

JB

ISSN 0103-0465

DST

**Jornal Brasileiro de Doenças
Sexualmente Transmissíveis**

VOLUME 11

Nº 6 - 1999

INDEXADA: LILACS



**Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis
Órgão Oficial para América Latina da União Internacional
Contra as Infecções de Transmissão Sexual (IUSTI)
Órgão Oficial do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis
MIP / CMB / CCM / Universidade Federal Fluminense**

6



Jornal Brasileiro de Doenças
Sexualmente Transmissíveis

SUMÁRIO

EDITORIAL

NAVEGANDO PREVENÇÃO DAS DST/AIDS NA INTERNET SURFING STD/AIDS PREVENTION IN THE INTERNET	3
---------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Rubem de Avelar Goulart Filho

ARTIGOS

PREVENÇÃO DE DST/AIDS: UMA ABORDAGEM JUNTO A FAMÍLIAS DE ADOLESCENTES PREVENTION OF STD/AIDS: AN APPROACH CLOSE TO ADOLESCENTS FAMILIES	4
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Ana Fátima Carvalho Fernandes, Almerinda Holanda Gurgel, Thereza Christina Julião

COMPREENDENDO O PORTADOR HIV/AIDS USUÁRIO DE DROGRAS COMPREHENSION OF HIV/AIDS BARER BEHAVIOR DRUG USERS	10
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Nilzemar Ribeiro de Souza, Edna Paciência Vietta

A VIOLÊNCIA, A MULHER DETENTA E A VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS THE VIOLENCE, THE PRISONER WOMAN AND THE VULNERABILITY TO THE STD/AIDS	17
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Annecy T. Giordani, Sônia M. V. Bruno

PREVENÇÃO DE DST/AIDS: UMA ABORDAGEM JUNTO A FAMÍLIAS DE ADOLESCENTES PREVENTION OF STD/AIDS: AN APPROACH CLOSE TO ADOLESCENTS FAMILIES	26
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Marco Antonio de Castro Figueiredo, Maria Rosa Rodrigues Rissi

RELATO DE CASO

PSORÍASE GENITAL SIMULANDO BALANOPOSTITE GENITAL PSORIASIS RESEMBLING BALANOPOSTITIS	32
-----------------------------------------------------------------------------------------------	----

Mauro RL Passos, Vandira MS Pinheiro, Alice G Bacellar, Marco AO Apolinário, ACF Machado, Eliane P Dias

INFORMES TÉCNICOS

ELIMINATING SYPHILIS FROM THE UNITED STATES	34
<i>National Center of HIV, STD, and TB Prevention Center for Disease Control and Prevention, Atlanta - USA</i>	
IUSTI WORLD SECRETARY GENERAL'S REPORT FROM THE 37TH GENERAL ASSEMBLY IN MELBOURNE, AUSTRALIA, JUNE 1997 TO THE 38TH GENERAL ASSEMBLY - SUN CITY, SOUTH AFRICA, NOVEMBER 1999	35
COLABORADORES DO JB DST DE 1999	37



SBDST

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

Av. Roberto Silveira, 123 - Niterói - RJ
CEP 24230-160
Tels.: (021) 710-1549 e 711-4766

DIRETORIA SBDST

Presidente:

Ivo Castelo Branco Coelho

1º Vice-Presidente:

Geraldo Duarte

2º Vice-Presidente:

Adele Benzaken

1º Secretário:

Mauro Ramos

2º Secretário:

José Antônio Simões

1º Tesoureiro:

Telma Queiroz

2º Tesoureiro:

José Carlos Sardinha

Diretor Científico:

Mauro Romero Leal Passos

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

Geraldo Duarte (SP)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Humberto Jonas Abrão (MG)

Luiz Carlos Moreira (RJ)

Nero Araújo Barreto (RJ)

Paulo da Costa Lopes (RJ)

Roberto de Souza Salles (RJ)

Rubem de Avelar Goulart Filho (RJ)

Vandira Maria dos Santos Pinheiro (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)
Iara Moreno Linhares (SP)
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)
Neide Kalil (RJ)
Ney Francisco Pinto Costa (RJ)
Paulo Canella (RJ)
Paulo César Giraldo (SP)
Pedro Chequer (DF)
Raimundo Diogo Machado (RJ)
Renata de Queiroz Varela (RJ)
René Garrido Neves (RJ)
Sílvia Maria Baeta Cavalcanti (RJ)
Solange Artimos de Oliveira (RJ)
Tomaz Barbosa Isolan (RS)
Vilma Duarte Câmara (RJ)
Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional

Ahmed Latif (Zimbábue)
Andreas Nauer (Alemanha)
Evelio Perea (Espanha)
Hunter Handsfield (EUA)
Juan Carlos Flichmann (Argentina)
Ken Boechart (EUA)
Luis Olmos (Espanha)
Peter Piot (UNAIDS - Suíça)
Philippe Jutras (Canadá)
Steven Witkin (EUA)

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

**MIP / CMB / CCM
Universidade Federal
Fluminense**

Outeiro de S. João Batista, s/nº
Campus do Valonguinho - Centro
Niterói - RJ - 24210-150
Tel.: (21) 719-4433 (Fax): (21) 719-2588
Tel.: (21) 620-8080 - Ramal 298
e-mail: MIPMAUR@VM.UFF.BR
<http://www.uff.br/dst/>

Reitor da UFF:

Cícero Mauro Fialho Rodrigues

Vice-Reitor da UFF

Antonio José dos Santos Peçanha

**Pró-Reitor de Pesquisas e
Pós-Graduação:**

Jésus de Alvarenga Bastos

Pró-Reitor de Planejamento:

Clínio Freitas Brasil

Pró-Reitor de Assuntos Acadêmicos:

Esther Hermes Luck

Pró-Reitor de Extensão:

Firmino Marsico Filho

Diretor do CCM:

Maximus Taveira Santiago

Diretor do Instituto Biomédico:

Tarcísio Rivello

Chefe do MIP:

Otilio Machado Pereira Bastos

Chefe do Setor do DST:

Mauro Romero Leal Passos

Secretária do JBDST:

Dayse Dacache Felício

Diretor do HUAP:

Francisco Luiz Gonzaga da Silva

Diretor da Faculdade de Medicina:

José Carlos Carraro Eduardo

Prefeito do Campus Universitário:

José Carlos Batista Xavier

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

José Serra

COORDENAÇÃO NACIONAL DE

DST/Aids

Pedro Chequer



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

Presidente:

Michael Waugh

Secretário Geral:

Ross Philpot

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

Direcionamento e Distribuição:

O **Jornal Brasileiro de DST** é direcionado aos sócios da SBDST, Urologistas, Ginecologistas, Assinantes, Bibliotecas, Centros de Estudos, Centros de Referências, Bancos de Sangue e Entidades afins. Entidades que mantêm convênio.

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

Diagramação:

Geraldo F. de Souza Machado

INDEXADA: LILACS - Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde.



Navegando prevenção das DST/Aids na Internet

Surfing STD/Aids prevention in the Internet

RUBEM DE AVÊLAR GOULART FILHO*

Inegavelmente a Internet deve ser considerada um veículo de comunicação importante na divulgação de informações para a população em geral.

O Núcleo de Processamento de Dados da Universidade Federal Fluminense (UFF) elaborou há aproximadamente três anos a página do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis (www.uff.br/dst), com textos resumidos e fotografias de algumas DST, como também considerações importantes sobre a Síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/Aids), sem, em momento algum, ter a pretensão de esgotar tão vastos assuntos.

Nessa página incluímos o *link* da Coordenação Nacional de DST e Aids – Ministério da Saúde (www.aids.gov) a fim de propiciar aos internautas outras informações sobre a temática, como também à política desenvolvida pela Coordenação Nacional.

Antes de disponibilizarmos essa página na Internet, efetuamos uma pesquisa de opinião dirigida a um grupo que já utilizava essa ferramenta, tendo como resultado dessa consulta cerca de cinquenta por cento das opiniões contrárias a essa divulgação. Embora os resultados não tenham sido animadores, não desistimos do nosso objetivo.

Hoje, avaliando a nossa decisão de incluímos informações sobre a prevenção das DST/Aids, concluímos que, acertamos ao fazer uso dessa tecnologia de informação, pois o número de acessos à página e *e-mails* recebidos têm aumentado expressivamente no decorrer dos últimos três anos.

De agosto de 1997, até o final de 1999, percebemos um crescente acesso a web do DST, supomos que no segundo semestre de 2000, teremos alcançado 100 mil visitas.

Por conseguinte, consideramos que o público alvo vem correspondendo às nossas expectativas, pois as perguntas, consultas, solicitações de palestras e consultorias têm sido expressivas, de forma que não estamos conseguindo suprir essa demanda adequadamente.

Enfim, concluímos que é de fundamental importância investir em esforços para disponibilizar mais informações e fazer uso de novas ferramentas para agilizar o acesso a nossa página bem como, minimizar a demanda gerada ao abordarmos tais assuntos que ainda encontram-se permeados por preconceitos, tabus e resistências por parte de uma significativa parcela da sociedade. Contudo, devemos considerar que essas informações constituem-se num fator importante para a formação de multiplicadores e prevenção das doenças de transmissão sexual e da síndrome da imunodeficiência adquirida.

* Diretor da Divisão de Operação do Núcleo de Processamento de Dados - Universidade Federal Fluminense (UFF/PROPLAN), Mestrando do Programa de Pós-graduação em DST/Setor DST/MIP/CMB/CCM-UFF



ARTIGO

Prevenção de DST/Aids: uma abordagem junto a famílias de adolescentes

Prevention of STD/Aids: an approach close to adolescents families

ANA FÁTIMA CARVALHO FERNANDES¹, ALMERINDA HOLANDA GURGEL¹, THEREZA CHRISTINA JULIÃO²

RESUMO

Este estudo tem como objetivo conhecer o preparo das famílias e sua atuação na prevenção das DST/Aids com jovens. Trata-se de um estudo de natureza exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados com 15 famílias oriundas do município de Redenção- Ceará, no período de janeiro a fevereiro de 1999, analisados de acordo com a metodologia proposta por Bardin a qual permitiu a construção das seguintes temáticas: Conhecimento sobre DST/Aids, atuação da família e mudando rumos. Verificou-se que as famílias utilizam o diálogo com aconselhamento na educação dos jovens para a prevenção, porém esbarra em barreiras como: preconceitos, tabus, vergonha, despreocupação dos jovens com o risco pessoal e falta de tempo dos pais. Concluiu-se que as famílias não têm conhecimento suficiente sobre DST/Aids, e não participam de forma eficiente na prevenção dessas doenças, dificultando assim a educação dos adolescentes

Palavras-chave: DST/Aids, Prevenção, Adolescentes

ABSTRACT

This study has as objective knows the preparation of the families and your performance in the prevention of STD/Aids in the youths. It is a study of nature exploratory, descriptive, with qualitative approach. The data were collected with 15 families originating from of the municipal district of Redenção - Ceará, in the period of January to February of 1999, analyzed in agreement with the methodology proposed by Bardin (1977) and it allowed the construction of the following ones thematic: Knowledge on STD/Aids, Performance of the Family and Changing Directions. It was verified that the families use the dialogue with advertisement in the youths' education for the prevention, however it dashes in barriers as: prejudices, taboos, shame, the youths' easiness with the personal risk and lack of time of the country. It was ended that the families don't have enough knowledge on STD/Aids, and they don't participate in an efficient way in the prevention of these diseases, hindering like this the adolescents education

Keywords: STD/Aids, Prevention, Adolescents

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) têm aumentado sua incidência na população em geral, crescendo sua importância por estar atingindo progressivamente maior número de crianças e adolescentes.

¹ Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

¹ Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

² Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Ceará

O interesse pela temática surgiu a partir de uma experiência educativa com adolescentes e educadores de escolas públicas

Dentre as DST, a Aids torna-se um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. A abrangência do problema ainda é mais preocupante quando observamos os crescentes índices de casos de Aids entre a população jovem (Brasil, Ministério da Saúde, 1997:10). Levando em consideração o período de incubação desta doença, podemos inferir que muitos destes indivíduos foram infectados na adolescência.

A adolescência é uma fase importante no processo de desenvolvimento pessoal, sendo marcada por mudanças físicas e psicológicas que influenciam o desenvolvimento sexual.

O interesse pela temática surgiu a partir de uma experiência educativa com adolescentes e educadores de escolas públicas, desenvolvida através de oficina de trabalho sobre DST/Aids no município de Redenção - Ceará em maio de 1998.

Durante a vivência, verificou-se que a maioria dos adolescentes eram desinformados. Os educadores relataram a dificuldade de desenvolver ações educativas sobre sexualidade, DST/Aids com estes, uma vez que esbarravam com o preconceito e ignorância das famílias, as quais consideravam o assunto "promíscuo" e inadequado para seus filhos. Os educadores eram mal compreendidos em sua ação de educar e, muitas vezes, considerados incentivadores da atividade sexual precoce.

Reconhecendo a valiosa influência da família na educação dos adolescentes e compreendendo que mudar esta realidade significa conhecer o preparo das famílias e sua atuação na prevenção das DST/Aids entre estes jovens, o estudo objetiva: Verificar o nível de conhecimento dos familiares de adolescentes sobre as DST/Aids e detectar os fatores que dificultam o diálogo entre pais e filhos no que concerne à sexualidade e DST/Aids.

2. METODOLOGIA

O estudo é de natureza exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, visto que permite descrever as expressões, relatos e experiências dos entrevistados, possibilitando - a descrição das características do fenômeno debatido utilizando como técnica de coleta de dados a entrevista Gil (1991, p. 45-46).

A pesquisa foi realizada na área de abrangência do Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV - São Gerardo, do município de Redenção-Ceará, no período de janeiro a fevereiro de 1999.

A população objeto deste estudo constituiu-se de 15 famílias, que tinham pelo menos um de seus membros em fase de adolescência, considerando neste estágio os indivíduos na faixa etária de 12 a

19 anos. A coleta foi feita através de entrevistas semi-estruturadas, com apenas um membro de cada família (14 mães e 1 pai), em seus domicílios.

Os dados foram analisados e organizados tendo como base a metodologia indicada por Bardin (1977), por ser uma das formas que melhor se adequa a investigação qualitativa do material sobre saúde. Minayo (1996). A partir da convergência das idéias semelhantes das informações obtidas nas falas, agrupou-se os dados em categorias de 3 unidades temáticas as quais foram interpretadas e explicadas através de embasamento teórico: conhecimento sobre DST/Aids, Atuação da Família na Prevenção das DST/Aids entre os Adolescentes, Mudando os Rumos da Contaminação dos Adolescentes por DST/Aids.

3. APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Conhecimento sobre DST/Aids

Procurando analisar as falas, tentamos organizar esses dados formando categorias que foram denominadas de Desconhecimento das Famílias acerca das DST/Aids, Conhecimento Errôneo das Famílias sobre Transmissão e Sintomas das DST/Aids, Conhecimento Estigmatizado a Grupos Específicos e Conhecimento Básico sobre as DST/Aids.

Desconhecimento das famílias acerca das DST/Aids

As famílias relataram falta de conhecimento acerca das DST, principalmente quando abordadas sobre o conceito e a variedade dessas doenças, como podemos observar nas falas:

"não sei, nunca vi." "Não sei responder." "Não conheço."

Isso demonstra a falta de informação e preparo das famílias, o que dificulta a participação destas na efetiva educação dos adolescentes. Esta atitude pode impedir o diálogo no ambiente familiar e conseqüentemente o acesso dos adolescentes à informação, uma vez que as ações educativas sobre a sexualidade esbarram diante da ignorância de muitos pais que consideram o assunto inadequado ou promíscuo para os filhos.

Conhecimento errôneo das famílias sobre transmissão e sintomas das DST/Aids

Verificamos através das falas que as famílias ainda têm informações distorcidas acerca das DST. Pode-

As famílias ainda marginalizam o problema das DST/Aids no interior de grupos específicos, estigmatizando principalmente a mulher e os jovens

mos citar como exemplo disso o fato de um entrevistado mencionar que as DST podem ser transmitidas por mosquito, outro respondeu que DST era uma doença transmitida através da sexualidade, demonstrando não compreender a diferença entre sexo e sexualidade. Algumas famílias citaram como sintomas das DST: *orelha crescida, mal hálito*; como tipo de DST o *câncer* e como modo de prevenção *não andar em terra quente*.

O fato das famílias possuírem conhecimentos deturpados pode também prejudicar a efetiva prevenção das DST entre os jovens, pois jovens erroneamente informados estão tão expostos aos riscos quanto os totalmente desinformados.

Conhecimento estigmatizado a grupos específicos

As famílias ainda marginalizam o problema das DST/Aids no interior de grupos específicos, estigmatizando principalmente a mulher e os jovens, considerados os responsáveis pela disseminação da doença por serem vistos como grupos expostos à promiscuidade, como podemos observar através dos relatos:

“são os jovens que têm relação e podem pegar coisas.”

“doenças que a mulher pega, dá problema nos órgãos, no útero, ovários;”

“acho que é a mulher que tem caso com homem doente ou a mulher que não zela suas partes.”

As pessoas tendem a colocar as DST/Aids como doenças de ocorrência em grupos distintos, especialmente no caso da Aids, que no início foi predominante em homossexuais e posteriormente em usuários de drogas endovenosas. Para Pinheiro (1997:3) *essa imagem pode ter levado a população masculina ou feminina heterossexual a não ter maiores cuidados na relação sexual, já que é uma das principais vias de transmissão*.

Conhecimento básico sobre as DST/Aids

Alguns entrevistados citaram como exemplo de DST principalmente a *Aids*, seguida da *gonorréia*, *sífilis*, *cancro mole* e *condiloma*. Os sintomas relatados foram; *caroço, verruga, ferida, corrimento, mancha no corpo, inflamação, coceira, gânglios, febre, perda de peso, cansaço e falta de apetite (no caso da Aids), sangramento e dor no pé da barriga*.

Quanto aos modos de prevenção as famílias refe-

riram com maior frequência o uso da camisinha, seguido do exame ginecológico:

“uso da camisinha para a pessoa se defender.”

“os homens devem usar camisinha e as mulheres também;”

“preservativo e exame ginecológico, através dele se descobre para se prevenir;”

“fazer prevenção de câncer.”

Também responderam coerentemente ao conceito de DST através das falas:

“são doenças perigosas, que levam pessoas à morte. Mantém relação com as pessoas e pega a doença;”

doenças do mundo, pega de outras pessoas para as pessoas que são sadia.”

Vale ressaltar que algumas famílias relataram desconhecer a variedade de DST, no entanto, sabiam os sintomas e modos de prevenção, como também relataram os sintomas quando indagadas sobre os tipos de DST, isso demonstra que as famílias conhecem os sintomas de um forma geral, entretanto, não relacionam o sintoma à doença específica.

Atuação da Família na Prevenção das DST/Aids entre os Adolescentes

Procurando visualizar o papel desempenhado pelas famílias na prevenção das DST/Aids entre os adolescentes, questionamos nas entrevistas quais os sujeitos responsáveis pela educação dos jovens quanto as DST e sexualidade e procuramos identificar as estratégias utilizadas para essa educação. Agrupamos os dados nas seguintes categorias: família: unidade de cuidado, fontes de apoio para a prevenção das DST/Aids entre os adolescentes e entaves ao abordar DST e Aids.

Família: unidade de cuidado

Apesar da maioria (60%) das famílias entrevistadas repassarem a tarefa da educação para prevenção das DST/Aids aos professores, profissionais de saúde ou amigos, 40% das famílias entrevistadas relataram participar do processo de educação dos jovens sobre as DST /Aids, utilizando como estratégias o diálogo e a transferência de informações através de material educativo.

Muitos pais se excluem da educação de seus filhos acerca das DST/Aids e até consideram outras pessoas mais adequadas para abordar o assunto com os adolescentes

Indagadas se atuavam na educação dos jovens para prevenção das DST/Aids e maneiras que utilizavam para abordar o assunto, elas assim se expressaram:

“sim. Primeiro falo de maneira que possa entender o linguajar, dou o conteúdo para entender o assunto e depois falo sobre a doença. Converso, mostro material educativo, apostilas;”

“sim, com meus filhos. Chamo e aconselho, converso, passo informações;”

“eu converso e ensino para ter cuidado.”

A pedagogia do diálogo utilizada pelas famílias é citada por Paulo Freire *apud* Gadotti (1991:46) como essencial ao processo de transformação: *não há progresso humano sem diálogo (...) o momento do diálogo é o momento em que os homens se encontram para transformar a realidade.*

Sobre quem consideravam a pessoa mais adequada para abordar o assunto com os adolescentes, membros da família foram citados em apenas 20% das entrevistas:

“as mães para as filhas fêmeas e para os homens o dever é do pai;”

“as mães e pais estão em primeiro lugar, devem orientar seus filhos.”

Fontes de apoio para a prevenção das DST/Aids entre os adolescentes

Observamos que muitos pais se excluem da educação de seus filhos acerca das DST/Aids e até consideram outras pessoas mais adequadas para abordar o assunto com os adolescentes. Dessa forma, professores e profissionais ligados à saúde como médicos, enfermeiros e agentes de saúde foram citados como fontes de apoio essenciais na educação sexual na fase da adolescência:

“enfermeiros, médicos, orientadores de saúde, professores;”

“na escola, os professores, pois os pais não tem coragem de falar para os filhos e os filhos têm vergonha;”

“a doutora pode explicar direito.”

Segundo Mourão (1997:2) *O impasse da vida moderna, nem sempre permite aos pais ajudarem seus*

filhos a se desenvolverem de forma integral. Cabe a escola o processo educativo e assumir grande parte da tarefa que caberia aos pais.

Entraves ao abordar DST/Aids

Nas entrevistas, as famílias ressaltaram a vergonha, a inibição tanto dos pais como dos filhos como fator que dificulta o diálogo, como podemos observar nos relatos:

“tenho vergonha para conversar com filho homem e acho que não precisa pois ele já tem entendimento, nos livros que eles estudam já tem tudo sobre isso. Também tenho vergonha com filha mulher;”

“Filho acho difícil, acho muito íntimo, acho mais fácil com outros adolescentes de outras famílias. Me envergonho, principalmente se for filho homem;”

“me acanho, prefiro que uma pessoa de fora explique, pois os filhos não querem escutar conversa dos pais. No meu tempo minha mãe não falava comigo, mas eu já sabia.”

De fato, tratar o assunto da prevenção das DST/Aids significa levantar questões relativas à sexualidade e às relações entre os gêneros, conteúdos que costumam ser evitados por estarem envoltos em tabus relacionados à cultura ou falta de instrução adequada.

Para Pinheiro (1998: 2) *o apoio da família nem sempre é concretizado. Para existí-lo faz-se necessário lutar contra o preconceito, a discriminação; questões estigmatizadas pela sociedade, e não aceitas na maioria das famílias.*

Os entrevistados citaram como barreira à prevenção a falta de preocupação dos adolescentes com a possibilidade de adquirir uma DST/Aids:

“às vezes eles levam como brincadeira, não querem ouvir, acham que não vale nada. A gente aconselha pois no fim sobra para a gente;”

“se vamos dar um conselho ao filho, para eles é história, dizem que não existe aquilo, é mentira. Acham que não acontece com eles, não levam a sério;”

Devido a falta de preocupação com o risco pessoal, que as pessoas consideram para os outros, os adolescentes costumam ignorar ou dar pouca atenção aos conselhos e informações dadas pelos pais, isso gera insatisfação dos pais, que nesse momento, passam a evadir-se de suas responsabilidades, deixando

A conscientização dos próprios adolescentes citada pelas famílias é um dos requisitos básicos para o autocuidado

do esses jovens sujeitos ao total desconhecimento ou a mercê da educação informal recebida de outras fontes.

A falta de educação da própria família foi relatada como entrave à atuação desta na prevenção das DST/Aids entre os adolescentes:

“eu não entendo bem, não sei ler. Pessoas que sabem ler entendem mais que as pessoas que não sabem.”

“os pais muitas vezes não sabem explicar, não conhecem. Tem mulher que nunca fez nem prevenção.”

Foi relatada também a falta de tempo dos pais como entrave a socialização de informações quanto a prevenção das DST/Aids para os adolescentes no meio familiar:

“fica difícil o diálogo entre mãe e filha por falta de tempo, principalmente porque a mãe trabalha.”

A atual conjuntura política de nosso país obriga que todos os membros das famílias tenham que trabalhar para viver em melhores condições de vida, isto faz com que pouco ou nenhum tempo do dia seja dedicado a convivência familiar e, conseqüentemente, ao diálogo entre os membros.

Mudando os rumos da contaminação dos adolescentes por DST/Aids

Procuramos identificar as sugestões das famílias sobre o que fazer para mudar os rumos da contaminação crescente de DST/Aids entre os jovens e como seria a participação da família ao alcance deste fim. A partir das respostas, organizamos três categorias assim denominadas: educação familiar, o adolescente e o autocuidado e apoio educativo em busca da prevenção das DST/Aids entre os jovens.

Educação familiar

A educação dada aos adolescentes no meio familiar foi apontada como essencial para a prevenção de DST/Aids:

“orientar os adolescentes para como devem se defender. A mãe deve orientar, ensinar como se defende.”

“deve aconselhar os filhos.”

“juntar o pai, a mãe e a família e contar para eles.”

“orientar os filhos para que quando for ter caso com alguém, usar camisinha para não transmitir doenças para eles.”

Observamos através das falas que as famílias consideram o diálogo baseado em orientação e conselhos um meio para conscientizar os jovens para a prevenção, entretanto, a repressão e a detenção dos filhos em casa foi citada por algumas famílias como meio de isolar os adolescentes dos perigos, evitando a possibilidade de adquirir uma DST/Aids:

“prender os filhos em casa, não deixar sair muito, pode evitar essas coisas.”

Os adolescentes devem participar do mundo, tentar isolar os adolescentes dos acontecimentos da vida não irá ajudá-los a evitar a possibilidade de adquirir uma DST/Aids, uma vez que eles também vivem no mundo e com outras pessoas e neste processo passam por situações várias onde se expõem a doenças que podem ser evitadas se receberem educação e orientação adequadas.

O adolescente e o autocuidado

As famílias mencionaram uma provável sensibilização dos jovens à uma mudança de comportamento que envolva prevenção efetiva e atitudes mais positivas frente às DST/Aids, como o autocuidado:

“os adolescentes devem se prevenir ao ter relação. Os adolescentes eles mesmos devem evitar, cada qual deve evitar, não procurar doença”

“não andar com pessoas que têm doenças, ter cuidado, conhecer a pessoa que tá saindo.”

Citando Orem, Foster (1993:91) revela que *autocuidado efetivamente executado, contribui de maneiras específicas para a integridade da estrutura humana, para o funcionamento da pessoa e para seu desenvolvimento.*

A conscientização dos próprios adolescentes citada pelas famílias é um dos requisitos básicos para o autocuidado, é o início das ações voltadas para prover o autocuidado referente às DST/Aids.

Apoio educativo em busca da prevenção das DST/Aids entre os jovens

A educação faz parte de qualquer processo com propósito de mudança. A orientação advinda princi-

palmente de professores e profissionais de saúde foi relatada pelas famílias como primordial a fim de fornecer-lhes informações que possibilitem a conscientização para uma prevenção efetiva ou tratamento adequado:

“fazer trabalho educativo, informativo.”

“palestras, reunião, palestra com professores, reunião com agentes de saúde”

“um trabalho com eles dos agentes de saúde, profissionais de saúde, formar um grupo e falar com os adolescentes.”

Para muitas famílias a educação em DST/Aids construída no meio familiar não é suficientemente adequada, sendo necessário esse apoio advindo de pessoas consideradas mais preparadas, mais informadas, mais aptas a prestar orientação aos jovens.

4. CONCLUSÃO

As famílias não participam de forma eficiente na prevenção das DST/Aids entre os adolescentes. Sua atuação esbarra diante da falta de conhecimento ou conhecimento inadequado das famílias, preconceito, vergonha, tabus; o que dificulta o diálogo, considerado essencial pelas famílias na orientação dos jovens para a prevenção. Portanto, as famílias pro-

curam o apoio de professores e profissionais de saúde por considerar-lhes mais habilitados para abordar o assunto. No entanto, não afastam a importância da educação familiar e da conscientização dos jovens ao autocuidado para uma efetiva prevenção das DST/Aids. Tais reflexões devem ser consideradas na formação de estratégias educativas junto às famílias a fim de prepará-las para atuar educando os jovens para a prevenção.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed.70, 1977.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Boletim Epidemiológico**. Ano X n° 04 – Semana Epidemiológica 36 a 48 – Setembro a Novembro de 1997, p. 8-24.
- GADOTTI, M.. **Convite a leitura de Paulo Freire**. 2ª ed. São Paulo: Scipione. 1991, p.46.
- FOSTER, Peggy Coldwell. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p.90-107.
- GIL, **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas.1991,p. 45-46.
- MINAYO, MCS (Org.) et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- MOURÃO, MLM. **Nível de conhecimento dos adolescentes sobre educação sexual numa escola pública**. Fortaleza: UFC, 1997, 44p. (Mimeo)
- PINHEIRO, PNC. et al. **Doenças Sexualmente Transmissíveis: uma porta de entrada para Aids**. Texto mimeografado.1997,13p.
- _____. **A família frente ao doente de Aids**. Fortaleza. UFC,1998, 28p (mimeo)

Endereço para Correspondência:
Ana Fátima Carvalho Fernandes
Rua Lauro Maia, 950/402, Fortaleza-CE
CEP: 60055-210



Compreendendo o portador HIV/Aids usuário de drogas

Comprehension of HIV/Aids barer behavior drug users

NILZEMAR RIBEIRO DE SOUZA¹ EDNA PACIÊNCIA VIETTA²

RESUMO

Com o intuito de contribuir para a compreensão do comportamento do portador HIV/aids diante de sua infecção/doença, buscou-se identificar os conhecimentos, atitudes, sentimentos e crenças que esses pacientes nutrem à respeito da doença, as concepções que influenciam na persistência do estigma e, das posturas negativas na interação com os seus familiares. Para direcionar a presente investigação utilizou-se como referencial teórico o "Modelo de Crenças em Saúde" proposto por Rosenstock, 1996. Para a compreensão dos fenômenos estudados, recorreu-se aos depoimentos dos sujeitos, utilizando para tal a metodologia qualitativa. A pesquisa foi realizada no contexto do Ambulatório Escola - Escola de Enfermagem de Passos - UEMG, onde foram entrevistados 11 pacientes, usuários de drogas, com diagnóstico confirmado de HIV/Aids. O estudo permitiu compreender que, diante do diagnóstico, os sujeitos se afastam de seus amigos e familiares, temerosos de serem rejeitados. Muitas vezes são cobrados e lembrados de que são portadores da infecção/doença, o que parece aumentar ainda mais suas culpas. Quando mal informados, temem ainda mais se aproximar das pessoas que amam por receio de contaminá-las. Conclui-se com o trabalho que o enfermeiro precisa estar familiarizado com possíveis conflitos que se desencadeiam nestas situações, a fim de

que perceba a influência da dinâmica familiar que se estabelece em consequência dos problemas emocionais emergidos.

Palavras-chave: Portador HIV/Aids, Usuário de drogas, Modelo de Crenças em Saúde

ABSTRACT

Aiming to cooperate to the comprehension of HIV/Aids barer behavior face to his/her illness, we tried to identify the knowledge, attitudes, feelings and beliefs these patients have about this illness, the conceptions that influence the persistence of the stigma and both, negative postures in the interaction with his/her relatives. To manage this present research we used as a theoretical reference the "Health Belief Model" suggested by Rosentock, 1996. We made use of patients' statements, to the comprehension of the subjects studied making use of a qualitative methodology. The research was made in the interior of the Scholl Ambulatory. Escola de Enfermagem de Passos - UEMG, where eleven patients, were interviewed, being all drug users and having a confirmed diagnosis of HIV/Aids. The study allowed to understand that facing the diagnosis, the HIV/Aids bearers get away from their friends and family, fearing to be refused by relatives, feeling sometimes to be questioned and frequently reminded that they are HIV/Aids bearers, what makes them increase their blames. When they don't have enough information, they are afraid of approaching to people they love fearing contaminate them. We concluded that nurses must be accustomed to possible conflicts that

¹ Doutoranda do Programa de enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Docente da Faculdade de Enfermagem de Passos-MG

² Professora Doutora, Departamento de Psiquiatria e Ciências Humanas da EERP-USP

O preconceito, faz com que os portadores/doentes se tornem, de si mesmos, algozes, carregados de culpa diante do que não podem reverter - culpa que a família, os amigos, a sociedade reforçam

may happen in such situations feelings the influence of a family dynamic that appears as a consequence of emotional problems that arise.

Keywords: HIV/Aids barer, Drug users, Health Belief Model

1. INTRODUÇÃO

A Aids, na atualidade, constitui-se um dos maiores problemas de Saúde Pública. Intensos esforços são aplicados na busca das soluções, e não obstante, o futuro do portador do HIV/Aids ainda continua incerto. O fato de afetar toda a população, faz da Aids causa de elevadíssima taxa de letalidade, pois não há até o momento tratamento ou vacina eficaz, além do que ainda não se avista, no horizonte turvo, a definitiva panacéia.

Devido as características de transmissibilidade, as medidas preventivas, embora imprescindíveis resultam em difícil implementação. A epidemia gera impacto social e econômico em todas as nações, constituindo-se em uma doença extremamente estigmatizadora. Verifica-se a presença de preconceito, acentuada rejeição e conseqüente discriminação, fatores que agravam a sobrevida destes pacientes e se constitui em problemas de ordem social de grandes dimensões.

O preconceito, faz com que os portadores/doentes se tornem, de si mesmos, algozes, carregados de culpa diante do que não podem reverter - culpa que a família, os amigos, a sociedade reforçam com cobranças, discriminação, isolamento e omissão.

Nosso interesse e motivação pelo presente estudo surgiram de reflexões realizadas ao longo de nossa experiência profissional, no exercício de atividades tanto de docência quanto assistencial. Nasceram, sobretudo, do nosso trabalho durante a supervisão de estágios do curso de graduação em Enfermagem na Clínica Médico-Cirúrgica, e, especialmente através da assistência prestada aos portadores de HIV e Aids hospitalizados nesta unidade.

No contexto do hospital a situação é bastante conflitante, o medo do contágio é determinado pela falta de informação e pelo desconhecimento. Apesar da epidemia ter mais de treze anos, observam-se ainda, as incertezas e dúvidas sobre a doença, prevalecendo o medo do contágio associado ao significado metafórico do HIV/Aids: doença, morte, uso de drogas, sexo ilícito, homossexualidade e castigo. Preocupados em utilizar normas de biossegurança e outras medidas de proteção, os profissionais muitas vezes esquecem-se do ser humano e de suas neces-

sidades de aceitação, compreensão e amor.

Nossa indagação teve início ao conhecer uma paciente durante uma visita de rotina. Num quarto de final de corredor encontramos-na:

tristonha, arredia e solitária naquele dia de visitas. Sua condição era degradante, evitava dialogar, mas ao ser indagada sobre seus familiares e amigos, acabou informando que não possuía nem um nem outro. Percebemos a necessidade que aquela paciente sentia do apoio de um familiar ou amigo, por isto tentamos confortá-la, mas em vão estávamos impotentes.

Outro fator que despertou nosso interesse, foi a observação dos procedimentos envolvidos no processo de admissão destes pacientes no hospital geral. Podemos constatar que estas internações mobilizam toda a equipe médica e de enfermagem que, de forma radical, adotam modificações na estrutura e no comportamento. No âmbito hospitalar, o preconceito surge do medo de assistir os indivíduos com HIV/Aids. Além de prejudiciais, tais atitudes não são desejadas, sendo importante humanizar os locais onde se presta atendimento a esses pacientes⁽⁶⁾. Não há procedimento de rotina para a internação para esses casos. O que existem são atitudes de imediato isolamento. Esses pacientes são acomodados, geralmente, em quartos afastados das enfermarias, a oscilação é de acordo com a infecção. Os portadores/doentes permanecem carentes de cuidados, privados do convívio dos demais e da equipe, abandonados com seus pensamentos.

Começamos a questionar a condição existencial do portador de HIV/Aids, principalmente o aspecto que apontava esta falta de interação e apoio dos familiares e amigos. Que estaria acontecendo? Que sentimentos estariam interferindo neste relacionamento, impedindo que os familiares comparecessem para saber de seu estado de saúde? Que crenças estariam nutrindo este comportamento, capazes de anular até mesmo os vínculos afetivos normais?

Nas interações estabelecidas com esses pacientes, podemos perceber quão carentes e necessitados estavam do apoio familiar, que pudesse ampará-los nos momentos difíceis. A doença é sofrimento para alguns e solidão para outros, podendo tornar-se maior onde o medo da contaminação impede que indivíduos se ajudem.

A angústia e a solidão do portador/doente, diante da indiferença aparente ou suposta de sua família, e todos aqueles outros aspectos abrangidos neste universo nos tocaram profundamente, despertando nosso interesse em entender esta atitude e estes sentimentos que, no fundo, certamente devem ser des-

*O modelo de crenças em
saúde revela a relação
entre o que as pessoas
acreditam e como
elas agem*

confortáveis e dolorosos para ambos, paciente e família.

No presente estudo, considerando ser de fundamental importância a atuação do enfermeiro como cuidador e testemunha dos problemas existenciais do portador do HIV/Aids, dada a sua íntima interação e a sua conscientização em agir em prol da saúde destas pessoas, faz-se necessário conhecer e compreender as razões que levam os pacientes portadores de HIV/Aids a agirem e comportarem de diversas maneiras em relação à doença.

Tentando colocar-nos na situação deste paciente, devido a importância de se estudar as crenças, sentimentos e atitudes do portador HIV/Aids e sua interação com os seus familiares, nos propusemos a realizar o presente estudo estabelecendo os seguintes objetivos: identificar o que o portador de HIV/Aids – usuário de drogas conhece sobre sua doença; detectar as crenças que o portador de HIV/Aids – usuário de drogas nutre a respeito desta patologia; identificar as emoções e sentimentos do portador de HIV/Aids – usuário de drogas relacionados à convivência com a família, que interferem na motivação externa da tomada de decisão em saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O modelo de crenças em saúde proposto por Rosenstock é utilizado para melhor compreender os fatores que influenciam na percepção e nas crenças das pessoas para se poder planejar efetivamente os cuidados para a manutenção ou reobtenção da Saúde. Considera-se crenças em saúde de uma pessoa, o fruto de suas idéias, condições e atitudes sobre saúde e doença. Segundo o autor, crenças em saúde podem ter como bases informações e desinformações, sendo comum numa dada comunidade ou família mitos, realidades vividas ou falsas concepções. O modelo de crenças em saúde revela a relação entre o que as pessoas acreditam e como elas agem. Portanto, as crenças tanto podem promover a saúde como influenciá-la negativamente. Neste Modelo é, portanto fundamental o conhecimento que os indivíduos têm a respeito da origem ou causa da doença. No caso dos portadores do HIV/Aids é sobretudo importante saber as crenças que o próprio doente tem a respeito de sua doença e como estas interferem no relacionamento familiar.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Para a investigação das crenças dos portadores de HIV/Aids é sua interação familiar, foi escolhido como campo de pesquisa, o Ambulatório Escola – Fa-

culdade de Enfermagem de Passos – Universidade do Estado de Minas Gerais; por se tratar de um Centro de Referência para a cidade de Passos e região. Este ambulatório assiste pacientes dos hospitais da rede

pública, de médicos particulares e cidades vizinhas que, após detectarem casos suspeitos ou confirmados, encaminham para o acompanhamento específico.

A coleta do presente estudo, teve a duração de três meses, com o objetivo de obter saturação dos dados. Foram investigados 11 pacientes cadastrados no Ambulatório Escola.

Para seleção das sujeitos foram considerados os seguintes critérios:

- a) ter diagnóstico confirmado de HIV/Aids (através do critério estabelecido pelo Ministério da Saúde³ – Programa de DST/Aids);
- b) ter ciência de seu diagnóstico;
- c) ter idade igual ou superior 18 anos;
- d) ter esclarecimentos prévios sobre a pesquisa e aceitar participar voluntariamente;
- e) ser usuário de drogas em geral (devido predominância do uso de drogas entre os pacientes do ambulatório, optamos trabalhar com esta amostragem);
- f) os dados foram obtidos de pacientes que aguardavam na sala de espera para consulta médica ou de enfermagem. Foram excluídos, pacientes em fase terminal, com impossibilidade de verbalizar ou com alterações de comportamento.

Utilizamos para coletar os dados a entrevista semi-estruturada, enfocando a temática das crenças, sendo orientada por um guia de assuntos ou roteiros de questões previamente elaborado, a partir de um plano piloto. As entrevistas foram gravadas, e transcritas pelas pesquisadoras, após cada sessão de entrevista. Após cada encontro com o paciente, era agendado seu retorno para o novo contato, conforme sua necessidade ou para complementação da entrevista.

Diante dos registros, o material foi submetido ao processo de categorização, que é um recurso imprescindível na garantia do rigor metodológico⁽⁷⁾. O material obtido foi então submetido a análise compreensiva tendo por base a interpretação do conteúdo, associado ao modelo de crenças em saúde de Rosenstock.

Adequar um referencial metodológico que nos desse a garantia do rigor metodológico nos levou a optar pelo⁽¹⁰⁾ já que este se afigurava como adequado ao Estudo do comportamento do portador de HIV/Aids – usuário de drogas, diante de sua infecção/doença. Buscávamos indicar neste contexto os conhecimentos, atitudes, sentimentos e crenças que esses pa-

O modelo estudado indica a importância de o indivíduo ter conhecimento da gravidade de sua doença para ter iniciativa de buscar ajuda

cientes nutrem à respeito da doença, as concepções que influenciam na persistência do estigma e, das posturas negativas na interação com seus familiares, bem como as repercussões psicossociais que atingem esses portadores/doentes. Para a compreensão dos fenômenos estudados, utilizou-se a metodologia qualitativa^(2, 8), História Oral Temática⁽⁸⁾. Dado seu caráter específico, a história oral temática tem características bem diferentes da História Oral de Vida. Detalhes da história pessoal do narrador apenas interessam na medida em que revelam aspectos úteis à informação temática central. A história oral temática não só admite o uso de questionário, como este se torna peça fundamental para a aquisição dos detalhes procurados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de melhor compreensibilidade dos resultados procedeu-se a análise temática dos discursos ou falas entendendo que o discurso é a forma através da qual o homem expressa, de maneira significativa, a inteligibilidade do ser-no-mundo. Foram apreendidos, na fala dos entrevistados, as vivências e emoções dos portadores de HIV/Aids e suas convivências com os familiares, sob o âmbito de suas crenças a respeito de sua infecção/doença. As questões abordadas serão analisadas e discutidas a seguir.

Características da amostra de pacientes portadores de HIV/Aids entrevistados

Apresentamos a caracterização demográfica dos portadores de HIV/Aids entrevistados que compreendem a amostra. Participaram deste estudo: 11 pacientes sendo: 07 do sexo masculino e 04 sexo feminino. A idade variou de 21 a 39 anos. Quanto ao estado civil 06 são solteiros, 04 amasiados e 01 viúvo. É importante mencionar que de um total de 11 sujeitos, 02 apresentaram o 1º grau completo, 02 cursaram até a 6ª série, enquanto 07 não completaram o primário. Quanto à categoria de exposição, 02 sujeitos são declarantes homossexuais, 01 heterossexual, 02 prostitutas, 01 usuária de droga EV/prostituta, 04 usuários de drogas, 01 usuário de droga/heterossexual. Destes todos são usuários de drogas entre elas: crack, maconha, artane, cocaína, álcool, drogas EV (não mencionadas); 03 sujeitos não mencionaram o tipo de droga utilizada; 02 deles são ex-presidiários.

Quanto à crença sobre a via de contaminação da doença: 05 sujeitos mencionaram a via sexual, enquanto 04 indicaram a contaminação por agulhas e

seringas compartilhadas, 01 indicou como via agulhas e seringas compartilhadas /e via sexual, 01 sujeito diz ter sido contaminado por agulhas e seringas compartilhadas, porém é comprovado que sua espo-

sa faleceu de Aids; Em relação à fase ou estágio da doença: 03 pacientes encontravam-se na fase II por ocasião da entrevista, 01 na fase III, 04 na fase IV - A, B, C1, 01 na fase IV B, C2 e 01 na fase IV-E. Estes dados foram apresentados visando a uma melhor caracterização dos sujeitos pesquisados.

Sinais e sintomas percebidos da doença

A situação vivida pelos sujeitos diante dos primeiros sinais e sintomas da Aids é bastante conflitante, porque a doença pode passar por um longo período assintomático. Nem todos sujeitos entrevistados obtiveram esta percepção.

“eu não senti nada. Minhas amigas começaram a fazer, me chamou e aí eu peguei e fiz. Eu fiz exame;”

“eu... já tem 6 anos que tenho essa doença e nada. Eu simplesmente já tinha na cabeça que eu tinha ela, por causa que tomei muito na veia. Eu tomava muita cocaína na veia, em rodada de parceiros e os parceiros morreram todos com essa doença. Ouvi dizer que só restou eu mesma, que o resto foi tudo. E aí eu resolvi fazer o exame, eu já estava ciente que eu tinha. Aí eu fiz o exame, esperei a resposta e o B. entregou (...).”

O diagnóstico da soropositividade esteve bastante relacionado com o comportamento do indivíduo, que fez exames para detectar a infecção, sem ter percebido seus sinais e sintomas.

Segundo o modelo estudado é importante que o indivíduo perceba e acredite que ele seja susceptível à doença⁽¹⁰⁾. No presente estudo fica claro haver algumas suspeitas por parte dos sujeitos que os levaram a fazer exames, embora negassem estar sentindo algum sintoma. Apesar de estarem cientes da exposição ao risco e de terem medo de contrair a doença, o fato de não ter sintomas aparece como barreira para a busca de confirmação diagnóstica.

Podemos perceber que alguns sujeitos tinham a certeza de que há muito tempo já estavam contaminados, porém se negavam a buscar a confirmação.

O modelo estudado indica a importância de o indivíduo ter conhecimento da gravidade de sua doença para ter iniciativa de buscar ajuda. No presente estudo encontrou-se indivíduos que só procuraram auxílio após a doença se encontrar instalada, dificultando o processo de tratamento:

O estigma que gira em torno da doença leva as pessoas infectadas muito mais a se esconderem do que se revelarem

"foi quando eu fiquei doente, eu internei na Santa Casa fizeram exame e deu positivo. Foi problema de... eu achei que estava com úlcera e gastrite, mas não foi eu acho que era problema de Aids..."

Na tentativa de negar sua própria condição de portador de Aids, o paciente procura inicialmente tratamentos alternativos. O estigma que gira em torno da doença leva as pessoas infectadas muito mais a se esconderem do que se revelarem. Tentando negar o diagnóstico, o paciente procura alternativas em diversas clínicas para solucionar problemas sintomáticos.

É importante ressaltar que uma das maiores preocupações dos sujeitos é a "perda de peso", que para eles é o que denuncia suas condições de portadores da doença, tornando-os imediatamente rotulados como "aidéticos" pela sociedade.

"... a gente emagrece muito, o pessoal da rua fica falando".

Crenças sobre o tratamento

O modelo de crença estudado afirma que o indivíduo para tomar ações de saúde necessita crer que uma determinada alternativa de tratamento será benéfica ou seja lhe trará resultados efetivos como por exemplo melhora ou cura. Neste estudo seis pacientes informaram estar recebendo algum tipo de tratamento medicamentoso, dos quais, cinco acreditam que possa ser benéfico para sua patologia, mas revelam que às vezes esquecem ou não querem tomar o medicamento. Alguns acreditam que o remédio pode ajudar, mas a maioria parece não dar o devido valor à medicação:

"o tratamento serve para prolongar a vida das pessoas. Eu faço tratamento e confio mais ou menos nele, eu fico indo para o hospital".

Três pacientes se mostraram extremamente descrentes em relação ao tratamento, se negam a realizá-lo pois não conseguem ver benefícios com o seu uso. Acreditam que o medicamento pode até matar, por isso têm medo do tratamento, não tomam os remédios prescritos, não seguem a prescrição corretamente:

"o tratamento serve para matar a gente mais depressa. A maioria que eu conheço depois que fizeram tratamento já morreram. Eu tenho medo, eu não faço tratamento".

Podemos observar que os relatos vêm de encontro ao referencial teórico^(10, 11), que afirma que quando o indivíduo apresenta um sintoma ele pode procurar auxílio médico para o seu diagnóstico, mas

o tratamento pode não ser seguido por várias razões (barreiras), entre elas o fato de ser um recurso inútil pelo fato de a moléstia não ter cura. Os sujeitos entrevistados além de não acreditarem na cura, muitas vezes acreditam que os remédios matam.

No caso da Aids, estamos diante de uma doença ainda incurável, porém é sabido que pode variar em sua evolução se o tratamento é corretamente seguido e se o paciente deposita confiança na equipe. O relacionamento terapêutico que se estabelece auxilia, também o paciente a enfrentar os temores da doença⁽⁵⁾.

Percepção de mudança após adquirir a doença

Observamos uma atitude de isolamento dos sujeitos e uma mudança de comportamento em relação às pessoas que os rodeiam. Os sujeitos passam a se comportar diferentemente com as pessoas e a controlar o seu afeto que evitam expressar, receios de contaminar alguém:

"meu comportamento, vícios, tudo mudou bastante, amigos. Hoje eu posso dizer que tenho três amigos. Antes eu tinha ... não por eles, eu é que escolhi assim (...);

"... eles não entenderiam à doença. Eles não cooperariam, não me apoiariam em nada, afastariam de mim. Então antes que fosse mais doloroso pra mim, eu preferi me afastar".

Percebemos uma certa indiferença quanto ao que mudou em suas vidas, o paciente lança mão de mecanismos que o auxiliam a diminuir o sofrimento ou a amenizar os acontecimentos:

"não mudou nada, é a mesma coisa ... eu acho que não mudou, o que era antes eu sou agora".

Podemos observar, nos entrevistados, a necessidade de auxílio, para o qual poderia ser sugerido um suporte psicoterápico⁽¹⁾ baseado nas queixas do paciente, tais como culpa associada ao fato de admitir ser a Aids uma doença que pode ser evitada, relacionada com práticas sexuais ou abuso de drogas e, ainda pelo isolamento social do doente. Além de subsidiar o conhecimento do doente acerca de sua enfermidade, poderíamos ajudá-lo a manejar os sentimentos de medo, culpa e hostilidade.

As crenças que os familiares nutrem à respeito do HIV/Aids vão influenciar no comportamento dos membros da família e nas reações que terão diante da confirmação do diagnóstico

Os profissionais de saúde deveriam atuar oferecendo assistência integral a este tipo de paciente e a sua família, atuando nos aspectos aqui levantados visando à diminuição de seus sofrimentos. A participação da família neste tipo de atendimento é de fundamental importância como suporte emocional. A aceitação da família em relação à situação do portador/doente é talvez a maior ajuda para o tratamento, desde que esta não o deixe ainda mais culpado pelo seu estado. Daí a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos quanto ao tipo de dinâmica familiar que estabelece.

Conhecimento da família sobre a doença

Notamos que a maioria dos familiares sabem sobre o diagnóstico dos sujeitos. Eles mesmos são os responsáveis pela comunicação. Alguns sujeitos optaram por não comunicar à família. Outros informaram que o distanciamento da família ocorreu antes do diagnóstico. Geralmente os companheiros (as) estão cientes do diagnóstico.

Os sujeitos expressaram que suas famílias sabem sobre os mecanismos evolutivos da doença, mas escondem ou negam comportamento que os levou a adquiri-la.

Certos familiares oferecem uma superproteção para compensar sentimentos de culpa. Um dos primeiros sentimentos é o de não acreditarem no que estão ouvindo, o que dificulta ainda mais a relação. Às vezes levam o portador para realizar exames em outros locais a fim de confirmar o diagnóstico:

“meu pai não acreditou, minha mãe não acreditou, depois minha mãe começou a ir ao psicólogo comigo, meu pai. Depois ele me mandou para Ribeirão Preto fazer Wertern blot, um exame lá e acabou de confirmar”.

As crenças que os familiares nutrem à respeito do HIV/Aids vão influenciar no comportamento dos membros da família e nas reações que terão diante da confirmação do diagnóstico. As atitudes poderão ser a de aceitação ou não do portador/doente. Tanto o conteúdo das crenças, quanto as atitudes subsequentes, podem ser fontes de stress na família, provocando desadaptação e rompimento da coesão entre seus membros.

Relacionamento com os familiares

Notamos que o relacionamento de alguns sujeitos com os familiares estava de alguma forma alterado mesmo antes da doença se instalar, portanto,

parece não ter havido grandes mudanças após o diagnóstico. Em alguns casos, a família sente-se culpada pelo acontecimento, e tenta reparar a falha através da superproteção. Os sujeitos mostram-se receptivos a um bom relacionamento, desde que não

recriminados por seus comportamentos. Incomodam-lhes a superproteção, que lhes lembram a todo momento ser um portador da infecção/doença:

“eu morava com meu pai e minha mãe, eu quis mudar (...) Depois do resultado ficou melhor pra eles. Eles ficam querendo agradar. Pra mim é ruim porque toda hora eles ficam te lembrando aquilo. Eles fazem lembrar toda hora que sou portador do HIV. Eu não me sinto bem (...) Se eu ficar junto com eles eu não me sinto bem, é perigoso eu ficar doente”.

Outros fatores que poderiam estar interferindo no relacionamento dos sujeitos com os seus familiares, são os seguintes fatos: o paciente querer poupar sofrimento à família; não querer deixar o vício, teve medo de contaminar os familiares.

Sabemos que é difícil estabelecer e manter vínculos em situações que envolvem conflitos de sentimentos e emoções, daí a necessidade de se compreender a dinâmica familiar dando suporte emocional, orientação e ajuda. Para que possamos diminuir o preconceito por parte da população e das pessoas que o assistem é aconselhável que o tratamento seja feito no domicílio. Este tratamento contribuirá para a reciclagem do indivíduo e da família na área de educação em saúde, fazendo com que estes tornem-se agentes de sua própria saúde⁽⁴⁾.

Podemos observar também que os sujeitos se mostram receptivos ao relacionar-se com outros portadores da doença, sentindo-se mais aceitos neste grupo.

5. CONCLUSÕES

A partir dos depoimentos dos sujeitos entrevistados, observamos que os pacientes já portavam anteriormente ao diagnóstico HIV positivo, dificuldades afetivas, que se agravaram com a nova situação.

O HIV e a Aids impõem uma mudança radical na vida de seus portadores. A doença evolui, de certa forma, diferente em cada indivíduo, nos levando a obter algumas respostas para a doença, não mais no vírus, mas sim nas características de cada sujeito.

Por ser uma patologia de caráter estigmatizante, onde os comportamentos dos indivíduos são questionados, suas crenças são fatores que interferem no comportamento do portador e à sua atitude diante da doença.

As crenças podem variar de pessoa para pessoa, de doença para doença, sendo importante estudar os fatores geradores de crenças para a compreensão das atitudes tomadas pelos sujeitos.

É importante que, ao ser oferecida, a assistência ao doente, os programas de saúde possam apresentar subsídios que compreendam as crenças e conseqüentes comportamentos que o portador do HIV/Aids adota diante da doença. A família sente-se ou não disposta e capaz de aceitar o enfermo. A nova condição de vida, depende não apenas da motivação e recursos internos, como da orientação dos serviços de saúde prestados para enfrentar os problemas que podem sobrevir⁽⁹⁾. Que esta assistência não seja voltada para um atendimento restrito ao cuidado físico mas orientado por um enfoque holístico que abranja também o emocional, o psicológico e o espiritual. Que as questões psicológicas sejam trabalhadas e estendidas a todos familiares.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguiar WM, Arnaldo RS, Dunningham W. Aspectos psiquiátricos da infecção pelo vírus HIV-1: estado atual do conhecimento. *Arq Bras Med* 1994; 68:102-6.
2. Bogdan RC, Biklen SK. **Investigação qualitativa em enfermagem**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Codex; 1994.
3. Brasil (PNDST/AIDS). **Revisão da definição nacional de caso de Aids em adulto**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1992.
4. Brasil (PNDST/AIDS). **Assistência domiciliar terapêutica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.
5. Ferreira VLF. **Aids e vida**: um estudo clínico-psicanalítico com pacientes HIV. São Paulo: Lemos Editorial, 1994.
6. Gir E, Moriya TM, Figueiredo MAC. **Práticas sexuais e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana**. Goiânia: AB; 1994.
7. Lofland I. **Analysing social settings aguide to qualitative observation and analysis**. Belmont: E.A. Wodsworth Publishing, 1971.
8. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento**: metodologia da pesquisa social (qualitativa) em saúde (tese). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1989.
9. Pedrosa LAK. **Crenças das pessoas portadoras de hanseníase sobre sua doença**: base para a compreensão de suas ações em saúde (dissertação). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1991.
10. Rosenstock, IM. **Why people use health services**. Milbank Mem Fund 1996; 44:94-122.
11. Rosenstock IM. **Historical of the health belief model**. *Health Educ Monog* 1974; 2:328-35.

Endereço para correspondência:

Nilzemar Ribeiro de Souza

Rua Paraguaçu, 59, Vila Rica, Passos-MG
CEP: 37900-000



BREAK THE SILENCE

For further information, please contact

Durban Secretariat, XIII International AIDS Conference, P.O. Box 1620 Durban 4000 South Africa

Tel: +27 31 301 0400 • Fax: +27 31 301 0191 • e-mail: aids2000@aids2000.com • www.aids2000.com



A violência, a mulher detenta e a vulnerabilidade às DST/Aids

The violence, the prisoner woman and the vulnerability to the STD/Aids

ANNECY T. GIORDANI¹, SÔNIA M. V. BRUNO²

RESUMO

Procuramos investigar qual a percepção que as detentas têm sobre a violência, detectando seus problemas e conseqüentes riscos de infecção pelo HIV-Aids. Desenvolvemos uma pesquisa-ação, humanista e qualitativa, identificando com as mulheres seus problemas relativos à violência, trabalhando com elas, posteriormente, a intervenção, usando a metodologia participativa. Pesquisamos todas detentas (11), daquele local. Usamos a entrevista individual, norteadas por questões abertas. A intervenção através de oficinas pedagógicas. Frente a violência sexual, todas abominam-na revelando ter temor. Algumas revelaram já terem sido violentadas, resultando em traumas profundos. Quanto suas experiências como vítimas, quase todas foram espancadas e/ou estupradas. Enquanto vítima de violência sexual, quase metade refere ter sido violentada pelo namorado ou tio. Muitas revelaram mágoa e fragilidade neste sentido, afirmando: "senti muito mal com isso a vida inteira..., sinto mal até hoje só de pensar", "sou revoltada com isso", "ele fez sexo...(anal) comigo, violentamente, me abalou demais", "fiquei traumatizada... mãos atadas...". Algumas descreveram que o motivo que as levaram ao cárcere, foi o envolvimento com homens que mexiam com drogas...

Destacam ainda, o desrespeito que os soldados têm com elas, muitas vezes, sendo vítimas de espancamento e de violência sexual, representando verdadeira ameaça para a infecção das DST/Aids. Concluimos que os relatos apresentados são carregados de trauma, inconformismo, rancor e revolta. Atribuem ao desemprego e à pobreza, fatores indicativos de violência, revelando conflitos e desolações ao mencionarem suas experiências de agressões sexuais, expondo-as aos riscos de infecção das DST e HIV/Aids.

Palavra-chave: Mulher detenta, Violência, DST/Aids

ABSTRACT

We tried to investigate which the perception that the detentas has on the violence, detecting its problems and consequent infection risks for the HIV-AIDS. We developed a research-action, humanist and qualitative, identifying with its wives relative problems the violence, working with them, later on, the intervention, using the methodology participativa. We everybody researched detentas (11), of that local. We used the individual interview, norteadas for open subjects. The intervention through pedagogic shops. Front the sexual violence, everybody detests it revealing to have fear. Some revealed they have already been violentadas, resulting in deep traumas. As its experiences as victims, almost everybody raped e/ou was beaten. While victim of sexual violence, half almost refers to have been violentada for the boyfriend or uncle. Many revealed sorrow and

¹ Enfermeira Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica

² Profª Drª da EERP-USP / Consultora do Ministério da Saúde (CN DST-Aids) e da ONU/Orientadora

*A diversidade das
manifestações da violência
contra mulheres em nossa
sociedade é bem mais ampla
do que se imagina*

fragility in this sense, affirming: I "felt very badly with that the whole life..., I feel not well even today only of thinking", I am rioted with that "he made sex... (anal) with me, violently, it affected me too much", I was "traumatizada tied...mãos...". Some described that the reason that you/they took them to the jail, was the involvement with men that moved with drugs... they still Highlight, the disrespect that the soldiers have with them, a lot of times, being beating victims and of sexual violence, representing true menace for the infection of the DST/Aids. We concluded that the presented reports are loaded of trauma, inconformismo, rancor and he/she riots. They attribute to the unemployment and the poverty, indicative factors of violence, revealing conflicts and desolations to the they mention its experiences of sexual aggressions, exposing them to the risks of infection of DST and HIV/Aids.

Keywords: Prisoner woman, violence, STD/Aids

1. INTRODUÇÃO

A diversidade das manifestações da violência contra mulheres em nossa sociedade é bem mais ampla do que se imagina.

Tentando desvendar a complexidade do fenômeno violência, acredita-se que ele esteja profundamente ligado a relações de poder entre gêneros, a sexualidade, a auto identidade e a instituições sociais, embora existam sociedades onde não há violência contra a mulher (Heise *apud* Griffin, 1994) ⁽¹⁾.

Chauí, 1985,⁽²⁾ p. 35 entende por violência "uma realização determinada das relações de força, tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais" e não como "violação e transgressão de normas, regras e leis."

Tentando explicar o comportamento sexual de cada um, tanto pelos estereótipos diferenciais que marcam o temperamento de cada sexo, como por regras que orientam a relação dos sexos com o próprio corpo, Albano e Montero, 1982, ⁽³⁾ p. 111, citam a virilidade que normalmente é construída "em torno de valores tais como a agressividade, a livre iniciativa, a satisfação imediata do desejo". Sendo assim, a feminilidade é construída em torno da receptividade ao estilo agressivo masculino e da aceitação do destino de ser objeto de apropriação do homem. A sociedade então, permite ao homem viver completa e publicamente a sua sexualidade, podendo ser viril e honrado, e encorajado a ser brigador e violento.

Nesta relação hierárquica de desigualdade com finalidades opressivas, de dominação e exploração, o ser humano não é considerado sujeito, mas tratado como uma coisa.

Habitualmente, à mulher são exigidas satisfações, explicações, e serem feitas recriminações no tocante as suas tarefas domésticas ou quando acusada de infidelidade. O homem não aceita dar explicações, nem ser recriminado. A mulher, tende a introjetar acusações e a acreditar-se errada, estar dando motivos para determinadas reações do parceiro e a sociedade reforça esse mecanismo, aceitando a agressividade masculina e supondo que a mulher que apanha algo fez para merecer. (Albano e Montero, 1982) ⁽³⁾

Com relação a violência contra a mulher, estudo elaborado por Griffin, 1994⁽¹⁾ aponta que tal comportamento, encontra suas raízes nas relações de poder entre os sexos, na sexualidade apoiada por uma visão histórica e que o impulso biológico instintivo está mais para o homem a quem é atribuído como naturais, o controle, o domínio e a violência.

Na sociedade ocidental as ideologias de gênero estão embutidas em conceitos diversos como de cultura/natureza, razão/emoção por exemplo, pares contrários e passíveis de exclusão com fixas diferenças. Esse dualismo reforça a posição da mulher como passiva e do homem como ativo, favorecendo outra construção ideológica.

Com relação a mulher prisioneira, faz-se necessário reconhecer especificidades étnicas e culturais, as diferenças existentes na condição humana, inclusive biológica, de gerar, parir, amamentar, etc, sem perder de vista os direitos de todo ser humano. (Leonelli, 1998)⁽⁴⁾.

Tanto as mulheres que vivem em liberdade no seu meio social ou habitam o cárcere prisional, ser alvos de diferentes modalidades de violência, porém, fazendo-se referência especial ao estupro e ao abuso sexual na infância, por agressores próximos ou por desconhecidos, tornam-se vulneráveis ao contágio da Aids e DST, além de uma gravidez indesejada. Com o atual perfil de feminização da epidemia do HIV/Aids, é concernente afirmarmos que todas as mulheres vivem graus diferentes de vulnerabilidade, considerando que a Aids não está mais, sendo abordada em termos de "grupos de risco". A epidemia avança gradativamente, fazendo mais vítimas entre mulheres em todas as camadas sociais em nosso país, com predominância às adolescentes e adultos jovens com baixa escolaridade.

Ao afirmar que a violência física é mais forte e produz mais insegurança, Cardoso, 1985⁽⁵⁾, (p. 18 e 20) acredita que haja uma ligação com outras situ-

ações de violências cotidianas tidas como normais, denominando-as de “*violência discreta*”, concluindo que “*há certamente, algo de comum entre o ato de força inesperado e as imposições sutis que sofrem as mulheres.*”

Deste modo, esta autora, (p.17) chama-nos a atenção para o que considera a face oculta da violência, tida como fenômeno não visto, por ser de certo modo garantida pelas instituições sociais vigentes, referindo-se aquelas “*situações cotidianas repetitivas, em que a definição cultural do papel feminino coloca a mulher como alvo possível do sadismo ou da arbitrariedade do sexo oposto.*”

Quanto às condições precárias de existência, desemprego e a desagregação das relações sociais e familiares, as pesquisadoras Albano e Monteiro, (1982. p.113-4)⁽³⁾, não negam o fato de gerarem e favorecerem a violência. As mulheres pertencentes a camadas sociais mais desfavorecidas, têm na figura masculina o chefe que provê as necessidades da família e isso dificulta o rompimento, mesmo vivenciando uma relação conjugal insatisfatória. Por isso mesmo, muitos registros de queixas de mulheres espancadas por homens, são retiradas, especialmente quando efetivada a detenção do indivíduo, sob justificativas de que “*começou a faltar comida em casa*”, porque “*estão ameaçados de perder o emprego*”.

Face às dificuldades econômicas, também tem-se observado a diminuição do número de filhos por mulher de baixa renda e estudos localizados demonstram a prática do aborto provocado pela mesma razão. (Valladares et al. *apud* Griffin, 1991)⁽⁶⁾. Em nossa presente pesquisa-ação, tal afirmação pôde ser confirmada, visto que as mulheres detentas que foram entrevistadas, são procedentes de uma faixa social, econômica e cultural baixa. Na realidade, essa também é uma característica unânime dentre as mulheres detentas, inseridas no sistema prisional brasileiro.

O medo da violência maior por parte do parceiro, paralisa quase sempre uma reação de auto defesa da mulher, mesmo porque, ele geralmente foge antes de ser preso, ou seu tempo de reclusão é mínimo.

Ainda relacionado a estudos de caso de esposas espancadas, Albano e Montero, 1982⁽³⁾, dizem que a agressividade do homem volta-se a mulher, tida como frágil, sem que tenha que enfrentar o revide e a agressão. A mulher não é educada a revidar, a reagir, e não sabe portanto, nem por onde começar, tendo detectado em seu estudo com mulheres violentadas.

Dizem que a agressividade do homem volta-se a mulher, tida como frágil, sem que tenha que enfrentar o revide e a agressão

Estudos demonstram que a violência contra a mulher ocorre mais no âmbito doméstico, sendo que o estudo pelo marido é evidenciado em vários países, inclusive no Brasil. No entanto, não existe legalmente.

Griffin, 1994, (p.147-8)⁽¹⁾ cita alguns pontos importantes da obra de Heise, 1994, que pesquisou a violência contra a mulher em âmbito mundial e analisou qualitativamente algumas evidências dentre as quais, que a maioria das violências com lesões físicas sofridas por mulheres é de homens, sendo portanto, a violência sexual exercida contra o gênero feminino; que o abuso emocional e psicológico são tão danificantes quanto o abuso físico segundo experiências de mulheres e que o uso do álcool não causa a violência mas a exacerba.

Ainda através desta mesma pesquisa, também foi detectado que quando as conseqüências da violência não são fatais, lesões permanentes, problemas crônicos (dores, distúrbio do sono e da alimentação e infecções vaginais) e doenças tardias podem aparecer como artrite, hipertensão e doenças cardíacas; o trauma tende a ser mais significativo à vítima quando seu agressor foi seu conhecido íntimo, agravando-se as sensações de vulnerabilidade, perda, traição e falta de esperança.

2. OBJETIVOS

Investigar qual a percepção que as detentas têm sobre a violência, detectando suas possíveis experiências nesse sentido, e conseqüentes riscos de infecção pelo HIV-Aids.

3. METODOLOGIA

Desenvolvemos uma pesquisa-ação, humanista e qualitativa, atendendo aos preceitos éticos e o rigor científico. Identificamos com as detentas sua percepção e seus problemas relativos a violência e riscos às DST-Aids, através de estudo exploratório, trabalhando posteriormente a intervenção, norteadas pelos pressupostos de Freire, utilizando a metodologia participativa, pesquisando todas as mulheres detentas (11) de uma cadeia do interior paulista presentes no local, no período da coleta e que aceitaram participar da pesquisa. Todas são mães, maioria entre 18 e 34 anos, doméstica, com baixa escolaridade. Usamos a entrevista estruturada com questões norteadoras. A intervenção se deu através de oficinas pedagógicas, possibilitando reflexão para a otimização da vida, a cidadania e a visão totalizadora do ser.

podem ser o estopim de uma briga, por aumentarem o stress e diminuírem o auto-controle, mas não podem ser considerados como causa de violência. (Saffioti apud Macêdo, 1998)⁽⁷⁾

Quadro 3 - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário referente à pergunta: O que você pensa sobre a violência sexual?

Suj Violência sexual: o que pensa?	
01	"...eu não quero mais sabê de homem porque eu sofri uma violência sexual...procuro não lembrá por que eu sofri...então é...terrível, terrível."
02	"...é uma coisa bem assustadora...eu acho que quem fez a violência tem que ser punido..."
03	"tenho medo."
04	"eu acho horrível. Um terror."
05	é uma coisa muito ruim, que é um absurdo... Mexe muito com a cabeça da gente."
06	"sou contra também. Acho que não deveria ser assim..."
07	"é, ruim."
08	"eu acho terrível."
09	"...tem que matá quem estrupa."
10	"...são conseqüências psicológicas. Acho que são problemas psicológicos."
11	"uma agressão cometida ao semelhante, a falta de amor ao próximo... Isso gera um trauma."

Quanto ao que pensam sobre a violência sexual, a idéia central assemelha-se as opiniões anteriormente dadas por todas as mulheres detentas sobre a violência em geral, porém, com maior repúdio referendado ao ato do estupro em si e ao agressor, com ênfase ao trauma psíquico subsequente a agressão, entendendo que ao responsável deveria ser imputado pena condenatória, se possível, até a pena de morte. Dentre todos os sujeitos, uma das mulheres que não passou por violência sexual, atribuiu a pessoa do estuprador, provável alteração psicológica, talvez, na tentativa de tentar entender o perfil deste homem.

Quadro 4 - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário referente à pergunta: Você já passou por alguma experiência de violência? Fale um pouco dessa situação?

Suj	Passou por alguma experiência de violência?		Comentários
	SIM	NÃO	
01	X		"ah...é muito constrangedor. Eu não gosto de lembrá."
02	X		"...meu marido... ele fez sexo anal comigo violentamente, foi assim, uma coisa muito constrangedora e que me abalou demais, demais, demais. Nossa! Eu fiquei traumatizada com isso."

03	X	-
04	X	-
05	X	"já apanhei do meu primeiro marido meu. Apanhava porque ele era muito ciumento, ele bebia"
06	X	"do meu marido...batia ne mim. Tinha muito ciúme. Eu achava muito triste..."
07	X	"foi com o meu tio. Eu tava trabalhando na roça. Ele pegou eu e me amarrou com a mão pra trás e me abusou de mim."
08	X	"eu apanhava muito, mas,...não do meu marido...mas, eu apanhava do outro."
09	X	-
10	X	-
11	X	-

Mais da metade das mulheres detentas entrevistadas confirmaram já terem passado pela experiência de algum tipo de violência relativo principalmente a espancamentos, surras dadas pelo marido e estupro, cujos agressores eram pessoas conhecidas como tio e o próprio marido. Esta mesma parcela de sujeitos que sofreu violência sexual e doméstica teve como palco o interior de seus domicílios, exceto uma das mulheres que foi repetidas vezes abusada sexualmente na adolescência pelo tio num cafezal. Todas as mulheres que disseram apanharem do marido ou amante, apontaram como colaborador desta violência, o ciúmes doentio do parceiro com relação a elas, agravado pela embriaguez alcoólica que os faziam mais agressivos. O constrangimento sofrido por todas, foi verbalizado especialmente por duas entrevistadas, que falam do trauma que ainda sentem por terem sido estupradas.

O número de agressões contra mulheres é alarmante porém, não fiel a realidade, considerando-se que muitas vítimas de violência não se queixam na polícia por medo, dependência financeira ou emocional, existência de filhos pequenos, vergonha, desejo de que o marido mude de atitude, etc. (Saffioti apud Macêdo, 1998)⁽⁷⁾.

No montante das respostas obtidas sobre uma provável experiência pessoal de violência sexual e os sentimentos advindos deste fato, um terço das mulheres afirmaram terem passado por esta situação em alguma fase de sua vida, relatando terem se sentido muito mal, revoltadas e com medo. O sentimento de destruição da própria imagem e da auto estima, evidencia-se no relato de uma das detentas que foi violentada sexualmente pelo marido em casa, ao descrever como se sentiu: "...um verme, um verme."

Quadro 5 - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário pesquisado às perguntas: Você já passou por alguma violência sexual? Como foi? O que você sentiu como pessoa?

Suj	violência sexual?		Como foi?	O que você sentiu?
	SIM	NÃO		
01	X		"...a minha parceira é sádica no último."	"...de repente até gosto." "ah...me sinto bem, me sinto bem...só tenho um pouco de medo dela, morro de medo."
02	X		"foi essa aí que já acabei de mencionar."	"...um verme, um verme."
03	X		"só o marido que quando chegava bêbado fazia sexo forçado. Só isso."	não comentou.
04		X	-	-
05		X	-	-
06		X	-	-
07	X		"foi com o meu tio. Eu tava trabalhando na roça. Ele pegou eu e me amarrou com a mão pra trás e me abusou de mim. Eu tinha uns 12 ano."	"senti mal. Senti medo, dor por dentro. Até hoje eu só revortada com isso."
08		X	-	-
09		X	-	-
10		X	-	-
11		X	-	-

Em uma estudo publicado pelo Projeto Axé na Bahia, analisando as igualdades e desigualdade nas relações de gênero, a autora destacou:

"A violência de gênero, mais precisamente a vio-

lência contra a mulher, é uma das formas de violência mais aceitas como "normais" e de maior presença no cotidiano de nossa sociedade." (Macêdo, 1998, p.55)⁽⁷⁾

Quadro 6 - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário pesquisado, referente às perguntas: Isso influenciou alguma coisa na sua vida hoje? O quê? Porquê?

Violência sexual

Suj	Influenciou na vida hoje?	O quê? Porquê?
01	"é um lado que eu desconhecia... eu creio assim, que no cotidiano as vezes é até bom (com relação a parceira sexual atual)." "...eu sofri uma violência sexual...procuo não lembrá por que eu sofri...então é... terrível, terrível. eu sofri uma violência sexual... procuro não lembrá por que eu sofri ... então é ... terrível, terrível (com relação ao tio)."	"é um misto de encanto e medo. Me excita muito quando ela pega assim, sabe...de uma forma violenta." "...um dos fatos que eu não quero mais saber de homem... procuro não lembrá por que eu sofri... então é... terrível, terrível. Faz uns 10 anos."
02	"mão, porque eu consegui... Na época sim."	"...porque eu não conseguia mais olhar pra cara dele, nem pra cara de mais nenhum homem, mas...depois isso passou, porque consegui esquecer."
03	"mão."	-
04	sem resposta.	-
05	"mexeu sim com os meus sentimentos."	porque eu peguei trauma de homem que bebe."
06	sem resposta.	-
07	"me sinto muito mal."	"sinto dor por dentro...Quando eu penso nisso."
08	sem resposta.	-
09	sem resposta.	-
10	sem resposta.	-
11	sem resposta.	-

Quanto as possíveis influências na vida das mulheres decorrentes de violência sexual sofrida, notamos na fala de dois sujeitos, a motivação para sua mudança de comportamento sexual de hetero para homossexual, atribuída ao trauma gerado pelo estupro, com explícito repúdio a figura do homem para relações íntimas.

Considerando-se que um desses dois sujeitos, no período da coleta de dados desta pesquisa, estava vivenciando uma relação sado-masoquista com sua parceira sexual e também companheira de cela, e, tendo sido estuprada na adolescência, acabou, talvez por isso, mesclando ambas as vivências em suas respostas referentes as questões do QUADRO-6. Desse modo, ao mesmo tempo em que denominou como terrível a experiência “passada” de estupro, também verbalizou medo, encantamento e excitação diante a participação violenta da parceira nas suas relações sexuais, expondo uma cotidianidade relativamente aprimorada em relação a violência sexual da qual foi vítima há cerca de 15 anos.

Porém, metade das mulheres que foram igualmente violentadas, falaram de uma dor interior, por sentimentos que foram mexidos em decorrência da agressão sexual já conhecida, o que se fez percebido através de suas expressões fisionômicas angustiadas e pela comoção observada durante as entrevistas ao falarem do assunto.

Apenas uma mulher, afirmou ter superado o trauma de ter sido estuprada pelo marido, no interior de sua casa, quando então foi forçada a uma relação sexual anal que lhe deixou seqüelas, necessitando posteriormente de uma intervenção cirúrgica local.

Quadro 7 - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário referente à pergunta: Você tem algum pré conceito de alguma pessoa ou coisa?

Suj	Pré conceito de alguma pessoa ou coisa?
01	“não.”
02	“não.”
03	“não.”
04	“não.”
05	“tenho preconceito só contra bebida, contra home que bebe.”
06	“tenho. Eu não gosto das pessoas que fuma droga.”
07	“não gosto de bebida, nem homossexual.”
08	“não.”
09	“não.”
10	“não.”
11	“não.”

De todos os sujeitos entrevistados, apenas três mulheres disseram ter preconceitos relativos à pessoas que fumam drogas, de homossexuais ou de indivíduos que fazem uso de bebidas alcoólicas, com deferência especial a homens alcoólatras.

Quadro 8 - Respostas das mulheres detentas do sistema penitenciário referente à pergunta: Questão livre para falar o que quiser?

Suj	Questão livre
01	“...meu tio quando ele mostrou o pênis pra mim eu fiquei horrorizada. O primeiro amante da minha mãe, eu tinha 10 anos...ele passava a mão no meu bum bum, passava a mão na pequena, e...eu era inocente, não sabia de nada.... Mas, é uma coisa que marcou muito, então, eu tenho, tenho muito medo desse mundo, porque eu tenho uma filha... Eu não quero que minha filha sofra o que eu sofri...com esse tio, e depois, aconteceram mais...com uns três amantes da minha mãe...”
02	“na cadeia onde eu estive (cheguei transferida de outra cadeia), teve carcereiro que tentou, sabe...alguma coisa comigo. Eu tive caso com uma carcereira. Na época um carcereiro tentou abusar sexualmente de mim, mas não conseguiu porque sabia que eu sou entendida, (homossexual).” “... presas vieram de outras cadeias e contaram que tem um senhor (chefe da carceragem) que tem um pinto de boi seco e ele bate nas presas, nas presas que não querem passar pela rola (pênis) dele... inclusive ele arrumou um bonde (transferência) pra penitenciária pra presa que não quis transar com ele...” “E...numa cadeia que eu passei também, onde policiais transavam com as presas... eu achava que eu ia ter que sofrer, passar por essa situação constrangedora que era na grade, horrível... era por sem vergonhice tanto da parte deles como da parte delas.” “Eu acho que é constrangedor também, a maneira que eles (carcereiros) tratam a família da presa em geral. Eles são muito sem educação. Eles são estúpidos mesmo. Então eu acho que isso daí é uma violência.”
03	“com 29 anos mais ou menos... eu fui morar com um rapaz, então esse rapaz muito ciumento não deixava eu sair nem no portão. Eu vivia trancado dentro de casa. E muitas vezes com necessidades das coisas... ele me espancava, as vezes...era bem freqüente esses espancamentos, e... as vezes eu fugia... e...foi assim, até que aí um dia não aguentei mais. Foi a última surra que tenho marca até hoje pelo corpo inteiro. Meu ex marido, violento, o dia que eu fui embora bateu em mim e na minha filha de 14 anos... ele batia a cabeça dela na parede.”
04	“apanhei bastante de polícia... outro dia quase me quebraram...quando eu fui presa, né, bastante mesmo. Porque eles queria que eu desse uma droga que eu não tinha né. Por isso que eles me bateram. Foi a única vez que eu apanhei. Com pau. Cabo do revolver, coronhada na cabeça. Bateram bastante.”
05	nada declarou.
06	“eu já apanhei muito, né “Das polícia. Inocente. Porque quem tinha culpa mesmo, não apanhó. Fizeram muita tortura, ameaçaro, batero... Chute. Murro. Tapa na cara, palavrão... foi isso, antes de vim presa aqui. Eu me sinto muito triste de está neste lugar.”
07	“apanhei da polícia, do meu padrasto... me violentava muito. Três vezes. Eles foram (policiais) na casa da minha sogra e eu não queria dexá eles entrá sem mandato. Então eles falaram que ia levá eu presa. Comecei a discuti com eles e... deram soco nas minhas costa.”

"É. Só que desta vez que eu vim agora, eles deram chute em mim, na minha costa... senti muita dor. Fiquei muito revoltada."

08 eu acho que as vezes eles (policiais) abusam muito da autoridade que tem... de batê, pra espancá, eles espancaram um menor, pra esse menor dizê que o baseado que tava fumando era meu."

"... eles já espancaram sim, a minha irmã... ela revidô. Eles grudaram ela pelo cabelo. Quando eles me pegaram na estação...pegaram eu pelo cabelo... Eles abusam muito da autoridade deles e eles tem muito preconceito contra pessoa de cor. Quando eu fui pega na estação...eles me chamaram de macaca, eles são muito preconceituosos... racista, se é pobre é tratado de um jeito, se é negro é tratado de outro, dependendo da condição financeira é o tratamento que eles te dão. Dinheiro pra eles, vale muito hoje em dia."

09 "... policia espanca, violenta... pra dá serviço, pra derrubá outros traficantes, entregá outros traficantes, mas eu não, nunca fui espancada. Sempre fui bem tratada pela policia." "Em S.P. a rota, né, matava muito, né. Foi até tirada. Agora, no interior é a militar. A militar que fica chutando, chega espancando, humilhando com palavras... eles se aproveitam, porque...eles andam em 4, 5, só andam em bandos, armados, eles se aproveitam disso, né...da profissão deles."

10 "eles (policiais) abusam do poder, porque realmente eles tem..., a gente sempre está abaixo deles mesmo, abaixo da lei. Porque tá a aqui dentro significa que tá abaixo mesmo. Tem alguns exceções...carcereiros, policiais, tem outros que são solidários, entende...a gente vê pela fisionomia, pelo jeito das pessoas que se sensibilizam com a situação da gente."

"A gente cresceu até uns 10 anos, 12 anos da minha vida, a gente assistiu muitas cenas de violência do meu pai e da minha mãe. "Batê, espancá... chegá bêbado em casa. Minha mãe sempre foi uma mulher correta. Meu pai não mereceu a mulher que teve. Batê, espancá... chegá bêbado em casa. Minha mãe sempre foi uma mulher correta. Meu pai não mereceu a mulher que teve."

11 "meu marido bebia e ficava muito nervoso devido ao fato da doença dele, né. Ele chegou a me agredir umas três vezes. Ele era ciumento... me dava murros. "

Conforme mostra-nos as falas acima, as mulheres detentas utilizaram-se da questão livre para apresentarem pormenores relativos a violência na sua vida fora e dentro da cadeia, suas experiências traumatizantes no período da infância pobre ou mesmo nas fases repletas de dificuldades materiais e afetivas, de conflitos familiares e emocionais no período da adolescência e fase adulta.

A desestrutura familiar aparece reforçando as difíceis relações interpessoais tanto no âmbito privado como no público, em todas as fases da vida dessas mulheres e dificultando o entendimento e a resolução de conflitos gerados pela violência sofrida e advinda da hostilidade desses meios, ora por pessoas mais próximas, ora por autoridades que abusam do poder. A violência aqui, não é descrita somente como física, a que deixa marcas no corpo da mulher viti-

mizada e economicamente dependente do homem. Alguns sujeitos fazendo referência a outros tipos de violência, citam-nas na humilhação que passaram e ainda passam, no constrangimento próprio e de seus familiares, nas atitudes de ameaça, nos diversos tipos de preconceito contra a mulher negra e pobre, especialmente aquela que vive na delinquência, duplamente discriminada e sem voz no sistema penal, familiar e na sociedade.

Então, sob o aspecto da violência invisível, ou seja, a que não deixa marcas no corpo, algumas afirmaram sofrer na cadeia a humilhação ao sentirem que estão a baixo das autoridades, abaixo de tudo e todos, externando sentimentos de culpa e inferioridade muito grandes, e atribuindo tais sentimentos não apenas a condição de presas, marginais, mas por serem mulheres lá fora e mulheres presas no interior da cadeia. Sobre esta violência não física, uma socióloga integrante do Núcleo de Estudos Interdisciplinares Sobre a Mulher na Bahia, escreveu:

"... a violência não se manifesta exclusivamente através da agressão física (espancamento, estupro, homicídio, etc), mas pode ocorrer também sob a forma de agressão verbal (ameaças, xingamentos, humilhação, etc), pressão ou tortura psicológica, assédio sexual, entre outros." (Macêdo, 1998, p.55)⁽⁷⁾.

Leonelli, 1998⁽⁴⁾, afirma que ao falarmos em justiça como valor, estamos relacionando o sentido de justiça com o sentido de igualdade, à justiça social e às possibilidades de acesso às oportunidades. Nesta perspectiva, a mesma autora coloca que a igualdade é a de reconhecimento e de respeito à dignidade da condição humana de todos, implicando na exigência da valorização das diferenças étnicas, culturais, religiosas, de gênero, etc.

5. CONCLUSÃO

Portanto, depreendemos que a violência tem sido identificada como um dos maiores problemas que a população vem sofrendo nos momentos de pós-modernidade. O contingente feminino, tem se tornado vulnerável a agressões caracterizadas de várias formas, independente da faixa etária. Por vez, a mulher detenta em cárcere, tem sofrido, além da violência fora da cadeia, outras tantas, como maus tratos, estupro, assédio e abuso sexual, também no sistema penitenciário. Sendo assim, a violência sexual, vem representando verdadeira vulnerabilidade para a infecção das DST/Aids. Com isso, a mulher mais uma vez, se vê, severamente, ameaçada nesta guerra. Portanto, sensibilizadas com estas questões e fundamentadas em referenciais teóricos

com relação ao respeito humano, a violência e as DST-Aids, propusemos trabalhar o seguinte pressuposto.

As falas aqui apresentadas são carregadas de trauma, inconformismo, rancor e revolta devido as humilhações e agressões sofridas fora e dentro da cadeia, tanto advindas da infância e adolescência quanto em sua fase adulta; que revelam haver desrespeito e agressividade, mesmo pelas pessoas que as detêm e que suas vidas são carregadas de vulnerabilidade aos riscos à infecção das DST e HIV/Aids. As intervenções favoreceram a orientação possibilitando análise e reflexão para lidarem com este problema, em seu cotidiano existencial, sobretudo na prevenção das DST/Aids.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.1, p.146-155, 1994.
- (2) CHAUI, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, R.; CHAUI, M. et al. **Perspectivas antropológicas da mulher**: 4, Rio de Janeiro, ZAHAR, 1985, p.23-62.
- (3) ALBANO, C; MONTERO, P. Anatomia da violência. In: LUZ, M.T. et al. **O lugar da mulher** (estudos sobre a condição feminina na sociedade atual). Rio de Janeiro, GRAAL, 1982, v.1, p.107-126.
- (4) LEONELLI, V. Os direitos humanos: conceitos básicos, evolução histórica e instrumentos. In: PROJETO AXÉ. **Direitos humanos**: coletânea de textos. Salvador, s.n., 1998. p.59-68.
- (5) CARDOSO, R. Prefácio In: CARDOSO, R.; CHAUI, M. et al. **Perspectivas Antropológicas da mulher** 4. Rio de Janeiro, ZAHAR, 1985, p.15-21.
- (6) GIFFIN, K. A mulher, a cidade e os programas sociais. In HEILBORN, M.L. et al. **Mulher e políticas de saúde**. Rio de Janeiro, IBAM/UNICEF, 1991, p.169-186.
- (7) MACÊDO, M. S. Relações de gênero: articulando igualdade e diferença. In: PROJETO AXÉ. **Direitos humanos**: coletânea de textos. Salvador, s.n., 1998.p.51-8.

Endereço para correspondência:

Anecy Tojeiro Giordani

Av. do Café, 1.695 Bl. C Apt° 101
Jd. Monte Alegre
CEP 14.050-230
Ribeirão Preto - SP

Sônia Maria Villela Bueno

Escola de Enfermagem Ribeirão Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3.900
CEP 14.040-920
Ribeirão Preto - SP



JORNAL BRASILEIRO DE
DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS

ASSINATURAS

Anual: individual R\$ 60,00 / Institucional R\$ 80,00

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

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

Enviar cheque nominal (cruzado) à **Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, juntamente com essa ficha para:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DST
Av. Roberto Silveira, 123, Icaraí
Niterói - RJ - CEP: 24 340-160



Prevenção de DST/Aids: uma abordagem junto a famílias de adolescentes

Prevention of STD/Aids: an approach close to adolescents families

MARCO ANTONIO DE CASTRO FIGUEIREDO¹, MARIA ROSA RODRIGUES RISSI²

RESUMO

Uma amostra constituída por 40 familiares que cuidam de seus pacientes com Aids a domicilio foi avaliada com base em escalas afetivo/cognitivas de atitude, no sentido de verificar crenças e representações sociais relacionadas à *doença*, ao *paciente* e ao *tratamento* que lhe é dispensado. As escalas, compostas por 17 itens, permitiram avaliar componentes de atitude em seis dimensões, isoladas anteriormente com base em análise fatorial: a) efeitos psicológicos da contaminação pelo HIV, b) formas de contágio, c) tratamento, d) delegação/afastamento, e) agonia/distensão, f) medo de contágio. Os resultados permitiram identificar, nos familiares dos pacientes, cogações bem estabelecidas sobre o exílio que se impõe às pessoas com Aids, o efeito irreversível e desagregador da infecção pelo HIV no convívio familiar, a importância da manutenção de um vínculo com a vida, a esperança, e a necessidade de um suporte psicológico para que o atendimento domiciliar possa ser exercido. Considerando a concepção de programas visando a orientação e o suporte aos familiares dos pacientes, estes resultados apontam para a relevância do acompanhamento psicológico a estas pessoas e a busca da reconstituição das es-

truturas familiares afetadas pela presença do paciente em casa.

Palavras-chave: Aids, família, atendimento domiciliar

ABSTRACT

A sample consisting of 40 family members who care for their patients with Aids at home was assessed on the basis of affective/cognitive attitude scales in order to determine the beliefs and social representations related to the *disease*, the *patient* and the *treatment* he receives. The scales, which consist of 17 items, permitted the evaluation of attitude components in six dimensions previously isolated on the basis of Factorial Analysis: a) psychological effects of contamination with HIV, b) forms of contagion. C) treatment, d) delegation/withdrawal, e) agony/distention, f) fear of contagion. The results permitted us to identify among the relatives of the patients well established cognitions about the exile imposed on persons with Aids, the irreversible and desegregating effect of HIV infection of family coexistence, the importance of maintaining a link with life, the hope, and the need for psychological support so that home care may be provided. Considering the conception of programs aiming at guidance and support for the relatives of the patients, these results indicate the relevance of psychological follow-up for these persons and of an attempt to reconstruct the family structures affected by the presence of the patient at home.

Keywords: Aids, family, home care

¹ Professor Associado, Departamento de Psicologia e Educação - FFCLRP USP

² Mestranda em Psicologia da FFCLRP USP
Pesquisa financiada pela FAPESP

1. INTRODUÇÃO

O atendimento domiciliar à pessoa com Aids vem se constituindo como uma alternativa importante ao trabalho realizado pelas equipes profissionais nas instituições de saúde^{(4) (12) (13)}. Uma vez que se caracteriza pela proximidade e pela manutenção de vínculos afetivos fortemente estabelecidos, independente de sua direção, a família representa uma fonte de recursos que poderiam ser canalizados para amenizar o convívio com a doença, atenuando seus efeitos desagregadores, oriundos de pré-concepções relacionadas ao gênero⁽¹⁷⁾, à sexualidade⁽¹⁰⁾, drogadição⁽¹⁵⁾ e homossexualismo^{(1) (14)}.

A sobrevida à infecção pelo HIV, dilatada pelo advento de drogas inibidoras da reprodução do vírus no organismo, possibilita aumentar a desospitalização do paciente, o que incide sobre seu retorno à origem, em muitos casos, à família⁽²⁾. Desta forma o investimento em formação e orientação das pessoas leigas envolvidas no "cuidado" ao paciente com Aids, neste caso os familiares, poderá permitir a criação de recursos paralelos ao atendimento hospitalar⁽⁷⁾.

Neste sentido, este trabalho constitui uma tentativa de investigar conteúdos que permitam identificar bloqueios cognitivos e afetivos que dizem respeito à manutenção do doente em casa. Para isso, procurou-se verificar crenças e afetos associados às representações sobre a doença e fatores relacionados às dificuldades de aceitação de procedimentos terapêuticos à domicílio onde, no convívio com a família, o suporte poderia ser realizado de maneira mais efetiva^{(8) (10)}.

Para a realização desse trabalho, foi adotado o referencial teórico proposto por Fishbein-Ajzen⁽⁹⁾ que concebem a atitude como resultante da conjugação de crenças e afetos, associados a um fenômeno qualquer⁽³⁾, e que representa um avanço no estudo das atitudes sociais⁽⁵⁾.

A família representa uma fonte de recursos que poderiam ser canalizados para amenizar o convívio com a doença, atenuando seus efeitos desagregadores

Uma vez que a concepção de Fishbein e Ajzen sobre atitudes está fundamentada na diferenciação entre crenças, atitudes, intenções e comportamentos, muitos aspectos do atendimento domiciliar po-

derão ser esclarecidos, sob a ótica da relação entre pacientes e as pessoas da família envolvidas no seu atendimento, viabilizando assim um melhor direcionamento da orientação e acompanhamento a estas pessoas.

2. MÉTODO

Escalas de probabilidade (**b**) e de avaliação (**e**) do tipo Likert em 7 pontos foram construídas e associadas a conteúdos definidos por estudos fatoriais^{(3) (5)}, possibilitando verificar as atitudes dos sujeitos frente às seguintes dimensões:

Quadro 1 - Dimensões e conteúdos levantados através de estudos fatoriais

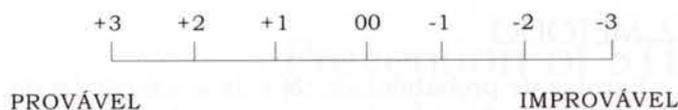
Conglomerado	Conteúdos	Cognição (elenco de itens)
1 (FS) (Fuga/Solidão)	Efeitos Psicológicos Medo de Contágio	a Aids faz as pessoas se afastarem do paciente o paciente com Aids acaba ficando sozinho a Aids causa medo de contágio as pessoas com Aids não assumem sua doença o médico deve tomar cuidado para não contrair Aids do paciente.
2(I/I) (Inconformismo Indignação)	Efeitos Psicológicos Delegação/Afastamento	a Aids causa revolta nos pais de pacientes a pessoa com Aids é uma vergonha que os pais carregam o paciente com Aids causa nojo nas pessoas que cuidam dele a Aids causa efeitos irreversíveis na vida dos pais de pacientes
3 (C/T) (Contágio/ Transmissão)	Formas de Transmissão	a Aids é transmitida pela relação sexual a Aids é transmitida pelas agulhas utilizadas pelos drogados
4 (D/D) (Desamparo/ Desespero)	Agonia/Distensão	o paciente com Aids sente agonia o paciente com Aids fica alarmado com sua doença
5 (A/E) (Apego/ Esperança)	Filosofia do Tratamento	a fé em Deus cura a Aids a vontade de viver é o melhor tratamento para a Aids
6 (I/T) (Internação/ Tratamento)	Filosofia do Tratamento Agonia/Distensão	internar o paciente com Aids facilita a prescrição do medicamento o tratamento da Aids usa os pacientes como cobaias

Um exemplo das escalas **b** e **e** pode ser visto na figura 1:

Figura 1 – Modelo de escalas **b** e **e** utilizadas no questionário de atitudes

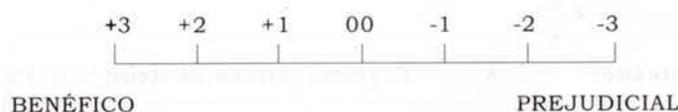
A. Escala **b**, para medidas sobre o componente cognitivo da atitude:

FS₁ A Aids faz as pessoas se afastarem do paciente.



B. Escala **e**, para medidas sobre o componente afetivo da atitude:

FS₁ A Aids fazer as pessoas se afastarem do paciente é:



Foram avaliados 40 sujeitos, sendo 36 do sexo feminino, pais e companheiros de portadores de HIV ou pacientes com Aids e atendidos junto à Unidade Especial de Terapia de Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). A coleta de dados foi realizada durante visitas domiciliares, o que favoreceu um rapport mais efetivo e uma verificação *in loco* das relações estabelecidas entre “cuidadores” e pacientes.

Foram realizados estudos para verificar diferenças entre subgrupos, definidos por idade e grau de instrução, através do teste **t**, tomando-se como critério $p < .05$ para a rejeição da hipótese de igualdade. Com o objetivo de verificar a conjugação entre cognições e afetos, determinantes das atitudes avaliadas, foram realizados estudos de quadrantes, técnica que vem sendo utilizada ultimamente em vários estudos semelhantes (3) (6) (8). Esta técnica consiste em localizar os sujeitos em quadrantes formados pela triseção dos escores **b** nas abcissas e nas ordenadas da relação crenças *versus* afetos, tomando-se como critério os valores escalares: -3 e -2 (negativos), -1, 0, +1 (neutros), +2 e +3 (positivos). O diagrama da figura 2 descreve as conjugações **bxe** para os 9 quadrantes:

Figura 2 – Conjugações **bxe** na tabela de contingência e respectivos significados para a análise de quadrantes ($n = 3 \times 3$)

		e			
		-3 / -2	-1 / 0 / +1	+2 / +3	
neutro	-	A	B	C	-3 / -2
	0	D	E	F	-1 / 0 / +1
	+	G	H	I	+2 / +3
-	neutro				+

QUADRO	b	e	Significado da relação bxe	ATITUDES
A	-	+	crenças fracas em atributos negativos	NEGATIVAS
B	0	+	crenças medianas em atributos positivos	LEVEMENTE
POSITIVAS				
C	+	+	crenças fortes em atributos positivos	ALTAMENTE
POSITIVAS				
D	-	0	crenças fracas em atributos neutros	NEUTRAS
E	0	0	crenças medianas em atributos neutros	
F	+	0	crenças fortes em atributos neutros	POSITIVAS
G	-	-	crenças fracas em atributos negativos	
H	0	-	crenças medianas em atributos negativos	LEVEMENTE
NEGATIVAS				
I	+	-	crenças fortes em atributos negativos	ALTAMENTE
NEGATIVAS				

As conjugações foram realizadas distribuindo os sujeitos entre os quadrantes com base nos escores obtidos nas escalas “b” e “e”. O quadrante modal foi comparado com o de segunda maior frequência, tomando-se estudos de diferenças entre duas proporções com critério $p < .05$ para a rejeição da hipótese de igualdade. Os resultados foram interpretados e discutidos à luz do significado do quadrante modal.

3. RESULTADOS

A. Estudos sobre diferenças entre subgrupos: Os resultados através do teste **t** podem ser verificados nas tabelas 1 e 2, que apresentam respectivamente os dados para as variáveis *idade* e *graus de instrução*:

Tabela 1 – Resultados do Teste **t** para os escores de Atitudes relativas (Ar) em função da idade dos sujeitos

Categorias	I		II		VI	
	Menor	Maior	Menor	Maior	Menor	Maior
X	-.01	+.04	-.08	.10	+.24	+.36
Sd	.34	.30	.41	.51	.40	.52
T	.51		-1.30		-.85	
P	.60		.20		.39	

Tabela 2 – Resultados do Teste t para os escores de Ar de acordo com o grau de instrução dos sujeitos (secundário/primário)

Categorias	I		II		VI	
	Secund.	Primar.	Secund.	Primar.	Secund.	Primar.
X	+06	+01	-.11	+03	+25	+34
Sd	.29	.33	.35	.48	.34	.50
T	.52	-.88	-.52			
P	.60		.38		.60	

Podemos observar que tais resultados levaram à verificação da não existência de diferenças signifi-

cativas entre os subgrupos testados. Desta forma os estudos descritivos foram considerados para a amostra total, cujos dados são apresentados na tabela 3:

Tabela 3 – Análise Descritiva para o total da amostra

Categoria	I	II	III	IV	V	VI
X	+02	-.003	-.80	-.60	+70	+30
Sd	.32	.46	.43	.39	.51	.46
P50	+01	-.02	-1.00	-.66	+1.00	+24

B. Análise de Quadrantes: Considerando os resultados obtidos, e não havendo diferenças entre os subgrupos, foi processada uma análise de quadrantes para as relações **b** e **e** para cada item em particular. O quadro 2 traz a síntese destes resultados:

Categoria	Item	P	Z _p	α	Q _m	Interpretação
I	01	50*	2.26	>.01	I	alta força da crença valorizada negativamente de que a Aids faz as pessoas se afastarem do paciente.
	05	.40	1.31	N.S.	I	dados não significantes
	08	.40*	3.68	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids não assume a doença.
	10	.45*	6.19	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids causa medo de contágio.
II	12	.72*	11.02	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que o médico deve tomar cuidado para não pegar Aids do paciente.
	02	.52*	7.30	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids causa revolta nos pais de pacientes.
	03	.47*	5.64	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids causa efeitos irreversíveis na vida dos pais de pacientes.
III	09	.57*	9.15	>.001	G	baixa força da crença, valorizada negativamente de que a pessoa com Aids é uma vergonha que os pais carregam.
	17	.37	2.58	>.01	G	baixa força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids causa nojo nas pessoas que cuidam dele.
	15	.90*	25.34	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que Aids transmitida por relação sexual
IV	11	.80*	18.36	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids é transmitida pelas agulhas utilizadas pelos drogados.
	04	.72*	17.63	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids sente agonia
V	13	.77*	18.36	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids fica alarmado com sua doença.
	06	.75*	18.00	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que a fé em Deus cura a Aids
VI	16	.90*	25.34	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que a vontade de viver é o melhor tratamento para a Aids.
	07	.55*	8.82	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que internar o paciente facilita a prescrição do medicamento
	14	.27	1.27	N.S.	C	Dados não-significantes

Tabela 2 – Resultados do Teste t para os escores de Ar de acordo com o grau de instrução dos sujeitos (secundário/primário)

Categorias	I		II		VI	
	Secund.	Primar.	Secund.	Primar.	Secund.	Primar.
X	+06	+01	-.11	+03	+25	+.34
Sd	.29	.33	.35	.48	.34	.50
T	.52	-.88	-.52			
P	.60		.38		.60	

Podemos observar que tais resultados levaram à verificação da não existência de diferenças signifi-

cativas entre os subgrupos testados. Desta forma os estudos descritivos foram considerados para a amostra total, cujos dados são apresentados na tabela 3:

Tabela 3 – Análise Descritiva para o total da amostra

Categoria	I	II	III	IV	V	VI
X	+02	-.003	-.80	-.60	+70	+.30
Sd	.32	.46	.43	.39	.51	.46
P50	+01	-.02	-1.00	-.66	+1.00	+.24

B. Análise de Quadrantes: Considerando os resultados obtidos, e não havendo diferenças entre os subgrupos, foi processada uma análise de quadrantes para as relações **b** e **e** para cada item em particular. O quadro 2 traz a síntese destes resultados:

Categoria	Item	P	Z _p	α	Q _m	Interpretação
I	01	50*	2.26	>.01	I	alta força da crença valorizada negativamente de que a Aids faz as pessoas se afastarem do paciente.
	05	.40	1.31	N.S.	I	dados não significantes
	08	.40*	3.68	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids não assume a doença.
	10	.45*	6.19	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids causa medo de contágio.
12	.72*	11.02	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que o médico deve tomar cuidado para não pegar Aids do paciente.	
II	02	.52*	7.30	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids causa revolta nos pais de pacientes.
	03	.47*	5.64	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids causa efeitos irreversíveis na vida dos pais de pacientes.
	09	.57*	9.15	>.001	G	baixa força da crença, valorizada negativamente de que a pessoa com Aids é uma vergonha que os pais carregam.
III	17	.37	2.58	>.01	G	baixa força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids causa nojo nas pessoas que cuidam dele.
	15	.90*	25.34	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que Aids transmitida por relação sexual
IV	11	.80*	18.36	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids é transmitida pelas agulhas utilizadas pelos drogados.
	04	.72*	17.63	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids sente agonia
V	13	.77*	18.36	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids fica alarmado com sua doença.
	06	.75*	18.00	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que a fé em Deus cura a Aids
VI	16	.90*	25.34	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que a vontade de viver é o melhor tratamento para a Aids.
	07	.55*	8.82	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que internar o paciente facilita a prescrição do medicamento
	14	.27	1.27	N.S.	C	Dados não-significantes

4. DISCUSSÃO

A análise fatorial isolou componentes de fortes conotações psicossociais envolvendo os efeitos psicológicos da doença, tanto nos pacientes como nos familiares e na comunidade em geral. Também, conteúdos relacionados com a filosofia de tratamento, angústias com referência à condição de portador do HIV e representações sobre a delegação de responsabilidades e afastamento do paciente da sua casa. Por outro lado, conteúdos relacionados com questões associadas a informações relevantes do ponto de vista técnico (como formas de transmissão, prevenção, prognóstico, etc;) apresentaram uma baixa incidência denotando, por um lado, uma pobreza de representações a respeito do nível técnico do atendimento e, por outro, uma maior preocupação com as condições psicossociais, muito mais próximas do seu universo de representação.

A análise dos dados veio confirmar a adequação da metodologia utilizada através dos resultados observados. Uma vez que o referencial teórico possibilita uma observação da conjugação entre crenças e valores, os dados finais apontaram significados interessantes sob aspectos relativos ao convívio direto com o portador do HIV.

a) Examinando os fatores que envolvem aspectos ligados aos prováveis *efeitos psicológicos* e ao *medo de ser contaminado pelo HIV* pode-se observar por exemplo que as pessoas próximas ao paciente percebem uma *dificuldade deste em assumir sua condição de portador*, provavelmente reforçada pelo *medo da rejeição* e do preconceito evidenciados na *percepção de que as pessoas acabam se afastando deste*. Isto parece ser visto como algo bastante prejudicial, uma vez que tais atitudes apontam no sentido de uma tendência ao isolamento voluntário ou de uma exclusão social imposta pela sociedade.

Quanto à percepção da condição emocional do portador, *os sujeitos observam a angústia e o alarme do paciente* diante da "realidade da possibilidade de estar condenado". No entanto, eles acreditam que existem perspectivas, justificadas pela *fé em Deus* e *fé na força interior*. Tais representações são reforçadas, atualmente com o aumento da expectativa de vida do paciente com o advento dos novos medicamentos, em que a noção fatalista do "morrer com Aids" está sendo pela visão mais otimista do "viver com Aids" ⁽¹⁶⁾.

Já com relação aos aspectos ligados ao contato direto com o paciente e ao perigo de se contaminar, as atitudes indicam uma postura de reconhecimento do medo num primeiro momento, contraposto a uma responsabilidade que envolve um contato direto e implicitamente ameaçador. Estas crenças confirmam mudanças observadas na família em relação

ao surgimento da epidemia, quando era comum ver os próprios familiares e companheiros de doentes evitarem a proximidade ⁽¹¹⁾, e não raros casos onde estes ficavam às portas dos quartos de hospital rejeitando ou abandonando os pacientes no momento de sua alta ⁽¹⁷⁾. Considerando a delegação da responsabilidade do cuidado do paciente para os profissionais de saúde, observa-se que está amparada em crenças quanto ao alívio da angústia originada pelo medo e pelos efeitos imediatos da manutenção do doente em casa, envolvendo sensações de perda, falta de recursos econômicos e regime alimentar inadequado. Além disso os cuidados por parte do profissional para não contrair o HIV é visto como algo positivo pelos familiares do paciente que embora estejam informados a respeito das formas de transmissão ainda apresentam dúvidas sobre aquilo que é potencialmente fator de risco para aqueles que cuidam do paciente. Para o familiar que cuida do paciente os cuidados para não se contaminar estão revestidos por uma ambivalência: o valor positivo de evitar o contágio se associa ao receio de ser tomado como preconceito o fato de estar tomando os devidos cuidados para não se contaminar.

b) Fatores relacionados às **conseqüências desagregadoras para a vida dos pais**, acarretadas pela presença de um filho portador, denotam por um lado uma dificuldade em lidar com o fato de ter um ente com Aids e, por outro, uma necessidade de ultrapassar os limites reais da situação imposta na eminência de apoiar o filho neste momento de dificuldade. Contudo, a hipótese de que o filho doente se torne uma vergonha para os pais não encontra suporte dentro desta amostra, assim como não tem força a hipótese de que estes filhos causem nojo naqueles que cuidam dele. Ao que tudo indica, o reconhecimento do estigma dentro de casa parece ser muito difícil para os familiares. Em trabalhos de aconselhamento psicológico realizados junto a pacientes soropositivos é possível verificar a percepção destes em relação a esta ambivalência dos familiares (negação do estigma /assunção do medo e do preconceito) ⁽⁷⁾ que indica a necessidade de um suporte para as famílias que apontem na direção de trabalhar o reconhecimento e superação do estigma, tornando assim mais transparente e efetiva a relação estabelecida em casa.

c) Quanto a conteúdos relacionados as **formas mais conhecidas de aquisição do vírus**, parece ficar bastante evidente o conhecimento destas; Ao que tudo indica, esta cognição, superaprendida pela repetência de sua evocação, já é um tanto banalizada nas atuais circunstâncias.

Assim sendo e contextualizando, em especial, a proposta de um atendimento domiciliar para o paci-

ente HIV, é importante destacar alguns aspectos intrínsecos às políticas desiguais de saúde no Brasil; muitas vezes, o acesso à assistência médica adequada é restrita, principalmente nas zonas rurais e nos grandes centros urbanos; além disso, a falta de recursos nos hospitais, desde o pessoal envolvido diretamente no atendimento até as limitações de espaço físico e recursos materiais, não garantem o tratamento para toda a população atingida⁽¹²⁾ faz-se então necessária a busca de novas estratégias de enfrentamento da epidemia; neste sentido a proposta de atendimento domiciliar vem de encontro a estas demandas uma vez que o fato de manter o paciente em casa já sugere um barateamento de custos, enquanto não há as despesas de internação; e por outro lado, há maior aproveitamento de espaços nos hospitais, o que acaba favorecendo o atendimento àqueles pacientes que necessitam de um tratamento mais intensivo. Um trabalho articulado e que não perca de vista as várias frentes do atendimento ao paciente HIV, deve ultrapassar os muros dos hospitais. Por outro lado, e talvez em se tratando de seu potencial mais efetivo, o atendimento domiciliar enfatiza questões mais humanas ligada ao relacionamento interpessoal do paciente. É no seio da família e amparado pela segurança de estar em seu lar que o paciente pode se sentir mais seguro e protegido, e é ali que ele, muitas vezes encontra suporte emocional para reagir à doença, saindo da passividade diante da morte como sentença, muito mais eminente se seu cotidiano estivesse restrito a vida de um hospital. O próprio paciente reconhece um forte sentimento de solidariedade e segurança quando está amparado pelos familiares, e é capaz de perceber a importância destes vínculos para o resgate e a manutenção das condições psicológicas para fazer frente à infecção^{(10) (11)}.

Desta maneira, estes elementos apontam na direção da necessidade de um suporte emocional mais efetivo para aquelas pessoas que se envolvem no "cuidado" do paciente HIV em casa, assim como para aquelas pessoas que fazem parte da equipe de profissionais que atendem os vários desdobramentos da doença, no sentido de melhor estruturação para lidar com as próprias angústias e assim tornar mais efetiva a disponibilidade para estar com o paciente. A dificuldade de lidar com o estigma da Aids, vinculada desde o início a alguns comportamentos considerados desviantes (homossexualidade e uso de drogas injetáveis) torna essencial um atendimento a nível psicológico à família e aos profissionais que possibilite a estes refletir e confrontar-se com seus medos e preconceitos⁽¹⁸⁾, em busca de tornar mais efetivo e produtivo o vínculo com o soropositivo. À luz destes primeiros resultados e conseqüentes ques-

tionamentos, espera-se que futuros trabalhos possam ser desenvolvidos no sentido de subsidiar o atendimento psicossocial da Aids como um todo, incluindo uma melhor verificação do complexo de circunstâncias sociais, culturais e políticas circunscritas à epidemia e o oferecimento de assistência psicológica, social e jurídica, necessárias e de direito dos soropositivos enquanto cidadãos.

Assim sendo, outros patamares de significados cognitivos e valorativos encontrados junto a essa população em específico ainda necessitam ser analisados, o que deixa a perspectiva de um campo de trabalho rico e de essencial importância para a busca de melhores condições de vida tanto para pacientes com Aids ou portadores do HIV quanto para todas as pessoas que convivem diretamente com estes.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIRMAN, J. A sexualidade entre o mal e as maledicências. In: LOYOLA, M.A. (org) **Aids e sexualidade**. Dumará, Rio de Janeiro, 1994.
2. BROWN, M.A.; Family caregiving in HIV infection: Courrent knowledge development and a vision for the future. In: **HIV/Aids nursing care summit**. American Academy of Nursing, Washington, DC, 1994.
3. FIGUEIREDO, M.A.C. **Profissionais de Saúde e Atitudes frente à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**. Um estudo diferencial com base no modelo afetivo/cognitivo de Fishbein e Ajzen. Tese de Livre-Docência. Departamento de Psicologia e Educação, FFCLRP USP, Ribeirão Preto, 1994.
4. FIGUEIREDO, M.A.C.; COELHO, W.F. Atitudes frente à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e o Atendimento Domiciliar ao paciente. Um estudo comparativo entre mães de portadores e não portadores do HIV; **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 8 (1): 29-37, 1996.
5. FIGUEIREDO, M.A.C. Escalas afetivo/cognitivas de atitude. Construção, validação e interpretação dos resultados. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ed. Legis Summa, Ribeirão Preto, 1998 (p.51-70)
6. FIGUEIREDO, M.A.C.; et al. Crenças prevalentes modais sobre Aids: Um estudo comparativo entre pais de portadores e não-portadores do vírus". **XXIII Reunião Anual de Psicologia da SBP.**, p.373, 1993.
7. FIGUEIREDO, M.A.C.; et al. A família do paciente. **Boletim do Grupo de Atendimento Psicossocial à Aids, Ribeirão Preto**. v.2 (10): 3, 1997.
8. FIGUEIREDO, M.A.C.; et al. Profissionais de saúde e Aids. Um estudo diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto**. v.26, (3): 393-407, 1993.
9. FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief Attitude, Intention and Behavior: an introduction to theory and research**. Massachusetts, Addison-Wesley, 1975.
10. FOLEY, M; et al. Family support for heterosexual partners in HIV-serodiscordants couples. **Aids**. v.8, p.1483-7, 1994
11. FRIERSON, R.L.; et al. Psychological stresses on the family. **Psychosomatics**. v.28, 65-70, 1987.
12. JOHNSON, A.M.; et al. Pattern of hospital care for patients with HIV infection and Aids. **Journal of Epidemiology and Community Health**. v. 47, p.232-7, 1993.
13. KALEEBA, N. Um compromisso familiar. **Ação Anti-Aids**. v.7, p.4-5, 1989.
14. KELLY, J.A. Stigmatization of Aids patients by physicians. **Am. J. Pub. Health**. v.77, (7): p.189-91, 1987.
15. MESQUITA, F.C. Aids e drogas injetáveis. In: **Saúde e loucura**. HUCITEC, São Paulo, v.3, p. 47-53, 1991.
16. RIBEIRO, D.F.; FIGUEIREDO, M.A.C. A devolução do diagnóstico positivo do exame anti-HIV e o ponto de vista da pessoa infectada. Monografia de Bacharelado. **Departamento de Psicologia e Educação, FFCLRP USP**, Ribeirão Preto,

Endereço para correspondência:

Marco Antonio de Castro Figueiredo

Av. dos Bandeirantes 3.900 – Ribeirão Preto CEP 14.040-901

E-mail: marcoac@usp.br



RELATO DE CASO

Psoríase genital simulando balanopostite Genital psoriasis resembling balanopostitis

MAURO RL PASSOS¹, VANDIRA MS PINHEIRO¹, ALICE G BACELLAR², MARCO AO APOLLINÁ^{1,2}, ACF MACHADO², ELIANE P DIAS³

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma dermatose de ocorrência universal que atinge ambos os sexos, em qualquer idade, principalmente entre a segunda e a terceira décadas de vida. A causa é desconhecida, mas há indiscutivelmente um caráter genético envolvido, pois há ocorrência familiar em 30% dos casos. É uma doença de evolução crônica, se caracteriza por lesões eritemato-descamativas, quase sempre simétricas, que afetam a face extensora dos membros, principalmente cotovelos e joelhos, couro cabeludo, região sacra, palmas das mãos e plantas dos pés. Apenas eventualmente atinge mucosas genitais; nesses casos, em homens, o local mais atingido é a glândula.

OBJETIVOS

demonstrar que nem sempre lesões localizadas exclusivamente em região genital são doenças sexualmente transmissíveis; descrever a localização rara de manifestação da psoríase; discutir a dificuldade do diagnóstico da psoríase quando localizada em região genital.

CASUÍSTICA E METODOLOGIA

relato de um caso de paciente do sexo masculino, com 32 anos de idade, branco, solteiro, professor, natural do estado de São Paulo, residente em Niterói, RJ. Foi encaminhado ao Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense, em janeiro de 1996, para investigação diagnóstica de lesões eritematosas com frequência pruriginosas e às vezes com descamação e moderada secreção brancocenta localizadas no pênis, com evolução em surtos num período de três anos. Foram realizados vários tratamentos, para balanopostite fúngica, até porque em algumas ocasiões os exames microbiológicos (direto e cultura) foram positivos para *Candida sp* praticamente em todas as ocasiões o paciente apresentava melhora, maior ou menor, das manifestações clínicas. Reforçava tal conduta o relato de que a parceira sexual queixava-se de corrimento vaginal branco e com prurido vulvovaginal. Todavia, como tal quadro apresentava várias recidivas optou-se proceder biopsia da área afetada com a finalidade de elucidar o caso. O material foi encaminhado para exame histopatológico, no Serviço de Patologia do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense.

RESULTADOS

Ao exame dermatológico o paciente apresentava lesões eritemato-descamativas localizadas exclu-

¹ Docentes do Setor de DST-UFF (MIP/CMB/CCM)

² Discentes do programa de Pós-graduação em DST/UFF

³ Docente do Serviço de Patologia do HUAP-UFF

sivamente na glândula. Feita então a hipótese clínica de psoríase, sendo que esta hipótese foi confirmada pelo exame histopatológico. Tratamento e instruções específicas para tal doença foram efetuados.

Discussão e conclusões – este caso clínico evidencia que não se deve “rotular” sempre qualquer lesão em região genital como doença sexualmente transmissível antes de realizar uma investigação diagnóstica completa.

Outro dado importante, uma norma e clássica da medicina é o fato de que numa lesão genital, e mesmo em qualquer área do corpo, com mais de um mês de evolução o uso da biópsia não deva ser postergado.

Além disso, é sabido ocorrer numa área genital a associação de entidades nosológicas. Neste caso era sempre pensado e medicado apenas para uma delas qual seja Balanite por *Candida*. Outra vertente, que não se pode omitir é o fato de que a não

Fig. 1 – Glândula apresentando lesões eritemato-descamativas

Fonte: Setor DST-UFF

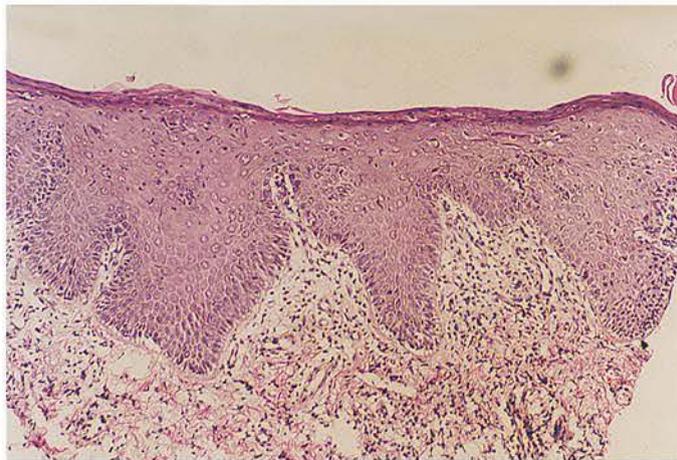


presença de *Candida* na glândula não representar sempre uma patologia, nem mesmo ser sempre doença sexualmente transmissível.

Assim, podemos concluir que nem todas as lesões genitais são DST e que o uso da biópsia em lesões recidivantes não deva ser postergada, embora tenhamos consciência de que nem sempre esta elucida todos os casos, contudo, pode fornecer importantes subsídios para a condução de casos iguais ao apresentado.

Fig. 2 – Tristopatologia da lesão H.E.

Fonte: Setor DST-UFF



Endereço para correspondência:

Mauro Romero Leal Passos

Setor de DST (MIP/CMB/CCM-UFF)

Outeiro São João Batista, s/n

Campus do Valonguinho - Centro

Niterói-RJ - 24210-150

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



INFORME TÉCNICO

Eliminating Syphilis from the United States

National Center of HIV, STD, and TB Prevention
Center for Disease Control and Prevention, Atlanta - USA

The U.S. has a unique but narrow window of opportunity to eliminate syphilis while cases are still declining.

Why is syphilis elimination in the U. S. within our reach now?

- Syphilis is a preventable and curable sexually transmitted disease (STD).
- Infectious syphilis is at the lowest rate ever reported: 2.6 cases/100,000 population (6,993 total cases).
- Syphilis is now very concentrated.
 - Half of all new cases in 1998 were reported from only 28 countries, which represents less than 1% of all U.S. counties.
 - Counties with high infectious syphilis rates (4.0 cases/100,000 population) are clustered in the Southeastern U.S.

Who is affected by syphilis in the U.S.?

- Communities burdened by poverty, racism, unemployment, low rates of health insurance, and inadequate access to health care. These larger social issues often impact individual behavior, placing members of these communities at increased risk of syphilis. This means that communities of color, particularly African Americans living in poverty, are often disproportionately affected.

Why is it important to eliminate syphilis

- **To reduce one of the most glaring racial disparities in health**
 - The reported national rate for infectious syphilis among African Americans is 34 times higher than that for white Americans.
 - This Racial disparity (34:1) is extreme compared to most other health outcomes including AIDS (9:1), infant mortality (2.5:1), and deaths attributable to heart disease (1.5:1)
- **To decrease spread of HIV infection**
 - Syphilis increases HIV transmission at least 2- to 5-fold.
 - Syphilis in men who have sex with men has been increasing in a growing number of cities across the country including in Chicago, San Francisco, Seattle, and Philadelphia.

- **To improved infant health**

- Syphilis transmission from mother to fetus during pregnancy causes stillbirths or congenital syphilis which results in lifelong health problems. In 1998, congenital syphilis was occurring at a rate of 20.6 cases/100,000 live births. The reported national congenital syphilis rate for African-American infants is 56 times higher than for white infants.

- **To strengthen public health capacity**

- Because this disease is easily diagnosed and treated, the persistence of high rates of syphilis is a sentinel event indicating a breakdown in the most basic public health capacity to control infectious diseases and ensure reproductive health. The syphilis elimination initiative will help rebuild this capacity.

- **To reduce health care costs**

- Syphilis elimination will save almost \$ 1 billion annually in syphilis associated indirect costs.

How will the U.S. eliminate syphilis?

- Reduce primary and secondary syphilis cases 1,000 and increase the number of syphilis-free counties to 90% by 2005.
- Provide support to communities to implement five strategies critical to eliminating syphilis:
 - *Cross-cutting Strategies*
 - Strengthened communities to implement five strategies critical to eliminating syphilis.
 - Enhanced surveillance
 - *Intervention strategies*
 - Rapid outbreak response
 - Expanded clinical and laboratory services
 - Enhanced health promotion

For media inquiries contact:

National Center of HIV, STD, and TB Prevention
Center for Disease Control and Prevention, Atlanta - USA
(404) 639-8895



IUSTI World Secretary General's Report from the 37th General Assembly in Melbourne, Australia, June 1997 to the 38th General Assembly - Sun City, South Africa, November 1999

The most exciting development over this two year period has been the confirmation that the current World General Assembly would be held in the African Region for the first time in the history of our organisation in conjunction with the 6th IUSTI World STD/AIDS Congress, and together with meetings of the African Branch Committee (the AUSTI) and other organisations. WHO and UNAIDS will also be officially represented.

Professor Ron Ballard of Johannesburg and the other members of the Organising Committee kindly agreed to host this historic meeting. The IUSTI Regional Director for Africa and Chair of the AUSTI is Dr Ibra Ndoye. It will be only the third occasion that a General Assembly has been held in the southern hemisphere, the previous two having been in the Asia-Pacific Region, viz. Singapore in 1995 and Melbourne in 1997. The 5th IUVDT/IUSTI World STD/AIDS Congress (Ven South '97) attracted a total of 326 delegates from all five regions of the world, and from two dozen countries in all.

The new Executive Committee met in Melbourne immediately after the General Assembly, next in Geneva in June 1998 in association with the World AIDS Conference, then in Denver in July 1999 in association with the ISSTD Meeting, and again just before the current 38th General Assembly in Sun City.

OTHER IUSTI MEETINGS

The European Branch held a meeting in Goteborg Sweden in September 1998. The 39th.

General Assembly and 7th IUSTI World STD/AIDS Congress will be held in 2001 in Berlin, hosted by the Regional Director for Europe Dr. Peter Kohl. Dr Jean-Marc Bohbot is the Chair of the European Branch Committee.

Organisers of the proposed 11th Asia-Pacific Branch Meeting in Jakarta, Indonesia, advised that regional financial difficulties, together with political uncertainties, have unfortunately brought about the cancellation of that meeting. The Branch Committee Chairperson, Dr. Janet Say is looking into alternate possibilities in India. Dr. Thirumoonthy is the Asia-Pacific Regional Director.

In Latin America. ULACETS held its most recent meeting in Bahia, Brazil. The Chair of ULACETS is Dr. Paulo Naud, and the Regional Director for Latin America is Dr Juan Carlos Fichman. The 40th General Assembly and 8th IUSTI World STD/AIDS Congress will be held in 2003 in Uruguay, hosted by Dr. Hilda Abreu.

The Regional Director for North America is Tom Quinn MD. Arrangements are well advanced toward designating

the American STD Association as the official IUSTI Branch Committee for North America.

COMMUNICATIONS AND THE INTERNET

In addition to these numerous meetings, there has been a steady flow of communication between the Office-Bearers, and with the organisers of the forthcoming scheduled meetings in Sun City (Professor Rori Ballard), Berim (Dr Peter Kohl) and Uruguay (Dr. Hilda Abreu). Emailing has quickly emerged as a major means of communication, to supplement faxes, phone calls and airmail. The Secretary General established an internet web site with the invaluable assistance of Dr. Christopher Miller on which can be found essential details about the Union, including The Statutes, contact details of the Office-Bearers and other members of the Executive Committee, plus the Membership Register. Our web site is linked to other relevant web sites around the world. Dr. Russell Waddell is responding to clinical enquiries directed to our email address at the site.

JOURNALS AND OTHER PUBLICATIONS

Both the Union's official scientific journals viz. *Int J STD AIDS* and *Venereology* continue to flourish. Regional Directors' reports, together with reports of the President, Treasurer and WHO Liaison officer were published in *Int J STD AIDS* 1997; 8; 719-727, following previous reports in *Int J STD AIDS* 1995; 6: 62-66.

The *International Journal of STD & AIDS*, edited by Dr. Wallace Dinsmore, continues as the official scientific publication of the Union at the world level, as does the *Journal Venereology*, with new editors Professor Basil Donovan and Mrs Juliet Richters, for the Asia-Pacific Region, which also has the Newsletter, *The Asia-Pacific Venereologist*, edited by Professor Ngeow Yung Fong. Last year two further Journals were added to this list viz. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, edited by Dr. Mauro Passos, for Portuguese speaking colleagues in Latin America, and *Sexually Transmitted Infections* of CAHAM ("SANAM") for Russian speaking people, edited by the late Professor Konstantin Borisenko.

The change in name of the Union on 27 June 1997 from the IUVDT to the IUSTI has been widely publicised, including in the recent report from the Union in *Int J STD AIDS* 1998; 9: 305-307 as part of the IUSTI (previously IUVDT) World Secretary General's report, 1995 (Singapore) to 1997 (Melbourne). Appropriate alterations have also been made to our Internet Website.

The revised Singapore Statutes have been published

in English in *The International Journal of STD & AIDS* and in Russian in the scientific Journal *Sexually Transmitted Infections* of CAHAM ("SANAM"), as well as on our web site in English, Spanish and French.

The CD Rom *Sexually Transmitted Infections and Genitoanal Dermatoses - Diagnosis and Therapy*, is officially endorsed by the IUSTI, introduced by Michael Waugh, and authored by Peter Kohl, (Editor-in-Chief) together with James Bingham, Jorma Paavonen, Ross Philpot and Jonathon Zenilman, available from Lasion Europe NV in Belgium, ISBN 90-74512-44-5.

Also recently published are two books on international Venereology; *Sex, Disease and Society*. A comparative history of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS in Asia and the Pacific, edited by Milton Lewis, Scott Bamber and Michael Waugh (Greenwood Press, Connecticut, USA, 1997, ISBN 0-313-29442-9) and *Sexually Transmitted Diseases in Asia and the Pacific*, edited by Brian Mullhall, Roy Chan, David Plummer, Rabin Sarda, Werasit Sittitrai, Tim Brown and Doris Mugrditchian (Venereology Publishing Inc, New South Wales, Australia, 1998; ISBN 0-646-34972-4).

LIAISON WITH OTHER ORGANISATIONS

WHO Collaborative activities between the IUSTI and WHO 1997-1999 have been carefully documented by our IUSTI Liaison Officer to WHO, Mike Antal, in a detailed Schedule of Collaborative Activities, in accordance with the Strategic Plan for Collaborative Activities with the World Health Organisation. Dr. Antonio Gerbase has been the WHO representative to the IUSTI.

There has also been continuing liaison with UN/UNAIDS via Lew Drusin, Peter Piot and Francis Ndowa; with the ILDS via Detlef Petzoldt and Michael Waugh and with the ISSTD via Frank Judson and Peter Kohl.

MEMBERSHIP

The general membership of the Union continues to flourish, although there were some concerns that with the increase in subscription fees to more accurately reflect expenses, and to cover the cost of a journal subscription, there might have been some losses.

At the 37th General Assembly in Melbourne two years ago, ten new members were elected to the Executive Committee. viz.

Professor Ron BALLARD
Dr. Simon BARTON
Dr. Charnchai BURAPANGKUL
Dr. Sjaiful DAILI
Professor Basil DONOVAN
Frank JUDSON MD
Dr. Jorma PAAVONEN
Professor Evelio PEREA
Professor Eric SANDSTROM
Professor ZHU Xue-Jun

The current President Dr Michael Waugh, ends his term of office at this World Assembly and automatically remains on the Executive Committee as Immediate Past President.

Other elected members complete their four year terms of office at this General Assembly and may be eligible for re-election viz.

Professor Michael ADLER
Dr Michael ANTAL
Dr James BINGHAM
Dr Roy CHAN
Professor Lewis DRUSIN MD

Dr Juan Carlos FLICHMAN (Regional Director)
Professor Subhash HIRA
Professor King HOLMES
Dr Peter KOHL (Regional Director)
Professor Andre MEHEUS
Dr Ibra NDOYE (Regional Director)
Professor NGEOW Yun Fong
Professor Detlef PETZOLDT
Dr Ross PHILPOT
Professor Peter PIOT
Thomas QUINN MD (Regional Director)
Dr T THIRUMOORTHY (Regional Director)

Change in membership of the Subscriptions, Membership and Income Sub-committee of the Executive Committee at the General Assembly in Melbourne, resulted in the following composition; Convenor James Bingham, with Roy Chan, Ahmed Kosasih, Ngeow Yun Fong, Ross Philpot, and Michael Waugh.

The Treasurer's Sub-Committee of the Executive Committee is also convened by James Bingham, the other two members being Simon Barton and Basil Donovan.

The Scientific Programmes Working Party convened by Ross Philpot includes Ron Ballard, James Bingham, Basil Donovan, Ibra Ndoeye, Evelio Perera, Erio Sandstrom and Michael Waugh.

The Executive Committee Meeting in Denver, USA considered nominations for changes in membership of the Office Bearers. The President is currently elected for one term of four years and it has been proposed that this be reduced to two years. The other Office Bearers can be re-elected for a second term of four years, and this makes a possible total of eight years for these positions, as well as for the Regional Directors and other elected members of the Committee, as specified in Article 7 of the Statutes. It is also noted that Article 9 of the Statutes states that "Members of the Executive Committee who do not participate in (3) consecutive meetings, may become Senior Counsellors and are still welcome at Executive Committee Meetings". Such a change of status carries with it the loss of voting rights.

As I complete my term of office as Secretary General and having been a member of either the Asia-Pacific Branch Committee and the World Executive Committee continuously since 1981, I am honoured to acknowledge with special thanks the inspiration and support kindly provided by Dr Duncan Catterall, Dr Kanchana Panikabutra, Dr Jan Edwards and Dr Michael Waugh.

Dr C Ross Philpot, B Med Sc, MBBS, MASM, FRACP, FAFPHM, PPACSHP Secretary General, IUSTI
Adelaide, South Australia

COLABORADORES 1999

VOLUME 11(1)

UMA LUZ NO FUNDO DO TÚNEL NA RELAÇÃO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E AIDS
Vilma Câmara

ASSOCIAÇÃO T. VAGINALISE G. VAGINALIS: VARIAÇÕES NOS EFEITOS EPITELIAIS
CITOLOGICAL CHANGES ASSOCIATED TO TRICHOMONAS VAGINALIS: THE INFLUENCE OF A SECONDE AGENT
Maria Alice Guimarães, Grimaldo Carvalho, Fernando Costa e Silva Filho

PESQUISA-AÇÃO COM CAMINHONEIROS SOBRE SEXUALIDADE E DST/AIDS
ACTION-RESEARCH WITH TRUCK DRIVES ABOUT SEXUALITY AND STD/SIDA
Carlos Roberto Lima dos Santos, Sonia Maria Villela Bueno

SOROPREVALÊNCIA DE HBsAg POSITIVO EM MULHERES ATENDIDAS EM CLÍNICA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
SEROPREVALENCE OF HBsAg POSITIVE AMONG WOMEN ATTENDING A SEXUALY TRANSMITED DISEASE CLINIC
Angélica E. B. Miranda, Estephânia G. Nogueira, Evanira S. Ribeiro, Kelly R. Areal, Maria C. Alves

ASPECTOS PEDAGÓGICOS E ÉTICOS NAS AÇÕES DE PREVENÇÃO EM DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
Josemar Coutinho Lima

SÍFILIS
Ministério da Saúde - Serviço Nacional de Educação Sanitária

CONTAGEM DE CÉLULAS CDR+ E TESTE DE CARGA VIRAL: PRINCIPAIS MARCADORES LABORATORIAIS PARA INDICAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL

TESTES RÁPIDOS: CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA SEU USO COM ÊNFASE NA INDICAÇÃO DE TERAPIA ANTI-RETROVIRAL EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

VOLUME 11(2)

MÉTODOS ESTATÍSTICOS
Pedro Carvalho Rodrigues

CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO EDUCATIVO DE INTERVENÇÃO JUNTO AOS CAMINHONEIROS NA BR040
DEVELOPMENT OF AN EDUCATIONAL INTERVENTIONIST PROJECT WITH TRUCK DRIVES AT THE BR-040 HIGHWAY
Cristina Arreguy Sena, Kalil Abrahão Hallack, Patricia Rios Rodrigues, Márcio Sena Mielo, Kanthya de Arreguy de Sena

FATORES ASSOCIADOS COM COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO E SEGURO ENTRE HOMOSSEXUAIS MASCULINOS: REVISÃO
FACTORS ASSOCIATED WITH RISK AND SAFE SEXUAL BEHAVIOUR AMONG HOMOSEXUAL MEN: A REVIEW
Elvira Ventura Filipe

SEXUALIDADE E DST/AIDS EM UMA POPULAÇÃO UNIVERSITÁRIA
SEXUALITY AND Dst/AIDS IN A UNIVERSITY POPULATION
Isabel Bento, Sonia Bueno

RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS EM *NEISSERIA GONORRHOEAE*: DOS MECANISMOS AO MONITORAMENTO
NEISSERIA GONORRHOEAE DRUG RESISTENCE: FROM THE MECHANISMS TO MONITORING
Cícero Carlos de Freitas, Renata Fernandes Rabello e Fernanda Costa Capela

INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA POSSIVELMENTE ADQUIRIDA PELA INALAÇÃO TRAUMÁTICA DE COCAÍNA
HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION POSSIBLY ACQUIRED BY TRAUMATIC INHALATION OF COCAINE
Walter Tavares

FLUXOGRAMA PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE 2 ANOS
Coordenação Nacional de DST/AIDS - Ministério da Saúde

VOLUME 11(3)

FATORES QUE INTERFEREM NA PREVENÇÃO DE DST/AIDS

Mauro Romero Leal Passos

HIV/AIDS E AS NEOPLASIAS INTRA-EPITELIAIS GENITAIS

HIV/AIDS AND GENITAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIAS

Maria Alice Guimarães Gonçalves

ATIVIDADE SEXUAL ANTES E DURANTE O CARNAVAL E O RISCO DE ADQUIRIR

DST/HIV E AIDS, EM RIO BRANCO, ACRE - BRASIL

SEXUAL ACTIVITIES BEFORE AND AFTER THE CARNAVAL AND THE RISK OF ACQUIRING DST/HIV/AIDS, IN RIO BRANCO, ACRE - BRAZIL

Creso Machado Lopes, José Manuel Morales Rigau

PAPILOMAVÍRUS HUMANO: VIROLOGIA E CARCINOGENESE

HUMAN PAPILLOMAVIRUS: VIROLOGY AND CARCINOGENESIS

Ana K. Gonçalves, Paulo Giraldo, Francis AM Gomes, Nilma A. Neves, Iara Linhares

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA E ESTERILIDADE

PELVIC INFLAMMATORY DISEASE AND STERILITY

Newton S. Carvalho, Ana Cecília P. Guimarães, Débora C. Breckenfeld, Silvane Bigolin

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM DST: ADENOPATIA INGUINAL

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN STD: INGUINAL ADENOPATHY

Mauro Romero Leal Passos, Eunice de Castro Soares Martins, Nero Araújo Barreto, Vandira Maria dos Santos Pinheiro, Renata de Queiroz Varella

DEFINIÇÃO DE CASOS DE AIDS EM CRIANÇAS

Ministério da Saúde

VOLUME 11(4)

SEXUALIDADE E MASCULINIDADE

SEXUALITY AND MASCULINITY

Vandira Maria dos Santos Pinheiro

PREOCUPAÇÕES DE MÃES SOROPOSITIVAS COM O HIV E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

HIV-POSITIVE MOTHERS' WORRIES AND ITS IMPLICATIONS FOR NURSING CARE

Maria do Socorro M. Sherlock, Neiva Francenely C. Vieira

INFECÇÕES CAUSADAS POR PAPILOMAVÍRUS E DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER: ASPECTOS VIROLÓGICOS E EPI-DEMIOLÓGICOS

HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION AND CANCER DEVELOPMENT: VIROLOGICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS

Sílvia MB Cavalcanti, Lucília G Zardo, Mauro RL Passos, Ledy HS Oliveira

PREVENÇÃO DA AIDS EM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO: CONHECIMENTO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS EM RE-GIÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

AIDS PREVENTION IN AN ODONTOLOGIC CLINIC SETTING: KNOWLEDGE LEVEL OF DENTISTS IN A REGION OF SÃO PAULO STATE, BRAZIL

Antonio Carlos Pereira, Edméa Rita Temporini

AIDS ATITUDES ENTRE CAMINHONEIROS DE ESTRADA

AIDS ATTITUDES AMONG TRUCK DRIVERS

Evania Nascimento, Tokico Murakawa Moriya

INFECÇÃO POR HEPATITE B EM PACIENTES ATENDIDOS NO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

HEPATITIS B INFECTION IN PATIENTS ATTENDED AT SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE CLINIC FROM FEDERAL FLUMINENSE UNIVERSITY

Ledy Hs Oliveira, Isabel R Silva, Nubia K. Almeida, Brunno LS Xavier & Sílvia MB Cavalcanti

REVISÃO DA DEFINIÇÃO NACIONAL DE CASO DE AIDS EM INDIVÍDUOS COM 13 ANOS DE IDADE OU MAIS, PARA FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Coordenação Nacional de DST/Aids

VOLUME 11(5)

PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA

CONTROL AND PREVENTION OF THE CONGENITAL SYPHILIS

Mauro Romero Leal Passos

SÍFILIS ADQUIRIDA NA INFÂNCIA: ESTUDO CLÍNICO, LABORATORIAL E ABUSO SEXUAL

ACQUIRED SYPHILIS IN CHILDHOOD: CLINICAL STUDY, DIAGNOSIS LABORATORY AND SEXUALLY ABUSE

Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho, Mauro RL Passos, Ledy HS Oliveira, Vania GS Lopes, Gesmar VH Herdy, Vandira MS Pinheiro

INFLUENCE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION AND SEXUAL INTERCOURSE ON ENDOCERVICAL EPITHELIAL CELL IMMUNE ACTIVITY

INFLUÊNCIA DA INFECÇÃO POR PAPILOMAVÍRUS HUMANO E DA RELAÇÃO SEXUAL SOBRE A ATIVIDADE IMUNOLÓGICA

DE CÉLULAS EPITELIAIS ENDOCERVICAIS

Steven S. Witkin, Iara Linhares, Paulo Giraldo and William J. Ledger

PREVALÊNCIAS DA INFECÇÃO PELO HIV E DA SOROPOSITIVIDADE DO VDRL EM GESTANTES

HIV INFECTION PREVALENCE AND VDRL POSITIVITY PREVALENCE IN PREGNANT WOMEN

Mauro Cunha Ramos, Beatriz Leônidas Curcio, Madalena Tessaro, Helena Meneghetti,

Lúcia Côgo Marques, Thiago Pereira Duarte, Tania Ferreira Cestari

COMPREENDENDO O PORTADOR HIV/AIDS USUÁRIO DE DROGAS

COMPREHENSION OF HIV/AIDS BARRER BEHAVIOR DRUGS USERS

Nilzemar Ribeiro de Souza, Edna Paciência Vietta

SYPHILIS CONTINUES TO RETREAT: NATION SETS SIGHTS ON ELIMINATION CDC REPORTS ALL-TIME SYPHILIS LOWS AND CONCENTRATION IN 1% OF U.S. COUNTIES

National Center of HIV, STD, and TB Prevention

Centers for Disease Control and Prevention - CDC, Atlanta USA

VOLUME 11(6)

NAVEGANDO PREVENÇÃO DAS DST/AIDS NA INTERNET

SURFING STD/AIDS PREVENTION IN THE INTERNET

Rubem de Avelar Goulart Filho

PREVENÇÃO DE DST/AIDS: UMA ABORDAGEM JUNTO A FAMÍLIAS DE ADOLESCENTES

PREVENTION OF STD/AIDS: AN APPROACH CLOSE TO ADOLESCENTS FAMILIES

Ana Fátima Carvalho Fernandes, Almerinda Holanda Gurgel, Thereza Christina Julião

COMPREENDENDO O PORTADOR HIV/AIDS USUÁRIO DE DROGRAS

COMPREHENSION OF HIV/AIDS BARER BEHAVIOR DRUG USERS

Nilzemar Ribeiro de Souza, Edna Paciência Vietta

A VIOLÊNCIA, A MULHER DETENTA E A VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS

THE VIOLENCE, THE PRISONER WOMAN AND THE VULNERABILITY TO THE STD/AIDS

Annecy T. Giordani, Sônia M. V. Bruno

PREVENÇÃO DE DST/AIDS: UMA ABORDAGEM JUNTO A FAMÍLIAS DE ADOLESCENTES

PREVENTION OF STD/AIDS: AN APPROACH CLOSE TO ADOLESCENTS FAMILIES

Marco Antonio de Castro Figueiredo, Maria Rosa Rodrigues Rissi

PSORÍASE GENITAL SIMULANDO BALANOPOSTITE

GENITAL PSORIASIS RESEMBLING BALANOPOSTITIS

Mauro RL Passos, Vandira MS Pinheiro, Alice G Bacellar, Marco AO Apollinário, ACF Machado, Eliane P Dias

IUSTI WORLD SECRETARY GENERAL'S REPORT FROM THE 37TH GENERAL ASSEMBLY IN MELBOURNE, AUSTRALIA, JUNE 1997 TO THE 38TH GENERAL ASSEMBLY - SUN CITY, SOUTH AFRICA, NOVEMBER 1999

NORMAS DE PUBLICAÇÃO



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 sobrenomes; (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.

• 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. – *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 sequência 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 a 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. Seguem-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.