreas de alta incidência de AIDS), cresceu de 0,1% (1976-1980) para 0,3% (1981-1985) e 0,4% (1986-1990). Nesses mesmos períodos, as proporções de *S. flexneri* foram, respectivamente, 0,2%, 0,6% e 0,9% (CDC, dados não publicados).

Bacteremia por *Shigella* tem ocorrido em casos brandos e severos de shigelose, tanto no estágio inicial e nos avançados de AIDS. Esta bacteremia tem precedido e acompanhado outras infecções oportunistas^{67,69,70}. As recorrências de bacteremias por *Shigella* têm sido descritas mesmo nos casos de shigeloses, quando a antibioticoterapia foi realizada de forma clinicamente correta^{67,71,72}.

Desde que os únicos hospedeiros naturais das espécies de *Shigella* são os seres humanos e outros primatas, praticamente todos os casos de shigelose humana são fontes humanas. A rota mais comum de transmissão de shigelose é o contato pessoa-pessoa. Embora surtos de shigelose comumente envolvam crianças (mais freqüentemente aquelas agrupadas em creches), ainda não há registro que caracterize o aumento da taxa dessa infecção entre crianças infectadas pelo HIV. A transmissão de shigelose pela água e pelos alimentos também ocorre. O rastreamento de surtos de origem alimentar tem possibilitado a identificação dos manipuladores (contaminados) dos alimentos como fontes de transmissão da *Shigella*.

INFECÇÕES POR VIBRIO

Os vibrios são bactérias de vida livre, que vivem em altas concentrações salinas e fazem parte da flora marinha normal nas águas quentes das costas dos EUA. Espécies de *vibrio* foram isoladas em 95% das amostras coletadas do Golfo do México⁷³.

O pico das contagens ocorre durante os meses de verão⁷⁴. Moluscos e conchas (mariscos, mexilhões e outros) concentram as espécies de *Vibrio* em seus tecidos, servindo, dessa forma, como fonte de contaminação. Estudos realizados em moluscos crus vendidos em mercados mostraram a presença de *Vibrio* em 5-10% desses frutos do mar⁷⁵.

Muitas espécies de *Vibrio* são reconhecidas como patógenos humanos, incluindo *V. cholerae* 01, *V. cholerae* 0139, outros *V. cholerae* não 01, *V. parahaemolyticus* e *V. vulnificus*^{76,77}. As manifestações clínicas das infecções por *Vibrio* variam, mas incluem gastroenterites (bran-

*A listeriose
manifesta-se
tipicamente por
bacteremia
e meningite.*

das e severas), septicemia e feridas infectadas⁷⁷. Dentre as infecções por espécies diferentes dos *V. cholerae* 01 e 0139, são comunicadas ao CDC apenas aquelas identificadas pelo programa de levantamento passivo regional, que envolve cinco estados da Costa do Golfo. Nestes estados, os departamentos municipais e estaduais de saúde preenchem um formulário de investigações e o enviam ao CDC⁷⁸.

Em 1989, a incidência estadual específica de infecções por *Vibrio* variou de 0,2-0,7 casos por cem mil pessoas/ano, com a maioria dos pacientes apresentando quadro de gastroenterite. Na Flórida, desde 1981, todas as infecções por *Vibrio* têm sido devidamente registradas com a incidência em torno de 0,5% dos casos por cem mil pessoas/ano (1981-1988)⁷⁹. Contudo, os sistemas de levantamento têm subestimado a verdadeira incidência desta infecção, uma vez que muitos laboratórios não utilizam o meio que contém tiosulfato-citrato-sais biliares-sacarose (TCBS), para identificação do *Vibrio* nas amostras de fezes e, conseqüentemente, o levantamento é incompleto.

O número de indivíduos infectados por HIV e com septicemia por *Vibrio* é pequeno^{80,81}. Todavia, embora esses indivíduos, aparentemente, não estejam sob risco de infecção por este tipo de bactéria, eles podem estar mais vulneráveis às doenças invasivas⁸². As infecções por *V. vulnificus*, *V. parahaemolyticus* e, possivelmente, *V. cholerae* não 01 têm maior chance de causar septicemia

primária em indivíduos com doenças hepáticas (hepatite ativa crônica, cirrose ou doença de armazenamento de ferro) ou imunossuprimidos (portadores de insuficiência renal crônica, com câncer ou diabéticos)^{82,83,84}. Infecções extra-intestinais por *Vibrio* resultam, freqüentemente, em distúrbios séricos ou óbito^{82,83}. A maioria dos pacientes com septicemia primária provocada por *Vibrio* tem história de ingestão recente de frutos do mar mal cozidos, especialmente ostras cruas. Isto pode ser evitado mediante o cozimento adequado desses alimentos⁸⁵.

Na Flórida, a incidência de septicemia por *Vibrio* entre indivíduos com doenças hepáticas e que comem ostras é de 83 casos por cem mil pessoas/ano, uma taxa que caracteriza um risco 40 vezes maior do que aquele a que estão sujeitos os indivíduos sem doenças hepáticas e 200 superior ao risco a que estão expostos aqueles que não comem ostras nem têm problemas hepáticos⁷⁹. Até o momento, não foi descrito nenhum aumento de risco de infecção por *V. cholerae* 01 em indivíduos infectados pelo HIV.

O *V. vulnificus* e, possivelmente, o *V. cholerae* não 01 também podem causar severas infecções ulcerativas^{83,84}. Os pacientes que apresentam este tipo de infecção geralmente têm história de exposição recente à água salgada ou vida marinha – condições que, freqüentemente, implicam na existência de uma ferida aberta ou abrasão. Freqüentemente a ferida permanece incurável, durante o contato com a água do mar.

O *V. vulnificus* e, possivelmente, o *V. cholerae* não 01 também podem causar severas infecções ulcerativas^{83,84}. Os pacientes que apresentam este tipo de infecção geralmente têm história de exposição recente à água salgada ou vida marinha – condições que, freqüentemente, implicam na existência de uma ferida aberta ou abrasão. Freqüentemente a ferida permanece incurável, durante o contato com a água do mar.

Quadro

Infecções bacterianas de origem alimentar ocorridas freqüentemente ou com severidade em indivíduos infectados pelo HIV

| Agente infectante | Manifestações clínicas comuns nas indivíduos infectados com HIV | Amplificação do risco: pessoa infectada com o HIV x não infectada | Fontes comuns de infecções | * Outras fontes de infecções |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| Espécie de Salmonella | Diarréia, septicemia | 20-100 vezes | Alimentos de origem animal | Animais de estimação |
| Campylobacter Jejuni | Diarréia, possível Bacteriemia | 30 vezes | Aves domésticas | Água comtaminada, animais de estimação |
| Outras espécies de Campylobacter | Possível bacteriemia | Desconhecida | Desconhecida | Desconhecida |
| Listeria monocytogena | Meningites, Bacteriemia | 150-280 vezes | Cachorro quente, queijo mole, Guloseimas | Desconhecida |
| Espécie de Shigella | Diarréia (freqüentemente sanguinolenta), possível bacteriemia | Desconhecida | Transmissão pessoa-pessoa | Alimentos e água |
| Espécie de Vibrio não colérico | Possível bacteriemia | Desconhecida | Mariscos e outros moluscos de conchas | Água salgada |

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES BACTERIANAS ENTÉRICAS

EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV

A maior parte das infecções bacterianas entéricas pode ser evitada, desde que a população seja instruída quanto às medidas preventivas. Os indivíduos infectados pelo HIV devem ser informados sobre o seu maior potencial de risco para a contração destas infecções e aconselhadas a seguirem os cuidados recomendados pelas equipes de saúde^{86,87}.

PREVENÇÃO DA EXPOSIÇÃO ÀS BACTÉRIAS

HIGIENE ALIMENTAR

Os indivíduos infectados pelo HIV não deveriam ingerir (principalmente crus ou mal passados) os seguintes alimentos: ovos, carnes de frango e vermelha e frutos do mar (incluindo mariscos, mexilhões e ostras). Os ovos crus podem participar de alguns pratos, como molho holandês, certos tipos de salada, tiramisu, sorvetes e maioneses feitos em casa, farinha, suspiro e gemada. Carnes de frango e vermelha (incluindo hambúrguer) deveriam ser bem passadas e sem tempero. Aqueles infectados pelo HIV também não deveriam consumir leite cru ou não pasteurizado e produtos laticínios não pasteurizados. Todos os alimentos devem ser cuidadosamente lavados antes de serem consumidos.

As contaminações cruzadas entre os alimentos podem ser evitadas mediante estocagem e manipulação cuidadosas. As carnes cruas devem ser separadas dos demais alimentos. Mãos, balcões (e facas) de cortes e outros utensílios devem ser bem lavados, após a manipulação dos alimentos e entre as manipulações de alimentos diferentes.

Os indivíduos infectados pelo HIV também devem evitar o consumo de queijos moles, patê e outras guloseimas, uma vez que estes gêneros estão associados a casos de listeriose, de acordo com alguns estudos. Embora a listeriose não seja uma doença muito comum, ela se torna mais séria e também mais freqüente entre os portadores do HIV. Esses estudos mostram ainda uma associação entre listeriose e certas refeições prontas, que, não necessariamente, exigem reaquecimento anterior ao consumo, como cachorro-quente e fatias de frios. Portanto, aqueles contaminados pelo HIV devem evitar o consumo desses alimentos ou reaquecê-los (até a emissão de vapores).

O FDA e o CDC têm preparado panfletos e vídeos sobre os cuidados com a alimentação segura para os portadores de HIV. Estas publicações são conhecidas por "Eating Defensively: Food Safety Advice for Person with AIDS". Para requerer uma cópia da brochura ou do vídeo-tape, basta escrever para AIDS Informations Clearinghouse, P.O. Box 6003, Rockville, Maryland 20850 - USA, ou ligar para o telefone (800) 458-5231. O panfleto é gratuito, mas o vídeo-tape custa US\$ 8.95.

Apenas 5% das infecções por *Shigella* são comunicadas ao National Shigella Surveillance System.

CONTATO COM ANIMAIS

Embora o risco de adquirir uma infecção oportunista diretamente de um animal de estimação ou de outro animal qualquer seja baixo, algumas recomendações têm sido feitas para reduzir ainda mais este risco^{33,88}. Ao receberem um novo cão ou gato, os indivíduos infectados pelo HIV devem optar pelos animais adultos (sadios) e não pelos jovens (com idade inferior a seis meses), especialmente se estes estiverem com diarreia, uma vez que os animais jovens são fontes (mais prováveis) de contaminações por *Salmonella* ou *Campylobacter* do que os animais adultos⁸⁸. Os indivíduos infectados pelo HIV devem ser particularmente cuidadosos quanto ao que os seus animais de estimação comem e bebem. Estes animais não devem receber como ração os seguintes alimentos (crus ou mal passados): carnes de frango e vermelha e ovos. Os líquidos devem ser servidos apenas em recipientes próprios e higiênicos. Evitar que os animais de estimação procurem se alimentar com os restos de latas de lixo (e, até mesmo, que comam outros animais) é um dos principais cuidados que os donos devem ter, principalmente aqueles contaminados pelo HIV. Esses indivíduos devem lavar as mãos sempre que mantenham contato direto com os seus animais de estimação, especialmente, anteriormente às refeições. Evitar contato com as fezes desses animais também é um dos cuidados fundamentais que os indivíduos infectados pelo HIV devem ter.

Os indivíduos infectados pelo HIV devem estar bem atentos quanto à saúde de seus animais de estimação, pois, qualquer sintoma de doença, por mais simples que seja, deve ser motivo de uma visita ao veterinário. No caso de animais com diarreia, as suas fezes devem ser imediatamente submetidas a culturas para identificação de espécies de *Salmonella* e *Campylobacter*. Evitar contatos com esses animais, durante o tratamento da diarreia, é a medida preventiva mais relevante para ser assumida por indivíduos infectados pelo HIV.

Também devem evitar contatos com répteis (lagartos, cobras e tartarugas) devido às altas taxas de *Salmonella* que colonizam estes animais³³. Esses indivíduos devem utilizar luvas quando tiverem que manter contato direto com os seus répteis. Nenhum tratamento de réptil, para debelar infecção por *Salmonella*, erradica a sua condição de carreador de microrganismos.

VIAGENS

A chamada diarreia dos viajantes, freqüentemente de origem alimentar (água e alimentos contaminados), é um risco particular para indivíduos infectados pelo HIV, principalmente quando viajam para países em desenvolvimento^{89,90}. A diarreia do viajante é usualmente adquirida pela ingestão de água e alimentos contaminados por fezes.

Na prevenção da diarreia do viajante, uma inspeção meticulosa das características dos alimentos (sólidos ou líquidos), que serão consumidos, funciona como exce-

Em 1989, a incidência estadual específica de infecções por Vibrio variou de 0,2-0,7 casos por cem mil pessoas/ano.

lente medida profilática. Indivíduos infectados pelo HIV devem evitar o consumo de qualquer alimento que apresente suspeita de estar contaminado, particularmente frutas, vegetais, carnes cruas (ou mal passadas), água da torneira, sorvetes e laticínios não pasteurizados, como também e principalmente, comidas e bebidas preparadas por vendedores de rua.

PREVENÇÃO DE DOENÇAS

VIAGEM

Geralmente, a profilaxia antimicrobiana não é recomendada para viajantes⁹¹. A efetividade de tal medida depende do perfil de resistência dos patógenos gastrintestinais do indivíduo – um perfil quase sempre desconhecido^{91,92}. Por outro lado, os agentes antimicrobianos disponíveis podem promover efeitos colaterais de consequência (muitas vezes) sérias e/ou a seleção de organismos resistentes (e até multirresistentes).

Alguns estudos têm mostrado que a utilização profilática de doxiciclina ou a associação SMX + TMP previne a diarreia do viajante. Parece que as fluoroquinolonas também são eficazes nesta profilaxia, entretanto, ainda necessita de maiores estudos. Apesar desses dois dados, a medida mais aconselhada na prevenção da diarreia do viajante ainda é a meticulosa inspeção das características daquilo que os indivíduos infectados pelo HIV comem e/ou bebem⁹¹. Entretanto, em indivíduos infectados pelo HIV, a profilaxia antimicrobiana poderá ser uma providência importante, na dependência do nível de suas defesas imunológicas para a região para onde se dirijam e da duração da viagem.

O emprego das fluoroquinolonas, da mesma forma que para a ciprofloxacina (500mg, VO), pode ser útil naqueles indivíduos para os quais a profilaxia antimicrobiana é indicada⁸⁹. Como alternativa (em geral, para crianças, gestantes e indivíduos já em uso de SMX + TMP, como medida profilática contra PCP), a associação SMX + TMP pode oferecer alguma proteção contra a diarreia do viajante, embora alguns organismos patogênicos sejam resistentes a estas drogas. Para indivíduos infectados pelo HIV, o risco de toxicidade deve ser avaliado, anteriormente ao uso da associação SMX + TMP, apenas como prevenção para viagem.

Os agentes antimicrobianos, como as fluoroquinolonas (p. ex., ciprofloxacina [500mg, VO]), devem ser prescritos para aqueles infectados pelo HIV, anteriormente à realização de viagens para países em desenvolvimento – ainda que já estejam em uso de SMX + TMP –, de modo que, a ciprofloxacina pode ser tomada, a título de terapia empírica, caso ocorra diarreia do viajante durante a viagem^{89,90}. Apesar da prescrição usual de ciprofloxacina, durante três dias, como terapia empírica em imunossuprimidos, deve ser feita a manutenção da droga durante sete dias, para prevenir infecções gastrintestinais, principalmente aquelas provocadas por patógenos invasivos, como as espécies de *Salmonella*.

O uso de antibióticos alternativos (em geral, ácido nalidíxico), como terapia empírica para crianças e gestan-

tes, deve ser bem discutido quanto à sua conveniência. Os viajantes deverão consultar um médico, no caso de a diarreia ser severa e não responder à terapia empírica, presença de sangue nas fezes, se estiverem ocorrendo episódios de febre ou calafrios ou se sofrer alguma desidratação.

Ocasionalmente, as drogas antiperistálticas são usadas no tratamento de diarreias; entretanto, elas não devem ser oferecidas a pacientes com febre muito alta ou registro de fezes sanguinolentas. O emprego dessas drogas deve ser interrompido, caso os sintomas persistam além de 48 horas⁹¹. Agentes antiperistálticos não devem ser ministrados a crianças.

IMUNIZAÇÃO

Nos países onde a febre tifóide é endêmica, as infecções por *S. typhi* podem ser mais frequentemente diagnosticadas em indivíduos infectados pelo HIV do que na população em geral⁹³. Portanto, os portadores de HIV e que viajam para esses países estão sob maior risco contraírem infecção por *S. Typhi* e, portanto, precisam ser orientados quanto às medidas preventivas⁹⁴. Esses indivíduos devem ser imunizados com uma das duas vacinas parenterais inativas disponíveis⁹⁵. A vacina tifóide viva atenuada (TY21a) não é recomendada para portadores de HIV⁹⁶.

A vacina contra cólera não é rotineiramente feita nos viajantes dos EUA, porque o risco de infecção é extremamente baixo e a vacina disponível desenvolve apenas 50% de proteção, durante 3-6 meses. Os indivíduos infectados pelo HIV não são reconhecidos como grupo de risco de infecção pela cólera.

DOENÇAS INVASIVAS

Até o momento, não foi realizado nenhum estudo controlado sobre o tratamento antimicrobiano em indivíduos infectados pelo HIV, portadores de gastroenterite por *Salmonella*.

Para os indivíduos imunocompetentes, a antibioticoterapia pode ampliar o tempo de presença das espécies de *Salmonella* nas fezes e, portanto, não é geralmente recomendada, entretanto, muitos clínicos recomendam que esses indivíduos recebam terapia antimicrobiana para prevenção da difusão extra-intestinal de gastroenterite provocada por *Salmonella*.

As fluoroquinolonas, principalmente a ciprofloxacina (500-750mg, VO), podem ser usadas, quando for admitida a antimicrobianoterapia. Para as crianças, os antibióticos possíveis são SMX + TMP, ampicilina, cefotaxima, ceftriaxona ou cloranfenicol. As fluoroquinolonas (ciprofloxacina [500mg, VO]), em vez da eritromicina, devem ser empregadas no tratamento de infecção por *Campylobacter*.

PREVENÇÃO DA RECORRÊNCIA

Os indivíduos infectados pelo HIV e com septicemia por *Salmonella* necessitam de antimicrobianoterapia de

Ocasionalmente, as drogas antiperistálticas são usadas no tratamento de diarreias...

longa duração para a prevenção da recorrência. As fluoroquinolonas, especialmente a ciprofloxacina (500-750mg, VO), são as drogas mais frequentemente escolhidas neste caso. A associação de SMX + TMP é o tratamento de escolha para crianças.

PESQUISAS PRIORITÁRIAS

Numa decorrência desta revisão, fica evidente que há muito ainda a ser aprendido sobre as infecções bacterianas entéricas em indivíduos infectados pelo HIV, portanto, as seguintes áreas de pesquisa merecem ser priorizadas, na busca de resultados que esclareçam e orientem tanto clínicos e seus pacientes.

• **Epidemiologia** – Quais os riscos que outros microrganismos podem causar em indivíduos infectados pelo HIV, principalmente aqueles contaminantes dos alimentos: *Yersinia*, *Aeromonas* e *Campylobacter*? Quais são as fontes mais importantes e os mecanismos de transmissão das infecções provocadas por *Salmonella*, *Campylobacter*, *Listeria*, *Shigella* e *Vibrio* nos portadores de HIV? Por que os indivíduos infectados pelo HIV são mais suscetíveis às infecções por *Salmonella*, *Campylobacter* e *Listeria* do que o restante da população? Quais são os fatores de risco (número de células CD4, presença de outras infecções e uso de medicamentos) que estão associados em indivíduos infectados pelo HIV com: a) bacteremias provocadas por *Salmonella*, *Campylobacter*, *Listeria*, *Shigella* e *Vibrio*; b) aumento do risco de recorrência das infecções por *Salmonella*, *Campylobacter* e *Shigella*; c) aumento do risco de morte, devido às infecções com esses patógenos? Como o uso de zidovudina, ddC (2',3'-dideoxicidina) ou ddI (2',3'-dideoxi-inosina), no combate ao HIV, tem influenciado na incidência e prevalência de salmoneloses, bacteremia por *Salmonella*, recorrência de septicemia por *Salmonella* e na mortalidade por salmonelose? Por acaso, o emprego da associação SMX + TMP na profilaxia da PCP influencia a incidência e a prevalência de salmoneloses ou de listeriose em indivíduos infectados pelo HIV?

• **Prevenção** – Qual o tipo de programa educacional que deve ser implantado para assegurar aos indivíduos infectados pelo HIV uma cadeia alimentar sem riscos de contaminação por *Salmonella*, *Campylobacter*, *Listeria*, *Shigella* ou *Vibrio*? Há diferentes níveis de produção de anticorpos contra as vacinas tifoide inativadas, nos diferentes estágios da progressão da AIDS? Poderia a vacina tifoide oral TY21a atenuada ser administrada a viajantes infectados pelo HIV (e com contagem de células CD4 < 500/mm³)? Os indivíduos infectados pelo HIV, em viagem para áreas com alto risco de desenvolvimento de diarreias do viajante, deveriam receber drogas antimicrobianas em caráter de profilaxia contra esta diarreia?

• **Tratamento** – Quais são as condutas terapêuticas (assumidas de acordo com os estágios da evolução da AIDS) a serem obedecidas para o combate das infecções

por *Salmonella*, *Campylobacter*, *Listeria*, *Shigella* e *Vibrio*? Cabe a mesma pergunta quanto ao combate da diarreia do viajante de etiologia desconhecida. Finalmente, deve ser tentada a melhor terapia que permita, pelo

menos, a minimização dos sintomas agudos e impeça a disseminação e a recorrência das infecções bacterianas entéricas em aidéticos.

RESUMO

Aqui a revisão de Frederick J. Angulo & David L. Swerdlow sobre epidemiologia, prevenção e prioridades de uma pesquisa futura das infecções entéricas bacterianas contraídas por indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Estes indivíduos são mais frequentemente infectados por *Salmonella*, *Campylobacter*, *Listeria* e, possivelmente, *Shigella* do que aqueles não infectados pelo vírus. Ademais, as infecções provocadas por *Shigella* (e, talvez, por *Campylobacter*) são, frequentemente, mais severas, recorrentes ou persistentes, quando ocorrem em indivíduos infectados pelo HIV. Estes indivíduos – ao contrário dos não infectados pelo vírus – também são presas mais fáceis de doenças mais sérias, quando contraem infecções por *Shigella* ou *Vibrio*. Os riscos dessas infecções secundárias podem ser reduzidos, quando são assumidas algumas precauções quanto a contatos com animais e às viagens. Os indivíduos infectados pelo HIV devem ser devidamente informados quanto ao seu maior risco em adquirir essas doenças e, também, aos cuidados que devem ser seguidos para evitá-las.

Unitermos: Infecções bacterianas, salmonelose, infecção pelo HIV.

SUMMARY

We review the epidemiology and prevention of and future research priorities for bacterial enteric infections in persons infected with human immunodeficiency virus (HIV). HIV-infected persons are more frequently infected with *Salmonella*, *Campylobacter*, *Listeria* and (possibly) *Shigella* species than are individuals not infected with HIV. In addition, *Salmonella* and (probably) *Campylobacter* infections are more likely to be severe, recurrent, or persistent and associated with extraintestinal disease when they occur in HIV-infected persons. Infections caused by *Shigella* and *Vibrio* species can also result in more serious disease in HIV-infected persons than in those not infected with HIV. Risk of these infections can be reduced with proper precautions, particularly those pertaining to food hygiene, animal contact, and travel. Individuals infected with HIV should be informed of their increased risk of acquiring these diseases and should be counseled on the recommended precautions. In: ANGULO, F.J. & SWERDLOW, D.L. – Bacterial enteric infections in persons infected with human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Diseases*, 21 (Suppl. 1):s84-s93, 1993.

Key words: bacterians infections, salmonellosis, HIV infection.

Endereço para correspondência:
Instituto de Biologia - UFF
Outeiro de São João Batista s/nº - CEP 24001-970 - Niterói-RJ
Cx. Postal 100.436

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEAN, N.H. & GRIFFIN, P.M. - Foodborne disease outbreaks in the United States, 1973-1987. *Journal of Food Protection*, 53:804-17, 1990.
2. TAUXE, R.V. - Salmonella: a postmodern pathogen. *Journal of Food Protection*, 54:563-68, 1991.
3. HARGETT-BEAN, N.T., et al. - Salmonella isolates from humans in the United States, 1984-1986. *MMWR CDC Surveill. Summ.*, 37(SS-2):25-31, 1988.
4. MacDONALD, K.L., et al. - Escherichia coli O157:H7: an emerging gastrointestinal pathogen. Result of a one-year, prospective, population-based study. *JAMA*, 259:3567-570, 1988.
5. SPERBER, S.J. & SCHLEUPNER, C.J. - Salmonellosis during infection with human immunodeficiency virus. *Rev. Infect. Dis.*, 9:925-34, 1987.
6. CELUM, C.L. et al. - Incidence of salmonellosis in patients with AIDS. *J. Infect. Dis.*, 156:998-1002, 1987.
7. TOCALLI, L. et al. - Salmonellosis diagnosed by the laboratory of the "L. Sacco" Hospital of Milan (Italy) in patients with HIV disease. *Eur. J. Epidemiol.*, 7:690-95, 1991.
8. CHALKER, R.B. & BLASER, M.J. - A review of human salmonellosis: III. Magnitude of Salmonella infection in the United States. *Rev. Infect. Dis.*, 9:111-24, 1988.
9. ASERKOFF, B. & BENNETT, J.V. - Effect of antibiotic therapy in acute salmonellosis on the fecal excretion of Salmonellae. *N. Engl. J. Med.*, 281:636-40, 1969.
10. NEIL, M.A. et al. - Failure of ciprofloxacin to eradicate convalescent fecal excretion after acute salmonellosis: experience during an outbreak in health care works. *Ann. Intern. Med.*, 114:195-99, 1991.
11. WISTROM, J. et al. - Empiric treatment of acute diarrheal disease with norfloxacin. A randomic, placebo-controlled study. *Swedish Study Group Ann. Intern. Med.*, 117:202-08, 1992.
12. CHAISON, R.E. - Bacterial infections in HIV disease. In: SADE, M.A. et al. - *Medical management of AIDS*. Third edition, Philadelphia: WB Saunders, pp.346-58, 1992.
13. FRIEDLAND, G. & KLEIN, R. - Tuberculosis and other bacterial infections. In: DeVITA, V.T., HELTMAN, S. & ROBSENBERG, S.A. (eds.) - *AIDS, etiology diagnosis, treatment and prevention*. 3(rd) edition. Philadelphia: JB Pippincott, pp.180-93, 1992.
14. GILKS, C.F. & OJOSO, S.A. - A practical approach to the clinical problems of the HIV-infected adult in the tropics. *Trop. Doct.*, 21:90-97, 1991.
15. NELSON, M.R., et al. - Salmonella, Campylobacter and Shigella in HIV- seropositive patients. *AIDS*, 6:1495-98, 1992.
16. GILKS, C.F. - Prophylaxis for HIV: associated infection in the developing world. *J. Antimicrob. Chemother.*, 3(suppl.B):119-28, 1993.
17. GILKS, C.F. et al. - Life-threatening bacteraemia in HIV-seropositive adults admitted to hospital in Nairobi, Kenya. *Lancet*, 336:545-49, 1990.
18. VUGIA, D.J. et al. - Pathogens and predictors of fatal septicemia associated with human immunodeficiency virus infection in Ivory Cost, West Africa. *J. Infect. Dis.*, 168:564-70, 1993.
19. GUENELAND, R. et al. - Realtionship between human immunodeficiency virus infection and salmonellosis in 20- to 59 years-old residents of New York City. *Clin. Infect. Dis.*, 18:358-63, 1994.
20. LEVINE, W.C. et al. - Epidemiology of nontyphoidal Salmonella bacteremia during the human immunodeficiency virus epidemic. *J. Infect. Dis.*, 164:81-87, 1991.

N.R.: O restante da Bibliografia encontra-se à disposição com os autores.

DST

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

VÍDEO PROGRAMA

Adquira a sua fita por apenas R\$ 50,00

VÍDEO-PROGRAMA 1

Fita nº 1 (120')
EDUCAÇÃO EM SAÚDE
GONORRÉIA
URETRITE NÃO GONOCÓCICA

VÍDEO-PROGRAMA 2

Fita nº 2 (120')
SÍFILIS
CANCRO MOLE
LINFOGRANILOMA VENÉREO
DONOVANOSE
HERPES GENITAL

VÍDEO-PROGRAMA 3

Fita nº 3 (120')
PAPILOMAVIROSE GENITAL
(CONDILOMA ACUMINADO)
CORRIMENTO VAGINAL
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Informações: Universidade Federal Fluminense
Setor de DST

Outeiro São João Batista S/N - Campus do Valonguinho - Centro - Niterói-RJ - 24210-150

Tel: (021) 620-8080 r. 298/719-4433/717-6301

E-mail: mipmaur@vm.uff.br/http://www.uff.br/dst/



INFORMES TÉCNICOS

DST IN RIO 2

Um Congresso Internacional Feito para nós –
22 a 25 de Setembro de 1998



Com 1381 profissionais e estudantes inscritos, com toda a segurança, o DST IN RIO foi um grande sucesso. Não apenas pelo número de participantes, mas pela qualidade e diversidade das exposições, dos trabalhos apresentados, da aura de amizade e calor humano que estava presente em cada cantinho do congresso.

Foi possível provar que um evento científico pode ser simples e barato sem deixar a qualidade e a emoção em planos secundários.

A integração foi ponto marcante, sendo um dos objetivos desde a instalação do evento. Quem viu jamais vai esquecer da dinâmica de abertura do DST IN RIO. Há aqueles que afirmam que o encerramen-

to foi a prova que faltava para coroar o congresso de sucesso total.

Dado que mereceu e que vem recebendo muito destaque, foi a realização do Concurso de Título de Qualificação em DST para médicos. Inédito no mundo, o concurso será repetido em 1998, uma vez que representa um grande marco na capacitação em DST.

Na política de dividir os frutos, conseguimos com um patrocinador sortear uma grande TV à cores no encerramento. Quem sabe se em 98 conseguiremos patrocínio para sortear um carro Okm? Vamos trabalhar duro para isto. E já começamos. Já estamos traçando as metas e formulando convites para os conferencistas.

Contudo, no *DST IN RIO 2* daremos grande ênfase aos trabalhos produzidos por equipes brasileiras. Existem no Brasil centenas de grupos produzindo pesquisas de excelente qualidade que são obrigados a apresentá-los apenas como posters e em congressos no exterior. Já

decidimos que pelo menos um terço do congresso será destinado a apresentações orais e/ou posters para que possamos dar oportunidade aos grandes valores brasileiros. Nossa experiência tem mostrado que é fundamental conhecermos mais e melhor os verdadeiros pesquisadores. Com isso será possível organizar melhor os esforços na luta contra as DST/AIDS.

Já estamos com inscrições abertas.

EDITAL SBDST Nº 01/98 CONCURSO PARA TÍTULO DE QUALIFICAÇÃO EM DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

I - INSCRIÇÃO

- A inscrição deverá ser feita através de formulário específico
- A solicitação de inscrição no concurso deverá ser enviada para Sociedade Brasileira de DST - Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - 24230-160
- As inscrições encerram-se impreterivelmente em 13 de setembro de 1998.
- Pagamento da Taxa de Inscrição no valor de R\$ 50,00 - cheque nominal para a Sociedade Brasileira de DST - DST IN RIO.

II - CONDIÇÕES PARA INSCRIÇÃO

- Estar inscrito no DST IN RIO (comprovante)
- Ser médico formado há 2 anos e atuar em Serviço de DST (comprovante) ou;

INSCRIÇÕES PODERÃO SER EFETUADAS EM CARTÃO DE CRÉDITO E EM ATÉ 3x

| | | | | |
|---------------------|----------------------|------------|--------------|------------|
| ATE 31/12/97 | ESTUDANTE | R\$ 40,00 | PROFISSIONAL | R\$ 60,00 |
| | (INCLUINDO PÓS-GRAD) | | | |
| 01/01/98 A 11/05/98 | ESTUDANTE | R\$ 60,00 | PROFISSIONAL | R\$ 90,00 |
| 12/05/98 A 31/08/98 | ESTUDANTE | R\$ 100,00 | PROFISSIONAL | R\$ 150,00 |
| APÓS 31/08/98 | ESTUDANTE | R\$ 130,00 | PROFISSIONAL | R\$ 195,00 |

DATA FINAL PARA ENVIO DE TRABALHOS (APRESENTAÇÃO ORAL OU POSTERS)
11/05/98

• Prêmio melhor posters e melhor apresentação oral: R\$ 1.000,00 cada.

* Para Concurso de Título em Qualificação em DST solicite edital.

- Ter residência Médica ou Especialização em Toco-Ginecologia, Urologia, Dermatologia, Infectologia, Clínica Médica ou Medicina de Família (comprovante) ou;
- Diploma de Curso de 40 horas patrocinado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde (comprovante).

III - DOCUMENTAÇÃO

- Cópia da carteira do CRM
- Cópia do comprovante de inscrição no DST IN RIO
- Cópia do Certificado de Residência Médica ou Especialização ou carta do Serviço de DST em que atua ou Certificado de participação em Curso do Ministério da Saúde (PN DST/AIDS).

IV - PROVAS

- As provas serão realizadas no Anfiteatro do Hotel Glória.
- O candidato deverá apresentar-se no local das provas 30 minutos antes do seu início. Não será permitida a entrada do candidato após o início do exame.
- O candidato deverá assinar folha de presença e apresentar um documento de identidade e ficha de inscrição no concurso.
- O exame constará de:

Prova escrita com 50 questões de múltipla escolha valendo 1 ponto cada uma.
Duração: 90 min.
Data: 24/09/98 às 12:30 hs.
Parâmetro de aprovação: 70% de acerto

Prova prática com 30 diapositivos de imagens das mais diversas DST valendo 1 ponto cada um.
Duração: 30 min.
Data: 25/09/98 às 12:30 hs.
Parâmetro de aprovação: 70% de acerto

V - INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- O candidato para ser qualificado deverá ser aprovado em ambas as provas.
- O candidato aprovado receberá certificado de Qualificação em

DST assinado pelo Presidente e Secretário da SBDST e pelo Coordenador do concurso de qualificação.

- Ficarão arquivados na SBDST toda a documentação referente ao concurso: ata de prova, lista de frequência e lista de aprovados.
- Não será concedido revisão de prova.
- Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Examinadora.

VI - COMISSÃO EXAMINADORA

Coordenador - Mauro Romero
Leal Passos - UFF
Membros - José Antonio
Simões - UNICAMP
Irineu Rubstein-UERJ
Ivo Castelo Branco

Coelho - UFCE
Pedro Chequer -
PN DST/AIDS - MS
Marília de Abreu
Silva - UNIRIO

VII - BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- JACINTHO, E; ALMEIDA F^o, G; MALDONADO, P - HPV. Infecções Genital Feminina e Masculina. Rio de Janeiro, Revinter, 1994.
- HOLMES, K. K, Mardh, R. Sparling, P F e Wiesner, P J Sexually Transmitted Diseases, 2^a New York, Mc Graw-Hill, 1993.
- PASSOS, MRL et alli . Doenças Sexualmente Transmissíveis, 4^a Ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1995.
- NAUD, P. et alli. DST/AIDS, Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- Jornal Brasileiro de DST

FICHA DE INSCRIÇÃO

Concurso para Título de Qualificação em Doenças Sexualmente Transmissíveis

NOME:
END:
BAIRRO:
CEP: CRM:
CIDADE: ESTADO:

..... de de 1998.

ASSINATURA

RESUMO PARA POSTERS

DATA LIMITE PARA O ENCERRAMENTO: 11/05/98

| |
|---------------------------------------|
| TÍTULO: |
| AUTORES: |
| INSTITUIÇÃO/ENDEREÇO COMPLETO: |
| |

DATA: _____ ASS: _____
ENVIAR PARA DST IN RIO 2 - SETOR DE DST/UFF

MODELO

TÍTULO:

Pesquisa de Opinião Pública sobre Campanhas de DST/AIDS na TV - 1991/1995

AUTORES:

Goulart Filho, R.A.; Passos, M.R.L.; Carvalho, A.V.V.; Gouvea, T.V.D.; Nascimento, A.V.S.; Monteiro, A.C.S.; Veiga, H.C.; Riça, R.P.S.; Feijó, D.

INSTITUIÇÃO/ENDEREÇO COMPLETO:

Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - MIP/CMB/CCM
Universidade Federal Fluminense - Outeiro de São João Batista S/N - Campus do Valonguinho
Centro - Niterói - RJ - Brasil - CEP: 24210-150
E-mail: mipmaur@vm.uff.br - <http://www.uff.br/dst>

INTRODUÇÃO: O processo educativo nem sempre consegue oferecer transparência de conhecimentos básicos ou mudanças no comportamento dos indivíduos. São inúmeros fatores que interferem neste trabalho. Cada palavra pode ser interpretada diferentemente e os valores de uma equipe de educadores principalmente em saúde pública, quase sempre não são iguais aos da população alvo. Devemos então pesquisar o que a população está entendendo acerca das campanhas vinculadas através da televisão que atinge inúmeras pessoas de todas as classes sociais.

OBJETIVO: Conhecer alguns aspectos sobre educação sexual; aferir a receptividade da população sobre as campanhas sobre DST/AIDS veiculadas pela televisão no Brasil.

METODOLOGIA: Este trabalho baseou-se na comparação dos resultados do questionário elaborado pelo Setor de DST-UFF, orientado pelo Departamento de Propaganda e Marketing do Plaza Shopping - Niterói-RJ, e aplicado nos períodos de fevereiro de 1991 a 335 pessoas e em julho de 1995 a 268 pessoas. Os entrevistados abordados quando sozinhos pelos componentes da equipe em nenhum momento foram identificados ou induzidos em suas respostas. As pessoas foram entrevistadas aleatoriamente, exceto no que se refere as faixas etárias pois foram entrevistados maiores de catorze anos. Os dados comparados foram - Saber o que é uma DST; Ter visto alguma campanha sobre DST. Se a pessoa é favorável à educação sexual; Opinião acerca da AIDS ser uma DST como todas as outras; Se a AIDS precisa de campanhas na TV; Se deveria haver campanhas sobre DST (AIDS inclusive); Se os problemas sexuais estão sendo mal abordados nas campanhas educativas; Se as campanhas são bem feitas e por isso funcionam; Se as campanhas não dão bons resultados porque as pessoas não acreditam no que elas dizem; Se as campanhas educativas pela TV são importantes por esclarecerem as pessoas; Se as campanhas já realizadas sobre AIDS não educam apenas amedrontam, além de alguns outros dados conforme questionário especificamente construído.

RESULTADOS: Na amostra de 1991, 97% afirmaram saber o que é uma DST comparado com 91,3% em 1995, em 1991, 83,2% já tinham visto alguma campanha sobre DST, número que aumentou para 90,9% em 1995. O número de pessoas favoráveis a educação sexual modificou-se de 97,9% em 1991 para 99,6% em 1995. Em 1991, 67,1% achavam que a AIDS era uma DST como todas as outras enquanto que em 1995 este número diminuiu para 64,9%. Em 1991, 95,2% achavam que AIDS precisava de campanha na TV, número que praticamente não mudou, permanecendo em 95,5% em 1995. Em 1991, 97,9% acreditavam que deveria haver campanhas sobre DST (AIDS inclusive) na TV, número que também não modificou-se muito em relação aos 97,8% de 1995. O sexo foi considerado mal abordado por 73,1% dos entrevistados em 1991 e esta opinião diminuiu para 68,2% em 1995. As campanhas são bem feitas e por isso funcionam na opinião de 16,2% dos entrevistados em 1991 e em 1995, houve uma diminuição nesta opinião para 12,7% dos entrevistados. As campanhas não dão bons resultados porque as pessoas não acreditam no que estas dizem. Esta opinião foi compartilhada por 63,3% das pessoas entrevistadas em 1991, comparado com 55,3% das pessoas em 1995. As campanhas foram consideradas importantes por 93,4% da amostra de 1991, número que diminuiu pouco em 1995 para 91,4% das pessoas. As campanhas realizadas foram consideradas amedrontadoras por 68% das pessoas em 1991 e 52,2% em 1995.

DATA: _____ ASS: _____

ENVIAR PARA DST IN RIO 2 - SETOR DE DST/UFF



INFORMES TÉCNICOS

CONSENSO SOBRE TERAPIA ANTI-RETROVIRAL PARA ADULTOS E ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV - 1997

Ministério da Saúde Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS - Atualização de abril 97

Recomendações para o início da terapia

| Situação clínica | Contagem de CD4 (células/mm ³) Citometria de fluxo | Carga viral (cópias/ml) | Recomendação |
|------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Assintomático | Contagem de CD4 não disponível | Carga viral não disponível | Não tratar |
| Assintomático | ≥ 500 | ≥ 30.000 ≥ 10.000 < 30.000 < 10.000 | Tratar Considerar tratamento Não tratar |
| Assintomático | ≥ 350 < 500 | Carga viral não disponível | Não tratar |
| Assintomático | ≥ 200 < 350 | Carga viral < 5.000 ≥ 5.000 | Tratar ou monitorar Tratar ou monitorar Tratar |
| Assintomático | < 200 | Independentemente da carga viral | Tratar |
| Assintomático | < 200 | Independentemente da carga viral | Iniciar terapia e profilaxia para infecções oportunistas ¹ |
| Sintomático | Independentemente do CD4 | Independentemente da carga viral | Iniciar terapia e profilaxia para infecções oportunistas ¹ |

Em situações em que não haja disponibilidade para realizar CD4 e carga viral, recomenda-se o uso de anti-retrovirais somente para *assintomáticos*, com exceção das situações especiais².

¹Pneumonia por *P.carinii* e toxoplasmose.

²Gestantes HIV-positivas, recém-natos de mãe portadora do HIV e exposição ocupacional ao HIV.

Início do tratamento

| Situação clínica | Contagem de CD4 (células/mm ³) Citometria de fluxo | Carga viral ⁶ (cópias/ml) | Esquema terapêutico |
|------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|
| Assintomático | ≥ 500 | ≥ 30.000 ≥ 10.000 < 30.000 | AZT + ddI ou AZT + ddC ¹ |
| Assintomático | ≥ 350 < 500 | Independente da carga viral | AZT + ddI ou AZT + ddC ¹ |
| Assintomático | ≥ 200 < 350 | Independente da carga viral | AZT + ddI ou AZT + ddC ¹ |

| | | | |
|--------------------------|----------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Assintomático | < 200 | < 5.000 ou não disponível | Dupla com monitoramento após cerca de 6 semanas AZT + ddi ou AZT + 3TC ² |
| | | ≥ 5.000 | Tríplice com AZT + ddi + IP ^{3,4} ou AZT + 3TC + IP ^{3,4} |
| Assintomático | < 100 | Independente da carga viral | Tríplice com AZT + ddi + IP ^{3,4} ou AZT + 3TC + IP ^{3,4} |
| Sintomático ⁵ | Não disponível | Não disponível | AZT + ddi ou AZT + ddC ¹ |
| Sintomático | ≥ 200 | Independente da carga viral | AZT + ddi ou AZT + ddC ¹ |
| Sintomático | < 200 | Independente da carga viral | Tríplice com AZT + ddi + IP ou AZT + 3TC + IP ^{3,4} |

IP = inibidor de protease.

¹É recomendado que o 3TC seja reservado para esquemas tríplices com IP. A utilização de 3TC pode resultar em resistência ao ddi e ao ddC.

²Não se recomenda o uso de ddC em pacientes com CD4 < 200/mm³, exceto em situações especiais, quando há intolerância ao ddi, não sendo por neuropatia periférica.

³A potência do indinavir e ritonavir é similar. O saquinavir, em sua formulação atual, é menos potente devido à sua menor biodisponibilidade.

⁴O uso de indinavir ou ritonavir pode resultar em resistência cruzada aos três inibidores de protease disponíveis. Isto ocorre menos frequentemente com o uso de saquinavir.

⁵Recomenda-se a terapia tríplice com IP em pacientes com doenças indicativas de gravidade, como criptococose, toxoplasmose cerebral, criptosporidiose intestinal crônica, citomegalovirose, doença disseminada por *M. avium*, linfoma primário do cérebro, sarcoma de Kaposi visceral e/ou cutâneo-mucoso disseminado.

⁶A avaliação da carga viral deve ser realizada em períodos de estabilidade clínica, utilizando-se sempre a mesma técnica e, preferencialmente, o mesmo laboratório. Esse teste não deve ser realizado até, pelo menos, quatro semanas da ocorrência de infecção oportunistica ou de vacinação. A contagem de CD4 deve ser realizada, preferencialmente, pelo mesmo laboratório e no mesmo período do dia. O exame deve ser refeito, quando ocorrem contagens discrepantes e, principalmente, quando decisões terapêuticas forem tomadas baseadas neste resultado.

Uso prévio de terapia dupla

| Tratamento prévio | Esquema terapêutico recomendado | Observação |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AZT + ddi ou AZT + ddC | AZT + 3TC + IP ^{1,2} ou d4T + 3TC + IP ^{1,2} ou d4T + ddi + IP ^{1,2} | Ao instituir a terapia tríplice, deve-se incluir um IP ^{1,2} e substituir, pelo menos, um dos inibidores de transcriptase reversa, evitando-se as combinações não aceitáveis |

IP = inibidor de protease.

¹A potência de indinavir e ritonavir é similar. O saquinavir, em sua formulação atual, é menos potente, devido à sua menor biodisponibilidade.

²O uso de indinavir ou ritonavir pode resultar em resistência cruzada aos três inibidores de protease disponíveis. Isto ocorre menos frequentemente com o uso de saquinavir.

Intolerância

| | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------|
| AZT | substituir pelo d4T, evitando-se as combinações não aceitáveis |
| ddi | substituir pelo ddC, exceto nos casos de neuropatia periférica; ou pelo 3TC |

MUDANÇA DE ESQUEMA TERAPÊUTICO

Deve-se considerar a modificação de um esquema terapêutico, nas seguintes situações: 1) ausência de eficácia inicial; 2) falha terapêutica e; 3) intolerância medicamentosa/toxicidade.

CRITÉRIO DE EFICÁCIA INICIAL

Um tratamento anti-retroviral será considerado eficaz, se em seis semanas, após o início da terapêutica, houver uma redução mínima de 90% (isto é, da ordem de um log) na carga viral. As

alterações na contagem de linfócitos CD4 não têm qualquer relevância neste contexto.

CRITÉRIOS DE FALHA TERAPÊUTICA

CRITÉRIOS CLÍNICOS

Desenvolvimento de manifestações oportunistas definidoras de AIDS, após 60 dias do uso de terapia anti-retroviral.

CRITÉRIOS LABORATORIAIS

- Retorno da carga viral a mais de 70% da medida inicial.
- Retorno da contagem de CD4 ao nível basal, após a elevação,

ou queda superior a ¼ (isto é 25%) do percentual inicial.

Embora o objetivo da terapêutica seja a obtenção de níveis mínimos ou indetectáveis de replicação viral, níveis comparativamente elevados são aceitáveis, respeitados os parâmetros acima, e na impossibilidade de introdução de um esquema potencialmente mais eficaz.

INTOLERÂNCIA MEDICAMENTOSA

A intolerância medicamentosa só deve ser caracterizada após terem sido esgotados todos os recursos para adaptação do paciente ao medicamento.

Combinações anti-retrovirais não aceitáveis

d4T + AZT
d4T + ddC
ddI + ddC
ddC + 3TC
3TC + IP em terapia dupla
ddC + IP em terapia dupla
Indinavir + ritonavir
Três ou mais inibidores de transcriptase reversa

Recomendações para quimioprofilaxia após exposição ocupacional ao HIV

| Tipo de exposição | Material fonte | Profilaxia ¹ | Esquema anti-retroviral ² |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Percutânea | 1) Sangue ³ Risco mais elevado | Recomendar | AZT + 3TC + IP ⁴ |
| | Risco aumentado | Recomendar | AZT + 3TC + IP ⁴ |
| | Sem risco aumentado | Oferecer | AZT + 3TC |
| De mucosa | 2) Líquido orgânico contendo sangue visível, outro líquido ou tecido potencialmente infeccioso ⁵ | Oferecer | AZT + 3TC |
| | 3) Outro líquido corporal (p. ex., urina) | Não oferecer | |
| | 1) Sangue | Oferecer | AZT + 3TC + IP ⁴ |
| De pele, risco aumentado ⁶ | 2) Líquido orgânico contendo sangue visível, outro líquido ou tecido potencialmente infeccioso ⁵ | Oferecer | AZT + 3TC |
| | 3) Outro líquido corporal (p. ex., urina) | Não oferecer | |
| | 1) Sangue | Oferecer | AZT + 3TC + IP ⁴ |
| | 2) Líquido orgânico contendo sangue visível, outro líquido ou tecido potencialmente infeccioso ⁵ | Oferecer | AZT + 3TC |
| | 3) Outro líquido corporal (p. ex., urina) | Não oferecer | |

¹Recomendar profilaxia pós-exposição ao profissional exposto, com aconselhamento. Oferecer profilaxia pós-exposição ao profissional exposto com aconselhamento. Não oferecer profilaxia pós-exposição, pois não houve exposição ocupacional ao HIV.

²Esquema anti-retroviral = AZT (200mg, 3 x dia); 3TC (150mg, 2 x dia); indinavir (800mg, 3 x dia, durante 4 semanas). A opção pelo indinavir deve-se à sua melhor tolerância. Na falta ou impossibilidade de seu uso, deve-se preferir o ritonavir (600mg, 2 x dia, durante 4 semanas) ao saquinavir, devido à sua baixa biodisponibilidade.

³Risco mais elevado = presença de maior volume de sangue e sangue contendo alto teor de HIV (p. ex., doença retroviral aguda ou AIDS terminal). Risco aumentado = presença de um maior volume de sangue ou sangue contendo alto teor de HIV. Sem risco aumentado = ausência de ambos os fatores de risco.

⁴IP = inibidor de protease, com opção pelo indinavir, devido à sua melhor tolerância. Na impossibilidade de seu uso, recomenda-se o ritonavir.

⁵Inclui sêmen, secreção vaginal, liquor, líquido sinovial, peritoneal, pericárdico e amniótico.

⁶Para a pele, o risco está aumentado para exposição que envolva um alto teor de HIV, contato prolongado, área extensa ou na qual a integridade da pele está visivelmente comprometida; para exposição de pele sem risco aumentado, o risco de toxicidade ultrapassa o benefício da profilaxia pós-exposição.

⁷Em situações em que o status sorológico do paciente fonte não seja conhecido, deve-se iniciar esquema anti-retroviral, de acordo com a gradação do risco do acidente e solicitar teste anti-HIV do paciente fonte e, caso este seja negativo, suspender a quimioprofilaxia.

⁸Deve-se solicitar teste anti-HIV imediatamente após o acidente, para todo o indivíduo que sofra exposição ocupacional ao HIV. Caso esse seja HIV-positivo neste teste, deve ser encaminhado para acompanhamento específico.

INTERNATIONAL CONGRESS OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

19 a 22 de outubro de 1997

Local: Sevilha – Espanha

Informações e Reservas:

PEDRO MELLO TURISMO E CÂMBIO

Loja Icaraf – Rua Gavião Peixoto, 137 – Tel.: (021) 610-3858/610-2166

Central de Atendimento Gratuito – Tel/Fax: 0800-21-4333



INFORMES TÉCNICOS

ESTATÍSTICA DAS DST NA POLICLÍNICA CENTRO-SUL - SMSA-PBH

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) datam da época antes de Cristo. Desde a Antiguidade, são chamadas de doenças venéreas, devido à Vênus, a deusa do Amor.

Embora sejam tão velhas e conhecidas, até os dias atuais, ainda não se conseguiu o seu controle. Quando a penicilina foi descoberta, houve um curto período de controle, mas, com a liberação sexual, etc., houve um novo aumento em sua incidência.

Com esse boletim, o Serviço quer mostrar o que aconteceu no DST/Policlínica Centro-Sul/PBH, nos últimos oito anos, tanto na evolução do atendimento e na caracterização das patologias apresentadas pela clientela desse Serviço.

O antigo Centro de Saúde Venereologia-PBH, atualmente Centro de Referência Nacional em DST/Policlínica Centro-Sul PBH (CRN-DST), que é assim denominado porque foi escolhido pelo Ministério da Saúde - Programa DST/AIDS por preencher todos os requisitos para um Centro Nacional de Referência, como área física, laboratório específico para DST, equipe de profissionais multidisciplinar, grande número de pacientes atendidos e programa de tratamento e prevenção das DSTs. Esse serviço funciona há 15 anos e tem como objetivo o atendimento e o fornecimento de suporte aos pacientes portadores de DSTs em procura direta. O horário de funcionamento desse Serviço é das 7-22h, com atendimento médico, orientação educativo-preventiva, exames laboratoriais e fornecimento de medicação.

Esse centro já funcionou em três locais físicos diferentes, mas sempre na área central de Belo Horizonte (MG). Até 1992, esta unidade funcionava na Alameda Álvaro Celso, no ambulatório de dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), mas era totalmente independente das atividades universitárias. Nessa época, trabalhavam no Serviço 51 funcionários, assim distribuídos em três turnos (manhã, tarde e noite): nove médicos, um enfermeiro, 11 auxiliares de enfermagem, sete assistentes sociais, três bioquímicos, seis técnicos de laboratório, seis agentes administrativos e cinco auxiliares de serviço. Foram atendidos mais de 8.000 pacientes/ano em primeira consulta, a qual é definida como primeiro atendimento para aquele diagnóstico/ano.

Em 1992, houve diminuição do número de funcionários e uma mudança de área física para um prédio de localização menos favorável, o que gerou uma redução no número de atendimentos. Passou-se, então, a contar com 48 funcionários, um número que continuou diminuindo rapidamente, sem reposição, devido a vários motivos.

Em 1993, houve uma nova mudança de área física, agora para o centro de Belo Horizonte, continuando a funcionar em três turnos, mas agora com 37 funcionários - cinco médicos, dos quais dois faziam extensão de jornada (atendiam em dois turnos diferentes). O número de agentes administrativos caiu praticamente para a metade - dois bioquímicos, um deles exercendo a função de chefia, um médico exercendo a função

de epidemiologista e responsável por toda a parte de estatística do Serviço. Devido à essa mudança em 1993, houve perda do registro de dados, tendo-se atualmente apenas as informações correspondentes a seis meses daquele ano.

No período compreendido entre 1988 e 1995, foram atendidos 61.146 pacientes de primeira consulta, perfazendo a média de 33,6 pacientes/dia. Foram feitos 56.769 diagnósticos de DST, sendo que 4.397 não foram diagnosticados, porque os pacientes não fizeram os exames necessários, não esperaram a consulta médica ou não retornaram ao Serviço.

Tabela 1

| Sexo | Frequência | Porcentagem, % |
|-----------|------------|----------------|
| Feminino | 11.426 | 20,1 |
| Masculino | 45.343 | 79,9 |
| Total | 56.769 | 100 |

Tabela 2

| Período | Frequência | Porcentagem, % |
|---------|------------|----------------|
| 1988 | 8.645 | 15,2 |
| 1989 | 8.124 | 14,3 |
| 1990 | 9.728 | 17,1 |
| 1991 | 9.151 | 16,1 |
| 1992 | 6.173 | 10,9 |
| 1993 | 3.976 | 7,0 |
| 1994 | 4.994 | 8,8 |
| 1995 | 5.978 | 10,5 |
| Total | 56.769 | 100 |

Do total de diagnósticos, foram feitos 20,1% (11.426) em pacientes do sexo feminino e 79,9% (45.343) naqueles do sexo masculino (Tabe-

la 1). Nota-se uma redução de 30% no número de atendimentos em 1995 em relação ao ano de 1988, que pode ser atribuído aos fatores já relatados anteriormente – redução de recursos humanos e mudanças sucessivas de área de física (Tabela 2).

A procura masculina é maior do que a feminina, em primeiro lugar, porque a oferta de consultas femininas oferecidas pelo CRN-DST é menor em relação às masculinas, e sem dados mais preciosos, apenas mediante a observação dos profissionais que atendem essas pacientes no serviço de DST, foi observado que as mulheres procuram o ginecologista primeiro, em serviços ginecológicos variados.

Os dados apresentados referem-se à demanda da unidade e não podem ser colocados como a incidência de DST nesse município.

Houve maior porcentagem de diagnóstico sem DST (21,2%) seguido de uretrite não gonocócica (UNG) (15,2%), gonorréia (14,4%), condiloma acuminado (13,6%) e outras patologias (11,4%), nas quais estão incluídas todas as DST não relaciona-

das na Tabela 3, como escabiose (contato sexual é um dos meios de transmissão), *pitirius pubis*, etc. Não houve nenhum diagnóstico de sífilis terciária e apenas quatro de sífilis congênitas em criança abaixo de um ano de idade, sem relato de sexo no registro. A maior porcentagem de sífilis encontra-se no item “sífilis sem especificação” (Tabela 3). Na Tabela 3, também se observa maior número de diagnóstico no item “sem DST”. No item “gardnerelose”, não houve diagnóstico, a partir de 1992, devido à apuração desses dados ter entrado no item “leucorréia inespecífica”, como foi feito com as sífilis.

A relação de atendimento homem/mulher manteve-se em torno de 4:1, nos anos estudados, conforme é apresentado na Tabela 4.

No período de 1988 e 1995, a faixa etária mais acometida foi a compreendida entre 20-29 anos (Tabela 5).

Entre 1988 e 1995, houve queda no número de casos atendidos de cancro mole e gonorréia. Além das atividades de atendimento direto a pacientes, o CRN-DST realizou, em

Tabela 3

| Diagnóstico | Frequência | Porcentagem, % |
|-------------------------|------------|----------------|
| Cancro mole | 3.057 | 5,4 |
| Candidíase | 753 | 1,3 |
| Condiloma acuminado | 7.702 | 13,6 |
| Donovanose | 1 | 0 |
| Gardnerelose | 986 | 1,7 |
| Gonorréia | 8.150 | 14,4 |
| Herpes genital | 1.612 | 2,8 |
| Leucorréia inespecífica | 2.529 | 4,5 |
| Linfogranuloma venéreo | 212 | 0,4 |
| AIDS | 23 | 0 |
| Sífilis Congênita | 4 | 0 |
| Latente | 1.355 | 2,4 |
| Primária | 568 | 1,0 |
| Secundária | 243 | 0,4 |
| Sem especificação | 1.777 | 3,1 |
| Terciária | 0 | 0 |
| Tricomoniase | 643 | 1,1 |
| Uretrite não gonocócica | 8.622 | 15,2 |
| Outras patologias | 6.493 | 11,4 |
| Sem DST | 12.039 | 21,2 |
| Total | 56.769 | 100 |

*Dados de 1993 – apenas num período de 6 meses.

Tabela 4

| Período | Feminino, % | Masculino, % |
|---------|-------------|--------------|
| 1988 | 18 | 82 |
| 1989 | 20 | 80 |
| 1990 | 17,7 | 82,3 |
| 1991 | 17,7 | 82,3 |
| 1992 | 21,8 | 78,2 |
| 1993 | 20 | 80 |
| 1994 | 23,7 | 76,1 |
| 1995 | 23,9 | 76,1 |
| Total | 100 | 100 |

Tabela 5

| Faixa etária, anos | Frequência | Porcentagem, % |
|--------------------|------------|----------------|
| 0-14 | 305 | 0,5 |
| 15-19 | 8.126 | 14,3 |
| 20-29 | 33.489 | 59 |
| 40-49 | 10.763 | 19 |
| 50-59 | 923 | 4,4 |
| ≥ 60 | 336 | 1,6 |
| Total | 56.769 | 100 |

*Dados de 1993 – apenas num período de 6 meses.

1994 e 1995, dez treinamentos em DST para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, perfazendo um total de cem profissionais treinados nos níveis municipal, estadual e federal. Para o ano de 1996, estavam programados mais três treinamentos para os níveis municipal, estadual e federal e supervisão prática para 50 funcionários da rede municipal, que já haviam participado de treinamentos anteriores.

Além de atividades de orientação educativo-preventiva dos pacientes do CRN-DST, também são realizados outros trabalhos nessa área, como fornecimento de material impresso e orientação, principalmente para alunos das escolas de Belo Horizonte, que procuram o Serviço diariamente, instituições filantrópicas, empresas, colégios e outros setores da comunidade interessados no recebimento de orientação sobre DST.

Foram atendidos 52 locais, conforme descrito anteriormente. Essas atividades também foram realizadas em anos anteriores, porém com menor intensidade.

Tabela 6

| Patologias | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|-------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 8.645 | 8.124 | 9.728 | 9.151 | 6.173 | 3.976 | 4.994 | 5.978 |
| Cancro mole | 12,7% 656 | 8,1% 544 | 5,6% 347 | 3,8% 154 | 2,4% 63 | 1,6% 115 | 3,3% 78 | 1,3% 1.100 |
| Candidíase | 2,6% 229 | 3,0% 244 | 2,0% 195 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 1,4% 85 |
| Condiloma acuminado | 12,9% 1.117 | 12,8% 1.036 | 14% 1.360 | 13,3% 1.224 | 11,6% 715 | 13,4% 533 | 16,4% 821 | 15% 896 |
| Donovanose | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0,02% 1 |
| Gardnerelose | 3,6% 307 | 3,9% 313 | 3,8% 366 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 |
| Gonorréia | 15,7% 1.354 | 16,2% 1.317 | 18,6% 1.810 | 15,8% 1.449 | 12,8% 789 | 12% 479 | 9,8% 489 | 7,7% 463 |
| Herpes genital | 2,6% 228 | 2,6% 215 | 2,5% 240 | 2,7% 250 | 2,9% 180 | 2,9% 117 | 2,8% 139 | 4,1% 243 |
| Leucorréia inespecífica | 1,8% 152 | 2,3% 186 | 2,6% 252 | 9,3% 851 | 5% 306 | 0% 0 | 5,4% 270 | 8,6% 512 |
| Linfogranuloma venéreo | 0,6% 51 | 0,7% 53 | 0,6% 56 | 0,3% 30 | 0,2% 9 | 0,1% 4 | 0,06% 3 | 0,1% 6 |
| Outras patologias | 10% 871 | 10,8% 874 | 11,6% 1125 | 12,6% 1162 | 12,3% 759 | 16,8% 668 | 9,7% 484 | 9,2% 550 |
| Sem DST | 10,3% 899 | 15,8% 1.286 | 15,7% 1.526 | 17,6% 1.612 | 29,3% 1.807 | 34,6% 1.377 | 30,8% 1.538 | 33,4% 1.994 |
| AIDS | 0% 0 | 0,01% 1 | 0,01% 1 | 0,08% 7 | 0,1% 4 | 0,06% 4 | 0,05% 3 | 0% 3 |
| Sífilis Congênita | 0% 0 | 0,04% 3 | 0% 0 | 0% 0 | 0,02% 1 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 |
| Latente | 5,3% 453 | 4,7% 380 | 4% 390 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 2,2% 132 |
| Primária | 2,7% 234 | 2,2% 178 | 1,4% 132 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0,4% 24 |
| Secundária | 1% 86 | 0,9% 72 | 0,7% 67 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0,3% 18 |
| Sem especificação | 1,3% 110 | 1,3% 102 | 0,9% 91 | 6,6% 601 | 4,8% 296 | 5,2% 205 | 5,2% 260 | 1,9% 112 |
| Terciária | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 |
| Tricomoniase | 2,6% 228 | 2,5% 201 | 1,8% 178 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0% 0 | 0,6% 36 |
| Uretrite não gonocócica | 14,2% 1.226 | 14,4% 1.007 | 14,3% 1.395 | 17,6% 1.618 | 18,7% 1.153 | 13,2% 526 | 17,5% 872 | 13,8% 825 |

*Dados de 1993 - apenas num período de 6 meses.



unimed
SÃO GONÇALO - NITERÓI



CARTAS AO EDITOR

THE INPOUCH™ TV TEST FOR TRICHOMONIASIS

KENNETH A. BORCHARDT, PhD

Trichomoniasis, perhaps one of the least well known of the current sexually transmitted diseases (STDs), is now being recognized as having major medical significance. The World Health Organization (WHO) has estimated that each year *Trichomonas vaginalis* infections produce approximately 180 million cases worldwide and 7 million cases in the United States^{1,2}.

INTRODUCTION

As many as one out of 5 sexually active women may be infected with trichomoniasis in their lifetime. Seven to 32% of women examined in sexually transmitted disease (STD) clinics and 5% others attending family planning clinics have been positive for trichomoniasis³. Three contemporary clinical studies on female patients in India, Costa Rica, and Uganda revealed infection rates of 14%, 19%, and 47.1%, respectively^{4,5,6}.

An important sequela of trichomoniasis may occur in the female during pregnancy, which is associated with a premature rupture of the membranes, resulting in a low birth weight of the neonate⁷. Vaginal discharge is another significant clinical presentation and in one study was observed in 25 of 26 (96%) culture positive patients with *T. vaginalis*⁸.

Trichomoniasis in the male frequently produces symptoms similar to those of nongonococcal urethritis in addition to other genitourinary sequelae⁹. The

majority of males present clinically either with a self-limiting or an asymptomatic infection, and 15 to 50% of females are asymptomatic¹⁰. It is important to acknowledge that trichomoniasis increases the hosts susceptibility to the human immunodeficiency virus¹¹.

DIAGNOSIS

Establishing a laboratory identification for *T. vaginalis* requires employing one of the following procedures: the Papanicolaou stain; enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), latex agglutination; direct fluorescent antibody (DFA); DNA probe; saline wet-mount; or an *in vitro* culture. These methods vary in their sensitivity, specificity, cost per test, and some may require special laboratory equipment (Table 1).

In the United States the saline wet-mount and an *in vitro* culture are the two most frequently employed laboratory tests. Although the wet-mount is an inexpensive and rapid test, its sensitivity may be 35 to 80%¹². Three of the most critical factors effecting its sensitivity are: the experience of the microscopist in identifying *T. vaginalis* in clinical specimens, the density of *Trichomonas* present, and the transport time from patient to microscopy.

While the wet-mount is a more rapid test and may produce positive results within a shorter time period, *in vitro* culture remains the 'gold standard' for definitive identification of *T. vaginalis*¹³.

Professor do Clinical Science do Laboratório de Ciências Biomédicas, Universidade Estadual de San Francisco - EUA

*Trichomoniasis, perhaps
one of the least well
known of the current
sexually transmitted
diseases (STDs).*

All of the commercial broth culture media differ in their sensitivity; specificity; storage requirements; shelf-life; and technology time required to perform a test. Diamond's, Trichosel, and Hollander's are 3 of the media that have been available for culture. These tubed media have a variable shelf-life at 5°C. Before microscopy, transfer of an aliquot of the cultured specimen is required on to a glass coverslipped-slide.

INPOUCH™ TV TEST

The InPouch test introduced a new and unique concept for concomitant maintenance, transport, and detection of *T. vaginalis*. It consists of a two chambered pouch which is fabricated of a clear plastic film for clarity in viewing that maintains a reduced Eh for increased growth, and eliminates media loss. A channel separates the chambers to facilitate media passing between them after inoculation. The InPouch™ test contains 4 ml of a selective medium inhibitory for both yeast and bacteria. The Figure 1 presents the two chambered pouch and a plastic viewer that is clamped over the bottom chamber for microscopy. Specimen evaluation may be completed within 2-3 minutes. The test has a shelf-life of one year when stored between 15-25°C.

CLINICAL STUDIES WITH THE INPOUCH™ TV TEST

In the initial clinical study 102 wet-mount negative specimens were cultured in both the InPouch™ and Hollander's medium. The InPouch™ demonstrated 15 positive specimens, while 12 of the same patients were positive with Hollander's media¹⁴.

An epidemiological study evaluated female patients in San Jose, Costa Rica, for trichomoniasis⁵. Their ages ranged between 18 to 70. Fifty-seven of the patients were from a STD clinic and 43 from two hospital populations. The patients were either asymptomatic, presented symptoms of a vaginal discharge, itching, or dyspareunia. All of the patients specimens were cultured with the InPouch™ and evaluated with a saline wet-mount. Only two of the 13 culture positive test were wet-mount positive. None of the InPouch™ negative tests were wet-mount positive. The prevalence rate for trichomoniasis was 19% in the STD population and 4.6% for the hospital group. Six patients who had been diagnosed by cytological smears were both wet-mount and culture negative. None of the 19% culture positive patients were wet mount positive.

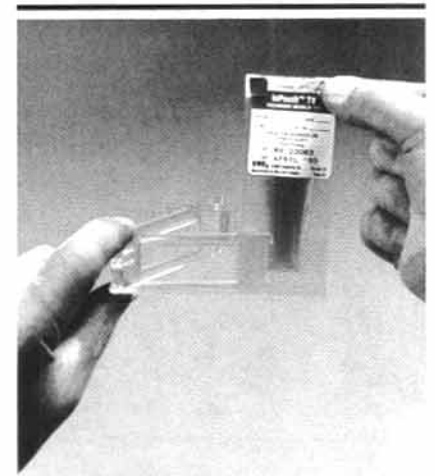


Figure 1

The prevalence of trichomoniasis was evaluated in an evening STD clinic comparing the InPouch™ to saline wet mount microscopy¹⁵. This study included 204 male patients who varied in their ethnic origin, general health, and ranged in age between 16 and 72 years. Appropriate diagnostic tests for other STDs were performed. Twenty-four of the 204 patients (12%) were culture positive for trichomoniasis, and only 3 of the 24 were wet mount positive. Both the youngest patient at 16 years and oldest at 72 were positive for trichomoniasis. These results confirmed the sensitivity of InPouch™ employing urine sediment.

The relative sensitivity of the InPouch™, modified Diamonds, and Trichosel was compared in supporting growth of clinical isolates at dilutions of approximately 2.0×10^4 , 2.0×10^3 , and 2.0×10^2 /ml of motile *T. vaginalis*¹⁶. The data evaluated at 0.01 level of statistical analysis demonstrated better InPouch™ sensitivity at each dilution with a greater number of positive cultures. At 96 hours the total positives for each of the tests were: 112/129 for the InPouch™; 78/129 for modified Diamond's; and 74/129 for Trichosel.

The first self-administered vaginal swab test for trichomoniasis employed the InPouch™ and was performed in a rural population in Uganda⁵. All of the samples were

Table

Evaluation of laboratory diagnostic tests for *Trichomonas vaginalis*

| Test | Sensitivity |
|---------------------|-----------------------------------------------------|
| Papanicolaou stain | Cytological smears are frequently inaccurate |
| ELISA | Only detects antibodies of the IgG and IgA class |
| Latex agglutination | Variability in sensitivity |
| DNA probe | Sensitivity of 90-99% |
| DFA staining | Sensitivity better than saline wet mount |
| Saline wet mount | Sensitivity variable from 40-70% |
| Culture-Hollander's | Sensitivity better than 80% |
| Culture-Trichosel | Sensitivity of 76.7% at 1.0×10^3 dilution* |
| Culture-Diamond's | Sensitivity of 76.7% at 1.0×10^3 dilution* |
| Culture-InPouch™ | Sensitivity of 100% at 1.0×10^3 dilution* |

*Genitourin Med, 73, *4, pp. 297-8, 1997.

*Treatment
of trichomoniasis
in the United States
is restricted
to metronidazole.*

collected in the homes of the participants. A total of 136 samples were available for microscopic evaluation and 47.1% of these were positive for *T. vaginalis*.

Another clinical study evaluated the validity of self-obtained vaginal specimens for trichomoniasis employing the InPouch™. This study compared the self-administered vaginal swab specimen to a clinician collected specimen. A clinician-collected specimen was used for a wet-preparation examination. There was no significant difference between the self-administered positives tests (22, 84.6%) and the clinician-collected positives (23, 88.5%) specimens. Eighteen of the wet-mount tested were positive for a sensitivity of 68%.

TREATMENT FOR TRICHOMONIASIS

Treatment of trichomoniasis in the United States is restricted to metronidazole. The recommended regimen is oral metronidazole, either 2 mg in a single dose or 250 mg tid for 7 days. Treatment for the sex partner requires 250 mg oral metronidazole

tid for 7 days³. Other derivatives of 5-nitroimidazole such as tinidazole, ornidazole, secnidazole, and nitorazole are infrequently prescribed¹⁷. When *T. vaginalis* resistance occurs, it is neither attributable to the failure of metronidazole absorption in the intestinal tract nor availability at the nidus of *Trichomonas* activity in the host¹⁸. A study determining the resistance of *T. vaginalis* employed a broth-dilution method of modified Diamond's medium. The results confirmed metronidazole resistance in some of the *T. vaginalis* isolates tested¹⁹.

The InPouch™ was used to evaluate *T. vaginalis* isolates from 16 symptomatic female patients²⁰. Eleven of the patients responding to 250 mg tid of oral metronidazole were considered to have sensitive *Trichomonas*, whereas the 5 treatment failures were resistant. Both the minimum inhibitory concentration (MIC) and minimum lethal concentration (MLC) were

determined for each isolate employing the InPouch™. The dilutions of metronidazole varied between 0.4 ug/ml and 50 ug/ml. *Trichomonas* sensitive to metronidazole demonstrated MLC's between 0.4 and 3.1 ug/ml, whereas the resistant organisms (treatment failures) exhibited MLC's between 6.2 and 50 ug/ml. Statistically there was a significant difference between the clinically resistant and sensitive *Trichomonas* ($t=5.47$, $p<0.005$). This procedure using the InPouch™ offers a definitive method for defining treatment failures.

SUMMARY

Trichomoniasis is an important sexually transmitted disease worldwide. An appropriate test must be sensitive, specific, simple to use, offer an extended shelf-life, be cost-effective, and demonstrate an easy interpretation. The InPouch™ fulfills each of these criteria.

Key words: STD/Trichomoniasis, clinical significance, InPouch™ Test, diagnosis.

REFERENCES

1. KRIEGER, J.N. - Urologic aspects of trichomoniasis. *Invest. Urol.*, 18: 411-17, 1981.
2. BROWN, M.T. - Trichomoniasis. *Practitioner*, 209: 639-41, 1972.
3. MCGREGOR, J.A. - Trichomoniasis; A common challenge in STD treatment. *STD bulletin*, 8, 6: 3-111, 1988.
4. SARDANA, S. et al. - Epidemiological analysis of *Trichomonas vaginalis* infection in inflammatory smears. *Acta Cytologica*, 38: 693-7, 1994.
5. BORCHARDT, K.A. et al. - A clinical evaluation of trichomoniasis in San Jose, Costa Rica, using the InPouch™ TV test. *Genitourin. Med.*: 328-30, 1992.
6. WAWER, M.J. et al. - Self-administered vaginal swabs for population-based assessment of *Trichomonas vaginalis* prevalence. *The Lancet*, 145: 31, 1995.
7. GRICE, A.C. - Vaginal infection causing spontaneous rupture of the membranes and premature delivery. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynecol. Br. Common*, 4: 156-8, 1974.
8. SCHWEBKE, J.R. et al. - Validity of self-obtained vaginal specimens for diagnosis of trichomoniasis. *J. Clin. Microbiol.*, 35: 1618-19, 1997.
9. KRIEGER, J.N. - Trichomoniasis in men: old issues and new data. *Sexually Transmitted Diseases*, March-April: 83-96, 1995.
10. REIN, M.F. & MULLER, M. - *Trichomonas vaginalis*. In: Holmes KK, Weisner P.A. (ed.) - *Sexually Transmitted Diseases*. McGraw-Hill Book Co., San Francisco, CA: 525-36, 1984.
11. PROVENZANO, D. & ALDERETE, J.F. - Analysis of human immunoglobulin-degrading cysteine proteinases of *Trichomonas vaginalis*. *Infection Immun.* 63: 3388-95, 1995.
12. McMILLIAM, A. - Laboratory diagnostic methods and cryopreservation of trichomonas. In: Honigsberg B. M. (ed.), *Trichomonas in humans*. Springer-Verlag, New York: 207-310, 1991.
13. LOSSICK, J.G. & KENT, H. L. - Trichomoniasis: Trends in diagnosis and management. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 165: 1217-22, 1991.
14. BORCHARDT, K.A. & SMITH R.F. - An evaluation of an InPouch™ culture method for diagnosing *Trichomonas vaginalis*. *Genitourin. Med.*, 67: 49-52, 1991.
15. BORCHARDT, K.A. et al. - Prevalence of *Trichomonas vaginalis* in a male sexually transmitted disease clinic by interview, wet mount microscopy, and InPouch™ TV culture. *Genitourin. Med.*, 71: 405-6, 1995.
16. BORCHARDT, K.A. et al. - A comparison of the sensitivity of the InPouch™, Diamond's and Trichosel media. *Genitourin. Med.*, 73: 297-8, 1997.
17. MULLER, M. et al. - Three metronidazole-resistant strains of *Trichomonas vaginalis* from the United States. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 138: 808-12, 1980.
18. ROBERTSON, D.H.H. et al. - Treatment failure in *Trichomonas vaginalis* infection in females. I. Concentrations of metronidazole in plasma and vaginal content during normal and high dosage. *J. Antimicrob. Chemother.*, 21: 373-8, 1988.
19. RALPH, E.D. et al. - Susceptibility of *Trichomonas vaginalis* strains to metronidazole: response to treatment. *Sex. Trans. Dis.*, July-Sept., 120-24, 1980.
20. BORCHARDT, K.A. et al. - An in vitro metronidazole susceptibility test for trichomoniasis using the InPouch™ TV test. *Genitourin. Med.*, 72: 132-5, 1996.



CARTAS AO EDITOR

ESPECULAÇÕES SOBRE O POSSÍVEL PAPEL DA IMUNIDADE NATURALMENTE ADQUIRIDA AO HIV (INA) NO CONTROLE NATURAL DA PANDEMIA DE AIDS

RICARDO VERONESI

APRESENTAÇÃO DE NOVO CONCEITO IMUNOLÓGICO NA EXPLICAÇÃO DO FENÔMENO "MICRO" VERSUS "MACRO" INFECÇÕES COMO MODULADORAS DAS RESPOSTAS DE SETORES ESPECÍFICOS DO SISTEMA IMUNOLÓGICO ENCARREGADOS DA IMC (SUBCLASSE DE LINFÓCITOS TH-1) E SETOR DA IMA (SUBCLASSE DE LINFÓCITOS TH-2)

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Relativos à morbidade e à mortalidade por AIDS, no Brasil (*Bol. Epid. Min. Saúde*) e nos EUA (*MMWR*) vêm demonstrando, a partir de 1993, sensível declínio tanto no número de casos de AIDS e de óbitos pela síndrome. Considerando-se que a maioria dos aidéticos dos países em desenvolvimento não tem acesso às drogas anti-retrovirais, torna-se difícil atribuir as mesmas tais resultados. Nesse contexto, estamos especulando sobre o papel de outros fatores que podem estar influenciando nesse fenômeno.

HIPÓTESE DO AUTOR

Os dados epidemiológicos mencionados e a revelação cada vez

mais intensa, na literatura médica, sobre casais discordantes, resistência à infecção pelo HIV observada em profissionais de sexo, profissionais de saúde e esposas de hemofílicos sugeriram ao autor levantar uma hipótese para explicar esse fenômeno biológico, que está ocorrendo em todo o mundo: de acordo com Shearer & Clerici, surpreendentemente, indivíduos soronegativos, pertencentes a grupos de indivíduos que exercem atividades de risco (prostitutas, viciados em drogas injetáveis, crianças nascidas de mães soropositivas, porém gerando filhos soronegativos, e homossexuais soronegativos), quando testados para IMC, deram resultados positivos em um ou mais dos seguintes testes que medem IMC: linfoproliferação *in vitro*, dosagem de IL-2 e presença, no sangue periférico, de linfócitos CD-8 citotóxicos.

Para explicar a discordância de soronegatividade, na presença de imunidade mediada por células (IMC), invocamos os princípios básicos da imunologia, que ensinam que baixas doses de antígeno ativam uma subclasse de linfócitos denominados Th-1, que são responsáveis pela IMC, enquanto altas doses de anti-antígeno estimu-

Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)

lam os linfócitos subclasse Th-2, que são responsáveis pela IMA, além de inibir a ação dos Th-1 nesse contexto, com uma estimativa de 40 milhões de indivíduos soropositivos para HIV em todo o mundo, poderíamos ter meio bilhão de indivíduos que, apesar de serem soronegativos, apresentam resistência natural à infecção pelo HIV, adquirida por "microinfecções" causadas por baixas cargas de antígeno HIV, contidas em fluidos orgânicos sem sangue, como esperma e saliva.

Nesse contexto especulativo, poderíamos prever que a exemplo histórico do que aconteceu com outras doenças infecciosas, no passado (tuberculose), esses meca-

O Brasil e EUA vêm demonstrando, a partir de 1993, sensível declínio tanto no número de casos e de óbitos pela AIDS.

nismos passam a conferir resistência altamente eficaz contra o agente infeccioso. A exemplo da proteção conferida naturalmente pela IMC (detectada pelo PPD e presença de complexo primário na tuberculose e teste de Mitsuda na lepra), na AIDS, os testes de IMC comprovam de que forma está sendo feito o controle natural dessa pandemia em todo o mundo. Se nossa especulações forem comprovadas através de uma expansão das investigações já men-

cionadas, então, estaremos autorizados a prever que a pandemia de AIDS estará sob controle natural dentro de 5-10 anos.

No laboratório de imunologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), estamos investigando a presença de IMC em 200 indivíduos soronegativos, pertencentes a grupos de atividades de risco, como casais discordantes, esposas de hemofílicos, profissionais do sexo e profissionais de saúde, comparados com grupo de controle, sem atividades de risco para o HIV.

Endereço para correspondência:
RICARDO VERONESI
R. Angatuba 546 - CEP 1247-000 - São Paulo-SP

Carta ao Editor II



I.U.S.T.I.

INTERNATIONAL UNION AGAINST
SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS
Founded in 1923 for international cooperation in the
control of sexually transmissible diseases



On the Roster of the United Nations Economic and Social Council
An Official Non-Government Organisation in Consultative Status with the World Health Organisation

RP588
23 July 1997

The Presidents
Dr Mauro Passos
JBDST
Eleá Ciência Editorial
Rua Haddock Lobo
88/6º Andar
RIO DE JANEIRO - RJ
Brasil
CEP: 20260-132

Dear Dr Passos

I am writing to thank you most sincerely for arranging for me to receive copies of your JBDST numero 1 and 2 of volume 9 this year.

I very much appreciate the opportunity to read them.

I was most interested in the article on oral HPV infections illustrated with cytology and histopathology, and am arranging to show this to my laboratory colleagues. I also noted the two epidemiological articles on notified cases in the January/February issue, and the case report of vulvar myiasis.

With very best wishes.

Yours sincerely

C R PHILPOT
Secretary General

President
Dr Michael Waugh
GUM Dept. Sunnybank Wing
Leeds General Infirmary
Great George Street
Leeds LS1 3EX
ENGLAND
Tel: +44 (113) 292 6762
Fax: +44 (113) 292 6387

Secretary General
Dr Ross Philpot
135 Hutt Street
Adelaide SA 5000
AUSTRALIA
Tel: +61 (8) 6232 4511
Fax: +61 (8) 8379 8145
Email: iusti@ozemail.com.au

Assistant Secretary
Dr Barbara Romanowski
10316-132 Street
Edmonton T6N 1Z1
CANADA
Tel: +1 (403) 427 2830
Fax: +1 (403) 422 2892

Second Asst Secretary
Prof Ngeow Yun Fong
Dept of Medical Microbiology
University of Malaya
59100 Kuala Lumpur
MALAYSIA
Tel: +60 (3) 750 2264/2125
Fax: +60 (3) 755 7740
Email:

Honorary Treasurer
Dr James Bingham
GUM Department
St Thomas' Hospital
Lambeth Palace Road
London SE1 7EH
ENGLAND
Tel: +44 (171) 928 9292
ext. 1606/7
Fax: +44 (171) 922 8291

Vice President
Prof Detlef Petzold
Universitäts Hautklinik
Voß-Straße 2
D-6900 Heidelberg
GERMANY
Tel: +49 (6221) 56 5200
Fax: +49 (6221) 56 5406

O **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis** aceita trabalhos originais de revisão e atualização, relatos de casos, notas prévias, etc., de qualquer tema ligado a Doenças Sexualmente Transmissíveis. Os artigos enviados devem ser acompanhados de uma carta de apresentação, garantindo: (a) que o artigo seja original; (b) que nunca tenha sido publicado e, caso venha a ser aceito não será publicado em outra revista; (c) que não tenha sido enviado a outra revista e não o será enquanto estiver sendo considerada sua publicação pela JBDST; (d) que todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e que leram e aprovaram a versão final; (e) que não são omitidos quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse no material abordado no artigo; (f) que o JBDST passa a ter os direitos autorais, caso o artigo venha a ser publicado e (g) os artigos apresentados para publicação deverão conter na sua apresentação final a assinatura de todos os seus autores. A carta de apresentação deve indicar o autor responsável pelas negociações sobre adaptações do artigo para a publicação, fornecendo seu telefone e endereço.

DIRETRIZES PARA A PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

Orientações gerais: Os originais devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês, e serem enviados em três cópias impressas em folha de papel branco, tamanho A4 (210X297mm); com margens de 25mm em ambos os lados e espaço duplo em todas as seções; fonte Times New Roman, tamanho 12; páginas numeradas no canto superior direito, a começar pela página de rosto. Utilizar preferencialmente o processador de textos Microsoft Word[®]. O tamanho máximo recomendado é de 25 páginas para artigos originais, 10 páginas para relatos de caso e duas páginas para as demais seções, incluindo as referências bibliográficas. Os artigos escritos em espanhol e inglês deverão conter resumo em português e inglês.

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

Página de rosto: Deve conter (a) o título do artigo, conciso e explicativo, evitando termos supérfluos; (b) versão exata do título para o idioma inglês; (c) título abreviado (para constar na capa e topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços; (d) primeiro e último nome dos autores e iniciais dos sobre-nomes; (e) a titulação mais importante de cada autor; (f) instituição ou serviço ao qual os autores estão vinculados; (g) nome, endereço, telefone, fax e E-mail do autor responsável pela correspondência; (h) fonte financiadora ou fornecedora de bolsas, equipamentos e materiais, quando for o caso.

Resumo em português: O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1400 caracteres e deve ser apresentado no chamado formato semi-estruturado, que compreende obrigatoriamente as seguintes cinco seções, cada uma das quais devidamente indicada pelo subtítulo respectivo:

- **Fundamentos:** Trata-se do "background" que justifica esta publicação. Representa o ponto central contido na introdução do trabalho e deve conter achados prévios relevantes, designando se são estes do autor ou de outros investigadores.

- **Objetivo:** Informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. O objetivo do trabalho deve resultar do final da "Introdução" e se relacionar aos "Fundamentos".

Referências bibliográficas: As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos entre parênteses. Devem ser apresentadas nos moldes do *Index Medicus*, de acordo com os exemplos abaixo (quando o número de autores ultrapassar 6, somente os três primeiros devem ser citados seguidos da expressão *et al.*). No caso de ser um fascículo este deve ser indicado entre parênteses após o volume.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO



• Artigo em periódico

(1) BUENO, S.M.V., MAMEDE, M.V. – Comportamento das Profissionais do Sexo: relacionamento a DST AIDS. *J. Bras. Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 1997; 9(3) 4-9.

• Livro ou monografia

(2) TINKER, J. – AIDS: como prevenir, conviver e cuidar. *J. Ed. Noruega, Cruz Vermelha*, 1987.

• Capítulo em livro

(3) PAIVA, V. – Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. In: Parker, R. et al. – *A AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, IMS*, 1994.

• Trabalho apresentado em congresso ou similar já publicado

(4) TOMPSON, N. LILLO, P. – The Crescent Proben of DST: adolescent. *Abstracts of the XXV American Pediatrics Congress, Idaho*, 1991, 104.

Tabelas: Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e com um título sucinto, porém explicativo.

- **Métodos:** Informar o delineamento do estudo (randomizado, duplo-cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (nível de atendimento, clínica privada, comunidade, instituição, etc.), os participantes (indivíduos, animais, materiais, produtos, etc) critério de seleção e exclusão, as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração. Para cada resultado relatado deve haver um método descrito. Os métodos não podem conter resultados.

- **Resultados:** Informar os principais dados, intervalos de confiança e/ou significância estatística dos resultados detalhados no trabalho. Os resultados não podem conter métodos.

- **Conclusões:** Apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Sempre que possível indicar as implicações das conclusões. Abaixo do resumo, fornecer três a seis descritores, que são palavras-chave ou expressões-chave que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar descritores integrantes da lista de "Descritores em Ciências da Saúde", elaborada pela BIREME e disponível nas bibliotecas médicas.

Resumo em inglês (abstract): O "abstract" deve ser uma versão do resumo para o idioma inglês, com o mesmo número máximo de palavras e com os seguintes subtítulos: "Background", "Objective", "Methods", "Results" e "Conclusions". Os descritores devem fazer parte da lista de "Medical Subject Headings" do *Index Medicus*, conforme constam na publicação citada pela BIREME.

Texto: O texto dos artigos deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo: (a) "Introdução"; (b) "Métodos"; (c) "Resultados"; (d) "Discussão" e (e) "Conclusões". A "introdução" deverá ser curta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e a justificativa do trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos. A seção de "métodos" deve descrever a população estudada, a amostra, critérios de seleção,

com definição clara das variáveis e análise estatística detalhada, incluindo referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Os "resultados" devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em seqüência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados. A "discussão" deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já existentes na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As "conclusões" devem ser apresentadas, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos): Enviar original e cópia. Devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas. No verso de cada figura, deve ser colocada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras: Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números, em espaço duplo.

Abreviaturas: Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Devem ser evitadas no título e nos resumos.

Artigos de Revisão: Os artigos de revisão, serão aceitos de autores de reconhecida experiência em assuntos de interesse para os leitores. Os artigos de revisão deverão ser apresentados no mesmo formato que os artigos originais, contendo: página de rosto, título, resumo e descritores em português e inglês, texto, referências bibliográficas, tabelas e figuras. O número de páginas deve limitar-se a 25, incluindo a bibliografia.

Relatos de casos: Devem conter página de rosto com as mesmas especificações exigidas e explicitadas anteriormente. O texto é composto por uma introdução breve que situa o leitor em relação à importância do assunto e apresenta os objetivos da apresentação do(s) caso(s) em questão, o relato resumido do caso e os comentários, nos quais são abordados os aspectos relevantes e comparados com a literatura. Sigam-se os agradecimentos, a bibliografia, as tabelas e legendas de figuras (todas em folhas separadas).

Cartas ao editor: O envio de cartas ao editor comentando, discutindo ou criticando os artigos publicados na JBDST serão bem recebidas e publicadas desde que aceitas pelo Conselho Editorial. Recomenda-se tamanho máximo de uma página, incluindo referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

LEITURA RECOMENDADA AOS AUTORES

- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *JAMA*, 1993; 169: 2282-2286

- HAYNES, R.B., MULROW, C.D., HUTH, E.J., ALTMAN, D.J., GARDNER, M.J. – More informative abstracts revisited. *Ann. Inter. Med.*, 1990, 113: 69,76.

- BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde: lista alfabética – 2ª ed. rev. amp. São Paulo: BIREME, 1992, 111.

Os trabalhos deverão ser enviados para:

DST – Jornal Brasileiro de DST – Setor DST
R. Prof. Hernani de Melo, 101 – Anexo
CEP: 24210-130 – Niterói – RJ.