
SUMÁRIO

EDITORIAL

| | |
|---|---|
| SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: NOSSO COMPROMISSO É A SUA PARTICIPAÇÃO | 3 |
| <i>The Brazilian Society of Sexually Transmitted Diseases: we are committed to your participation</i> | 4 |
| <i>Mauro Romero Leal Passos</i> | |

ARTIGOS

| | |
|--|----|
| HOMOSSEXUALIDADE: DEPOIMENTOS DE HOMENS | 5 |
| <i>Homosexuality: Male Testimonies</i> <i>Maria AT Bruns, Cristiane R Marque</i> | |
| DIREITOS HUMANOS DE MULHERES DETENTAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE ÀS DST-AIDS | 12 |
| <i>Human Rights of Imprisoned Women in the Situation of Vulnerability to Std-Aids</i> <i>Annecy T Giordani, Sônia MV Bueno</i> | |
| NORMAS, PUNIÇÕES, CASTIGOS E A VULNERABILIDADE AS DST-AIDS NO COTIDIANO DE MULHERES DETENTAS | 16 |
| <i>Rules, Punishment, Penalties and Vulnerability to STD-Aids in the Everyday Lives of Female Prisoners</i> <i>Annecy T Giordani, Sônia My Bueno, Luciane P Kantorski</i> | |
| EL CONTROL DE LAS ITS EN UN MUNICIPIO DEL INTERIOR DE AMAZONAS: EXPERIÊNCIA DE MANACUPURU | 22 |
| <i>O Contole das ITS num Município do Interior do Amazonas: Experiência de Manacapuru</i> <i>The STI Control Inland of Amazon: Manacapuru Experience</i> <i>Enrique G Garcia, Adele S Benzaken, Valderiza L Pedrosa, José Carlos G Sardinas, Osminda Loblein</i> | |
| A PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL | 29 |
| <i>The First Intercourse</i> <i>Paulo RB Canella, Maria Luiza M Araujo, Rui Santos, Angela L Mendes, Maria Lúcia F Beraldo</i> | |

RELATO TÉCNICO

| | |
|--|----|
| DECENNIAL AIDS INCIDENCE TRENDS: A SELECTED WORLD VIEW | 33 |
| <i>Dr. Roger P Bernard</i> | |
| ADULT (15-49 YEARS) HUMANKIND HIV PREVALENCE STATUS | 34 |
| <i>Dr. Roger P Bernard</i> | |

REVISÃO

| | |
|--|----|
| A BOCA COMO ÓRGÃO DE PRÁTICAS SEXUAIS E ALVO DE DST/AIDS | 37 |
| <i>The Mouth as an Organ for Sexual Practices and and a target for STD/Aids</i> <i>Luiz Carlos Moreira, Flávio Merly, Andréa B Moleri, Mauro RL Passos, Vandira MS Pinheiro</i> | |
| CANDIDÍASE EXTRAGENITAL | 54 |
| <i>Extragenital Candidiasis</i> <i>Paulo C Giraldo, Ana Katherine S Gonçalves, Regina MR Vicentini</i> | |

RELATO DE CASO

| | |
|---|----|
| SÍFILIS MALIGNA E NEUROSSÍFILIS NO PACIENTE COM AIDS | 59 |
| <i>Malignant Syphilis and Neurosyphilis in Aids Patient</i> <i>Fabio Leoncio B Martinelli; Eleni Aparecida Bedaque, Audrey E Macedo Luiz Alberto C Barra, Alessandra SP Santos, Paula PT de Miranda, Renato Curti Júnior</i> | |

CARTA AO EDITOR

| | |
|---|----|
| A SEXUALIDADE E AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS | 63 |
| <i>Zenilce Vieira Bruno</i> | |

NOTÍCIAS

| | |
|---|----|
| II Encontro FQM de Atualização em DST | 65 |
|---|----|



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

Av. Roberto Silveira, 123 - Niterói - RJ - Brasil
CEP 24230-150 - Tels.: (21) 2710-1549 e 2711-4766

DIRETORIA SBDST

Presidente:

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

1º Vice-Presidente:

Adele S. Benzakem (AM)

2º Vice-Presidente:

Mauro Cunha Ramos (RS)

1º Secretário:

Geraldo Duarte (SP)

2º Secretário:

Paulo Giraldo (SP)

1º Tesoureiro:

Telma Queiroz (CE)

2º Tesoureiro:

José Carlos G. Sardinha (AM)

Diretor Científico:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

REGIONAL RIO DE JANEIRO

Presidente: Mauro Romero Leal Passos

Vice-Presidente: Susana C.A.V. Fialho

1º Secretário: Gutemberg L.de Almeida Filho

2º Secretário: Paulo da Costa Lopes

1º Tesoureiro: Renato de Souza Bravo

2º Tesoureiro: Renata de Queiroz Varella

Dir. Científico: Helder J.A. Machado

REGIONAL PERNAMBUCO

Presidente: Maria Luiza B. Menezes

Vice-Presidente: Magda M.M.B. Oliveira

1º Secretário: Maria Betânia S.M. Correia

2º Secretário: Edvaldo da Silva Souza

1º Tesoureiro: Rivaldo M.de Albuquerque

2º Tesoureiro: Stefan Welkovic

Dir. Científico: Carlos Alberto S. Marques

REGIONAL AMAZONAS

Presidente: José Carlos G. Sardinha

Vice-Presidente: Nelson Barbosa da Silva

1º Secretário: Monique Prado

2º Secretário: Florides Brito

1º Tesoureiro: Maria Zen M. Frota

2º Tesoureiro: Aparecida Mendonça

Dir. Científico: Sinésio Talhari

REGIONAL ESPÍRITO SANTO

Presidente: Angélica Espinosa Miranda

1º Vice-Presidente: Ítalo Francisco Campos

2º Vice-Presidente: Estepânia G. Nogueira

1º Secretário: Regina Lúcia A. Alves

2º Secretário: Bettina Moulin Coelho

1º Tesoureiro: Marta Colle Alves

2º Tesoureiro: Sandra Fagundes

Dir. Científico: Rodrigo R. Rodrigues



CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

Nero Araújo Barreto (RJ)

Renato de Souza Bravo (RJ)

Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Comissão Editorial:

Adele S. Benzaken (AM)

Anna Ricordi Bazin (RJ)

Cícero Carlos de Freitas (RJ)

Délcio Nacif Sarruf (RJ)

Geraldo Duarte (SP)

Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Iara Moreno Linhares (SP)

Izabel Cristina F. Paixão (RJ)

José Antônio Simões (SP)

José Augusto Pantaleão (RJ)

Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)

Luiz Carlos Moreira (RJ)

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

Mauro Cunha Ramos (RS)

Neide Kalil (RJ)

Ney Francisco Pinto Costa (RJ)

Paulo Canella (RJ)

Paulo da Costa Lopes (RJ)

Renata de Queiroz Varella (RJ)

René Garrido Neves (RJ)

Roberto de Souza Salles (RJ)

Rubem de Avelar Goulart Filho (RJ)

Silvia Maria Baeta Cavalcanti (RJ)

Solange Artimos de Oliveira (RJ)

Tomaz Barbosa Isolan (RS)

Vilma Duarte Câmara (RJ)

Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional

Alícia Farinati (Argentina)

Enrique Galbán García (Cuba)

George W. Rutherford (EUA)

Juan Carlos Flichmann (Argentina)

Ken Borchart (EUA)

Marc Steben (Canadá)

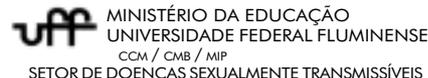
Peter Piot (UNAIDS-Suíça)

Rui Bastos (Moçambique)

Stephen Morse (EUA)

Steven Witkin (EUA)

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



Outeiro de S. João Batista, s/nº
Campus do Valonguinho - Centro
Niterói - RJ - 24210-150 - Brasil
Tel.: (21) 2719-4433 - (Fax) (21) 2719-2588
Tel.: (21) 2618-3344

E-mail: mipmaur@vm.uff.br

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

Reitor da UFF:

Cícero Mauro Fialho Rodrigues

Chefe do Setor do DST:

Mauro Romero Leal Passos

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

Barjas Negri

COORDENAÇÃO NACIONAL DE

DST/Aids

Paulo Roberto Teixeira



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

Presidente:

James Bingham

Secretário Geral:

Ron Ballard

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

Direcionamento e Distribuição:

DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis é direcionado aos sócios da SBDST, assinantes, Bibliotecas, Centros de Referência, ginecologistas, urologistas, infectologistas, dermatologistas, clínicos, programas saúde da família e entidades com convênio.

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

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

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

Editorial

Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis: nosso compromisso é a sua participação

Quando voltei do 1º Congresso Mundial de DST, realizado em San Juan, Porto Rico, em novembro de 1981, decidi que muito poderia trabalhar pelas DST.

Logo no início de 1982, com total apoio de colegas de Niterói e da Associação Médica Fluminense (AMF), fundamos a União Fluminense Contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis. Era vinculada a União Brasileira Contra as Doenças Venéreas. Nessa época, o trabalho feito pelos colegas da União era magnífico.

Em 1988, sentimos a necessidade de ampliar o trabalho efetuado no Estado do Rio de Janeiro, tornando nossa sociedade médica uma entidade nacional, desvinculada da União. Criamos, então a Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (SBDST).

Em 1989, mais uma vez fomos ousados. Lançamos o DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, periódico científico, atualmente indexado. Este já faz parte do acervo de quase todas as bibliotecas médicas brasileiras. Várias bibliotecas e entidades estrangeiras possuem também nossa revista, inclusive a Biblioteca do Congresso Americano, uma das melhores e maiores do mundo.

Atualmente, publicar um artigo no DST, é ter certeza de que mais de 20.000 profissionais poderão ter acesso ao trabalho.

Depois de vários eventos regionais, criamos o **DST in Rio**. A primeira versão foi em 1996 e a segunda, em 1998. Ambos com mais de 1.000 participantes cada e com rasgados elogios à parte científica. Sem modéstia, os participantes, ouvintes e conferencistas brilharam. Na verdade, já na abertura, todos fizemos, literalmente, um *show*.

Seguindo a trajetória de tornar a SBDST uma entidade realmente nacional, conseguimos articular para que o Congresso da SBDST saísse do Rio de Janeiro. Em 2000, sob a presidência do colega Ivo Castelo Branco Coêlho, o **DST 3 in Fortaleza** foi completo sucesso. Sucesso científico, de público e de entrosamento com os órgãos públicos, ONGs e sociedade civil organizada.

Não paramos. Este ano, em setembro, o 4º. Congresso da SBDST, **DST 4 - Manaus 2002**, com o comando dos colegas Adele Schwartz Benzaken e José Carlos Gomes Sardinha, apresenta-se com entrosamento impecável com os inúmeros representantes dos órgãos públicos, privados, ONGs, sociedades de profissionais de saúde (médica, enfermagem, odontológica...) nacionais e internacionais.

O desempenho desses colegas, pode parecer feio eu falar isso, mas é com a visão positiva e de crescimento; me causa inveja.

Estamos conseguindo dar vazão a vários ideais e, com certeza, hoje, somos um grupo de amigos, de profissionais, que respeitando nossas individualidades, estamos agregando esforços para enfrentar, com organização, os problemas das DST.

O grupo está se solidificando. O diálogo, a honestidade, a competência e a perseverança de cada um têm sido determinantes para o avanço. Evoluimos para formar regionais estaduais, que agora já são cinco: Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Pernambuco e Rio de Janeiro.

Para que pudéssemos chegar onde estamos, contamos com ajuda de várias instituições. Tentar registrar, aqui, todos os nomes ficaria extenso. Com certeza, nesses 14 anos de edição do DST-JBDST, todos estão contemplados. E, a cada uma, dizemos obrigado. Todavia, cabe agradecimento especial para a Associação Médica Fluminense, para a Universidade Federal Fluminense e para a Coordenação Nacional de DST/Aids.

Muito mais precisa ser feito ainda. Muito mais pessoas e entidades necessitam se engajar nessa luta, oferecendo críticas, propostas e soluções.

Durante o evento em Manaus, nova diretoria será eleita. As chapas devem ser inscritas até 4 de agosto de 2002. Só poderão participar do processo sócios quites e matriculados 30 dias antes da eleição. Cada regional deverá ter disponível, para os sócios que não comparecerem em Manaus, condições de exercer seus direitos.

Também durante o 4º. Congresso da SBDST, será eleita a sede para o próximo congresso, em 2004. Os interessados deverão apresentar proposta formal no primeiro dia do evento. Essa deverá ser protocolada no estande da sociedade e dirigida ao presidente da SBDST. Terão prioridades as propostas encaminhadas pela diretoria de uma regional. Entretanto, todas serão apreciadas pela diretoria da SBDST, que, em reunião ordinária, elegerá o comando e o local do próximo congresso.

Assim, invocamos a se associarem ao grupo, aqueles que acreditam que um grande trabalho depende de pequenas contribuições. Sua participação, mais do que bem-vinda, é necessária. Para nós, decisiva. Porque você faz diferença.

MAURO ROMERO LEAL PASSOS
Editor chefe e Diretor Científico da SBDST

Editorial

The Brazilian Society of Sexually Transmitted Diseases: we are committed to your participation

When I returned from the 1st STD World Congress, which took place in San Juan, Puerto Rico, in november 1981, I decided that I could work a lot on STDs.

In the beginning of 1982, with full backing from colleagues in Niterói, Rio de Janeiro and from the Medical Association of Niterói (AMF), the Fluminense Union Against Sexually Transmitted Diseases was founded. It was tied to the Brazilian Union Against Venereal Diseases. At the time, the work done by these colleagues was magnificent.

In 1998, we felt the need to widen the scope of the activities developed in Rio de Janeiro, transforming our medical society into a national entity, independent from the Brazilian Union Against Venereal Diseases. We created the Brazilian Society of Sexually Transmitted Diseases (SBDST).

In 1989, once more we dared, starting the STD-Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases, a scientific periodical, today indexed. It is already included in most Brazilian medical libraries' collections. Many foreign entities and libraries also receive our journal, including the American Library of Congress, one of the biggest and best in the world.

To publish a paper in the STD journal today is to be sure that over 20.000 health professionals will have access to it.

After many regional events, we created the **STD in Rio** congress. The first version of it was held in 1996 and the second in 1998, both attracting over 10.000 participants and being highly praised in relation to scientific content. Modesty aside, participants, conferencists and listeners shined. From the opening onward we made a show.

Moving forward on the road to making the SBDST a truly national entity, we were able to negotiate for its congress to be held outside of Rio de Janeiro. In 2000, presided by our colleague Ivo Castelo Branco Coêlho, the **STD 3 in Fortaleza** was a complete success. Scientific success, public success and success in the relationship between public sector organs, NGOs and organized civilian society.

We didn't stop there, though. This year, in september, the 4th SBDST Congress, **STD 4 – Manaus 2002**, under the guidance of the colleagues Adele Schwartz Benzaken and José Carlos Gomes Sardinha, displays impeccable agreement between the innumerable representatives of public sector organs, private initiative, NGOs, national and international health professionals' societies (doctors', nurses', dentists'...).

I dare to say that, in a positive way, the achievements of the colleagues in charge of this whole process have made me jealous.

We are succeeding in attaining many goals. Today we are, surely, a group of friends, of professionals, which, respecting our individualities, are joining efforts to overcome, with organization, the problems presented by the STDs.

This group is becoming more solid. The dialog, honesty, competence and perseverance of each have been fundamental for these advances. We evolved to the forming of regional and stateside units, which are now five: Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Pernambuco e Rio de Janeiro.

To be able to come to where we stand, we have counted on the help of many institutions; trying to name them all here would not be possible. Anyway, during these 14 years of publication of the DST-JBDST, all have been contemplated. We say thank you to each one.

Much more, however, needs to be done. Many more persons and entities need be engaged in this fight, offering criticism, proposals and solutions.

During the event in Manaus, a new board of directors will be elected. The parties must be inscribed until August 4th, 2002. Only members who are paid up and who have been inscribed 30 days before the election will be able to participate in the process. Each regional unit will have to provide, for members who are not present in Manaus, conditions to exercise their rights.

The election of the city to host the next congress, in 2004, will also be held during the 4th Congress of the SBDST. Those interested should present a formal proposal on the event's first day. This proposal must be protocolized at the SBDST stand and addressed to its president. Priority will be given to those presented by the board of directors of a regional unit; these will be analysed by the SBDST board of directors, which, in an ordinary meeting, will elect those in charge and the place of the next congress.

Thus, we make a call to join the group to those who believe that a great work depends on small contributions. Your participation, more than welcome, is necessary. To us, it's decisive. Because you make a difference.

MAURO ROMERO LEAL PASSOS

Editor-in-chief and Scientific Director of the SBDST

HOMOSSEXUALIDADE: DEPOIMENTOS DE HOMENS

HOMOSEXUALITY: MALE TESTIMONIES

Maria AT Bruns¹, Cristiane R Marque²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender como alguns homens experienciam a homossexualidade atualmente, ou seja, que significados atribuem à própria vivência desse fenômeno. Foram ouvidos sete homens pertencentes à faixa etária entre 40 e 50 anos que se declaram como homossexuais, cujos depoimentos foram submetidos à análise qualitativa fenomenológica e ao referencial teórico-filosófico de Martin Buber. Os discursos destes homens revelaram que no decorrer da existência definiram-se como homossexuais, apesar de se sentirem o alvo de preconceitos. Percebem-se estigmatizados pela sociedade, recusam-se a personificar estereótipos e preferem buscar a integração social a viver em guetos.

Palavras-chave: homossexualidade, estigma, fenomenologia, sexualidade

ABSTRACT

The objective of this study was to understand how some men experience homosexuality in our age, or what significance they attribute to their own experience of this phenomenon. Seven men in the 40 to 50 years old age group who were declared homosexuals were interviewed. Their testimonies were submitted to qualitative phenomenological analysis and the theoretical-philosophical Martin Buber standard. Their discourses revealed that in the process of their own identification as homosexuals in spite of their feeling the target of prejudice, they perceived themselves as being stigmatized by society, refusing to incorporate a stereotyped personality preferring to search for social integration instead of living in ghettos.

Keywords: homosexuality, stigmatized, phenomenological, sexuality

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(2):5-11, 2002

INTRODUÇÃO

A homossexualidade, em especial a masculina, é um assunto que tem sido intensivamente discutido no momento atual, seja nos meios de comunicação de massa ou mesmo em conversas informais entre as pessoas. Diante de tal realidade, esta pesquisa buscou ampliar a compreensão deste fenômeno com base nos relatos dos próprios homens que o vivenciam, os quais foram solicitados a responder às seguintes indagações: *“O que é a homossexualidade masculina? Como a homossexualidade vem sendo vivida hoje? Quais os problemas enfrentados pelos homossexuais? Como se dá a relação com a família? Com os amigos? E com relação à profissão?”*.

Estas questões dirigidas a esta faceta da sexualidade humana têm demarcado espaço cada vez maior nas mais diversas áreas do conhecimento com diferentes enfoques teórico-metodológicos, seja para explicar suas causas, sua história, ou até mesmo para simplesmente censurá-la.

Baudry e Daniel¹ esclarecem que *“queira-se ou não, a homossexualidade é um fenômeno existente desde as origens da história humana e que sempre existiu em toda parte. Foi diversamente interpretada, diversamente admitida, diversamen-*

te explicada, mas nenhuma sociedade a ignorou” e, segundo os referidos autores, já no ano 2000 a.C. havia documentos registrando o fenômeno.

Nos dizeres de Lins², o modo como a homossexualidade era encarada na Antiguidade Clássica Grega, especialmente em Creta e Esparta, é de especial importância histórica para a civilização ocidental, não só pelo que representava o fenômeno na época, como também pelo fato de o desenvolvimento de nossa cultura moderna dever-se a muitos modos do pensar grego.

Foucault³ expõe o fato de que os gregos não opunham, como duas escolhas excludentes, ou como dois tipos de comportamento radicalmente diferentes, o amor por alguém do próprio sexo ou o amor por alguém do sexo oposto. A oposição entre um homem temperante e senhor de si mesmo e aquele que se entregava aos prazeres era, do ponto de vista da moral, muito mais importante do que a forma escolhida para se obter prazer. Ter comportamentos frouxos consistia em não saber resistir nem às mulheres nem aos rapazes, sem que esta última conduta fosse mais grave do que a outra.

Os gregos não reconheciam duas espécies de desejos, duas pulsões diferentes ou concorrentes, podendo-se escolher livremente entre homens e mulheres e, a seus olhos, *“o que fazia com que se pudesse desejar um homem ou uma mulher era unicamente o apetite que a natureza tinha implantado no coração do homem para aqueles que são “belos”, qualquer que seja o sexo”*³.

O modo como era encarada a homossexualidade na Grécia é bastante semelhante ao modo que a mesma era encarada na

¹ Dra. em Psicologia Educacional, Psicanalista, Especialista em Sexualidade Humana, Docente do Curso da Pós-Graduação em Psicologia do Depto de Psicologia e Educação da F.F.C.L. - USP Campus de Ribeirão Preto

² Psicóloga graduada pela FFCLRP- campus USP

* Pesquisa financiada pelo PIBIC/USP/CNPq

Roma Antiga, a ponto de Veyne⁴ considerar que “*não há o que distinguir entre gregos e latinos, e o amor grego poderia ser chamado amor romano com igual legitimidade*”.

No que se refere ao amor, o ideal romano, assim como o grego, estava centrado na vitória da razão sobre o prazer, uma vez que a paixão amorosa, homossexual ou heterossexual, enfraquece o homem. As condutas não se classificavam de acordo com a preferência sexual, ou o amor pelas mulheres ou pelos homens, e sim pela postura ativa ou passiva, pois o que importava era que o prazer fosse expresso de modo viril, ou seja, ser o homem ativo, fosse qual fosse o sexo do parceiro, chamado então, de passivo.

Assim, seria incorreto encarar a Antiguidade como paraíso da não repressão e imaginar que ela não tivesse controle, mediante certos princípios. O que ocorre é que esses princípios expressavam uma repressão sexual diferente, na qual a homossexualidade não era menos mítica que ocorre na sociedade atual.

Ao longo da Idade Média a postura diante da homossexualidade muda radicalmente. O judaísmo, matriz do cristianismo, opunha-se claramente à homossexualidade e chegou a incluí-la na mesma categoria em que colocou o incesto, a bestialidade e o adultério, sendo passível de pena de morte. O cristianismo considerava o sexo apenas uma forma de reprodução, e qualquer comportamento sexual que não levasse à procriação era um pecado contra a natureza. Os homossexuais foram colocados no mesmo nível dos assassinos, hereges e traidores.²

No começo do século XIX, o discurso sobre a homossexualidade oscilou entre as hipóteses de ser tal conduta uma perversidade que deveria, por isso ser condenada, e a de ser uma doença que deveria ser compreendida e, como tal, ser curada. E assim, apesar de incorporada ao campo da Medicina, a homossexualidade continuou vulnerável a julgamentos morais, especialmente por permanecer ancorada à concepção ofensiva aos “bons princípios”. O homossexual é ainda hoje considerado uma ameaça à nação e à família e um traidor do ideal masculino da nossa cultura, ou seja, o ideal do pai de família heterossexual.

Desde o início do século XIX, muitos modelos teóricos surgiram para explicar e definir a homossexualidade, tentando elucidar suas causas, tanto baseando-se em hipóteses que priorizavam os fatores biológicos como as que defenderam as influências das condições sociais no desenvolvimento do indivíduo. E, ainda neste século, o homossexual continuou aprisionado, visto por muitos como perigoso, imoral, doente ou desviante. Apenas em 1974, segundo Pollak⁵, a homossexualidade deixou de ser considerada doença pela

Associação Americana de Psiquiatria, num ato simbólico que marcou uma reviravolta nas relações de força entre as diferentes teorias da sexualidade.

Para Fry e Macrae⁶, o grande tabu sobre a homossexualidade perdurou até meados do século XX quando, na década de 60, o surgimento dos anticoncepcionais permitiu a dissociação entre o ato sexual e a reprodução, revolucionando os valores e normas relativas à sexualidade. A homossexualidade, expressão máxima dessa dissociação, pela qual é possível atingir um alto nível de prazer sem a menor possibilidade de reprodução, foi beneficiada socialmente. Os homossexuais puderam, então, sair da clandestinidade e afirmar sua “normalidade”, tornando-se mais tolerados socialmente. O primeiro passo dado por alguns homossexuais que saíram da clandestinidade foi o de autodenominarem-se *gays*. Nasceu, assim, nos anos 70, inicialmente nos

Estados Unidos, o Movimento *Gay*, com a proposta de mostrar que o heterossexualismo não é o único modo normal de expressar sexualidade, passando assim a questionar determinados aspectos das instituições masculinas e o privilégio dos machos.

Os homossexuais passaram a sentir confiança em si próprios e a aceitação de sua própria sexualidade foi benéfica, mas o reconhecimento da condição de minoria trouxe desvantagens. Num primeiro momento, os homossexuais reivindicaram o direito à diferença – etapa necessária de reconhecimento pela maioria – e, com ela, a idéia de que o homossexual é espécie à parte, acarretando o que eles menos desejavam: sua exclusão pela sociedade. A ênfase na idéia de minoria dificultou a visão de que a homossexualidade, explícita ou recalcada, é um aspecto da sexualidade de cada um.

Nos anos 80, houve uma modificação na postura do Movimento *Gay*, ao ser percebido o perigo de persistir-se num caminho que levaria com certeza ao estigma e ao gueto. Ampliou-se o conceito de homossexualidade que antes se restringia à identidade sexual. Preocupou-se em mostrar que os homossexuais são homens com os mesmos atributos dos outros sem que haja uma recusa dos papéis sexuais tradicionais, a sexualidade não determina o gênero, ou seja, a condição de pertencer ao sexo masculino ou feminino. Os homossexuais não mais reclamaram o direito à diferença. Passaram sim, a ansiar ser olhados como seres humanos e como cidadãos entre outros, sem privilégios. O drama da minoria homossexual, todavia, depende, antes, do olhar que a maioria heterossexual (ou que se diz heterossexual) volta a ela.⁶

Também não é possível descartar outra grande desconfiância sobre o comportamento dos homossexuais com relação ao surgimento da Aids. No início dos anos 80, a Aids veio a público como uma “doença dos homossexuais”. O avanço do conhecimento científico e a alteração do perfil da síndrome não romperam a ideologia que associava homossexualismo e morte, mas a afrouxaram. A Aids mostrou não ser uma doença de homossexuais, como veiculava o preconceito, mas continuou sendo uma questão importante, a ponto de Costa⁷ acreditar que o risco de infecção entre indivíduos homossexuais está diretamente relacionado à maneira como lidam com o preconceito dirigido contra suas preferências homossexuais.

A sociedade constrói uma teoria do estigma, que se baseia em uma ideologia para explicar a inferioridade de um grupo visto como diferente, e o perigo desta ideologia é que os padrões que o estigmatizado incorpora por força da sociedade fazem que ele interiorize o “defeito” que os outros vêem nele e se sintam “abaixo” do que realmente deveria ser⁸.

Ancorado nessa visão, fica fácil reconhecer que existem “*diversos problemas enfrentados pelos homossexuais, como consequência das experiências sociais específicas que encontram na sociedade e dos significados sociais que atribuíram a elas*”⁹.

A razão que, de certa forma, explica as atividades discriminatórias com relação aos homossexuais em nossa sociedade é de ordem ideológica. Vivemos numa sociedade que predominantemente se diz heterossexual e nossa concepção de masculinidade é heterossexual, o que faz a homossexualidade desempenhar um papel de contraste, reforçando sua imagem negativa e reforçando o aspecto positivo e desejável da heterossexualidade².

Esta opinião é compartilhada por Costa⁷, o qual, para que um ideal se mantenha é preciso que existam casos que contrariem ou não cumpram os requisitos exigidos para a realização deste ideal. Assim, a construção do ideal de masculinidade heteros-

sexual implica a figura da antinorma ou do desvio do ideal, que seria o homossexual. Para este estaria reservada a posição de diferente que, em nome da norma ideal, a maioria outorga-se o poder de destruir física ou moralmente.

No que diz respeito à vivência de experiências sociais negativas, como o preconceito, Grassi¹⁰ faz uma afirmação expondo que a atitude da sociedade diante da homossexualidade é um elemento importante para a definição da identidade homossexual, no sentido de que “*ser homossexual, simbolicamente, é suportar as adversidades de uma sociedade que não permite a expressão de seu desejo, e ser discriminado, tachado e repudiado. É ser castrado pela sociedade. Mas, também é representar a própria castração de todos nós: que nosso desejo jamais se realiza totalmente, que vivemos a ilusão de completude ao nos submeter às instituições sociais (como o casamento), e que somos feitos de faltas. Nesse sentido, o ser homossexual é aquele que, em sua vivência, mostra a castração social.*”

Assim, com base nos estudos realizados pelos autores citados até agora, torna-se possível reconhecer a homossexualidade como um fato pessoal, social, cultural e histórico; como um fenômeno vivenciado por inúmeras pessoas no decorrer da história da humanidade.

Estudar a homossexualidade valendo-se de uma perspectiva fenomenológica, ou seja, com base na vivência dos próprios homossexuais pode permitir que a população, pesquisadores e profissionais diversos compreendam mais sobre a vivência subjetiva e humana dessa forma de expressar a sexualidade.

METODOLOGIA

Para realizar esta investigação foi eleita a trajetória fenomenológica proposta por Martins e Bicudo¹¹, Bruns¹² uma vez que esta metodologia possibilita ampliar a compreensão do fenômeno indagado valendo-se das vivências dos próprios indivíduos que o experienciam e dos significados que estes indivíduos lhe atribuem.

Nesse sentido, torna-se essencial o discurso de quem experiência o fenômeno indagado, ou seja a descrição subjetiva do fenômeno. A descrição ou relato é, então, o primeiro passo desta trajetória e, após sua realização, são feitas leituras e releituras dos relatos com o intuito de perscrutar o mundo-vida dos informantes. Para realizar esta abordagem, o pesquisador deve efetuar, como um segundo passo, a redução fenomenológica, a *epoché* ou suspensão, de modo que seus juízos, preconceitos e idéias interfiram o mínimo possível na apreensão do fenômeno. O resultado da redução é um conjunto de asserções significativas para o pesquisador e que apontam o para a experiência do informante, para a consciência que este possui do fenômeno.

Após a identificação das unidades de significados, são buscadas as convergências e/ou divergências entre elas e é expresso o significado psicológico que denotam. A síntese e a integração dos *insights* dessas unidades permitem a visualização da compreensão do fenômeno em questão. A compreensão pressupõe uma interpretação e compõe o terceiro e último passo da análise.

Serviram de trilha na trajetória em busca da compreensão da homossexualidade masculina as idéias de Martin Buber, para o qual o homem é um ser relacional, capaz de múltiplas relações, que se expressam basicamente por meio de duas atitudes definidas com base nas palavras-princípio *Eu-Tu* e *Eu-Isso*. A atitude *Eu-Tu* caracteriza-se pela responsabilidade, reciprocidade, pre-

sença, totalidade, espontaneidade, subjetividade, constituindo-se num modo de relacionamento que revela o significado mais profundo da existência, pois define o mundo do relacionamento existencial. A atitude *Eu-Isso* caracteriza-se pela forma superficial e impessoal de relação, constituindo-se no princípio nomológico no qual não há envolvimento e compromisso com o outro. No vivenciar *Eu-Isso*, o homem “coloca-se diante das coisas em vez de confrontar-se com ela no fluxo da ação recíproca”¹³.

No entanto, é preciso explicitar que as relações demarcadas pela categoria *eu-isso* podem possibilitar um processo de aprendizado, cujo distanciamento viabiliza um olhar objetivo do fenômeno, refletindo uma atitude do saber. Mas Buber lança um alerta: “o homem não pode viver sem o *isso*, mas aquele que vive somente com o *isso* não é homem”¹³.

Acesso aos informantes

Para a realização deste estudo, foram entrevistados sete homens e o critério utilizado para a escolha foi o de que eles estivessem numa faixa etária entre 40 e 50 anos, que se percebessem como homossexuais e aceitassem o convite para participar dessa pesquisa.

O contato com os informantes deu-se por intermédio de amigos que são ou conhecem homens homossexuais. Após terem sido contactados esses homens, foi-lhes explicitado o objetivo da pesquisa, a qual volta-se a compreender o sentido e o significado da homossexualidade para aqueles que a vivenciam. Após a exposição desse objetivo e tendo os informantes concordado em participar do estudo, foram agendadas as entrevistas individualmente na residência dos mesmos ou em outro local escolhido por eles.

A escolha desta faixa etária justifica-se apenas pelo fato de que nessa idade já foi vivenciado um tempo relativamente longo da existência, ou seja, tempo para tomar consciência de sua orientação afetivo-sexual. Todavia, faz-se necessário lembrar que optar por essa faixa etária trouxe algumas implicações que dificultaram a realização do estudo.

A maior dificuldade foi encontrar homens nesta faixa etária que assumissem publicamente sua homossexualidade, pois, apesar de tal fato não se ter constituído como critério para seleção, revelou-se como possibilidade de contato para realização das entrevistas. Alguns informantes relataram que conhecem outros homens nesta faixa etária que mantêm relacionamentos homossexuais, porém não assumem publicamente sua conduta, motivo pelo qual eles não se sentiriam à vontade para indicá-los como possíveis colaboradores. Diante dessas circunstâncias, o fato de os próprios informantes se considerarem homossexuais e assumirem a homossexualidade publicamente foi decisivo para a viabilização deste estudo.

A importância dessa aceitação foi decisiva para a realização desta investigação, pois, como não é conhecido nenhum critério neutro ou objetivo para classificar alguém como “um verdadeiro homossexual” esta pesquisa baseou-se portanto, na percepção que cada um dos informantes possui de si próprio.

INSTRUMENTOS

Utilizou-se uma entrevista aberta mediada por uma questão norteadora que foi apresentada da seguinte maneira: “Fale sobre o modo como você vivencia sua sexualidade”. A pesquisadora responsável pelas entrevistas buscou estabelecer com o

informante um encontro, cuja empatia possibilitasse ao informante sentir-se seguro para relatar sua experiência, ou seja que ele sentisse que realmente estava sendo escutado e pudesse ficar à vontade para falar. Além disso, a questão norteadora foi reestruturada algumas vezes durante a entrevista para facilitar a compreensão do seu sentido para o entrevistado.

Foi assegurado aos informantes total sigilo sobre sua identidade, e com a autorização dos mesmos, os discursos foram gravados e descritos na íntegra, para então serem analisados segundo a metodologia qualitativa fenomenológica que já foi definida no corpo deste trabalho.

A VOZ DOS INFORMANTES

A atitude da família em face da homossexualidade do filho

“Isso (a homossexualidade) foi muito velado, nunca foi declarado, nem da minha parte para eles (familiares) e nem da deles para mim” (Informante 3, 41 anos, artista plástico, grau universitário)

“Eu acho que família, né?, família, cidade que você nasceu, uma coisa assim, terrível (Informante 4, 48 anos, artista plástico, grau universitário)

“Quando a minha família descobriu minha homossexualidade eu não tive mais festa de natal, aniversário e eu era meio marginalizado, meio não, era bem marginalizado dentro da família ...enfrentei as problemáticas normais que um homossexual poderia enfrentar numa família, como eu disse, pequeno burguesa, de classe média alta, italiana. Todos os problemas da minha homossexualidade foram escondidos, fui um pouco segregado por eles” (Informante 5, 50 anos, artista plástico, grau universitário)

“Ah meu filho vai para outra cidade, pra não ficar para não envergonhar a família, mas isso já explorado pela própria família que diz que o filho tem tendência de rico, vai para ganhar dinheiro fácil, né, entendeu?, então eu já passei por isso daí... na minha família é assim, não tem comentário nada, nada de ninguém” (Informante 6, 45 anos, “pai de santo”, ensino fundamental)

“Não deixava transparecer isso daí, não deixava, eu era muito arisco, e fazia, mas não deixava transparecer. . . minha mãe descobriu, não sei como, meu pai descobriu, só que nunca falaram nada para mim” (Informante 7, 49 anos, gerente de loja, grau universitário)

Esses relatos permitem perceber que foi na relação com a família que alguns dos informantes tiveram as primeiras manifestações da repressão sexual. Esta repressão, que seria posteriormente sentida pela sociedade, iniciou-se no núcleo familiar tendo em vista ser este núcleo uma cópia miniaturizada da sociedade¹⁴.

Analisando-se a convergência dos discursos, é possível detectar que essa repressão se deu predominantemente por intermédio do silêncio acerca da sexualidade. Esses discursos retratam um tipo de postura de família que não conversa com os filhos sobre um assunto que consideram proibido como a homossexualidade, tentando negar essa realidade pela ausência de diálogo, como se o não falar sobre o assunto a tornasse inexistente.

Assim, diante de todos esses comportamentos explicitados ou desvelados pelo não-dito pela repressão, diante dos tabus e concepções que a sociedade cria perante a vivência da sexualidade e conseqüente imposição de papéis lícitos e ilícitos, o ser um filho homossexual é vivido de forma conflituosa pelos entrevistados dentro da família.

Todo esse conflito desvelado nestes discursos é marcado por um hiato na relação entre pais e filhos. O que pode ser percebido é um isolamento, uma segregação, a inexistência do diálogo.

O que parece prevalecer é um contato entre pessoas em que não há confrontação existencial indicando uma vivência familiar marcada pela postura *Eu-Isso*. O isolamento e a dificuldade do contato que estes homens experienciam contrapõem-se ao *tu* da relação ontológica, uma vez que este rejeita a idéia do sujeito fechado em si, diante de um mundo igualmente fechado de objetos. Um relacionamento *Eu-Tu* deveria salientar-se por uma reciprocidade, uma mutualidade explícita de compreensão e linguagem entre os envolvidos numa relação; seria um encontro autêntico onde o outro estaria realmente presente.

Outra característica que dá indícios de que a relação pode ter sido vivida com base na atitude *Eu-Isso* é a falta de espontaneidade. O homem, segundo a categoria *Eu-Tu*, comunica-se com o outro naquilo que ele é e no que reconhece que os outros são. Só assim a intercomunicação existencial se torna possível, e, nesse diálogo autêntico o outro se afirma como aquilo que realmente é e se confirma em sua natureza de criatura, em seu ser total.

No entanto, o que se tem aqui é o pronunciamento do *Eu-Isso*, no qual o *eu*, tanto dos informantes quanto o *eu* que eles percebem de seus familiares, se colocam diante das coisas, ao invés de confrontar-se com ela no fluxo da ação recíproca. Quem está realmente na relação participa de uma atualidade, ou seja, de um ser que não está unicamente nele nem unicamente fora dele, quando não há participação conjunta, não há atualidade, quando há apropriação de si, também não há atualidade. Quanto mais o contato do *tu* é imediato, mais perfeita é a participação. O sujeito que se defronta efetivamente com o outro vive mais que uma simples experiência psicológica já que então surge uma realidade em que os dois sujeitos vivenciam conjuntamente.

Os relatos revelam que, diante deste conflito em torno da homossexualidade no contexto familiar, aquilo que acaba prevalecendo é uma vivência psicológica, na medida em que acontece no interior de cada indivíduo. Resta para o diálogo apenas uma lacuna, pois seu sentido se dá no intercâmbio, na “interação”, no “entre” as pessoas envolvidas que, neste caso, não se fazem presentes.

A vivência de preconceito, estigma e estereótipo

“O que pesa muito para o nosso lado são os estereótipos, as figuras que estereotipam, porque eu acho que não tem que estereotipar nada (...) Quando você fala “eu sou homossexual” a imagem que vem na cabeça de uma pessoa dita normal é a bicha escandalosa de esquina, e isso pesa” (Informante 3, 41 anos, artista plástico, grau universitário)

“Eu não tenho, não tenho que usar saia, não tenho que me pintar, não tenho que rebolar, é uma coisa mesmo... (Informante 4, 48 anos, artista plástico, grau universitário)

“Pra ser homossexual não precisaria, não precisa né, é vestir, se fantasiar de mulher” (Informante 6, 45 anos, “pai de santo”, ensino fundamental)

“Eu acho que o preconceito ele é a conseqüência dessa postura, assim, de quando eu chego na tua casa está escrito aqui na (testa) ‘eu transo com homem’” (Informante 1, 46 anos, professor, grau universitário)

Como já foi observado no estudo⁶, uma das primeiras atitudes do Movimento Gay foi submergir dos subterrâneos soci-

ais nos quais se escondiam para o seu oposto, a exagerada exposição de seus corpos e suas vidas, o que facilitou à sociedade estigmatizar como “bicha louca, efeminado” e outros termos afins, os homossexuais. Hoje os discursos revelam o quanto eles se incomodam com esta postura de tentar fazer que eles internalizem estes valores e o quanto anseiam libertar-se dos estereótipos e do preconceito que a sociedade lhes reserva.

Na realidade a dificuldade que rodeia o fenômeno da homossexualidade parece residir no fato de que nossa sociedade se mostra incapaz de perceber a alteridade entre os seus membros e aceitá-la, sem distinguir umas pessoas das outras pejorativamente.

Mariotto¹⁶ esclarece-nos que alteridade é a absolutividade da presença do outro, e jamais pode ser sinônimo de diferença. Quando se recusa a alteridade e se é conduzido apenas pela ideologia da diferença, então tem-se a possibilidade de negação quase que absoluta do outro. Assim, o homossexual não é “alter”, mas o diferente e defeituoso que não deve ser considerado como pessoa, pois as pessoas não suportam o que é reconhecido como estranho, e, só por isso, é diferente.

A redução da alteridade à diferença impossibilita todo verdadeiro encontro, o encontro *Eu-Tu*, que fundamenta a vida dialogal e mostra a dificuldade dos indivíduos relacionarem-se de forma verdadeiramente “humana” nos variados grupos sociais.

Um dos piores resultados do domínio da diferença sobre a alteridade, porém, ocorre quando o diferenciado perde espaço de ser diferente e tenta, para não sucumbir, imitar a diferença dominante, recusando-se à busca da própria alteridade para tornar-se um arremedo das diferenças nos padrões, e, muitas vezes, este é o tipo de sofrimento que é infligido aos homossexuais, quando o padrão social ao qual estão submetidos é o do homem heterossexual.

Quando os indivíduos passam a ocupar-se apenas com o “meu”, dizendo: minha espécie, meu agir, tornam-se seres egóticos, seres que se iludem na representação efetiva de si mesmo, contemplando e venerando esta aparência¹³.

Os discursos dos informantes mostram sua percepção sobre o comportamento da sociedade que se dá de forma egótica e, então constroem rótulos pejorativos que representam erroneamente o universo homossexual, pois não consideram a totalidade do ser dos homens assim tachados. E neste momento eles clamam por serem vistos em sua completude, com o direito de expressar a identidade a qual melhor explicitam seus desejos, não aceitando assumir o papel de contraste ao homem viril, que reforça a imagem positiva deste e denega a sua.

O homossexual e a recusa ao gueto

“A característica número um do mundo gay é dizer ‘eu sou gay’ (...) Eu não frequento locais homossexuais, eu não pertencço a gueto (Informante 1, 46 anos, professor, grau universitário)

“Eu não sou muito a favor de guetos, seja ele qual for, né, gueto, seria assim, por exemplo, o gueto homossexual (...) eu gosto mais da mistura, acho que é mais leve(...)Não gosto de frequentar muito gueto, ficar muito fechadinho nesse circuito homossexual (Informante 2, 41 anos, paisagista, grau universitário)

“Essa coisa de boate gay, de bar gay, eu não gosto disso mais, porque eu acho que ali fica um ambiente (...) vira um gueto mesmo (...) é um ambiente muito pavão” (Informante 3, 41 anos, artista plástico, grau universitário)

“Esse mundo muito fresco, muito viado, assim, eu num, num, num gosto” (Informante 5, 50 anos, artista plástico, grau universitário)

“Não gosto não, esse negócio de ficar levantando bandeira “Ah, eu sou gay”, participar de maratona, não vale nada(...)Esse negócio de sair turminha, tudo junto, um gueto, gueto é agressão” (Informante 7, 49 anos, gerente de loja, grau universitário)

“Odeio empunhar bandeira, não sou machão, mas também não vou ser essas bichonas por aí, então é isso de empunhar bandeira, de sair por aí esbradando e “Ah, eu faço parte do movimento gay”, porra, isso é pra bicha que não tem o que fazer, sabe, aquelas que fazem gueto, eu acho isso terrível” (Informante 7, 49 anos, gerente de loja, grau universitário)

“A medida que os homossexuais se conscientizaram de sua “diferença” e reivindicaram o direito de viver sua vida assumindo-a plenamente, foram levados a constituir, à margem da sociedade heterossexual, uma sociedade paralela, ou gueto, que pode-se tornar um verdadeiro decalque da outra, sem pontos de contato com ela, correndo o risco de chegarem a perder o contato com o mundo¹.”

O que se evidencia nos discursos dos informantes é uma postura contrária à separação e o desejo de se encontrar com o mundo. Estes homens mostram-se dispostos a sair do isolamento a que, de certa forma, a sociedade os condenou para engajar-se na vida do diálogo com o mundo. Revelam que não querem levantar a bandeira do “diferente” e viver fechados entre seus iguais. Clamam por ser reconhecidos como humanos que querem se misturar com outros humanos e estabelecer relação com eles. Na dualidade de seu *eu*, parecem escolher a possibilidade de *eu*, que permite o relacionamento *Eu-Tu*, o genuíno encontro com o outro e com o mundo.

Desse modo, “o mundo é duplo para o humano segundo a dualidade de sua atitude”¹³ e estes homens deixam aflorar a atitude de serem aqueles que, no mundo, podem ser com o mundo. Por existirem, e por serem essencialmente existência, tentam superar qualquer definição que tenha sido feita por outrem de si próprios. Ao se defrontarem com uma nova percepção de si mesmos não são mais isso conforme conceberam antes, mas são o que agora poderão conceber novamente à luz da percepção interior.

Estes homens mostram-se fruto de um passado que querem viver o presente fazendo-se presentes no mundo, o que vai ao encontro do pensamento de Buber¹³ quando expressa “O presente, não no sentido de instante pontual que não designa senão o término, constituído em pensamento, no tempo “expirado” ou a aparência de uma parada nesta evolução, mas o instante atual e plenamente presente, dá-se somente quando existe presença, encontro, relação. Somente na medida em que o Tu se torna presente a presença se instaura.”

O homem busca ser melhor do que lhe foi ofertado nos limites do que lhe for recusado. E na correspondência a este despejar, tanto de ofertas como de recusas, o homem chega cada vez mais próximo de si mesmo¹⁶.

O aceitar-se e o revelar-se como homossexual

O modo às vezes que você encara isso (a homossexualidade) ou devia encarar isso, fica mais simples, sabe, eu comecei me aceitando, sabe, é assim que eu sou, é assim que eu me

relaciono com o mundo (Informante 2, 41 anos, paisagista, grau universitário)

“Eu me aceitei legal quando eu parei de pensar quem é o culpado, de quem é a culpa, não tem culpado na estória, eu acho que tem, assim, dentro da minha realidade eu tenho que ser feliz assim” (Informante 3, 41 anos, artista plástico, grau universitário)

“Sempre era difícil assumir, né, eu acho que até hoje eu acho que é, é difícil ... eu demorei para pensar que eu sou normal, vê se você me entende. Me considero super normal, normal gostando de homem (...) eu não tenho problema de ser assim (Informante 4, 48 anos, artista plástico, grau universitário)

“Eu sou um homossexual de 50 anos, feliz, que sempre me assumi (Informante 5, 50 anos, artista plástico, grau universitário).

O homem para se aceitar homossexualmente, passa por quatro momentos: O sentir-se “diferente”, a começar a dar sentido sexual a essa “diferença”, o reconhecer-se como homossexual por meio do papel afetivo-sexual com outros e, finalmente, aceitar esses sentimentos¹⁶.

Na categoria “O perceber-se como homossexual” foi possível identificar o que o referido autor relata como *sentir-se “diferente”* e o dar um *sentido sexual* a essa diferença, por meio das falas dos informantes.

Nos discursos sobre o aceitar-se e o assumir-se detectamos como estes homens vivenciam os dois últimos momentos referido pelo autor: o *reconhecer-se* e o *aceitar-se*. Na visão desse autor, o conflito interno que os homens homossexuais trazem dentro de si por se sentirem “diferentes” nasce da sociedade e para se aceitar, o homem homossexual precisa ter resolvido dentro de si as proibições, as quais são sociais, mas que também estão introjetadas nele e pela as outras pessoas.

Hart e Richardson⁹ complementam este conceito de aceitar-se, de assumir-se, acrescentando o conceito de *revelar-se*. *Revelar-se* seria uma questão complexa, que envolve, pelo menos, três estágios entrelaçados e que a maioria das pessoas jamais completa inteiramente. Revelar-se a si mesmo, ou seja, começar a perceber-se como homossexual seria o primeiro estágio, conhecer outras pessoas homossexuais seria o segundo; e revelar-se no mundo heterossexual, comunicando aos não homossexuais sua própria homossexualidade seria, finalmente, o terceiro estágio.

Os discursos revelam o quanto foi difícil para os informantes aceitar-se e revelar-se, buscando a própria individualização, seu Eu, sua essência, visto que é um Eu que não se enquadra no que a sociedade construiu como um padrão socialmente aceito. A individualização é um processo que busca à essencialização¹⁶. O fundamento básico da individualização, que visa não sucumbir aos ditames da massificação, consiste em um temporário afastamento da constante utilização das coisas para se estabelecer uma verdadeira relação com as mesmas.

No confronto entre o *Eu* e o mundo massificado que o homem se percebe angustiado.

“quando o homem estremece na alienação e o mundo o angustia, ele levanta o olhar (para a direita ou para a esquerda, pouco importa) e avista uma imagem. Então, ele vê que o *Eu* está contido no mundo e que, na verdade não há *Eu*, e, por isso, o mundo não pode prejudicá-lo, e, então ele se tranqüiliza; ou, então, ele vê que o mundo está contido no *Eu*, e que, afinal, não há mundo, e, por isso, ele também não pode prejudicar o *Eu*, o que tranqüiliza também. E uma outra vez, quando o

homem se estremece na alienação e o seu *Eu* o aterroriza, ele levanta os olhos e vê uma imagem, pouco importa qual: ou o *Eu* vazio está totalmente repleto de mundo ou submerso na torrente do mundo, e ele se tranqüiliza. Porém, chega um momento em que o homem que estremece levanta os olhos e vê, num só lance, as duas imagens de uma vez. E então um termos mais profundo se apodera dele”¹³.

Este temor ao qual esse autor se refere de se perceber como duas imagens – o *Eu* no mundo e o mundo em mim – contidas numa só, é o que proporciona o crescimento pessoal, impulsionando o homem em direção à sua individualização, ao árduo processo de aceitar-se e assumir sua humanidade.

A partir deste momento, o homem pode ver-se diante de si, como ser humano. Não um humano reduzido a um *isso*, mas, “uma humanidade verdadeiramente encarnada à qual o humano diz verdadeiramente *Tu*”¹³. Quando o *Eu* do homem diz *Tu* a si mesmo entra em relação consigo no santuário da palavra princípio *Eu-Tu* e pode sentir sua totalidade. E é exatamente sobre isto que estes homens falam: como seu *eu* reagiu à massificação, triunfando sobre esta.

Estes homens mostram em suas vivências como buscar a individualização e a totalidade tem suas alegrias, como, por exemplo, impor barreiras à massificação, mas também dor, quando sobrecarrega o sentimento de estar só diante de uma multidão que não o reconhece como pessoa.

APRENDENDO A COMPREENDER A HOMOSSEXUALIDADE

A análise compreensiva dos discursos dos informantes permitiu compreender, pelos significados por eles atribuídos à vivência de seus relacionamentos afetivo e sexuais, que um sentimento de angústia perpassa a existência, tendo em vista as dificuldades de serem aceitos como homossexuais pelos familiares e pelo grupo social.

Os discursos remetem que esses informantes sentiram dificuldades para vivenciar a sexualidade de modo prazeroso e sem culpa. Há relatos sugestivos de que desde os primeiros anos de vida a repressão sexual se fez presente e, permeando esse quadro, o silêncio e a atitude repressora da família se manifestaram possibilitando a construção de um modo de ser inautêntico de se relacionar no mundo tanto desses homens como de seus familiares.

Assim, apesar de se sentirem alvos de preconceito, fruto essa atitude do modo egótico da sociedade que não sabe lidar com o “alter”, os homossexuais aceitaram-se e buscaram realizar-se em sua plenitude, considerando seu verdadeiro desejo sexual. Em sua vivência recusam-se a personificar os estereótipos criados pela sociedade para mais facilmente estigmatizar a população homossexual e recusam-se também a viver numa sociedade paralela, os guetos, pois preferem a possibilidade de integração social.

Deste modo, torna-se possível perceber um homem homossexual expressando-se de modo diferente daquele cuja imagem é veiculada pelo senso comum. Aquela antiga figura do homem homossexual como uma ‘caricatura de mulher’ com traços histriônicos e reações intempestivas que visam chamar a atenção, se um dia correspondeu à realidade, não corresponde mais hoje. O que é possível se ver hoje são homens, que buscam corajosamente enfrentar os preconceitos, ainda que este processo de busca da autenticidade seja árduo e, por vezes, doloroso.

O desvelamento deste fenômeno permitiu, então, ampliar a compreensão acerca da vivência subjetiva e humana desta for-

ma de expressar o desejo sexual e fez emergir uma reflexão crítica que vai em direção à necessidade de oferecer mais informação às pessoas em geral sobre a ampla gama de possibilidades de expressão da sexualidade, de modo que as formas tidas como as menos comuns não sejam vistas com olhos tão assustados e perseguidores como vem ocorrendo atualmente ainda, com a homossexualidade. Com menor estranhamento talvez as pessoas possam ser mais acolhedoras ao que é minoria, aceitando o diferente sem tentar ajustá-lo à maioria ou classificá-la como de menor valor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAUDRY, A; DANIEL, M. Os homossexuais. Rio de Janeiro: Artenova, 1977, p.10
2. LINS, R. N. Homossexualismo, In : A cama na varanda, Rio de Janeiro, Rocco. 1997.
3. FOUCAULT, M. História da sexualidade 2: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro, Graal. 1984, p.168.
4. VEYNE, P. A homossexualidade em Roma. In: ARIÈS, P.; BEIJIN, A. (Orgs.) Sexualidades ocidentais: contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade. São Paulo: Brasiliense. 1985, p.42.
5. POLLAK, M. A homossexualidade masculina ou: a felicidade do gueto?. In: ARIÈS, P.; BEIJIN, A. (Orgs.) Sexualidades ocidentais: contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade. São Paulo: Brasiliense. 1985.
6. FRY, P.; MACRAE, E. O que é homossexualidade. São Paulo: Brasiliense. 1991
7. COSTA, J. F. A inocência e o vício: estudos sobre o homoerotismo. Rio de Janeiro: Relume – Dumará. 1992.
8. GOFFMAN, E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara. 1988.
9. HART, J; RICHARDSON, D. Teoria e prática da homossexualidade. Rio de Janeiro: Zahar. 1981, p.10.
10. GRASSI, M.V.F.C. A sexualidade e o ser: uma compreensão do vivenciar masculino. Campinas, 118 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade de Campinas. 1996, p.148.
11. MARTINS, J.; BICUDO, M. A. Pesquisa qualitativa em Psicologia – fundamentos e recursos básicos. São Paulo, Morais, EUC (Editora da PUC-SP). 1989
12. BRUNS, M. A. T. Reflexões acerca do “fazer” metodológico in Fenomenologia e análise do existir. In. CASTRO, D. S. P. de et al (Org.). São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo e Sobraphe. 2000, p. 215-224.
13. BUBER, M. Eu e tu. São Paulo: Morais. 1979, p.33-39-3-14-79-15.
14. BERNARDI, M. A deseducação sexual. São Paulo: Summus. 1992.
15. MARIOTTO, P. A gênese do humano em Martin Buber – encontro e diálogo como dádivas de relação. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas. 1997, p.167
16. PAMPLONA DA COSTA, R. Os onze sexos – As múltiplas faces da sexualidade humana. SP: Editora Gente. 1994.

Endereço para correspondência:

MARIA ALVES BRUNS

Rua Sampaio Ferraz, 151, apto. 53

CEP: 13024-430 - Campinas, SP

E-mail: brunsmar@hotmail.com

**É preciso assumir o desafio e erradicar a
SÍFILIS CONGÊNITA até 2010.**

Nós da SBDST já assumimos esse compromisso.

E VOCÊ?

DIREITOS HUMANOS DE MULHERES DETENTAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE ÀS DST-AIDS

HUMAN RIGHTS OF IMPRISONED WOMEN IN THE SITUATION OF VULNERABILITY TO STD-AIDS

Anecy T Giordani¹, Sônia MV Bueno²

RESUMO

Fundamentos: mulheres detentas têm sofrido omissão e abuso de poder, desencadeando revolta e disseminação das DST-aids dentro e fora das prisões. Inseridas num sistema prisional falido, seus Direitos Humanos não são efetivamente respeitados. **Objetivos:** investigamos qual a visão que algumas autoridades têm sobre a aplicação dos Direitos Humanos em ambientes prisionais e identificar os principais aspectos da realidade vigente a este respeito, no tocante à qualidade de vida da mulher detenta. **Métodos:** desenvolvemos uma pesquisa-ação, humanista e qualitativa, utilizando questionário aberto enviado por correio a 5 sujeitos, sendo 3 delegados e 2 advogados. **Resultados:** as respostas dos delegados contrapuseram-se às dos advogados. Quanto à disseminação de doenças como aids e DST entre detentos(as), houve unanimidade de opiniões ao mencionarem a promiscuidade sexual nas prisões; precariedade de ações para o controle da aids, DST e drogas e, a necessidade de implementação de programas de educação preventiva às DST-aids e drogas voltados às detentas. **Conclusões:** depreendemos ser emergencial reverter o quadro atual, suscitando reformulação do sistema prisional vigente, considerando-se o alarmante crescimento do número de mulheres contaminadas pelo HIV no Brasil e a falta de programas educativos de prevenção às DST-aids, principalmente em instituições penais brasileiras de pequeno e médio porte, como as Cadeias Públicas Femininas.

Palavras-chave: direitos humanos, detentas, DST-aids, drogas

ABSTRACT

Background: Imprisoned women have suffered from omission and power abuse, which leads to rebellion and dissemination of STD-Aids in and out of prisons. Included in a ruined prison system, their Human Rights are effectively disrespected. **Objectives:** To investigate how authorities view the application of Human Rights in prison environments and identify the major aspects concerning such reality as to the quality of life of a female prisoners. **Methods:** A qualitative and humanistic action research was developed by using an open questionnaire sent by mail to 5 subjects, of whom 3 were chief police officers and 2 were lawyers. **Results:** The answers from the chief police officers opposed those from lawyers. As to the dissemination of diseases such as aids and STD among prisoners, there was a unanimous opinion when mentioning sexual promiscuity in prisons; precarious actions for aids, DST and drug control as well as the need for implementation of preventive educational programs for STD-aids and drugs aiming at prisoners. **Conclusions:** It was concluded that there is an urgent need to reverse the present situation through the reformulation of the existing prison system, since the increasing number of women contaminated by HIV in Brazil and the lack of educational programs for STD-aids are alarming, particularly in small and medium-sized Brazilian prisons such as public prisons for females.

Key words: human rights, prisoners, STD-aids, drugs

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(2):12-15, 2002

INTRODUÇÃO

Direitos humanos são os direitos fundamentais de todas as pessoas, o que inclui mulheres, portadores de HIV e populações confinadas. *Todas, enquanto pessoas, devem ser respeitadas e sua integridade física protegida e assegurada* (p.9).¹

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, mantendo os direitos individuais e introduzindo os direitos sociais, foi aprovada no dia 10 de dezembro de 1948 pela Assembléia Geral da ONU, em Paris, tornando-se o grande referencial para o reconhecimento da igualdade e da dignidade humana.²

O ambiente prisional no entanto, além de ser um espaço de convivência restrita às pessoas detidas, ainda a elas, são impostas uma série de normas e punições desumanas, com o aval do Estado, o qual defende a idéia de que os indivíduos que aprendem a sobreviver de forma ilegítima segundo o senso comum, devem ser encarcerados para corrigirem ou serem corrigidos. Deste modo, uma vez reclusos, a sociedade, supostamente estaria *protegida dos riscos e danos* provocados pela liberdade dessas pessoas.³

A dignidade da pessoa humana é o valor maior relacionado com todos os direitos fundamentais, a começar pela proteção da vida, e

também, com o direito à igualdade, à participação, à educação, etc. A expressão Direitos Humanos está carregada de significação ideológica e política, positiva para uns, na medida em que corresponde a um ideal de humanidade, a fins que merecem ser perseguidos, à luta pela igualdade essencial das pessoas, ao respeito pela vida e pela dignidade de todos. Negativa para outros, que a associam de forma equivocada, à defesa do crime, ao acumplicamento com o criminoso, ao desprezo pelas instituições de segurança e seus representantes, à promoção da impunidade. Portanto, os Direitos Humanos se referem a aspirações, exigências, direitos propriamente ditos, enquanto normas e leis jurídicas correspondentes às necessidades, e quando se pensa na aspiração, no desejo de realização, identifica-se na condição humana a permanente busca de saída de um sofrimento latente, para um suposto estado de felicidade.²

No entanto, nas Cadeias e nos Distritos Policiais (DPs), assassinos(as) e autores(as) de pequenos furtos, convivem promiscuamente em condições desumanas, revezando-se para dormir num ambiente que faz do cárcere uma escola de delinqüência. Então, estes espaços projetados para abrigar em caráter provisório (*períodos de no máximo 30 dias*) apenas detentos(as) não condenados(as), por falta vagas nas penitenciárias, acabam acumulando muitos(as) infratores(as) em situações precárias além da superlotação e, a morosidade da Justiça transforma o cumprimento das sentenças em fábrica de revolta que estimula a criminalidade.⁴

Sendo assim, as pessoas após cumprirem sua pena, saem do cárcere, *diplomadas* no crime, desambientadas no mundo lá fora e na maioria das vezes, desacolhidas pela sociedade em função de um estig-

¹ Enfermeira Mestre, Doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Bolsista CAPES.

² Pedagoga. Livre Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Orientadora.

ma difícil de ser ignorado. O despreparo emocional, laborativo, a falta de apoio, a desestrutura familiar e a revolta amargada por este ser humano, durante os anos passados na cadeia, desafia-o a ser um herói ao tentar tornar-se um cidadão de bem, inofensivo à sociedade, trabalhador e cumpridor das suas responsabilidades como cidadão brasileiro.⁵

Porém, o que as estatísticas têm apontado, é exatamente o inverso, ou seja, a reincidência no Brasil é altíssima, a violência gera violência aumentando a cada dia o retorno às prisões, e o cidadão novamente recolhido ao cárcere, consolida um círculo vicioso, ao refletir-se no espelho da omissa desumanidade Estatal. Respeitando as características regionais e locais, as particularidades individuais e de grupo dentro destas instituições fechadas, cada cela reúne seres humanos em condições emocionais e físicas de algum modo, em desequilíbrio.⁶

Com relação à mulher detenta que cumpre pena em regime fechado no sistema prisional brasileiro, comprovadamente falido, seus Direitos Humanos também não são respeitados.^{7,8,9} Atrás das grades, um verdadeiro submundo acolhe a escravidão sexual, espancamentos, assassinatos na madrugada, Aids, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), solidão e desespero. Não se trata, de ter pena dos criminosos caso mereçam punição, porém, o fato, é que a prisão os deixa mais próximos do crime e cada vez mais longe da esperança.⁵

Dentre as diversas reivindicações deste grupo social marginalizado, fartamente divulgado pela mídia, sobressaem-se questões como a superlotação e a falta de atenção à sua saúde física e mental. Faltam ações educativas na maioria das instituições penais, em especial, de caráter preventivo às doenças infecto contagiosas como as DST e a Aids, dificultando a conscientização de suas populações consideradas vulneráveis ao viverem em condições sanitárias precárias.¹⁰ Muito provavelmente, se bem orientadas poderiam ser agentes multiplicadores, mais conscientes e atuantes tanto em relação a si mesmos quanto a seus parceiros(as) sexuais e de drogas, na prisão e quando em liberdade.

OBJETIVOS

- investigar quais as percepções e também as sugestões que os sujeitos pesquisados têm em torno da aplicabilidade dos Direitos Humanos em estabelecimentos prisionais, considerando-se tratar de delegados diretores de cadeias públicas femininas e alguns advogados;
- buscar em suas falas identificar os principais aspectos da realidade vigente em torno dos Direitos Humanos relativos à qualidade de vida da mulher detenta em cárcere prisional brasileiro.

METODOLOGIA

Desenvolvemos uma pesquisa-ação, humanista e qualitativa, atendendo aos preceitos éticos e o rigor científico. Identificamos com os sujeitos, delegados (3) e advogados (2) sua percepção dos Direitos Humanos no cotidiano de mulheres detentas. Buscamos analisar suas sugestões sobre uma adequada aplicabilidade dos Direitos Humanos no interior do sistema prisional brasileiro e nas unidades onde atuam como autoridades da Lei. Utilizamos questionário com perguntas abertas enviado por correio e com excelente retorno dos sujeitos convidados a participarem desta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Observamos certa dicotomia de opiniões expressas pelos sujeitos em relação aos Direitos Humanos de pessoas vivendo em regime fechado de prisão. Se por um lado, admitem a falência do Sistema Penitenciário Brasileiro, mencionado como *arcaico* e *desumano*, incapaz de atender aos interesses públicos e recuperar o ser humano em situação de

reclusão carcerária, por outro lado, aparece a afirmação da inexistência de deveres dos(as) prisioneiros(as) em detrimento do gozo de seus Direitos Humanos. Ao mesmo tempo em que é apontado o descompromisso do Estado por abusar de seu direito de punir e contribuir para a reincidência da pessoa na atividade delituosa, uma posição autoritária e cautelosa é ocupada por um (1) dos sujeitos pesquisados, quando afirma serem os Direitos Humanos usados como armas por marginais de toda espécie, com o aval da mídia, do clero, de ONGs, da Pastoral Carcerária e outros órgãos.

Esse posicionamento, parece embasar-se na cotidianidade de Instituições Públicas Prisionais, onde reclusos ou egressos são tidos como marginais que têm direitos e nenhum dever, encontrando apoio inclusive em autoridades como: Juizes Corregedores dos Presídios, Corregedoria da Polícia e a Ouvidoria Geral da Polícia, frequentemente solicitados por criminosos(as) - inclusive pelos(as) que cometem crimes hediondos, assegurando-lhes o respeito e atendimento de todos os seus direitos.

Quanto aos Direitos Humanos de mulheres detentas, a maioria dos sujeitos pesquisados sustenta a opinião de um certo distanciamento do discurso, ao dar-lhe sentido idealista, onde os Direitos Fundamentais de todo cidadão, versados na Lei Universal dos Direitos Humanos e dos Direitos Específicos, efetivamente não são respeitados.

Com relação às mulheres, a situação de desigualdade em que elas se encontram, se dá pela dificuldade de poder exercer os seus direitos já consagrados legalmente e porque muitas das suas necessidades não foram traduzidas em termos de direitos. A maternidade e a reprodução ainda têm sido utilizadas para definir a função da mulher e negar seu desempenho em outros papéis na sociedade. Quanto à 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.⁽¹¹⁾ A realidade vigente, reafirma a experiência traumática da privação de liberdade experimentada pelo ser humano, ao considerar que a rotina carcerária despreza a dignidade da pessoa presa, podendo no seio da sociedade, tendo respeitado seus valores.

A Constituição de 1988 foi um marco ao incorporar os Direitos Humanos como princípio, e comprometendo o Estado Brasileiro com a ratificação dos instrumentos internacionais. Nos seus primeiros artigos estão postos como fundamentos à soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, do pluralismo político e os princípios do Estado brasileiro.²

Outras respostas tangenciaram fatos como a necessidade de se preservar a dignidade do ser humano independente das circunstâncias em que ele esteja envolvido, porém, isso não nos pareceu ser proposta a uma nova abordagem dos Direitos Humanos da pessoa encarcerada, apesar de ter sido citado como reais, carências afetivas, morais e materiais experimentadas pela pessoa delituosa em regime fechado de prisão. Dois (2) sujeitos porém, não manifestaram necessidade ou apresentaram-se desejosos de alterar suas posturas atuais, considerando já fazerem cumprir os Direitos Humanos das pessoas em cárcere, as quais habitualmente abusam dos seus direitos, sem que a autoridade direta, possa intervir no sentido de coibir tais abusos.

Ainda de acordo com os mesmos dois (2) sujeitos, os Direitos Humanos das internas são respeitados e atendidos integralmente, à medida que refeições são fornecidas a todas, assim como, cuidados médicos e odontológicos e terapia ocupacional, esta última, em uma das cadeias públicas onde trabalha um (1) desses sujeitos. Os demais (3), mencionaram a Lei de Execução Penal Brasileira como existindo para garantir as regras mínimas de tratamento aos presos, embora a mesma não seja cumprida integralmente na realidade vigente, o que acaba por não garantir os Direitos Humanos da população carcerária no Brasil.

Considerando que todo o ser humano é livre para pensar e agir, ele não pode ser apropriado, escravizado. Um melhor entendimento dos Direitos Humanos implica em compreender a condição humana como

requerendo a relação entre sujeitos, ou seja, um podendo contar com a cooperação do outro, seja por imperativo biológico, por exigências psicológicas ou por condicionamentos materiais. Portanto, para entendimento das questões que envolvem os Direitos do ser humano na a sociedade, na cultura, na política, na economia e outras áreas, faz-se necessário desconstruir preconceitos, desarmar mentes e corações.²

Reforçando esta questão, dois (2) sujeitos responderam que a qualidade de vida do(a) detento(a) em nosso país é ruim, denominando-a “vida subumana”, agravada pelas más administrações dos presídios, os quais se apresentam superlotados e com precárias condições de higiene. Um paralelo é traçado na tentativa de reafirmar essas más condições encontradas, chamando atenção para o fato de que a maioria da população brasileira livre, ou seja, que não cumpre pena, já sobrevive em condições desumanas, o que seria demais, esperar que o Estado oferecesse qualidade de vida dentro das prisões.

As prisões brasileiras são vergonhosas quando se analisa às estatísticas disponíveis que apontam o desrespeito aos Direitos Humanos às pessoas que cumprem penas em regime fechado. Tal questão é reafirmada em relatório sobre Direitos Humanos, elaborado pelo Departamento de Estado dos Estados Unidos, em 1995, sobre as prisões brasileiras, o qual apontou haver freqüentemente, seis a oito presos em uma cela preparada para três e que alguns prisioneiros forçam outros a pagarem pelo uso de uma cama. Este fato evidencia a superlotação nas prisões, especialmente nos Distritos Policiais que são freqüentemente usados como prisões, onde presos sentenciados dividem celas com presos provisórios.¹ A superlotação também aparece no discurso da maioria dos sujeitos ao lado da esperança de que esta situação se resolva em breve, especialmente ao nível de Estado de São Paulo onde estão sendo construídos novos Presídios e Casas de Detenção.

Somente um (1) dos participantes desta pesquisa, apresenta opinião muito altruísta e positiva sobre a qualidade de vida atualmente oferecida no interior de cárceres brasileiros, especialmente em se tratando de Cadeias Públicas Femininas, considerando-a como: “uma das melhores do mundo”. No seu entendimento, essa denominada “excelente qualidade de vida”, traduz-se pelo atendimento médico e dentário sem filas e eventuais constrangimentos, três a quatro refeições por dia balanceadas quanto ao valor nutritivo, água tratada, luz e chuveiro elétrico, rádios, televisores, revistas, remédios sem custos às detentas, sendo que, em algumas cadeias, as presas cozinham suas próprias refeições e têm remissão de pena por ocupação ofertada geralmente por empresas privadas.

Houve unanimidade dos sujeitos em relação à implementação da laborterapia em Presídios e Cadeias com a finalidade de que a pessoa detenta ocupe seu tempo com atividades úteis tanto para si mesma como para a sociedade, e, seja mais bem preparada para retornar ao social. A respeito do trabalho e do lazer nas prisões, embora não se defenda a mordomia ao detento, o projeto da Associação de Proteção e maioria das cadeias no interior do Estado de São Paulo, inclusive nas Cadeias Públicas Femininas.¹²

Um (1) dos sujeitos afirmou que aumentaria as alternativas de penas de prestação de serviços à comunidade para réus primários, favorecendo a humanização e para que as penas privativas de liberdade, ficassem adstritas apenas aos indivíduos que oferecem risco à sociedade. A maioria dos esforços pessoais que poderiam ser despendidos pelos sujeitos em suas propostas relativas à manutenção dos Direitos Humanos do(a) preso(a), converge à grande preocupação em torno da reeducação da pessoa vivendo em regime fechado de prisão, da prevenção do comportamento delituoso e conseqüente diminuição da reincidência.

O alto índice de analfabetismo que compõe o perfil atual da grande maioria da população carcerária no Brasil, também é apontado como possível de ser trabalhado em prol da readaptação da pessoa detenta na sociedade, quando em liberdade.

Já a promiscuidade sexual no Sistema Carcerário Brasileiro é men-

cionada por quatro (4) participantes desta pesquisa como sendo usual e reforçada pela ociosidade, pela ignorância cultural e moral, servindo como válvula de escape e de auto afirmação da pessoa detenta. No entanto, essa afirmativa feita pela maioria, parece não ser condizente com a opinião de um (1) dos sujeitos, o qual, ao atuar como diretor de uma Cadeia Pública Feminina, afirmou que “as detentas costumam se guardar para o companheiro que esperam encontrar quando estiverem livres.”

Levando-se em conta o direito a visita íntima nas Cadeias e Distritos Policiais (DPs) que mantêm mulheres presas, pesquisa desenvolvida em 1996 com 157 presas, pelo Coletivo de Feministas Lésbicas em convênio com o Ministério da Saúde como parte de um projeto de prevenção às DST, mostrou que 78% das mulheres detentas são a favor das visitas íntimas; que 17% das entrevistadas foram contrárias e 5% não responderam, sendo que, gravidez e aumento de DST foram os argumentos apresentados por estas. Cerca de 18% das detentas declararam ter iniciado relações homossexuais na cadeia.¹³

No geral, acredita-se que as DST-Aids e o uso de drogas em cárcere prisional, sejam temas tratados com descaso e hipocrisia pelas próprias autoridades, respeitando-se honrosas exceções. Quanto a importância da visita íntima, é destacada por um (1) dos sujeitos que a entende como capaz de aplacar a revolta dos(as) presos(as), além de terem-na como um direito. Entre outras considerações apresentadas, defendeu-se a implantação de programas de prevenção às DST-Aids e drogas dentro das instituições penais aliados a disponibilização da visita íntima.

Massad *apud*¹⁰, posiciona-se de maneira pouco otimista com relação as visitas íntimas a serem admitidas também nos presídios femininos - onde a presença da Aids no ingresso, é de ordem de 25% - sendo como verdadeiras *bombas-relógio armadas*, pois não contam com medidas preventivas. A ameaça da Aids continua rondando detentos(as) nos Presídios Brasileiros e em 1997, o Ministério da Saúde elegeu como uma de suas prioridades, uma campanha de prevenção entre os cerca de 130 mil presos do país.

Em contrapartida, outro sujeito dá ênfase ao fato de que comportamentos sexuais de pessoas presas em cárceres, dificilmente são controlados, porque os(as) internos(as) são cúmplices entre si, vigorando a lei do silêncio em torno de suas práticas sexuais. Tal cumplicidade é explicitada por um (1) dos delegados, quando enfatiza que “certas atitudes (*homossexuais*) entre as detentas, passível inclusive de reprimenda, não há como flagrar...”.

Ainda pudemos depreender nas respostas escritas da maioria dos sujeitos, certa preocupação em preservar ou proteger a sociedade da disseminação das DST-Aids e dos efeitos comprovadamente destruidores das drogas, considerando como fatos reais, a existência da promiscuidade sexual e o uso de drogas no sistema carcerário brasileiro.

Houve mudança no perfil da epidemia da Aids em nosso país, que aponta o crescimento do total de casos de Aids registrados em mulheres, caracterizando sua feminização.⁽¹⁴⁾

Quase a totalidade dos sujeitos (4), defende a idéia de que a pessoa encarcerada portadora de HIV ou doente com Aids, não deveria conviver com criminosos sãos para evitar contaminação, inclusive de familiares, como forma de respeito aos Direitos Humanos de todos, e sim, permanecer em celas ou dependências separadas dos demais.

Apenas um (1) dos sujeitos, acha desnecessária a separação de indivíduos sãos e doentes com Aids ou portadores do HIV, defendendo a assistência conforme indicam os princípios da LEP e caso o presídio não disponha de hospital próprio, providências deverão ser tomadas para atendimento do doente pelo SUS. Ao afirmar que os doentes com Aids ou outras DST não são devidamente tratados em regime fechado de prisão, um (1) dos sujeitos propõe seja dado maior enfoque na terapia ocupacional, no acompanhamento psicológico e religioso de presos(as) enfermos em presídios especializados.

Outro sujeito apontou a Aids como arma e meio de intimidação usada por alguns(as) internos(as) contra colegas de cadeia e funcionários, com a pretensão do recebimento de diversas vantagens e regalias. Os casos de Aids e DST até o momento detectados em cadeias femininas no cotidiano profissional de alguns sujeitos, foram citados como tendo sido tratados com coquetel através do SUS.

Mencionaram também, certo receio inicial das detentas sadias com relação a colegas com Aids, seguida de prestação espontânea de cuidados após orientações recebidas sobre a doença. Nem todos os sujeitos da pesquisa utilizaram-se deste espaço para argüirem em torno dos Direitos Humanos de pessoas que vivem confinadas em cárcere prisional e sobre as DST-Aids e drogas.

O suposto controle social feito por unidades prisionais em torno dos Direitos Humanos de presos, inclusive relacionados às DST-Aids e drogas neste meio, mostra-se na verdade, um grande equívoco, descaracterizado pela constatação, de acordo com um (1) dos participantes desta pesquisa, do nível econômico e cultural de suas *clientelas*. De acordo com este mesmo, isso “é reflexo incontestável da elitização do Poder Judiciário e do descaso do Poder Executivo.”

CONCLUSÃO

Os Direitos Humanos, tanto internacionalmente como a nível nacional, estão fundamentados, declarados e no caso do Brasil, assumidos formalmente através da Constituição de 1988, porém, isto está longe de ser suficiente e satisfatório, visto o grande abismo entre a teoria e a realidade brasileira.

A experiência democrática recente em nosso país, ainda tem se revelado insuficiente para desenvolver uma consciência de alteridade entre os cidadãos, no sentido de escutar, respeitar, dar e reconhecer os direitos iguais do outro.

A análise das percepções dos sujeitos com relação a aplicabilidade dos Direitos Humanos em estabelecimentos prisionais, além de evidenciar certas contradições e divergências de opiniões, direcionou-nos ao fato de que mulheres delituosas “acolhidas” pelo sistema penitenciário brasileiro falido, vivenciam situações contraditórias e reais no que tange ao não cumprimento integral da Lei de Execução Penal pelo Estado, ao considerarmos que a mulher infratora ainda não é tratada como ser humano entendido como com possibilidades de recuperação e reintegração na sociedade livre.

Mesmo algumas falas tendo-se apresentado positivas e otimistas com relação a prática cotidiana dos Direitos Humanos de mulheres infradoras, ao referirem-se a elas como sendo pessoas privilegiadas, que

têm todos os seus direitos assegurados, não desconsideramos as diferenças administrativas, regionais e locais de cada instituição prisional.

Porém, apreendemos que na realidade prisional, os Direitos Humanos dos(as) internos(as) não são integralmente respeitados. Sendo as DST-Aids comuns nas instituições penais brasileiras, as sugestões e o domínio de procedimentos adequados apresentados e voltados ao encaminhamento e a atenção à saúde da mulher detenta com Aids, denotaram despreparo, insegurança e medo dos sujeitos, conforme análise de suas respostas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MOSCOGLIATO M. *HIV nos tribunais*. Brasília: Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids-MS, 1997.
- LEONELLI V. Os direitos humanos: conceitos básicos, evolução histórica e instrumentos. In: *PROJETO AXÉ* – Coletânea de textos. 1998. p. 59-68.
- KLINKE A. Prisão Brasil. A trágica rotina dos detentos no País é documentada em relatório de uma organização internacional. *ISTO É* 1998; 1525: 40-2.
- MATEOS SB. Superlotação faz da prisão fábrica de revolta. O Estado de São Paulo 1999 maio 9; p. A15.
- FAERMAN M. Caldeirão do inferno 1998. Disponível em: <<http://200.231.246.32/sesc/revistas/pb/index.html>>. Acesso em: 19 mar 2000.
- (6)ALCALDE L. Saindo pelo ladrão. *ISTO É* 1999; 1560: 40-4.
- LEITE EP. Estudo retrata a dupla condenação de mulheres na cadeia 1999. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/rede374.html>>. Acesso em: 17 mar 2000.
- LOZANO A., 1998. Saúde é a principal queixa de presas de SP. *Folha de São Paulo*.1998 set 11; p.3-4.
- O ESTADO DE SÃO PAULO. Miséria, desemprego e crime, 1998b. Disponível em: <<http://www.estado.com.br/jornal/98/09/17/news034.html>>. Acesso em: 18 mar 2000.
- SANTOS YS. AIDS. Morre um por dia nas prisões paulistas. *Jornal da USP*. 1998 fev 16 a 22; p.12.
- CLADEM. Declaração dos direitos humanos desde uma perspectiva de gênero. Contribuição ao 50º aniversário de declaração universal dos direitos humanos, 1998.
- GODOY M. Cadeia de Bragança é exemplo e esperança. *O Estado de São Paulo*.1999 jul. 11; p. C3-4.
- GONDIM A. Preso homossexual deve Ter visita íntima. *Folha de São Paulo*. 1998 set 10; p.3-5.
- CHEQUER P. A Aids no Brasil: perfil epidemiológico e ações. *Folha médica*.1998; 117:0.

Endereço para correspondência:

ANNECY GIORDANI

Av. do Café 1695. - Bloco C. Apt 101 Jd. Monte Alegre.

CEP: 14.050-230 - Ribeirão Preto/SP.

E-mail: annecy@eerp.usp.br

NORMAS, PUNIÇÕES, CASTIGOS E A VULNERABILIDADE AS DST-AIDS NO COTIDIANO DE MULHERES DETENTAS

RULES, PUNISHMENT, PENALTIES AND VULNERABILITY TO STD-AIDS IN THE EVERYDAY LIVES OF FEMALE PRISONERS

Annecy T Giordani¹, Sônia MV Bueno², Luciane P Kantorski³

RESUMO

Fundamentos: no Brasil, as instituições fechadas como as cadeias femininas, punem a detenta através da privação de liberdade imputando-lhe sofrimentos adicionais materializados em violências física e psíquica. Neste contexto, uma vez envolvidas na criminalidade, estas mulheres são mais vulneráveis às DSTs-aids, devido a violência sexual. **Objetivos:** objetivamos identificar ações punitivas e normativas no cotidiano de mulheres detentas, relacionando-as a prática da violência ilícita e naturalizada pelo Estado, como forma de disciplinarização dos corpos. **Métodos:** desenvolvemos pesquisa qualitativa, através de visitas periódicas. Fizemos observações sistemáticas com posterior registro e uso de entrevista estruturada através de questões norteadoras, pesquisando (15) mulheres detentas e o delegado/diretor de uma Cadeia Pública Feminina do interior paulista. **Resultados:** a maioria tem de 18 a 30 anos de idade, é mãe e solteira, tem baixo nível de escolaridade e foi detida por tráfico de drogas. A Cadeia pesquisada utiliza niais o isolamento para punição, proteção da vida de detentas juradas de morte ou para evitar brigas entre internas. Outros castigos são: a proibição do recebimento de visitas, a perda da remissão, a suspensão do recebimento de correspondências, a transferência para outras instituições penais, inclusive com relato de agressão física. **Conclusões:** o sistema prisional brasileiro propicia a violência, dificultando a recuperação da pessoa infratora e sua reinserção no social. Nesta cadeia, como em quase todas, não há assistência médica adequada às internas HIV positivas e com aids ou programa de educação preventiva às DST-aids dirigido à mulher.

Palavras-chave: violência, disciplina, detentas, prevenção/DST-aids

ABSTRACT

Background: In Brazil, closed institutions such as prisons for females, punish prisoners by depriving them of freedom and causing them additional suffering which is materialized in the form of physical and psychic violence. In this setting, once they are involved with crime, these women become more vulnerable to STD-aids due to sexual abuse. **Objectives:** To identify punitive and normative actions in the everyday lives of female prisoners by relating them to illegal violent practice which is made natural by the State as a way to discipline agencies. **Methods:** A qualitative research was conducted by means of periodical visits. Systematic observation was carried out and later recorded. Structured interviews containing guiding questions were used with (15) female prisoners and the chief police officer/warden of a public prison for females in the interior of São Paulo State. **Results:** Most women were 18 to 30 years old, single mothers, had low educational level and had been convicted of drug trafficking. The investigated prison more frequently applied isolation as a form of punishment, life protection for prisoners who had been threatened with death or in order to avoid fights among the inmates. Other types of punishment were: prohibition of visitors, loss of remission, suspension of mail receipt, transfer to other institutions, including the report of physical aggression. **Conclusions:** The Brazilian prison system leads to violence, which hinders the recovery of law breakers and their social re-inclusion. In this chain, as occurs in almost all others, there is no adequate medical care to HIV-infected inmates or for those with aids nor a program of preventive education against STD for females.

Keywords: violence, discipline, prisoners, prevention, STD-aids

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(2):16-21, 2002

INTRODUÇÃO

No Brasil, as denominadas instituições fechadas como as Cadeias Públicas Femininas, punem a mulher através da privação de liberdade imputando-lhe sofrimentos desnecessários, determinados por um certo senso moral e pela noção medieval de vingança.^{1, 2} O senso comum produz a redução das pessoas presas - a maioria pobre, jovem e semialfabetizada -, à condição de *delinquentes* ou *vagabundas*. As violências física e psíquica, comumente integram o cotidiano da mulher brasileira, tanto dentro como fora das prisões. Porém, a mulher detenta, não apenas experiência a imposição de normas rígidas institucionais, como também é submetida a castigos e punições extra judiciais pelo Aparelho Estatal. Apoiado na Justiça Criminal, instrumento de defesa e controle

social, o Estado sustenta uma postura punitiva, ao defender a idéia de que os indivíduos que vivem de forma ilegítima segundo o senso comum, devem ser encarcerados para corrigirem ou serem corrigidos. Assim, permanecem reclusos, separados da sociedade, supostamente *protegida dos riscos e danos* que poderiam ser provocados pela liberdade dessas pessoas.³

Tal perfil, tem se refletido nos sérios problemas que o Brasil vem enfrentando tanto em relação a Segurança Pública no combate à criminalidade, como no Sistema Penitenciário, o qual se encontra falido, e cujas cadeias, presídios e penitenciárias evocam imagens, socialmente, degradantes, locais de provação onde as injustiças contra os presos são constantes, como a superlotação, a ociosidade, a promiscuidade e outras formas de violência física, moral e psíquica. É neste caótico cenário institucional, onde nem as mínimas necessidades básicas da mulher encarcerada são respeitadas pelo Estado através de seus representantes legais, que o cotidiano da prisioneira é rico em adversidades motivadas pelas inúmeras hostilidades inerentes a vida no cárcere, onde também são comuns, atitudes agressivas de enfrentamento pelas vias da extor-

¹ Enfermeira Mestre, Doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Bolsista CAPES.

³ Enfermeira. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

são, omissão, intimidação, repressão e abuso do poder de autoridades sobre as internas.^{2,3}

Portanto, diversas formas disciplinares envolvendo violência ocorrem nesse meio, - nem sempre respaldadas na Lei de Execução Penal (LEP) -, ameaçando a integridade física, psicológica e moral da mulher detenta, além de atitudes agressivas entre internas regidas por leis não escritas, porém, normatizadoras do seu convívio na prisão, as quais sustentam o poder hierárquico ditado pelos que integram o mundo do crime, há mais tempo.^{4,5}

Esta realidade, nos conduz a problemática da violência que vitimiza a mulher livre nos cenários de nossa sociedade, sendo que há muito no Brasil, ela tem sido alvo de dominações e agressões de toda ordem, inclusive em seu domicílio.⁶ Especificamente a respeito da violência intrafamiliar, essa, direciona-se mais à mulher tornando-a a principal vítima entre crianças, idosos e portadores de deficiências, caracterizando-se por agressividade e repressão/coação, *incluindo ataques físicos, sexuais e psicológicos, bem como coação econômica, que adultos ou adolescentes usam contra seus companheiros íntimos* (p.6). Por isso, esta forma de violência ser também frequentemente denominada como: abuso contra a esposa, agressão marital, espancamento de mulher, de esposa, violência conjugal, violência íntima, espancamento e abuso contra a parceira.⁷

No entanto, uma vez envolvida em práticas delituosas, a mulher parece se tornar alvo ainda maior de atitudes naturalizadas de violência institucional, vivenciando direta ou indiretamente agressões de caráter repressivo-punitivo sob a égide da disciplinarização e do ordenamento, cujos protagonistas são agentes da Lei.

No tocante a vulnerabilidade da mulher detenta à agressão, se a violência urbana incansavelmente divulgada pela mídia, tem sido muitas vezes reprimida impunemente com a força destrutiva da violência policial, isso nos leva a crer que essas mesmas atitudes repressivo-punitivas sejam reproduzidas também no continente carcerário das superlotadas Instituições Penais brasileiras. Tal desconfiança apoia-se no fato de que, se a pena denota castigo, a prisão ao impor o isolamento, a segregação da família, dos amigos e de outras relações significantes, uma vez penalizada, a mulher delituosa experimenta os custos da infração dos castigos normativos da sociedade que, em tese, deveria reeducá-la para sua reintegração no social, porém, o que ocorre é exatamente o contrário. Em contra partida, todos os atores sociais, ou seja, a população em geral, marginais e autoridades, em algum momento se encontram no social transitando livremente pelas ruas, no interior de casas, praças e outros espaços de convivência, contribuindo direta ou indiretamente com a manutenção dos altos índices de criminalidade, de tal modo que seu curso tem se mantido ascendente, sob as influências de uma nova política econômica dita neoliberal, construindo assim, um sistema circular tipo *feed-back*, vicioso e retroalimentador de variadas formas de violência humana, fora de controle do Estado e da sociedade civil, a cada dia mais coagida, armada e amedrontada.^{8,9,10}

A cadeia em questão, dispõe de normas e rotinas relativamente rígidas, que uma vez infringidas acarretam punições disciplinares, aplicadas principalmente em casos de brigas entre internas, desacato a agentes carcerários e em situações envolvendo planejamento ou tentativa de fuga. A punição mais utilizada é o isolamento (*coruja*) o qual consiste em uma cela separada em precárias condições, também utilizada para proteção à vida de detentas juradas de morte. Há outros castigos como: a proibição do recebimento de visitas; a perda do direito a remição; a suspensão do recebimento de correspondências as quais já são habitualmente violadas antes de serem entregues às detentas e postadas; a suspensão do banho de sol; do uso de aparelhos eletrônicos como TV e rádio; além do que, é comum, transferências para outras instituições penais consideradas *piores*, sem contar que na maioria das vezes, são removidas para outros estabelecimentos sem aviso prévio à família.

Estrutura física da cadeia

A Cadeia Pública Feminina pesquisada foi inaugurada em dezembro de 1999, em uma pequena cidade do interior paulista, comportando quatro (4) celas com capacidade para vinte e seis (26) detentas, ou seja, em média seis (6) detentas por cela. Porém, a superlotação é constante, chegando a comportar mais de 50 detentas, o que equivale a quase treze (13) internas em cada cela. As quatro celas são semelhantes em tamanho e têm as seguintes características físicas: espaço físico de aproximadamente 6 a 8 metros quadrados, com camas de alvenaria tipo tampões de cimento fixados como beliches nas paredes as quais possuem pé direito alto, sendo que em três celas há seis (6) unidades e em uma há oito (8), totalizando 26 acomodações. Quando não há camas suficientes para acomodação de todas as internas detidas, o que é comum acontecer, as mulheres se deitam no chão de baixo das camas inferiores de cimento, local denominado por elas de *gaveta* ou no espaço central da cela, local referido pelas internas como *corredor*. A distribuição das acomodações disponíveis, segue geralmente critérios relativos ao direito automático adquirido pelas detentas mais velhas, referente ao tempo de prisão e não a idade ou tipo de delito cometido, as quais têm prioridade na ocupação das camas de cimento, restando as novatas, ou seja, as que têm menor tempo naquela unidade prisional, dormirem no chão, sobre colchonetes finos ou cobertas. Ocorre portanto, um rodízio de acomodações decidido entre colegas de cela para o repouso e guarda de seus objetos pessoais, sendo que, essa articulação sofre interferência também de situações como transferências e liberação de presas.

Ainda com relação às características físicas das celas, cada uma comporta um banheiro com privada tipo francesa *, espaço esse localizado em um dos cantos da cela e separado apenas por uma cortina de pano e uma meia parede.

As paredes são mal conservadas, com pintura velha, falta de reboco em algumas partes e umidade. A ventilação é ruim, posto que cada cela tem apenas um pequeno *vitraux* com vidros que não abrem ou abrem parcialmente, devido à fixação de grades externas e telas de ferro internas, tornando a aeração inadequada em detrimento do número de mulheres confinadas, especialmente no período da noite e aos domingos quando permanecem

O pátio é amplo, de chão cimentado, com precárias condições de limpeza e totalmente sem cobertura. Nele, há somente um tanque destinado a lavagem de roupas das internas e diversos varais para secarem das mesmas ao sol. Em linhas gerais, a entrada principal de acesso ao andar superior do prédio é a mesma da cadeia, no entanto, antes de chegar às dependências da carceragem, existem duas pequenas antessalas com portas de madeira que dão a um corredor pequeno, cuja porta é de chapa inteiriça de ferro e grades maciças e grossas do mesmo metal, mantida trancada com cadeado, cuja chave fica sob a responsabilidade dos carcereiros de plantão. Ultrapassada essa porta, tem-se acesso a um pequeno hall e desse à sala da carceragem com dormitório, onde são executados serviços burocráticos, revistas de visitantes, e atividades a fins, e, onde há dentre outros móveis, uma cama tipo beliche de madeira com colchão para descanso de funcionário plantonista durante plantões noturnos. O referido *hall* é isolado por uma grande grade maciça de ferro com tranca e cadeado, através da qual, a carceragem observa parte da movimentação das internas, dando acesso a outro corredor onde há três cinco portas, sendo uma de ferro tipo grade e as demais, de madeira. A porta de ferro gradeada dá acesso ao pátio e esse, a outras dependências localizadas nos

fundos a serem: uma cela de isolamento (*coruja*) e a uma pequena cozinha onde são preparadas pelas detentas faxinas, as refeições servidas às internas. As outras quatro portas de madeira dão acesso a: uma sala com assoalho também de madeira, utilizada como depósito de calças *jeans* e oficina de trabalho, onde as detentas sentam-se ao chão para retirarem excessos de linhas de costuras dessas peças; a dois banheiros, um com pia outro com vaso sanitário destinado aos funcionários da carceragem e cujas paredes não alcançam o teto, e, finalmente, a uma

pequena copa, também utilizada pelos carcereiros. Nesse mesmo *hall* que dá acesso a essas dependências, pode-se chegar a duas grandes grades, ambas com trancas asseguradas por cadeados. Tais grades configuram então a separação entre duas alas, supostamente A e B, sendo que em cada uma dessas, situam-se duas celas, totalizando quatro celas, assim denominados: X-1, X-2, X-3 e X-4. Por sua vez, ainda antes de se ter acesso ao interior das celas, passando por essas grandes grades de ferro, há dois pequenos *halls*, um em cada ala, espaço pequeno que serve habitualmente como ante-salas às detentas, especialmente quando impedidas de circularem no pátio.

Normas e rotinas

As presas permanecem nas alas A e B, sendo recolhidas às celas às 22:00 horas onde há aparelhos de televisão, ventiladores e rádios. A partir desse horário, é proibido liga-los em alto volume. Esse fato ocorre, exceto no horário do banho de sol o qual ocorre de segunda-feira a sábado, das 13 às 17:00 horas. As atividades de lazer desenvolvidas no pátio durante o banho de sol, se resumem em alguns jogos grupais com o uso de bola e banho no tanque de lavar roupas. Aproveitam esse período também para lavagem e secagem de suas roupas e alguns utensílios. A faxina das celas, é feita a partir de um sistema de rodízio semanal entre as detentas de cada cela, geralmente, em dia anterior a visitação. As correspondências são recebidas pelos carcereiros, os quais, somente depois de abri-las e lê-las, repassam para as detentas. Da mesma forma, as cartas das detentas para envio, são entregues abertas por elas aos funcionários da carceragem que se incumbem de lê-las, fecha-las e depois postá-las.

As visitas as detentas são feitas somente por seus familiares, às sextas-feiras, das 14:00 às 17 horas. Nesses dias, além de dois carcereiros, no mínimo mais dois investigadores auxiliam na cadeia. Antes do ingresso nas dependências desta unidade prisional, todos os visitantes são revistados, inclusive adolescentes e crianças, os quais, assim como os demais, são despídos, não se utilizando, por este motivo, detector de metais. Os maridos e companheiros das presas são autorizados a visitá-las quinzenalmente mas, sem contato sexual. Advogados, juízes, promotores e religiosos não são revistados, em razão até, de permanecerem em local conhecido como *parlatório*^{*,*}, ou seja, não ingressarem nas áreas reservadas às reclusas. São permitidas também, visitas semanais de grupos religiosos protestantes e espíritas, os quais, duas vezes por semana das 17 às 18 horas, prestam assistência espiritual às mulheres através de leituras e orações.

A maioria das detentas trabalha na retirada de linhas excedentes de calças jeans fornecidas por uma fábrica da cidade. Não existe um período específico de trabalho, ficando ao inteiro critério de cada reclusa seu horário de labor. Tem direito a remição^{*,**} primeiramente as presas condenadas e depois aquelas que possuem bom comportamento. Sendo assim, para cada três dias trabalhados, reduz-se um dia de pena e cada presa recebe dois centavos por calça, dependendo, desta forma, de cada uma a sua remuneração total. O controle dos serviços é feito por carcereiros sob supervisão direta do delegado de polícia.

Não existem convênios com empresas para trabalho em regime fechado e nem oficinas de profissionalização ou recreação instaladas no interior da cadeia.

Não há programas educativos como por exemplo, aulas regulares com fins de alfabetização das detentas. Inexistem enfermeiros, médicos, psicólogos e dentistas trabalhando no estabelecimento e nem convênios com Universidades para assistência à saúde. Todo o atendimento médico e odontológico é feito no Centro de Saúde do município onde se localiza a cadeia, inclusive o acompanhamento gestacional e pós-parto. Os recém-nascidos são entregues, mediante termo de guarda provisória, aos familiares da detenta que se incumbem da obrigação de conduzir a criança até a cadeia para aleitamento.

Conforme afirmações do delegado, os medicamentos disponíveis são razoáveis, não havendo programas de prevenção às DST-aids. E as

presas não recebem preservativos. As soropositivas são atendidas em setor especial de um Hospital Público Estadual em uma grande cidade da região, cabendo ressaltar, que quando dão entrada na Unidade de Doenças Infecto Contagiosas deste nosocômio, geralmente as portadoras do HIV estão com sua saúde bastante debilitada e com o passar do tempo e adequado tratamento, acabam se reabilitando.

Mas, neste caso, apesar de serem feitos encaminhamentos e controles temporários de detentas soropositivas e/ou com aids; em relação a massa carcerária brasileira de um modo geral, as mulheres detidas em Cadeias Públicas Femininas, tendem a ser ainda mais vulneráveis às DST-aids, pois, é comum já terem sido vítimas de violência sexual por conhecidos e/ou desconhecidos, em diferentes fases de sua vida. Além disso, antes de serem presas, muitas usavam drogas injetáveis, relacionavam-se sexualmente com múltiplos parceiros e, costumam se envolver com a prática do homossexualismo na prisão, onde na maioria das vezes, não recebem nenhuma assistência médica especializada nem orientações relativas à prevenção destas doenças.¹¹

Os alimentos são fornecidos por empresa vencedora de licitação pública e a comida é feita no estabelecimento por duas detentas faxinas.^{*,***} Não há nutricionista e nem uma dieta especial, assim como inexistem refeitórios tanto para as presas quanto para os funcionários que têm horário de almoço e portanto, conforme informou o diretor da cadeia, não se utilizam dessas refeições.^{*,****} São servidas três refeições ao dia a serem: café da manhã, almoço e jantar e as queixas são dirigidas em sua maioria em relação à qualidade da comida, as vezes salgada e ou oleosa, e, pela falta de diversificação no cardápio. Tanto o Juiz quanto o Promotor da Comarca fazem visitas mensais nesta unidade prisional concedendo audiência às presas. Não há qualquer outra assessoria jurídica ou convênio nessa área.

Punições e castigos

De acordo com delegado/diretor da cadeia feminina pesquisada, não existe mecanismo algum de repressão prisional, sendo que as presas têm seus direitos garantidos pela Lei de

Execuções Penais (LEP) e também os seus deveres, os quais são rigorosamente observados nesta unidade em foco. Não é permitido o uso de armas de fogo no interior da instituição, onde não existe, inclusive, depósito de munições. A guarda externa é realizada pela polícia militar que utiliza armamento regular e permitido. A cadeia conta com 5 carcereiros, os quais dentre outras tarefas, revistam as celas e as detentas semanalmente, onde é comum serem encontradas lâminas para depilação, as quais são imediatamente recolhidas.

Informou-nos ainda o diretor da cadeia, que até a presente data, não houve mortes neste estabelecimento. Apenas algumas ofensas físicas entre as presas, na sua grande maioria, em razão de acertos de contas relativos a fatos acontecidos fora da cadeia.

As agressoras são investigadas e punidas na forma determinada pela Lei de Execução Penal (LEP) e pelo Código Penal, com a instauração de Inquérito Policial para apuração de eventual crime e de procedimento administrativo, visando-se identificar possível falta grave cometida por elas. Não há denúncia de maus tratos, corrupção ou tortura.

Foi portanto, a partir de fatores como identificação de situações de subjugação e agressões imputadas à mulheres detentas em outras Cadeias Públicas Femininas visitadas por nós com fins de pesquisa, assim como, a observância de um controle repressivo que acentua o caráter punitivo da pena no Brasil; da conseqüente desnaturalização do *eu* na prisão; da estigmatização imputada pela sociedade à mulher delituosa e que a mantém na marginalidade e, principalmente, por freqüentes relatos de vivências e vulnerabilidade relativa a violência policial dentro e fora do cárcere, é que nos interessamos em desenvolver este trabalho nesta instituição penal feminina, procurando contemplar os objetivos propostos a seguir.

OBJETIVOS

- identificar os tipos de ações institucionais de caráter punitivo e normativo no cotidiano de mulheres detentas, relacionando-as a violência naturalizada pelo sistema prisional vigente em nosso país sob responsabilidade Estatal, como forma de disciplinarização dos corpos;
- levantar quais as percepções, experiências e opiniões que as mulheres detentas têm sobre a violência policial fora da prisão e em situação de confinamento, como seres humanos vivendo a margem do tecido social;
- investigar efeitos nocivos à sua saúde física e psíquica, inclusive sobre a vulnerabilidade dessas mulheres às DST-aids decorrente de violência sexual, e outras formas de violências físicas, morais e psíquicas extra e intracárcere, onde vivem sob supervisão constante, normas e regras de modo geral, impostas por um sistema prisional repressivo, em nada reabilitador e nem reintegrador da mulher delituosa na sociedade.

METODOLOGIA

Utilizamos metodologia participativa, com entrevista estruturada através de questões norteadoras, pesquisando (15) mulheres detentas e o diretor/delegado de uma Cadeia Pública Feminina, localizada em uma pequena cidade do interior paulista. Isso foi possível, graças a várias visitas periódicas durante as quais, também fizemos observações sistemáticas com posterior transcrição em diário de campo, cujo enfoque voltou-se ao cotidiano dessas mulheres em torno da violência e relações de poder na prisão. Portanto, trata-se de uma pesquisa-ação de caráter humanista, atendendo aos preceitos éticos e o rigor científico. A intervenção se deu através de oficinas pedagógicas no local, possibilitando às detentas, reflexão sobre seus direitos enquanto cidadãs em conflito com a Lei e uma visão totalizadora da mulher tanto dentro como fora da prisão.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta pesquisa, tivemos a participação de um (1) delegado e de quinze (15) mulheres detentas, as quais apresentaram o seguinte perfil: quanto ao estado civil, onze (11) são solteiras e dentre essas, a maioria (9) é amasiada; quase a totalidade (14) é mãe com 1 a 3 filhos, sendo que a única detenta sem filhos, por ocasião da entrevista, estava grávida no oitavo mês, gestação resultante de um estupro. Mais da metade (9) das detentas pesquisadas desta cadeia, se constitui de adultos jovens entre 18 e 30 anos de idade, havendo predominância às cores branca (6) e parda (6). Dois terços das mulheres (10) são católicas e a maioria não passou pela experiência de aborto (11); têm escolaridade equivalente ao ensino fundamental incompleto (11), havendo apenas uma (1) analfabeta. A grande maioria (14), pertence a classes populares caracterizadas pela miséria ou situação de pobreza, não apenas em sua dimensão econômica, mas também, no campo dos direitos e das desigualdades dela decorrentes. Quase a totalidade das entrevistadas é residente em áreas periféricas de cidades do interior de quatro Estados brasileiros, algumas viviam em favelas ou cortiços localizados em bairros sem ou com pouca infra-estrutura, onde homicídios e o tráfico de drogas são crimes de elevados índices e onde também, estas mulheres geram e mantêm seus filhos, a maioria de pais diferentes. Quanto aos seus parceiros, tanto os anteriores como os atuais, também procedentes desse meio popular marginalizado, têm história de envolvimento com o narcotráfico e outros crimes correlatos, tendo sido citados durante as entrevistas, como estando mortos ou presos e condenados, distantes de sua prole e companheiras. Em relação a sua profissão/ocupação, antes de serem presas,

todas desenvolviam atividades no mercado informal, sendo que apenas duas (2) assumiram sua ocupação com o tráfico de drogas ilícitas, o que contradiz o principal motivo da maioria das detenções (11) nesta população, relativo portanto, ao tráfico de entorpecentes. Quanto às condições de reincidência e condenação, onze (11) sujeitos não se enquadram nestas situações, sendo portanto, a minoria (4) e em igual quantidade as reincidentes e as condenadas. Quanto ao tempo das penas imputadas, essas variam de 3 anos e 50 dias à 5 anos e 4 meses. A maioria é procedente de cidades do interior do Estado de São Paulo. Apesar das mudanças no papel da mulher em nossa sociedade nos últimos quinze anos, as mulheres de classes sociais mais baixas, ainda vivem dificuldades inerentes a dupla jornada laboral, aliada ao restrito mercado de trabalho para a mão de obra feminina desqualificada, situação na qual se enquadra a maioria das detentas desta pesquisa, posto não terem concluído, se quer, o ensino de nível fundamental.

Considerando-se as mudanças no papel da mulher em nossa sociedade, as quais alteraram também os modelos de família e do casamento ainda vigentes, um número crescente de mulheres pobres tem ingressado no mercado informal de trabalho, pela possibilidade de conciliarem suas atividades domésticas e os cuidados com seus filhos, além de conseguirem auxiliar no orçamento familiar isso, quando não assumem sozinhas todas as despesas da casa.¹⁴ O tráfico de drogas, portanto, à essa população marginal estudada, pode ser considerado como uma atividade informal arriscada, porém, lucrativa, através da qual, o “dinheiro fácil” tem recrutado a cada dia um número maior de mulheres brasileiras, a maioria pobre, com baixa escolaridade, jovens, mães e sem parceiro fixo. Tal fato pode ser facilmente constatado pelo perfil do alto índice de mulheres detidas e condenadas nas prisões brasileiras, enquadradas nos artigos 12 e 14 do Código Penal Brasileiro, os quais versam sobre o uso e o tráfico de entorpecentes, crimes considerados hediondos, e por isso, inafiançáveis.⁴

Ao questionarmos as mulheres pesquisadas sobre o que já **sofrem algum tipo de violência física ou moral provocada por policial(is) ou outro(s) agente(s) da Lei**, onze (11) detentas afirmaram que sim e quatro (4) responderam que não.

Quanto ao **tipo** de violência sofrida, dentre essas onze (11) mulheres vitimizadas, seis (6) foram agredidas tanto moral como fisicamente; três (3) receberam apenas ofensas morais e duas (2) foram alvo de agressões que caracterizam violência física, principalmente de espancamentos com e sem a utilização de armas como coronha de revólver e cassetete.

Sendo assim, destacamos alguns trechos de falas mais significativas desses, as quais configuram bem os tipos de violência acima citados: “Tapas na cara...xinga de vagabunda...”; “Murros, coronhadas e xingamentos.”; “...espancaro muito com chute na barriga, no joelho, no tornozelo, é...muitos socos na altura da cabeça, no ouvido...soco, tapa, coronhada...”; “Tapa na cara, murro no estômago ...quando eles pegam...judiam, espancam...”; “...mostra assim o pênis pra gente. Ele (*policial*) chego lá, desbotoô ...o coiso duro (*pênis*) e falava pra mim: põe a mão aqui. Aí, ele pôs pra dentro e mandô eu fica quietinha.”; “Espancamento. Eles me bateram...me jogaram spray no meu olho, me xingaro de tudo quanto é nome e me ameaçaram.” e “Cassetete. Caibrada (*coronhada*) de revolve...na cabeça. Tapa na cara, chute, levantava nossa cabeça lá em cima. Pisava no nosso pé...dava choque na unha.” Ao serem questionadas sobre os **locais** nos quais ocorreram as violências, as vítimas referiram-se a: nas dependências de delegacias ou de Distritos Policiais (DPs), (6) casos; nas ruas, (4) casos; no mato ou canavial, (3) casos; em casa, (3) casos e na Febem, (1) detenta, onde permaneceu por seis meses anterior ao seu recolhimento na cadeia pesquisada. Em relação ao **momento em que foram agredidas** por policiais ou outros agentes da Lei como investigadores e delegados, das onze (11) detentas vitimizadas, afirmaram que foram alvo de agressões físicas e/ou morais no momento em que receberam voz de prisão e/ou minutos até horas

antes da detenção em cadeia. Nenhuma no entanto, referiu ter sido agredida por agentes carcerários, investigadores de polícia, policiais ou delegado, no interior da cadeia onde transcorreu a coleta de dados para essa pesquisa. Outras situações relatam maus tratos sugestivos de tortura como descritas nas falas de dois sujeitos: “Eu fiquei presa lá dentro no quartinho, na grade né. Algemada, em pé na grade a noite inteira, sem água, sem nada, em pé. Não tinha como deita. Em pé na grade. Me puseram uma mão na grade e a outra solta...” e “Eu fiquei 24 dias lá. Os 24 dias eu apanhei e...sem exceção. Eles me tirava para fazer pergunta...eu não sabia, eles me batia de tapa e murro no rosto e nos rins.” Em outra descrição, o sujeito mencionou ter apanhado de policiais mesmo estando visivelmente grávida, ao declarar: “Dentro da minha casa eu com droga, eles me levaram pro meu quarto e começaram a me bate de...mão, tapa na cara...inclusive eu tava grávida ainda. Tava de 7 meses. Eles me batero na cara, no estômago...”. De acordo com as informações de outros sujeitos, foram vítimas de atentado violento ao pudor, tendo como agressores, um policial e um investigador de polícia respectivamente. Na ocasião desta agressão, uma das vítimas referiu que tinha 16 anos de idade e se encontrava em companhia de uma colega maior de idade a qual, no mesmo local, foi violentamente estuprada por outro investigador de polícia, parceiros de plantão. As duas ocorrências de violência sexual são evidenciadas nas declarações: “...um policial mostrô assim o pênis pra gente. Ele chegô lá, desbotoô ...o coiso duro e falava pra mim: põe a mão aqui. Aí, ele pôs pra dentro e mando eu fica quietinha.” e “Aí, ele pego no meu pescoço, no meu cabelo e fez eu chupa o pinto dele...lá no mato, na berada do canal, perto do carro.”

Importante destacar que estes relatos de violência sexual envolvendo agentes da Lei, são poucos, quando comparados a outros depoimentos de detentas também violentadas sexualmente, os quais caracterizam tentativa de estupro, estupro e atentado violento ao pudor. Nestes casos, a maioria dos agressores foram pessoas conhecidas das vítimas. A alta incidência de violência sexual observada nesta população, portanto, reforça a questão de maior vulnerabilidade da mulher delituosa às DST-aids em detrimento da violência sexual no contexto da marginalidade.

Também, conforme as falas das detentas pesquisadas, poucas (3) mulheres afirmaram terem sido agredidas por policial(is) ou outro(s) agente(s) da lei **dentro** de alguma instituição prisional[#]; dez (10) mulheres foram vítimas **fora** de ambientes prisionais e duas (2) citaram que foram alvos de agressões tanto dentro como fora desses locais. Ao serem indagadas a respeito de **como as vítimas se sentiram** sendo agredidas por indivíduos considerados pela Justiça e pela sociedade como autoridades da lei, o sentimento de mal estar foi unânime, gerado pela violência policial sofrida e deste modo foi traduzido por elas revelando as seguintes expressões qualificativas: “humilhada”; “revoltada”; “com medo”; “ofendida”; “muito mal”; “péssima”; “injustiçada”; “com nojo” e “indignada”.

Especificamente no caso de uma delas, a qual sofreu violência policial dentro e fora de casa, ao manifestar seus sentimentos por ocasião das agressões de que foi alvo, mencionou: “Eu achei que era o fim do mundo...que aquilo não era normal.” E justificou sua indignação afirmando que: “Os policiais estavam drogados mesmo! Estavam com cocaína! Cada um levô uma tavadada de cocaína, cheraro, eles tava que nem um loco dano tiro...quebraro a casa... eles tava alucinado.”. Já em outro caso, essa esteve detida em condições de isolamento por vinte e quatro dias ininterruptos em um Distrito Policial (DP), conforme justificou, para fins de averiguações e coleta de informações a partir de seus depoimentos. A mesma referiu ter apanhado diariamente de agentes da lei. Ao tentar esclarecer sobre seus sentimentos nessa ocasião, disse: “Eu pedia a morte. Eu dava umas cabeçada na parede e pedia pra morrer. Senti que o mundo tava acabano, que eu tava apanhando inocente...”.

Ao falarem sobre suas **reações**, por ocasião das agressões que sofreram de autoridades policiais, a maioria (6) das vítimas afirmou ter chorado e gritado de dor e medo.

As demais mulheres vitimizadas, informaram que: tentaram correr; imploraram aos agressores para pararem de bater; uma delas urinou na roupa; tentaram se suicidar; entraram em estado de depressão ou discutiram e xingaram seus agressores.

Apenas uma detenta afirmou não ter expressado nenhuma reação na ocasião, ao entender-se impotente para reagir, sentindo-se em grande desvantagem em relação às autoridades policiais agressoras, as quais eram em maior número e se encontravam armadas em sua base de trabalho. Essa mulher, demonstrou ainda através de expressão corporal, nítido sentimento de impunidade dos *mais fortes* em relação a si mesmo como *mais fraco*.

Somente 3 mulheres detentas afirmaram já terem **ficado na solitária** (*coruja*) em instituições prisionais, incluindo a cadeia pesquisada. Quanto ao **número de vezes**, que essa ocorreu, 2 passaram por essa experiência uma vez. E uma, esteve presa em cela de isolamento, quatro ou mais vezes. Todas no entanto, permaneceram nessa condição por um **período** de um a 10 dias. Nesta cadeia especificamente, a cela destinada ao isolamento de presas, localiza-se afastada totalmente das outras quatro celas do recinto prisional, reunindo péssimas condições de higiene, que poderiam ser traduzidas pela presença de insetos como baratas, pernilongos e moscas, assoalho de madeira estragado, vários colchões sujos e mofados espalhados pelo chão, um buraco no piso para depósito de dejetos humanos, conhecido como privada francesa, sem descarga, chuveiro e sem torneira com água corrente.

Trata-se de um local com pé direito alto, paredes esburacadas e com várias inscrições feitas pelas detentas que por lá já passaram, espaço, às vezes, também utilizado como depósito de pneus velhos de viaturas e outros objetos, área aproximada de 6 metros quadrados, com grade aberta para o pátio da cadeia, sem proteção contra chuva, sol e vento. Sobre o **porquê** da detenção nesse isolamento, as mulheres que ficaram na *coruja* como uma forma de punição, alegaram: brigas com colegas de prisão e desacato a uma carcereira. Neste último caso, a detenta envolvida, assim descreveu a ocorrência: “Quando...numa revista, uma carcereira pois um espelho de baixo da minha filha...ela tava menstruada e era moça. Os outros visitantes entrô e falô que a minha menina tava presa lá dentro...Aí, eu fiquei muito nervosa com a mulher e xinguei.” Ao descreverem suas **experiências de isolamento**, as detentas denominaram-nas como “ruim” e “revoltante”. A revolta foi justificada pelos sentimentos de injustiça e de impotência diante uma ordem superior recebida e que deve ser sempre cumprida sem direito a defesa, embutida portanto, de uma total razão da autoridade policial, o que automaticamente se caracteriza pelo poder simultâneo de julgar, condenar a mulher detenta à separação das demais internas e absorvê-la do castigo, uma vez portanto, tendo cumprido a pena, nem sempre sustentada nas Leis de Execução Penal (LEP). Deste modo, outra detenta também descreveu sua experiência na *coruja* da seguinte maneira: “É ruim. Aí que eu ficava mais nervosa ainda. Agora eu procuro fica mais quetinha...não pretendo volta não. É ruim fica sozinha...eu começo a me batê lá dentro. Num gosto de ficá sozinha não.”

Já ao serem indagadas sobre se **vivenciaram ou não em prisões outro(s) tipo(s) de punição(ões) ou tortura(s)**, dois terços (10) do total de entrevistadas responderam negativamente e um terço (5) afirmou que sim. A respeito de **qual(is) punição(ões) ou tortura(s)** essas foram submetidas, observamos duas situações distintas. Na primeira, duas presenciaram agressões físicas desferidas por agentes carcerários, funcionários da cadeia pesquisada, considerando que outras internas foram os alvos das agressões, assim descritas: “...o carcereiro agrediu a menina aqui dentro. Ela foi apanhando pra lá...ele deu uns tapa na cara dela na nossa frente, depois, pois ela na coruja, depois, deu pra escuta os grito dela.” e “Os policiais bateu na mulher da minha cela...bateu nela com um negócio preto de borracha...pisava na cabeça dela...dava soco nela...as perna dela tá tudo marcada.” As situações acima mencionadas por apenas duas internas, foram igualmente presenciadas por outras

colegas também participantes desta pesquisa, mas, que, por temerem denúncias e represálias de funcionários da cadeia, nada declararam a respeito. Na segunda situação, 3 sujeitos vivenciaram diretamente agressões físicas e morais, em um caso, envolvendo supervisores de uma unidade da Febem e em dois casos, com colegas de prisão em função de desentendimentos ou desacertos interpessoais. Nesses dois episódios, uma mulher foi vitimizada nesta cadeia, ocorrência relatada por ela mesma na fala: “Quando eu entrei aqui na cadeia, me bateram, me chutaram, bateram a cabeça na parede, me dexô marca roxa, bateram na minha boca...quase rancô um dente...me chutaro os rins e eu fui pará no hospital. Quase me mataram! Tentaram me enforca.” e o outro caso, deu-se em uma unidade prisional onde a detenta esteve presa anteriormente até ser transferida para a cadeia onde foi entrevistada.

As informações fornecidas pelas detentas pesquisadas sobre os **motivos** das penalidades imputadas a elas, além de *brigas* e *desentendimentos* com internas, outras causas foram apontadas como: uma detenta xingou um funcionário da carceragem; outra comentou com colegas da prisão que o carcereiro relacionava-se sexualmente, com uma jovem detenta (*caçuetagem*) (Delatar; fazer papel de dedo duro; passar adiante uma informação havendo ou não provas concretas; levar ao conhecimento da carceragem ou do delegado, informações que não deveriam ser repassadas) e o mesmo, ao tomar conhecimento da fofoca, na sala da carceragem e em companhia de um investigador, espancou brutalmente a delatora; e, devido a inaceitação pelas demais detentas de um crime de homicídio qualificado (Detentas matou a mãe a facadas) cometido por outra detenta, fato que desencadeou revolta entre as demais internas, as quais, desferiram-lhe golpes, agredindo-a física e moralmente. Esse caso de tortura na cadeia, foi assim justificado pela própria autora do homicídio da seguinte maneira: “Por causa do meu artigo, do fato que aconteceu.”.

CONCLUSÃO

Portanto depreendemos que a maioria das mulheres pesquisadas já foi vítima de violência física e ou moral provocadas por agentes da Lei, com ou sem o uso de armas. Quase todas as agressões sofridas ocorreram em locais diversos e fora de estabelecimentos prisionais. No entanto, nenhum dos casos de violência policial se deu no interior da cadeia pesquisada. As agressões sofridas de um modo geral, causaram ferimentos físicos, revolta e enorme mal-estar, especialmente às mulheres que sofreram violência sexual e espancamento por policiais e investigadores de polícia. Em todas as situações em que foi aplicado o isolamento como forma de punição, as condições do local foram as piores possíveis e o tempo de permanência foi determinado pelo grau de indisciplina às normas institucionais

Concluimos então, que todas as experiências de castigos e punições, inclusive as relativas ao isolamento, motivaram revolta e não resultaram em adaptação ou reeducação das internas às normas e regras vigentes na prisão. Portanto, em concordância com outros pesquisadores da violência contra a mulher livre na sociedade e em regime fechado de prisão, os resultados encontrados nesta pesquisa nos permitem reafirmar a vigência de um sistema prisional brasileiro, organizado para punir e castigar quaisquer atos disciplinares na prisão, de modo a incitar a revolta, favorecer a marginalidade, não contribuindo deste modo, à adaptação da mulher à vida intracárcere e sua reeducação. O mesmo,

reafirmamos com relação ao comportamento repressivo e violento da polícia contra a mulher infratora, especialmente as envolvidas com o tráfico de drogas. Tal agressividade, é habitual e traduz-se por violência física e moral no interior de instituições penais, assim como, em vias públicas e no interior de residências, às vezes, com a presença de crianças. Deste modo, depreendemos que, detentas vivem inseridas em uma estrutura penal desumana, a qual além de não oferecer condições de recuperação e reinserção posterior à sociedade, não oferece assistência médica local adequada ou orientação educativa sobre a prevenção das DST-aids, o que contribui para que estas mulheres reproduzam as muitas violências das quais são alvo e se tornem ainda mais vulneráveis as doenças de transmissão sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GOFFMAN E. As características das instituições totais. In: Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. cap. 1, p.13-108.
2. RYFF LA. “Esse sistema penitenciário é inteiramente falido”, diz advogado. Folha de São Paulo [on line], 2001. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u22790.shl>>. Acesso em: 23 jul 2001.
3. NETO PRG. *A prisão e o sistema penitenciário: uma visão histórica*. Canoas: ULBRA, 2000. Entrar pelo sobrenome do autor: Ex.: Gomes Neto
4. GIORDANI AT, Bueno SMV. Problematização da mulher que sofre a detenção em cadeia. In: FIERP/EERP-USP/FAPESP, editores. *Saúde mental: prevenção e tratamento*. Ribeirão Preto. Legis Summa, 2000. v.2, p. 25-35.
5. LEMGRUBER J. *Cemitério dos vivos: análise sociológica de uma prisão de mulheres*. Rio de Janeiro: Achaimé, 1983. 142 p.
6. SAFFIOTI HIB. O estudo teórico da violência de gênero. In: Santos JVT, organizador. *Violência em tempo de globalização*. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 1, p.142-63.
7. DOXSEY SMR. Cidadania precária na família. In: *III Congresso de Direito de Família*, 3; 2001. Ouro Preto, MG. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/cndm/artigos.htm>>. Capturado em: 10 mar 2002.
8. BRANCO CSEP. *Proteção do cidadão*. É possível construir segurança pública sem violência. Consultor Jurídico, 2001 dez 18. Disponível em: <<http://cf6.uol.com.br/consultor/view.cfm?id=7955&ad=c>>. Acesso em: 24 fev 2002.
9. PINHO D. *Superlotação carcerária*. Consultor Jurídico, 2001 fev 9. Disponível em: <<http://cf6.uol.com.br/consultor/view.cfm?id=8748&ad=c>>. Acesso em: 24 fev 2002.
10. OSÓRIO LC. Agressividade e violência: o normal e o patológico. In: Santos JVT, organizador. *Violência em tempo de globalização*. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 4, p. 522-543.
11. GIORDANI AT. *Pesquisa-ação com mulheres detentas sobre sexualidade, DST-aids e drogas* [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 163 p.
12. FACOM. *Elaborado projeto de privatização do trabalho dos condenados à prisão*. Ciência Press 1995; 136. Disponível em: <<http://www.facom.ufba.br/cienciapress/press136/artigo1.html>>. Acesso em: 4 abr 2000.
13. CASTANHEIRA BR et al. *Cartilha dos direitos e deveres do preso*. São Paulo: Páginas e Letras, 1999. 44p. incluir até os 6 primeiros autores, depois et al.
14. IZUMINO WP. *Justiça e violência contra a mulher: o papel do sistema judiciário na solução dos conflitos de gênero*. São Paulo: Annablume/FAPESP, 1998.

Endereço para correspondência:

ANNECY GIORDANI

Av. do Café 1695. - Bloco C. Apt 101, Jd. Monte Alegre.

CEP: 14.050-230 - Ribeirão Preto/SP

E-mail: annecy@eerp.usp.br

EL CONTROL DE LAS ITS EN UN MUNICIPIO DEL INTERIOR DE AMAZONAS: EXPERIÊNCIA DE MANACUPURU

O CONTOLE DAS ITS NUM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO AMAZONAS: EXPERIÊNCIA DE MANACUPURU

THE STI CONTROL INLAND OF AMAZON: MANACUPURU EXPERIENCE

*Enrique G Garcia¹, Adele S Benzaken², Valderiza L Pedrosa³,
José Carlos G Sardinias⁴, Osminda Loblein⁵*

RESUMO:

Motivado pela idéia de incremento do turismo ecológico, que começava a representar uma fonte alternativa de recursos para a economia local, as autoridades municipais decidiram, em meados do ano 1997, fortalecer o programa Municipal de Controle das DST, como uma maneira de buscar um turismo mais saudável. Com a assessoria técnica e supervisão dos profissionais do setor de DST da Fundação Alfredo da Matta se introduziu um conjunto de ações de promoção, prevenção e melhora na qualidade da atenção de casos de DST. Foi realizada capacitação em Manejo Sindromico aos profissionais de atenção em todos os Centros de Saúde, o que permitiu aumentar a acessibilidade da população, foram adquiridos medicamentos eficazes, recomendados pelo Programa Nacional de Controle de DST/Aids do Brasil e se implantou um sistema de Vigilância Epidemiológica. Foram utilizadas técnicas de educação pelos "pares" para o trabalho com grupos vulneráveis (profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens-HSH) e novos procedimentos de marketing de preservativos. Também foi desenvolvido um programa educativo com apoio intersectorial (principalmente da Secretaria de Educação) dirigido aos outros grupos vulneráveis assim como, realização de estudos especiais em diferentes subpopulações.

Em apenas 3 anos de execução do novo programa (1998 – 2000) foi observado um impacto positivo na situação das DST, ao ser alcançada a eliminação da sífilis congênita e a redução do risco de infecção para as cinco principais síndromes de DST (Úlcera genital sem Vesículas, Corrimento uretral em homens, corrimento cervical, corrimento vaginal e dor pélvica). Os dados disponíveis permitem concluir que a epidemia de DST em Manacapuru é fundamentalmente a expressa pelas DST curáveis e que sua tendência é descendente, assim como o componente VIH/SIDA permanece incipiente

Palavras chaves: DST, Avaliação de intervenções.

RESUMO:

Motivado por la idea del incremento del turismo ecológico que comenzaba a representar una fuente alternativa de ingresos para la economía local, las autoridades municipales decidieron, a mediados del año 1997, fortalecer el programa Municipal de Control de las ITS, como una manera de lograr un turismo más saludable. Con la asesoría técnica y supervisión de los profesionales del Sector de DST de la Fundación Alfredo Da Matta se introdujeron un conjunto de acciones de promoción, prevención y mejora en la calidad de atención de casos de ITS. Se realizó capacitación en Manejo Sindromico a los profesionales de atención en todos los Centros de Salud lo que permitió aumentar la accesibilidad de la población, adquirieron medicamentos más eficaces, recomendados por el Programa nacional de Control de DST/AIDS de Brasil y se implantó un sistema de Vigilancia Epidemiológica. Fueron utilizadas técnicas de educación por "pares" para el trabajo con grupos vulnerables (profesionales del sexo y HSH) y nuevos procedimientos de mercadeo de condones. También se desarrolló un programa educativo con apoyo intersectorial (Secretaría de Educación y otras) dirigido a los grupos de mayor riesgo así como realización de estudios especiales en diferentes subpoblaciones. En apenas 3 años de ejecución del nuevo programa (1998 – 2000) se observa un impacto positivo en la situación de las ITS, al lograrse la eliminación de la sífilis congénita y la reducción del riesgo de infección para los cinco principales síndromes de ITS (Úlcera genital sin Vesículas, Corrimento uretral en hombres, corrimento cervical, corrimento vaginal y Dolor pélvico). Los datos disponibles permiten concluir que la epidemia de ITS en Manacapuru es fundamentalmente a expensas de las ITS curables y que su tendencia es descendente, así como que el componente VIH/SIDA es aún muy incipiente

Palabras claves: ITS, Evaluación de intervenciones

ABSTRACT

Motivated by the idea of increasing ecological tourism which represented an alternative source for the local economy, the municipal authorities decided in mid 1997, to strengthen the Municipal STI Program, as a manner of creating a healthier tourism. With technical support and supervision from professionals from the Alfredo da Matta Foundation, a number of actions in health prevention, education and were introduced along with improvements to the quality of STI treatment. Health professionals were trained in the use of Syndromic Approach in all health centers, allowing an increase in the accessibility to the local population. Access to medication also became more efficient as recommended by the National STI Control Program for STD/Aids in Brazil, and an epidemiological monitoring program was implemented. Health peer education techniques were used with at risk groups (sex professionals and men who have sex with other men) and new procedures were introduced for selling condoms. At the same time an intersectorial health education program (Secretary of Education etc) was developed and aimed at the higher risk groups and some studies made of sub populations. In only 3 years, 1998-2000, a positive impact of the project was observable on the STI situation of the municipality, congenital syphilis had been eliminated and the risk of infection by the 5 main STI syndromes (Genital ulcer without blisters, Urethral discharge, cervical discharge, vaginal discharge and pelvic pain) had reduced. The available data allows us to conclude that the STI epidemic in Manacapuru is fundamentally based on curable STI and the tendency is decreasing, as is the HIV/Aids component which is still very incipient.

Keywords: STI, Evaluation of intervention

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(2):22-28, 2002

¹ Prof. Dr. Departamentos Medicina Interna e Saúde Pública Faculdade Medicina Calixto Garcia, Universidad de La Habana, Cuba. Médico, Epidemiólogo, Consultor FUAM y SEMSA Manacapuru

² Médica, Ginecologista, Gerente do Setor de DST FUAM

³ Assistente Social Gerente Epidemiologia FUAM

⁴ Médico, Dermatologista. Diretor Ensino, Pesquisa e Assistência da FUAM

⁵ Médico Epidemiologista. SEMSA Manacapuru

INTRODUCCION

Se estima que en Brasil ocurren alrededor de 13 millones de casos nuevos de ITS curables (sífilis, clamidiasis, infección gonocócica y tri-comoniasis) por año, aproximadamente unas 25 nuevas infecciones por cada minuto que pasa, lo que demuestra que las ITS representan un problema de salud de gran magnitud a escala nacional.

La repercusión de sus secuelas en ambos sexos, su relación con la morbilidad materna e infantil el cáncer genital, y su papel facilitador de la transmisión sexual del VIH, son bien conocidas y evidencian su gran trascendencia. ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13}

Desde un punto de vista económico, la inversión necesaria para el cuidado y tratamiento de estas complicaciones y secuelas, en comparación con los costos de un programa moderno para su prevención y control es considerablemente mayor y representa una importante erogación de los insuficientes recursos financieros disponibles.

A pesar de estas poderosas razones, en muchos países, persiste una relativa poca atención al desarrollo de los programas de control de las ITS y las razones que influyen en los encargados de la toma de decisiones pueden estar relacionadas con la competencia por obtención de recursos con otros grandes problemas de salud de nuestros tiempos y la poca disponibilidad de medios financieros, agravado por la peor crisis económica internacional de la historia, las valoraciones seudocientíficas de tipo social acerca de su origen, propagación y marginalidad de los grupos vulnerables y de alto riesgo relacionados con las ITS y sobre todo por la ineficacia que los programas tradicionales han mostrado en el control de este grupo de enfermedades.

Las Secretaría de Salud de Manacapuru y sus asesores de la FUAM, contando con el apoyo de las autoridades políticas municipales, diseñaron a partir de la segunda mitad de 1997, un programa de control de las ITS que introduce, adaptado a las posibilidades reales de una localidad con escasos recursos humanos y materiales, muchos de los aspectos de avanzada para el control de este grupo de enfermedades y han logrado en un relativo corto período de tiempo obtener resultados relevantes.

OBJETIVO

Evaluar el impacto, a tres años, de las intervenciones para el control de las ITS realizadas en el Municipio Manacapuru .

MÉTODOS

Se trata de un estudio “cuasi experimental” realizado entre los años 1998 y 2000 en una población del interior del estado de Amazonas, íntimamente relacionada con Manaus la ciudad capital del Estado, a cuyos habitantes sirve como balneario y lugar de recreo, principalmente los fines de semana, existiendo, entre ambas ciudades un importante flujo de personas.

Por esta razón se decide fortalecer el programa local de control de las DST/Aids introduciendo un conjunto de intervenciones de promoción, prevención y atención de casos de ITS dirigidos tanto a la población general como a los principales grupos vulnerables. En ausencia de datos del periodo anterior (histórico) el control es realizado con relación al primer año de la intervención.

Para la realización de la evaluación (ejecutada por un consultor externo) fueron analizados los principales indicadores de incidencia, prevalencia y tendencia de las ITS, obtenidos del análisis de los datos disponibles en el Sistema de Vigilancia epidemiológica local (SIVADST, programa creado por la Coordinación Nacional de DST/AIDS del Ministerio de Salud de Brasil, que también estaba en ejecución en la FUAM) y que inició sus funciones a mediados de 1997.

Fueron evaluados indicadores que miden calidad de la atención como: proporción de pacientes que acuden para diagnóstico y tratamiento de ITS que se tratan de acuerdo con las normas nacionales (IP6/OMS); Proporción de pacientes que acuden para diagnóstico y tratamiento de ITS que reciben servicios apropiados relacionados con la prevención (IP7/OMS); % de profesionales capacitados en manejo sindrómico de casos de ITS; grado de satisfacción de los pacientes; accesibilidad de los servicios; disponibilidad de los medi-

camentos normados, y otros. Para el análisis estadístico se calculó la variación porcentual de las tasas de incidencia entre el año inicial y final de la evaluación. También fueron utilizadas las pruebas de Chi² para diferentes proporciones y el test de Kruskal Wallis para diferencia de medias.

Adicionalmente, se obtuvo información complementaria mediante visita directa y revisión de los datos primarios en unidades y se realizaron entrevistas con profesionales que atienden casos de ITS y pacientes, supervisiones en terreno en puntos de encuentro de las actividades de promoción desarrolladas por las multiplicadoras (pares) del Proyecto Princesinha, con trabajadores del sexo comercial y sus clientes. Para el estudio de la prevalencia de ITS en esta subpoblación fue seleccionada una muestra aleatoria representativa.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El municipio Manacapuru pertenece al estado de Amazonas que está situada en la región norte del Brasil tiene una extensión territorial de 7290 km² y poseía, a mediados del año 1998, una población total de 69745 habitantes, con una distribución por género aproximada de 52% masculina y 48% femenina.

Un 63,4 % de la población (45 018) habita en áreas urbanas y un 36,4% (26 909) en zonas rurales. Las principales fuentes de empleo son la agricultura y la pesca fluvial, pero en los últimos años el turismo ecológico comienza a tener importancia en la economía local

La población sexualmente activa (10 –49 años) se estimó para mediados de 1998 en 27350 personas, siendo esta la población “blanco” para el programa de prevención y control de ITS/VIH/SIDA.

El programa municipal tiene identificadas un aproximado de 500 profesionales del sexo comercial, las que están distribuidas en 30 puntos de encuentros. Para el cálculo de la prevalencia de ITS en esta subpoblación se estimó (nivel confianza 95%, prevalencia mínima para una ITS de 5% y error aceptable 2%) un tamaño de muestra de 144 mujeres, seleccionadas aleatoriamente tomando los puntos de encuentro como conglomerados.

RESULTADOS

Calidad de la atención de casos de ITS, Programas, proyectos y recursos disponibles.

Los casos son atendidos por profesionales médicos y de enfermería (predominando los últimos) y los centros de salud están geográficamente distribuidos de manera que la población urbana tenga una buena accesibilidad a los servicios.

En todos los Centros de Salud se atienden casos de ITS y uno de ellos funciona como referencia.

Todos cuentan, al menos, con una persona adiestrada en el manejo sindrómico de casos de ITS, que es la política de manejo de casos establecida en el municipio (también nacionalmente), poseen locales con adecuada privacidad, mesa y lámpara ginecológica, guantes estériles, espéculos y condones para entrega a pacientes con ITS y se realizan demostraciones acerca del uso correcto de los mismos.

Cuatro de un total de 6 centros de salud fueron visitados y se comprobó la disponibilidad de medicamentos normados para el tratamiento de las ITS.

Fueron revisadas 52 fichas de casos de ITS, notificados en las últimas semanas y todas estaban correctamente llenadas, los tratamientos indicados para cada diagnóstico eran conformes a las normas establecidas por el Ministerio de Salud. Se estima que el sector público atiende más del 90% de los casos de ITS del municipio.

Ocho enfermos fueron entrevistados y se pudo comprobar que todos recibieron tratamiento adecuado y gratuito, además de educación sobre su enfermedad e instrucciones y demostraciones para el uso correcto de condones y referencia de sus parejas. El 100% refirió sentirse

satisfecho de la atención recibida y del clima de confidencialidad con que fueron atendidos.

En todos los Centros de Salud se cumplieron los programas de charlas educativas sobre diferentes aspectos de las ITS y pudimos observar la existencia de materiales de promoción (carteles y afiches) en lugares visibles.

La seroprevalencia al VDRL reactivo en banco de sangre ha oscilado, en los últimos 10 años entre 4% y 2,1%. En el año 2000 fue de 2,8% y la tendencia para el período es ligeramente decreciente. Desde 1991, en que se inició el estudio para VIH no han detectado casos positivos.

En el laboratorio central se realizan pruebas en fresco para diagnóstico de tricomonas, candida, Gram, test de aminas y VDRL, los resultados, por lo general, están disponibles, en 24 horas. También se toman muestras para VIH que son enviadas a Manaus. En este laboratorio la seroprevalencia de VDRL reactivo, en población con queja de ITS, en los dos últimos meses, fue de 5% y en el centro de Testaje anónimo (CTA), inaugurado en 1998, se han realizado en los tres años, 2454 pruebas para detección de anticuerpos contra el VIH y solo 7 (0,28%) han resultado positivas.

Durante el período evaluado la venta de condones ha experimentado un incremento notable, siendo el promedio mensual actual unas 11 veces mayor que el existente en el año inicial del período de evaluación. Adicionalmente a la que se realiza en farmacias y otros centros comerciales particulares, el expendio de condones, a precio de costo, es realizado por las cinco multiplicadoras (pares) que trabajan en el programa de manera directa en 30 puntos de encuentros y otros lugares estratégicos. Hay que agregar a ello un valor agregado de este producto, que se diferencia de los métodos tradicionales de venta ya que al comercializarse por esta vía se garantiza la calidad, se ofrece información sobre su uso correcto y se brindan mensajes educativos al mismo tiempo que se promueve la autosustentabilidad del proyecto.

Existe también un programa sistemático de información y promoción de las ITS en coordinación con las autoridades de educación, maestros y profesores del sistema de educación, dirigido a los estudiantes, basado en charlas ofrecidas directamente en las escuelas primarias y secundarias, las que son efectuadas por los profesionales y agentes de salud y que se cumple anualmente de manera satisfactoria con un mínimo de dos encuentros por año por escuela.

Una encuesta sobre comportamiento (CAP) realizada en jóvenes llamados al Servicio Militar, a principios del período de estudio, puso en evidencia el comienzo temprano (13 años) de las relaciones sexuales desprotegidas.

El "Proyecto Princesinha" con financiamiento inicialmente externo (Fundación MacArthur) y en la actualidad por el Ministerio de Salud de Brasil, es un programa integral de promoción, educación y atención especializada dirigido a las profesionales del sexo, que en número aproximado de 500 mujeres, distribuidas en 30 puntos de

encuentros, se desarrolla utilizando modernas técnicas de educación de "pares", se inició en 1998 y los éxitos rápidamente alcanzados han hecho posible su extensión a otros grupos vulnerables como los HSH. Se pudo comprobar, sobre el terreno, que existe satisfacción por el uso de este servicio.

Programa de Eliminación de la sífilis congénita

El Programa de Atención Materno – Infantil, que juega un rol fundamental en la prevención de la sífilis congénita y de las gestante, y más recientemente de la transmisión Perinatal del VIH muestra también sus principales indicadores de manera satisfactoria. El 90% de las gestantes reciben atención prenatal y el 89% de los partos ocurren en la maternidad, lo que permite garantizar el seguimiento serológico con VDRL y de VIH de la inmensa mayoría de ellas y por tanto tomar la conducta adecuada con las reactivas.

Durante la visita a la maternidad se revisaron los 10 ingresos presentes y el 100% de ellas tenían al menos un VDRL realizado. Una sola de las mujeres no había recibido atención prenatal. Fue supervisada en el terreno la conducta seguida con una gestante VDRL positiva y se cumplieron todos los aspectos de control epidemiológico previstos en el programa.

No se ha detectado desde 1997 (en que se inició la vigilancia) ningún caso de sífilis congénita, por lo que técnicamente se puede considerar eliminada.

Vigilancia Epidemiológica

Para la vigilancia de las ITS/HIV/Aids funciona un modelo de notificación que recoge datos generales de los casos notificados, el diagnóstico sindrómico y, los resultados de laboratorio que están a su alcance. En cada caso se intenta además realizar un diagnóstico de laboratorio con el objetivo de monitorear la etiología de los síndromes y periódicamente realizar la vigilancia de la resistencia y susceptibilidad del gonococo a los antibióticos en uso.

Las fichas de notificación de casos de ITS se envían, con periodicidad mensual, desde todas las unidades y son introducidas en un soporte computarizado diseñado para estas enfermedades (SIVADST). Los datos generados por este sistema se exportan al programa EPIINFO mediante el cual se realiza la tabulación que permite los análisis ulteriores.

Situación de las ITS

Antecedentes

Hasta mediados de 1997 había un total desconocimiento de la situación epidemiológica de las ITS en el municipio. La única información disponible en el registro de casos de enfermedades transmisibles correspondiente a los años 91-96 muestra un acumulado total de 71 casos de este grupo de enfermedades que incluían, en los seis años, solamente 16 casos de gonorrea y 23 de sífilis. Aunque no estaba recogida la información sobre la sífilis congénita, esta era considerada un fenómeno común.

Tabla 1 - Algunos indicadores de calidad de atención de casos de ITS Manacapuru. 1998 – 2000

| INDICADOR | % |
|---|-----|
| % de pacientes que se tratan de acuerdo a las normas nacionales (ip6) | 98 |
| % de pacientes que reciben servicios preventivos apropiados (ip7) | 100 |
| % de profesionales de atención capacitados en manejo sindrómico de casos de ITS | 80 |
| % de pacientes entrevistados satisfechos de la atención | 100 |
| % de unidades visitadas con disponibilidad de medicamentos normados | 100 |
| consultorios con requerimientos materiales y privacidad adecuada | 100 |
| % de mujeres que reciben atención prenatal | 90 |
| % de gravidas que realizan al menos un vdrL | 100 |
| % de partos en hospital | 89 |

1998 – 2000:

Se han notificado en los tres años un total de 2267 casos de ITS, de los cuales 1725 (76,1%) son del sexo femenino y 542 (23,9%) del masculino para una proporción femenino / masculino de 3,2: 1

De las 2267 personas notificadas, una depuración de los diagnósticos realizados, permitió identificar un total de 1179 verdaderos casos de ITS (ulcera genital, corrimiento uretral en hombres, corrimiento cervical, dolor pélvico, otras formas de sífilis, tricomoniasis vaginal, condiloma acuminado, herpes genital y serología Anti VIH positiva), para un 52% del total

Según sexo, entre los hombres el 91,5% eran verdaderas ITS, pero en las mujeres, como resultado de la exclusión de los corrimientos vaginales ocasionados por entidades que no son ITS, (Vaginosis bacteriana y candidiasis) quedaron sólo 683 verdaderos casos, lo que representa el 40% del total de las notificadas (tablas 2 y 3).

Cuando se seleccionan los casos de verdaderas ITS la proporción de casos de mujer / hombre en los tres años es de 1.4:1, pero a partir de 1999 la proporción es prácticamente igual de 0,9 mujeres por cada hombre.

En el total de casos la mediana de la edad de los hombres fue de 22 años por 25 las mujeres y en los casos de ITS el valor de los hombres se mantiene constante pero el de las mujeres desciende a 24. En ambos grupos los promedios de edades difieren de manera estadísticamente significativa ($p < 0,01$), por lo que se puede afirmar que los hombres adquieren las ITS un poco más temprano en su vida que las mujeres (Kruskal Wallis test para dos grupos).

Análisis según Principales Síndromes de ITS

La frecuencia del síndrome de ulcera genital sin vesículas (UGSV) en el año 2000 es un 50% menor que la frecuencia promedio de los tres años analizados y un 33% menor que lo notificado a principio del período.

El decrecimiento de la frecuencia de notificación del síndrome de la U.G.S.V. en el municipio se observa en ambos sexos pero es más manifiesto en el femenino donde, con relación a 1998, disminuye en más de un 60% al final del período, mientras que en el masculino la caída es del orden del 27%. La tasa de incidencia, en los hombres, es doble que en las mujeres $50,2 \times 10^5$ vs. $25,8 \times 10^5$

Adicionalmente se diagnosticaron 53 casos de otras formas de sífilis (latencia) con cifras muy similares según sexo (26 vs. 27) y con tendencia también decreciente en el último año de la serie

El otro componente importante de este síndrome, Chancroide parece tener una, muy baja incidencia en el municipio, al igual que en los territorios vecinos (Manaus). Solamente se diagnostican en los tres años 26 casos, 14 en el sexo masculino por 12 en el femenino y la tendencia anual también es al descenso.

La frecuencia de casos de corrimiento uretral en hombres se mantiene estable dentro del total de casos del sexo masculino que consultan por diferentes ITS..

La tasa de incidencia por cien mil habitantes desciende un 16% entre el primer y último año de la serie ($346,5$ vs. $290,9 \times 10^5$).

La corroboración del diagnóstico (test de Gram) se realiza cada año en más de la mitad de los casos notificados y la concordancia de laboratorio es cercana al 100%. En los tres años solamente se pudieron realizar en hombres con síndrome de corrimiento uretral 46 cultivos para gonococo, de los cuales 35 (76,0%) fueron positivos y la validación para un resultado positivo al test de Gram y positivo por cultivo fue de 91,6% (33/ 36). No fue posible evaluar la situación de la infección genital por clamidias debido a la falta de recursos de laboratorio.

En las notificaciones de los años estudiados se observa una disminución de la frecuencia de los corrimientos cervicales de alrededor de un 10% cuando se tienen en cuenta todas los casos notificados. Si se excluyen aquellas con infecciones que no son ITS (V. bacteriana y candidiasis) la reducción en el año 2000 con relación a 1998 es del orden del 23%.

En comparación con los hombres con corrimiento uretral, las mujeres con corrimiento cervical presentan una mediana y promedio de edad mayor en el momento de la infección 25 vs. 22 y 27 vs. 24 años respectivamente.

Al igual que ocurre en el sexo masculino, en las mujeres se observa una disminución en la tasa de incidencia por corrimiento cervical al comparar el año 2000 con 1998, pero en estas últimas la disminución es casi de un 50%, tres veces mayor que en los varones

El cultivo en medio de Thayer Martin se realizó a 23 mujeres con corrimiento cervical (12% del total) de las cuales 15 (65,2%) fueron positivas. Se realizó también a 87 mujeres con corrimiento vaginal, en

Tabla 2 - Casos notificados según años y sexo. manacapuru 1998-2000

| SEXO | 1998 | | 1999 | | 2000 | | TOTAL |
|-----------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|
| | # | % | # | % | # | % | |
| MASCULINO | 195 | 19,0 | 172 | 33,9 | 175 | 23,8 | 542 |
| FEMENINO | 830 | 81,0 | 335 | 66,1 | 560 | 76,2 | 1725 |
| TOTAL | 1025 | 100,0 | 507 | 100,0 | 735 | 100,0 | 2267 |

Tabla 3 - Diagnosticos de ITS* según años y sexo Manacapuru 1998-2000

| SEXO | 1998 | | 1999 | | 2000 | | TOTAL |
|-----------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|
| | # | % | # | % | # | % | |
| MASCULINO | 185 | 32,3 | 157 | 51,5 | 154 | 51,0 | 496 |
| FEMENINO | 387 | 67,7 | 148 | 48,5 | 148 | 49,0 | 683 |
| TOTAL | 572 | 100,0 | 305 | 100,0 | 302 | 100,0 | 1179 |

* Excluye Vaginosis bacteriana y Candidiasis

las que no se podía precisar el origen de la secreción y de ellas 9 (10,3%) resultaron también positivas, lo que demuestra las dificultades para la precisión clínica de este diagnóstico (sensibilidad).

Los estudios de monitoreo de cepas de gonococo resistentes a los antibióticos muestran porcentajes elevados de resistencia a Penicilina y Tetraciclina, medicamentos que fueron tradicionalmente utilizados hasta 1997, pero que ya no son utilizados en el Municipio desde el inicio del programa.

Es muy marcada la reducción en la frecuencia de casos de Dolor abdominal bajo notificados en 1999 y 2000 con relación al 1998. La frecuencia proporcional de este síndrome entre los casos de ITS cae en más de dos terceras partes y de igual manera la tasa de incidencia se reduce en cerca de un 80% en el último año con relación al primero.

El diagnóstico del síndrome de corrimiento vaginal estuvo presente en el 82,8% (1428/1725) de las mujeres notificadas y en el 63% (1428/2267) del total de casos de ambos sexos diagnosticados como ITS en el municipio en los tres años de este estudio, y es con mucho el más frecuente de los síndromes de ITS y representa la mayor demanda de trabajo para los programas que utilizan el enfoque sindrómico para el manejo de casos de ITS y por tanto consume una parte considerable del presupuesto de los mismos.

Excluyendo los corrimientos ocasionados por cervicitis ya comentados, del resto de las entidades que conforman el síndrome de corrimiento vaginal sólo la tricomoniasis es una verdadera ITS y requiere por tanto un enfoque distintivo.

La distribución de los corrimientos vaginales, según grupo de edades, tiene como característica diferencial de los otros síndromes analizados que no presentan una focalización entre los adolescentes y adultos jóvenes sino que, determinado por el componente que no se transmite sexualmente, es altamente incidente en todos los grupos de edades, la tricomoniasis, por el contrario, se concentra en la población femenina sexualmente activa (10 – 49 años) con más del 95% de los diagnósticos en estas edades.

La tasa de incidencia de tricomoniasis por 10⁵ habitantes disminuye considerablemente al final del periodo, pasando de 492,4 por 10⁵ habitantes en 1998 a 158,9 por 10⁵ habitantes en el 2000.

Los componentes etiológicos de las mujeres notificadas con corrimiento vaginal muestra que la Vaginosis bacteriana (58%) es el más frecuente, seguida por la candidiasis (39,1%) y con mucho menor frecuencia la tricomoniasis (19,3%). A su vez se encuentran 382 asociaciones que representa un 26,7%, lo que justifica el tratamiento sindrómico, cuando no se dispone de exámenes de laboratorio.

ITS bacterianas menos frecuentes y virales.

Durante los tres años no se diagnosticó ningún caso de Donovanosis y Linfogranuloma venéreo, por lo que la frecuencia de estas entidades parece realmente ser muy baja en la localidad o hay dificultades para su identificación.

El número de casos de Condiloma acuminado y Herpes genital notificados por año representa una proporción muy reducida en comparación con las ITS bacterianas, sobre todo el Herpes genital en el sexo femenino que apenas representa el 1,4% del total de casos de ITS (excluyendo candidiasis y vaginosis bacteriana).

Las tasas de incidencia anual, al igual que para las ITS de origen bacteriano, también muestran disminución en el Herpes genital y en el Condiloma y se mantienen bajas y estables.

El ofrecimiento de la prueba para la detección de anticuerpos contra VIH (con aconsejamiento pre y post test) se inició en el último trimestre de 1998. A partir de esa fecha en los años siguientes se ha incrementado hasta alcanzar más del 50% del total de las personas con diagnóstico de ITS y la seropositividad (0,7%) si bien relativamente baja para este subgrupo de población, es a su vez más del doble de la observada en donantes de sangre (0,28%).

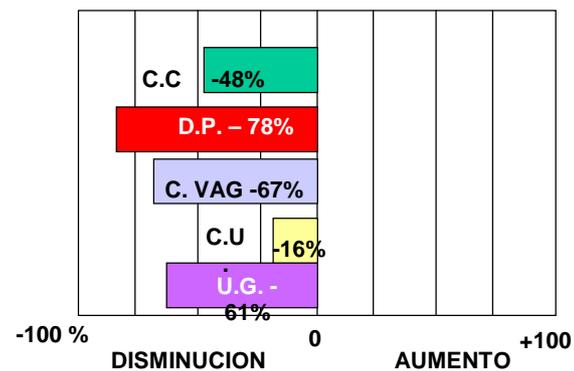
La tabla 4 y lo gráfico 1 muestran los porcentajes de diagnósticos según sexo y las reducciones del riesgo de adquirir un síndrome de ITS al final del período evaluado.

Tabla 4 - Diagnostico de its segun tipo y sexo. Manacapuru. acumulado 1998-2000

| DIAGNOSTICOS | S E X O | |
|-----------------------------|-----------|----------|
| | MASCULINO | FEMENINO |
| CORRIMENTO URETRAL | 60,4 | - |
| ULCERA GENITAL | 13,9 | 8,1 |
| OTRAS FORMAS SÍFILIS | 4,7 | 3,3 |
| CONDILOMA ACUMINADO | 13,4 | 10,2 |
| HERPES GENITAL | 7,2 | 1,4 |
| HIV | 0,4 | 0,2 |
| C. VAGINAL TRICOMONAS | - | 34,0 |
| TRICOMONIASIS NO CORRIMENTO | - | 1,6 |
| CORRIMENTO CERVICAL | - | 23,8 |
| DOR PÉLVICA | - | 17,3 |

Gráfico 1 - Porcentaje de decrecimiento del riesgo de infección ppara cada síndrome. De its. Manacapuuru

| SINDROME | 1998 | 2000 |
|------------------|-------|-------|
| C. CERVICAL | 307,4 | 158,9 |
| DOR PÉLVICA | 310,3 | 66,9 |
| C. VAG. TRICOM * | 492,4 | 158,9 |
| C. URETRAL | 346,5 | 290,9 |
| ULC. GENITAL | 99,6 | 38,0 |



ITS en profesionales del sexo comercial

De las 144 mujeres que debían ser seleccionadas de acuerdo al diseño muestral, un total de 147 participaron en el estudio de prevalencia de ITS en profesionales del sexo. Esta investigación, realizada en un corto período de tiempo en el año 2000 fue conducida por profesionales con experiencia en el manejo de ITS procedentes de la FUAM. Se les aplicó un cuestionario y se realizaron exámenes clínicos y de laboratorio y en esta ocasión se logró disponer, adicionalmente, de recursos para el estudio de clamidias por la técnica de inmunofluorescencia. Algunos de los resultados encontrados fueron los siguientes:

La edad promedio de las mujeres de la muestra fue de 25,8 +/- 9,1 años con una mediana de 24 años y valores extremos entre 12 y 54 años.

El síndrome corrimiento vaginal estuvo presente en el 98% de las mujeres de la muestra, seguido por la inflamación pélvica (28,6%). Las de ITS más frecuentes fueron la tricomoniasis vaginal (23,1%) y la cervicitis gonocócica (16,3%).

Setenta y ocho mujeres (53%) se realizaron la prueba de VDRL y la seroprevalencia, de reactivas, encontrada fue de 3,8%.

Ninguna de las 73 investigadas para anticuerpos contra el VIH (51% del total) resultó positiva.

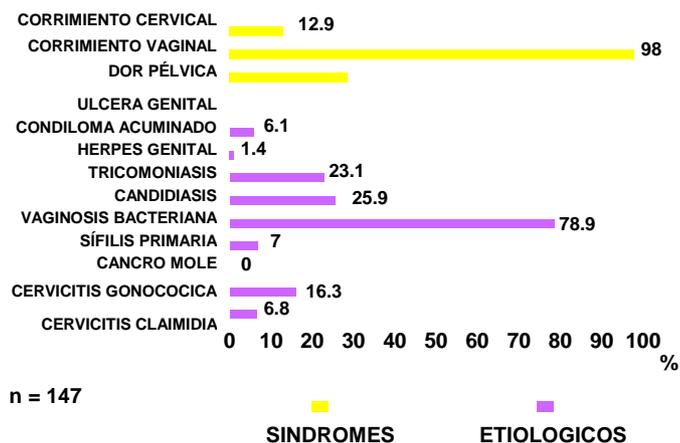
Del total de 147 mujeres, a 80 (55,0%) se les realizó un diagnóstico etiológico de ITS (bacteriana, parasitaria o viral). Las ITS curables (bacterianas más tricomoniasis) representan, al igual que en la población general de mujeres del municipio, las causas más frecuentes de ITS (47,0x%), mientras que las virales (Condiloma, Herpes genital y VIH), apenas estaban presentes en el 7,5% (Gráfico 2)

El 80% de las mujeres de la muestra refirieron durante el interrogatorio y examen ginecológico alguna queja relacionada con posibles infecciones por ITS por solo treinta (20%) que eran totalmente asintomáticas.

La prevalencia de ITS en mujeres asintomáticas fue de 33,3% (10/30) por 47% (55/117) en las sintomáticas, diferencias no significativas ($p=0,17$; χ^2 para diferencia de proporciones independientes). Las diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas ($p=0,73$; $p=0,6$ y no calculable), respectivamente para infección gonocócica, (17,1% sintomáticas vs. 13,3 asintomáticas, infección por clamidias (7,7% vs. 3,3 %) y VDRL reactivo (3,3% vs. 5,9 %).

El gráfico 2 muestra la prevalencia de diagnósticos sindrómicos y etiológicos hallados en la muestra estudiada.

Gráfico 2 - Prevalencia de diagnósticos sindrómicos y etiológicos, en una muestra aleatoria de profesionales del sexo. Manacapuru 2000



DISCUSIÓN

Es reconocido internacionalmente que el control de las ITS depende de la relación sinérgica entre los numerosos elementos que requiere un abordaje efectivo que combine intervenciones diferentes, tanto de comportamiento como biomédicas^{14,15,16,17}.

Entre las más conocidas se pueden relacionar la promoción de cambios de comportamiento, la búsqueda de los servicios de salud, que es resultado de una actitud personal hacia la enfermedad, así como de la accesibilidad y calidad de los servicios de atención, el empleo del abordaje sindrómico y la disponibilidad de tratamientos eficaces y gratuitos administrados durante la primera visita del paciente, la promoción y enseñanza mediante demostraciones del uso correcto del condón, la atención a subgrupos de población que tienen mayor afectación, la capacitación de los proveedores de salud, el establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica sensibles y la realización de investigaciones epidemiológicas, conductuales y operativas que permitan detectar puntos débiles y redirigir las intervenciones sobre bases objetivas. Todas ellas, de alguna manera, están presentes en el programa objeto de evaluación.

Es muy posible que en Manacapuru se haya logrado un acercamiento a un abordaje de tipo integral que permitió, en un inicio, conocer la magnitud del problema existente, incrementando la notificación de casos a niveles muy superiores a los históricamente conocidos, previos a la implantación del programa y posteriormente ir disminuyendo los niveles de incidencia y prevalencia de los principales ITS.

A nuestro juicio de los tres mecanismos de prevención de la propagación de las ITS propuestos por Anderson¹⁸ la reducción de la transmisión mediante el uso de barreras (condones) y la reducción de la duración del período de transmisibilidad debido a un diagnóstico más precoz y tratamiento oportuno y eficaz de los casos de ITS y sus contactos, son los que mejor explican el cambio en la tendencia de este grupo de enfermedades.

También consideramos que el impacto de la propagación de las ITS en la población general se ha visto beneficiado por las intervenciones realizadas en las redes sexuales de mayor densidad en el municipio, representadas por las trabajadoras del sexo comercial y sus clientes.

No existen elementos objetivos (puede que aún sea muy pronto) para afirmar que se haya producido una reducción en las tasas de exposición mediante la disminución de las tasas de cambio de parejas, lo cual deberá ser investigado en el futuro.

Un aspecto que aún permanece oscuro en este escenario, es la relativa baja prevalencia de infecciones virales (condiloma y herpes genital) tanto en población general como en profesionales del sexo comercial, las que teóricamente debieran ser mayores. Si tenemos en cuenta su largo período de evolución debería esperarse la existencia de infecciones antiguas, no beneficiadas por la implantación del nuevo programa, sin embargo tal vez el interior de Amazonas tenga un patrón diferente lo que deberá ser esclarecido, también, mediante una investigación específica.

Los datos disponibles muestran que en ningún subgrupo de población la prevalencia de VIH alcanza siquiera el 1% y permiten concluir que la epidemia de VIH/SIDA es de muy bajo nivel y que la mayor parte de los pocos casos detectados (5/7) son importados de la capital del Estado. Aunque es de esperar que el control de las ITS curables, principalmente las bacterianas que son las más prevalentes haya jugado un papel protector en este sentido, se carece de un control adecuado para sostener sobre bases objetivas esta afirmación.

Finalmente deseamos resaltar que lo más importante de esta experiencia es la demostración de que es posible obtener resultados alentadores en el control de las ITS, aún en cortos períodos de tiempo,

cuando existe la decisión y el apoyo político y se desarrolla un programa eficiente. No obstante, debemos tener presente que continuar reduciendo estos indicadores, o aún mantenerlos a lo largo del tiempo requerirá del empleo de esfuerzos cada vez mayores.

CONCLUSIONES

La eliminación de la sífilis congénita por más de tres años unida a la evolución de la tendencia decreciente, en todos los síndromes de ITS y entidades que los componen, así como los mantenidos bajos niveles de seroprevalencia de VDRL y VIH positivos en población general y subpoblaciones vulnerables y las bajas prevalencia relativas de infección por gonococo y clamidias en profesionales del sexo son indicadores que traducen los éxitos iniciales de un programa integral de control de las ITS que emplea componentes de promoción, dirigidos tanto a la población general como a grupos vulnerables, que es accesible a toda la población alba, que cuenta con los recursos materiales necesarios, con profesionales de atención capacitados y comprometidos, con un efectivo sistema de vigilancia, asesoría competente y sobre todo con la decisión política de las autoridades municipales.

La aplicación de un sistema de vigilancia epidemiológico de las ITS con cobertura universal basado en la notificación de síndromes y empleando una combinación pasiva y activa para la obtención de información (que adicionalmente incluye la mayoría de los componentes etiológicos) permite concluir que la epidemia de ITS en Manacapuru es fundamentalmente a expensas de las ITS curables así como que el componente de VIH/SIDA es aún muy incipiente.

No obstante lo anterior y dado el nivel de control alcanzado sería de gran utilidad para tener una explicación más exacta de la situación epidemiológica y evaluación del impacto de las intervenciones complementar la información disponible, mediante el diseño de estudios especiales acerca del comportamiento de las ITS virales (Condiloma acuminado y Herpes genital), ejecutar un segundo estudio de prevalencia de ITS en profesionales del sexo y realizar una evaluación de los principales indicadores de comportamiento que facilitan la transmisión de las ITS.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates.** Geneva, WHO, 2001.
2. WHO. **Guidelines for the management of sexually transmitted infections.** Geneva: WHO, 2001.
3. BRASIL. MINISTERIO DE SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis.** 3.ed. Brasília: M.S., 1999.
4. DALLABETA, G.; LAGA, M.; Lamptey, P. Org. **Controle de doenças sexualmente transmissíveis: manual de planejamento e coordenação de programas.** Belo Horizonte: Te Corá, 1997.
5. GERBASE, A.; ROWLY, J.T.; Mertens, T.E. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 351, p. SIII2 – SIII4, 1998.
6. COHEN M.S. Sexually transmitted diseases enhance HIV Transmission: no longer a hypothesis. **Sex. Transm. Dis.**, v. 351, p. SIII5 – SIII7, 1998.
7. OVER, M.; Piot, P. Human immunodeficiency virus infection and others sexually transmitted diseases in developing countries: public health importance and priorities for resource allocation. **Journal of Infectious Diseases**, v.174, Supl. 23, p. S162-175, 1996.
8. OPS/OMS. **Manuales de atención de ETS.** OPS/HCA/001/99. Versión Español.
9. Cothc, M.F.; Pastorek, J.G.; Nugent, R.P., et al. Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and pre-term delivery. **Sex. Transm. Dis.**, v. 24, p. 353-60, 1997.
10. CDC. Guidelines for treatment of Sexually Transmitted Diseases. **MMWR**, v. 51, n.6, 2002.
11. BASTOS, L.N.; Passos, M.R.L.; Tiburcio, A.S. et al. Gestantes atendidas no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. **DST-J Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 5-12, 2002.
12. OVER, M.; Piot, P. HIV infection and sexually transmitted diseases In: Jamison, D.T., Mosley, W.H., Measham, A.R., Babadilla, J.L., (Ed.) New York: Oxford, 1993, p. 445 – 529.
13. WASSERHEIT, J.N., Epidemiologic synergy: interrelationships between HIV and other STDs. **Sex Transm Dis**, v. 19, p. 61-75, 1992.
14. WHO/Global Programme on AIDS. Field Test. **National AIDS programs management: a training course.** Provision of STD care. Geneva: WHO/GPA, 1993.
15. Hira, S.K. **Guidelines for the prevention of adverse outcomes of pregnancy due to syphilis.** Geneva, 1991
16. CDC. Update: barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. **MMWR**, v.42, n.30 p. 589-591, 597, 1993.
17. WHO. Management of patients with sexually transmitted diseases. **Technical report**, v. 810. Geneva, 1991.
18. ANDERSON, R.M.; Ng, T.W.; Baily, M.C. et al. The influence of different sexual contact patterns between age classes on the predicted demographic impact of AIDS in developing countries. **Ann. NY. Acad. Sci.**, v. 569, p. 240 – 274, 1984.

Endereço para correspondência:

ENRIQUE GALBÁN GARCIA

E-mail: galban@infomed.sld.cu

A PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

THE FIRST INTERCOURSE

Paulo RB Canella¹, Maria Luíza M Araujo², Rui Santos³,
Angela L Mendes⁴, Maria Lúcia F Beraldo⁴

RESUMO

Os autores realizaram pesquisa no Ambulatório de Adolescentes da Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da UFRJ (Hospital Moncorvo Filho), em parceria com ao Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho (UGF), a fim de verificar, como as jovens adolescentes se percebem em sua primeira relação sexual, e as que ainda não a tiveram, como encaram este ato futuro. Paralelamente investigaram a programação e o cumprimento do programado, e as conseqüências desta experiência inicial no exercício da sexualidade futura e seus riscos. (DST e Gestação). A amostra foi de 105 adolescentes femininas, das quais 54,3% relataram já ter tido sua primeira relação sexual e 43,7% ainda não, sendo, portanto virgens. Utilizou-se como metodologia de pesquisa a aplicação de um questionário com questões objetivas e discursivas, abertas e fechadas. A análise foi quantitativa dos dados objetivos e qualitativa das perguntas abertas. A Verificação foi feita pelo "software" SPSS utilizando-se estatística não paramétrica. Os resultados mostram que, das 57 adolescentes que já haviam se relacionado sexualmente, 83% perceberam esta experiência como "boa" ou "ótima" e, destas, 54,4% a tiveram com o namorado atual, 38,6% com um ex-namorado e 7,0% com outra pessoa. Das jovens que ainda não tinham se relacionado sexualmente, 91,1% desejavam ter esta experiência com o namorado e 53,2% fantasiavam que a experiência seria "boa" e 44,7% não sabiam como seria. A idade média das que haviam tido relações foi 14 anos e 9 meses com rapazes tendo em média 19 anos. A expectativa das ainda virgens era a de iniciar a vida sexual aos 18 anos com rapazes de 22 anos (em média).

Palavras chave: primeira relação, adolescência, sexualidade, gestação, DST

ABSTRACT

A research has been made at Ambulatorio de Adolescentes da Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da UFRJ (Hospital Moncorvo Filho), with the partnership of Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho (UGF), in order to verify how teenagers deal with the experience of their sexual initiation, both with young women who had already had the first intercourse and those who planning to have it in the future. When there has been planning, what was it like and if it has happened according to what was planned was also verified, as well as, the consequences of it in their future sexuality and related risks (STD and pregnancy). A hundred and five patients compound the studied group, with 43,7% of them being still virgins. A group of direct and open questions was used as **methodology**: A quantitative analysis was made for the direct data obtained and a qualitative analysis, for the open questions. All data was verified by non-parametric statistics turned available from SPSS software. **Results** have shown that 83% of patients referred as "good" or "excellent" the first intercourse, and from these, 54,4% were still dating the same partner, 38,6% have a new sexual partner, and 7,0% had it with a person other than their boyfriends. Ninety one per cent of the virgins want to have the first intercourse with their boyfriends and only 53,2% have the expectation that it would be "good". The mean age at the first intercourse was 14 years old and 9 months. For the female, while their boyfriend were 19 years-old, in average. The expectation of the virgins was to initiate their sexual life at 18 years-old with boys with 22 years-old, in average.

Keywords: first intercourse, adolescence, sexuality, pregnancy, STD

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(2):29-32, 2002

INTRODUÇÃO

A primeira relação é evento de grande importância no comportamento sexual dos jovens. Embora marcante para todas as pessoas, tem significação diversa para cada sexo, sendo aceita como mais significativa para a mulher em função da nossa cultura. Acredita-se que, quando a iniciação sexual é satisfatória para a mulher, ela poderá vivenciar melhor a sua sexualidade, desenvolvendo emoções e comportamentos que permitam a livre expressão do sentir e agir sexual (Ahmed 1999).¹

Embora a primeira relação do homem seja capaz de produzir traumas influenciando também na sua futura sexualidade, é nosso objetivo neste trabalho verificar o impacto da iniciação sexual e as relações entre as expectativas e a realidade para as jovens. Assim sendo os autores

realizaram uma pesquisa na Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da UFRJ (Hospital Moncorvo Filho), em parceria com ao Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho (UGF), a fim de verificar, como as jovens adolescentes vivenciaram a sua primeira relação sexual, Paralelamente, buscamos saber, junto às que ainda não a tinham iniciado atividades sexuais que expectativas alimentavam em relação ao fato, o quanto ele é programado pelas moças e se é executado em acordo com o pretendido. Em especial buscamos valorizar o que dizia respeito a medidas preconizadas para o chamado "sexo seguro".

O contexto em que se realizou esta verificação resultou de uma evolução de 40 anos a partir da chamada "revolução sexual".

Davis² (1991) dizia há trinta anos, quando se iniciava a tão citada "revolução sexual" (...) "evitar a relação sexual exige auto disciplina e auto controle severos, extremamente difíceis a qualquer pessoa, de qualquer idade, e requer uma força quase sobre-humana de jovens ardentes". Certamente, nos dias atuais, além de disciplina e auto controle é necessário aos jovens discernir e entender as mensagens contraditórias que recebe. Em especial no que se refere à perda da repressão que resultava do preconceito quanto à perda da virgindade já não mais tão enfático quanto ao tempo anterior a liberação da atividade sexual. Em

¹ Doutor e Livre Docente em Ginecologia, professor do Mestrado em Sexologia da UGF e do Mestrado em Ginecologia da UFRJ

² Psicóloga, Mestre em Psicologia e Doutora em Filosofia, Professora do Mestrado em Sexologia da UGF

³ Psicólogo, Mestre em Sexologia -UGF

⁴ Mestranda em Sexologia -UGF

* Trabalho do Mestrado em Sexologia da UGF e da Divisão de reprodução Humana do Instituto de Ginecologia – UFRJ.

muitas circunstâncias a mudança deu inversamente lugar ao estímulo do relacionamento sexual.

A sociedade ainda exhibe inequívocos sinais da “conduta clássica”; diante da pergunta: “O jovem deve ou pode ter relações sexuais antes do casamento?” Muitos, como nossos pais ou avós, responderiam: “Os rapazes podem, mas as moças não”. Mas como só os rapazes se para eles se relacionarem precisam das parceiras e elas não podem? Essa conduta prevalece ainda, clara ou sub-repticiamente, na sociedade, influenciando na iniciação sexual masculina que ocorre o mais das vezes com prostitutas.

Esta permissão para os homens e a negação para a mulher é citada por Santos³ (1999) quando escreve: “*Até bem pouco tempo se a mulher não fosse submissa na relação com seu parceiro ou se tivesse qualquer iniciativa nas relações sexuais, seria olhada com certo preconceito. Até o século XVI a mulher era vista como um ser a quem não se permitia expressar sua sexualidade, nem tampouco dela desfrutar, não podendo demonstrar nenhum prazer. Ao homem pelo contrário, tudo era permitido. Adotava uma posição patriarcal, paternalista de dominação. O casamento era uma instituição onde o homem tinha seus poderes consagrados, cabendo à mulher a função procriadora; o casamento era monogâmico, mas o prazer não era objeto da relação sexual dos casais. Na procura do prazer, ele buscava relações ilícitas, sendo-lhe permitido ter envolvimento extra conjugais*”. Mas devemos assinalar que nas diversas civilizações sempre houve fases de maior ou menor aceitação da liberdade sexual, incluindo a feminina.

A tolerância e a permissividade para os jovens possibilitaram aos homens relacionarem-se inicialmente com prostitutas. Era comum, um pai iniciar o filho na relação sexual com sua prostituta preferida. Hoje, após a revolução sexual e o advento da aids, este procedimento do jovem não é mais tão freqüente mesmo nas grandes cidades onde está quase banido dos costumes. O jovem urbano passou então a se relacionar sexualmente em seu grupo de colegas, namoradas, primas, amigas, etc. A iniciação sexual nos dias atuais é quase sempre feita entre adolescentes do mesmo grupo, sendo mais raro iniciar-se pela prostituição. (Canella e Novak, 1997)⁴.

As mudanças no comportamento tornou a primeira relação sexual marcante para a mulher e, com freqüência, os aspectos positivos (amor, carinho, ternura, sonho realizado) ou negativos (violência, sedução, imposição, dominação, falsidade) serão significantes na evolução da vida sexual feminina. Conhecer os eventuais conflitos pessoais ligados à primeira relação sexual, suas razões e seqüelas poderá, pensamos nós, contribuir para a melhoria da sexualidade dos casais.

OBJETIVOS

Este trabalho pretende obter subsídios para uma atuação adequada no apoio às jovens que consultam a instituição.

Tentando entender as nuances do pensamento da adolescente julgamos poder contribuir para eventuais mudanças da conduta e consequentemente melhorar a vida sexual e reduzir o risco para aids, DST e gestações não planejadas.

Em uma segunda etapa pretendemos estudar as conseqüências que expectativas correspondidas ou frustrações possam vir a ter no comportamento sexual da mulher e seus parceiros.

MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa está inserida em projeto com o título “Verificação de Tendências Prognósticas (biopsicossociais) entre as clientes do Instituto de Ginecologia da UFRJ”, aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Instituição em 5/4/99. O projeto aplica-se ao curso de especialização *stricto sensu* - Ginecologia- em fase de reestruturação e ao Mestrado em Sexologia da UGF.

Importante alertar para o fato de que os dados aqui obtidos não podem ser generalizados, eles se referem ao universo específico das clientes adolescentes que procuram o nosso ambulatório. Lembrar tam-

bém que a policausalidade dos fenômenos comportamentais tornam as relações causais probabilísticas aqui exibidas apenas tendências. As convicções que temos como pessoas que compõem a sociedade, podem ser reforçadas ou debilitadas pelos números encontrados. Talvez sejam as convicções o que tenha primazia para o comportamento, é delas afinal que emana o que acreditamos ser científico.

Para saber como atuar iniciamos por verificar como as jovens adolescentes atendidas na Divisão de Reprodução Humana do IG-UFRJ vivenciam sua primeira relação sexual, e as que ainda não a tiveram, como encaram este ato futuro. Buscamos saber o quanto as jovens planejam a experiência e o quanto conseguem realizar o planejado.

Um questionário foi aplicado a jovens atendidas no Ambulatório de Adolescentes da Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da UFRJ. (Hospital Moncorvo Filho). A amostra foi de 105 adolescentes do sexo feminino, sendo o critério de inclusão no estudo terem a idade variando de 11 a 18 anos e virem espontaneamente a consulta médica na instituição. O questionário possuía duas partes: uma contendo, identificação, idade atual e da primeira menstruação e a pergunta se havia ou não tido a primeira relação sexual, a segunda parte buscando saber como foi esta relação e com quem havia ocorrido, ou, para as jovens que ainda não haviam tido a primeira relação sexual, quais suas expectativas para este fato.

A análise foi feita pelo “software” SPSS utilizando-se estatística não paramétrica.

RESULTADOS

Dentre as 105 jovens que responderam ao questionário a idade média da primeira menstruação foi de 12 anos e um mês, 54,3% já tinham tido relações sexuais sendo a idade média da primeira relação sexual de 14 anos e 9 meses. Nas 57 jovens que já tinham tido sua primeira experiência sexual observamos que 17% consideraram a experiência “ruim”, 30% “ótima” e 50% “boa”. O impulso determinante da relação foi de ambos os parceiros em 79% das vezes, dela em 9%, dele em 9% e foi forçada em aproximadamente 3% (4 meninas, sendo em 2 imposta pelo namorado, em outra por um primo e na outra por estranho). Todas as relações salvo as 4 que acabamos de assinalar, foram com o namorado ou um ex-namorado. O ato ocorreu na maioria das vezes na casa dele 20 vezes, e em ordem, 13 vezes em motéis, 11 na casa dela, 10 em “outro local” e 3 vezes no carro dele. O preservativo foi usado por 22 jovens e outro método de prevenir a gravidez por 4, 30 meninas não usaram qualquer proteção.

As tabelas abaixo nos mostram a relação entre as virgens e não virgens de acordo com a idade, a época em que ocorreu o primeiro coito e a época programada para ele, a idade dos parceiros na primeira relação e a idade considerada ideal para esses parceiros pelas que ainda não se relacionaram.

Tabela 1
Idade das adolescentes que responderam ao questionário

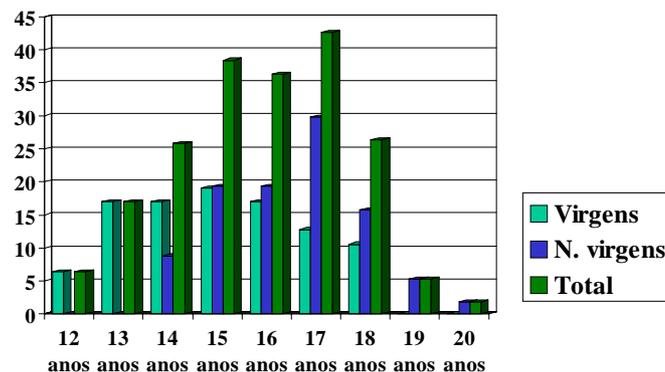


Tabela 2 - Distribuição percentual da amostra por idade real e idade sonhada da primeira relação sexual:

| Idade (anos) | Idade real | Idade sonhada |
|--------------|------------|---------------|
| 12 | 3,5 | 0,0 |
| 13 | 14,0 | 0,0 |
| 14 | 21,1 | 0,0 |
| 15 | 38,5 | 0,0 |
| 16 | 12,3 | 7,3 |
| 17 | 8,8 | 12,2 |
| 18 | 1,8 | 12,2 |
| 19 | 0,0 | 17,2 |
| 20 | 0,0 | 19,5 |
| 21 | 0,0 | 7,3 |
| 22 | 0,0 | 9,8 |
| 23 | 0,0 | 4,6 |
| 25 | 0,0 | 9,8 |
| Total | 100,0 | 100,0 |

Tabela 3 - Idade dos parceiros das que tiveram a primeira relação e idade sonhada para os futuros parceiros pelas ainda virgens

| Idade do Parceiro | Real % | Sonhada % |
|-------------------|--------|-----------|
| 13 anos | 2,0 | 0,0 |
| 14 anos | 6,0 | 0,0 |
| 15 anos | 2,0 | 0,0 |
| 16 anos | 10,0 | 0,0 |
| 17 anos | 20,0 | 0,0 |
| 18 anos | 18,0 | 5,0 |
| 19 anos | 14,0 | 7,5 |
| 20 anos | 6,0 | 10,0 |
| 21 anos | 4,0 | 17,5 |
| 22 anos | 6,0 | 10,0 |
| 23 anos | 4,0 | 12,5 |
| 24 anos | 0,0 | 15,0 |
| 25 anos | 0,0 | 15,0 |
| 26 anos | 6,0 | 0,0 |
| 27 anos | 0,0 | 2,5 |
| 30 anos | 0,0 | 5,0 |
| 35 anos | 2,0 | 0,0 |
| Total | 100,00 | 100,0 |

DISCUSSÃO

A idade média destas jovens na época de primeira relação, 14 anos e 9 meses, no entanto outras verificações feitas anteriormente neste mesmo universo, o das adolescentes que recorrem a nossa Instituição, mostraram, em pesquisas realizadas em 1997 e 1998, que 42,5% e 50%, respectivamente das adolescentes tinham atividade sexual (Canella e col. 1998)^{5,6}, menos do que nesta amostra, 54,3%. Quanto à idade média da primeira relação, encontramos, em 1998, 13 anos e 3 meses. Houve tendência a aumentar a atividade sexual porém mais tardiamente.

Fatores como a liberdade maior, o deslocamento mais fácil, a amplitude dos meios de comunicação, a liberalidade na educação etc. leva os jovens a se relacionarem mais facilmente, genitalizando e estabelecendo o coito com bastante precocidade. Vitiello⁷ (1997), estabeleceu a faixa de 15 a 17 anos para a sexarca e Singh⁸ (2000) estima para o

evento no Brasil, a idade média de 18 anos e 6 meses, o que nos parece pouco provável diante das estatísticas oficiais sobre o aumento do percentual dos partos entre adolescentes entre 10 e 19 anos em nosso país, de 22,34% em 1993 para 26,96% em 1999, entre jovens de 11 a 19 anos (Febrasgo, 2001)⁹.

Entre as adolescentes que já se relacionam sexualmente, 83%, perceberam a experiência como “boa” ou “ótima”, certamente os 17% de más experiências acena para a possível etiologia de futuras disfunções. Parece não ser sempre linear a evolução sexual dos indivíduos. Para Freud¹⁰ (1989) a sexualidade está presente desde o nascimento manifestando-se na mais tenra idade, a castração edipiana ocorre entre 6 e 9 anos e a sublimação das pulsões genitais desenvolve-se na fase de latência, dos 9 aos 13 anos. As vivências infantis são de grande importância, pois as brincadeiras, o toque, a relação afetiva com os genitores e os adultos que a cercam, farão com que ela se perceba e se manifeste como um ser sexuado (Dolto, 1999)¹¹. A sexualidade faz parte da natureza humana e deve ser moldada durante a vida. A instalação do humano no mundo se faz sexuadamente, preexistindo ao comportamento sexual de gênero, todo humano exibe uma “condição sexuada” complementar ao gênero (Marias, 1995)¹². Possivelmente muito dos inevitáveis transtornos nas relações familiares durante a infância estão na Raiz da qualidade da iniciação genital da sexualidade que tem momento fundamental na puberdade.

Outro resultado significativo prende-se a avaliação volitiva da experiência pelas jovens: elas e os parceiros quiseram o coito em 78% das vezes e em 8,8% o desejo dominante foi o feminino. O mais significativo foi que o desejo foi do parceiro em outros 8,8% e com surpresa encontramos a astronômica cifra de 3% (4 jovens) de relações forçadas. Estupro? Ou o parceiro impôs o ato sexual contra a vontade da jovem? O fato é que 4 em 105 mulheres iniciam sua vida sexual com violência em uma área do Rio de Janeiro, cidade na qual as jovens têm acesso às informações sobre os direitos femininos veiculados amplamente pela mesma mídia sexualizadora.

As 47 jovens que ainda não se haviam relacionado programaram sua primeira relação para em média 18 anos, contrastando com a realidade das jovens que já haviam tido primeira relação (Tabela 2). O mesmo ocorreu com o planejamento da idade média dos parceiros (Tabela 3). As ainda virgens planejavam ter parceiros com, em média, 22 anos. O que consideramos significativo é que a jovem tem capacidade de planejar adequadamente o início da sua vida sexual, ou seja, ela absorve o que lhe é ensinado como desejável e seguro, ela é capaz de relatar corretamente o que aprendeu, no entanto o planejado não é realizado. Seria como se o apelo à sexualidade fosse dominante, impondo-se instintivamente quando livre de efetiva repressão. Na verdade reprimir, como no passado, está fora dos padrões educacionais atuais. Inegavelmente em nossos dias cada vez mais se explora a sexualidade infantil, as bonecas (Barbie etc.) são mulheres sensuais em miniatura e participam de todas as atividades femininas, são modelos de sensualidade, criando um imaginário no qual a menina se vê como protagonista de um faz de conta que não é mais de Bela Adormecida e Príncipe Encantado e sim de sexualizadas Xuxas, Angélicas, Elianas, Sheilas, etc. e atraentes astros das novelas e dos esportes. A família é conivente ou impotente diante do apelo representado pela mídia. Possivelmente está aí a razão da diferença entre o sonhado e a realidade da primeira relação.

A maioria das que se relacionaram, o fizeram com o namorado que ainda mantém o namoro ou com um ex-namorado e apenas 7,0% com outra pessoa. Sob este aspecto as jovens valorizam e atendem os seus desejos, das que ainda não tinham se relacionado sexualmente, 91,1% desejavam ter esta experiência com o namorado. Já quanto ao prazer o ato em si é temido, 53,2% fantasiavam que a experiência seria “boa” e 44,7% não sabiam como seria, na amostragem 80% consideraram a experiência positiva.

Como observamos é o namorado o principal objeto da jovem quando pensa em iniciar a atividade sexual, mas costume prévio ao

namoro entre jovens é o “ficar”. O “ficar” faz parte do comportamento usual dos adolescentes atuais (Chaves, 1994)¹³. Este contato propicia a troca de carinhos que de certa forma vão crescendo num processo de intimidade. As primeiras descobertas a dois: No “ficar” e no “estar de rolo” é comum a vontade de experimentar o sexo (Lopes 1999)¹⁴. Entre as modalidades de relacionar-se, o “ficar” revelou tanto no Rio de Janeiro como no interior do Rio Grande do Sul, na cidade de Erechim que 17% e 14%, respectivamente, dos adolescentes que “ficam” têm atividade sexual (Canella e col, 1998)⁵. Quanto ao namoro o contato aumenta, surgem vínculos mais consistentes e, conseqüentemente o desejo e com freqüência, atividade sexual genitalizada. Observamos em nosso trabalho que o coito ocorreu em 47% entre os namorados no Rio de Janeiro e 54% entre os namorados de Erechim.

É importante assinalar que em tese a primeira experiência sexual é positiva e há uma tendência a cuidar-se, 46% das entrevistadas afirmam ter sido a primeira relação um ato programado e 40,3% disseram ter usado preservativo nesta primeira experiência sexual.

Como vemos estamos muito longe da segurança na prevenção das DST e no controle das gestações entre os jovens. Os resultados desta pesquisa deixam claro o impacto que tem o início da atividade sexual nestes dois parâmetros, prova disso e que o percentual de gestações cresceu de 22,345% em 1993 para 25,74% em 1999 entre jovens de 10 a 19 anos de idade (Canella, 2001)¹⁵ e mantém-se em elevação os casos de contaminação pelo HIV entre os adolescentes o que é facilitado pela freqüente associação com outras DST como sífilis, gonorréia e casos especiais de contágio pelo HPV (Passos 2001)¹⁶.

CONCLUSÃO

A maioria das adolescentes com vida sexual ativa teve a primeira relação sexual avaliada como positiva, no entanto a tendência é que ela ocorra antes do momento desejado pela jovem. O ato em si, no entanto, foi programado (premeditado e com proteção) por quase metade das jovens que já tinham se relacionado. As jovens tentam controlar a atividade sexual inicial (ser assertivas), mas não o conseguem.

As que tinham atividade sexual iniciaram-se com 14,9 anos (média) e se relacionaram com homens de 19 anos (média), as ainda virgens tinham 15 anos (média) programavam o ato sexual com rapazes de 22 anos (média).

Todas as jovens pretenderam relacionaram-se e iniciar sua atividade sexual com indivíduos mais velhos.

As jovens não mantiveram por longo tempo o relacionamento com o homem que escolheram para a primeira relação. O ato foi uma escolha mútua para a maioria em 8,8% a iniciativa foi do parceiro, em 8,8% foi da jovem e 7% não mantinham qualquer vínculo com o primeiro parceiro. Causou preocupação a violência informada por 3,5% da amostra, a relação forçada em quatro meninas.

Estas verificações explicam, certamente, o crescente número de adolescentes que engravidam e se contaminam por DST assim como o impacto que o fato tem na difusão incontrolável destes problemas.

HIPÓTESES

Metade das jovens investigadas parecem ter uma atitude de independência aos ensinamentos doutrinários da sociedade. Seria este o segmento que muda ou fortalece costumes ligados a sexualidade?

Observa-se um certo grau de imposição masculina no primeiro ato sexual da mulher até mesmo pela violência. Qual o significado disso no futuro sexual dos envolvidos?

E a virgindade? Qual o seu significado? Observamos que a maioria das jovens não a mantém até o casamento. Cumprir normas repressivas tornaria melhor a futura vida sexual? Ou pelo contrário não cumpri-las seria melhor para sexualidade? Uma boa vida sexual futura dependeria de obediência ou transgressão?

Ate que ponto funcionam as campanhas educativas na instalação do “sexo seguro”? Devem as autoridades investir mais em programas de anticoncepção e ações de cura que de prevenção das DST entre os adolescentes?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AHMED, S.F. *A influencia da aids sobre a atividade sexual dos adolescentes da ilha de Paquetá* – Dissertação de Mestrado em Sexologia – Universidade Gama Filho, 1999.
2. DAVIS, M. *Sexo e adolescência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.
3. SANTOS, R. P. *Qualidade das relações sexuais*. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado em Sexologia. Universidade Gama Filho, 1999.
4. CANELLA, P.R.B. e NOWAK, L.D. Aspectos médicos da sexualidade. in- ANDRADE SILVA, M.C e Col.(org.). *Sexologia: fundamentos para uma visão interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Central da U.G.F. 1997. (p. 90-171).
5. CANELLA, P.R.B., AHMED, S.F., SANTOS, R.P., SILVA, F.M.E. Ficar e namorar, uma verificação quantitativa e qualitativa. Tema livre apresentado no IX Congresso Latinoamericano de Sexologia e Educacion Sexual - Ciudad de Mexico, 28 a 31 de outubro de 1998.
6. CANELLA, P.R.B., SANTOS, R.P., SILVA, F.M.E.- Atividade Sexual, Anticoncepção, Gestação e Religião das Adolescentes do Instituto de Ginecologia da UFRJ- Tema livre apresentado no IX Congresso Latinoamericano de Sexologia e Educacion Sexual Ciudad de Mexico, 28 al 31 de octubre de 1998.
7. VITIELLO, N. *Sexualidade: quem educa o educador: um manual para jovens, pais e educadores*. São Paulo: Ed. Iglu, 1997.
8. SINGH, S. Diferencias según sexo en el momento de la primera relación sexual; dados de 14 países *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 2000. p. 14-22.
9. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. *Saúde das adolescentes - Manual de Orientação*, 2001.
10. FREUD, S. A Sexualidade Infantil in *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 1989. Vol II -
11. DOLTO, F. *As etapas decisivas da infância*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
12. MARIAS, J. *Antropologia Metafísica*. Madrid: Alianza Editorial, 1995.
13. CHAVES, J. C. *Ficar com: um estudo sobre um código de relacionamento no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1994.
14. LOPES, G.P. A primeira vez - Programa de atenção e orientação à saúde sexual e reprodutiva. FEBRASGO, 1999.
15. CANELLA, P.R.B., PENNA, I. e ARAGÜES, P. Sobre Gravidez na adolescência *Climatério e Reprodução*, 16(2): 11-13, 2001.
16. PASSOS, M.R.L. *Atlas de Doenças Sexualmente Transmissíveis & Diagnóstico Diferencial*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

Endereço para correspondência:

PAULO CANELLA

Divisão de Reprodução Humana –IG-UFRJ

Rua Moncovo Filho 90, Centro,

Rio de Janeiro – RJ – 20211-340

E-mail canella@gineco.ufrj.br

DECENNIAL AIDS INCIDENCE TRENDS: A selected World view (1990-2000)

RP Bernard, AF, Geneva Switzerland

- **Objective:** Select from GOV/UNAIDS/WHO official Surveillance Reports **36** data sets (countries) to study their decennial (**11** annual rates/10⁶) AIDS incidence dynamics in the context of each other country. Select from all world regions, but favour Asia/Pacific, as available: 23 11 01.
 - **Materials & Methods:** Only official data sets are admitted either from governments (GOV) or world/regional agencies. **11** annual crude rates/10⁶ are linked into TRAJECTORIES (=Trends) and displayed by world region (colour) in a 'time/amount' frame (A3) that carries a **8-Level/Factor-2** geometric classification. A **13-year** experience with surveillance data allows to make a judicious choice of **3** dozen countries ('experience sampling') that allows to grasp the World AIDS incidence dynamics of the 1990s - at a glance. [India/China are excluded from the selection as are Indonesia, Bangladesh, Pakistan, Russia & Nigeria: for technical reasons: exactly **50%** of year 2000 world population; But for their HIV density estimates, see sister abstract].
 - **Findings:** The **36** *dynamics profiles* address specifically 36 country health/development authorities at central (GEO-1) and state /province, etc, (GEO-2) levels, and by implications all countries on our common planet Earth. Panels C & D (for Panels A & B: see AF 10 01, ICAAP-6, Melbourne) allow to grasp the decennial AIDS incidence dynamics for Africa/Americas/Europe/Asia & the Pacific by magnifying Panel C ten times to view not only levels 2-7, but also 5-11 in Panel D. In other words, there is instant detail access to incidence dynamics cutting across **9** doublings (geometric range: **512**). Selecting some names: Rwanda, Kenya, Burundi, Côte d'Ivoire, Botswana, USA, Djibouti, Lesotho, Benin, Argentina, Thailand, South Africa, Many Caribbean Islands, Spain, Chile, Cambodia, Malaysia, Papua New Guinea, Paraguay, Cuba, Hong Kong, Japan and over a dozen other countries. Each named country's AIDS incidence dynamics TRAJECTORY can be studied in the 'world dynamics' context both visually and statistically (at project's end). New methodology is in the take off: PEAK/SLOPES analysis that cannot but lead to new classifications for deductive and inductive reasoning alike. Panels C/D will be available to the conference delegates for active study and inspiration for more preventive action promotion at all professional levels across various disciplines from centre down to districts (Colour hand-out).
 - **Conclusion & Outlook:** The current 'outcome' is the current status of methodology and findings via a dynamic descriptive process initiated in **1988** (IV Int. AIDS Conf., Stockholm) with scores of modules made available for learning and critique. It should help to further clarify and update various aspects of the AIDS/HIV world pandemic and mobilize further for all-out information and 'deeper prevention promotion'. Latest new HIV infection figures for year 2000 in many 'industry countries' are a new warning that the battle on HIV spread is not yet won. ANYWHERE!
- Acknowledgements:** The **13-year** academic action work supported by grants from: University of Zürich and Federal Office of Public Health, Bern (N° 316.99.6857: International HIV/AIDS Epidemiology), **6** times renewed, allowed to build forward in a tenacious and goal-oriented manner. Gratitude goes to the colleagues in Zürich and Bern, also supervisors who provided freedom of academic action for 'going faster' for module production and spread. Mr Walter Brühlhart, the deadline watcher, is thanked for arranging printing on 25-28 November, again at too short notice.
- [AF 12 01, DecaDyn] Geneva, AF rb 15 November 2001

Endereço para correspondência:

DR. ROGER P. BERNARD

Field Epidemiology and Liaison Office

22, avenue Riant-Parc, 1209 Geneve, Switzerland

ADULT (15-49 years) HUMANKIND HIV PREVALENCE STATUS at End-1999
 RP Bernard, AF, Geneva Switzerland

Objective: Transform some Appendix-statistics of the UNAIDS-WHO REPORT on the global HIV/AIDS epidemic, June 2000, as made available to the delegates of the XIII International AIDS Conference in Durban, 9-14 July 2000 (red document rucksack) - into AF MODULES for study/teaching/course work and decision makers(ing) - at all levels in all countries.

This has been executed in 42 modules and released in successive steps in Nagpur, India (Vol 1, AFRICA & ASIA/NARCHI-ICMCH, Nov 2000), then in Geneva, Switzerland (Vol 2, AMERICAS & EUROPE, AF, April 2001), then in New York, USA (Summary cover to 'Atlas' with 65 highest HIV density countries, with reprinted Vol 1 & 2), UNGASS-54, Special Session on HIV/AIDS, 25-27 June 2001, via Civil Society Conference. Meanwhile, 96% of 10'300 'World HIV DENSITY ATLAS, end-1999' were dispersed worldwide for modular teaching, cafeteria style. This is an excellent worldwide preparation for studying the next UNAIDS-WHO REPORT to be available at the XIV International AIDS Conference in Barcelona at mid-2002. Various centers will then know how to 'extract' from the Appendix-statistics and compose 'their-INTEREST' Tables and Charts.

A Conference Objective could be to extract from the World Inventory in Vol 1, pp 4-5 (n=167), some prevalence rates pertaining to Asia and in the context of some nations around the world. Here is such an exercise:

ADULT HIV DENSITY multiples/quotients of INDIA's HIV DENSITY ($70/10^4 = 1$)

| AFRICA | AMERICAS | EUROPE | ASIA/PACIFIC | LEVEL |
|------------------|----------|--------------|-----------------------|----------------------|
| Sth Africa 28.5 | | [16%]1b | | |
| Kenya 19.9 | | | | HIGHEST |
| Mozambique 18.9 | | | | 1 |
| Ivory Coast 15.4 | | | | |
| Ethiopia 15.2 | | | | |
| Uganda 11.9 | | | | |
| Tanzania 11.6 | | 8%1c | | 800/10 ⁴ |
| DR Congo 7.2 | | | | VERYHIGH |
| Nigeria 7.2 | | | | 2 |
| | | 2% | Cambodia 5.8 | |
| | | | Thailand 3.1 | 200/10 ⁴ |
| | | | Myanmar 2.8 | |
| | | Ukraine 1.37 | | HIGH |
| | | | INDIA 1 | 3 |
| | | | [70/10 ⁴] | |
| | | Spain .83 | | 50/10 ⁴ |
| | | .5% | | |
| | | France .66 | Malaysia .60 | |
| | | | | INTER- |
| | | Italy .50 | | 4 |
| | | | Nepal .42 | MEDIATE |
| | | | Viet Nam .34 | |
| | | Russia .27 | Australia .21 | 12.5/10 ⁴ |
| | | .125% | | |

READING
 EXAMPLES

To each adult living with HIV/AIDS in INDIA end-1999, live population adjusted 28.5 in South Africa, 15 in Ethiopia, 12 in Uganda, 5.8 in Cambodia, 3.1 in Thailand, 2.8 in Myanmar, 1.37 in Ukraine, .87 in the USA, .81 in Brazil, .50 in Peru/Italy, .41 in Mexico, etc

[AF 12 01, REL HIV DENS] Truncation of LOW(5) GE AF rb 15 Nov 2001 5LOW

Endereço para correspondência:

DR. ROGER P. BERNARD

Field Epidemiology and Liaison Office

22, avenue Riant-Parc, 1209 Geneve, Switzerland

Nosso compromisso é a
sua participação.



INFORMAÇÕES:

Fone: (0xx92) 622-3377

www.fuam.am.gov.br/congressodst

**Número limitado.
Poucas Inscrições
disponíveis.**

Se você é um profissional comprometido com o controle das DST e gosta de enfrentar desafios, não pode ficar ausente do IV Congresso da Sociedade Brasileira de DST, que vai acontecer de 1 a 4 de setembro, em Manaus, coração da floresta amazônica.

O tema central foi feito sob medida para você "DST no Século XXI - Construindo Compromissos e Enfrentando Desafios".

Se ainda não recebeu nenhum de nossos materiais informativos, ligue, mande um e-mail ou acesse o nosso site.

Contamos com sua presença no DST 4 - Manaus 2002.

Manual de Antibióticos e Quimioterápicos Antiinfeciosos

3ª Edição

WALTER TAVARES

 Atheneu

NOTA DO EDITOR

Este é um livro que todo o médico e Serviço de Saúde deveria ter a disposição.

Mauro Romero Leal Passos

A BOCA COMO ÓRGÃO DE PRÁTICAS SEXUAIS E ALVO DE DST/AIDS

THE MOUTH AS AN ORGAN FOR SEXUAL PRACTICES AND AND A TARGET FOR STD/AIDS

*Luiz Carlos Moreira¹, Flávio Merly², Andréa B Moleri³,
Mauro RL Passos⁴, Vandira MS Pinheiro⁵*

RESUMO

Este artigo é resultado da pesquisa clínica e laboratorial realizada pelos autores envolvendo o exame sistemático da boca dos pacientes atendidos no Setor de DST da Universidade Federal Fluminense e de extensa revisão bibliográfica sobre o tema: A boca como órgão de práticas sexuais e alvo de DST/AIDS. O resultado deste trabalho comprova a importância que reveste esta investigação e a necessidade de integração de esforços profissionais de médicos e dentistas no reconhecimento das doenças da boca e seus diagnósticos diferenciais. Ilustrando o artigo, são apresentadas imagens com aspectos clínicos, histológicos e radiográficos que constituem parte da documentação das manifestações bucais de DST/AIDS dos casos examinados e estudados pelos autores.

Palavras-chave: DST, Aids, sexo oral, HIV

ABSTRACT

This article is the result of the authors' clinical and laboratory research involving the mouth systematic examination of patients attended at the STD Division of the Universidade Federal Fluminense, as well as, of an extended bibliography on the issue: the mouth as an organ for sexual practices and a target for STD/AIDS. The result of this work proves the importance of this investigation and the need for the integration of physicians and dentists efforts in recognizing the oral diseases and their differential diagnosis. To illustrate the article images are presented showing the clinical, histological and radiographic features which are part of the documentation of STD/AIDS oral manifestations of cases examined and studied by the authors.

Keywords: STD, Aids, oral sex, HIV

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(2): 37-53, 2002

INTRODUÇÃO

Atualmente é reconhecido um número crescente de casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids). O aumento na incidência das DST/AIDS reflete, em parte, as mudanças de comportamento das pessoas em relação à conduta sexual, o que envolve diversos tipos de experiências e práticas sexuais. Dentro dessa premissa observa-se também crescente atividade da boca como órgão de práticas sexuais, e correspondente aumento de manifestações bucofaringeanas de DST/AIDS^{1,2}. Nesse contexto, médicos e dentistas têm tarefa importante na prevenção, diagnóstico e tratamento dessas condições. A prevenção e o controle das DST/AIDS baseia-se em cinco principais abordagens: (1) educação no sentido de reduzir o risco de infecções (2) diagnóstico efetivo e tratamento dos infectados (3) identificação de pacientes sintomáticos que não estão provavelmente em busca de tratamento (4) detecção de indivíduos assintomáticos e, (5) aconselhamento, avaliação e tratamento de parceiros sexuais de pacientes com DST/AIDS³.

As diferentes práticas sexuais permitem a transmissão de diversos agentes infecciosos, quanto a prática de sexo buco-genital devemos considerar, que o anulinguismo é o contato da boca com o ânus, em relações hetero ou homossexuais, masculino ou feminino, criando condições ideais para a transmissão de infecções com ciclo fecobucal. O cunilinguismo é conceituado como prática sexual envolvendo boca e vagina, em relacionamentos homo ou heterossexuais propiciando condições de transmissão de diversas infecções e de lesões traumáticas, definindo-se feelação como prática sexual que resulta do contato buco-peniano, envolvendo relações homo ou heterossexuais, que podem produzir quadros infecciosos e traumáticos⁴.

O anulinguismo propicia a transmissão especialmente da amebíase, salmonelose, shigelose, hepatites A, entre outros quadros infecciosos. Já o cunilinguismo, cria condições para transmissão da candidose, herpes, condilomatose, sífilis, gonorréia, e ainda infecções produzidas por *Clamidia trachomatis*, *Neisseria meningitidites*, *Streptococcus*, *Haemophilus influenzae* e *Mycoplasma pneumoniae*^{5,6}.

A prática da feelação pode constituir-se em via de transmissão da sífilis, gonorréia, herpes, hepatite B, condilomatose e uretrites⁵.

A prática do sexo buco-genital é comum em relações hetero e homossexuais. O intercuro vaginal continua sendo a mais comum das práticas sexuais entre parceiros heterossexuais, embora 72,9% dos homens tenham praticado cunilinguismo e 66,2% das mulheres informaram terem experimentado tal prática, enquanto, 64% das mulheres praticam feelação e 69,4% dos homens são submetidos à tal prática⁷. Esses índices quando comparados estão muito acima daqueles observados por Kinsen em estudos de 1940 e 1950. O comportamento e a cultura atual vêm cada vez mais aprovando a prática de sexo buco-genital e durante as décadas de 1970 e 1980, tal prática pré-matrimonial cresceu consideravelmente e os

¹ Professor de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense; Mestre em Doenças Sexualmente Transmissíveis do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense.

² Professor Adjunto de Patologia Bucal e Semiologia da Escola de Odontologia da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy; Mestre em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais - Área de concentração Estomatologia.

³ Professora Adjunta de Patologia Bucal e Semiologia da Escola de Odontologia da Universidade do Grande Rio - Professor José de Souza Herdy; Mestre em Morfologia do Centro Biomédico- Instituto de Biologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

⁴ Professor Adjunto Doutor Chefe do Setor de DST (MIP/CMB/CCM) - UFF.

⁵ Professora colaboradora PPG em DST - Setor de DST, Mestre em Educação-UFRJ, Especialista em Saúde Pública - UFF.

jovens em sua grande maioria praticam sexo bucogenital antes da prática do intercuro vaginal. Além disso a epidemia da Aids tem feito com que homossexuais troquem o sexo anal por práticas de sexo bucogenital⁸.

Existem relatos raros na literatura da transmissão do vírus HIV por práticas sexuais bucogenitais e beijos comprovando que os fluidos bucais podem ser infectantes e não exercem efeito protetor completo em relação ao vírus. Portanto, deve ser evitado o contato íntimo com qualquer secreção corporal de pacientes infectados⁹.

Devido a esses aspectos descritos alguns autores consideram que o sexo bucogenital está se tornando relativamente uma das mais importantes vias de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis⁶.

A prática de sexo bucogenital entre homossexuais masculinos e femininos é quase unânime, para casais heterossexuais unidos matrimonialmente, abaixo dos 25 anos de idade a frequência tem sido apresentada em níveis tão altos quanto 90%⁹.

As lesões bucais resultantes de práticas sexuais envolvendo a boca, genitália e ânus podem resultar de:

- Traumatismo físico
- Infecções localizadas primariamente na boca
- Infecção sistêmicas com manifestações localizadas na boca.

Assim sendo, o artigo apresenta, primeiramente, a síndrome da felação e lesões traumáticas resultantes de cunilinguismo, seguindo-se a discussões dos quadros infecciosos.

Síndrome da Felação

A detecção de eritema, petéquias e equimoses no palato mole são achados clínicos presentes na síndrome da felação^{10,11}. Uma provável causa dessas lesões no palato mole pode ser devido a interações combinadas de repetidas pressões negativas e atividades no véu tensor e véu elevador do músculo palatino associado com aumento vascular da aponeurose palatina¹¹.

A hemorragia submucosa relacionada com a síndrome da felação é caracteristicamente localizada na junção do palato duro com palato mole, sem o envolvimento da úvula, pilares faringeanos, ou outras estruturas bucofaringeanas. As lesões podem se apresentar como áreas separadas bilateralmente, às vezes conectadas por pontes hemorrágicas, ou podem estender-se cruzando o palato mole como equimose. As lesões são indolores, não ulceradas, e quando submetidas a pressão (diascopia) não sofrem qualquer tipo de alteração em sua coloração, além disso pacientes com tal condição não apresentam linfadenopatia ou qualquer outra sintomatologia sistêmica¹⁰.

No diagnóstico diferencial, muitas condições sistêmicas e locais devem ser consideradas e investigadas, como o trauma por alimentos, hemorragia e petéquias secundárias a crise de tosse, de espirro ou de vômito; discrasias sangüíneas; fragilidade capilar; infecção no trato respiratório superior; mononucleose infecciosa e tumores nasofaringeanos. A história de felação é importante para confirmar o diagnóstico. A resolução das lesões ocorre usualmente entre 7 a 10 dias sem qualquer tipo de tratamento. Recorrências devido a contínuas repetições da prática são esperadas^{10,11,12}.



Figura 1. Petéquias na junção do palato duro com o palato mole resultantes da prática de felação.

Cunilinguismo e Lesões traumáticas do Freio Lingual

Durante a prática de cunilinguismo, a língua pode ser projetada para dentro da área vaginal de uma maneira análoga a de uma penetração peniana, fazendo com que o ventre lingual muitas vezes roce nas bordas incisais dos dentes inferiores traumatizando essa região da língua. Tal prática torna-se mais comumente associada ao aparecimento de lesões quando esses dentes estão fraturados ou com bordas irregulares³. O exame clínico revela uma ulceração linear horizontal de tamanho variado no terço médio do freio lingual ou no assoalho da boca coberta com exudato esbranquiçado e rodeada por halo eritematoso¹³.



Figura 2. Úlcera no soalho bucal resultante da prática de cunilinguismo. Observar as bordas irregulares e pontegudas dos dentes anteriores.

Diplomacia e discrição devem ser usadas quando investiga-se o diagnóstico diferencial com esses pacientes, porque comumente ulcerações de várias origens são observadas no exame da cavidade bucal e muitos fatores traumáticos são capazes de produzi-las, sendo os mais comuns: alimentos duros, restaurações dentárias fraturadas ou irregulares, próteses mal-adaptadas, mordida acidental ou habitual e abrasão por escovação. Uma história de prática de cunilinguismo ajuda a confirmar o diagnóstico. A cicatrização da lesão ocorre entre 7 a 10 dias sem nenhuma forma de tratamento; entretanto, a úlcera enquanto presente pode tornar-se uma conveniente porta de entrada para microrganismos oportunistas. Traumatismos repetidos resultantes da prática sexual podem induzir nessa área o desenvolvimento de uma hiperplasia fibrosa reacional, a qual irá necessitar de uma biópsia excisional para removê-la¹⁴.

A boca como Alvo das DST

Em virtude da capacidade de transmissibilidade que as DST apresentam, o reconhecimento de seus quadros clínicos e de suas repercussões bucais são importantes para a prevenção, diagnóstico e tratamento, assim como para evitar-se a transmissão dessas infecções para o "profissional examinador", ou para outros pacientes. As manifestações bucais de doenças sexualmente transmissíveis nem sempre resultam de práticas sexuais bucogenital ou bucoanal.¹⁵

Gonorréia

A presença de uma lesão na cavidade bucal por infecção gonocócica, por seu aspecto clínico inespecífico pode levar a dificuldades no seu reconhecimento ou a erro diagnóstico, portanto tal característica justifica a importância do levantamento de fatores pertinentes quanto ao tempo de presença da lesão, quanto a prática sexual com a boca, e a realização da colheita de material e esfregaço para exame microscópico e cultivo do microrganismo em meio apropriado enquanto da instituição de qualquer tratamento¹⁶.

A gonorréia é a DST mais antiga reconhecida na humanidade, sendo uma infecção causada pela *Neisseria gonorrhoeae*, um diplococo gram negativo predominantemente intracelular que entretanto, no início de pro-

cessos agudos, durante processos crônicos ou quando do uso de antibióticos pode ser encontrada extracelularmente. O período de incubação do microrganismo dura em média de dois à cinco dias após o contágio, podendo variar no entanto de um a quinze dias¹⁷. Entre os anos de 1981 e 1991, a gonorréia foi a mais freqüente DST relatada nos EUA. Neste período de tempo as mais altas médias de morbidade quanto a gonorréia situava-se na faixa etária entre os 15 e 19 anos sendo as mulheres mais acometidas do que os homens¹⁸. As manifestações clínicas da infecção ocorrem predominantemente em órgãos genitais masculino e feminino, podendo também ser observados casos de gonorréia em áreas retoanais, oculares e bucofaringeas. Em situações raras a gonorréia pode disseminar-se a partir de um desses sítios primários acarretando comprometimentos sistêmicos como: erupções cutâneas, artrites, tenossinovites, endocardite e meningite¹⁷. As lesões bucofaringeas e tonsilares da gonorréia relacionam-se com o aumento da freqüência de exposição buco-genital conseqüentes da prática de feação e cunilinguismo^{19,20,21}. A transmissão bucofaringeana pela saliva e a autoinoculação pelos dedos contaminados a partir de uma infecção anogenital é menos freqüente²².

A faringite gonocócica tem sido relatada em percentual acima de 25% entre os homens homossexuais masculinos portadores de gonorréia, em 7% das mulheres heterossexuais e em 7% de homens heterossexuais com a doença. No geral em 5% dos pacientes a região bucofaringeana pode ser o único local de acometimento da gonorréia^{21,23}. Clinicamente, na bucofaringite gonocócica podem ser observadas: edema difuso na garganta associado ou não a pequenos pontos pustulares na área tonsilar que se assemelham a uma infecção estreptococcica que é bastante comum nessa região. Outro aspecto clínico da faringite gonocócica é a presença de eritema irregular e edema na área tonsilar e úvula lembrando uma infecção viral. É importante salientar ainda que em alguns pacientes a garganta está aparentemente normal porém contendo uma alta concentração de gonococos^{23,24,28,25,26}. A intensidade da inflamação pode ser moderada ou severa, acompanhada ou não de linfadenopatia. Os sintomas iniciais podem incluir queixas de queimação ou prurido, alterações no fluxo salivar e halitose^{27,28}. Aproximadamente entre 70 e 80% dos pacientes infectados estão sistemicamente assintomáticos apresentando-se apiréticos. A importância da presença persistente da *Neisseriae gonorrhoeae* no bucofaringe de pacientes assintomáticos não é clara, porém essa região pode ser o local onde desenvolveu-se primariamente a infecção gonocócica^{23,29,30,31}.

Dentre outras manifestações clínicas bucais da infecção gonocócica destacam-se o aparecimento de ulcerações dolorosas nos lábios. A gengiva pode se apresentar sensível e edemaciada devido ao processo inflamatório, com ou sem áreas de necrose das papilas interdentes^{21,32,33}. A glossodinia associada com ulceração, edema e atrofia das papilas linguais, bem como a presença de lesões na mucosa jugal recobertas por pseudomembranas brancacentas, amareladas ou acinzentadas também são descritas como manifestações clínicas da gonorréia na boca^{25,34}. As lesões também podem ocorrer no palato duro ou mole e nas áreas tonsilares^{32,35}. Em casos severos os pacientes podem apresentar quadros de disfagia e disфония. A artrite gonocócica pode envolver a articulação têmporomandibular, levando ao aparecimento de sintomatologia dolorosa e de edema da região.^{36,37,38,39}

A presença do diplococo gram negativo típico observado no exudato distendido em uma lâmina corada pelo gram é significativo para o diagnóstico de infecção pela *Neisseriae gonorrhoeae*; entretanto, o exudato também deve ser colocado em meio de cultura padronizada para a seleção da *Neisseriae gonorrhoeae*. O cultivo desse microrganismo deve ser cuidadoso devido a fragilidade do mesmo. Para atender-se a tal necessidade deve-se usar um meio de cultura seletivo, sendo atualmente o de primeira escolha o ágar de Thayer-Martin, pois esse contém antibióticos que inibem o crescimento de microrganismos que poderiam comprometer o crescimento dos gonococos¹⁷. Além disso, a *Neisseriae gonorrhoeae* deve ser diferenciada de outras *Neisserias* comumente presentes no buco-

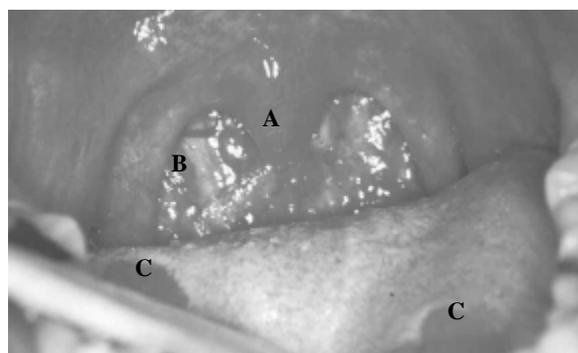


Figura 3. Gonorréia bucofaringeana. Observar: A, edema e aspecto eritematoso da úvula B, áreas pustulares no faringe e C, erosões irregulares no dorso da língua.

faringe como a *Neisseria meningitidis* e a *Neisseria lactamica*, para tal, o teste de fermentação de carboidratos, a imunofluorescência e técnicas de detecção do DNA incluindo-se o PCR e o LCR são exames muito importantes nessa diferenciação⁴⁰.

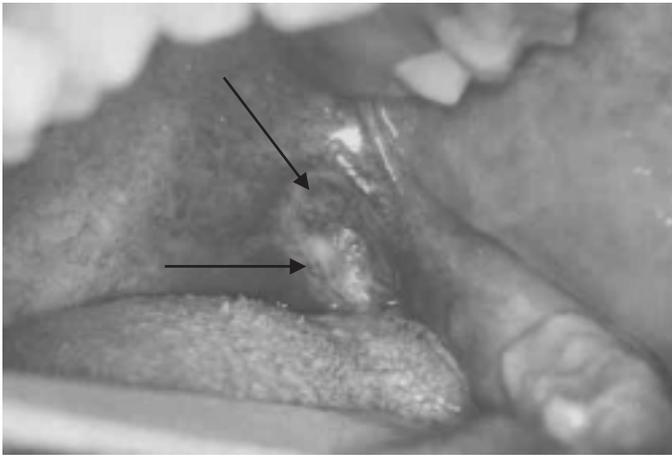
Sífilis

A sífilis é uma doença sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*. Os pacientes podem buscar tratamento ou serem reconhecidos como portadores da doença quando apresentam sinais e sintomas da infecção primária (cancro), da infecção secundária (lesões mucocutâneas) ou da infecção terciária, representada por um conjunto diversificado de sinais e sintomas que podem englobar alterações vasculares, neurológicas, tegumentares dentre outras, sendo que na boca a lesão mais significativa da doença é uma forma de processo inflamatório granulomatoso e destrutivo denominado de goma. Em alguns casos a infecção é adquirida por transmissão materna durante a gravidez sendo conhecida nesses casos como sífilis congênita¹⁸.

Embora a maioria dos cancos apareçam na genitália, a sífilis primária pode acometer a cavidade bucal⁴¹. O aumento da prática sexual buco-genital deve alertar o profissional na sua atividade clínica quanto a importância do reconhecimento dessa lesão. O cancro pode surgir em qualquer área da cavidade bucal, no entanto o lábio representa o sítio mais comum de envolvimento, seguido pela língua e tonsilas^{41,42}.

Uma característica importante da lesão sífilítica primária na cavidade bucal é a ausência de sintomatologia dolorosa, devendo portanto tal condição ser diferenciada do carcinoma de células escamosas, neoplasia maligna comum nessa região anatômica. A queixa de um "caroço" na garganta que em geral não interfere com a deglutição também pode ser relatada pelos pacientes portadores de sífilis primária. Após um período médio de incubação do microrganismo que dura cerca de três semanas, surgem na boca múltiplas pápulas próximas uma das outras com superfície lisa que coalescem formando uma lesão ulcerada constituindo o cancro primário^{41,42}.

Já o envolvimento do palato clinicamente caracterizado por edema, eritema e deslocamento da úvula e do pilar amigdaliano anterior podem ser sinais clínicos importantes para a suspeita do diagnóstico da sífilis primária, nesse sítio bucal em particular. Lesões erosivas, exulcerações ou ainda ulcerações, recobertas com líquido seroso amarelado associadas com linfadenopatia inflamatória na região cervical anterior, envolvendo as cadeias submandibular e submentoniana, que surgiram após história de prática de sexo bucal se constituem em achados extremamente significativos para o diagnóstico de cancro duro na boca. A língua mais especialmente o dorso lingual também pode ser envolvida pela sífilis primária, nessa região a lesão se apresenta como úlcera com consistência firme e endurecida a palpação, sendo observado ainda o aumento das papilas foliáceas.⁴²



Figuras 4. Cancro duro localizado na região retromolar (setas).

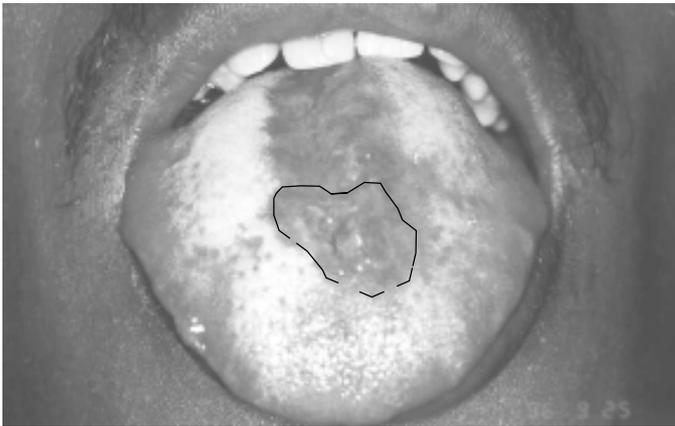


Figura 5. Cancro duro localizado no dorso da língua, em área de candidose eritematosa em paciente HIV-positivo (a lesão está demarcada por linha pontilhada).

As lesões bucais da sífilis primária estão repletas de espiroquetas, e o lábio representa a área bucal na qual os microorganismos podem ser melhor coletados para serem distendidos em lâmina visando-se o emprego da técnica de impregnação pela prata, através do método de Fontana-Tribondeau⁴², para observá-los pela microscopia em campo escuro. O *Treponema microdentium*, microorganismo comum da flora bacteriana bucal é difícil de ser distinguido do *Treponema pallidum*, portanto a confirmação do diagnóstico clínico deve ser baseado e seguido por testes de anticorpos treponêmicos e não treponêmicos⁴¹. Diante da dificuldade acima relatada podem ser usados outros métodos passíveis de aplicação para a identificação do microrganismo dentre eles a imunofluorescência direta e o PCR⁴³.

Como em outras localizações, os cancos bucais podem persistir por cerca de 2 a 4 semanas antes de involuarem e cicatrizarem independente de terem sido tratados ou não. O cancro pode involuir espontaneamente em cerca de um a dois meses após o aparecimento da lesão sem deixar cicatrizes, podendo ainda ser encontrado em 15% dos pacientes quando do início da fase de secundarismo da doença. Esse percentual pode alcançar o índice de 45% em indivíduos HIV positivos^{9,43}.

O diagnóstico diferencial da sífilis primária na boca deve incluir as infecções tipo 1 e tipo 2 do herpesvírus hominis. No entanto o princípio clínico para a diferenciação é que as lesões herpéticas são dolorosas, podem recorrer, e terem um resultado positivo no teste de Tzanck. Outras condições a serem diferenciadas incluem úlceras por trauma, carcinoma de células escamosas, líquen plano erosivo e infecção fúngica, especialmente a histoplasmose⁴⁰.

Após um período latente, as lesões da sífilis secundária surgem clinicamente, em geral, entre dois e seis meses após a exposição inicial. Os sinais e sintomas prodrômicos dessa fase da doença são primeiramente sistêmicos, sendo semelhantes à uma gripe e caracterizados por cefaléia, lacrimejamento, corrimento nasal, inflamação de garganta, artralgia generalizada e mialgia. A presença de linfadenopatia generalizada indolor com consistência firme a palpação, associada com discreta erupção cutânea maculopapular sem prurido e erupção cutânea palmo-plantar, acompanhadas por discreta elevação de temperatura, perda de peso e anemia, constituem um quadro clínico sugestivo de sífilis secundária^{42,44}.

As lesões da sífilis secundária podem acometer diversas áreas da cavidade bucal e aparecem juntamente com as lesões cutâneas, associadas com o quadro sistêmico^{14,45,46}. Na boca as lesões dessa fase da sífilis se caracterizam clinicamente pela presença de máculas vermelhas ovais ou por erupções maculopapulares nas mucosas, podendo apresentar-se ainda sob a forma de condiloma lata na comissura labial^{47,48}. Esse último tipo de lesão muitas vezes se assemelha ao papiloma escamoso associado ao HPV⁹. Além dessas apresentações clínicas descritas pode-se observar lesões nodulares, firmes, ou placas mucosas discretamente elevadas as quais podem apresentar erosões ou ulcerações superficiais, com margens irregulares cobertas por uma pseudomembrana branco-acinzentada^{44,46}. Na língua o secundarismo da sífilis se caracteriza por atrofia das papilas, enquanto no palato mole e região das fauces as lesões podem ser representadas por pequenas úlceras alongadas. Em geral todas as formas de apresentação clínica da sífilis secundária na boca são assintomáticas e se constituem em focos altamente contaminantes para essa doença⁴⁰.

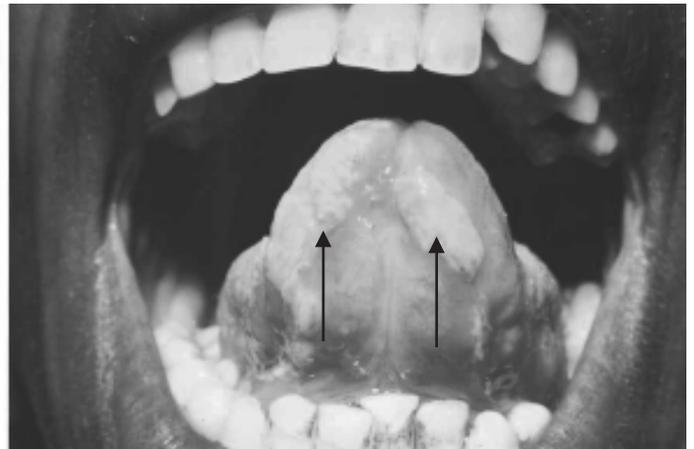


Figura 6. Placas mucosas da sífilis secundária localizadas no ventre lingual (setas).

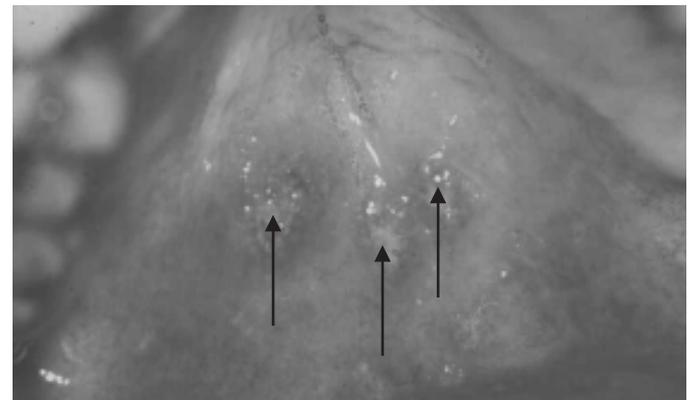


Figura 7. Lesões da sífilis secundária localizadas no palato duro (setas).

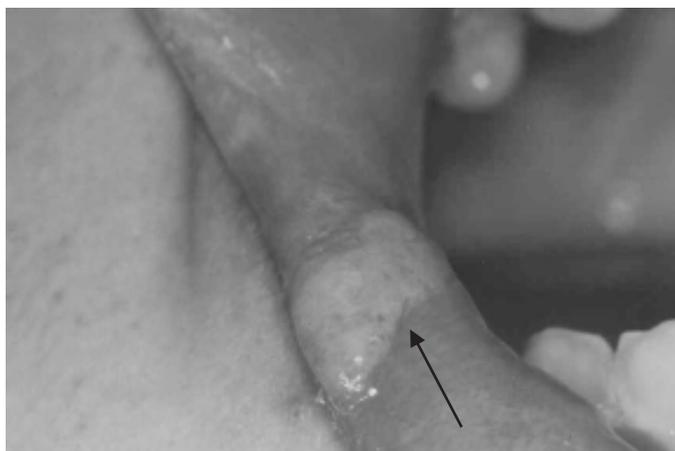


Figura 8. Condiloma plano no lábio inferior próximo da comissura labial (seta).

Recentemente vem sendo descrita uma forma de sífilis secundária que ocorre especialmente em pacientes imunocomprometidos, caracterizando-se por quadro clínico explosivo e disseminado conhecido como “lues maligna”. Essa variante apresenta sintomas prodrômicos de febre, cefaléia e mialgia, seguido de ulcerações necróticas acometendo geralmente a face e couro cabeludo. As lesões bucais estão presentes em cerca de 30% dos pacientes que desenvolvem quadro clínico nessa fase da doença⁹.

O diagnóstico diferencial das manifestações bucais da sífilis secundária deve incluir a candidose bucal, aftas, lesões bucais da mononucleose infecciosa, doença de Behcet, síndrome de Steven-Johnson e pênfigo^{40,46}.

Os testes sorológicos são os principais exames laboratoriais para confirmação diagnóstica da sífilis nessa fase da doença, podendo ser utilizados testes não específicos como o VDRL e o RPR; ou específicos representados principalmente pelo FTA-Abs e pelo MHA-TP. Além disso, o uso de métodos de biologia molecular como o PCR constituem recursos laboratoriais de alta sensibilidade e especificidade para a detecção do microrganismo⁴⁹.

Os espécimes teciduais resultantes de biópsia tanto de lesões primárias, quanto de lesões secundárias da sífilis na cavidade bucal mostrarão um quadro histológico caracterizado por endarterite obliterativa com a presença de células plasmáticas perivasculares e infiltrado histiocitário⁵⁰.

A sífilis terciária pode ocorrer dez ou mais anos após a infecção inicial, acometendo cerca de 30% a 40% dos pacientes que não receberam tratamento na primeira ou na segunda fase da doença. Os sistemas cardiovascular e nervoso, bem como, os tegumentos podem ser envolvidos durante o curso da sífilis terciária¹⁵. Focos dispersos de inflamação granulomatosa conhecida como goma são freqüentemente observados nessa fase da sífilis podendo afetar pele, mucosa, tecidos moles, ossos e órgãos internos⁴². Clinicamente as lesões se apresentam como nódulos endurecidos ou como úlceras, que em algumas circunstâncias podem levar a uma considerável destruição tecidual. As lesões bucais afetam mais freqüentemente o palato duro e a língua que irá se apresentar aumentada devido ao envolvimento difuso da mesma. Caracteristicamente a língua adquire um aspecto lobulado de forma irregular podendo apresentar áreas leucoplásicas. Em geral a infiltração gomatoza é difusa produzindo vasculite inicial e subsequente endarterite obliterativa, porém alguns pacientes podem apresentar lesões isoladas. A inflamação intersticial crônica da língua induz a atrofia difusa das papilas e a formação de fissuras profundas e irregulares em seu dorso, conhecida como glossite luética². Quando o paciente abandona o tratamento pode ocorrer o envolvimento das glândulas

salivares o qual é denominado de sialoadenite gomatoza estando geralmente associada com a glândula parótida, sendo relatado em alguns desses casos necrose e perfuração da pele⁵¹.

A sífilis terciária no palato duro consiste de uma infiltração gomatoza e subsequente destruição e perfuração palatina. Os sinais clínicos iniciais incluem voz anasalada, seguida por queixa de comunicação buconasal que dificulta a deglutição⁴⁷.



Figura 9. Perfuração no palato duro resultante de goma sífilítica.

Os pacientes com história presente ou progressiva de DST, bem como aqueles com comportamento de risco para essas doenças devem ser avaliados clinicamente e com a requisição de testes sorológicos para sífilis. Todas essas doenças relacionam-se com o aumento da população de pacientes portadores do HIV, assim indivíduos que adquiram algum tipo de DST devem ser vistos como pacientes com maiores chances de apresentarem soropositividade para o HIV. Homens homossexuais com história de sífilis ou herpes genital apresentam de três a oito vezes maior risco de serem HIV positivo³. Portanto todos os pacientes com sífilis, bem como todas as pessoas que com ele se relacionam sexualmente, independente das práticas, devem ser avaliados clinicamente e a todos oferecido exames sorológicos, tanto para sífilis, quanto para o HIV²⁸.

Sífilis Congênita

Atualmente a sífilis congênita é uma doença evitável, de tratamento simples e barato que ocorre quando o feto é infectado na vida intra-uterina. Cuidados pré-natais adequados em fases precoces da gestação, incluindo testes sorológicos para sífilis na primeira visita pré-natal, detecta quase todas as mulheres gestantes infectadas. Durante as primeiras dezesseis semanas de gestação, em geral o feto é protegido da infecção pelos espiroquetas presentes na circulação materna, pois eles não conseguem atingi-lo por penetração através da placenta, no entanto já se constatou a presença de *Treponema pallidum* em fetos com nove a dez semanas de gestação⁵². O maior número de infecções sífilíticas fetais ocorre depois do sexto mês de gravidez⁵³.

A possibilidade da infecção fetal depende também do estágio da doença na mãe. A sífilis materna recente quase sempre produz aborto, natimorto, ou uma criança com sífilis congênita. A sífilis congênita apresenta em média quatorze estigmas comuns, sendo que a cavidade bucal, a cabeça e pescoço são comumente afetados^{23, 42, 53, 54, 55}.

Considera-se como sífilis congênita recente os casos manifestados até o segundo ano de vida e como sífilis congênita tardia os casos manifestados após esta data⁵².

A bossa frontal de Parrot, é o estigma mais comumente encontrado, estando presente em 86,7% dos casos de sífilis congênita e resulta

de periostite localizada nos ossos frontal e parietal, a qual leva a formação de exostoses arredondadas com forma de lente; caso a área supraorbitária esteja envolvida, a projeção da fronte leva a uma aparência craniofacial descrita como “testa Olímpica”. A bossa frontal também pode estar associada com raquitismo e acromegalia, não sendo portanto sinal clínico patognomônico da sífilis congênita.

A rinite sífilítica é usualmente a primeira manifestação da sífilis congênita no período neonatal. A inflamação da mucosa nasal pode destruir o osso e a cartilagem que formam o septo nasal, interferindo com o desenvolvimento normal da região do dorso nasal e manifestando-se como um nariz em forma de sela, tal alteração pode acometer 73,4% dos pacientes com sífilis congênita^{56,57}.

A atresia de maxila acomete cerca de 83,8% dos pacientes com sífilis congênita, podendo ser seqüela da rinite sífilítica, quando essa estende-se para a maxila, interferindo com o desenvolvimento normal do osso, acarretando a formação de um perfil côncavo para o terço médio da face chamado de aparência em forma de prato-raso. A falha no desenvolvimento completo da maxila é caracterizado também por um arco palatino elevado sendo observado em 76,4% dos doentes e por protusão relativa da mandíbula em 25,8% deles o que produz o aspecto de face semelhante a de um “bulldog”. No entanto deve-se salientar, que tais manifestações clínicas não são exclusivas da sífilis congênita³.

A tríade de Hutchinson inclui dentes de Hutchinson, ceratite ocular intersticial e otite média com possibilidade dessa última manifestação levar a surdez por envolver o oitavo par craniano. Esses achados quando em conjunto apontam para o reconhecimento da sífilis congênita. Os dentes de Hutchinson são observados em 63,1% dos pacientes com sífilis congênita e se caracterizam pela presença incisivos centrais permanentes hipoplásicos e menores do que o normal, com as coroas em forma de barril ou da parte ativa de uma chave de fenda, podendo resultar na presença de espaço entre eles (diastemas). O que ocorre é uma deficiência na formação do lóbulo mediano do dente, modificando sua forma e inclinando suas faces proximais em direção a borda incisal, contribuindo para a formação de um chanfrado semilunado nessa borda. Os primeiros molares permanentes podem também ser afetados, pois se desenvolvem ao mesmo tempo que os incisivos centrais. Os molares hipoplásicos são denominados de molares de Moon, molares de Fournier ou molares em amora, sendo que a última denominação está relacionada com o aspecto globoso que a face oclusal desses dentes podem apresentar idêntico ao da superfície da fruta, sendo observados em cerca de 64,9% dos pacientes portadores de sífilis congênita. As faces proximais desses dentes convergem para a face oclusal o que acarreta uma diminuição desta superfície, tornando-a menor do que o normal. A estrutura do esmalte formada é hipoplásica com características hipocalcificadas predispondo esses dentes a cáries extensas⁹.



Figura 10. Incisivos centrais superiores e inferiores com coroas semelhantes a parte ativa de uma chave de fenda, conhecidos como incisivos de Hutchinson e representativos da sífilis congênita.

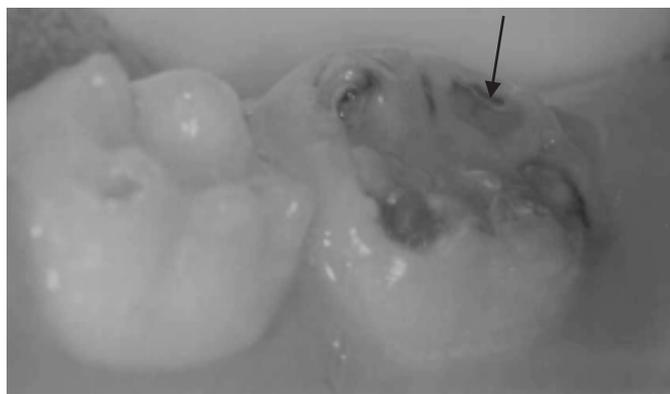


Figura 11. Primeiro molar permanente em forma de amora, conhecido como molar de Fournier, cuja hipoplasia é resultado da sífilis congênita (seta).



Figura 12. Radiografia dentária mostrando o aspecto globular, semelhante a uma amora observado na face oclusal de um primeiro molar permanente e conseqüente da sífilis congênita (setas).

Entre os cinco e os vinte e cinco anos de idade, cerca de 8,8% dos pacientes podem desenvolver ceratite ocular intersticial associada com sintomas de inflamação aguda da íris, dor, lacrimejamento e fotofobia. A ceratite é acompanhada por opacidade da córnea devido a proliferação vascular na superfície interna e no estroma ocular, e pode refletir uma reação antígeno-anticorpo local no tecido susceptível a invasão transitória por espiroquetas na vida intra-uterina. Uma condição semelhante pode ser causada também na tuberculose. A ceratite ocular intersticial pode ser controlada com corticosteróides, sendo que um dano permanente pode levar a uma ceratoplasia¹⁴.

A surdez pode acometer pacientes portadores de sífilis congênita e está relacionada com o comprometimento do oitavo par de nervos craniano, sendo pouco observada na prática da clínica diária, não constituindo o único sinal da infecção. Geralmente é observada no início da adolescência, sendo considerada conseqüência secundária à labirintite sífilítica. O início do seu aparecimento se manifesta com vertigens e perda da acuidade auditiva¹⁴.

As rágadas observadas na face, acometem cerca de 7,6% dos pacientes com sífilis congênita, são cicatrizes lineares resultantes de fissuras que se irradiam da boca em direção ao nariz e aos ângulos dos olhos, tais fissuras podem também ser observadas no ânus. Bolhas palmoplantares (pênfigo sífilítico), lesões maculares, papulares e maculopapulares confluentes, além de microadenopatia generalizada, hepatoesplenomegalia e osteocondrite também podem ser observadas em alguns pacientes recém-nascidos⁵⁸.

O sinal de Higoumènakis que pode ser observado em pacientes portadores de sífilis congênita é representado pelo espessamento irregular na porção esternoclavicular da clavícula sendo o resultado de uma periostite unilateral nessa região. Além de traumatismos associados à fraturas, história de doenças como raquitismo e infecções não sífilíticas devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de tal sinal¹⁴.

Sinovite indolor associada à aumento de volume das articulações sem envolvimento ósseo durante a puberdade é sugestivo de articulação de Clutton. Nessa condição o fluido da articulação envolvida é positivo para sífilis⁵⁹.

Herpes Simples- HSV 1 e HSV 2

Os membros da família *Herpesviridae* são caracterizados com base na arquitetura do vírion, que consiste de uma estrutura central contendo DNA de fita dupla como ácido nucléico, envolvida por capsídeo icosaédrico de aproximadamente 100 à 110 nm de diâmetro e espículas glicoproteicas na superfície. Foram classificados pelo grupo de estudo em Herpesvírus do Comitê Internacional de Taxonomia dos Vírus (ICTV) em três subfamílias *a-herpervirinae*, *b-herpervirinae* e *g-herpervirinae* de acordo com suas propriedades biológicas. O vírus do herpes simples (HSV) tanto o tipo 1 (HSV-1), quanto o tipo 2 (HSV-2) fazem parte da subfamília e caracterizam-se pela faixa variável de hospedeiro, ciclo reprodutivo relativamente curto, disseminação rápida em cultura de células, destruição irreversível das células infectadas e capacidade de estabelecer infecção latente, primariamente, mas não exclusivamente em gânglios sensoriais⁶⁰. O HSV-1 dissemina-se predominantemente através da saliva infectada ou de lesões periorais ativas, adapta-se melhor atuando de forma mais eficiente em áreas ceratinizadas intrabucais, lábios, faringe, face, olhos e áreas da pele acima da cintura, já o HSV-2 adapta-se melhor nas regiões genitais sendo transmitido predominantemente por práticas sexuais envolvendo principalmente a genitália, o ânus e a pele localizada abaixo da cintura. As lesões clínicas produzidas pelos dois tipos de HSV são idênticas provocando alterações teciduais bastante semelhantes⁹.

Clinicamente a infecção herpética primária pelo HSV-1 na boca é conhecida como gengivostomatite, acometendo mais comumente crianças entre os seis meses e cinco anos de idade, caracterizando-se por fase clínica prodrômica representada por febre, mal estar, cefaléia e lesões bucais dolorosas resultante da presença de inúmeras vesículas puntiformes que se rompem rapidamente dando formação a pequenas úlceras demarcadas por halos eritematosos as quais coalescem, resultando em ulcerações maiores recobertas por exsudato amarelado. A gengiva torna-se edemaciada, dolorosa e intensamente vermelha, sendo que em sua margem livre é possível observar-se a presença de erosões. Essas manifestações prolongam-se em média por cerca de cinco dias e são acompanhadas de linfadenopatia regional dolorosa e bilateral. Além da gengiva, a mucosa jugal, lábio, língua e palato também são envolvidos. Independente de tratamento, o quadro clínico sofre diminuição sintomatológica até sua completa resolução em espaço de tempo que varia de sete a quatorze dias⁶⁰. Os sinais e sintomas acima descritos são observados em somente 12% dos pacientes infectados pelo vírus HSV-1⁶¹.



Figura 13. Úlceras herpéticas no palato duro em paciente praticante de feleção cujo parceiro apresentava herpes no pênis.

Após a infecção bucal primária pelo HSV-1 o gânglio trigeminal é colonizado pelo vírus que permanece nesse sítio em estado de latência. O vírus utiliza os axônios dos neurônios sensitivos para atingir a mucosa e a pele nos episódios recorrentes⁶².

As lesões intrabucais recorrentes do herpes simples, quando no local da inoculação primária, consistem de pequenas vesículas pouco numerosas, agrupadas e usualmente localizadas no palato duro, na gengiva inserida e nos lábios. O rompimento delas acarreta ulcerações puntiformes rasas que cicatrizam espontaneamente num período de tempo que varia entre seis e dez dias. Os sintomas prodrômicos como queimação, dor discreta e prurido usualmente precedem as lesões. As lesões recorrentes que não se relacionam com os sítios de inoculação primária ocorrem em áreas adjacentes à superfície epitelial suprida pelo gânglio envolvido, sendo os locais mais comuns de recorrência para o HSV-1 a borda do vermelhão e a pele adjacentes aos lábios, especialmente no lábio inferior e ao lado da linha média⁶⁰.

Os anticorpos contra o HSV-1 atenuam a intensidade das manifestações clínicas ou diminuem a chance de infecção pelo HSV-2. O aumento acentuado observado recentemente de infecções pelo HSV-2, é devido, em parte, à ausência de exposição anterior ao HSV-1, bem como ao aumento da atividade sexual e ao não uso de preservativos. A exposição ao HSV-2 está diretamente relacionada com a atividade sexual, sendo que em indivíduos com menos de 14 anos de idade situa-se próxima de zero, ocorrendo a maioria das infecções iniciais entre os 15 e 35 anos de idade, o que coincide com faixas etárias em que a atividade sexual é mais intensa. A prevalência do HSV-2 varia de próximo ao zero em adultos solteiros para mais de 80% em prostitutas⁹.

Apesar do HSV-2 ser reconhecido como causa predominante do herpes genital, estudos na Inglaterra apontam para elevação crescente da participação do HSV-1 no desenvolvimento de tal condição. Esses relatos coincidem com o que tem sido reportado em outros países, onde observa-se a mesma característica epidemiológica quanto aos índices de herpes genital, como por exemplo no Japão e nos EUA. Para alguns autores cerca de 32% das lesões herpéticas primárias genitais são causadas pelo HSV-1⁶³. No entanto, outros estudos mostraram que o HSV-1 foi isolado em somente 10% das lesões herpéticas primárias da região genital⁶⁴. O aumento do isolamento do HSV-1 nessas circunstâncias tem ocorrido predominantemente em mulheres, acometendo 79% destas e 39% dos homens. Essa observação pode estar relacionada com o fato de que ambos os sexos relatam maior experiência na prática de cunilinguismo do que na prática da feleção⁶.

Outros autores relataram um caso de faringite aguda relacionada com o vírus HSV-1 após sexo bucogenital.⁷ As faringoamigdalites herpéticas primárias com o envolvimento da mucosa bucal anterior ao anel linfático de Waldeyer ocorre em menos de 10% dos casos, tal condição em geral relaciona-se com o HSV-1, porém uma crescente proporção de casos está associada com o HSV-2⁹.

Com o conhecimento completo das manifestações clínicas da infecção, é possível estabelecer um diagnóstico presuntivo seguro; no entanto, algumas vezes as infecções pelo HSV podem ser confundidas com outras doenças sendo desejável a confirmação laboratorial. O isolamento do vírus através de cultura tecidual inoculada com o líquido de vesículas recentes é um procedimento de diagnóstico laboratorial com boa sensibilidade. O problema dessa técnica em infecções primárias é que pode exigir mais de duas semanas para o obter o resultado do exame. Estudos histológicos, detecção de partículas ou de antígenos virais, além de testes sorológicos que tornam-se positivos quatro a oito dias após a exposição inicial ao vírus, também podem ser utilizados no diagnóstico laboratorial. Os títulos de anticorpos são úteis para diagnosticar laboratorialmente o herpes, sendo importante também para identificar exposição anterior ao vírus. Os esfregaços citológicos podem ser corados por Giemsa ou Papanicolau, sendo um procedimento de diagnóstico não invasivo e de baixo custo, porém não confere especifi-

cidade no reconhecimento das lesões herpéticas. Esses esfregaços se prestam melhor em termos de precisão diagnóstica quando são submetidos a estudos imunohistoquímicos diretos⁶⁵. Somente a infecção pelo vírus Varicela-Zoster produz alterações semelhantes àquelas produzidas pelo HSV, no entanto, as características clínicas são fundamentais para diferenciar o diagnóstico. A tipagem de anticorpos monoclonais fluorescentes pode ser executada em esfregaços diretos ou em células infectadas obtidas através de cultura tecidual⁴⁰.

Condiloma Acuminado

O condiloma acuminado foi primeiramente descrito na boca em 1967⁶⁶. Essa lesão representa uma forma de crescimento papilomatoso causado pelo papilomavirus humano (HPV-tipos 6, 11 e 16), passível de autoinoculação e transmissibilidade, ocorrendo mais frequentemente na pele e na mucosa anogenital.^{67,68}

Essa condição pode ser transmitida sexualmente e o aumento de sua incidência é reconhecido no bucofaringe^{69,70}. Um estudo da infecção bucal pelo HPV mostrou prevalência de 3,8% em mulheres que tiveram ou têm infecção vaginal pelo vírus^{71,72}, enquanto outro estudo detectou HPV-tipo 16, em mais de 40% de biópsias da mucosa bucal aparentemente normal.^{73,74}

As lesões bucais do condiloma acuminado começam como múltiplas áreas papulares, pequenas de coloração rósea, porém em alguns pacientes o condiloma acuminado pode se apresentar como uma lesão plana. As pápulas se proliferam e coalescem formando uma lesão com consistência amolecida, coloração avermelhada ou cinza escuro, de crescimento superficial papilar, com base sésil ou pedunculada. As lesões desenvolvem-se rapidamente podendo formar uma de lesão única, ou mais frequentemente, de aglomerados extensos de crescimentos granulares semelhantes a couve-flor.^{66,68}



Figura 14. Condiloma acuminado. Lesões exofíticas e arredondadas com superfície irregular dispostas linearmente na mucosa jugal e outra lesão idêntica na borda lateral da língua em uma paciente praticante de feição cujo parceiro apresentava lesões idênticas no pênis.

Múltiplos crescimentos digitiformes de consistência firme e forma irregular com aspecto verrucoso ou semelhante à carne esponjosa podem envolver extensas áreas gengivais e o palato duro podendo ser confundidas com processos hiperplásicos da mucosa bucal. Em alguns casos, pode ser observado regressão espontânea das lesões. Recentemente tem se atribuído a possível participação do HPV (tipos 11, 16 e 18) na patogênese das lesões pré-cancerígenas e cancerígenas do epitélio bucal.^{75,76,77}

A forma mais comum de transmissão do HPV na boca é através do contato bucogenital, em relações homo, hetero ou bissexuais, quando um dos parceiros é portador do vírus⁷⁸. O período de incubação do microrganismo na cavidade bucal pode variar de um a oito meses⁷⁹.

Casos de condiloma acuminado na boca são relatados sem que haja história de lesões genitais ou contato bucogenital⁸⁰, entretanto toda vez que um condiloma bucal for encontrado, exame criterioso da região anogenital deve ser realizado.⁸¹

Recentemente, tem se observado um aumento do número de casos de condiloma acuminado intrabucais associados à infecção pelo HIV. A infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida parece predispor seus portadores à infecção bucal por tipos não comuns de HPV.⁷⁹

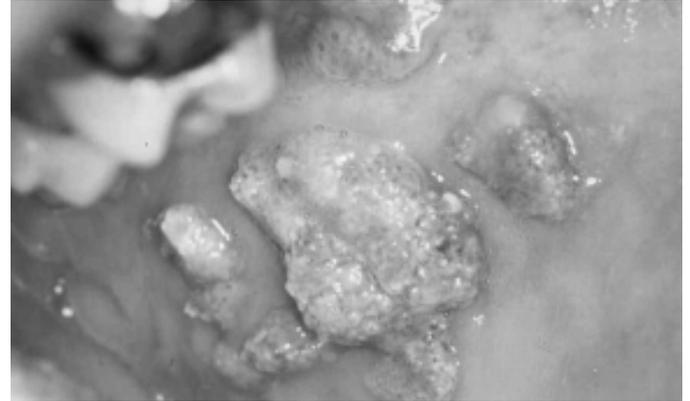


Figura 15. Condiloma acuminado. Múltiplos crescimentos de aspecto verrucoso localizados na mucosa jugal de um paciente. *aidético.*

Quanto ao condiloma acuminado, devem ser considerados no diagnóstico diferencial a hiperplasia epitelial focal, hiperplasia induzida por drogas, verruga vulgar, papiloma escamoso, hiperplasia papilar, carcinoma verrucoso e as lesões bucais da síndrome de Cowden.³

O condiloma acuminado na boca pode ser diagnosticado por exames citológicos e pela histopatologia resultante de biópsia da lesão. A manobra clínica de aplicação de ácido acético em uma área da mucosa bucal aparentemente normal é importante, pois caso a mesma torne-se branca deve ser biopsiada, e constitui um local suspeito de infecção pelo HPV.

Histologicamente, o condiloma acuminado apresenta um epitélio paracaratizado, com acantose pronunciada, espessamento e prolongamento das projeções epiteliais papilares, podendo ainda serem identificadas figuras de mitose na camada de células basais. Modificações de células epiteliais, extremamente importantes para o diagnóstico podem ser identificadas pela microscopia ótica, são os coilócitos, característicos de infecção pelo HPV, que são células vacuoladas observadas nas camadas mais superficiais do extrato germinativo. Elas apresentam núcleo picnótico, hiper cromático com turgência perinuclear, ele pode apresentar-se também enrugado.⁸⁰

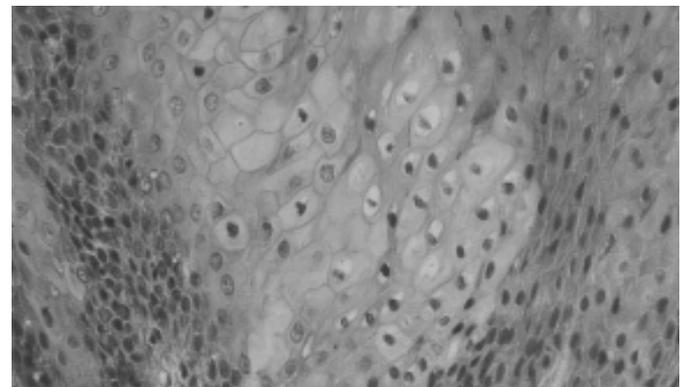


Figura 16. Condiloma acuminado. Aspecto histológico de lesão retirada da língua, observada em microscopia ótica, mostrando células epiteliais com intenso edema intracelular presentes no extrato germinativo caracterizando coilócitos frequentemente presentes em crescimentos epiteliais induzidos pelo HPV.

A detecção do ácido nucleico viral (DNA) ou da proteína do capsídeo também são importantes para o diagnóstico²⁸. A utilização da reação de cadeia da polimerase (PCR) associada a hibridização *in situ*, pode propiciar um diagnóstico mais fidedigno.⁸²

Quanto ao tratamento a aplicação tópica de podofilina resinosa à 25%, continua sendo uma das terapias mais utilizada para o condiloma acuminado na boca, o ácido tricloroacético tópico e o 5-fluoracil constituem outras alternativas de tratamento químico local.²⁸ Reação dermatológica, irritação da mucosa, desconforto e ulcerações ocasionais podem ser conseqüências dessas modalidades terapêuticas.⁸³ Os tratamentos de escolha para a maior parte das lesões bucais são a eletrocauterização agressiva, a crioterapia, a excisão cirúrgica partindo de uma borda de tecido normal, e mais raramente a remoção com o uso do laser de CO₂, que é vantajoso ao produzir cura em 90% dos casos tendo porém como desvantagens o alto custo, a falta de disponibilidade do equipamento em muitos locais e a possibilidade do operador se infectar com o vírus pela aspiração do vapor contendo partículas virais provenientes da técnica utilizada.^{56,57,58,59,81,84} Todas as modalidades de tratamento podem associar-se a recidivas da lesão. O interferon tópico ou sistêmico também vem sendo utilizado no tratamento do condiloma acuminado, porém seu uso é limitado devido a possibilidade de efeitos colaterais, além disso, sua indicação inclui custo elevado e resposta pouco relevante.^{58,85,86,87}

Infecção pelo HIV e Aids Generalidades

O vírus HIV infecta diferentes tipos de células, possuindo uma preferência acentuada pelos linfócitos T CD4, importantes células mediadoras do sistema imunológico. O sistema imunológico começa a se desorganizar e a capacidade de resposta celular do organismo fica comprometida possibilitando o aparecimento de infecções oportunistas, e neoplasias como linfomas, sarcomas de Kaposi dentre outras manifestações.^{86,88}

O vírus HIV foi isolado e pode encontrar-se em quantidade variável durante o curso da doença em linfonodos, no sistema nervoso, sangue, plasma, sêmen, líquido pré-seminal, secreção vaginal e do ouvido, urina, leite materno, saliva, lavado traqueobrônquico, líquor, lágrimas e outros tecidos.⁸⁹

A transmissão horizontal da infecção pelo vírus HIV é basicamente realizada através de relação sexual, seja ela heterossexual ou homossexual. A transmissão parenteral ocorre através de sangue e/ou derivados de sangue contaminado, sendo mais comum em pacientes hemofílicos, politransfundidos e usuários de drogas endovenosas que fazem uso comunitário de seringas e agulhas contaminadas.⁹⁰

A transmissão vertical pode ocorrer da mãe infectada para o filho pela placenta, durante o trabalho de parto ou após o parto através do leite materno.⁹⁰

O primeiro caso diagnosticado de Aids no Brasil reporta-se ao ano de 1980, e a partir de 1982 o número de casos notificados vem aumentando em progressão geométrica, o que motiva as autoridades sanitárias a afirmarem que esta doença tem um perfil epidêmico.⁹¹

O paciente infectado pelo vírus HIV ou aidético, como qualquer outro indivíduo, pode necessitar de tratamento odontológico de rotina e com o desenvolvimento da doença ele passa a tornar-se vulnerável a diversas manifestações da síndrome que podem ocorrer na cavidade bucal, área de atuação do cirurgião dentista. Portanto espera-se desse profissional atendimento tanto para doenças como a cárie dentária e a doença periodontal clássica, que se constituem nas mais comuns de ocorrência na boca em qualquer amostragem populacional, bem como que esteja capacitado para reconhecer as manifestações clínicas da Aids nesse sítio orgânico que é de sua responsabilidade.⁹²

A candidose em suas diversas formas de apresentação clínica, a leucoplasia pilosa, o sarcoma de Kaposi e a doença periodontal associ-

adas ao HIV são manifestações bucais comuns de serem observadas no paciente infectado pelo HIV ou com Aids.⁹²

Manifestações Bucais da Aids

Um grande número de estudos apontam para a freqüência de lesões bucais nos pacientes com infecção pelo HIV/Aids. A maioria deles demonstram que a candidose pseudomembranosa e a leucoplasia pilosa são as lesões mais comuns nos pacientes com infecção pelo HIV/Aids, com alta prevalência e incidência correlacionando-se com a diminuição da contagem de linfócitos T CD4 e com a progressão da doença.³

É importante que se reconheça as manifestações bucais de um paciente infectado pelo HIV ou com Aids pelas seguintes razões.⁹³

- Elas podem ser o primeiro sinal da infecção pelo HIV
- Elas podem ser o primeiro sinal de uma infecção oportunista sistêmica ou de um neoplasma relacionado com Aids
- Elas são importantes causas de morbidade e ocasionalmente de mortalidade
- Elas podem servir facilmente como marcadores do comprometimento imunológico.

Praticamente todos os pacientes portadores do vírus HIV irão apresentar durante o curso da doença manifestações envolvendo a região da cabeça e pescoço, especificamente em relação ao comprometimento da cavidade bucal, o Quadro 1 destaca as mais e menos comuns condições patológicas observadas nesses pacientes.⁹

Antes da descrição de lesões bucais relacionadas com a infecção pelo HIV/Aids, torna-se importante ressaltar que a detecção de linfadenopatia persistente por mais de três meses, envolvendo gânglios cervicais com marcante comprometimento das cadeias submentoniana e submandibular, as quais estejam apresentando linfonodos flutuantes medindo em geral mais de 1cm de diâmetro, constituem um achado indicativo de soroconversão quanto ao HIV, sendo mandatória nesses casos a solicitação de testes anti-HIV e a biópsia de um linfonodo para confirmação do diagnóstico provável de soroconversão.

Dentre as lesões bucais, em indivíduos soroconvertidos, preditivas de evolução para Aids, deve-se destacar a candidose e a leucoplasia pilosa bucal.⁹ Além dessas condições, no presente texto serão revisados os aspectos do sarcoma de Kaposi, das doenças periodontais e das úlceras aftosas presentes na cavidade bucal de pacientes aidéticos.

Candidose

A infecção pela *Candida spp.*, um fungo semelhante à levedura, é conhecida como candidíase ou por candidose como será usado nesse texto, pois o sufixo ose é que deve ser aplicado para designar infecções fúngicas, enquanto o sufixo íase é melhor reservado para taxonomia de doenças parasitárias. No passado, a doença era denominada de monilíase, mas tal termo deve ser abandonado, pois deriva de monília denominação arcaica e já descartada para o microrganismo.⁹⁴ A *Candida albicans* é a principal espécie relacionada com doença clínica na cavidade bucal, no entanto, são reconhecidas outras espécies de *Candida* como *Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis*, *Candida glabrata*, *Candida krusei*, *Candida guilliermondii*, *Candida pseudotropicalis*, e mais recentemente a *Candida dubliniense*. Todas colonizam a cavidade bucal, porém raramente estão associadas com doença clínica.⁹ A *Candida glabrata* sempre foi considerado um fungo comensal, relativamente não patogênico para o organismo humano, especialmente para as mucosas, porém, nos últimos anos, a participação desses microrganismos em lesões bucais tem aumentado consideravelmente, principalmente em pacientes portadores de Aids.

O estudo de 921 espécimens coletados de pacientes portadores do vírus HIV revelou que 95 deles eram positivos para as diversas espécies de *Candida* diferentes da *Candida albicans*, principalmente em pacientes com baixas contagens de linfócitos TCD4.⁹⁵

Quadro 1
Condições bucais relacionadas com pacientes infectados pelo HIV/Aids

| | Mais comuns | Menos comuns |
|--------------------|---|---|
| Infecções Fúngicas | Candidose | Aspergilose Histoplasmose Criptococose Geotricose |
| Bacterianas | Gengivite relacionada ao HIV Periodontite relacionada ao HIV Gengivite ulcerativa necrosante (GUNA) | <i>Mycobacterium avium-intracellulare</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Enterobacter cloacae</i> Escherichia coli Salmonela enteritidis Doença por arradura de gato Sinusite Exacerbação de doença inflamatória periapical Celulite submandibular |
| Virais | Herpes Simples (HSV) Herpes zoster (VZV) Leucoplasia Pilosa (EBV) | Papilomavírus humano (HPV) Citomegalovírus (CMV) Molusco contagioso |
| Neoplasmas | Sarcoma de Kaposi (HHV 8) | Linfoma não-Hodgkin Carcinoma de células escamosas |
| Linfadenopatia | Cervical | |
| Neurológicas | | Neuropatia trigeminal Paralisia facial |
| Outras | | Ulcerações aftosas Estomatite necrosante Epidermólise tóxica Cicatrização retardada de ferimentos Trombocitopenia Embriopatia relacionada HIV Hiperpigmentação Granuloma anular Queilite esfoliativa Reações liquenóides |

A candidose é a manifestação bucal mais comum do portador do vírus HIV e não raro é o primeiro sinal clínico que leva ao diagnóstico inicial da doença, surgindo em geral quando os níveis de linfócitos TCD4 estão abaixo de 200 cels/mm³. Em pacientes pediátricos ela pode se constituir na única manifestação bucal da Aids. A sua presença em um paciente infectado pelo HIV não é diagnóstica de Aids, mas parece ser preditiva para o desenvolvimento da mesma no decorrer de um período de dois anos. Cerca de 45% a 90% dos pacientes aidéticos apresentam candidose bucal, sendo observados quatro padrões clínicos de manifestações dessa infecção fúngica na boca, que são:⁹

Padrões clínicos mais comuns de candidose

- Candidose pseudomembranosa
- Candidose eritematosa

Padrões clínicos menos comuns de candidose

- Candidose hiperplásica
- Queilite angular

Dentre todas as formas clínicas, a candidose pseudomembranosa é a mais comum em pacientes portadores do vírus HIV^{94,95,96}, se apresentando como placas brancas que lembram leite coalhado, que se destacam com a raspagem deixando uma área cruenta e sangrante. Tais lesões podem aparecer isoladamente ou de forma generalizada acometendo vários sítios da cavidade bucal⁷⁹. As placas brancas observadas nessa doença são compostas por fungos, resíduos ceratóticos, células epiteliais descamadas, bactérias e fibrina⁹. A mucosa jugal, o fundo de sulco vestibular, a bucofaringe e as partes laterais do dorso da língua são as regiões mais afetadas pela candidose^{79,97}. A sintomatologia inclui a sensação de ardência ou de queimação da mucosa bucal, bem como um gosto desagradável na boca.⁹

A candidose eritematosa é caracterizada pela presença de áreas avermelhadas, geralmente na superfície dorsal da língua, na junção do palato duro com palato mole e na região do bucofaringe. Essas lesões representam uma atrofia do epitélio de revestimento da cavidade bucal. Frequentemente os pacientes portadores dessa forma de candidose relatam uma sintomatologia intensa descrita como uma forte sensação de ardência ou de queimação da boca.^{9,79,97}

O aparecimento de lesões crônicas e assintomáticas no dorso da língua relacionadas com a infecção por *Candida albicans* recebem denominações específicas como, atrofia papilar central da língua ou glossite romboidal mediana sendo caracterizadas como áreas eritematosas bem demarcadas, planas ou lobuladas, localizadas na porção média da superfície dorsal da língua adiante do V lingual, podendo ser manifestação clínica de pacientes com Aids, sem no entanto ser exclusiva desses.^{9,79}



Figura 17. Candidose. Placas brancas destacáveis pela raspagem, localizadas no bucofaringe caracterizando candidose pseudomembranosa presentes em um paciente aidético.

A candidose hiperplásica é uma forma crônica da infecção, ocorrendo por infiltração das hifas de *Candida spp.* profundamente nos tecidos da mucosa bucal.⁹⁷ Clinicamente, as lesões se apresentam como placas brancas e firmes eventualmente circundadas por um eritema. Ao contrário da candidose pseudomembranosa, as placas brancas da forma hiperplásica não se destacam com a raspagem podendo permanecer na mucosa por um longo período de tempo. As regiões retrocomissurais, o dorso da língua e a mucosa jugal são os locais mais acometidos por esta forma clínica de candidose. Um aspecto importante a ser considerado é o estabelecimento de um diagnóstico diferencial entre a candidose hiperplásica que tende a regredir com o uso de antifúngicos e a leucoplasia bucal, uma lesão considerada como pré-maligna, que não apresentará qualquer involução com o uso de tais medicamentos.



Figura 18. Candidose em paciente aidético. Áreas recobertas por pseudomembranas brancacentas e áreas eritematosas envolvendo a mucosa jugal e dorso da língua.

A queilite angular é caracterizada pelo aparecimento de eritema, fissurações e descamação envolvendo a comissura labial. Essa alteração pode associar-se a sintomas locais como ardência ou dor, sendo que alguns pacientes referem dificuldades para abrir a boca. Algumas vezes, a condição é vista como um componente da candidose multifocal crônica, porém na grande maioria dos pacientes, ela ocorre de forma isolada, principalmente em idosos quando relacionada com a perda de elementos dentários e conseqüentemente da dimensão vertical de oclusão, levando à formação de sulcos no canto da boca e permitindo o acúmulo de saliva nessa região, tornando o meio úmido e extremamente satisfatório para a colonização por fungos. Na atualidade, estudos microbiológicos comprovam que além da *Candida albicans* os *staphylococcus aureus* também participam do aparecimento da queilite angular.

Alguns autores chamam a atenção para a alta prevalência de queilite angular em pacientes portadores do vírus HIV, considerando que a presença dessa lesão associada com outras formas de candidose pode ser um marcador importante de infecção pelo HIV. Um outro aspecto interessante a ser destacado em pacientes portadores do vírus HIV é a presença de queilite angular em indivíduos jovens que não perderam elementos dentários e portanto apresentam normalidade quanto a dimensão vertical de oclusão.⁹⁶



Figura 19. Candidose eritematosa. Área vermelha bem demarcada com desaparecimento das papilas no dorso da língua de um paciente aidético.

Diversos métodos microbiológicos são úteis para a detecção da *Candida spp.* O exame micológico direto pela preparação do espécime coletado em hidróxido de potássio a 10% é um método rápido de diagnóstico, no qual pode-se visualizar as leveduras, hifas e pseudohifas da *Candida*. A preparação de lâminas por meio de citologia esfoliativa, também serve para a detecção das hifas de *Candida*, nessa técnica o emprego do ácido periódico de Schiff (PAS) cora os carboidratos presentes na parede das células fúngicas e permite a satisfatória visualização destes microrganismos.^{9,40,79,97} A cultura em meio de sabouraud com incubação por um período de 24 a 48 hs propicia o crescimento de microrganismos do gênero *Candida*. A identificação da *Candida albicans* pode ser obtida pelo resultado positivo do teste de tubo germinativo, ou pela formação de clamidosporo em ágar fubá.^{40,98} Outras espécies de *Candida* podem ser identificadas com os testes de assimilação e fermentação de carboidratos, e ainda pelo uso de meios cromogênicos. Atualmente, a detecção do DNA desses fungos pela técnica do PCR também vem sendo utilizada para a identificação da espécie de *Candida* envolvida.^{99,100}

A candidose bucal em suas diversas formas de apresentação clínica ou quando disseminada para as regiões da faringe e do esôfago, constitui sinal clínico de importância para a suspeita de infecção pelo HIV. No

entanto, deve ser ressaltado, que outras condições como as listadas no Quadro 2, podem predispor ao aparecimento de candidose bucal e sistêmica.^{9,40,79,81,101}

Quadro 2

Condições patológicas relacionadas com candidose

1. Imaturidade imunológica da infância

2. Distúrbios endócrinos

Diabete melito
Hipoparatiroidismo
Hipotireoidismo
Hipoadrenalismo

3. Carências nutricionais

4. Drogas

Antibióticos
Agentes citostáticos
Corticosteróides
Agentes imunossupressores

5. Doenças malignas

Leucemia
Timoma
Linfomas
Carcinomas avançados

6. Outras

Infecção pelo HIV/Aids
Neutropenia
Leucopenias
Doenças auto-imunes

O tratamento da candidose bucal superficial inclui o uso de agentes antifúngicos tópicos, tais como os derivados azólicos e a nistatina que pode ser usada como pastilha ou solução para bochecho. Infecções disseminadas ou recidivantes como as que ocorrem frequentemente em pacientes portadores do vírus HIV devem ser tratadas preferencialmente com antifúngicos sistêmicos administrados por via oral, tais como o cetoconazol, fluconazol, itraconazol e a terbinafina.^{9,40,79,96,100,101,102}

Leucoplasia Pilosa

A leucoplasia pilosa bucal é comumente encontrada em pacientes infectados pelo HIV. A prevalência dessa lesão em pacientes portadores do vírus HIV varia de 26% a 36% sendo observada predominantemente em homossexuais do sexo masculino e raramente encontrada em crianças. Essa lesão pode ser um sinal clínico precoce de infecção pelo HIV, sendo um preditor do subsequente desenvolvimento da Aids. A provável causa da leucoplasia pilosa relaciona-se com o vírus Epstein-Barr que infecta e se replica em ceratinócitos induzindo a hiperplasia do epitélio. Essa observação baseia-se na detecção do DNA viral do EBV pela técnica de hibridização molecular nas lesões.

Pela microscopia eletrônica é possível detectar as partículas do EBV em células epiteliais, além do mais, antígenos virais podem ser demonstrados em estudos de imunohistoquímica. A presença do HPV e da *Candida spp.* associadas à leucoplasia pilosa bucal tem sido relatada por alguns autores. Geralmente, o aparecimento da lesão surge quando os pacientes infectados pelo HIV apresentam níveis de linfócitos TCD4 abaixo de 300cels/mm³.^{9,40,79,103,104,105}

Clinicamente, a leucoplasia pilosa é uma placa branca discretamente elevada, que não se destaca por meio de raspagem, tendo a superfície corrugada e apresentando estriações verticais. A localização preferencial das lesões é na borda lateral da língua, podendo estender-se para as suas regiões dorsal e ventral, e, na grande maioria das vezes, são lesões bilaterais. Em situações muito raras, a leucoplasia pilosa pode apresentar-se na mucosa jugal, no lábio, no assoalho da boca, no palato mole e no bucofaringe.^{9,40,79,103,104,105}



Figura 20. Leucoplasia pilosa em paciente aidético. Placa branca estendendo-se por toda a borda lateral da língua, corrugada na sua superfície e apresentando estriações verticais.

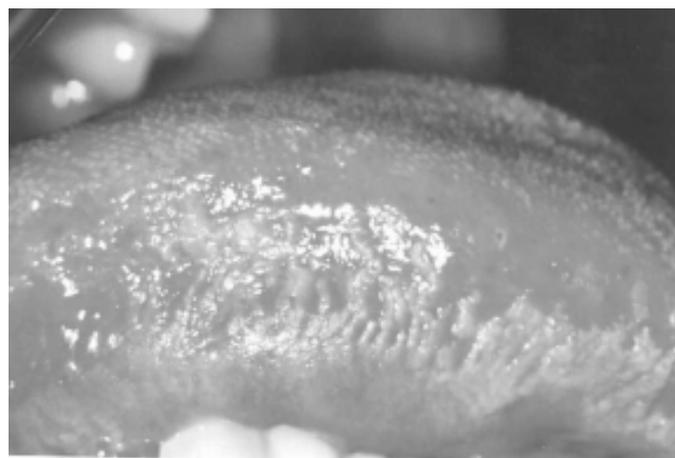


Figura 21. Leucoplasia pilosa. Outro paciente aidético apresentando leucoplasia pilosa, observada em imagem mais aproximada que caracteriza bem seu aspecto estriado e corrugado.

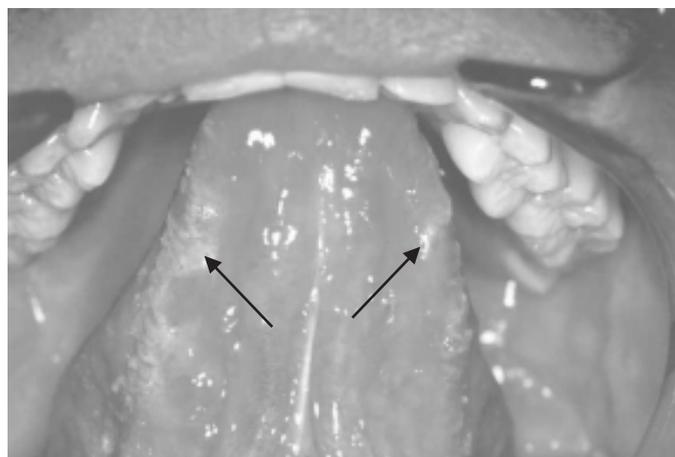


Figura 22. Leucoplasia pilosa em paciente aidético. A figura mostra a presença bilateral da leucoplasia pilosa bem como as lesões estendendo-se para a superfície ventral da língua, aspectos comuns da condição (setas).

Apesar de não ser comum, a leucoplasia pilosa bucal pode ser encontrada em pacientes imunodeprimidos por causas diversas, seguindo, nesses casos, o mesmo padrão de apresentação clínica.

Ao exame histopatológico da leucoplasia pilosa, observa-se a presença de hiperparaceratose acentuada, muitas vezes com a formação de irregularidades e cristas ceratóticas na superfície. Na camada espinhosa do epitélio as células apresentam degeneração balonizante com um halo claro perinuclear (coilocitose), estando as mesmas pouco coradas.^{9,40,79,106}

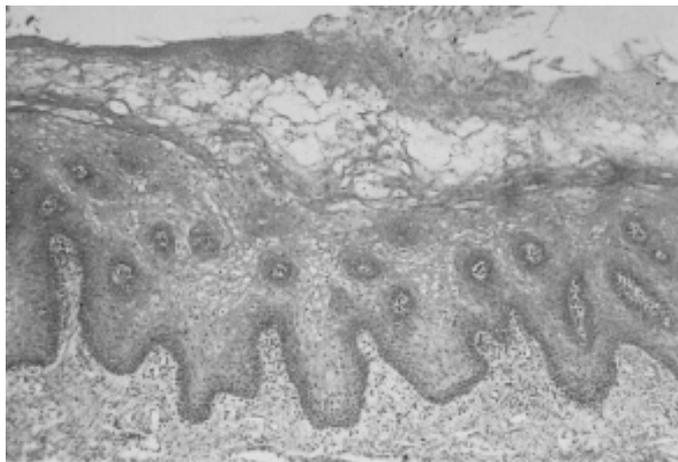


Figura 23. Corte histológico mostrando paraceratinização espessa e irregular na superfície do epitélio, que encontra-se hiperplásico e apresenta uma banda manchada de células balonizadas pouco coradas na porção superior da camada espinhosa. Tal padrão de alteração epitelial não é exclusivo da leucoplasia pilosa, no entanto, quando em conjunto com a clínica, é fortemente sugestivo do diagnóstico. A detecção do DNA viral do EBV deve complementar o reconhecimento da lesão.

Na grande maioria dos casos, não há necessidade de qualquer tratamento para a leucoplasia pilosa, porém quando as lesões estiverem provocando algum tipo de desconforto ou comprometendo a estética o tratamento com antivirais a base de aciclovir podem levar a uma rápida resolução do quadro clínico, entretanto as recidivas são freqüentes após a descontinuidade do tratamento. A utilização de podofilina resinosa tópica a 25 %, resulta em regressão das lesões por um período aproximado de 28 semanas. A leucoplasia pilosa bucal pode regredir completamente em pacientes que estejam fazendo uso de antiretrovirais como o AZT, ou após a utilização de ácido retinóico.¹⁰⁶

Doenças do Periodonto

Dentre as infecções bacterianas relacionadas com pacientes portadores do vírus HIV, as doenças do periodonto são manifestações bucais relativamente comuns, podendo ser classificadas em três principais grupos clínicos: o eritema gengival linear, a periodontite necrosante e a gengivite necrosante.¹⁰⁷

O eritema gengival linear é caracterizado clinicamente por uma faixa vermelha estreita, disposta ao longo da margem gengival. Os pacientes com essa alteração podem apresentar sangramento gengival espontâneo ou a sondagem. Em geral o quadro clínico não responde as medidas de controle de placa (higienização com fio, escova e creme dental) ou alisamento radicular.

Microrganismos como *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Fusobacterium nucleatum*, são comumente encontrados na flora bacteriana responsável pela doença periodontal em indivíduos não imunossuprimidos. Quando o paciente é imunossuprimido, na doença periodontal é comum a presença de *Fusobacterium necrophorum*, *Mycoplasma salivarium*, *Enterobacter cloacae*, espécies de *streptococcus* e de *Capnocytophaga*, *Weilona recta* e *Campylobacter rectus* *Candida albicans*, complementando a microflora relacionada com a doença.¹⁰⁷

A periodontite do paciente HIV-positivo é caracterizada por ulceração do tecido gengival, associada a necrose e rápida destruição das estruturas periodontais incluindo o osso alveolar que suporta os dentes, ocorrendo sangramento gengival espontâneo e quadros dolorosos que são descritos pelos pacientes como o de uma dor severa e profunda.

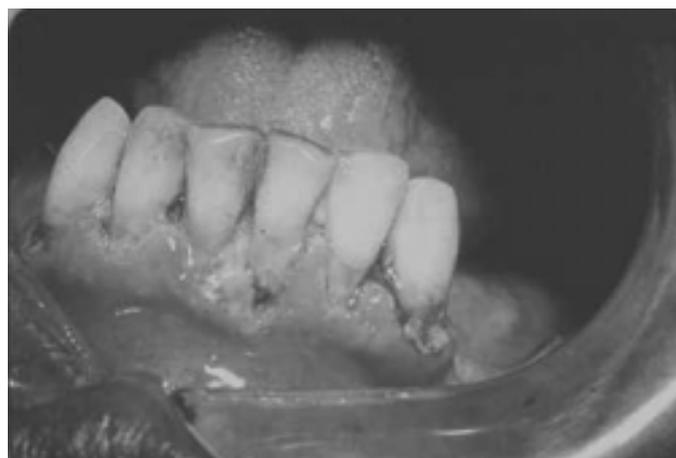


Figura 24. Periodontite necrosante mostrando ulceração do tecido gengival associada à necrose das papilas gengivais em paciente aidsético.

Geralmente, a periodontite necrosante é localizada, podendo nos casos mais graves ocorrer de forma generalizada, e tal condição freqüentemente não responde satisfatoriamente aos tratamentos periodontais convencionais, o que leva a perda dentária dentro de pouco tempo. O tratamento da periodontite necrosante inclui o debridamento local, associado com curetagem periodontal, complementado por irrigação com clorexidina e antibioticoterapia, principalmente com metronidazol.

A gengivite necrosante do paciente infectado pelo HIV apresenta características similares a dos indivíduos não contaminados por este vírus, com uma prevalência entre 4% e 16% naqueles pacientes. Portanto, a presença de um quadro gengival desse tipo, em um paciente que relate comportamento de risco, deve levar o profissional a suspeitar de infecção pelo HIV e solicitar exames sorológicos visando o possível diagnóstico da infecção. Clinicamente, as lesões da gengivite necrosante apresentam áreas de destruição das papilas gengivais resultantes da formação de úlceras necróticas, conferindo à gengiva nessas áreas, um aspecto em prateleira, sendo essa recoberta por pseudomembrana e podendo ainda ser observado sangramento intenso, dor e halitose.

É importante destacar que a periodontite e a gengivite necrosante podem evoluir para um quadro de estomatite necrosante (NOMA), o qual provoca grande destruição dos tecidos da cavidade bucal com exteriorização cutânea, acontecendo com mais freqüência em pacientes imunodeprimidos como os são aqueles infectados pelo HIV.^{9,40,79,107}



Figura 25. Noma em paciente aidsético. Extensa área amarelada de necrose com progressão rápida, que iniciou-se na gengiva e estendeu-se para a mucosa jugal, promovendo grande destruição tecidual resultante da participação de microrganismos anaeróbios, bacilos fusiformes e espiroquetas de Vincent.



Figura 26. Noma em paciente aids. Exteriorização cutânea da lesão como resultado da destruição tecidual intrabucal observada na figura 25.

Sarcoma de Kaposi

O sarcoma de Kaposi é uma neoplasia maligna originada a partir de células do endotélio vascular, sendo mais comum em pacientes homossexuais do sexo masculino portadores do vírus HIV. Atualmente, diversos estudos relacionam a causa dessa lesão com um tipo de herpesvírus denominado *Kaposi's sarcoma associated herpesvirus* (KSHV) ou herpesvírus humano 8 (HHV-8), o qual representa provavelmente um vírus oportunista com capacidade oncogênica, podendo ser transmitido por contato sexual¹⁰⁸.

Além disso, a detecção desse vírus em pacientes com sarcoma de Kaposi sugere que a prática de sexo buco-genital, ou através da própria saliva, pode constituir-se em algumas regiões ou grupos de pacientes em uma das vias de sua transmissão.⁶⁰ Outro aspecto importante na etiologia do sarcoma de Kaposi é a participação da proteína "tat" do paciente HIV que atua sinergicamente com fatores básicos de crescimento dos fibroblastos, estimulando a proliferação de células endoteliais.¹⁰⁹ Clinicamente, o sarcoma de Kaposi pode assemelhar-se com outras lesões vasculares, sendo facilmente confundido com o hemangioma, mal formações vasculares, equimoses, granuloma piogênico, doenças inflamatórias ou pigmentação por melanina. Geralmente, as lesões são multicêntricas, podendo haver envolvimento visceral, porém a região do tronco e de membros superiores são os principais locais de acometimento do sarcoma de Kaposi.

Na cavidade bucal, o palato e a gengiva são os sítios mais acometidos por essa neoplasia e clinicamente as lesões podem se apresentar como nódulos, massas tumorais ou máculas únicas ou múltiplas, de tamanhos variados, com coloração vermelho-purpúrea ou acastanhada que não desaparecem quando comprimidas, podendo tornarem-se ulceradas causando dor e desconforto local.^{9,40,79,108,109}



Figura 27. Sarcoma de Kaposi em paciente aids representado por duas massas tumorais sendo uma de coloração purpúrea no lado direito do palato duro e a outra avermelhada, localizada mais centralmente, abrangendo o palato duro e o palato mole. Observa-se também a presença de pseudomembrana brancacenta, recobrendo parte da lesão avermelhada e salpicando o palato duro do lado esquerdo, resultante de candidose pseudomembranosa.

Na cavidade bucal, o palato e a gengiva são os sítios mais acometidos por essa neoplasia e clinicamente as lesões podem se apresentar como nódulos, massas tumorais ou máculas únicas ou múltiplas, de tamanhos variados, com coloração vermelho-purpúrea ou acastanhada que não desaparecem quando comprimidas, podendo tornarem-se ulceradas causando dor e desconforto local.^{9,40,79,108,109}



Figura 28. Áreas maculares de coloração vermelho-purpúreas dispersas pelo palato duro e mais posteriormente uma pequena elevação nodular. As duas formas clínicas são representativas de sarcoma de Kaposi em paciente aids.

A suspeita de etiologia viral para o sarcoma de Kaposi já era especulada antes mesmo do aparecimento da epidemia pelo HIV em decorrência das características epidemiológicas de sua forma endêmica que ocorre em países do centro leste da África, onde em alguns deles, o tumor constitui cerca de 10% de todas as formas de câncer.⁶⁰

Para confirmação do diagnóstico, a realização de uma biópsia é fundamental e o quadro histológico revela uma proliferação vascular com feixes entrelaçados de células fusiformes, associadas com numerosas fendas vasculares e grandes áreas de extravasamento de hemácias, podendo-se também observar-se a presença de diversos canais vasculares atípicos. Coleções dispersas de glóbulos eosinofílicos, entremeados com as células tumorais, bem como um infiltrado inflamatório crônico mononuclear superficial completam o quadro histopatológico.^{9,40,79}

A involução espontânea do sarcoma de Kaposi sem qualquer tipo de tratamento específico pode ocorrer, no entanto, esse fato pode dever-se ao uso de drogas antiretrovirais para o tratamento da infecção pelo HIV. Outro aspecto importante quanto ao tumor, foi observado em pacientes HIV positivos infectados com HHV-8, nos quais o uso do Foscarnet e do Ganciclovir diminuiu a incidência de tumores e preveniu suas recidivas.^{110,111} Dentre as modalidades efetivas de tratamento para o sarcoma de Kaposi podem-se destacar: excisão cirúrgica local, escleroterapia, crioterapia, laserterapia, quimioterapia intralesional preferencialmente com vinblastina, ou sistêmica com vários agentes combinados, além da radioterapia. Na atualidade o uso do interferon- α , de citocinas e da terapia fotodinâmica utilizando agentes como o SnET₂ também estão sendo utilizadas como métodos alternativos visando-se o controle e tratamento dessa neoplasia.^{9,40,79,112,113,114}

Úlceras Aftosas

As aftas podem ocorrer com elevada frequência na cavidade bucal de pacientes portadores do vírus HIV, sendo observadas as três formas clínicas (menor, maior e herpertiforme). Alguns estudos citam o papel da imunidade celular na patogênese dessas lesões. Moléculas de adesão intercelular de leucócitos endoteliais parecem fazer com que macrófagos e outros leucócitos migrem para o local das úlceras aftosas, podendo esses mecanismos se relacionarem com a patogênese da lesão.

As aftas maiores são mais prevalentes em estados de imunodepressão intensa, quando os níveis de linfócitos T CD4 em pacientes aids estão abaixo de 100 cels/mm³. Nesses pacientes tornam-se recidivantes à miúdo e permanecem por períodos prolongados na boca, não respondendo a tratamentos ou medidas paliativas convencionais. Clinicamente, as úlceras aftosas são lesões rasas com um halo eritema-

toso na periferia, geralmente envolvendo áreas de mucosa não ceratinizada. As aftas menores e as do tipo herpetiforme têm predileção pela mucosa jugal, palato mole, superfícies ventral e lateral da língua e pilar amigdaliano. As úlceras maiores (aftas de Sutton) ocorrem mais frequentemente na região das fauces, assoalho de boca e ventre da língua. Os pacientes portadores dessas lesões queixam-se de dor intensa que pode comprometer uma série de funções como a deglutição, fonação e ainda a higiene bucal. Em alguns casos, principalmente de úlceras maiores que não cicatrizem dentro de um período de 10 a 21 dias, pode estar indicada a realização de uma biópsia para afastar a possibilidade de uma neoplasia maligna ou de qualquer outra úlcera relacionada com um agente infeccioso específico como, por exemplo o Citomegalovírus, o *Histoplasma capsulatum* dentre outros.^{9,40,79,115,116}

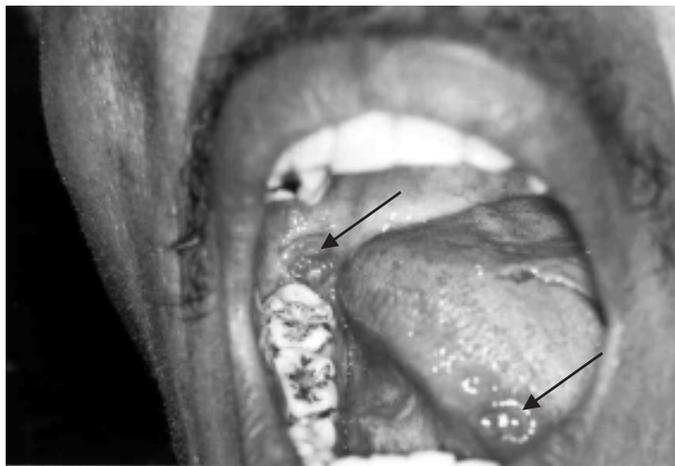


Figura 29. Úlceras aftosas maiores localizadas na borda lateral da língua e região retromolar em paciente aids (setas).

As lesões aftosas menores envolvendo concomitantemente a cavidade bucal, a genitália e região ocular são significativas de síndrome de Behçet, a qual representa um mecanismo de imunoderegulação relacionada a diversos antígenos ambientais sem relação direta com DST/Aids.^{9,79,117}

O tratamento das aftas bucais inclui o uso de medicamentos tópicos como corticosteróides tópicos e bochechos com tetraciclina, clorexidina, colchicina dentre outros. Em casos mais severos que não respondem satisfatoriamente à terapia local, a indicação de corticosteróides sistêmicos pode constituir-se em uma das formas de tratamento, porém deve ser evitado o seu uso para pacientes aids pelo inconveniente de comprometer o sistema imunológico do paciente já bastante alterado pela própria síndrome. O uso da talidomida por via oral tem representado uma forma de tratamento bastante eficaz devendo-se, no entanto, reservar a sua aplicação para casos bem selecionados em virtude dos seus graves e conhecidos efeitos colaterais.^{9,79,116,117}

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- CDC: Special focus: Surveillance for sexually transmitted diseases. *MNWR*, v. 42, n.SS-3, 1993.
- 2- FIUMARA, N.: Venereal diseases of the oral cavity. *J Oral Med*, v.31, n. 55 p.36-40, 1976.
- 3-BRICKER, S.L., LANGLAIS, R.P., MILLER, C.S., Oral diagnosis oral medicine, and treatment planning. 2ª ed. Pennsylvania: Lea & Febiger, 1994. 854 p.
- 4-BELDA JR., W. Doenças Sexualmente Transmissíveis – Conceito In: PASSOS, M.R.L. D.S.T. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica. 1995. 552 p.
- 5-TIBURCIO, A. S. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Atendidos no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense em 1995. Niterói-RJ, 1997. 118p., Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) Faculdade de Medicina - Universidade Federal Fluminense, 1997.
- 6-EDWARDS, S., CARNE, C. Oral sex and the transmission of non-viral STIs. *Sex. Transm. Inf.* v. 74 p.95-100, 1998.
- 7-JOHNSON, A. M., WADSWORTH, J., WELLINGS, K., FIELD, J. Sexual attitudes and lifestyles. Oxford: Blackwell Science, 1994. 499p.
- 8-WINKELSTEIN, W., LYMAN, D., PADIAN, N., et al. Sexual practices and the risk of infection by the human immunodeficiency virus. The San Francisco men's study. *JAMA*, v.257 p.321-325, 1987.
- 9-NEVILLE, B. W., DAMM, D.D., ALLEN, C.M. et al Oral and maxillofacial pathology. 1 ed Philadelphia: W. B. Saunders Company .1995. 709 p.
- 10-BELLIZZI, R., KRAKOW, A., PLACK, W.: Soft palate trauma associated with fellatio: Case report. *Mil Med*, v. 145 p.787-788, 1980.
- 11-SCHLESINGER, S., BORBOTSINA, J., O'NEILL, L.: Petechial hemorrhages of the soft palate secondary to fellatio. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v. 40 p.376-378, 1975.
- 12-RATTNER, H: A strange case of palatitis. *Arch Dermatol*, v. 60 p.624, 1949.
- 13-MADAR, C: Lingual frenum ulcer resulting from oro- genital sex. *J Am Dent Assoc*, v. 103 p.888-890, 1981.
- 14-TEREZHALMY, G.T.: Oral manifestations of sexually related diseases. *Ear Nose Throat J*, v.62 p.5-19, 1983.
- 15-SONIS, T. S., FAZIO, R. C., FANG, L. Princípios e Práticas de Medicina Oral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995. 491 p.
- 16-MERCHANT, H. W., SHUSTER, G. S., Oral gonococcal infection. *J Am Dent Assoc*, v.95 n. 4 p.807-809, 1977.
- 17-PASSOS, M.R.L. D.S.T. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4ª ed.. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1995. 552 p.
- 18-ZENILMAN, J.M. Gonorrhea: Clinical and public health aspects. *Hosp Pract*, v. 28 p.29-50, 1993.
- 19-SCIUBBA, J.: Oral aspects of sexually transmitted diseases. *Ann Dent*, v. 37 p.1-7, 1978.
- 20-STOLZ, E., SCHULIER, J.: Gonococcal oral and nasopharyngeal infection. *Br J Vener Dis*, v.50 p.104-108, 1974.
- 21-WEISNER, P., TRONCA, E., BONIN, P. et al. Clinical spectrum of pharyngeal gonococcal infection. *N Engl J Med*, v.288 p.181-185,1973.
- 22-HANDSFIELD, H.: Gonorrhoea and non-gonococcal urethritis: Recent advances. Symposium on Infectious Diseases. *Med Clin North Am*, v.62 p.925-943, 1978.
- 23-BRO-JORGENSEN, A., JENSEN, T.: Gonococcal tonsillar infections. *Br Med J*, v.4 p.660-661, 1971.
- 24-COPPING, A. Stomatitis caused by gonococcus. *J Arn Dent Assoc*, v.49 p.567, 1954.
- 25-COWAN, L: Gonococcal ulceration of the tongue in gonococcal dermatitis syndrome. *Br J Vener Dis*, v. 45 p.228-231, 1969.
- 26-WALLIN, J., SIEGEL, M.: Pharyngeal *Neisseria gonorrhoeae*: Colonizer or pathogen? *Br Med J*, v.1 n.6176 p. 1462-1463, 1979.
- 27-BRONSON, F.R.: Gonorrhea buccalis. *Am J Urol Sexol*, v.15 p. 59-69, 1919.
- 28- CDC: Sexually Transmitted Diseases treatment guidelines. *MMWR*, v. 42 n.RR-14, 1993.
- 29-ESCOBAR, V., FARMAN, A., ARM, R.: Oral gonococcal infection. *Int J Oral Surg*, v.13 p.549-554, 1984.
- 30-IQBAL, Y.: Gonococcal tonsillitis. *Br J Vener Dis*, v. 47 p.144-145, 1971.
- 31-THOMPSON, S.E.III, JACOBS, N.F. JR., ZAKARIAS, F. et al. Gonococcal tenosynovitis, dermatitis and septic arthritis. Intravenous penicillin vs oral erythromycin *JAMA*, v. 244 n.10, p.1101-1102, 1980.
- 32-SCHMIDT, H., HJORTING-HANSEN, E., PHILIPSEN, H.: Gonococcal stomatitis. *Acta Dermato-venereologica*, v.41 p.324-327, 1961.
- 33-URBAN, M., HERVADA, A.: Gonococcal gum abscess in a 10 week old infant. *Clin Pediatr*, v.16 p.193-194, 1977.
- 34-JAMSKY, R., CHRISTEN, A.: Oral gonococcal infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* v.53 p.358-362, 1982.
- 35-FIUMARA, N., WISE, H. JR., MANY, M.: Gonorrheal pharyngitis. *N Engl J Med*, v.276 p.1248-1250, 1967.
- 36-ALEXANDER, N., NAGY, W.: Gonococcal arthritis of temporomandibular joint. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.36 p. 809-813, 1973.
- 37-CHUE, P.: Gonorrhoea-Its natural history, oral manifestations, diagnosis, treatment, and prevention. *J Am Dent Assoc*, v.90 p.1297-1301, 1975.
- 38-METZGER, A.: Gonococcal arthritis complicating gonorrheal pharyngitis. *Ann Intern Med*, v.73 p.267-269, 1970.
- 39-WRIGHT, V.: Arthritis associated with venereal disease: A comparative study of gonococcal arthritis and Reiter's syndrome. *Ann Rheum Dis*, v.22 p.77-90, 1963.
- 40-LOTTI, T. M., PARISH, L.C. ROGERS, R. S. Oral Diseases. Text Book and Atlas. Berlin: Springer. 1999. 365 p.

- 41-FIUMARA, N., BERG, M. Primary syphilis in the oral cavity: *Brit J Ven Dis*, v.50 p. 463-464, 1974.
- 42-FIUMARA, N.: A legacy of syphilis. *Arch Dermatol*, v.92 p.676-678, 1965.
- 43-SCHECHTER, M., MARANGONI, D. V. Doenças Infecciosas Conduta Diagnóstica e Terapêutica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan. 1998. 674 p.
- 44-FIUMARA, N.: Cutaneous lesions of syphilis. *Cutis*, v.9 p.184-190, 1972 .
- 45-FIUMARA, N, GRANDE, D., GIUNTA, J.: Papilar secondary syphilis of the tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.45 p.540-542, 1978.
- 46-MANI, N.: Secondary syphilis initially diagnosed from oral lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.58 p.47- 50, 1984.
- 47-MANTON, S., EGGLESTONE, S., ALEXANDER, I. et al: Oral presentation of secondary syphilis. *Br Dent J*, v.160 p.237-238, 1986.
- 48-MEYER, I., SHKLAR, G.: The oral manifestations of acquired syphilis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.23 p.45-48, 1967.
- 49-MINISTÉRIO DA SAÚDE . Diagnóstico sorológico da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. AIDS, 1997. 80p.
- 50-ARRINGTON, JB.: Bacteria, fungi, and other microorganisms. In Prophet EB, Milis B, Arrington JB, et al (eds): Armed Forces Institute of Pathology Laboratory Methods in Histotechnology. Washington, DC : *American Registry of Pathology*, p 203-234, 1992.
- 51-HIRA, H., HIRA, R.: Parotitis with secondary syphilis. A case report. *Br J Vener Dis*, v.60 p.121-122, 1984.
- 52-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2.ed. Brasília. 1997. 74p.
- 53-BAUER, W.: Tooth buds and jaws in patients with congenital syphilis. Correlation between distribution of *Treponema pallidum* and tissue reaction. *Am J Pathol*, v.20 p.297, 1944.
- 54-KARMODY, C., SCHUKNECT, H.: Deafness in congenital syphilis. *Arch Otolaryngol*, v.83 p.44-53, 1966.
- 55-ROBINSON, R.: Congenital syphilis. *Arch Dermatol*, v.199 p.599-610, 1969.
- 56-FIUMARA, N., LESSELL, S.: Manifestations of the late congenital syphilis. *Arch Dermatol*, v.102 p.78-83, 1970.
- 57-LITTLE, J. W., FALACE, D. A.: Sexually transmitted diseases. In LITTLE, FALACE (eds): Dental Management of the Medically Compromised Patient, 4ed. St Louis: Mosby-Year Book . 1993. p 276-288.
- 58-MORSE, S.A., MORELAND, A.A., HOLMES, K.K. Atlas of Sexually Transmitted Diseases and Aids. 2ª ed. London: Mosby-Wolfe. 1996. 344 p.
- 59-MANDELL, G.L., REIN, M.F. Atlas of Infectious Diseases. Sexually Transmitted Diseases. Philadelphia: Churchill- Livingstone. 1996. V(5).
- 60-LUPI, O., SLVA, A.G., PEREIRA JR., A.C. Herpes Clínica, Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Medsi. 2000. 278 p.
- 61-LASKARIS, G. Infectious diseases and dentistry . *Dental Clinics of North America*, v.40 n.2 p.395-424, 1996.
- 62-JURETIC, M. Natural history of herpetic infection. *Helv Pediatr Acta*, v.21 p.356-368, 1966.
- 63-GRIFFIN, J. W. Recurrent intraoral herpes simplex virus infection. *Oral Surg*, v.19 p.209, 1965.
- 64-COREY, L., ADMS, H. G., BROWN, Z. A., HOLMES, K.K., Genital herpes simplex virus infections: clinical manifestations, course and complications. *Ann Intern Med*, v.98 p.958-972, 1983.
- 65-BAGG, J., MANNINGS, A., MUNRO, J. et al. Rapid diagnosis of oral herpes simplex or zoster virus infections by immunofluorescence: Comparison with Tzanck cell preparations and viral culture. *Br Dent J*, v.167 p.235, 1989.
- 66-CHOUKAS, N.C., TOTO, P. D.: Condylomata acuminatum of the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.54 n.4 p.480-485, 1982.
- 67-TSENG, C., LIN, C., WANG, R.: Possible transplacental transmission of human papillomavirus. *Am J Obstet Gynecol*, v.166 p.35-40, 1992.
- 68-KNAPP, M., UOHARA, C.: Oral condyloma acuminatum. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* v.23 p.538-545, 1967.
- 69-EVERSOLE, L., LAIPIS, P., MERRELL, P. et al: Demonstration of human papillomavirus DNA in oral condyloma acuminatum. *J Oral Pathol Med*, v.16 p.266-272, 1987.
- 70-LEY, C., BAUER, H., REINGOLD, A.: Determinants of genital human papillomavirus infection in young women. *JNCI*, v.83 p.991-1003, 1991.
- 71-KELLOKOSKI, J. K., SYRJANEN, S., CHANG, F. et al: Southern blot hybridization and PCR in detection of oral human papillomavirus (HPV) infections in women with genital HPV infections. *J Oral Pathol Med*, v.21 n.10 p.459-464, 1992.
- 72-KELLOKOSKI, J., SYRJANEN, S., YLISKOWSKI, M. et al: Dot blot hybridization in detection of human papillomavirus (HPV) infections in oral cavity in women with genital HPV infections. *J Oral Microbiol Immunol*, v.7 n.1 p.19-23, 1992.
- 73-MAITLAND, N., BRORNIDGE, T., COX, M. et al: Detection of human papillomavirus genes in human oral tissue biopsies and cultures by polymerase chain reaction. *Br J Cancer*, v.59 p.698-703, 1989.
- 74-MAITLAND, N., COX, M., PRIME, S. et al: Detection of human DNA virus-like sequences in human oral tissue. *Br J Cancer*, v.56 p. 245-250, 1987.
- 75-CHANG, F., SYRJANEN, S., KELLOKOSKI, J. et al: Human papillomavirus (HPV) infections and their associations with oral disease. *J Oral Pathol Med*, v.20 p.305- 317,1991.
- 76-SCULLY, C., COX, M., PRIME, S. et al: Papillomavirus: The current status in relation to oral disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.65 p.526-532,1988.
- 77-SYRJANEN, K., SYRJANEN, S., LAMBERG, M. et al: Morphological and immunohistochemical evidence suggesting human papillomavirus (HPV) involvement in oral squamous cell carcinogenesis. *Int J Oral Surg*, v.12 p.418-424, 1983.
- 78-COSTA, L.J., SILVEIRA, FRX, BATISTA, J.M., BIRMAN, E.G..Human papilloma virus-its association with epithelial proliferative lesions. *Braz Dent J*, v.5 n.1 p.5-10, 1994.
- 79-REGEZI, J.A., SCIUBBA, J.J. Oral Pathology. Clinical Pathologic Correlations. 3 ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company. 1999. 538 p.
- 80-SWAN, R.H., McDANIEL, R.K., ROME, WC. Condiloma acuminatum involving the oral mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.51 n.5 p.503-508, 1981.
- 81-DOYLE, J., GORDJESK, J., MANHOLD, J.: Condyloma acuminatum occurring in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.26 p.434-440, 1968.
- 82-MILLER, C.S., ZEUSS, M.S, WHITE, D.K. Detection of HPV DNA in oral carcinoma using polymerase chain reaction together with in situ hybridization. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.77 n.5 p. 480-486, 1994.
- 83-VON KROGH, C.: The beneficial effect of 1% S-fluoracil in 70% ethanol on therapeutically refractory condylomas in the preputial cavity. *Sex Transm Dis*, v.5 p.137-140, 1978.
- 84-VON KROGH, C.: Topical treatment of penile condylomata acuminata with podophyllin, podophyllotoxin and colchicine. *Acta Derm Venereol (Stockh)*, v.58 p.163-168, 1978.
- 85-STARETZ, M., CORRELL, R., SCHOTT, T.: A solitary cauliflower-like nodule on the mucosal surface of the lower lip. *J Am Dent Assoc*, v.117 n.1 p.185-186, 1988.
- 86-SCULLY, C., LASKARIS, G., PINDBORG, J., PORTER, S.R. Oral manifestations of HIV infection and their management. Less common lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.71 n.2 p.167-171, 1991.
- 87-KEAY, S., TENG, N., EINSENHERG, M. et al . Topical interferon for treating condylom acuminata in women. *J Infect Dis*, v.158 n.5 p. 934-939, 1988.
- 88-CENTRO CORSINI. Treinamento Teórico Prático para Dentistas. Mimeografado. CAMPINAS, 1995.
- 89-TONIOLO, A., SERRA, C.,CONALDI, P.G. et al: Productive HIV-1 infection of normal human mammary epithelial cells. *AIDS*, v.9 n.8 p.859-866,1995.
- 90-PHAIR, J., JACOBSON, L., DETELS, R. et al: Aids occurring within 5 years of infection with HIV type 1: The multicenter Aids Cohort stud. *J Acquir Immune Defic Syndr*, v.5 n.5 p.490-496,1992 .
- 91-MINISTÉRIO DA SAÚDE . Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2ª ed. Brasília – DF, 1997. 74 p.
- 92-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual para Estudios Epidemiológicos sobre las Manifestaciones Orales de la Infección por el HIV. Ginebra, 1994.
- 93-GREENBERG, M.S. Herpes virus infections. *Dental Clinics of North America*, v.40 n.2 April, 1996.
- 94-DENIS, P. L.Oral candidiasis-History, classification, and clinical presentation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.78 p.189-93, 1994.
- 95-CARTLEDGE, J.D., MIDGLEY, J., GAZZARD, B.G. Non-albicans oral candidosis in HIV-positive patients. *J Antimicrob Chemother*, v.43 n.3 p. 419- 422, 1999.
- 96-CEBALLOS, A., AGUIRRE, J.M., ECHEBARRÍA, M. et al. 1996 Prevalencia y distribución de las candidosis orales en pacientes con sida establecido. Prevalence and distribution of oral candidiasis in patients with AIDS. *Medicina Oral*, v.1 p.6- 10. 1996.
- 97-WOO, L.J.,GHANNOUM, M.A, ABUEL-TEEN, K., RADWAN, S.S. Blocking adherence of *Candida albicans* to bucal epithelial cells by yeasts glycolipids, yeastswall lipids and lipids from epithelial cells. *Mykosen*, v.30 p. 371-378, 1993.

- 98-MERLY, F. *Estudo comparativo da presença e distribuição de microorganismos do gênero Candida na cavidade bucal de pacientes portadores e não portadores de carcinoma epidermóide de boca*. Belo Horizonte-MG, 1999. Dissertação (Mestrado em Estomatologia) Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Minas Gerais, 93p., 1999.
- 99-BAUMGARTNER, C., FREYDIERE, A.M., GILLE, Y. Direct identification and recognition of yeast species from clinical material by using albicans ID and CHROMagar Candida plates. *J Clin Microbiol*, v.34 n.2 p.454-456, 1996.
- 100-COLEMAN, D.C., RINALDI, M.G., HAYNES, K.A. *et al.* Importance of *Candida* species other than *Candida albicans* as opportunistic pathogens. *Med Mycol*, v. 36 n.1 p. 156-165, 1998.
- 101-QUINDÓS, G., PONTÓN, J. Candidiasis de la cavidad oral: etiología, patogenia y diagnóstico de laboratorio. *Medicina Oral*, v.1 p. 85-95, 1996.
- 102-REZENDE, J.C.P. *Identificação, sorotipagem e susceptibilidade a agentes antifúngicos de Candida spp. isoladas de pacientes hospitalizados na Santa Casa de Misericórdia em Belo Horizonte*. Belo Horizonte – MG, 1997. 125p.
- 103-KOLOKOTRONIS, A., KIOSES, V., ANTONIADES, D. *et al.* Immunologic status in patients infected with HIV with oral candidiasis and hairy leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.78 p.41-46, 1994.
- 104-JAEGER, M.M.M., JAEGER, R.G., ARAÚJO, N.S. Leucoplasia pilosa. Estudo clínico, histopatológico, imuno-histoquímico e ultra-estrutural. *An Bras Dermatol*, v.65 n.6 p.298-302, 1990.
- 105-LOZADA-NUR, F., ROBINSON, J., REGEZI, J. A.Oral hairy leukoplakia in nonimmunosuppressed patients. Report of four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.78 p. 599-602, 1994.
- 106- GREENSPAN, D., GREENSPAN, J. S. Significance of oral hairy leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v.73 p. 151-154, 1992.
- 107-TENENBAUM, H., ELKAIM, R., CUISINIER, F. *et al.* Prevalence of six periodontal pathogens detected by DNA probe method in HIV vs non-HIV periodontitis. *Oral Diseases*, v.3 n.1 p. 153-155, 1997.
- 108-JACOBSON, L.P., ARMENIAM, H.K. An integrated approach to the epidemiology of Kaposi's sarcoma. *Curr Opin Oncol*, v.7 n.5. p. 450-455, 1995.
- 109-ENSOLI, B., GENDELMAN, R., MARKHAM, P. *et al.* Synergy between basic fibroblast growth factor and HIV-1 tat protein in induction of Kaposi sarcoma. *Nature*, v.371 n.6499 p.674-680, 1994.
- 110-CORDERO, E., LOPEZ-CORTES, L.F., VICIANA, P. *et al.* Foscarnet and AIDS-associated Kaposi's sarcoma. *AIDS*, v.11 n.14 p.1787-1788, 1997.
- 111-MOCROFT, A., YOULE, M., GAZZARD, B. *et al.* Anti-herpesvirus treatment and risk of Kaposi's sarcoma in HIV infection. Royal Free/Chelsea and Westminster Hospitals Collaborative Group. *AIDS*, v.10 n.10 p. 1101-1105, 1996.
- 112-EPSTEIN, J.B., Management of oral Kaposi's sarcoma and proposal for clinical staging. *Oral Diseases*, v.3 n.1 p.124-128, 1997.
- 113-ZAKRZEWSKA, J.M., ROBINSON, P., WILLIAMS, I.G. Severe oral ulceration in patients with HIV infection: a case series. *Oral Diseases*, v.3 n.1 p. 194-196, 1997.
- 114-MORRIS, A.K., VALLEY, A.W. Overview of the management of AIDS-related Kaposi's sarcoma. *Ann Pharmacother*, v.3 n.10, p.1150-1163, 1996
- 115-FICARRA, G. Oral ulcers in HIV- infected patients: update on epidemiology and diagnosis. *Oral Diseases*, v.3 n.1 p.183-189, 1997.
- 116-REICHAT, P.A. Oral ulcerations in HIV infection. *Oral Diseases*, v.3 n.1 p. 180-182, 1997.
- 117-TAYLOR, P.K. *Testes Diagnósticos Ilustrados em Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Rio de Janeiro: Revinter. 1996. 128 p.

Endereço para correspondência:**LUIZ CARLOS MOREIRA**

Rua Vilhena de Moraes, 100 - bloco 2 - apto 403
 Barra da Tijuca - Rio de Janeiro, RJ - Brasil - CEP 22793-140
 Tels.: (21) 3325-6120 / 2431-2810 / 9955-8415
 E-mail: comander2844@aol.com

Assine DST

Seja sócio da SBDST

CANDIDÍASE EXTRAGENITAL

EXTRAGENITAL CANDIDIASIS

Paulo C Giraldo¹, Ana Katherine S Gonçalves², Regina MR Vicentini³

RESUMO

As vulvovaginites constituem-se provavelmente um dos diagnósticos mais frequentes na prática diária em ginecologia. Os ginecologistas enfrentam o problema da candidíase genital não complicada com algum sucesso; entretanto, conhecem pouco da doença, quando esta assume formas extragenitais ou recorrentes, tendo sérias dificuldades no manuseio das pacientes. Especialmente, quando nos reportamos à paciente que apresenta algum grau de imunossupressão específica, tais como adélicas, transplantadas e outros grupos de debilitadas, onde esta infecção pode migrar para diferentes sítios, dificultando muito o tratamento. Os fungos, em especial a *Candida sp*, podem ser encontrados em condição de simbiose em diferentes tecidos do corpo humano (mucosas orais, anais, vaginais e pele), sem causar qualquer inconveniente. Contudo, podem também assumir formas agressivas, trazendo conseqüências desastrosas para os tecidos. A *Candida albicans* é a causa predominante de candidíase nas formas superficiais ou profundas, sendo contudo irrelevante a proporção de casos graves. Felizmente novas drogas têm sido desenvolvidas, apresentando-se como novas possibilidades de tratamento desta enfermidade. Os autores, levando em consideração o exposto acima, fazem um breve resumo do diagnóstico e tratamento da infecção extragenital nas seguintes formas de candidíase: oral, cutânea, mucocutânea crônica, esofágica, gastrointestinal, urinária, do sistema nervoso central, respiratório, cardíaca, ocular entre outras.

Palavras-chave: candidíase, infecção extragenital

ABSTRACT

In nowadays, fungal infections are assuming a greater importance, largely because of the vaginal candidiasis, are very frequent and their increasing in disseminated forms, in patients with immunodeficiencies, in cancer patients, in transplant recipients, and in other groups of debilitated individuals. The *Candida sp* is capable of causing significant disease, especially unusual circumstances, mostly involving host debilitation, causing superficial, deep, and graves systemic forms. Fortunately, new drugs have been developed, resulting in there now being a choice of treatment depending, to some extent, on the infection and the underlying condition of the patient. As result, clinicians and microbiologists alike need to be familiar with the clinical presentation and methods for the diagnosis, as well as the current treatment choices of the different manifestations of the fungal infections.

Keywords: candidiasis, extragenital infection

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(2): 54-58, 2002

INTRODUÇÃO

As infecções fúngicas representam um grande desafio para todos os ginecologistas. As queixas vulvovaginais decorrentes deste tipo de infecção é seguramente um dos principais motivos que levam as mulheres a procurar auxílio nos consultórios ginecológicos.

A vulvovaginite fúngica assume especial importância quando passa a ser recorrente, fazendo com que tanto as mulheres, quanto os próprios ginecologistas fiquem sem saber ao certo, os motivos pelos quais o quadro pode se perpetuar.

Como é de conhecimento amplo, os fungos em especial a *Candida sp*, podem ser encontrados em condição de simbiose em diferentes tecidos do corpo humano (mucosas orais, anais, vaginais e pele), sem causar qualquer inconveniente. Contudo, podem também assumir formas agressivas, trazendo conseqüências desastrosas para os tecidos.

Os ginecologistas habitualmente enfrentam o problema da candidíase genital não complicada com algum sucesso, uma vez que existem no mercado, excelentes anti-fúngicos. Apesar disto, este tipo de profissional, conhece muito pouco da doença, quando esta assume formas extra-genitais ou recorrentes, tendo sérias dificuldades no manuseio destas pacientes. Os autores levando em consideração o exposto acima fazem um breve resumo da infecção extragenital.

A *Candida albicans* é a causa predominante de candidíase nas formas superficiais ou profundas, sendo contudo irrelevante a proporção de casos graves. Entretanto existe uma grande variação na prevalência das espécies nas diferentes situações clínicas. A exemplo disto, a *Candida tropicalis* é mais encontrada em pacientes com neutropenias secundárias nas neoplasias enquanto que a *Candida parapsilosis* é mais comum em pacientes que recebem nutrição parenteral. O uso rotineiro de anti-fúngicos tem induzido a diminuição das infecções causadas pelas *Candida albicans* e *Candida tropicalis* com elevação concomitante nas taxas de infecção pelas *Candida glabrata* e *Candida krusei* que têm se mostrado menos sensíveis a ação de anti-fúngicos.

Estes microorganismos podem ser encontrados na cavidade oral e trato gastrointestinal de 30-40% de indivíduos assintomáticos.

O portadores do vírus HIV, desde que já em fase de doença (Aids), são também mais acometidas pela candidíase extragenital e se constitui invariavelmente de uma infecção oportunista.

¹ Prof. Livre-Docente do Departamento de Tocoginecologia, FCM/ Unicamp. Diretor da Divisão de Ginecologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) Responsável pelo Ambulatório de Infecções Genitais do Departamento de Tocoginecologia da FCM/ Unicamp.

² Prof^a do Departamento Tocoginecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Doutoranda do DTG/ FCM da Unicamp Ambulatório de Infecções Genitais, Depto de Tocoginecologia, FCM, Unicamp

³ Prof^a Assistente Doutora do Departamento de Tocoginecologia da FCM/ Unicamp.

Há evidências do aumento da colonização vaginal e oral pela cândida, em pacientes aids quando comparadas as pacientes normais. Sendo este aumento mais evidente com a progressão da imunodeficiência. Tal observação é mais constatada na cavidade oral do que na vaginal, havendo diferença entre ambas (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características das candidíases oral e vaginal

| | Oral | Vaginal |
|---------------------------------------|-----------|-------------|
| <i>Candida sp</i> - mais freqüente | Sim | Sim |
| Episódios em mulheres normais | Raro | 50% - 70% |
| <i>C. albicans</i> | 90% - 95% | 70% |
| Mistura de espécies | Freqüente | Infreqüente |
| Mais freqüente na diabetes | Sim | Sim |
| Mais freqüente na gestação | sim (+) | sim (++) |
| Ocorrências pós-antibióticoterapia | sim (+) | sim (++) |
| Episódios estrogênio-dependentes | ? | Sim (++) |
| Episódios com candidíase muco-cutânea | Sempre | raro |
| Episódios em vigência de HIV | > 90% | - 50% (?) |
| Relacionado a corticoterapia | Sim | ? |

MICROBIOLOGIA

A *Candida sp* é um fungo de forma ovalada que se reproduz em forma de botão e que sob certas circunstâncias, pode assumir a forma de tubular ou de hifa. Pertencem à classe dos *Ascomycetes*, subclasse *Hemiascomycetes*, ordem Moniliales e família: *Cryptococcaceae* (**Quadro 2**). Em pessoas saudáveis, pode ser encontrada com certa facilidade na maior parte do corpo humano como pele, mucosa gastrointestinal (oral, esofágica, anal) e vaginal sem necessariamente causar danos. A *Candida* por si só nunca toma a iniciativa da agressão, porém é extremamente hábil em tirar proveito quando a oportunidade aparece.

A *Candida albicans* pode ser encontrada no solo, nos objetos inanimados, nos animais e nos seres humanos..

Em situações especiais, quando existe falhas no sistema imunológico do hospedeiro, estes microorganismos deixam de se comportar como comensais e passam a agir como patógenos¹.

PATOGÊNESE

Os mecanismos de defesa do organismo são de fundamental importância na patogênese da candidíase. Um falha no sistema imune, por causas iatrogênicas (transplantes ou uso abusivo de antibióticos) ou patológicas (HIV ou diabetes), predispõe ou determina o curso de uma de uma infecção fúngica¹. Solução de continuidade na pele e/ou mucosas, também poderá tornar o indivíduo mais susceptível a infecção. O fungo pode invadir pele e tecidos adjacentes ou mesmo disseminar-se pela corrente sanguínea, em condições favoráveis de resposta imune inadequada do hospedeiro.

A fagocitose é o principal mecanismo através do qual a *Candida albicans* é destruída, sendo efetuada principalmente pelo neutrófilos polimorfonucleares (PMN). A fagocitose é mais eficaz na presença de opsoninas (IgG ou fragmentos do complemento). Portanto, a imunidade contra a *Candida albicans* depende da ativação dos linfócitos B. As IgG e as IgM secretadas podem atuar como opsoninas ou ativar a via

Quadro 2 - Classificação filogenética da cândida

| Família | Gênero | Espécie | Micose | | |
|------------------------|------------------------|--------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------|
| <i>Cryptococcaceae</i> | <i>Candida</i> | <i>albicans</i> | Candidose da pele e mucosas, onicomicoses e invasão sistêmica | | |
| | | <i>guilliermodii</i> | | | |
| | | <i>krusei</i> | | | |
| | | <i>parapsilosis</i> | | | |
| | | <i>pseudotropicalis</i> | | | |
| | | <i>stellatoidea</i> | | | |
| | | <i>tropicallis</i> | | | |
| | | <i>neoformans</i> | | Micose de pele, pulmonar e meníngea | |
| | | <i>Malassezia pityrosporum</i> | | | Ptiríase versicolor |
| | | <i>Torulopsis</i> | | | Micose de pele e mucosas |
| <i>Trichospon</i> | Pedra branca | | | | |
| Classe: | Subclasse: | Ordem: | Família: | | |
| <i>Ascomycetes</i> | <i>Hemiascomycetes</i> | <i>Moniliales</i> | <i>Cryptococcaceae</i> | | |

clássica do complemento, resultando na geração dos fragmentos que induziram a sua fagocitose ².

Os neutrófilos podem ainda, secretar moléculas proteolíticas no meio ambiente.

As citocinas secretadas pelas células T CD4+ ativadas desempenham papel significativo na imunidade contra as cândidas. O interferon g aumenta produção dos intermediários reativos do oxigênio, nitrogênio e óxido nítrico pelos fagócitos, tornando a ação destes mais efetiva. A importância das citocinas liberadas pelas células CD4+ é observada principalmente nos indivíduos que não possuem linfócitos T com receptores de antígenos específicos, capazes de reconhecer os complexos formados pelos peptídeos da cândida, que apresentam quadros de candidíase recidivante. Esse distúrbio é resultante de uma falha no repertório dos linfócitos T, favorecendo a candidíase muco-cutânea crônica ².

PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA CANDIDÍASE EXTRAGENITAL

Como já foi mencionado, a infecção por *Candida* tem aumentado nos últimos 30 anos, aparecendo um grande número de manifestações clínicas antes infrequentes e/ou desconhecidas. Para fins didáticos as manifestações clínicas da *Candida* podem ser subdivididas em muco-cutânea ou de órgãos profundos (Quadro 3) ¹.

Quadro 3 – Principais tipos de candidíase extra genital

I - CANDIDÍASE MUCOCUTÂNEA

Candidíase oral
Candidíase mucocutânea crônica
Candidíase cutânea – paroníquia e intertrigo

II – CANDIDÍASE PROFUNDA

Candidíase esofágica
Candidíase de mucosa gastrointestinal
Candidíase de trato urinário
Candidíase de SNC
Candidíase de sistema respiratório
Candidíase cardíaca
Candidíase ocular
Candidíase de outros órgãos
Candidemia

I - CANDIDÍASE MUCO-CUTÂNEA

Candidíase oral (estomatite)

A candidíase oral é relativamente freqüente e têm sido bastante estudada. Principalmente em crianças tratadas com corticosteróides, pacientes imunossuprimidos, diabéticos, HIV+ ou com aids. Os pacientes com estomatite fúngica recorrentes sem causa aparente, devem ser investigados em relação Síndrome de Imunodeficiência adquirida (Aids) ^{2,3}.

A terminologia “estomatite” é especialmente designada para a candidíase oral caracterizada por placas brancas e dolorosas na língua ou mucosas. Estas placas são pseudo-membranosas, constituídas por cândidas, células epiteliais, leucócitos, bactérias, queratina, e tecido necrótico. O diagnóstico pode ser feito pela aparência clínica, esfregaço com hidróxido de potássio ou coloração pelo Gram, onde se evidência hifas, pseudo-hifas e esporos. A cultura não se justifica porque este microorganismo pode estar presente em indivíduos normais ².

A candidíase oral pode se apresentar de diferentes formas: candidíase pseudo-membranosas, candidíase atrófica crônica, candidíase hiperplásica e candidíase muco-cutânea crônica ⁴.

A candidíase pseudo-membranosa que ocorre mais freqüentemente em crianças, idosos e em indivíduos imunodeprimidos, apresenta-se com placas brancas na mucosa oral, palato duro ou língua. Se não tratadas, as placas confluem, ulceram e erodem, podendo ainda ocorrer infecção secundária ⁴.

A candidíase atrófica crônica é a forma mais comum de candidíase oral. Está associada com o uso de prótese dentárias e maus hábitos de higiene. Apresenta-se como eritema crônico com edema, podendo acompanhar-se de quelite angular.

A candidíase crônica hiperplásica ou leucoplasia, pode associar-se a transformação maligna em 5% dos casos. Pode ocorrer nas porções laterais da mucosa oral e menos freqüentemente na língua. É assintomática, na maioria das vezes e pode associar-se com o tabagismo, trauma local ou uso de próteses ⁴.

Candidíase muco-cutânea crônica

Este termo se refere à um grupo heterogêneo de infecções persistentes por Cândida em pele, mucosas, cabelos e unhas sendo de difícil tratamento, mesmo quando efetuado a terapêutica adequada. Está relacionada a uma resposta deficiente dos linfócito T e a ativação do antígeno da Cândida, que levará a uma síntese de fatores inibidores de macrófagos ⁵. Na maioria das vezes, esta inicia-se na infância. As primeiras manifestações são de candidíase oral, infecção de unhas e envolvimento de pele. Pode vir associada à endocrinopatias, tais como hipotireoidismo, doença de Addison e doenças auto-imunes ¹.

Candidíase cutânea

A *Candida albicans* é a causa mais freqüente de candidíase cutânea. Ocorre em regiões de dobras da pele, tais como sulco interglúteos e espaços interdigitais. Apresenta-se como lesões eritematosas com vesículas ou pústulas. Sendo freqüente em pacientes que trabalham com as mãos imersas em água. Pode está associada à infecção de unhas (paroníquias) ^{1,4}.

• Paroníquia

A infecção por *Candida* ocorre em 5-10% das micoses de unha, sendo a principal causa de paroníquia ou onicomicose. Embora o mecanismo ainda não esteja totalmente esclarecido, sabe-se que está associada à vários tipos de bactérias encontradas usualmente na pele. E são mais freqüentes em mulheres. Também ocorre com maior freqüência em pacientes que trabalham com as mãos imersas em água. O diagnóstico é feito mediante exame a fresco com hidróxido de potássio ou com coloração pelo Gram ^{1,4}.

• Intertrigo

Trata-se de uma situação relativamente freqüente que pode afetar qualquer localização em pele, sendo mais freqüente próximo aos membros inferiores. Esta se inicia com vesículas e pústulas que se rompem causando ulcerações e fissuras ^{1,4}.

II- CANDIDÍASE PROFUNDA

Candidíase esofágica

Condição bastante infrequente. Está associada à neoplasias dos sistemas hematopoiético ou linfático e às pacientes aids. Os sintomas são de dor, disfagia, náuseas e vômitos e pode estar associada ao herpes simples. O diagnóstico é feito mediante endoscopia com esfregaço ou biópsia das lesões ⁶.

Candidíase de mucosa gastrointestinal

É o mais comum sítio de candidíase gastrointestinal em pacientes com neoplasias. Apresenta-se como ulcerações múltiplas, úlcera gástrica crônica e neoplasia gástrica associada a candidíase. O intestino delgado também pode estar comprometido, de forma semelhante, podendo também estar associada à neoplasia^{1,4}.

Candidíase no trato urinário

Ocorre na maioria da vezes no trato urinário baixo (bexiga) e é secundária a infecção gastrointestinal ou dos genitais. É mais freqüente em mulheres que em homens, e ocorre de forma mais acentuada em diabéticos e naqueles com distúrbios urinários⁴.

Candidíase no sistema nervoso central

A *Candida albicans* infecta simultaneamente o parênquima cerebral e meninges. Usualmente ocorre como complicação da candidíase disseminada. Apresenta-se como micro-abscessos que podem ser visualizados através da tomografia computadorizada. As manifestações clínicas no sistema nervoso central são variáveis, indo desde os quadros de meningite até aos estados de coma^{1,4}.

Candidíase no sistema respiratório

A pneumonia por *Candida* pode ocorrer de duas maneiras:

- a) Broncopneumonia local ou difusa
- b) Infiltrado hematogênico difuso

O diagnóstico é efetuado mediante achados radiológicos e biópsia orientada que confirma a invasão fúngica do tecido¹.

Candidíase cardíaca (pericardite, miocardite e endocardite)

Além de causar endocardite, a *candida* infecciona também o pericárdio e miocárdio. A candidíase cardíaca pode apresentar-se como micro-abscessos que invadem o miocárdio, podendo ou não haver envolvimento valvular, como pericardite purulenta pós intervenção cirúrgica e/ou como endocardite nas seguintes situações^{1,4}:

- 1- Na doença valvular crônica
- 2- Nos usuários de heroína
- 3- Nos pacientes oncológicos que fazem uso de quimioterapia
- 4- Pós-cirúrgico de próteses valvulares
- 5- No uso prolongado de cateteres intravenosos
- 6- Nas endocardites bacterianas preexistentes

Destas associações, a mais significativa é aquela relacionada com o pós-operatório das cirurgias cardíacas, respondendo por 50% dos casos¹.

Candidíase ocular

A *Candida* pode infeccionar os olhos por via hematogênica ou por inoculação direta, especialmente durante a cirurgia ocular. Pode infectar qualquer estrutura ocular, incluindo conjuntiva, córnea, cristalino, humor vítreo e úvea. O tratamento é difícil e o risco de lesão permanente é alto¹.

Candidíase afetando outros órgãos

A *Candida* pode infectar mais raramente as articulações, cursando com artrites, osteomielites, osteocondrites e miosites. Outros órgãos profundos (peritônio, fígado e baço) também podem ser afetados com conseqüências imprevisíveis. A candidíase intravascular tem aumentado significativamente nos últimos anos, provavelmente devido a introdução de terapias intravenosas^{1,4}.

Candidemia e candidíase disseminada

A candidemia se constitui na presença de fungos no sangue sem que haja necessariamente a presença de um órgão envolvido. Nestes casos pode ocorrer febre e hipotensão.

A candidíase disseminada é um evento raro, pode apresentar múltiplas facetas e é mais observada nos indivíduos altamente imunodeprimidos⁴.

DIAGNÓSTICO DA CANDIDÍASE EXTRAGENITAL

O diagnóstico da candidíase extragenital deve considerar a anamnese, o exame clínico/loco-regional e os exames laboratoriais.

Os exames laboratoriais são fundamentais. As bacterioscopias poderão informar a quantidade de fungo e se estes estão na forma de hifas (forma trofozoíticas- mais agressivas) ou se estão na forma de Blastocóndreas (forma esporulada-menos agressiva). As culturas específicas identificarão principalmente as espécies de fungos envolvidos, bem como determinarão se o tratamento realmente promoveu a cura da doença ou se simplesmente mascarou o quadro sintomático. Entretanto, deve-se estar atento ao fato de que o microorganismo em questão pode estar presente de forma comensal na cavidade oral e trato gastrointestinal sem infecção. Testes sorológicos e PCR podem ser usados em situações especiais.

TERAPÊUTICA ATUAL DA CANDIDÍASE EXTRAGENITAL

O tratamento da candidíase extragenital diverge na dependência do sítio de acometimento e extensão das lesões. Não é o objetivo do tratamento erradicar completamente a *Candida* de todo o organismo do indivíduo, uma vez que tal fato é praticamente impossível. Para atingir tal objetivo é necessário o uso de anti-fúngicos e simultaneamente adequar as condições físicas e sistêmicas, tais como a melhoria das condições clínicas de pacientes imunodeprimidos e da higiene oral de usuários de próteses dentárias.

Tipos de anti-fúngicos mais freqüentemente empregados no tratamento das candidíases.

.. Poliênicos : Nistatina

.. Azólicos: · Imidazóis: Miconazol, Clotrimazol, Econazol e Cetoconazol

.. Triazóis: Fluconazol, Itraconazol e Terconazol

.. Outras opções: Violeta de Genciana, Ácido Bórico.

O principal efeito dos imidazólicos e triazólicos sobre os fungos é a inibição do esteroide 14- α -desmetilase, um sistema enzimático microsomal dependente do citocromo P450. Portanto, os imidazólicos e triazólicos prejudicam a biossíntese do ergosterol na membrana citoplasmática do fungo e conduzem a um acúmulo de 14- α -metilesteróis. Amostras isoladas de *Candida albicans* e *Candida glabrata* resistentes a azóis foram obtidas de pacientes com aids, com candidíase orofaríngea e em um caso da urina. A ausência de resposta clínica correlaciona-se com uma redução da sensibilidade *in vitro*^{7,8}.

TRATAMENTO DE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Candidíase oral

Os pacientes imunocompetentes com candidíase oral não-complicada respondem ao tratamento tópico com nistatina, anfotericina B ou imidazólicos ou ao tratamento sistêmico com fluconazol 100mg em dose única ou itraconazol 200mg/dia.

Em crianças pode-se utilizar nistatina oral suspensão 100.000 unidades/ml ou anfotericina B suspensão oral 100mg/ml entre as mamas, com intervalos de 4-6 horas.

Crianças maiores e adultos com a forma pseudo-mebranosa podem ser tratados com miconazol oral gel 250 mg 6/6 horas.

A candidíase atrófica crônica deve ser tratada com anti-fúngicos tópicos, tais como imidazólicos, nistatina e anfotericina B com higienização oral concomitante.

A quelite angular pode ser tratada com anti-fúngicos associados com antibacterianos e esteróides.

Nos pacientes imunodeprimidos, portadores de neoplasias ou do HIV, é necessária a utilização de anti-fúngicos sistêmicos em altas doses:

- Fluconazol 100-200 mg/dia via oral por duas semanas
- Itraconazol 200-400 mg/dia via oral por duas semanas
- Ketoconazole 200-400 mg/dia via oral por duas semanas

A terapia anti-fúngica deve estar associada a higiene oral cuidadosa, limpeza das próteses e o não-tabagismo. Com a melhoria das condições clínicas e de imunidade, têm-se melhora do quadro de candidíase⁹.

Candidíase cutânea

A maioria dos pacientes com candidíase cutânea respondem ao tratamento tópico com imidazólicos ou nistatina, podendo vir associada a antibacterianos e esteróides. A melhoria das condições clínicas, tais como diabetes traz melhora da candidíase.

A candidíase de unhas necessita de tratamentos tópicos prolongados, de pelo menos 6 meses⁹.

O tratamento sistêmico pode ser utilizado nos casos mais severos:

- Fluconazol 100-200 mg/dia via oral por 6 semanas
- Itraconazol 200-400 mg/dia via oral por 6 semanas

Candidíase cutâneo-mucosa

Pode se utilizar os anti-fúngicos já mencionados anteriormente em esquemas menos prolongados⁹.

Candidíase no trato gastrointestinal (esofágica)

A candidíase esofágica pode ser tratada com Fluconazol 100-200 mg/dia via oral por duas semanas ou Itraconazol 200-400 mg/dia via oral por duas semanas⁹.

Candidíase no trato urinário

Em pacientes renais o tratamento de escolha é anfotericina B. O fluconazol 200-400 mg/dia, pode ser outra opção, necessitando de um maior controle nos pacientes com insuficiência renal⁹.

Na candidúria persistente pode se utilizar o fluconazol 100-200 mg/dia via oral por 2-4 semanas.

Candidíase disseminada e candidemia

Pacientes não neutropênicos podem ser tratados com fluconazol 400 mg/dia via oral ou Anfotericina B na dependência do sítio de infecção pelo microorganismo⁹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EDWARDS, J.E. *Candida species*. In: *Principles and Practice of Infectious Disease*. 1942-58, 1990.
2. GORCZYNSKI, R; STANLEY, J. Immunological response. In: Mandell, G.L.; Douglas, G. R. *Clinical Immunology* :187-207, 2001.
3. DREIZEN, S. – Oral candidiasis. *Am. J. Med.* 30::28-33, 1984.
4. RICHARDSON, M.D; WARNOCK, D.W. Laboratory diagnosis of fungal infection. *Fungal infection: Diagnosis and Management*. 9-18,1998.
5. KIRKPATRICK, C.E.; WINDHORST, D.B. Mucocutaneous candidiasis. In: Bodey GP, Fainstein, V, *Candidiasis*. NY: Raven Press: 1985:241-52.
6. WHEELER, R.R.; PEECOCK, J.E.; Cruz, J.M. Esophagitis in the immunocompromised host: Role of esophagoscopy in the diagnosis. *Rev. Infect. Dis.*, 1987; 9: 88-96.
7. SCHUMAN, P.; CAPPS, L.; PENG, G. Weekly fluconazole for the treatment of mucosal candidiasis in women with HIV infection. A randomized, double blind, placebo controlled trial. *Amn. Intern. Med.* 126:689-86. 1997.
8. FAN-HAVARD, P.; CAPANO, D.; SMITH, S.M.; MANGIA, A.; Eng, R.H. Development of resistance in *Candida* isolates from patient receiving prolonged antifungal therapy. *Antimicrob. Agents. Chemother.* 34:2302-05.1991
9. RICHARDSON, M.D; WARNOCK, D.W. Antifungal drugs. *Fungal infection: Diagnosis and Management*. 20-59,1998.

Endereço para correspondência:

PROF. DR. PAULO C. GIRALDO

Rua Alexander Fleming, 101 – Cidade Universitária “Zeferino Vaz”

13083-970 – Campinas –SP

E-mail: giraldo@unicamp.br

Visite nossa página
www.uff.br/dst/

DST 4, MANAUS 2002
www.fuam.am.gov.br/congressodst

SÍFILIS MALIGNA E NEUROSSÍFILIS NO PACIENTE COM AIDS

MALIGNANT SYPHILIS AND NEUROSYPHILIS IN AIDS PATIENT

*Fabio Leoncio B Martinelli¹; Eleni Aparecida Bedaque¹,
Audrey E Macedo¹ Luiz Alberto C Barra¹, Alessandra SP Santos²,
Paula PT de Miranda², Renato Curti Júnior³*

RESUMO

Nesse relato, uma mulher de 28 anos soropositiva para o HIV cursou com lesões cutâneas polimórficas e disseminadas por dois meses, algumas crostosas, outras nodulares e infiltrativas, variando de 1 a 5 cm de diâmetro. Foi admitida no Instituto de Infectologia "Emílio Ribas" para investigação. A sorologia para sífilis (VDRL) resultou reagente 1/64. O exame histopatológico das lesões de pele revelou processo inflamatório linfo-plasmocitário perivascular e granulomatoso. A análise do liquor lombar resultou em pleocitose com predomínio linfo-monocitário, hiperproteínoorraquia e VDRL não reagente. A paciente foi medicada com penicilina cristalina por 21 dias, recebendo alta hospitalar com regressão das lesões de pele e normalização dos parâmetros líquóricos. No seguimento ambulatorial, após 3 meses, VDRL sérico resultou reagente 1/8.

Palavras-chave: sífilis maligna, síndrome da imunodeficiência adquirida, penicilina cristalina

ABSTRACT

In this report, a 28 year-old woman seropositive for HIV was admitted at the Instituto de Infectologia "Emílio Ribas" with a two months history of bizarre cutaneous lesions, varying from 1 to 5 cm of diameter, in different stages of evolution. During the investigation, serology for syphilis (VDRL) resulted 1/64. Histopathological study of the skin wounds revealed dermal and perivascular infiltration by lymphocytes and plasma cells. Cerebrospinal fluid (CSF) study revealed pleocytosis, increase in protein levels and a negative VDRL test. The treatment with crystalline penicillin resulted in excellent clinical response and regression of skin lesions. CSF obtained after therapy showed resolution. She was discharged and referred for ambulatory follow up. Three months later serum VDRL resulted 1/8 without any kind of recurrence.

Keywords: syphilis maligna, acquired immunodeficiency syndrome, crystalline penicillin

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(2): 59-62, 2002

INTRODUÇÃO

Doença das mais antigas, a sífilis é conhecida como "a grande impostora" devido a diversidade das manifestações clínicas que proporciona. Tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*, uma espiroqueta longa, delgada e móvel, pertencente à família *Spirochaetaceae* e ao gênero *Treponema*. Sua transmissão se dá por via sexual, transplacentária ou parenteral.^{1,2}

Na sífilis primária, a quebra da barreira mucosa nas lesões ulceradas facilita a exposição ao HIV durante o ato sexual. Há maior fluxo de linfócitos e macrófagos ativados na lesão sífilítica, sendo estas células mais suscetíveis a infecção pelo HIV do que células não estimuladas.^{3,5} A co-infecção altera a história natural da sífilis, aumentando o risco de complicações, principalmente as neurológicas, centrais ou periféricas.^{3,6} Nesses casos, a análise do líquido cérebro-espinal é obrigatória.^{3,4}

A sífilis maligna corresponde a um secundarismo luético, cuja denominação decorre da semelhança com lesões cutâneas neoplásicas. Manifesta-se geralmente com lesões nodulares e infiltrativas disseminadas, às vezes com queratoderma palmo-plantar, que podem persistir por mais de 3 meses após o tratamento específico com penicilina.^{5,6,8,10}

O diagnóstico laboratorial depende do estágio clínico. Consiste na pesquisa de espiroquetas em campo escuro, testes sorológicos treponêmicos e não treponêmicos. O comprometimento cutâneo suscita o estudo histopatológico das lesões.

O diagnóstico diferencial da sífilis maligna cutânea deve ser feito com neoplasias da pele, leishmaniose cutânea, paracoccidiodomicose, angiomatose bacilar, vasculite septicêmica, e, quando houver componente escamoso, psoríase e líquen plano.^{5,7,8,9}

A penicilina benzatina (7.200.000 UI divididas em três doses, com administração semanal) é utilizada para as formas primária e secundária, reservando-se a penicilina cristalina para os casos de comprometimento do sistema nervoso central.^{3,5} O controle sorológico deve ser realizado trimestralmente até completar-se um ano do tratamento.^{3,6} Novo exame líquórico deve ser realizado ao fim do segundo ano de acompanhamento clínico.^{1,3}

¹ Médico(a) Infectologista da 1ª Unidade de Internação do Instituto de Infectologia Emílio Ribas

² Médica Residente do Instituto de Infectologia Emílio Ribas

³ Médico Patologista do Instituto de Infectologia Emílio Ribas
Trabalho realizado na 1ª Unidade de Internação do Instituto de Infectologia "Emílio Ribas", São Paulo, Brasil.

RELATO DO CASO

A.L.M., 28 anos, feminina, profissional do sexo, usuária de droga endovenosa, natural e procedente de São Paulo. Internação: 11/07/00; alta hospitalar: 21/08/00.

Moradora de rua com sorologia positiva para HIV há 2 anos, sem acompanhamento ambulatorial. Há 2 meses da internação surgiram lesões cutâneas por todo o corpo, indolores e não pruriginosas, que progressivamente aumentaram em número e tamanho.

Foi admitida em regular estado geral, consciente, orientada, hidratada, descorada, eupneica e afebril. Hemodinamicamente estável, sem déficits motores, sensoriais ou meníngeos. Pupilas isocóricas e fotorregentes. Foram evidenciadas lesões cutâneas eritemato-infiltrativas, outras nodulares e algumas crostosas em face, membros superiores e inferiores (**Figuras 1, 2 e 3**).



Figuras 1, 2 e 3: Lesões papulares e crostosas antes do tratamento

Exames realizados durante a internação:

Anti-HIV (ELISA) reagente

Contagem de células CD4: 446 / CD8: 773

VDRL sérico reagente 1/64

Tomografia computadorizada de crânio: atrofia córtico-subcortical difusa.

Liquor céfalo-raquiano lombar: límpido e incolor, 75 células (89% linfócitos, 11% monócitos) proteína: 159mg/dl; glicose 74mg/dl; pesquisas de bactérias e BAAR negativas; VDRL não reagente; pesquisas de *Treponema*, BAAR e fungos negativas.

O estudo histopatológico das lesões biopsiadas revelou processo inflamatório composto por plasmócitos e linfócitos, comprometendo difusamente a derme superior e intermediária, com esboço granulomatoso, sem áreas de necrose. (**Figuras 3, 4 e 5**)

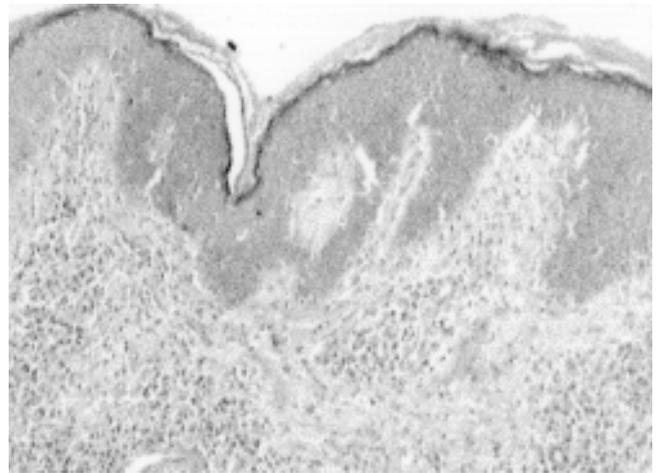


Fig. 4. Pele em área não ulcerada com difuso infiltrado inflamatório na derme superior e papilar onde há proliferação de vasos sanguíneos. HE 10X

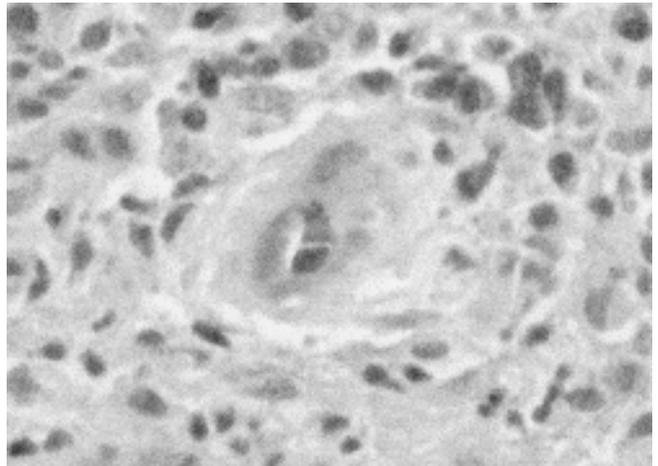


Fig. 5. Infiltrado linfo-plasmocitário comprometendo vaso sanguíneo. HE 40X

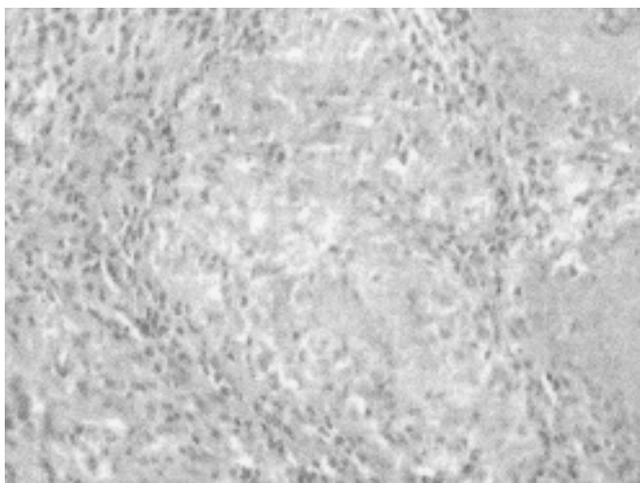


Fig. 6. Área com esboço granulomatoso. HE 40X

Medicada com penicilina cristalina por 21 dias, houve regressão e cicatrização das lesões faciais, dos membros superiores e dos inferiores (**Figuras 6, 7 e 8**). Após término do tratamento, novo liquor resultou normal (1 célula; proteína: 20mg/dl; glicose: 67mg/dl; VDRL não reagente). Após três meses, em consulta ambulatorial, realizou VDRL sérico, reagente 1/8.



Figuras 7, 8 e 9. Lesões após tratamento com penicilina cristalina.

Fig. 7



Fig. 8

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A sífilis maligna corresponde a uma variante clínica incomum da sífilis secundária, com manifestações cutâneas que podem mimetizar dermatoses infiltrativas neoplásicas ou granulomatosas. As lesões podem ser papulares, nodulares, ulcerativas, vesiculares, pustulosas, crostosas ou necróticas.^{8,9,10,11} No caso descrito, face, couro cabeludo, tronco e membros foram as áreas afetadas, sendo que a lesão do tipo crostosa e infiltrativa predominou na face, e as lesões nodulares e eritematosas, nos membros. Nos pacientes com aids, outras enfermidades poderiam cursar com lesões crostosas semelhantes às da face da paciente, como a angiomatose bacilar e a histoplasmose cutânea, ou lesões nodulares semelhantes às dos membros, como o sarcoma de Kaposi.^{5,9,10,11,12} Hipóteses diagnósticas aventadas na sua admissão como a paracoccidiodomicose e as micobacterioses foram descartadas após pesquisas laboratoriais negativas. A varicela, o herpes zoster, o herpes simples disseminado também compõe o diagnóstico diferencial.¹²

São comuns sintomas constitucionais como febre, emagrecimento, cefaléia e mialgia antes do aparecimento das lesões cutâneas.⁵ A paciente não apresentou qualquer dessas manifestações.

A análise do liquor evidenciou comprometimento meníngeo, com pleocitose, predomínio linfo-mononuclear e hiperproteinorraquia, achados que obtiveram resolução após o tratamento com a penicilina cristalina. A ausência de manifestações neurológicas permite presumir tratar-se de neurosífilis assintomática, estágio tardio latente que precede e anuncia as variantes clínicas.^{13,14} Cerca de 40% dos acometidos pela sífilis secundária apresentam envolvimento assintomático do sistema nervoso central. Isso leva a crer que a evolução para formas sintomáticas poderia ocorrer a qualquer momento caso a paciente não fosse tratada.^{3,13,14} A opção pela penicilina cristalina decorreu do envolvimento neurológico.

A atrofia cerebral verificada pela tomografia pode decorrer da infecção pelo HIV, mas também conseqüente a processo degenerativo do parênquima encefálico, resultado do substrato anátomo-patológico comum da neurosífilis: a endarterite obliterante.^{1,2,3,13}

Especialmente nos pacientes com aids, a sífilis pode se manifestar de maneira imprevisível. A imunodepressão celular pode alterar a história natural da doença, levando a acometimentos atípicos e interpretações clínicas diversas. A investigação epidemiológica é fundamental, já que a sífilis pode mimetizar doenças cutâneas, oculares, neurológicas, ortopédicas, psiquiátricas, reumatológicas e infecciosas. Os médicos devem permanecer atentos para a reemergência da moléstia de grande morbi-letalidade, desde que seu tratamento precoce pode evitar a progressão para formas clínicas graves e suas seqüelas.



Fig. 9

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SINGH, A.E., Romanowski, B. Syphilis: Review with Emphasis on Clinical, Epidemiologic, and Some Biologic Features. *Clin Microbiol Rev*, 12(2):187-209. 1999.
- COTRAN; KUMAR; ROBBINS. Infecções Sexualmente Transmitidas. In: Robbins *Patologia Estrutural e Funcional*. Ed. Guanabara Koogan, 5ª edição, 1996, p. 304.
- RICARDO VERONESI; ROBERTO FOCACCIA; ANDRÉ VILLELA LOMAR. Manifestações Cutâneo-Mucosas em Pacientes Infectados pelo HIV. In: *Retrovíruses Humanas HIV/AIDS Etiologia/ Patogenia/ Patologia clínica/ Tratamento / Prevenção*. Rio de Janeiro: Ateneu, 1999, p.175.
- FELMAN, Y.M. Lumbar Puncture in Asymptomatic Neurosyphilis. *Arch Intern Med*, 145:422-423. 1985.
- BELDA JR., W., DIAS, M.C., ZOLLI, C.A., Santos Jr., M.F.Q., Siqueira, L.F.G. Sífilis Maligna Precoce: A Propósito de um Caso. *An Bras Dermatol*, 65(3):147-150. 1990.
- BRASELLI, A., LOWINGER, M., MIRAZO, I. Sífilis en Infectados com el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Revista Médica del Uruguay*, 8(3):184-190. 1992.
- HOEPRICH, P.D., JORDAN, M.C., RONALD, A.R. Syphilis. In: *Infectious Diseases (A Treatise of Infectious Processes)*. J. B. Lippincott Company, 5ª edição, 1994, p.694.
- MISERY, L., BESNARD, V., BADEL, R., MARNEFFE-DELALANDE, E., FAURE, M., Malignant Syphilis in Human Immunodeficiency Virus Infection. *Ann Dermatol Venereol*, 123(11):732-4. 1996.
- LEJMAN, K., STARZYCKI, Z. EARLY Malignant Syphilis observed During Infection and Reinfection in the same Patient. *Br J Vener Dis*, 54:278-82. 1978.
- SCHROTER, R., NHER, H., PETZOLDT, D. Skin Manifestations of Syphilis Maligna in HIV Infection. Clinical Observations in 3 Cases. *Hautarzt*, 39:463-6. 1988.
- HELD, J.L., ROSS, M., BELTRANI, V., KOHN, S.R., GROSSMAN, M.E. Noduloulcerative or Malignant Syphilis Occurring in an Otherwise Healthy Woman: Report and Review of a Dramatic Dermatitis. *Cutis*, 45:119-22. 1990.
- DON, P.C., RUBINSTEIN, R., CHRISTIE, S. Malignant Syphilis (Lues Maligna) and Concurrent Infection with HIV. *Int J Dermatol*, 34:403-7. 1995.
- BARRA, L.A.C., BEDAQUE, E.A., MARTINELLI, F.L.B., MACEDO, D.C., OLIVEIRA, A.C.P. Neurosífilis, Apresentação como Polirradiculopatia Lombar: Relato de Caso. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, 13(4):52-54. 2001.
- CARMO, A.C., MOURA, A.S., CRISTO, P.P., MORANDI, A.C., OLIVEIRA, M.S. Syphilitic Meningitis in HIV-Patients With Meningeal Syndrome: Report of Two Cases and Review. *BJID*, 5(5):280-87. 2001.

Endereço para correspondência:

FABIO LEONCIO BORNSTEIN MARTINELLI

Av. São Luis, 192 /1518

São Paulo - SP - 01046-000

E-mail: fmartinelli@emilioribas.sp.gov.br

Assine DST

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

ISSN: 0103-4065

ASSINATURA ANUAL – 6 NÚMEROS

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

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

TEL: () _____ FAX: () _____ E-MAIL: _____

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

*Carta ao Editor***A SEXUALIDADE E AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

Sinto-me, de certa forma ao falar neste assunto, invadindo um mundo estranho: o mundo dos especialistas em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Prudentemente não irei falar sobre elas, mas trarei do mundo de minha especialidade, a psicologia, alguns aspectos importantes que podem ampliar o universo dos doutores e também dos leigos, se é que podemos chamar assim, as pessoas portadoras e as interessadas em entender um pouco mais das doenças que o amor e o sexo podem provocar. Eu não falarei da doença, mas falarei do homem que leva a doença. Isto significa que, do alto de uma visão panorâmica, como sabem fazer os pássaros, não me deterei no campo da biologia, fisiologia, patologia ou da nosologia sexual. Permanecerei pairando, sobrevoando, nos domínios da psicologia, da sexualidade, seja ela coletiva ou individual.

Tentarei discorrer sobre a sexualidade dos indivíduos portadores das DST, firmando de início que os caminhos do sexo não são tão simples de serem percorridos. Quando se fala em atividades, condutas, interferências, hábitos ou costumes sexuais, é de assustar com que segurança alguns se referem a estes assuntos com aquela convicção simplista de quem não sabe nada.

O ideal seria que houvesse uma relação de congruência entre as finalidades biológica, sociológica e psicológica. Em outras palavras, que as pessoas unissem sempre harmonicamente a finalidade procriativa, ao prazer e ao amor. Mas há uma distância às vezes muito grande entre o ideal e o real. Mesmo porque o próprio conceito de ideal pressupõe toda uma roupagem antropológica e toda uma elaboração individual. O que é ideal para a minha sociedade pode não ser ideal para a sua, o que é ideal para mim talvez não o seja para o outro.

Estou convencida de que para entender as Doenças Sexualmente Transmissíveis, em todos os níveis da problemática humana, temos de sair um pouco da biologia da doença e caminhar pelas trilhas da “psicologia da enfermidade”. É necessário sair da prisão de nossas visões tubulares, sair dos cubículos de nossas verdades provisórias e parciais e tentar voar um pouco além do campo bitulado da rotina diagnóstica e terapêutica. Estou plenamente convencida de que a seara do especialista não se esgota apenas com o tratamento da doença. É preciso, antes, compreender o homem dentro do fantástico mundo de sua cultura, porque só poderemos promover a saúde, em seu sentido integral, quando formos suficientemente humildes para entender que nossa verdade nem sempre é a verdade dos outros e que também não é a única.

Somos melhores tratadores de doenças do que médicos de homens. Somos profundos conhecedores das enfermidades, mas muitas vezes desconhecemos o enfermo. Estamos cada vez mais entrando em um processo de desumanização na medida em que estamos nos distanciando do portador da doença. Procuramos a história da enfermidade e nos esquecemos de que ela se insere em uma história de vida, de um ser que tem um passado e toda uma perspectiva, pelo menos sonhada, de futuro. Creio que chegamos no tempo de repensar a ciência, que tem valorizado excessivamente a técnica e que está esquecendo demasiadamente a dimensão do humano.

Nos povoados do interior da antiga China, era costume que o médico recebesse da comunidade uma certa quantidade mensal de dinheiro ou alimentos, para que ele mantivesse a higidez da população. O médico era promotor e assalariado da saúde. Quando alguém adoecia, deixava de receber dinheiro, porque a doença era

considerada um fracasso do médico. Ele vivia da saúde de seus clientes. O costume ocidental é exatamente o oposto. O médico vive da doença de seus pacientes.

Com isto quero dizer que, se a profilaxia é a melhor das terapêuticas, no campo específico das DST, ela é uma prática particularmente difícil. Lida-se com doenças que estão vinculadas ao prazer sexual, e o prazer é o mais potente reforçador do comportamento humano. É ingênuo propugnar que se evitem as relações sexuais. O que se pode desejar é que a sexualidade seja exercida sem risco, e isto, implica um processo educativo que objetive modificar atitudes. Com apreensão e desencanto, constatamos que isso não está ocorrendo ou, pelo menos, não ao nível desejado. Quando muito, modifica-se apenas a superfície dos fatos, mas não a verticalidade do processo.

Associados aos aspectos emocionais surgidos com o advento da consciência, um padrão de comportamento sexual foi condicionado, fora do qual as pessoas, homens e mulheres, desenvolvem acentuada perda da auto-estima. Assim, o machismo que impregna a civilização ocidental há mais de 6 mil anos praticamente obriga todo homem a tentar manter relações sexuais com qualquer mulher julgada “disponível”, mesmo que esta não lhe seja particularmente atraente. Se assim não proceder, o homem seguramente sentir-se-á atingido em sua virilidade.

Desde as primeiras civilizações conhecidas, como a mesopotâmica, a egípcia e a grega, foram cultuados deuses e deusas da fertilidade, estas últimas unanimemente conceituadas como uma dádiva. Nessas sociedades, não raro o culto a tais deuses era feito através da prostituição ritual, seguramente exercida também com finalidades mais pragmáticas. Portanto, desde essas remotas épocas, estava presente a promiscuidade, um dos fatores determinantes no surgimento das doenças sexualmente transmissíveis.

As DST sempre trouxeram, além da sintomatologia orgânica, um forte componente emocional. Até recentemente nomeadas de “doenças venéreas”, tiravam aquela denominação das sacerdotisas dos Templos dos Vênus, que exerciam a prostituição como forma de culto à deusa do Amor.

Talvez seja necessário lembrar aos mais novos que o exercício da sexualidade, em especial a iniciação sexual, sofreu profundas modificações nas últimas décadas. De fato, ao contrário do que ocorre hoje entre adolescentes, a iniciação sexual masculina era realizada habitualmente com prostitutas, e o desenvolvimento de uma “doença venérea” trazia sentimentos ambivalentes. Se por um lado isso era considerado prova de virilidade e assim causa até de jactância, em contrapartida era também motivo para sensação de culpa, com um certo ranço de “impureza”. As DST tinham então um caráter notadamente pejorativo, podendo atingir prostitutas e jovens solteiros, de quem também se tolerava um certo laivo de promiscuidade. Homens sérios, zelosos pais de família, bem como a “mulher de família” estava teoricamente protegida dessas “sujas” infecções. Nos eventuais casos em que o marido, num “momento de fraqueza”, adquiria uma infecção e a transmitia à esposa, armava-se todo um conluio envolvendo o médico, na tentativa de tratar a mulher sem que ela soubesse da “gravidade” de seu mal.

Em épocas ainda mais recuadas, quando os recursos terapêuticos eram muito pouco eficientes e algumas dessas doenças como a sífilis, por exemplo, pareciam praticamente incuráveis, o temor por

elas desencadeado, era utilizado como ainda hoje se faz com a aids pelos setores mais conservadores da sociedade, visando reprimir as manifestações sexuais.

Embora hoje a sexualidade seja vista com mais naturalidade e a conotação pejorativa das Doenças Sexualmente Transmissíveis já não seja tão marcante, ainda é difícil falar claramente sobre essas infecções, sem constrangimento para o médico e paciente, quanto mais para o companheiro ou companheira. Não podemos perder de vista o fato de a "educação sexual" vigente ser ainda repressora em grande parte das famílias atuais, nas quais freqüentemente se associa a conotação de "pecado" à sexualidade. Isso explica por que a maioria dos portadores de DST ainda se sentem "sujos" e "impuros", mesmo frente a doenças de baixo risco de complicações.

A mudança da denominação, de "doenças venéreas" para "Doenças Sexualmente Transmissíveis", foi norteada, basicamente, por dois motivos. Além da possibilidade de inclusão de outras infecções facultativamente transmissíveis por relacionamento sexual, buscou-se também com essa mudança tirar um pouco do peso da culpa historicamente associada ao antigo nome. Este último objetivo, como vimos, não foi de todo alcançado, sendo ainda hoje as DST associadas, culposamente, à falta de higiene, à imoralidade e ao pecado.

É necessário considerar que a liberalidade das pessoas, no que tange à sexualidade, é muito mais acentuada nos discursos do que nos atos propriamente ditos. Existe, para muitos casais, um padrão cultural de duplo código moral, que embora seja explicitamente monogâmico implica, com certa freqüência, relacionamentos extraconjugais. Obviamente aqui, como em qualquer outro setor, atuam os preceitos vigentes de machismo, a julgar "menos graves", ou até mesmo justificáveis as infidelidades cometidas por homens.

O reconhecimento da existência dessa duplicidade traz ao médico, em especial ao ginecologista um sério dilema. Por um lado, nesses dias em que o relacionamento médico-paciente tende a se tornar cada vez mais transparente, fica difícil ou impossível deixar de fornecer às clientes o diagnóstico exato de seu problema. Por outro lado, entretanto, frente a inevitável pergunta "Como foi que peguei isso?", ficamos em situação pouco confortável, pois as infecções sexualmente transmissíveis podem ser adquiridas por vias outras que não a sexual.

Parece-nos que a conduta mais ética, honesta e adequada ao médico, nesse caso como em qualquer outra situação, é sempre dizer a verdade. Para isso nos formamos, para isso os pacientes nos procuram, e é isso que eles esperam de nós. É importante frisar, entretanto, que existem maneiras diferentes de dizê-la: devemos transmitir ao cliente inclusive as questões geradas pelo nosso ainda incompleto saber científico. Enfim, devemos lembrar delicadamente aos pacientes que nossa função é diagnosticar e tratar, e não de investigar possíveis infidelidades; devemos lembrá-los ainda que,

se tiverem dúvidas quanto à conduta do cônjuge, o melhor foro para discussão do problema é seu próprio lar, em conversa aberta e franca.

Parece-nos ser o componente psíquico o de maior importância nas repercussões das Doenças Sexualmente Transmissíveis sobre a sexualidade, em especial pela sensação de culpa comumente associada a essas infecções. Pacientes nos quais emerge um quadro clínico de DST freqüentemente apresentam notável prejuízo da auto-estima, julgando-se impuros, imorais, sujos, enfim, culpados. O prejuízo pode ocorrer em qualquer das fases da resposta sexual; é mais freqüente, entretanto, que incida na fase de desejo. Quando o parceiro ou parceira tiver tido uma DST, a sensação predominantemente é de raiva ou de desprezo, deixando ele ou ela de ser objeto de desejo, tornando mais difícil a excitabilidade e muito longínqua a possibilidade de orgasmos.

A conotação de sujeira que acompanha os corrimentos vaginais agravada por eventual odor exalados real ou imaginado, acentua ainda mais essa dificuldade. É inegável que o componente somático do ponto de vista orgânico, interfere no exercício da atividade sexual, principalmente quando desencadeia dor e desconforto, refreando os impulsos eróticos e dificultando o desempenho sexual dos parceiros. Na atualidade, a esses fatores emocionais vem se somar a fobia generalizada do contágio com a aids, mais um importante elemento bloqueador do desempenho sexual.

A informação correta é essencial, mas ela só é válida quando é capaz de mobilizar o componente afetivo da personalidade e levar a pessoa a refletir e a reformular conceitos, propósitos e condutas. Informação apenas informa, mas não forma. A maioria das pessoas sabe que a melhor maneira de prevenir as doenças que se transmitem por via sexual é evitar as condutas de risco e utilizar profilaticamente a camisa de Vênus. Sabem, mas não a utilizam!

Não tendo as soluções e nem a pretensão de dar conselhos, proponho uma reflexão de sair do espaço limitado de nossas especialidades e, com humildade, ouvir, e sobretudo tentar valorizar o intercâmbio entre os profissionais de saúde e educação. Ampliando a visão do homem e sua relação com o ambiente, tratando sempre a doença e o doente com a mesma importância.

Este nosso momento funcionou como um denso nevoeiro e os nossos mundos por um instante se encontraram. Fica a mensagem. Ela é apenas uma semente para a reflexão e talvez para a descoberta. Ela é um pensamento e há certos pensamentos, que são como orações. Há momentos em que, pensando neles, qualquer que seja a posição do corpo, a alma está de joelhos...

ZENILCE VIEIRA BRUNO

Psicóloga Clínica e Terapeuta Sexual

E-mail: zenilce@uol.com.br

Vamos assumir, juntos, o compromisso de erradicar a SÍFILIS CONGÊNITA até 2010.

II ENCONTRO FQM DE ATUALIZAÇÃO EM DST

No último dia 21 de maio foi realizado, no auditório do Real Hospital Real Português de Recife, o II ENCONTRO FQM DE ATUALIZAÇÃO EM DST, sob o patrocínio / organização de FQM - Farmoquímica e Sociedade Brasileira de DST.

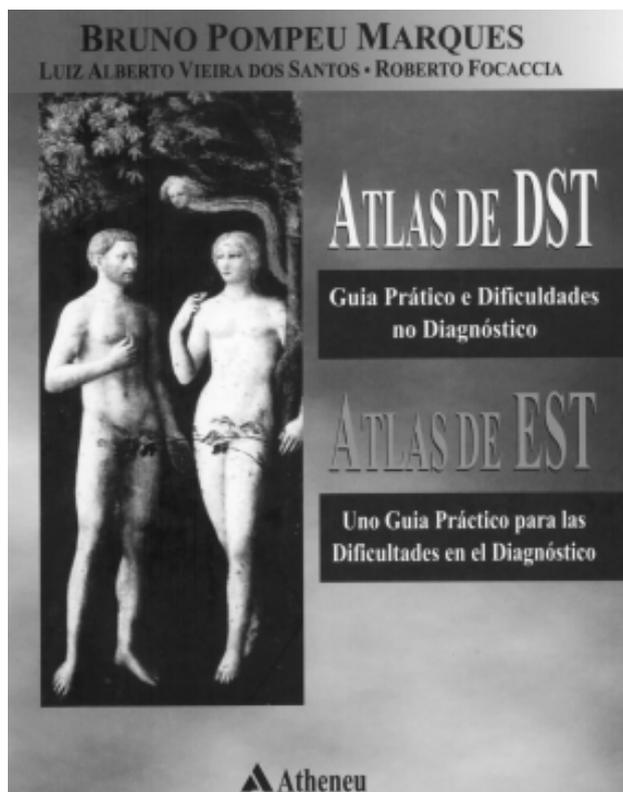
Repetindo o sucesso do I ENCONTRO, realizado em dezembro de 2001, no Centro de Estudos do BarraShopping, no Rio de Janeiro, quase 200 ginecologistas e especialistas em DST assistiram as palestras dos Professores Angelina Maia, da UFPE, e Mauro Romero Leal Passos, da UFF, tendo como moderador a Professora Maria Luiza Menezes, presidente da SBDST, seção Pernambuco. Além da competência dos conferencistas, os temas abordados – HPV e Sífilis – de extrema importância, quando ambas as doenças preocupam cada vez mais os especialistas em ginecologia e DST, fizeram do Encontro um sucesso.

FARMOQUÍMICA e SBDST continuarão a realizar esses Encontros, com a finalidade de atualizar os



Na foto, ladeando a moderadora Professora Maria Luiza Menezes, os Professores Mauro Romero Leal Passos e Angelina Maia.

especialistas e chamar à atenção de todos os médicos quanto à necessidade de diagnóstico precoce e preciso das DST em nosso meio.



NOTA DO EDITOR

Essa obra é um exemplo de que profissionais que trabalham na ponta, podem contribuir para a educação continuada. Parabéns, colegas, pelo excelente trabalho. Eu recomendo.

Mauro Romero Leal Passos

*Dê um tempo
para Você
e para sua Família*



VEJA NA INTERNET
www.valedesantafe.com.br
porque somos conhecidos como
Refúgio dos Artistas.

HOTEL FAZENDA VALE DE SANA FÉ
Estrada de Rosa Machado, 2427 - Pirai - RJ
Tel.: xx (24) 2465-6311 - Fax: xx (24) 2465-2054
E-mail: valedesantafe@uol.com.br



Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Ficha de Sócio

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

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

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

Instituição de Trabalho: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

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

Cargo/Função: _____

Obs.: _____

VALOR DA ANUIDADE: R\$ 100,00

Assinatura: _____

IMPORTANTE:

- Este valor inclui a assinatura do **DST-JBDST**, com direito a receber gratuitamente, em seu domicílio, todos os números publicados no período de sua anuidade (em geral 6 exemplares).
- Enviar **cheque nominal e cruzado** para a **Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis**
Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - CEP: 24230-150
- Se residente em Estado que possui Regional, enviar o pagamento para a mesma:
AMAZONAS: SBDST - AM - Rua Codajás, 24 - Cachoeirinha - Manaus - AM - 69065-130 - A/C Dr. José Carlos G. Sardinha
CEARÁ: SBDST - CE - Caixa Postal 3166 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza - CE - 60431-970 - A/C Dr. Ivo Castelo Branco Coêlho
ESPÍRITO SANTO: SBDST - ES - Rua Jair Andrade, 315 - Praia de Itapoã - Vila Velha - ES - 29101-700 - A/C Dra. Maria Angélica Espinosa
PERNAMBUCO: SBDST - PE - Rua Benfica, 352 - Madalena - Recife - PE - 50750-410 - A/C Dra. Maria Luiza Menezes Bezerra
RIO DE JANEIRO: SBDST - RJ - Av. Roberto Silveira, 123 - Icaraí - Niterói - RJ - CEP: 24230-150 - A/C Dr. Mauro Romero Leal Passos

PROMOÇÃO ESPECIAL DE LANÇAMENTO!!!

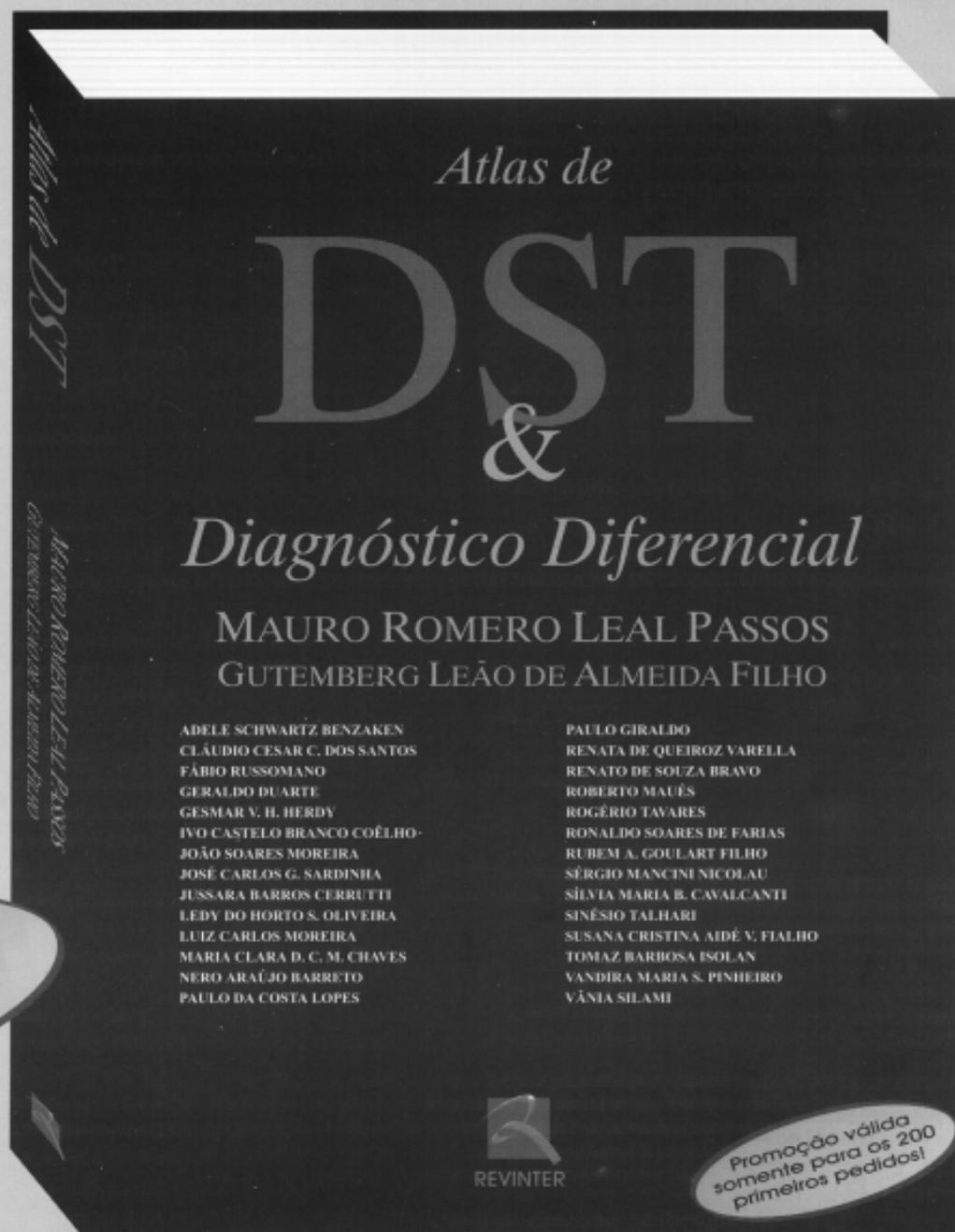
ADQUIRA O MAIS COMPLETO
E MAIS ATUAL ATLAS DE DST

DE 349,00 POR **297,00**

PAGUE EM 3X99,00
E RECEBA GRÁTIS:

- Assinatura por um ano do
Jornal Brasileiro de DST
- Um exemplar do livro
DST – Se Educar dá para Evitar
- Mais um brinde surpresa

- formato: 21 x 28 cm
- papel couchê
- encadernação de luxo
- mais de 1.000 ilustrações
totalmente em cores



ADELE SCHWARTZ BENZAKEN
CLÁUDIO CESAR C. DOS SANTOS
FÁBIO RUSSOMANO
GERALDO DUARTE
GESMAR V. H. HERDY
IVO CASTELO BRANCO COELHO
JOÃO SOARES MOREIRA
JOSÉ CARLOS G. SARDINHA
JUSSARA BARROS CERRUTTI
LEDY DO HORTO S. OLIVEIRA
LUIZ CARLOS MOREIRA
MARIA CLARA D. C. M. CHAVES
NERO ARAÚJO BARRETO
PAULO DA COSTA LOPES

PAULO GIRALDO
RENATA DE QUEIROZ VARELLA
RENATO DE SOUZA BRAVO
ROBERTO MAUÉS
ROGÉRIO TAVARES
RONALDO SOARES DE FARIAS
RUBEM A. GOULART FILHO
SÉRGIO MANCINI NICOLAU
SÍLVIA MARIA B. CAVALCANTI
SINÉSIO TALHARI
SUSANA CRISTINA AIDÉ V. FIALHO
TOMAZ BARBOSA ISOLAN
VANDIRA MARIA S. PINHEIRO
VÂNIA SILAMI



Promoção válida
somente para os 200
primeiros pedidos!

FICHA DE PEDIDO

Nome:

Endereço:

Cidade: CEP: Estado:

Tel.: Fax: E-mail:

Acrescentar R\$ 9,00 (nove reais) ao primeiro cheque nominal/cruzado (Sociedade Brasileira de DST) para despesas postais e remeter para:

Sociedade Brasileira de DST

Av. Roberto Silveira, 123 – Niterói, RJ – CEP: 24.230-160

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 pelo 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 NO ORIGINAL

Orientações gerais: Os originais devem ser redigidos em português, espanhol ou inglês, em três cópias impressas em folha de papel branco, tamanho A4 (210X297mm) e em disquete, 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; (1) 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 1.400 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 porque 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. Devem ser apresentadas nos moldes do *Index Medicus*, de acordo com os exemplos abaixo (quando o número de autores ultrapassar 6, somente os três primeiros devem ser citados seguidos da expressão *et al.*). No caso de ser um fascículo este deve ser indicado entre parênteses após o volume.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Terão prioridade para publicação os artigos com Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Contudo, a comissão editorial do JBDST, antes de avaliar o mérito científico, apreciará também o mérito ético.

- Artigo em periódico
 - (1) BUENO, S.M.V., MAMEDE, MV. - Comportamento das Profissionais do Sexo: relacionado a DST Aids. *DST - J bras. Doenças Sex Transm*, 9(3):4-9, 1997
 - Livro ou monografia
 - (2) TINKER, J. — Aids: como prevenir, conviver e cuidar. *J. Ed. Noruega, Cruz Vermelha*, 1987.
 - Capítulo em livro
 - (3) PAIVA, V. — Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/ Aids. In: Parker, R. *et al.* — A Aids no Brasil. Rio de Janeiro: *ABJA, 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.

• **Discussão:** Uma das partes mais importantes do trabalho é comparar discutindo os resultados. Se a metodologia é o coração do trabalho, a discussão é a alma.

• **Conclusão:** 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.

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 "Conclusion". Os descritores devem fazer parte da lista de "Medical Subject Headings" do *Index Medicus*. Conforme constam na publicação citada pela BIREME.

Abaixo do resumo, fornecer três a seis descritores, que são palavras-chave ou expressões-chave que auxiliarão a inclusão adequada do resumo para os bancos de dados bibliográficos. Empregar descritores integrantes da lista de "Descritores em Ciências da Saúde", elaborada pela BIREME e disponível nas bibliotecas médicas.

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) "Conclusão". 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 mé-

todos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Os "resultados" devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em seqüência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados. A "discussão" deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já existentes na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. A "conclusão" deve ser apresentada, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar a conclusão 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 (todos em folhas separadas).

Cartas ao editor: O envio de cartas ao editor comentando, discutindo ou criticando os artigos publicados no 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

- BIREME — Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS — Descritores em Ciências da Saúde: lista alfabética — T ed. rev. amp. São Paulo: BIREME, 1992, III.
- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *JAMA*, 1993, 169:2282-2286
- HAYNES, R.B., MULROW, CD., I-IUTH, E.J., ALTMAN, D.J., GARDNER, M.J. - More informative abstracts revisited. *Ann. Inter. Med.*, 1990, 113: 69.76.

Os trabalhos deverão ser enviados para:

DST - *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*
Associação Médica Fluminense
Av. Roberto Silveira, 123, Icaraí
Niterói - RJ - CEP 24230-150 - Brasil
A/C: Prof. Mauro Romero Leal Passos