

DST

Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Volume 14, No. 5, 2002

www.uff.br/dst/

Indexada: Lilacs, Library of the Congress - WC - 140

Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases

- DST 4, Manaus 2002: Construindo Compromissos e Enfrentando Desafios
Adele Benzaken
- Tatuagens e a Vulnerabilidade às DST-aids em Mulheres Detentas
Tattoos and the Vulnerability to STD-aids in Female Prisoners
- Adolescência e Violência Sexual
Sexual Violence and Adolescence
- Sorologia da Sífilis e HIV
Serologic Syphilis and HIV
- O Conhecimento Prévio da Soropositividade em Parturientes
The Awareness of Being HIV Seropositive on Parturients
- HIV e Sífilis e Clínica de DST
HIV and Syphilis and STD Clinic
- Sulfadiazina de Prata e Colpites
Silver Sulfadiazine and Colpitis
- Bexiga Neurogênica e HTLV-I
Neurogenic Bladder and HTLV-I



Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Órgão Oficial para América Latina da União Internacional Contra Infecções de Transmissão Sexual (IUSTI)

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

SUMÁRIO

EDITORIAL

- DST 4, MANAUS 2002: Construindo Compromissos e Enfrentando Desafios 3
Adele Schwartz Benzaken

ARTIGOS

- TATUAGENS E A VULNERABILIDADE ÀS DST-AIDS EM MULHERES DETENTAS 4
Tattoos and the Vulnerability to STD-aids in Female Prisoners
Anney T Giordani, Sônia MV Bueno

- ADOLESCÊNCIA E VIOLÊNCIA SEXUAL 11
Sexual Violence and Adolescence
Ivan A Penna, Paulo Canella, Maria do Carmo A Silva

- CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO SOROEPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS EM INFECTADOS PELO HIV,
 EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, RJ 15
*Contribution to the seroepidemiologic study of the syphilis in infected by HIV, in University Hospital of the
 Rio de Janeiro city, RJ state*
José Eduardo C Brandão, Carlos Alberto M Sá, Marise D Asensi

- O IMPACTO DO CONHECIMENTO PRÉVIO DA SOROPOSITIVIDADE EM PARTURIENTES 20
The Impact of the Awareness of Being HIV Seropositive on Parturients
Luiz F. Sampaio Neto, Sérgio C Silva, Gustavo G Condi, Pérsio CC Pinto, Neil F Novo

- INFECÇÃO PELO HIV E SÍFILIS EM PESSOAS QUE PROCURAM ATENDIMENTO EM UMA
 CLÍNICA DE DST NO BRASIL 25
HIV Infection And Syphilis Among People Attending a STD Clinic in Brazil
Angélica E Miranda, Rafael B Monteiro, Bruno C Prado, Rafael R Serafim, Rafael A Soares

- O USO DO CREME GINECOLÓGICO DE SULFADIAZINA DE PRATA 1% MICRONIZADA
 NO TRATAMENTO DAS COLPITES 29
The use of the Silver Sulfadiazine 1% in Colpitis Treatment
*Renato Ferrari, Eduardo B Giordano, Charles Farias, Sabrina Estevez, Juliana M Bianchi, Cristos Pritsivelis,
 José Carlos J Conceição*

RELATO DE CASO

- BEXIGA NEUROGÊNICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE INFECÇÃO PELO HTLV-I 32
Neurogenic Bladder as the First Manifestation of HTLV-I Infection
Néviton M Castro, Waldyr Rodrigues Júnior, André Muniz, Gustavo O Luz, Aurélia M Porto, Adelmir Machado, Edgar M Carvalho



SBDST

**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 (2002 - 04)

Presidente:
Adele Schwartz Benzakem (AM)

1º Vice-Presidente:
Mauro Cunha Ramos (RS)

2º Vice-Presidente:
Paulo César Giraldo (SP)

1º Secretário:
Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

2º Secretário:
Maria Luiza Bezerra Menezes (PE)

1º Tesoureiro:
José Carlos Gomes Sardinha (AM)

2º Tesoureiro:
Angélica Espinosa Miranda (ES)

Diretor Científico:
Mauro Romero Leal Passos (RJ)

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 CEARÁ

Presidente: Ivo Castelo Branco Coêlho
Vice-Presidente: Carlos Antônio Soares e Sá
1º Secretário: Sílvio Carlos Rocha de Freitas
2º Secretário: Márcia Lessa Fernandes
1º Tesoureiro: Telma Alves Martins
2º Tesoureiro: Fernanda Scheridan de M. Bezerra
Dir. Científico: Telma Régia Bezerra S de Queiroz

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 Coêlho
1º Tesoureiro: Marta Colle Alves
2º Tesoureiro: Sandra Fagundes
Dir. Científico: Rodrigo R. Rodrigues

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 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

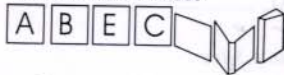
REGIONAL RIO GRANDE DO SUL

Presidente: Mauro Cunha Ramos
1º Vice-Presidente: Mariangela Silveira
1º Secretário: Ney Gyron
2º Secretário: Luís Carlos Toledo
1º Tesoureiro: Tomaz Barbosa Isolan
2º Tesoureiro: Jacques Vissoky
Dir. Científico: Jaqueline Villas Boas e Silva

REGIONAL SÃO PAULO

Presidente: Geraldo Duarte
1º Vice-Presidente: Iara Moreno Linhares
2º Vice-Presidente: Valdir Monteiro Pinto
1º Secretário: Sílvio Antonio Santos Pereira
2º Secretário: Bruno Pompeu Marques
1º Tesoureiro: Elucir Gir
2º Tesoureiro: Vicente Bagnoli
Dir. Científico: Paulo César Giraldo

Fillado a
Associação Brasileira
de Editores Científicos



CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

Adele S. Benzaken (AM)
Nero Araújo Barreto (RJ)
Paulo Giraldo (SP)
Renato de Souza Bravo (RJ)
Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Comissão Editorial:

Geraldo Duarte (SP)
Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)
Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)
Iara Moreno Linhares (SP)
José Antônio Simões (SP)
Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)
Luiz Carlos Moreira (RJ)
Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)
Mauro Cunha Ramos (RS)
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:

Alicia 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**

uff MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CCM / CMB / MIP
SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

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

DST 4, Manaus 2002: Construindo Compromissos e Enfrentando Desafios

Sob qualquer ângulo que se observe, o DST 4-Manaus 2002, 4º Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis realizado no Tropical Hotel Manaus em setembro do referido ano, foi um sucesso surpreendente. A cidade de Manaus, fica muito longe de quase tudo. No entanto, os 800 a 1000 participantes que foi a projeção inicial, simplesmente saltou para o quase terror da comissão organizadora, para 1428 congressistas sendo 630 de outros Estados brasileiros, somados aos 243 conferencistas. O empenho de tantas pessoas para um evento tão distante impõe uma constatação óbvia: nós, os "dstólogos" somos muito mais do que imaginávamos. Mais do que um número grande, temos qualidade de sobra e "tesón y voluntad". O congresso mostrou isto.

Cabe destacar os trabalhos que receberam, após avaliações de comissão de alto nível, prêmios de melhores estudos nas áreas de – assistência; epidemiologia; laboratório e prevenção, nas categorias de apresentações oral e pôster.

Apresentações Oraís – Assistência *Estratégias para assegurar a efetividade das ações de treinamento em DST* Telma RBS Queiroz; Coelho, I.C.B.; Martins, T. A. ;Lima, F.V.T.; Santiago, S.M.B.; Vitorino, M.J. ; Leite, A. P. – **Laboratório** – *Avaliação de anticorpos IgG e IgA anti Chlamydia trachomatis e do DNA Clamidal em mulheres com obstrução tubária ou com antecedentes de gravidez ectópica.* Ana Claudia Sena Machado.; Pfrimer, P.; Amaral,W.N.; Fioravante, F. C. R.; Guimarães, E. M.B.; Alves, M. F.C. – **Epidemiologia** – *Identificação de recursos epidemiológicos no controle das DST* Ana Claudia Camargo G. da Silva ; D'Oliveira, AFL. – **Prevenção** – *Representações sociais de DST/Aids entre índios Baniwa: implicações e aplicações na prevenção* Luiza Garnelo ; Sampaio,S; Lynn, G.

Apresentações Pôsteres – Assistência – *Grupo de Adesão: Enfrentando desafios.* Gonçalves, MMG; Nocentini, CP; Estevan, D; Silva, AA; Fonsi,M. – **Laboratório** – *Investigação DST* Celina Boga Porto e Joycenea Matsuda Mendes. – **Epidemiologia:** *Impacto das intervenções na redução da TMI do HIV* Francisco de Assis Silva Gomes e Eliana Amaral. – **Prevenção**– *Projeto Aids: Juventude e participação* Maria Rocineide Ferreira da Silva ; Silva,ACES; Santos MJE; Torres, ALMM; Viana,FC.

Mas, falta-nos organicidade. Nossa Sociedade ainda é muito frágil e precisa consolidar-se para além da realização de seu Congresso bienal. Algumas medidas vem sendo implementadas, o que já resultou na formação de Regionais do Rio Grande do Sul, São Paulo e Pernambuco (sede do próximo DST 5 em 2004), que se somam às preexistentes do Rio de Janeiro, Ceará, Espírito Santo e Amazonas. É pouco ainda, mas o caminho é este, certamente. Nossa página na Internet (www.dstbrasil.org.br) poderá, e deverá ser a argamassa a unir os tijolos (Regionais) que precisamos acrescentar a nossa obra, que, repito, ainda está nos seus primórdios, mas promete muito. Temos que buscar nosso espaço, ainda, no contexto internacional e para tanto estaremos nos envolvendo nos dois grandes eventos mundiais de DST, que ocorrerão este ano: o 15th Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTD) em julho no Canadá-Ottawa e o 8º Congresso Mundial STI/AIDS e a XIV Congresso Panamericano STI/AIDS em dezembro no Uruguay-Punta del Este. Visibilidade é fundamental no contexto de um mundo globalizado, e o Brasil, assim como nossa Sociedade de DST tem muito a mostrar.

ADELE SCHWARTZ BENZAKEN
Presidente da SBDST

O *Journal 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 DO 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; (f) instituição ou serviço ao qual os autores estão vinculados; (g) nome, endereço, telefone, fax e E-mail do autor responsável pela correspondência; (h) fonte financiadora ou fornecedora de bolsas, equipamentos e materiais, quando for o caso.

Resumo em português: O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 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, M.V. - Comportamento das Profissionais do Sexo: relacionado a DST Aids. *DST - J bras. Doenças Sex Transm*, 9(3):4-9, 1997
 - (2) TINKER, J. — Aids: como prevenir, conviver e cuidar. *J. Ed. Noruega, Cruz Vermelha*, 1987.
 - (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.
 - (4) TOMPSON, N. LILLO, P. - The Crescent Problem of DST: adolescent. *Abstracts of the XXV American Pediatrics Congress, Idaho*, 1991, 104.
- Livro ou monografia
- Capítulo em livro
- Trabalho apresentado em congresso ou similar já publicado

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 sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados. A "discussão" deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já existentes na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. 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 (todas 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, C.D., 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 - *Journal 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



Sociedade Brasileira de SBDST Doenças Sexualmente Transmissíveis

Ficha de Sócio

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

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

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

Instituição de Trabalho: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

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

Cargo/Função: _____

Obs.: _____

VALOR DA ANUIDADE: R\$ 100,00

Assinatura: _____

IMPORTANTE:

- Este valor inclui a assinatura do **DST-JBDST**, com direito a receber gratuitamente, em seu domicílio, todos os números publicados no período de sua anuidade (em geral 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 - Rua Carolina Sucupira, 770, aptº 202 - Aldeota - Fortaleza - CE - 60140-120 - 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
RIO GRANDE DO SUL: SBDST - RS - Av. Goethe, 111 - Rio Branco - Porto Alegre - RS - CEP: 90430-100 - A/C Dr. Mauro Ramos
SÃO PAULO: SBDST - SP - Rua. Don Francisco de Campos Barreto, 145, Campinas - SP - CEP: 13092-160 - A/C Dr. Paulo Giraldo

TATUAGENS E A VULNERABILIDADE ÀS DST-AIDS EM MULHERES DETENTAS

TATTOOS AND THE VULNERABILITY TO STD-AIDS IN FEMALE PRISONERS

Annecy T Giordani¹, Sônia MV Bueno²

RESUMO

Fundamentos: observa-se que, entre muitos excluídos pela sociedade são tatuados e, muitas vezes, suas tatuagens são realizadas em más condições de higiene e com materiais inadequados. Seus significados e poder de comunicação despertam o interesse do uso por marginais, inclusive, mulheres detentas. **Objetivos:** correlacionar práticas inadequadas na confecção de tatuagens à transmissão do HIV e outros agentes infecciosos; orientar os sujeitos para comportamentos mais adequados nestas situações, visando autoproteção e multiplicação de conhecimentos fora e no cárcere. **Métodos:** trabalhamos 17 detentas, sendo 14 tatuadas, em três cadeias públicas femininas do interior paulista. Desenvolvemos pesquisa-ação, humanista e qualitativa, atendendo aos preceitos éticos e o rigor científico. Utilizamos gravação em fitas K-7, com posterior transcrição das falas e fotografias das tatuagens a partir de autorização escrita dos sujeitos. **Resultados:** a maioria das tatuagens localiza-se nas pernas, braços e mamas, e foram realizadas em períodos e locais diferentes. Quase a totalidade foi realizada em domicílio com maquininhas caseiras e improvisadas e apenas uma, com agulha de costura no interior da prisão. A maioria informou tê-las, simplesmente por gostar. Quase metade das tatuagens, refere-se a nomes e iniciais de parceiros, motivos florais, cupido e corações. A maioria das detentas afirmou que suas tatuagens não têm significado especial. Dois sujeitos são homossexuais ativos e parceiros em uma mesma cela. **Conclusão:** as tatuagens denotam cumplicidade com parceiros(as) que além de serem companheiros(as) no uso de drogas injetáveis, são seus(as) tatuadores(as). Todas são vulneráveis à infecção pelo HIV-aids e outros agentes infecciosos, veiculados pelo sangue e sexo.

Palavras-chave: mulher detenta, tatuagens, aids-DST

ABSTRACT

Background: It is observed that many of those people excluded by society are tattooed. Their tattoos are most often made under poor hygiene conditions and by using inadequate material. The meanings and communication power of such tattoos awaken the interest of those who have been marginalized, including female prisoners. **Objectives:** To correlate inadequate practices in tattooing to the transmission of HIV and other infectious agents; to orientate subjects to more adequate behaviors in these situations, aiming at self-protection and knowledge multiplication in and out of prisons. **Methods:** We worked with 17 prisoners in three public women's prisons in the interior of São Paulo State. Fourteen of such women had tattoos. A humanistic and qualitative action-research was developed according to ethical precepts and scientific rigor. The subjects' accounts were recorded on cassette tapes and later transcribed. Photographs of the tattoos were taken after written consent was obtained from the subjects. **Results:** Most of the tattoos were located on the legs, arms and breasts. They had been made at different times and places. Almost all of them had been made at home using improvised equipment and only one had been produced with a sewing needle in the prison. Most of the subjects reported that they had them simply because they liked them. Almost half of the tattoos consisted of the names and the initials of the women's partners, floral subjects, cupids and hearts. Most of the prisoners reported that their tattoos did not have a special meaning. Two of the subjects were homosexual and partners in the same cell. **Conclusion:** The tattoos denoted the association with lovers who, in addition to being partners in the use of injectable, were also their tattoo makers. All of them were vulnerable to infection by HIV-aids and other bloodborne and sexually transmitted infectious agents

Keywords: female prisoner, tattoos, aids-STD

ISSN: 0103-4065

DST - J bras Doenças Sex Transm 14(5):4-10 2002

INTRODUÇÃO

Tatuar é fazer na pele, marcas indeléveis ou tão permanentes quanto possíveis, conhecidas como "tatuagens definitivas", usando-se corantes obtidos a partir de pigmentos compostos de extratos de plantas ou minerais, misturados com óleo vegetal ou gordura animal. Estas tatuagens são conseguidas, quando tais pigmentos são introduzidos na parte mais inferior da pele (derme) por meios invasivos e através de diferentes processos. Embora também existam as "tatuagens temporárias", chamadas de "coloração corporal", as quais consistem em pinturas no corpo geralmente com hena, sem que seja necessária a escarificação

da pele íntegra, histórica e originalmente, a expressão tatuagem é derivada de *To-Tau* ou *To-Tatu*, palavras que na língua polinésia, significam desenho feito através de perfurações com agulhas, escarificação ou incisão, com a finalidade de infiltrar na derme, corantes capazes de grava-lo definitivamente^{1,2}.

Entretanto, o caráter permanente de uma tatuagem, tornou-se relativo, posto existirem atualmente, técnicas cirúrgicas e mecânicas modernas para a remoção dos pigmentos injetados na pele, sendo que, as primeiras pesquisas de reversão foram sobre métodos químicos. Quanto aos métodos modernos mais utilizados, estes, buscam cada vez mais diminuir a dor e eliminar as cicatrizes do processo de remoção através da emissão de ondas de luzes ou *flashes* luminosos (laser de rubi) capazes de quebrarem os pigmentos de forma indolor. Porém, não existe ainda, tratamento 100% eficaz para a remoção de tatuagens quando se deseja ou necessita retirá-las, surgindo geralmente no local, cicatrizes ou manchas, conforme o tipo de pele da pessoa^{3,4}.

¹ Enfermeira Mestre. Doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Bolsista CAPES. End.: Av. do Café 1695. - Bloco C. Aptº 101 - Jd. Monte Alegre. CEP: 14050-230 - Ribeirão Preto/SP. E-mail: annecy@eerp.usp.br

² Pedagoga. Livre Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Consultora Externa do Ministério da Saúde - CN-DST-Aids Orientadora.

Mesmo havendo opiniões controversas em torno da prática e do uso da tatuagem, o preconceito social ainda é grande, apesar da pele sempre ter sido uma fonte inesgotável do narcisismo, levando as pessoas a se tatuarem em variadas situações, por diferentes motivos e com o uso de materiais que vão desde pontas de ossos e bambus até máquinas elétricas portáteis, capazes de fazer 3.000 a 4.000 perfurações na pele por minuto. Sob a ótica da psicologia, alguns autores consideram que elementos como a sedução, a procura do olhar do outro e a relação com o casamento, filiação e exercício da sexualidade, parecem estar presentes nas tatuagens^{1,5,3,6,7,8}. Assim, uma tatuagem pode ser usada como um simples ornamento, como símbolo de valentia e de erotismo, iniciação da adolescência, simbolismo mágico-religioso ou aceitação num grupo ou clã determinado, entre outros propósitos.

Atualmente, apesar de ser bastante comum o uso da tatuagem por modismo como ornamento erótico; para informar a preferência sexual e provocar a resposta de eventuais parceiros; como sinal de identificação de tribos, inclusive urbanas ou por casais interessados em celebrar amor eterno; os grupos que freqüentemente usam tatuagens são os marujos, militares, caminhoneiros, profissionais do sexo, mineiros, membros de gangues juvenis, traficantes, drogaditos, lutadores de *jiu-jít-su* e prisioneiros(as). Todos se comunicam de forma não verbal e instantânea entre si, através da simbologia estética de variados desenhos tatuados em seus corpos, os quais, tendem a ser interpretados corretamente ou incorretamente por membros de todos os estratos sociais de diferentes culturas^{9,5,2,3,10}.

Na verdade, há uma tendência mundial de se ver em qualquer tatuagem, um símbolo de marginalidade, uma idéia que vem se modificando com o tempo, embora, sempre tenha existido algum significado às diversas civilizações do planeta. No entanto, na sua configuração contemporânea, a tatuagem está associada a um ato de transgressão em relação ao lugar pouco confortável em que o sujeito se vê, enquanto continuador de um mundo falido. A questão é, que o desejável é sempre transgressivo. Daí também, o aspecto sedutor da tatuagem^{5,3,7,8,4}.

Embora diversos estudos apontem para 0,3% a média entre diversos tipos de exposições percutâneas com sangue infectado por HIV, indicando assim, baixo risco de infecção após exposição a este retrovírus, não temos conhecimento de pesquisas indicativas da soroprevalência do HIV, especificamente, entre mulheres detentas tatuadas que foram contaminadas por materiais perfurocortantes usados nesta prática^{11,12,4}.

No entanto, além de ser comum a prática inadequada da confecção de tatuagens por internas(os) em prisões, esta, ocorre muitas vezes, de forma velada, ou seja, longe dos olhares vigilantes dos agentes carcerários e em péssimas condições de higiene. Neste contexto, entre os materiais improvisados mais utilizados, estão agulhas e linhas de costura e tintas nanquins de diversas cores, seguidas de, pontas finas de canetas coloridas usadas para perfuração dolorosa da pele íntegra, causando sangramento, edema local e conseqüentes infecções. A linha de costura absorve a tinta, ao ser enrolada em torno da agulha e mergulhada nas tintas.

Deste modo, são produzidas múltiplas perfurações na

pele, objetivando a composição de desenhos nem sempre produzidos a partir de prévio estudo ou esboço pelo(a) tatuador(a).

Diante desta problemática, sustentada pela simbologia das tatuagens no mundo do crime; pelas condições precárias em que elas são realizadas nos cárceres, nos domicílios e nas ruas; pelo envolvimento de pessoas leigas em relação a manipulação cuidadosa de instrumentos perfurocortantes no corpo humano e pelos conseqüentes riscos de contágio ao HIV e outros patógenos de transmissão sangüínea, é que nos propusemos trabalhar os objetivos pontuados a seguir.

OBJETIVOS

- orientar os sujeitos desta pesquisa, quanto à vulnerabilidade especialmente às DST-aids, dentro e fora do ambiente prisional, considerando os conhecimentos e habilidades que estas mulheres já possuíam sobre as temáticas, e também sobre outras doenças infecto contagiosas importantes e de difusão sangüínea e/ou transmissão sexual;
- correlacionar práticas infectantes relativas a confecção de tatuagens no interior das prisões, à transmissão do HIV e outros agentes patogênicos, adquiridos pelo compartilhamento de agulhas reutilizadas com sangue contaminado, orientando nossos sujeitos para comportamentos mais adequados, com finalidade de autoproteção e multiplicação destes conhecimentos junto a seus(uas) parceiros(as) tanto fora como no interior do cárcere;
- compreender e saber prevenir-se especialmente contra às DST-aids frente a determinados comportamentos de risco, facilitadores do contágio do HIV em mulheres na marginalidade, onde o uso de drogas injetáveis é freqüente, assim como, a multiplicidade de parceiros(as) e a baixa adesão às práticas de sexo seguro.

METODOLOGIA

Trabalhamos vinte e cinco (25) mulheres detentas, vinte e duas (22) tatuagens definitivas na pele, em quatro (4) cadeias públicas femininas de pequenos e médios portes, localizadas em cidades diferentes do interior do Estado de São Paulo, desenvolvendo pesquisa-ação humanista e qualitativa, atendendo aos preceitos éticos e o rigor científico.

Utilizamos gravação em fitas K-7, com posterior transcrição das falas, e, de fotografias das tatuagens localizadas em diferentes regiões dos corpos dos sujeitos, com a devida autorização por escrito dos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria das detentas pesquisadas é solteira; tem baixa escolaridade, sendo apenas uma analfabeta; antes da detenção, ocupava-se com atividades domésticas; tem filhos, pouco mais de dois em média. Trata-se de uma população eminentemente feminina jovem, maioria entre 18 e 34 anos de idade, católica e que informou nunca ter passado pela experiência de aborto.

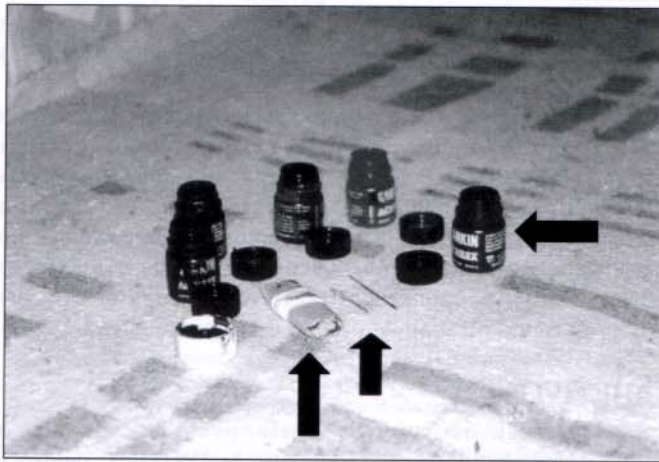


Foto 1 – Materiais (tintas nanquins, linha e agulhas de costurar tecidos) utilizados por mulheres detentas nas cadeias femininas pesquisadas para a confecção de tatuagens definitivas.



Foto 2 – Mulher detenta retocando uma tatuagem de flor na perna de outra detenta. Trabalho feito na cadeia, utilizando -se de agulha de costura e tintas nanquins vermelha e verde.

Constatamos ainda, que a maioria das detentas é procedente de cidades das regiões onde se localizam as cadeias pesquisadas; está detida por ter infringido o Artigo 12 do Código Penal Brasileiro, crime hediondo referente ao tráfico de entorpecentes, sendo que, do total de sujeitos entrevistados, mais da metade aguarda sentença judicial e a minoria cumpre pena em regime fechado de prisão. Estas penas condenatórias, variavam de 3 anos e 50 dias de multa até 4 anos e 8 meses. Em relação ao número de parceiros anteriores, pouco mais da metade das mulheres (13), afirmou já ter se relacionado sexualmente com vários parceiros, fazendo uso ou não de preservativo masculino, e as demais, citaram relações íntimas com dois (02) até seis (06) parceiros(as) sexuais, sem o uso regular de condom.

Quase metade (11) dos sujeitos, informou que seus companheiros - alguns com os quais teve filhos -, encontravam-se presos ou mortos em detrimento de práticas criminais. Os demais, encontravam-se em liberdade, morando em casa própria, de amigos ou parentes. Apenas uma detenta, não soube explicar onde se encontrava seu parceiro.

Do número total de parceiros citados pelas mulheres por ocasião das entrevistas, a maioria desenvolvia ocupações no mercado informal, o que inclui a exploração do comércio sexual de mulheres e o tráfico de drogas em pontos (bocas) localizados principalmente em áreas periféricas de cidades

de pequeno, médio e grande porte.

No período da coleta de dados para esta pesquisa, havia uma população total de aproximadamente cento e cinquenta (150) mulheres internas nas quatro (4) cadeias visitadas, porém, obtivemos uma amostragem de vinte e cinco (25) sujeitos, dos quais, vinte e dois (22) apresentaram um total de cinquenta e uma (51) tatuagens definitivas. Quanto as localizações dos desenhos tatuados nos corpos das mulheres, observamos em ordem numérica decrescente, que catorze (14) deles, localizavam-se nos braços; treze (13), encontravam-se gravados nas pernas; quatro (4), nas mãos; três (3), em cada uma das seguintes regiões do corpo: tornozelos, abdome e mamas; dois (2), nas costas, nádegas, dedos dos pés/mãos e coxas, e, as demais tatuagens (3), foram gravadas nos pés e pescoço.

Pesquisa realizada por uma antropóloga uspiana, anotou dados interessantes quanto as localizações das tatuagens pertencentes ao universo das categorias de infração, citando as mãos de mulheres detentas como exemplo, onde encontrou pontos, pequenas cruces e asteriscos que se destacavam pela economia de elementos gráficos associada a necessidade de discrição. De acordo com a autora, estas tatuagens em geral, são inscritas na região entre o polegar e o indicador, na parte posterior das mãos destas mulheres, local de pouca visualização por estar em constante movimento, ocultando e dificultando o desvendamento destas imagens. Também, algumas categorias de infração foram observadas, representas por emblemas ou figuras como: "cruzes de malta", "suásticas", "estrelas" e "escorpiões", geralmente tatuadas em locais do corpo mais freqüentemente cobertos ou seja, em braços, pernas e peito.

Com relação há quanto tempo suas tatuagens foram realizadas, seis (6) mulheres informaram possuí-las no período de 1 à 3 anos e de 3 à 5 anos respectivamente; cinco (5), indicaram terem-nas de 9 à 11 anos; três (3), as possuíam de 5 até 7 anos e apenas duas (2) detentas, afirmaram que suas tatuagens foram feitas há menos de um ano da data de sua entrevista para esta pesquisa. Quanto ao(a) confeccionador(a) da(s) tatuagem(ns), dezesseis (16) mulheres apontaram como autores seus colegas "de tráfico"; "de fumo"; "tatuador"; "de rua"; "de cadeia" e "de cela", ou amigos mencionados como: "amigo meu"; "amiga minha" e "cantor de rock". Estes resultados sugerem que, a vida destas mulheres na marginalidade, contribui à presença de tatuagens em seus corpos, desde o início de sua adolescência.

Estas marcas, ajudam a aumentar o estigma relativo a este extrato social e a contar suas histórias de violências em espaços públicos e privados, em diferentes fases de sua vida, ora ocupando *status* de vítimas, ora de agressoras.

Por outro lado, a presença de tatuagens em grupos presidiários, condiz com a incidência contemporânea da tatuagem em situações onde a individualidade ameaça se diluir tanto pelo apagamento quanto pelo fortalecimento das diferenças. Portanto, nestes grupos de usuários de tatuagens, acentua-se radicalmente as igualdades entre seus elementos, marcando suas diferenças com relação ao restante da sociedade. Em decorrência deste processo, é que, ambigüidades de sentimentos e comportamentos, são simbolicamente registrados na pele, através de ações mecânicas dolorosas, advindas de pessoas conhecidas, com

ou sem o consentimento da mulher, tendo como resultados, marcas físicas difíceis de serem removidas^{9,4}.

Ainda, oito (8) detentas, informaram terem sido o marido ou ex-marido seus tatuadores; em três (3) casos, as próprias detentas se tatuaram; e, nos demais (2), os autores foram o namorado e um tatuador profissional. Estudo antropológico, refere-se a categoria "pertencimento afetivo" a determinadas temáticas voltadas à figuras masculinas, como sendo as únicas tatuagens que se compõem de elementos da escrita: nomes, iniciais, e algumas vezes, frases de amor, geralmente emolduradas pelo desenho de um coração gravado na pele de mulheres detentas⁹.

Neste sentido, quando os desenhos tatuados referem-se a pessoas com quem mulheres delituosas têm ou tiveram envolvimento afetivo e sexual, geralmente, implicam num significado sexual único e são mais freqüentemente gravadas em partes ocultas, quase sempre, por seu(a) parceiro(a) e portanto, possuem maior força evocadora de dor e de prazer, expressão máxima de possessão que não pára na relação sexual, mas, amplia-se à marca indelével de propriedade absoluta do(a) outro(a)¹.

Quanto aos lugares onde suas tatuagens foram desenhadas, dez (10) detentas mencionaram o próprio domicílio; oito (8), referiram-se a instituições penais; sete (7) apontaram as ruas como local aberto à confecção de suas tatuagens e duas (02) mulheres, citaram terem sido tatuadas na casa de pessoas conhecidas como amigo e prima. Em relação aos materiais perfurantes empregados para a confecção de suas tatuagens, o uso exclusivo de maquininha elétrica portátil, foi apontado pela maioria dos sujeitos (18); porém, em dez (10) casos, foram somente utilizadas agulhas de costura e em seis (6), houve injeção de tintas coloridas através destes dois tipos de materiais perfurantes.

Em todos os casos em que agulhas de costura e tintas nanquins coloridas foram utilizadas na confecção de tatuagens, as perfurações na pele se deram no interior das prisões, resultando em desenhos grosseiros ou inacabados, sem esboços prévios, realizados com total falta ou inadequada assepsia destes materiais, usados pelas internas nelas mesmas e em suas colegas. Além, considerando outras informações coletadas nas prisões, nenhum procedimento adequado de anti-sepsia, costuma ser realizado antes das perfurações para a introdução de pigmentos coloridos na pele.

Neste contexto, à prática da tatuagem não se utilizam quaisquer precauções necessárias na manipulação de agulhas e outros materiais cortantes para prevenir exposições percutâneas e os cuidados de desinfecção e esterilização na reutilização de instrumentos para procedimentos invasivos e nem de limpeza adequada da pele a ser perfurada. Sendo assim, mulheres delituosas tendem a estar mais vulneráveis às DST, aids e a outros patógenos de transmissão sanguínea. Afora estes riscos de contaminação, podem surgir no local da tatuagem, reações alérgicas e cicatrizes indesejáveis como queiloideanas^{11,13,4}.

Dentre as possíveis complicações provenientes das más condições empregadas nos procedimentos, podem ocorrer infecções bacterianas, desde as de menor importância (impetigo) até aquelas que favorecem as amputações por necrose da extremidade afetada.

Também, podem surgir piodermias, abscessos, erisipela, gangrena e septicemias, havendo diversos casos de cancro sifilítico em tatuagens e alguns casos comprovados de hanseníase registrados na literatura científica. Igualmente importante, é a alta infectividade do vírus causador da hepatite B, facilmente transmitida por agulhas reutilizadas e não esterilizadas, assim como, a tuberculose cutânea, cancroide, rubéola e tétano. Portanto, nas condições precárias de higiene em que estas tatuagens são feitas, o dedo ou o algodão utilizado para estancar o sangramento na região, podem transmitir muitas doenças^{1,7,13,4}.

Quanto aos motivos que as levaram a adquirirem suas tatuagens, doze (12) detentas informaram que desejavam se assemelhar com outras(os) colegas tatuadas(os) ou simplesmente, por gostarem dos temas e da estética dos desenhos em seu próprio corpo; seis (6) mulheres, alegaram razões afetivas relacionadas a "prova de amor" e portanto, sugestivas de sentimento de propriedade do parceiro por elas. Na verdade, tratam-se de histórias de amor e ódio, paixão e crime, violência e abandono, cumplicidades, envolvendo relacionamentos afetivos com homens e/ou mulheres; relações comerciais conturbadas ligadas ao envolvimento com o tráfico, uso de drogas e a vida na prostituição, tendo como cenários, guetos, ruas, interior de lares ou instituições fechadas como prisões e casas para recuperação de menores infratores⁷.

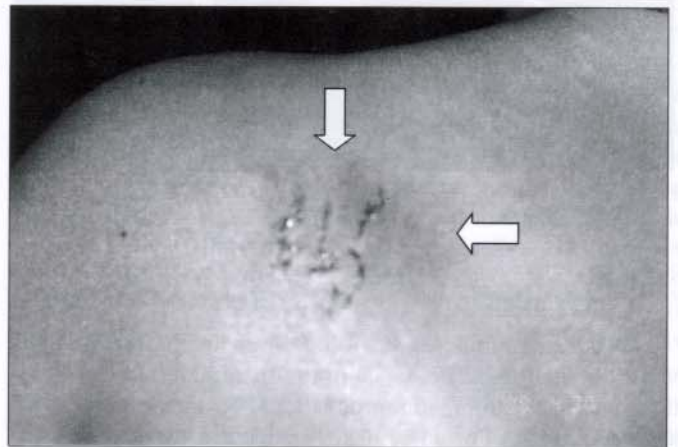


Foto 3 - Tatuagem recente nas costas de mulher detenta com presença de edema e rubor localizados (seta). Inscrição de iniciais do nome de sua parceira sexual, realizada por uma colega de prisão com o uso de agulha de costura e tinta nanquim preta.



Foto 4 - Tatuagem em mama feita pelo parceiro de mulher detenta em sua residência, utilizando-se de maquininha para gravação de seu nome (Zé), em tonalidade azul escuro.

Ainda, duas (2) detentas optaram por tê-las, durante estado de drogadição; duas (2), referiram símbolo de poder no mundo do crime; duas (2), fizeram tatuagens de símbolos religiosos propositando proteção espiritual e evidenciar sua religiosidade e fé; uma (1) detenta, não soube explicar o motivo, e outra, afirmou não existir uma razão específica. As demais (4), relacionaram suas tatuagens ao seu signo do zodíaco (balança); a uma forma de cobrir outra tatuagem indesejada; a símbolo de liberdade e ao seu amor pela natureza.

Por serem complexas as razões que levam uma pessoa a ter uma tatuagem, deve-se levar em consideração as diferenças culturais dos povos e épocas, embora, sob o ponto de vista da medicina legal, a classificação das tatuagens seja feita de acordo com suas temáticas, como: amorosas, políticas, profissionais, afetivas, religiosas, patrióticas, belicosas, imorais, atípicas e acidentais^{2,7}.

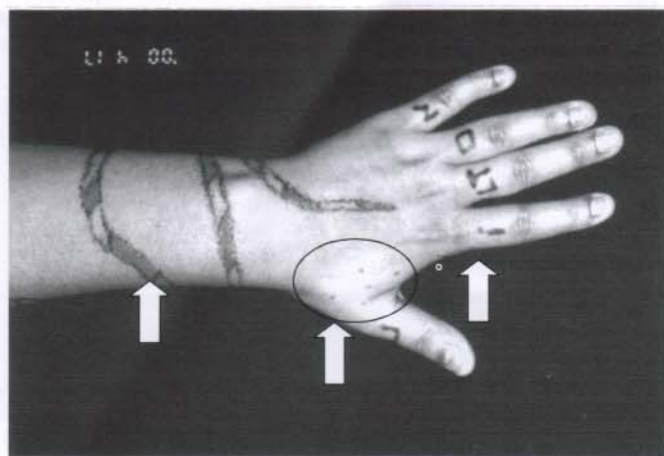


Foto 5 – Tatuagens no braço, dorso da mão esquerda, punho e dedos de uma detenta. Todas foram feitas por ela mesma no interior da prisão e na rua, utilizando-se de agulhas de costura e tintas nanquins. Desenhos de uma cobra coral, letras que unidas compõem o nome do marido morto (VILTON) e cinco pontos localizados entre os dedos polegar e indicativo (circulados).

Todas as mulheres (22) decidiram ter tatuagens, uma vez que, nenhuma delas mencionou ter sido coagida ou torturada por outrem, com propósito de castigá-la obrigando-a a ser tatuada. Portanto, neste sentido, estes sujeitos não foram vítimas de violência.

Quanto às temáticas das tatuagens encontradas nos sujeitos desta pesquisa, quantitativamente e por ordem decrescente de incidência, foram: nove (9) tatuagens de animais (aves, peixes e répteis); oito (8), retratam desenhos de tribais, sendo que, alguns deles foram desenhados sobre cicatrizes ou nomes de pessoas que desejam esquecer; cinco (5), referem-se a iniciais de nomes de parceiros sexuais e filhos de detentas; cinco (5), retratam flores, rosas abertas e em botão; cinco (5), relacionam-se a elementos da astronomia como: lua, sol e estrelas; quatro (4), tratam-se de desenhos de símbolos ou personagens ligados a seitas ou crenças religiosas a serem: cruzes, Iemanjá e cara do demônio; quatro (4), são desenhos de corações, denotando sentimento de entrega amorosa e afetividade feminina; três (3), dizem respeito a abreviaturas de nomes ou o primeiro nome de parceiros sexuais; três (3), relacionam-se a mitologia ao retratarem dragões e unicórnio; duas (2), configuram-se como

pinta e cinco pontos, sendo quatro desses posicionados em torno de um único ponto; e, as demais tatuagens observadas, tematizam: fruta, cupido, símbolo do zodíaco e pegadas de um tigre.



Foto 6 – Tatuagem de peixe do mar localizada no terço médio da perna esquerda, feita na cadeia por colega de prisão.



Foto 7 – Tatuagem de quatro pegadas de tigre, feita na rua por colega de gangue, indicando pertencimento a grupo criminoso.



Foto 8 – Tatuagem de um tribal no dorso do pé esquerdo, feita na cadeia por colega de prisão.

De acordo com pesquisadores do Departamento de Psicologia da Universidade de Milão, os quais classificaram os desenhos das tatuagens mais comuns e seus significados, o “dragão” por exemplo, remete à criação humana e testemunha o desejo de auto-afirmação e os “tribais” são motivos abstratos escolhidos por pessoas que precisam se diferenciar das outras. Já, em relação às regiões do corpo escolhidas para tatuagem, os estudos revelaram que “tatuado o tronco” denota capacidade de decidir. Se a escolha cai sobre os “braços”, significa que o indivíduo está atravessando uma fase de lenta maturação e que, pessoas infantis e pouco reflexivas preferem tatuar as “pernas”. As mulheres, ao contrário dos homens, tendem a ser mais reservadas na demonstração dermatográfica de suas tatuagens, havendo preferência por desenhos pequenos e delicados tais como pássaros, borboletas, corações, signos do zodíaco, iniciais e nomes de pessoas que foram ou ainda são importantes em sua vida, principalmente maridos, amantes, mães e filhos.

Em relação às principais tonalidades dos pigmentos empregados nas tatuagens, a cor verde integrou o colorido de onze (11) desenhos tatuados; em oito (8), observou-se a cor preta; a cor vermelha apareceu em oito (8) deles; e, a tonalidade azul pôde ser verificada em seis (6) tatuagens. A cor amarela e outras de tonalidades claras, não foram utilizadas em nenhuma das tatuagens, nem para preenchimento nem no contorno dos desenhos, assim como, não foram observadas mais de três cores em um mesmo desenho tatuado. Algumas das tatuagens, estavam inabacabadas e outras, somente contornadas sem pintura interna. A maioria porém, tinha cor(es) de preenchimento, estando concluídas conforme o gosto de cada portadora.

Especificamente, quanto à existência de possíveis significados nas tatuagens encontradas nos corpos das detentas, metade das entrevistadas (11), respondeu positivamente e, a outra metade (11), negou ter qualquer significado. Porém, dentre as onze (11) mulheres que não atribuíram significados às suas tatuagens, uma (1) afirmou que a sua, retrata o nome do marido, sugerindo valor sentimental e submissão enquanto “propriedade” do outro, tendo sido o próprio companheiro, o autor da idéia e o tatuador. De modo geral, observamos a predominância de temáticas que denotam o lado emocional e a sensibilidade feminina às questões amorosas e afetivas destas mulheres, somando neste sentido, dezoito (18) tatuagens que retratam letras iniciais de nomes de companheiros e filhos; nomes abreviados de parceiros sexuais; flores; corações e cupido. A maioria, relaciona-se a envoltimentos amorosos recentes e mantidos pelos sujeitos; a um homem a quem esperam reencontrar quando em liberdade; a um amor perdido alimentado por sentimentos de ódio ou mágoa, ou simplesmente, por boas recordações.

Pesquisa com populações confinadas, constatou a existência de um claro sistema de comunicação coletivo, especificamente articulado ao universo da delinquência. Entre mulheres detentas, observou-se que as tatuagens se organizavam a partir de três tipos básicos: “figurativas, abstratas e híbridas” (que contém tanto elementos abstratos quanto figurativos), referente a três situações distintas, porém, as tatuagens eram realizadas dentro de uma situação

básica de identificação e pertença ao universo da delinquência, assim descritas: identificação de pertença a bandos e quadrilhas; determinação da categoria de infração ou delito que define a atividade de sua portadora e a identificação de pertença a um homem determinado, sendo muitas vezes, os chefes dos bandos ou quadrilhas correspondentes ou companheiros de crime.

Desta forma, estabeleceu-se uma relação entre estes três tipos básicos de tatuagem, correlacionados ao pertencimento à delinquência, sendo então, apontados três aspectos: a atividade, a quadrilha e o companheiro.

CONCLUSÃO

Depreendemos que, de fato, não apenas é comum a confecção de tatuagens no mundo do crime, como também, estas são feitas em precárias condições de higiene e com materiais inadequados compartilhados, tanto por detentas no interior de instituições prisionais, como por outras pessoas, em locais como domicílios e ruas. Todas, igualmente leigas sobre o manuseio adequado de objetos perfurocortantes na pele e todos os possíveis danos causados à saúde. A superlotação, a ociosidade no cárcere, o comércio de bens e serviços para a sobrevivência da maioria das internas e o convívio numa mesma cela entre detentas que cometeram delitos graves e autoras de atos infracionais leves; mulheres condenadas com as que aguardam sentença judicial; e, criminosas primárias com infratoras reincidentes, envolvidas com o mundo do crime há mais tempo; de certo modo, parecem ser fatores cotidianos da vida no cárcere, que motivam a busca de identidade e de qualquer atividade laborativa capaz de preencher o tempo de pessoas confinadas. A partir desta ótica, ainda que em parte, pode-se melhor compreender, a habitualidade da prática precária de tatuagens nas prisões entre prisioneiras, mesmo que tais fatores, não constituam os únicos e principais desencadeadores deste comportamento favorável ao contágio do HIV e outros patógenos veiculados por materiais perfurocortantes contaminados. De modo geral, as instituições penais brasileiras, em especial, os Distritos Policiais e as Cadeias Públicas, não oferecem serviços médicos regulares e muito menos, dirigidos às especificidades orgânicas da mulher, propositando cura e prevenção de agravos à saúde. Tal escassez, precariza ainda mais, a qualidade de vida das populações femininas confinadas, principalmente, em prisões de pequeno e médio porte, evidenciando a omissão do Estado que assim demonstra, subestimar a importância de ações educativas e preventivas voltadas às DST-aids, que se proponham a diminuir os riscos de contaminação do HIV e outros patógenos, devido a uma prática inadequada de tatuagem dentro e fora das prisões.

De fato, as tatuagens possuem algum sentido simbólico e são muitas vezes, utilizadas como linguagem dermatográfica importante no mundo do crime, através da qual, marginais se comunicam, são identificados pela polícia e entre si, como mais ou menos perigosos de acordo com os crimes praticados, por exemplo. Embora atualmente, a transmissão do HIV por via sanguínea, não venha registrando estatística significativa de contaminação deste retrovírus com aumento do número de casos de aids em mulheres, especificamente devido a

manipulação inadequada de perfurocortantes em tatuagens, achamos relevante esta pesquisa-ação. Isso porque, além de ser comum nas populações confinadas a multiplicidade de parceiros sexuais, é freqüente o uso de drogas por detentas que compartilham seringas, e também, é fato real a existência de soropositivas para o HIV nas prisões, aparentemente saudáveis e que fazem tatuagem.

Portanto, a falta de higiene e esterilização dos materiais perfurantes utilizados em sua confecção no interior das prisões, assim como o compartilhamento destes pelas detentas, é no mínimo, um assunto preocupante e merecedor de pesquisas mais aprofundadas.

Observamos ainda, que apesar da baixa escolaridade e os equivocados conhecimentos sobre a própria sexualidade e a dos(as) parceiros(as), dificultarem o trabalho de educação preventiva às DST-aids nas cadeias, há evidente interesse pela temática, constatado pela participação e pelo comprometimento das mulheres detentas às mudanças de comportamentos.

Sendo assim, este trabalho possibilitou aos sujeitos envolvidos e, mesmo aos que não participaram diretamente desta pesquisa, receberem esclarecimentos sobre os riscos a que por vezes se submetem quando da prática inadequada de tatuagem, que envolve o uso de instrumentos não esterilizados, ambientes insalubres, nenhum ou poucos conhecimentos sobre higiene da pele e o manuseio de perfurocortantes, omissão dos agentes prisionais, afora a falta de atenção médica e psicológica às detentas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MORA-BRITO, R. F. Tatuajes. *Rev. Mexicana de Dermatologia*. n. 2398, 30(1/3), 1986. p.11-23.
2. FRANÇA, G. V. *Medicina Legal*. 4 ed., Guanabara Koogan, 1995. p.36.
3. CRUZ, R. F. Eterna, enquanto dura. *SUPER INTERESSANTE*. out. 1996. p. 27-31.
4. OS RISCOS de fazer piercings e tatuagens. Disponível em: http://www.cuidadospelavida.../monta_tela.jsp?page=deta_destaque.jsp&cod_dsta=19 Acesso em: 17 mai. 2002.
5. DUNKER, C. I. L. Tatuagem e sedução. *Viver psicologia*. n. 23. jul/ago 1994. p.11-12.
6. VARELLA, F. É proibido permitir. *VEJA*. 19 nov. 1997. n. 1522. Disponível em: http://www.2uol.com.br/veja/191100/p_127.html. Acesso em 19 mar. 2000.
7. CARVALHO, J. et. al. O mundo das tatuagens. Disponível em: <http://puccamp.aleph.com.br/tatuagem/indice.html> Acesso em: 3 mai. 2000.
8. BARREIRA, S. O charme da tatuagem. Disponível em: <http://www.galileuon.com.br> Acesso em 09 abr. 2000.
9. SILVA, M. A. M. As tatuagens e a criminalidade feminina. *Cadernos de Campo*. n. 1, 1991, p. 5-16.
10. CRUZ, A. S. Na própria pele. *VEJA*. 26 abr. 2000. Ed. 1646. p. 102-3. Disponível em: http://www.2uol.com.br/veja/260400/p_102.html Capturado em 26 abr. 2000.
11. RISCO de infecção ocupacional pelo HIV. 2001. Disponível em: <http://riscobiologico.org/patogenos/hiv/aids/infecta.htm> Acesso em: 17 mai 2002. Risco
12. CANINI, S. R. M. S. *Situações de risco para transmissão de patógenos veiculados pelo sangue entre a equipe de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista*. 2000. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
13. Características das exposições a material biológico. Precauções padrão ou básicas. 2001. Risco biológico. Riscos profissionais. Disponível em: http://riscobiologico.org/riscos/caract_precbasicas.htm Acesso em: 17 mai. 2002.

Endereço para Correspondência:

ANNECY GIORDANI

Av. do Café 1695. - Bloco C. Aptº 101

Jd. Monte Alegre. CEP: 14050-230 - Ribeirão Preto, SP.

E-mail: annecy@eerp.usp.br

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

Nós da SBDST já assumimos esse compromisso.

E VOCÊ?

www.uff.br/dst/

www.dstbrasil.org.br

ADOLESCÊNCIA E VIOLÊNCIA SEXUAL

SEXUAL VIOLENCE AND ADOLESCENCE

Ivan A Penna¹, Paulo Canella², Maria do Carmo A Silva³

RESUMO

Objetivo: Avaliar a frequência da violência sexual e suas várias nuances nas pacientes adolescentes, virgens ou não, atendidas na Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da UFRJ. **Métodos:** Estudo prospectivo de coorte onde as pacientes foram divididas em dois grupos, virgens e não virgens, num total de 118. Posteriormente foi aplicado um questionário específico para cada grupo, com perguntas versando sobre violência sexual e um conjunto de perguntas comuns aos dois para posterior comparação. As pacientes, foram escolhidas de forma aleatória e entre as adolescentes do ambulatório da Divisão de Reprodução Humana. O presente estudo teve a duração de 4 meses (20/9/2001 a 15/01/2002) e foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Instituto de Ginecologia da UFRJ e houve o consentimento por parte dos responsáveis das adolescentes. Os dados foram analisados no programa estatístico Epiinfo 2000. **Resultados:** Das 118 pacientes, 54,2% eram virgens e 45,8% já haviam tido relações sexuais. Do total, 8,4% já haviam sofrido algum tipo de violência sexual. Em 100% dos casos o profissional de saúde nunca havia perguntado sobre o assunto com a paciente. Nas virgens, cerca de 60,9% das pacientes informaram ter informações suficientes sobre violência sexual, sendo a família em 40,6% das vezes o principal local de obtenção dessas informações. Das virgens, 6,3% relataram ter sofrido violência, na maioria das vezes (75%) o agressor era desconhecido, sua fonte de informação mais frequente foi na família e quando foi comparado o quadro de perguntas comuns para avaliar as nuances das formas de violência, ficou evidente que as pacientes virgens que sofreram violência passaram a considerar atos mais simples como formas graves de violência. Nas não virgens, 74% relataram que a primeira relação ocorreu cedo e em 48% dos casos ela ocorreu na casa do namorado. Cerca de 11,1% das adolescentes não virgens sofreram violência sexual, sendo que a precocidade da primeira relação se mostrou dado estatístico importante para sofrer violência ($p=0.02$), na maioria dos casos (83,3%) o agressor era conhecido. Não houve variação nas respostas do quadro de avaliação das nuances da violência sexual. **Conclusão:** Nas pacientes do Instituto de Ginecologia, virgens o ato violento se mostrou mais deletério e explícito que nas pacientes não virgens. A baixa idade da primeira relação é fator de risco para a ocorrência de violência sexual. A família foi a fonte principal de informação sobre o assunto. A avaliação da ocorrência de violência sexual deve fazer parte do atendimento de qualquer profissional de saúde tanto, nas pacientes virgens quanto não virgens.

Palavras-chave: sexualidade, violência sexual e adolescência

ABSTRACT

Objective: To evaluate the frequency of the sexual violence and its vary nuances in the adolescent patients, virgins or no, assisted in the Division of Human Reproduction of the Institute of Gynecology of UFRJ. **Methods:** This is a study of prospective and of cohort where the patients were divided in two groups, virgins and no virgins, in a total of 118. Later a specific questionnaire was applied for each group, with questions concerning sexual violence and a group of questions common to the two groups for subsequent comparison. The patients, were chosen in a random way and among the adolescents of the clinic of the Division of Human Reproduction. The present study had the duration of 4 months (09/20/2001 to 01/15/2002) and it was approved by the Commission of Ethics in Research of the Institute of Gynecology of UFRJ. The adolescent's responsible allowed their participation. The data were analyzed in the statistical program Epiinfo 2000. **Results:** Among the 118 patients, 54,2% were virgin and 45,8% already had sexual relationships. Of the total, 8,4% already had suffered some type of sexual violence. In 100% of the cases, the professional of health never had asked about the subject with the patients. In the group of the virgins, about 60,9%, informed to have enough information on sexual violence, being the family in 40,6% of the times the main place of obtaining those information. About the same group, 6,3% told to have suffered violence, most of the time (75%), the aggressor was ignored and his source of more frequent information was the family. When the picture of common questions was compared to evaluate the nuances in the violence ways, it was evident that the virgin patients that suffered violence started to consider simple actions serious forms of violence. In the non virgins groups, 74% told that the first relationship happened early and in 48% of the cases it happened at the boyfriend's house. About 11,1% of this adolescents had suffered sexual violence, and the precocity of the first relationship was shown to be an important statistical data to suffer violence ($p=0.02$). In most of the cases (83,3%) the aggressor was known. There was no variation in the answers of the picture's nuances about the sexual violence. **Conclusion:** Among the virgins patients of the Institute of Gynecology, the violent action appeared to be more harmful and explicit in comparison with the no virgins patients. The low age of the first sexual relationship was a risk factor for the occurrence of violence. The family was the main source of information on the subject. The occurrence of sexual violence, in the virgin patients as no virgins, should be evaluate by any professional of health.

Keywords: sexuality, sexual violence and adolescence

ISSN: 0103-4065

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

INTRODUÇÃO

A violência sexual contra crianças e adolescentes vem preocupando cada vez mais a sociedade. Casos vem sendo a cada dia mais noticiados e cresce o número de denúncias. Não se pode afirmar que os números aumentaram, mas as

denúncias certamente, posto que a sociedade estabeleceu mecanismos de proteção a mulher e aos menores, o que reduziu em parte o medo e a vergonha das vítimas que as levavam a ocultar os fatos.

Indesculpável em quaisquer circunstâncias, a violência assume terrível papel quando a vítima é uma criança ou adolescente pelas repercussões no seu caráter e na formação negativa de sua sexualidade.

A literatura médica e os meios de divulgação vem tratando exaustivamente do assunto não só no que se refere

¹ Médico Assistente da Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da UFRJ

² Professor Titular do Instituto de Ginecologia da UFRJ e do Mestrado em Sexologia - UGF

³ Coordenadora do Mestrado em Sexologia - UGF

a violência sexual, nosso tema, mas da violência em geral que cresce e banaliza-se em todo o mundo. Elias (1989)³ considera a violência em geral como resultado das mudanças sociais. Segundo o autor encontram-se tensões específicas nas formas particulares de relações humanas. Estas tensões aparecem quando pessoas ou grupos conquistam um monopólio hereditário de bens e valores sociais necessários fundamentalmente à outras pessoas para sua subsistência e para seus bens sociais.

Para Elias (1989)³ os fatores econômicos estão na vasta trama das ações humanas que torna possível a formação de centros mais estáveis de violência física assim como elementos de pacificação interna na sociedade.

Identifica-se assim inúmeras formas de violência: passiva; sutil; sorradeira e a pior, a tolerada e chamada de violência sexual (infanticídio de meninas, incesto, prostituição infantil, violação sexual, agressão do cônjuge, abuso e/ou assédio sexual). Os elementos de pacificação disfarçam as ações e as tornam toleráveis.

Os números divulgados, e a tolerância à violência sexual causam espanto: Estudo da Universidade de John Hopkins (Kent, 2001)⁴ mostra que, uma em cada três mulheres em todo o mundo sofreu algum tipo de violência em sua vida. A quarta parte dos casos inclui relações sexuais forçadas. Entre um terço e dois terços dos casos de violência a mulher tem menos de 16 anos. A situação não é diferente em países desenvolvidos, estima-se as seguintes taxas de mulheres que sofreram violência em alguma época da vida: Bangladesh - 47%, Índia -40%, Egito- 34%, Canadá -29%, Nicarágua -28%, EEUU -22%, Suíça -21% e Camboja -16%.

Nossa particular preocupação com o tema resultou de pesquisa anterior sobre a primeira relação sexual onde buscávamos conhecer as relações entre o que a jovem planejava e como efetivamente se comportava quando da iniciação de sua vida sexual. Neste trabalho (Canella *et al.*, 2002)² chamou-nos atenção o relato de "relação sexual forçada" em 3,5% das clientes inquiridas, taxa surpreendentemente alta para o que esperávamos. Resolvemos assim investigar a prevalência do evento, as circunstâncias em que ele ocorria, quais as atitudes masculinas e em que nível e condições as jovens as toleram. Qual o grau de gravidade dos tipos de abuso segundo as adolescentes?

Para tal criamos um questionário aplicado-o às pacientes atendidas, tendo como objetivo conhecer o perfil biopsicossocial das jovens do nosso ambulatório. Buscamos desenvolver mais eficiência no atendimento clínico e estabelecer estratégias de prevenção dos comportamentos de risco do exercício da sexualidade.

METODOLOGIA

Realizamos um estudo prospectivo, através de questionários aplicados as adolescentes do ambulatório de ginecologia da Divisão de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O critério de seleção, foi ser adolescente e vir a consulta, desde que houvesse o desejo da mesma de participar na pesquisa e autorização do responsável - quando necessário.

Foram inquiridas um total de 118 pacientes, das quais 64 eram virgens e 55 não. O questionário foi específico para cada grupo, tendo em comum um quadro com perguntas semelhantes (Tabela 1) de forma a podermos comparar as respostas. Previamente a paciente era instruída sobre as perguntas.

Esta pesquisa esta 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.

Os dados foram analisados com o programa estatístico Epi-Info 2000 mas não ignoramos na análise dos resultados a interação inevitável entre o pesquisador (sujeito) e as adolescentes (objeto) entrevistadas e eventuais acompanhantes.

RESULTADOS

Das 118 pacientes entrevistadas, 64 (54,2%) eram virgens e 55 (45,8%) já haviam tido relações sexuais. Do total 10 pacientes (8,4%) relataram ter sofrido alguma forma de violência sexual. A idade média geral das pacientes foi de 15 anos. Em nenhum dos casos de violência o médico assistente da paciente perguntou sobre o assunto durante a consulta.

VIRGENS

A idade média das pacientes desse grupo foi 15 anos. A grande maioria cursava o 1º grau (66,3%). Em relação o seu conhecimento sobre o assunto, (abuso, assédio, violência sexuais) 60,9% afirmaram ter informações suficientes, 25% disseram ter um conhecimento muito bom, 9,4% conhecimento ruim e 4,7% muito ruim. Quando indagadas sobre a sua fonte de informação responderam que a família (40,6%) era sua principal fonte, seguido pela escola (23,4%), amigos (14,1%), televisão (14,1%), jornais e revistas (3,1%) e outras fontes (4,7%).

Do total de 64 pacientes virgens 4 (6,3%) relataram ter sofrido violência.

Em relação as virgens que sofreram violência pode-se relatar que:

- i) O grau de escolaridade baixo não se mostrou como fator de risco para que a paciente sofra violência sexual. ($p=0,159$)
- ii) A maioria dos agressores (75%) eram pessoas desconhecidas do seu círculo privado, curiosamente diferente das **não virgens**.
- iii) A idade também não apresentou relação com a ocorrência de violência.
- iv) Todas relataram ter conhecimento suficiente sobre o assunto e em 75% dos casos as informações eram obtidas com a família.
- v) Quando comparamos as respostas sobre a gravidade dos tipos de abuso das que sofreram com as que não

sofreram violência, não notamos diferença quanto as formas mais agressivas de violência – Ex.: Relação sexual vaginal, anal e oral; toques nas nádegas nuas ou vestida, toques nas coxas nuas ou vestidas; mostrar o pênis; se masturbar na sua frente etc. Mas quando levamos em conta atitudes mais simples – Ex. abraço, beijo na boca, paquera e tirar fotos – notamos que as que já haviam sofrido violência consideravam esses atos mais graves.

NÃO VIRGENS

Das 54 pacientes não virgens 6 (11,1%) sofreram violência em alguma época da vida – não somente na primeira relação. A idade média das pacientes desse grupo foi de 16 anos e 6 meses. A metade cursa o 2º grau (50%) e a outra cursa 1 e 3 graus.

Quando argüidas sobre sua primeira relação, mais da metade (54%) relataram que esta foi diferente de como esperavam e a maioria (74%) respondeu que a primeira relação ocorrera cedo. Também um número bem expressivo, (78%) afirmou que a sexarca foi a partir de algo planejado por ela e pelo parceiro -, 14% das vezes o ato foi planejado pôr ela, e apenas 6% pela vontade do parceiro. Em 2% o ato foi forçado -. A idade média da sexarca neste grupo foi de 15 anos. O local mais freqüente para o primeiro coito foi – pôr ordem decrescente - : A casa dele (48%), em outro lugar (20%), no motel (16%), na casa da adolescente (14%) e no carro (2%). No caso dos parceiros, na grande maioria (92%) o namorado foi com quem elas tiveram a primeira relação, seguido pelo marido (6%) e pôr desconhecidos (2%). A idade média do parceiro na época da primeira relação foi de 19 anos.

Em relação as não virgens que sofreram violência pode-se relatar que:

- i) A idade média dessas pacientes na época da realização do trabalho foi de 17 anos.
- ii) A idade da primeira relação se mostrou um dado estatístico importante, uma vez que quando comparamos as que sofreram violência com as que não sofreram, a idade era significativamente menor no primeiro grupo. Constituindo assim num fator de risco ($p=0.02$).
- iii) Tanto o grau de escolaridade, quanto a idade do parceiro, não se mostraram estatisticamente significativos – ($p=0.49$) e ($p=0.82$) respectivamente - .
- iv) Todas as pacientes que foram estupradas – em qualquer época -, tiveram sua primeira relação com o namorado.
- v) Nos casos de violência em **não virgens** a grande maioria dos agressores eram conhecidos da paciente (83,3%). Curioso foi que nas **virgens** 75% dos agressores eram desconhecidos.
- vi) Em nenhum caso de violência as adolescentes sofreram agressão física, mas em todos os casos foi usado alguma forma de poder sendo: psicológico – coerção emocional - (83,3%), físico (16,7%) não tendo sido assinalada pressões financeiras.
- vii) Quando comparamos as que sofreram com as que não sofreram violência sobre a gravidade dos tipos de abuso as respostas não revelaram diferenças.

DISCUSSÃO

Não existe dados numéricos seguros na literatura médica nacional sobre a violência sexual em adolescente (Caligaris, 2000)¹, apesar disso acreditamos que os 10 casos que averiguamos no universo de 118 pacientes do nosso ambulatório é um número muito alto. Principalmente se levamos em conta, que nas consultas as pacientes não são inquiridas pelo médico ou psicólogo sobre a ocorrência do fato. Pacientes que sofreram algum tipo de abuso tem que ser identificadas na anamnese, pelo profissional de saúde para que o atendimento seja individualizado

Um ponto novo que buscamos nesse estudo foi verificar além da freqüência de violência entre as pacientes virgens, o quanto atos comuns nos relacionamentos entre jovens podem ser considerados inadequados (assédio, abuso) embora não ocorra relação sexual e sim intenções vistas com o sentido de violação.

Na análise dos resultados obtidos com o grupo de pacientes virgens, notamos que todas apresentavam um grau de educação satisfatório. A maioria se mostrava satisfeita em relação ao seu conhecimento sobre o assunto – violência sexual – tendo suas informações sido obtidas principalmente na família e na escola. Acreditamos que os pais e familiares devam estar atentos, sendo importante manterem um dialogo aberto sobre o assunto na busca de esclarecer e orientar ao máximo as adolescente. O papel da escola também não deve ser negligenciado pois esta é importante fonte de informação. Notamos que, a baixa freqüência com que a televisão foi citada demonstra a subutilização desse meio de comunicação na prevenção. Assinalemos que a televisão pode pelo contrario “inspirar” ações de violência.

Das virgens que sofreram violência, averiguamos que tanto o grau de escolaridade como a idade não apresentaram valores estatísticos significativos, podendo dar a impressão de que esses dois detratores não constituem fator de risco.

Quanto ao agressor, verificamos que na maioria das ocorrências ele era desconhecido da paciente. A partir dessa informação podemos levantar a hipótese de que nas adolescente virgens a orientação (pôr parte dos pais e educadores) deve focar a desconfiança com pessoas desconhecidas ao seu circulo de amizades. Esses dados não são habitualmente verificados na literatura, segundo ela (Kent, 2001)⁴ (Oliveira, B.A., *et al* 1989)⁶ (Maakaroun, 2002)⁵ a maioria dos agressores são parentes ou conhecidos.

Na comparação das respostas do quadro de violência, ficou nítido estatisticamente que as pacientes virgens que sofreram abuso consideram com um grau maior de gravidade certos atos mais corriqueiros. Podemos tecer ilações, na medida em que ter sofrido violência mudou a sua visão sobre fatos mais simples, mostrando um posicionamento defensivo e temeroso que poderá se refletir na sua vida sexual. Outra variável a ser considerada é a interpretação pessoal sobre os atos ligados ao abuso e ao assédio sexual, o que nem sempre é interpretado da mesma forma pelo pretendo abusador. Até que ponto a vítima colabora com o crime de violência sexual? No trabalho de Silva (1970)⁷ encontramos os seguintes dados: em casos de estupro a vítima teria colaborado em 73%

das vezes. Sabemos que os humanos podem ter comportamento fortemente sedutor, promotores e indutores de ações que podem ser depois rejeitadas como violentas. São os riscos da sexualidade que de certa forma contem algo de violento. Ressalvando o que ocorre nas relações verticais (adultos/crianças, pais/filhos, patrão/empregado, etc.), onde há um fator psicológico além de físico, muitos casos de violência ainda são "justificados" pela sociedade.

De um modo geral, nas pacientes não virgens verificamos que também possuíam nível educacional satisfatório. Para a maioria a sua sexarca ocorreu cedo e não foi como ela esperava. Porém notamos que em grande parte dos casos a decisão foi conjunta e o parceiro quase sempre foi seu namorado. Um detrator que nos chamou a atenção, foi a frequência que a casa do namorado foi indicado como o local onde ocorreu essa primeira relação. Possivelmente o homem interpreta como um sinal de assentimento para a relação sexual a concordância em ir a sua casa.

Nas adolescentes não virgens que sofreram abuso sexual, verificamos que quanto menor a idade da sexarca, maiores são os riscos da paciente em sofrer violência, mas que o grau de escolaridade da adolescente e a idade do parceiro não influíram para que isso ocorresse. Parece sensato supor que quando a primeira relação ocorre mais cedo, o tempo maior de vida sexualmente ativa, poderia ser a causa do risco aumentado.

Em mais de dois terços dos casos de violência o agressor era conhecido da adolescente. Nessas circunstâncias, diferentemente do grupo de virgens, as atenções e orientações devem levar em conta esse detrator. É importante considerar que alguém conhecido é capaz de usar a intimidade e a confiança para abusar-la.

CONCLUSÃO

Este é um estudo de tendência que apenas pode nortear os pontos importantes que devem ser pesquisados sobre o assunto, porém acreditamos que vários dados contribuem para novas ilações. Talvez a principal delas seja que nós médicos devemos orientar nossas pacientes adolescentes e seus familiares e procurar diagnosticar a ocorrência da violência. Devemos individualizar o atendimento destes casos, de preferência com uma equipe multidisciplinar, capaz considerar que uma violência sem relação sexual pode ser tão ou mais deletéria para a jovem quanto o estupro.

Tanto as famílias quanto as escolas devem ser alertadas do poder de formação sobre essas jovens e utiliza-lo da melhor forma possível, principalmente nas clientes com baixa idade da sexarca que constituem segundo nosso estudo o principal grupo de risco.

Agradecimentos: Filomena Aste Silveira

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CALLIGARIS, C. *A Adolescência* - São Paulo, Publifolha, 2000.
2. CANELLA, P. et al. *A Primeira Relação Sexual, DST - J bras Doenças Sex Transm*, 14:(2):29-32, 2002
3. ELIAS, N. *A Sociedade dos Indivíduos - 2ª Ed.* Rio de Janeiro:Areia 1989.
4. KENT, M. M. Concepto de Género, Violencia en Contra de la Mujer. *Population Bulletin*, Marzo, 56 (1): 25- 9. 2001,
5. MAAKAROUN, M. F. Violência e Adolescência: Reflexões Teóricas. In COSTA, M. C. e SOUZA, R. P. *Adolescência: Aspectos Clínicos e Psicossociais*. 3ª ed. Porto Alegre: B Artmed, 2002. p.208-17.
6. OLIVEIRA, B.A., et al *Crianças Vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Iglu, 1989.
7. SILVA, O.P. A participação da vítima nos delitos sexuais. *Ver. Inst. Med. Leg.*, 1970; 1:151-3.

Endereço correspondência :

E-mail: ivan@gineco.ufrj.br

DST5

V CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A GENTE SE VÊ NO RECIFE EM 2004

29 de agosto a 01 de setembro

INFORMAÇÕES: CEJEM - PROMOÇÕES E TREINAMENTOS LTDA

Rua General Americano Freire, 394 sala 403, Boa Viagem, Recife- PE, CEP: 51021-120

Tels.: (81) 3465-8594 e 3465-5551

Fax: (81) 3325-5015

E-mail: cejem@elogica.com.br

cejem@ig.com.br

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO SEROEPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS EM INFECTADOS PELO HIV, EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, RJ

CONTRIBUTION TO THE SEROEPIDEMIOLOGIC STUDY OF THE SYPHILIS IN INFECTED BY HIV, IN UNIVERSITY HOSPITAL OF THE RIO DE JANEIRO CITY, RJ STATE

José Eduardo C Brandão¹, Carlos Alberto M Sá², Marise D Asensi³

RESUMO

A sífilis é comum em pacientes HIV, entretanto, pouco se sabe sobre a forma como a infecção pelo HIV poderia afetar as manifestações da doença. Em infectados pelo HIV, a sífilis pode ter um curso acelerado e a resposta sorológica à infecção pode estar bloqueada ou alterada. **Objetivos:** Estimar a prevalência da sífilis em infectados pelo HIV e analisar características epidemiológicas associadas. **Metodologia:** Estudo retrospectivo com 254 amostras de soros de infectados pelo HIV e 96 amostras controle (HIV negativos); Testes para a sífilis: VDRL (Venereal Disease Research Laboratories), TPHA (*T.pallidum* hemaglutination) e ELISA IgG; e análise dos prontuários médicos. **Resultados:** Dos 254 infectados pelo HIV, sessenta e oito (26,7%) foram reativos para a sífilis e cento e oitenta e seis (73,3%) foram não-reativos. Dos 96 soros do grupo controle, dez (10,4%) foram reativos para a sífilis e oitenta e seis (89,6%) foram não-reativos. **Discussão:** A prevalência de sífilis foi mais significativa ($r < 0,05$) nos pacientes HIV + que nos HIV -, com 26,7% contra 10,4%. As características associadas com a aquisição da sífilis ($r < 0,05$), foram: sexo masculino; renda; comportamento homo e bissexual; e tipo de droga.

Palavras-chave: sífilis, DST, HIV/Aids

ABSTRACT

Syphilis is common in HIV patient, however, it is not very known about the form as the HIV infection could affect the manifestations of the disease. In infected by HIV, the syphilis can have an accelerated course and the serologic answer to the infection can be blocked or changed. **Objectives:** To estimate the prevalence of syphilis in infected by HIV and to analyze associated characteristics. **Methodology:** Retrospective study with 254 samples of serums of infected by HIV and 96 samples control (negative HIV); tests for syphilis: VDRL (Venereal Disease Research Laboratories), TPHA (*T.pallidum* hemaglutination) and ELISA IgG; and analysis of the medical archives. **Results:** Of the 254 infected by HIV, sixty eight (26,7%) were reagents for syphilis and hundred and eighty six (73,3%) they were no-reagents. Of the 96 serums of the control group, ten (10,4%) were reagents for syphilis and eighty six (89,6%) were no-reagents. **Discussion:** The syphilis prevalence was more significant ($r < 0,05$) in patient HIV + that in HIV -, with 26,7% against 10,4%. The characteristics associated with the acquisition of the syphilis ($r < 0,05$), were: masculine sex; income; homo and bisexual behavior; and type of drug

Keywords: syphilis, STD, HIV-Aids

ISSN: 0103-4065

DST - J bras Doenças Sex Transm 14(5):15-19, 2002

INTRODUÇÃO

Apesar de ter sido reconhecida há séculos, a sífilis comporta-se, ainda, como um enigma e em combinação com a infecção pelo HIV, o diagnóstico tornou-se mais complexo¹. A sífilis era onipresente no século XIX e tem sido chamada de síndrome da imunodeficiência adquirida daquela era². Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a infecção pelo HIV está associado às DSTs, principalmente aquelas que determinam ulceração genital³⁻⁶. Recomendações definitivas ao manejo de pacientes com HIV e sífilis são limitadas até o momento pela ausência de estudos prospectivos⁷.

Respostas humorais anormais na sífilis podem ser o resultado de defeitos na função das células B e T em pacientes com HIV e, na presença deste, títulos de VDRL podem estar mais elevados que o esperado⁸. A presença de sífilis está mais associada com o HIV que com outras lesões ulcerosas genitais, como o herpes e cancroide⁹. Indivíduos com sífilis primária e lesão genital apresentam um risco de 60,0% de se infectarem com o HIV¹⁰.

Poucos estudos tem sido apresentados quanto às manifestações clínicas da sífilis em infectados pelo HIV. Essa relação é complexa, com várias áreas de possível interação. A transmissão de qualquer doença poderia ser, teoricamente, potencializada pela presença da outra. A infecção pelo HIV modificou a conduta para com a sífilis e conduziu a rediscutir o diagnóstico¹¹.

Tem-se observado um permanente aumento do número de casos de sífilis no mundo, tendo como possíveis causas o aumento do uso de drogas, principalmente cocaína e aumento da atividade sexual não-protetida¹².

^{1,3} Fiocruz - IFF (Instituto Fernandes Figueira). Av. Rui Barbosa 716, 4º andar - Secretaria Acadêmica - Flamengo, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22250-020. E-mail: ebrandao@ism.com.br

² Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle. Rua Mariz e Barros, 775 Laboratório de Imunologia e Aids - Tijuca, Rio de Janeiro, RJ CEP: 20240-010.

Um aumento na incidência de DST numa população pode indicar doença futura pelo HIV⁷. A infecção pelo HIV é encontrada em 0.9% a 5.3% de todos os pacientes atendidos em clínicas de DSTs. Na Alemanha, a prevalência da sífilis variou de 26.0% a 58.0% dos pacientes com HIV¹³. A taxa de soroconversão do HIV em pacientes com úlcera genital é maior que naqueles sem a presença de úlcera - 2.9% contra 1.0%¹⁴. Em infectados pelo HIV, usuários de drogas ilícitas (cocaína inalada), a taxa de soroprevalência para a sífilis alcançou 19.8%¹⁵.

Nos anos 80, cerca de 70.0% dos homens homossexuais com aids foram reativos ao VDRL¹⁶. Para a aids, a possibilidade de infecção através de um contato sexual com parceiro infectado é em torno de 1.0%; na sífilis, na mesma situação, varia de 10.0% a 40.0%, dependendo da fase da doença¹⁷. Parece haver uma relação de "sinergismo epidemiológico" entre a sífilis e a aids, podendo haver mecanismos biológicos responsáveis por esse fenômeno. Lipoproteínas do *T. pallidum* tem se mostrado incrementar a replicação do HIV. Pacientes com ulceração genital também apresentam excreção aumentada de RNA de HIV no sêmen⁵.

Recomendações destinadas à sífilis, e especialmente naqueles com infecção concomitante pelo HIV, estão necessitando de evidências mais satisfatórias, estudos multicêntricos, novos critérios para a classificação e estágio da infecção do HIV e da sífilis e estabelecer regimes terapêuticos mais adequados e apropriados¹³. Desapareceram ou perderam a importância, os interesses sociais que em torno da sífilis se emaranhavam e os valores sociais que faziam dela, não fosse o recente surgimento do que parece ser sua mais legítima herdeira, a aids, cujo combate vem recolocando muitas das questões que anteriormente giravam em torno da sífilis¹⁸.

OBJETIVOS

Estimar a prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum*, em uma população de pacientes soropositivos para o HIV; e analisar as características associadas com o risco de aquisição da infecção sífilítica

METODOLOGIA

a) Desenho - Foi realizado um estudo retrospectivo de pacientes soropositivos para o HIV, onde os mesmos foram testados para a sífilis, havendo também a análise de um grupo controle (HIV negativos). As informações de cada paciente foram coletadas dos prontuários médicos do Serviço de Arquivo Médico (SAME). Foram considerados critérios de inclusão pacientes atendidos no Ambulatório da 10.ª Enfermaria no ano de 1997, com faixa etária de 15 a 70 anos de idade, ambos os sexos, soropositivos para o HIV (ELISA e W. Blot). Constituíram o grupo-controle para a sífilis pacientes soronegativos ao HIV; **b- Metodologia**: As amostras dos soros congelados em freezer a -20.° C, obtidos entre janeiro e dezembro de 1997, foram resgatadas para a sífilis, pelos métodos de VDRL, TPHA e ELISA, num total de duzentos e cinquenta e quatro (254) amostras. Para o grupo controle, foram obtidas noventa e seis (96) amostras; **c- Métodos Laboratoriais**- c.1) V.D.R.L. (Venereal Disease Research

Laboratory)-suspensão antigênica estabilizada para a detecção de sífilis, Biolab. Interpretação dos resultados: reativo- presença de floculação, apartir da diluição de 1/8; não reativo - ausência completa de floculação; c.2) **Absorção de Hemaglutinação do *Treponema pallidum* (TPHA)**, Biolab. Interpretação dos resultados : reação positiva - véu uniforme de hemácias recobrimdo toda a cavidade, podendo estar às vezes parcialmente retraído nas bordas; reação negativa - botão compacto de hemácias no fundo da cavidade. c.3) **"Trepanostika" T.P. ELISA IgG - Microelisa System**, Organon-Biolab . Interpretação : quando a amostra não contém anticorpos contra *T. pallidum*, forma-se um complexo antígeno /anticorpo marcado, desenvolve-se uma cor amarela quando a reação é interrompida com ácido sulfúrico. Se houver anticorpos contra *T. pallidum*, eles irão competir pelo antígeno com os anticorpos marcados e será desenvolvida uma cor fraca ou nenhuma cor. Dentro de certos limites, a quantidade de anticorpo contra *T. pallidum* na amostra é inversamente proporcional ao desenvolvimento da cor; d) **Definição de casos - d.1) VDRL reativo >1/8 + TPHA + ELISA reativos**: indicam sífilis; VDRL reativo > 1/8 e TPHA/ELISA não reativos : reação falso-positivo biológico; VDRL não-reativo e TPHA e ELISA reativos : indicam uma infecção passada, ou uma infecção sífilis logo no seu começo; e) **Análise dos dados** - Programa EPI INFO, versão 7.0 (USD, Inc., Stone Mountain, Georgia, USA). A relação entre HIV/ Aids e sífilis foi determinada pela análise do valor de r, indicando diferença significativa entre as populações (r <0,05) ou não (r >0,05).

RESULTADOS

Do total de duzentos e cinquenta e quatro soros positivados para o HIV, sessenta e oito (26,7%) foram reativos para a sífilis; desses, trinta e dois (12,5%) corresponderam à sífilis primária e trinta e seis (14,2%), à forma latente; cento e oitenta e seis (73,3%) foram não-reativos. Do total de noventa e seis soros do grupo controle (HIV -), dez (10,4%) foram reativos para a sífilis; desses, quatro (4,2%) corresponderam à sífilis primária e seis (6,2%) à forma latente; e oitenta e seis (89,6%) foram não-reativos (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Prevalência de sífilis de acordo com a sorologia em pacientes HIV positivos e negativos

Sífilis (sorologia)	HIV +	HIV -	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Positiva	68 (26.7)	10 (10.4)	78 (22.2)
Negativa	186 (73.3)	86 (89.6)	280 (77.8)
Total	254 (100.0)	96 (100.0)	350 (100.0)

$\chi^2 = 10.76; p < 0.05; (0.001); Odds\ ratio = 3.14; (1.48; 6.85).$

Tabela 2 - Fase da infecção sífilítica em pacientes HIV positivos e negativos

Sífilis	HIV + N (%)	HIV - N (%)	Total N (%)
Recente	32 (12.5)	4 (4.2)	36 (10.3)
Latente/ Terciária	36 (14.2)	6 (6.2)	42 (12.0)
Negativo	186 (73.3)	86 (89.6)	272 (77.7)
Total	254(100.0)	96(100.0)	350(100.0)

$\chi^2 = 0.17$; $p > 0.05$; Odds ratio = 1.33 (0.30 < OR < 6.28)

A distribuição de pacientes foi equivalente quanto ao sexo, com cento e quarenta e cinco (51.6 %) do sexo masculino e cento e trinta e seis (48.4 %) do feminino. Observa-se predomínio do sexo masculino na condição HIV+/Sif+, com quarenta e cinco casos do sexo masculino (73.8%) contra dezesseis casos (26.2%) do sexo feminino. A média de idade para a sífilis foi de 30 anos em ambos os grupos HIV+/- .No estado civil, houve diferença significativa ($r < 0,05$) da condição solteiro/divorciado/viúvo ("descompromissado" ou "não-casado") para a sífilis em ambos grupos HIV+/-, comparando-se com a condição de casado. Aqueles com nível de escolaridade até o 1.º grau foram predominantes em ambos os grupos. Não houve diferença significativa entre as categorias de profissão quanto ao diagnóstico de sífilis (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência da sífilis em pacientes HIV+/- de acordo condições associadas

Condições associadas	Sorologia		Para		HIV		IC	Valor de p
	Sif + N (%)	Sif- N (%)	Sif+ N (%)	Sif- N (%)	Total N (%)			
Sexo								
M	45 (73.8)	76 (47.8)	5 (55.6)	19 (36.5)	145 (51.6)			
F	16 (26.2)	83 (52.2)	4 (44.4)	33 (63.5)	136 (48.4)			
Total	61	159	9	52	281	1.52 < OR < 6.25	$p < 0.05$	
Idade								
15-45	45 (88.2)	95 (88.8)	9 (100.0)	45 (86.5)	194 (88.6)			
>45	6 (11.8)	12 (11.2)	0	7 (13.5)	25 (11.4)			
Total	51	107	9	52	220	0.3 < OR < 3.08	$p > 0.05$	
Estado Civil								
Solt/Div/Viúvo	37 (71.2)	68 (64.2)	7 (77.8)	26 (50.0)	138 (63.0)			
Casado	15 (28.8)	38 (35.8)	2 (22.2)	26 (50.0)	81 (37.0)			
Total	52	106	9	52	219	0.63 < OD < 3.04	$p > 0.05$	
Profissão								
Prof.Liberal	5 (9.6)	13 (12.1)	2 (22.2)	4 (7.7)	24 (10.9)			
Técnico	22 (42.3)	33 (30.8)	5 (55.6)	32 (61.5)	92 (41.8)			
Sem Formação	25 (48.1)	61 (57.1)	2 (22.2)	16 (30.8)	104 (47.3)			
Total	60	99	9	52	220			$p > 0.05$

A maioria encontrava-se empregada em ambos grupos. Não houve diferença significativa quanto ao local de moradia entre os grupos, tendo a maioria local de residência na região do Grande Rio (67.3%), comparando-se com o interior do estado e outros estados (32.7%). Até a data de término da pesquisa, a frequência dos pacientes ao ambulatório da 10ª Enfermaria do HUGG era de 85.9%, enquanto outros 14.1% já haviam falecido. No critério de escolaridade o nível de analfabeto até 1 grau completo foi o de maioria entre os grupos. Houve significância na análise isolada de renda dos grupos. No HIV+/Sif+, com diferença significativa, a maioria pertencendo a média de 4 a 8 salários-mínimo; no grupo HIV-/Sif+, a maioria na faixa de 1 a 3 salários-mínimo. Apenas no grupo HIV+/Sif- encontra-se exemplos de renda acima de 12 salários-mínimo (Tabela 4).

Tabela 4 - Prevalência da sífilis em pacientes HIV+/- de acordo com as condições associadas

Condições associadas	Sorologia		Para		HIV		IC	Valor de p
	Sif + N (%)	Sif- N (%)	Sif+ N (%)	Sif- N (%)	Total N (%)			
Ocupação								
Empregado	40 (78.4)	81 (75.7)	7 (77.8)	36 (70.6)	164 (75.2)			
Desempregado	6 (11.8)	18 (16.8)	2 (22.2)	10 (4.0)	36 (16.5)			
Aposentado	5 (9.8)	8 (7.5)	0	5 (9.8)	18 (8.3)			
Total	59	99	9	51	218			$p > 0.05$
Moradia								
Riode Janeiro	36 (69.2)	74 (69.1)	4 (44.4)	34 (65.4)	148 (67.3)			
Outros	16 (30.8)	33 (30.8)	5 (55.6)	18 (34.6)	72 (32.7)			
Total	52	107	9	52	220	0.46 < OR < 2.21	$p > 0.05$	
Situação atual								
Vivo	40 (93.0)	78 (87.6)	8 (88.9)	32 (74.4)	158 (85.9)			
Morto	3 (7.0)	11 (12.4)	1 (11.1)	11 (25.6)	26 (14.1)			
Total	43	89	9	43	184	0.44 < OR < 0.16	$p > 0.05$	
Escolaridade								
analf/1 Gcompl	35 (74.6)	61 (62.9)	8 (88.9)	41 (78.8)	145 (70.7)			
2Ginc/superior	12 (25.5)	36 (37.1)	1 (11.1)	11 (21.1)	60 (29.3)			
Total	47	97	9	52	205			$p > 0.05$
Renda								
1 a 3 salários	11 (21.2)	40 (37.4)	5 (71.4)	22 (100)	78 (41.5)			

A condição de homossexual masculino foi mais significativa no grupo HIV+/Sif+ (53.8%), comparando-se com o grupo HIV+/Sif- (21.5%). Em seguida, o comportamento bissexual masculino (17.9%) foi o mais encontrado. Na análise do uso de métodos preservativos de barreira, não foi encontrada diferença entre os grupos, com grande predomínio daqueles que não fazem uso (93.4%) dos que fazem (6.6%) (Tabela 5). Em ambos os grupos não houve diferença

Tabela 5 - Prevalência da sífilis em pacientes HIV+/- de acordo com as condições associadas

Condições associadas	Sorologia		Para		HIV		IC	Valor de p
	Sif + N (%)	Sif- N (%)	Sif+ N (%)	Sif- N (%)	Total N (%)			
DST Prévia								
SIM	8 (32.0)	9 (23.7)	2 (22.2)	5 (12.8)	24 (21.6)			
NÃO	17 (68.0)	29 (76.3)	7 (77.8)	34 (81.2)	77 (78.4)			
Total	25	38	9	39	111			> 0.05
Tipos de DST								
Prévia								
Sífilis	5 (62.5)	1 (9.1)	2 (100.0)	2 (40.0)	10 (38.5)			
Sífilis e Gonorréia	2 (25)	1 (9.1)	0	3 (60.0)	6 (23.0)			
Gonorréia	1 (12.5)	3 (27.3)	0	0	4 (15.4)			
Condiloma	0	1 (9.1)	0	0	1 (3.8)			
Herpes	0	5 (45.5)	0	0	5 (19.2)			
Total	8	11	2	5	26			$p < 0.05$
Tratamento								
SIM	8 (100.0)	9 (81.8)	2 (100)	1 (50.0)	20 (87.0)			
NÃO	0	2 (18.2)	0	1 (50.0)	3 (13.0)			
Total	8	11	2	2	23			$p > 0.05$
Tipo de Tratamento								
Médico	9 (100.0)	8 (88.9)	1 (100.0)	2 (100.0)	20 (95.2)			

significativa, não sendo encontrados relatos de DSTs em 78.4% do total. Porém, observa-se um aumento nos casos de DSTs no grupo HIV+/Sif+ (32.0%), em comparação com HIV-/Sif+ (22.2%). Apesar do reduzido número de informações, a DST mais comum no grupo HIV+ foi a sífilis, com 5 relatos (62.5%). No grupo HIV+/Sif-, o herpes genital foi relatado em 5 casos (45.5%) e gonorréia em 3 casos (27.3%). Não encontrou-se significância entre os grupos quanto ao tipo e tratamento para as DSTs (Tabela 6).

Tabela 6 - Prevalência da sífilis em pacientes HIV+/- de acordo com as condições associadas

Condições associadas	Sorologia Para		HIV		Total N (%)	Valor de p
	Sif + N (%)	Sif- N (%)	HIV Negativo Sif+ N (%)	Sif- N (%)		
DST Prévia						
SIM	8 (32.0)	9 (23.7)	2 (22.2)	5 (12.8)	24 (21.6)	
NÃO	17 (68.0)	29 (76.3)	7 (77.8)	34 (81.2)	77 (78.4)	
Total	25	38	9	39	111	>0.05
Tipos de DST Prévia						
Sífilis	5 (62.5)	1 (9.1)	2 (100.0)	2 (40.0)	10 (38.5)	
Sífilis e Gonorréia	2 (25)	1 (9.1)	0	3 (60.0)	6 (23.0)	
Gonorréia	1 (12.5)	3 (27.3)	0	0	4 (15.4)	
Condiloma	0	1 (9.1)	0	0	1 (3.8)	
Herpes	0	5 (45.5)	0	0	5 (19.2)	
Total	8	11	2	5	26	p<0.05
Tratamento						
SIM	8 (100.0)	9 (81.8)	2 (100.)	1 (50.0)	20 (87.0)	
NÃO	0	2 (18.2)	0	1 (50.0)	3 (13.0)	
Total	8	11	2	2	23	p>0.05
Tipo de Tratamento						
Médico	9 (100.0)	8 (88.9)	1 (100.0)	2 (100.0)	20 (95.2)	
Colega	0	1 (11.1)	0	0	1 (4.8)	
Total	9	9	1	2	20	p>0.05

As drogas mais relatadas foram o alcoolismo (36.7%) e o tabagismo (35.8%). O uso de drogas ilícitas relatadas (maconha, cocaína inalada e "crack") foi observado sem diferença entre os grupos, num total de 18.8%. A presença clínica de sífilis, ou de alguma manifestação que se assemelhasse com a infecção sifilítica, foi observada com maior frequência no grupo HIV+/Sif+. Quanto à fase da infecção sifilítica, obteve-se maior prevalência da fase recente (19.7%), a fase latente com 0.8% e, a ausência de qualquer fase foi observada em 101 casos (79.5%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Prevalência da sífilis em pacientes HIV+/- de acordo com as condições associadas

Condições associadas	Sorologia Para		HIV		Total N (%)	IC	p
	Sif + N (%)	Sif- N (%)	HIV Negativo Sif+ N (%)	Sif- N (%)			
Uso de Droga							
Álcool	50 (44.2)	87 (36.7)	4 (44.4)	10 (19.2)	151 (36.73)	0.39<OR<5.77	ps<0.05
Tabagismo	35 (31.0)	75 (31.6)	5 (55.6)	32 (61.5)	147 (35.8)	1.0<OR<9.57	ps<0.05
Droga Ilícita	17 (15.0)	34 (14.3)	0	10 (19.2)	61 (18.8)	0.0<OR<360.9	ps<0.05
Droga Endovenosa	7 (6.2)	12 (5.1)	0	0	19 (4.62)	0.01<OR<25.9	ps<0.05
Não	4 (3.5)	29 (68.7)	0	0	33 (8.02)		
Total	113	237	9	52	411		
Clínica de Sífilis							
SIM	17 (100.0)	2 (100.0)	3 (60.0)	1 (2.5)	23 (35.9)		
NÃO	0	0	2 (40.0)	39 (97.5)	41 (64.0)		
Total	17	2	5	40	64	1.50<OR<12.8	ps<0.05
Fase da doença							
Primária/Secundária	16 (35.6)	2 (5.4)	6 (66.7)	1 (2.8)	25 (19.7)		
Latente/Terciária	1 (2.2)	0	0	0	1 (0.8)		
Ausente	28 (62.2)	35 (94.6)	3 (33.3)	35 (97.2)	101 (79.5)		
Total	45	37	9	36	127		ps<0.05

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram uma prevalência significativa de sífilis nos pacientes infectados pelo HIV (26.7%). Os seguintes trabalhos correlatos apontam a prevalência da sífilis em pacientes infectados pelo HIV: 15.5%²¹; 47.2%²²; 62.0%¹⁹; 42.0%²⁰. Quanto à associação entre sífilis e HIV/Aids começou a ser estudada no Brasil, foram apontados 211 casos de sífilis no período de 1987 a 1994²³. Na última década, a prevalência de sífilis em infectados pelo HIV tem aumentado significativamente, como na Alemanha (26.0% para 58.0%). O registro de países desenvolvidos mostram predominância marcante de sífilis entre homens, na proporção de 7:1, refletindo, possivelmente, fatores como exposição, promiscuidade, diagnóstico mais acessível e homossexualidade¹³.

O fato da sífilis ser mais predominante no sexo masculino, como encontramos no trabalho, leva-nos ao questionamento se a mulher tem procurado o atendimento médico adequado. É provável que as mulheres procurem atendimento somente na fase secundária, talvez explicado pelas lesões cutâneas que as alertam a procurar o atendimento médico²⁴.

A média de idade para a sífilis foi de 30 anos, uma faixa um pouco maior que nos informam outros dados, que varia entre 20 e 24 anos. Indivíduos na faixa etária de 20-29 anos tem uma alta prevalência e incidência de DSTs e infectam pessoas da mesma faixa etária bem como àquelas pertencentes a faixas maiores e/ou menores. Este fluxo sustenta a infecção na população como um todo²⁵. Prevaleceu para a sífilis a condição de solteiro e numa faixa etária considerada adulto-jovem, fato que talvez possa ser explicado pelo próprio comportamento daqueles que nessa faixa se inserem. As diferenças na qualificação profissional não foram significativas para a sífilis, ocorrendo em todas as condições. Os dados coletados apontaram que o desemprego não foi decisivo para a aquisição de DST/Aids.

O nível de escolaridade não representou significância quanto a presença sífilis. Observou-se no grupo HIV+ uma maior prevalência de pacientes situados numa faixa intermediária de renda (4 a 8 salários-mínimos). Não representaram, portanto, uma categoria pertencentes a uma faixa de carência econômica absoluta.

A pesquisa revelou que comportamento homossexual masculino, como forma de exposição ao HIV, apresentou maior significado para a sífilis, com 53.8% de prevalência. Os resultados relativos ao uso de preservativos sexuais, apontaram para uma falência dos programas de prevenção governamental. Algumas situações, dentre as várias, podem levar negligenciamento do uso dos preservativos, como, por exemplo, álcool e drogas no geral. As drogas mais relatadas no estudo foram o álcool e o tabaco. Provavelmente, pelo baixo poder econômico da população envolvida, as drogas consideradas de alto custo tiveram pouca expressão.

Dados indicam que agentes infecciosos, incluindo o *T. pallidum*, exacerba a depleção de células CD4 nos infectados pelo HIV^{26,27}. Entretanto, não tivemos dados suficientes para determinar os efeitos da imunossupressão no curso clínico da sífilis.

Em nossa casuística, observamos que os relatos de presença clínica da sífilis foi mais significativa ($p < 0,05$) no grupo de pacientes HIV+, porém os dados quanto às manifestações clínicas, foram típicos para cada fase. Não foram relatadas manifestações severas incomuns ou diferenças no estágio de apresentação clínica da sífilis entre os pacientes HIV+.

A inter-relação entre sífilis e HIV/Aids é complexa e bidirecional. O reconhecimento dessas interações tem levado ao desenvolvimento de novas estratégias de prevenção para o HIV, sendo o controle das DSTs componente essencial nos programas²⁸. Embora estudos epidemiológicos têm mostrado que a sífilis é um importante marcador de risco para a infecção HIV/Aids, os efeitos dessa infecção nas manifestações clínico-laboratoriais da sífilis tem sido difíceis de quantificar¹⁹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- QUINN,TC; ZENILMAN,J; ROMPALO,A. Syphilis. *Advances in Internal Medicine* 39:165-167, 1994.
- FRASER,CM; VENTER,JC. Complete genome sequence of *T. pallidum*, the syphilis spirochete. *Science* 281: 5375, 1998.
- FELMAN, YM. Sexually Transmitted Diseases: Selections From the Literature Since 1990. *Syphilis: Epidemiology. CUTIS* 52 (2) :72-74, 1993.
- GOENS,JL ; JANNIGER,CK; WOLF,K. Dermatologic and Systemic Manifestations of Syphilis. *American Family Physician* 50(5): 1013-1020, 1994.
- MERTENS,TE; ROWLEY,JT; GERBASE,AC. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Lancet*. 351: 1-5, 1998.
- PILLAY,A; LIU,H; CHEN,C; HOLLOWAY,B; STURN,W; STEINER,B; MORSE,S. Molecular subtyping of *Treponema pallidum*, ssp *pallidum*. *Sex Transm Dis* 25(8): 408, 1998.
- VOLBERDING,PA; SANDE,MA. In: *The medical management of AIDS 5* edition Saunders, New York, 1998, p.399-410.
- GOLDMEIER, D; HAY, P. A review and update on adult syphilis, with particular reference to its treatment. *Int J STD & AIDS* 4:70-82, 1993.
- ROMPALO,A; SHEPHARD,M; LAALOR,J;HOOK,EW. Definition of genital ulcer disease and variation in risk for prevalence HIV infection. *Sex Transm Dis* 24(7): 436-438, 1997.
- PETRIDOU,E; TRICHOPOULOS,D. Routinely reported sexually transmitted diseases presage the evolution of the AIDS epidemic. *Epidemiology* 8 (4): 450-451, 1997.
- JOLY,V; CRÉMIEUX,AC; CARBON,C. Syphilis primaire & secondaire. Épidémiologie, diagnostic, traitement. *Ver Prat* (Paris),44(92):1685-1688, 1994.
- PODWINSKA, J. Syphilis and Aids. *Arch Immun Ther Experim* 44: 39-333, 1996.
- SCHÖFER,H; OMHOF,M; GREBER,ET; BROCKMEYER,NH; GERKEN,G; PEES,HW; RASOKAT,H; HARTMANN,H; SADRI,I; EMMINGER,C; STELLBRINK,HJ; BAUMGARTEN,R; LETTENBERG,A. Active syphilis in HIV infection: a multicentre retrospective survey. *Genitourin Med* 72:176-181, 1996.
- WEISTOCK,H; SWEENEY,S; SATTEN,G; GWINN,M. HIV seroincidence and risk factors among patients repeatedly tested for HIV attending sexually transmitted disease clinics in the United States, 1991 to 1996. *J Acq Imm Def Syn and Hum Retro* 19(5):506-511, 1998.
- WILLIAMS,ML; ELWOOD,WN; MONTOYA,JD. An assessment of the risks of syphilis and HIV infection among a sample of not-in-treatment drug users in Houston, Texas. *AIDS CARE*,8 (6): 671-682, 1996.
- NORRIS,SJ; LARSEN,AS. *Treponema* and other host-associated spirochetes. In: *Manual of clinical microbiology*, 6th ed, AsM Washington, DC, 1995.p 636-645.
- WEINER,N. In: *Aids: Lessons from syphilis*. Background briefing, New York 1998.
- CARRARA,S. A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. In: *Tributo a Vênus*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996
- GOUREVITCH,MN; HARTEL,D; SCHOENBAUM,EE; SELWYN,PA; DAVENNY,K; FRIEDLAND,GH; KLEIN,RS. A prospective study of syphilis and HIV infection among injection drug users receiving methadone in the Bronx, NY. *Am J Pl Health* 86(8): 1112-1116, 1996.
- MUSHER,D., RICHARD,H., BAUGHN,R. Effect of HIV Infection on the Course of Syphilis and on the Response to Treatment, 1990.*Ann Med Int*(5):345-356, 1996.
- RASAMINDRAKOTROKA, A. High Syphilis and Low but Rising HIV Seroprevalence Rates in Madagascar. *XI International Conference on AIDS*. July 7-12, 1996.
- SUTMOLLER,F., SOUZA.T.V.C., MONTEIRO.JC,PENNA,T. The Rio de Janeiro HIV Vaccine – I. Recruitment Strategies and Socio-demographic Data of a HIV Negative Homosexual and Bisexual Male Cohort in Rio de Janeiro, Brazil. *Men Inst Oswaldo Cruz* 92(1):39-46, 1997.
- Passos, MRL. In: *DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica 1995 p. 343-346.
- HYPPÓLITO, L; ROSELINO,AMF. Onde está a sífilis? Casuística do Hospital das Clínicas, Faculdade de Ribeirão Preto, USP,1979-1994. *DST- J bras Doenças Sex Transm* 7(3): 13-16, 1995.
- POPE,V; LARSEN,S; SCHRIFER,M. Immunologic methods for diagnosis of spirochetal diseases. In: *Manual of Clinical Laboratory Immunology*, 1997 American Society for Microbiology Press – Washington, DC.
- LARRSEN,AS; STEINER,BM; RUDOLPH,AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin Microbiol Review* 8 (1):13-14 1995.
- RADOLF,JD; KAPLAN,RP. Unusual manifestation of secondary syphilis and abnormal humoral immune response to *T. pallidum* antigens in a homosexual man with asymptomatic HIV infection. *J Am Acad Dermatol* 18(2):423-427, 1998.
- CLOTTEY,R; DALLABETA, M. *Sexually Transmitted Diseases and Human Immunodeficiency Virus*, UK Ed. 2: 764-66,1996.

Endereço para Correspondência:

EDUARDO BRANDÃO

Fiocruz - IFF(Instituto Fernandes Figueira)

Av. Rui Barbosa 716,4º andar – Secretaria Acadêmica

Flamengo, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22250-020.

E-mail: ebrandao@ism.com.br

Visite nossa página
www.uff.br/dst/

DST 5, RECIFE 2004
www.dstbrasil.org.br

O IMPACTO DO CONHECIMENTO PRÉVIO DA SOROPOSITIVIDADE EM PARTURIENTES

THE IMPACT OF THE AWARENESS OF BEING HIV SEROPOSITIVE ON PARTURIENTS

Luiz F. Sampaio Neto¹, Sérgio C Silva², Gustavo G Condi²,
Pérsio CC Pinto^{2,3}, Neil F Novo³

RESUMO

O presente estudo objetivou analisar se o fato das gestantes já saberem ser HIV+ modifica sua evolução obstétrica e o comprometimento do conceito. Analisamos todas as parturientes HIV+ da Maternidade da Faculdade de Medicina da PUCSP, no período de janeiro de 1997 até dezembro de 2000. Muitas delas já traziam a informação de serem HIV+; aquelas que desconheciam sua situação sorológica faziam o teste rápido no momento da admissão para o parto. Retrospectivamente classificamos as parturientes HIV+ em dois grupos: já conheciam sua situação de HIV+ (grupo 1) e souberam ser HIV+ na admissão para o parto (grupo 2). Para a interpretação dos resultados usamos os testes de *Mann-Whitney* (idade), *qui-quadrado* de *Pearson* (variáveis epidemiológicas, aspectos obstétricos pré-natal, parto e puerpério e dados do conceito), a partição do *qui-quadrado* (uso de suplementação vitamínica, uso de AZT e intercorrências do conceito) e o teste exato de *Fischer* (alcoolismo). Tivemos 131 parturientes HIV+ no período estudado, sendo que 95 (72,5%) já sabiam ser HIV+ antes da admissão na maternidade e 36 (27,5%) desconheciam sua situação sorológica. Os grupos mostraram-se semelhantes com relação as variáveis epidemiológicas estudadas, ou seja eram grupos epidemiologicamente idênticos. As parturientes do grupo 2 tiveram maior número de intercorrências na presente gestação (tiveram mais infecções urinárias, anemia, hipertensão arterial, amniorexe prematura e DST). As parturientes do grupo 1 usaram mais adequadamente a suplementação vitamínica no pré-natal, receberam mais freqüentemente o AZT no momento do parto, e fizeram mais vezes a laqueadura tubárea no momento do parto.

Palavras-chave: HIV, Gravidez, Educação

ABSTRACT

The objective of the present study was to determine whether being previously aware of their HIV+ status modifies the obstetrical course of the parturients and the involvement of the conceptus. We analyzed all the HIV+ parturients attended at the Maternity of the Sorocaba Faculty of Medicine, from January 1997 to December 2000. Many of them were already aware of being HIV+ and those who did not know their serologic status were submitted to the rapid test at the time of admission for delivery, they were retrospectively classified into two groups: women who already knew their HIV+ status and women who learned about their HIV+ status upon admission for delivery. Data were analyzed statistically by the *Mann-Whitney* test (age), by the *Pearson* chi-square test (epidemiological variables, and obstetrical/neonatal aspects), by the partition chi-square test (use of vitamin supplements, use of AZT and untoward events affecting the conceptus), and by the exact *Fisher* test (alcoholism). A total of 131 parturients were found to be HIV+ during the study period, with 95 of them (72,5%) being aware of their HIV+ status before admission to the maternity (group 1) and 36 (27,5%) ignoring their serological situation (group 2). The groups were similar in terms of the epidemiological variables studied, and were similar in terms of obstetrical data. Group 2 parturients had a larger number of untoward events during pregnancy (more urinary infections, anemia, arterial hypertension, premature rupture of the fetal membranes, and STD). Group 1 parturients used prenatal vitamin supplementation in a more adequate manner, received AZT more frequently at the time of delivery, and were submitted more frequently to tube ligation at the time of delivery.

Keywords: HIV, Pregnant, Education

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(5):20-24, 2002

INTRODUÇÃO

O conhecimento das peculiaridades da epidemia da aids é condição fundamental para delinear as estratégias de combate à sua progressão. Em nosso meio, a tendência do maior número de casos na população feminina é uma constatação de alguns anos. De fato, em 1985 a razão de homens:mulheres era de 28:1, em 2000 atingiu 2:1¹⁻⁶.

A feminilização dessa epidemia compromete principalmente a faixa etária de 25 a 39 anos, denotando a associação com a via de contágio heterossexual¹ e, pela coincidência de ser a faixa etária reprodutiva da mulher, há a possível repercussão na contaminação vertical^{2,7,8}.

A transmissão materno-fetal é, ainda hoje, a principal causa do contágio pediátrico pelo HIV. Em todo o mundo, é verificada uma contaminação diária de, aproximadamente, 1600 crianças por dia, ou seja, 600.000 recém-nascidos em um ano adquirem aids^{3,4,8,9}. Efetivamente, na análise dos casos de aids em menores de 13 anos, encontramos 82% deles adquiridos por contaminação de vertical¹⁰⁻¹².

O desenvolvimento de drogas anti-retrovirais, assim como o melhor conhecimento de seu uso e dos baixos efeitos teratogênicos potenciais permitiram usar algumas drogas dessa classe no período gestacional, imprimindo notável redução na eficácia da transmissão vertical do HIV^{13,14}.

Desde 1994 está sendo disponibilizado pelo Ministério da Saúde o AZT via oral para gestantes infectadas pelo HIV, em 1996 passou-se a usar também o AZT intravenoso e a solução oral para o neonato¹⁰. Essas medicações, associadas com o aprimoramento dos cuidados obstétricos no pré-natal e no parto, além de racional manejo do recém-nascido,

¹ Professor Associado de Ginecologia – Faculdade de Medicina de Sorocaba - PUCSP

² Graduando em Medicina – Faculdade de Medicina de Sorocaba - PUCSP

³ Professor Titular de Bioestatística – Faculdade de Medicina de Sorocaba - PUCSP

* Trabalho com bolsa de Iniciação Científica do CEPE - PUCSP

permitiram chegar a taxas de transmissão vertical menores do que 3%^{2,5,7,15,16,17,18}.

No Brasil um dos maiores problemas em obstetrícia é a baixa abrangência dos programas de pré-natal de um modo geral, isso é particularmente agravado de um modo específico para as gestantes soropositivas para o HIV. Estima-se que apenas 17% das gestantes HIV+ tenham a oportunidade de fazer uso dos protocolos oficiais do Ministério da Saúde^{9,10}.

Alguns estudos sentinelas estimam em 0,6% a prevalência de gestantes HIV + no Brasil. Em pesquisa efetuada em nossa população tivemos 0,8% de soropositividade entre gestantes atendidas de 1992 a 1994, na rede municipal de Sorocaba^{20,21}.

A ocorrência de mulheres grávidas que não fazem uso de anti-retrovirais pode acontecer porque algumas delas efetivamente desconhecem sua situação sorológica; existem aquelas que, a despeito de saberem (ou suspeitarem) ser HIV+, não têm o esclarecimento suficiente sobre os benefícios das medidas profiláticas para a transmissão vertical e, com isso, deixam de procurar os Serviços de Saúde.

Podem existir gestantes que, conhecendo sua situação de HIV + não fazem o pré-natal porque sua auto-estima encontra-se tão baixa que, por desleixo, somente irão procurar atenção médica no momento do parto.

Seguramente existem casos de mulheres que não observam o seguimento adequado porque não conseguiram ter acesso às unidades básicas de saúde. Dessa forma, a má situação socioeconômica poderia ser um dos fatores que contribuiria para a não adesão aos serviços de saúde; outro motivo ainda poderia ser o receio de saber do resultado do exame.

Em alguns serviços, a determinação de se realizar testes rápidos para a detecção de HIV entre parturientes que não tivessem o conhecimento prévio da sua situação sorológica criou uma situação complexa, onde algumas parturientes somente descobriam ser HIV+ no momento da internação para o parto²².

Seria interessante conhecer o impacto dessa descoberta em fase tardia em termos de profilaxia de contaminação vertical, e em um momento especialmente delicado para a vida da mulher.

Tendo em vista que desde de 1997, no Conjunto Hospitalar de Sorocaba as parturientes fazem a execução sistemática do anti-HIV como rotina na admissão do pré-parto e, com o objetivo de conhecer as peculiaridades epidemiológicas das parturientes soropositivas para o HIV que souberam ser HIV+ no momento da internação para dar a luz, bem como a evolução clínica de seus conceitos, procuramos estudar em um estudo de caso controle as parturientes e seus filhos. Para fins de comparação com essas gestantes, usamos aquelas que já sabiam ser HIV+ antes da admissão para o parto.

METODOLOGIA

No período de janeiro de 1997 até janeiro de 2001 selecionamos todas as parturientes com registro de soropositividade para o HIV que foram admitidas na Maternidade do Hospital Regional de Sorocaba, da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, da PUCSP.

Tivemos 131 parturientes HIV+ sendo que dessas, encontramos 95 (72,5%) que já sabiam antes a admissão para o parto e 36 (27,5%) descobriram sua situação de soropositividade no sangue colhido para o teste rápido.

Todas as pacientes que tiveram o teste rápido positivo foram confirmadas posteriormente pelo *Western blot*²².

As parturientes foram agrupadas segundo o conhecimento prévio ao parto da sua soropositividade em relação ao HIV (Grupo I) e aquelas que ficaram sabendo ser HIV+ no momento do parto (Grupo II).

Através de consulta aos prontuários, procuramos caracterizar dados epidemiológicos dessas mulheres tais como: idade, cor, estado civil, escolaridade, profissão. Também verificamos as condições em que aconteceram o parto: duração do trabalho de parto, tipo de parto, indicação de cesárea, uso de fórceps, uso de medicação anti-retroviral durante a assistência ao parto e aspectos do recém-nascido, como sexo, peso, comprimento, Apgar, evolução clínica no berçário, se houve ou não amamentação e tempo de negatificação para sorologia do HIV.

Por fim, analisamos as crianças filhas dessas mães HIV+, tanto daquelas mães que sabiam ser previamente HIV+ quanto daquelas que souberam da sua soropositividade no momento do parto, comparando assim dados das crianças que persistiram HIV+ (Grupo A) com aquelas que negativaram em até um ano após o nascimento (Grupo B). Assim sendo, foram comparados os seguintes aspectos: número de consultas na pediatria e eventuais complicações durante o seguimento de puericultura.

Para a comparação dos grupos de parturientes, segundo o conhecimento prévio de saber ser portadora do vírus HIV, usamos as técnicas de *qui-quadrado de Pearson* (χ^2), teste exato de Fisher, teste de *Mann-Whitney*. Já para as crianças, segundo a sua sorologia para o HIV, foram utilizados os mesmos testes acima referidos além do teste *T-student*.

RESULTADOS

As pacientes de ambos grupos mostraram-se semelhantes do ponto de vista epidemiológico, dividiram-se da mesma forma em relação a cor, estado civil, ocupação e escolaridade; a predominância em ambos grupos foi de mulheres brancas, não casadas, prendas domésticas e com escolaridade até o primeiro grau incompleto.

Com relação aos antecedentes obstétricos nos dois grupos encontramos maior número de múltiparas e com intervalo interpartal mais freqüente foi superior a 24 meses.

A maior parte das pacientes referiu ter feito pré-natal adequado em ambos grupos (50,6% no Grupo I e 43,7% no Grupo II), para esse fim consideramos pré-natal adequado aquele que teve, pelo menos, cinco consultas (22). A ocorrência de intercorrências clínicas durante o decorrer da gestação em estudo foi semelhante em ambos grupos, sendo que as situações mais comuns foram anemia (9,1%), ITU (9,1%) e DST (8,3%). O uso de medicamentos e os tipos de medicamentos usados durante a gestação foram semelhantes para ambos grupos, contudo diferiram no uso de AZT (Tabela 1); sendo que as gestantes que já sabiam ser HIV antes da admissão para o parto usaram o AZT mais freqüentemente do que as demais; idem para a associação de vários anti-

retrovirais (coquetel). Também houve diferenças no uso de suplementação vitamínica, que foi mais freqüente e constante entre as gestantes que sabiam ser HIV + antes do parto. O uso de cigarros, álcool e drogas foi semelhante nos dois grupos.

Analisando-se as variáveis relativas ao parto, verificamos que em ambos grupos a maior parte das parturientes encontrava-se no termo da gestação, houve a mesma proporção de partos normais, cesáreas e fórceps nos dois grupos; as indicações de cesáreas foram semelhantes assim como a duração do trabalho de parto.

Houve maior uso de AZT endovenoso no momento do parto no grupo que já sabia ser HIV+ antes da admissão na Maternidade, maior freqüência de bloqueio de lactação nesse grupo e foram indicadas mais vezes a esterilização através da laqueadura tubárea.

O perfil dos recém-nascidos de ambos grupos foi semelhante em relação à distribuição por peso, comprimento, sexo, Apgar no 1º e 5º minutos e na evolução no berçário.

Na análise do recém-nascido durante sua evolução do primeiro ano de vida, o comportamento de ambos grupos foi semelhante em relação às intercorrências pediátricas e tempo de negatização da sorologia. Houve maior número de casos que negatizaram entre as crianças do grupo que nasceu das mães que descobriram ser HIV + no momento do parto.

A **tabela 1** mostra as situações que foram estatisticamente diferentes para ambos grupos.

Tabela 1 - Parturientes que possuíam conhecimento prévio da soropositividade para o HIV (Grupo I) e parturientes que ficaram sabendo no momento do parto (Grupo II) segundo a porcentagem da presença das características que se revelaram estatisticamente diferentes. Valor do qui-quadrado (χ^2) ou do teste exato de Fisher (P) utilizados para comparar os grupos

	Grupo I	Grupo II	1xII	P
AZT (durante o pré-natal)	70,0	0,0	$\chi^2=48,72$	P<0,0001
AZT (no momento do parto)	80,8	32,1	$\chi^2=21,80$	P<0,001
Coquetel (durante o pré-natal)	30,1	0,0	$\chi^2=13,59$	P<0,001
Laqueadura tubária	47,8	12,5	$\chi^2=9,37$	P<0,01
Amamentação	3,7	72,2		P=0,000

DISCUSSÃO

O controle da epidemia de aids na infância depende diretamente da redução da transmissão vertical do HIV.

Nos estudos relatados na literatura essa possibilidade é real, desde que seguidas as orientações de cuidados à gestante e concepto e que, resumidamente, consistem no uso de anti-retrovirais a partir de 14 semanas, AZT intravenoso no parto, assistência obstétrica menos invasiva possível durante o parto, rápido camplateamento do cordão umbilical, limpeza imediata do recém-nascido, bloqueio da lactação e uso de AZT pela criança até 6 semanas após o nascimento^{10,14,24,25}.

Com isso, segundo Mayaux *et al.*²⁹ foi possível chegar a 67% de redução na eficácia da contaminação vertical; contudo essa importante redução das taxas somente pode ser obtida quando a mulher grávida fez uso do protocolo descrito como ACTG076.

Em nossa casuística, o diagnóstico da infecção materna pelo HIV foi obtido antes do parto em 72,5% dos casos, cifra semelhante ao relatado por De Lorenzi *et al.*³⁰.

Ou seja a maior parte das mulheres teve condições de receber o protocolo ACTG076.

Encontramos 48,7 % das parturientes que fizeram pré-natal considerado adequado. Ao analisarmos os grupos de gestantes que sabiam ser HIV+ antes do momento do parto e aquelas que descobriram sua situação de soropositividade na admissão para dar a luz, não houve diferenças significativas entre ambos grupos com relação à freqüência e número de consultas no pré-natal.

A importância do pré-natal adequado pode ser exemplificado pelo estudo realizado com 200 gestantes HIV positivas na cidade de Porto Alegre (RS) no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas; verificou-se que apenas 56,5% das gestantes tiveram mais que seis consultas pré-natais, número considerado mínimo para um atendimento pré-natal adequado¹⁹.

Tal situação remete à qualidade do pré-natal que essas pacientes fizeram, pois não poderíamos considerar adequado o pré-natal em que não se solicitasse a sorologia para o HIV, o mesmo aconteceu no estudo de Ramos *et al.* em que somente para 55,4%¹⁹ houve fornecimento do teste anti-HIV durante gravidez. Com o objetivo de normatizar essa situação, desde 2001 o CREMESP determinou ser antiético não se oferecer o teste sorológico para o HIV na assistência pré-natal²⁵.

Uma outra possibilidade para justificar as gestantes não terem o diagnóstico prévio de soropositividade para o HIV seria a "viragem sorológica" ter acontecido durante o presente período gestacional. Segundo Veronesi³¹ a soroconversão ocorre em 3 a 12 semanas após a situação de contágio, sendo que quase todos os pacientes soroconvertem dentro de 3 meses após a transmissão do HIV; ou seja, é muito pouco provável que isso tenha ocorrido em nossas pacientes, ademais não houve nenhuma referência nos prontuários de pacientes do grupo que descobriu ser HIV+ no parto, a respeito de ter feito o Anti-HIV anteriormente e ele estar negativo²⁶.

Como as informações foram baseadas nas fichas de admissão na Maternidade, é possível também que algumas das pacientes tenham omitido sua real situação sorológica na internação, isso pode ter acontecido por receio do atendimento ou ainda outras situações que induzissem ao preconceito para a aids. Qualquer uma das pacientes do grupo que descobriu ser HIV no momento do parto poderia se enquadrar nessa situação, pois todas elas foram encaminhadas de postos de saúde de Sorocaba e região, e não tivemos acesso aos prontuários durante o pré-natal.

Em estudo anterior efetuado na população de nossa região encontramos 101 parturientes HIV positivas no período de 1991 a 1998. Analisando-as, pudemos concluir que: freqüentemente a gestante portadora do HIV omite sua situação sorológica aos serviços de saúde; as mulheres HIV positivas formam um contingente com início de vida sexual precoce; e demonstram menor preocupação com anticoncepção efetiva²¹.

Na análise das demais variáveis epidemiológicas constatamos que ambos grupos foram semelhantes, refletindo

de modo geral, o perfil da paciente que frequenta um serviço público de saúde, com peculiaridades epidemiológicas que caracterizam indivíduos com baixo nível socioeconômico.

A diferença óbvia encontrada no atendimento das gestantes que tiveram sua situação de soropositividade detectada anteriormente ao parto e as demais consistiu no uso de AZT ou da associação de drogas anti-retrovirais durante a gestação. Em nossos resultados, tivemos 2 (2,5 %) gestantes que, a despeito de saberem ser HIV+ antes da admissão para o parto, durante o pré-natal não usaram a profilaxia com anti-retrovirais (AZT ou coquetel). Esses resultados são melhores do que os descritos por De Lorenzi *et al.*³⁰, que encontraram 40% das gestantes soropositivas sem uso de anti-retrovirais; possivelmente esse achado reflete a crescente popularização dos benefícios da profilaxia da transmissão vertical para o HIV.

O uso de suplementação vitamínica e/ou de ácido fólico no pré-natal também foi mais comum entre as gestantes que tiveram o conhecimento prévio do HIV+, provavelmente denunciando maior esforço da equipe de saúde com relação ao uso de "vitaminas" para as portadoras do vírus HIV, ou ainda a maior predisposição da gestante em ficar mais "resistente" e proteger o conceito da infecção pelo HIV.

Com relação ao parto também não houve diferenças entre os dois grupos. Tal situação reflete a conduta do Serviço, pois a soropositividade para o HIV, nessa ocasião, não era um fator levado em consideração na opção pela via de parto.

O uso de AZT intravenoso durante o parto foi mais comum entre as parturientes que já sabiam ser HIV+ antes da admissão, provavelmente porque em alguns casos do outro grupo o resultado do HIV não chegou oportunamente para ser aplicado no trabalho de parto; tivemos 19 (67,86%) parturientes que não receberam AZT intravenoso por esse motivo. Após nossos estudos a dinâmica do encaminhamento de exames rápidos para o HIV em nossa Maternidade foi reavaliada e, atualmente, essa situação já se modificou.

Também é possível que pela demora no conhecimento do resultado da sorologia tivemos mais mulheres que se submeteram a laqueadura tubária entre as que já sabiam ser HIV+, e também foi por isso que tivemos 13 casos em que foi permitida a amamentação ao seio materno no grupo de parturientes que souberam ser HIV+ no parto.

A evolução no puerpério imediato e tardio foi idêntica em ambos grupos, sugerindo que em nossa casuística tivemos poucas pacientes sintomáticas para a síndrome da imunodeficiência adquirida.

As características dos recém-nascidos foram semelhantes em ambos grupos, assim como as intercorrências das crianças no seguimento de puericultura.

Em nossos resultados um achado que consideramos de difícil compreensão é que tivemos maior contingente de persistência da soropositividade entre as crianças nascidas de mulheres do grupo que já sabia ser HIV+ antes do momento do parto do que entre aquelas que descobriram a soropositividade na internação.

Uma possibilidade para justificar tal achado poderia ser que, a despeito dos cuidados adequados para gestantes HIV+ durante o pré-natal, as gestantes que sabiam ser HIV+ encontravam-se em condições de uma infecção mais grave.

Para que se esclarecesse essa dúvida seria interessante a quantificação da carga viral e dos níveis de CD4 / CD8, nessas ocasiões, nessas pacientes²⁷⁻²⁸.

Também são descritos como fatores que interferem na transmissão vertical os quadros que se associam com inflamação placentária, tabagismo durante a gravidez e o tempo de bolsa rota¹⁹, contudo não houve diferenças entre ambos grupos com relação às variáveis citadas.

No acompanhamento das crianças o comportamento clínico durante o atendimento de puericultura foi semelhante para aquelas que permaneceram com a sorologia positiva e as que negataram seu exame nos primeiros 6 meses.

Nos casos estudados, a eficácia da transmissão vertical (5,37%) foi semelhante aos demais resultados de literatura²⁹; sendo que, como citado anteriormente, tivemos crianças que persistiram HIV+ apenas entre as gestantes que sabiam ser HIV+ antes da admissão para o parto.

Em resumo, o fato de a gestante saber que era soropositiva para o HIV antes do parto não implicou em diferença na evolução da parturiente e da criança; ou seja, em nossos achados, o uso do protocolo do Ministério da Saúde para profilaxia da transmissão vertical não se associou a achados significativamente diferentes daquelas que não fizeram o uso ideal desse protocolo. Possivelmente tivemos tal resultado em consequência do pequeno número de pacientes envolvidas no estudo.

Por outro lado, sabemos que a mulher ao ser admitida numa maternidade para dar a luz encontra-se prestes a enfrentar uma situação estressante, independente da classe social, do número de filhos que já teve e da equipe que irá atendê-la. Ficar sabendo que está contaminada pelo HIV no momento que inicia o trabalho de parto pode significar uma somatória de situações que modifiquem o desenvolvimento afetivo dessa mulher. Uma proposta de estudo interessante seria o seguimento das mulheres do grupo que descobriu ser HIV+ na admissão para o parto, investigando-se sua presente situação psicológica, bem como do seu filho e a análise das repercussões que o recebimento da notícia de sua soropositividade teve na sua evolução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AIDS – BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, ANO XIV Nº 02-14ª à 26ª SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS – ABRIL A JUNHO DE 2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde. v.14, n.2, 2001.
2. FARIA, M.R.; FIGUEIRA, B.B.D.; LIPPI, U.G. Características de uma população de recém-nascidos com sorologia positiva para a síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Rev Paul Pediatr*, v.16, n.4, p.179-184, 1998.
3. MATIDA, L.H.; MIRANDA, S.D. Transmissão materno-infantil do HIV. *Jornal da Sogesp*. São Paulo, mai.1999, AIDS, p.4.
4. RAVAGNANI, J.E. Aids e sua rota perinatal. *H.B. cient*, v.4, n.2, p.163-71, 1997.
5. SHERLOCK, M.S.M.; VIERA, N.F. Preocupações de mães soropositivas com o HIV e suas implicações para o cuidado de enfermagem. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, v.11, n.4, p.5-9, 1999.
6. TREVISAN, M.R.; CARVALHO, R.L. Infecção pelo HIV na gestação. *Acta méd*, v.20, n.1, p.205-14, 1999.
7. ARAÚJO, C.L.F. *Solicitação do teste anti-HIV no pré-natal em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro: políticas e realidades*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 1997.
8. NEWELL, M.L. Vertical transmission of HIV-1 infection. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, v.4, n.1, p.1-2, 2000.
9. FOWLER, M.G.; SIMONDS R.J.; ROONGPISUTHIPONG, A. Update on perinatal HIV transmission. *Pediatr clin North America*, v.47, n.1, p.21-38, 2000.

10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Guia de tratamento: recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília, DF, 2001. p. 9-74
11. BURGESS, T. Determinants of transmission of HIV from mother to child. *Clin Obstet Gynecol*, v.44, n.2, p.198-209, 2001.
12. NÚÑEZ, I.G.; JIDY, M.D.; ÁVILA, J.P. La transmisión materno infantil del VIH/SIDA en Cuba. *Rev Cubana Med Trop*, v.52, n.3, p.220-4, 2000.
13. CONNOR, E.M.; SPERLING, R.S.; GELBER, R. et al: Reduction of maternal-infant transmission of HIV zidovudine treatment. *N Engl J Med*, v.331, p.1173-80, 1994.
14. LALLEMANT, M.; JOURDAIN, G.; COUER, S. et al. A trial of shortened zidovudine regimens to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med*, v.343, n.14, p.982-91, 2000.
15. FIORE, S.; NEWELL, M.L. Preventing perinatal transmission of HIV-1 infection. *Hosp Med*, v.61, n.5, p.315-318, 2000.
16. MANDELROT, L et al. - Transmissão perinatal de HIV-1: Interação entre a profilaxia com Zidovudina e o tipo de parto no French Perinatal Cohort., *JAMA Brasil*, v.2, n.9, p.1325, 1998.
17. MINIKOFF, H. Prevention of mother-to-child transmission of HIV. *Clin Obstet Gynecol*, v.44, n.2, p.210-25, 2001.
18. ROCCO, R.; VASCONCELLOS, M.J.A.; ROCCO, R. Repercussão da infecção pelo HIV no ciclo grávido-puerperal. *Femina*, v.25, n.1, p.31-8, 1997.
19. RAMOS, M.C.; CURCIO, B.L., TESSARO, M.; et al. Prevalências da infecção pelo HIV e da soropositividade do VDRL em gestantes. *DST- J bras Doenças Sex Transm*, v.11, n.5, p.25-30, 1999.
20. SAMPAIO NETO, L.F.; PINHEIRO, M.E.P.; MACEDO, E. et al. Prevalência dos marcadores de VHB, VHC, sífilis e HIV em gestantes. In: II CONGRESSO ÍBERO-AMERICANO DE EPIDEMIOLOGIA, Porto Alegre, RS, 1995.
21. SAMPAIO NETO, LF; CARNEIRO, A.P.I.; JANSEN, C.E.; et al. Aspectos Clínicos e Epidemiológicos da Gestação em Mulheres HIV Positivas In: CONGRESSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO SUDESTE BRASILEIRO. *Anais* 1998.
22. MARETTI, M.; NEME, B. Assistência pré-natal. In: NEME, B. (ED.) *Obstetrícia básica*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000, p.106-16.
23. INFORME TÉCNICO: "Testes rápidos: considerações gerais para seu uso com ênfase na indicação de terapia anti-retroviral em situações de emergência" *DST - J bras Doenças Sex Transm*, v.11, n.1, p.136-8, 1999.
24. QUIAN, J.; PICÓN, T.; RODRÍGUEZ, I.; et al. Evaluación de la quimio-profilaxia con zidovudine a la mujer embarazada VIH(+) y su hijo (Uruguay). *Rev Chil Pediatr*, v.72, n.1, 2001.
25. CHAVEZ P, A.; ALVAREZ P, A.M.; WU H, E. et al. Transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana: Impacto de la aplicación del protocolo ACTG 076 en Chile. *Rev Chil Infectol*, v.17, n.4, 2000.
26. OSELKA, G.W. Prevenção da transmissão vertical do HIV. *Rev Assoc Med. Bras*, v.47, n.4, p.284-284, 2001.
27. MARQUES, A.; MANSUR, H. Manifestações clínicas. In: VERONESI, R.; FOCACCIA, R. *Tratado de infectologia*. São Paulo: Atheneu, 1997. v.1, p.100-1.
28. ORTIGÃO-DE-SAMPAIO, M.B.; CASTELLO-BRANCO, L.R.R. Imaturidade imunológica fetal e neonatal: implicações na evolução clínica da infecção pelo HIV-1 em crianças. *Rev Assoc Med Bras*, v.43, n.1, p.29-34, 1997.
29. TEMMERMAN, N et al. Risk factors for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus-1 infection. *Am J Obstet Gynecol*, v.172, n.2, Pt 1, p.700-5, 1995.
30. MAYAUX, M.; TEGLAS, J.; MANDELROT, L. et al. Acceptability and impact of zidovudine for prevention of mother-to-child human immunodeficiency virus-1 transmission in France. *J Pediatr*, v.131, n.6, p.857-62, 1997.
31. DE LORENZI, D.R.S.; MADI, J.M.; TESSAI, D.M.T. et al. HIV e gestação - análise de 15 casos. *GO Atual*, v.11, n.4, p.22-6, 2002.

Endereço para Correspondência:

LUIZ FERRAZ DE SAMPAIO NETO

Rua Inglaterra, 574, Sorocaba/SP, CEP 180-45-070

E-mail: luizsampaio@sorocaba.pucsp.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/

INFECÇÃO PELO HIV E SÍFILIS EM PESSOAS QUE PROCURAM ATENDIMENTO EM UMA CLÍNICA DE DST NO BRASIL

HIV INFECTION AND SYPHILIS AMONG PEOPLE ATTENDING A STD CLINIC IN BRAZIL

Angélica E Miranda¹, Rafael B Monteiro¹, Bruno C Prado¹,
Rafael R Serafim¹, Rafael A Soares¹

RESUMO

Objetivos: Identificar o perfil epidemiológico e determinar a prevalência de infecção pelo HIV e sífilis entre usuários de clínica de DST. **Métodos:** Estudo transversal realizado de março a junho de 2002. Foi aplicado um questionário estruturado e coletada uma amostra de sangue para testar HIV e sífilis. Os usuários fora incluídos no estudo após responderem ao termo de consentimento. **Resultados:** Foram incluídos 427 usuários que procuraram o serviço pela primeira vez, no período do estudo. A média de idade foi de 28,8 anos (DP 10,3), a média de escolaridade foi de 8,4 anos (DP 3,0) e, a média de idade do primeiro coito foi de 15,9 (DP 2,8). As taxas de prevalência encontradas foram: 7% [95%IC(5,8-8,3)] de infecção pelo HIV e 11,7% [95%IC(10,1-13,3)] de sífilis. Somente 61 (14,3%) usuários relataram uso freqüente de preservativos, os comportamentos de risco relatados foram: 91,3% heterossexuais; 4,4 bissexuais e 4,3 homossexuais. História de DST 29,3%, uso de drogas ilícitas 9,6% e história de transfusão 4,7%. Houve associação estatisticamente significativa entre infecção pelo HIV e sífilis [OR=3,07 (95%IC 1,29-7,33)], infecção pelo HIV e uso de drogas [OR=4,88 (95%IC 2,07-11,55)], sífilis e uso de drogas [OR=3,26 (95%IC 1,54-7,01)] e sífilis e a história de DST [OR=4,04 (95%IC 2,20-7,42)]. **Conclusão:** Os dados demonstram uma alta prevalência das infecções analisadas e demandam novos estudos para uma avaliação mais profunda da população. Eles são importantes para identificar o perfil do usuário desta clínica de DST e direcionar a implementação das estratégias de prevenção.

Palavras-chave: clínica DST, HIV, sífilis

ABSTRACT

Objectives: To identify the epidemiological profile and to determine the seroprevalence of HIV infection and syphilis among STDs clinic patients. **Methods:** Cross-sectional study was conducted from March to June 2002. They were interviewed using a structured questionnaire and a blood sample was collected for testing HIV and syphilis. They were included after answer the consent inform. **Results:** A total of 427 first time patients were included. The mean age was 28.8 years old (SD10.3), mean education was 8.4 years of schooling (SD 3.0) and the mean age of the first sexual intercourse was 15.9 years old (SD 2.8). The prevalence rates were HIV infection 7.0% [CI 95%(5.8-8.3)] and syphilis 11.7% [CI 95%10.1-13.3]. Only 61 (14.3%) reported frequent condom use. The risk factors accessed were 91.3% heterosexuals; 4.4 bisexuals and 4.3 homosexuals. Previous STDs 29.3%, drug abuse 9.6% and history of transfusion 4.7%. There were statistical association among HIV infection and syphilis [OR=3.07 (95%IC 1.29-7.33)], HIV infection and drug abuse [OR=4.88 (95%IC 2.07-11.55)], syphilis and drug abuse [OR=3.26 (95%IC 1.54-7.01)] and syphilis and previous STDs [OR=4.04 (95%IC 2.20-7.42)]. **Conclusion:** Data show a high prevalence of the analyzed infections and asking for new studies to evaluated the situation. They are important to identify the profile of STD clinic patient and to give directions to implementing prevention and assistance strategies.

Keywords: STD clinic, HIV, syphilis

ISSN: 0103-4065

DST - J bras Doenças Sex Transm 14(5):25-28, 2002

INTRODUÇÃO

No Brasil, a morbidade e a mortalidade relacionadas ao HIV/Aids têm assumido um impacto crescente entre os mais pobres e desfavorecidos, entre os jovens e as mulheres, além de apresentar uma interiorização da epidemia¹. Apesar dos importantes avanços que ocorreram no conhecimento sobre a patogênese da infecção pelo HIV e do advento da terapia anti-retroviral potente, a epidemia de HIV/Aids continua a crescer, assumindo tendências preocupantes². O mesmo vem ocorrendo em relação à sífilis que permanece uma complicação comum apesar da disponibilidade de testes diagnósticos eficazes e baratos, e a sensibilidade continuada do *Treponema pallidum* à penicilina³. A sífilis, primária e secundária, não

tratada pode estar associada com aborto e parto prematuro, e também com sífilis congênita sintomática e morte fetal⁴.

O monitoramento das taxas de prevalência é um componente importante para a vigilância epidemiológica das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)⁵, o serviço de vigilância epidemiológica no Brasil desenvolveu um programa pioneiro na América Latina de monitoramento da infecção pelo HIV, não se limitando à notificação de casos da doença. Desde 1992, estudos e pesquisas vêm sendo desenvolvidos com usuários de clínicas de DST, serviços de pronto-socorro e maternidades públicas. Esses estudos são importantes na realização de cruzamento de dados com o objetivo de descobrir as tendências da infecção pelo HIV^{6,7}. A partir da análise das tendências apontadas por estudos da epidemia no Brasil são traçadas as estratégias de ação para a sua prevenção e controle⁸.

¹ Departamento de Medicina Social - Centro Biomédico - Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

A realização de estudos de prevalência na população é de grande importância para conhecimento de seu perfil epidemiológico e da extensão do problema e assim traçar programas de prevenção através da implementação de atividades educativas e acesso adequado aos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Um estudo de corte transversal foi realizado no período de Março a Junho de 2002 no Centro de Referência para DST/Aids em Vitória, Espírito Santo. Todos os usuários que procuraram atendimento neste período foram convidados a participar do estudo. Foi realizada uma entrevista face-a-face para coleta de dados sócio-demográficos e para avaliar os riscos para DST/AIDS; também foi coletada uma amostra de sangue para realização de testes para infecção pelo HIV (ELISA e Reação de imunofluorescência indireta) e sífilis (VDRL e FTA-abs).

As amostras de sangue foram coletadas no local do atendimento obedecendo às técnicas laboratoriais de rotina recomendadas pelo Ministério da Saúde. Em seguida foram enviadas ao Laboratório Central da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória para processamento.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o SPSS versão 7.5 para Windows 95⁹. Foi realizada uma análise descritiva, incluindo distribuição de frequência para variáveis qualitativas e cálculo de média e desvio-padrão para variáveis quantitativas. A prevalência de infecção pelo HIV e sífilis foi estimada pela presença de teste positivo e foram fornecidas pela frequência do diagnóstico em questão sendo calculado o correspondente intervalo de confiança de 95%. As possíveis associações entre doenças específicas e comportamentos de risco ou variáveis demográficas e clínicas foram testadas através de testes de qui-quadrado com correção de Yates ou teste de Fisher quando apropriado. *Odds Ratios* e intervalos de confiança foram calculados em análises bivariadas para estimar o grau de associação entre cada infecção e os potenciais fatores de risco¹⁰.

Todos os usuários foram convidados a participar do estudo em caráter voluntário e responderam ao termo de consentimento após receberem as informações referentes ao protocolo de pesquisa.

Os casos de sífilis identificados foram tratados, após a divulgação do diagnóstico para o participante, de acordo com as normas do manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis do Ministério da Saúde¹¹, e os casos de infecção pelo HIV foram acompanhados pela equipe multidisciplinar no Centro de Referência em DST/Aids.

RESULTADOS

Foram incluídos 427 usuários que procuraram o serviço pela primeira vez, no período do estudo. A média de idade foi de 28,8 anos (DP 10,3), a média de escolaridade foi de 8,4 anos (DP 3,0) e, a média de idade do primeiro coito foi de 15,9 (DP 2,8). As taxas de prevalência encontradas foram: 7% [95%IC(5,8-8,3)] de infecção pelo HIV e 11,7% [95%IC(10,1-13,3)] de sífilis. Houve associação estatisticamente

significativa entre Infecção pelo HIV e sífilis [OR=3,07 (95%IC 1,29-7,33)], infecção pelo HIV e uso de drogas [OR=4,88 (95%IC 2,07-11,55)], sífilis e uso de drogas [OR=3,26 (95%IC 1,54 -7,01)] e sífilis e a história de DST [OR=4,04 (95%IC 2,20-7,42)].

Os dados sócio-demográficos dos usuários da clínica estão descritos na Tabela 1 e os comportamentos de risco relatados durante a entrevista estão na Tabela 2. Entre os

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos dos usuários de clínica de DST em Vitória.

Variáveis	n (%)
Gênero	
Masculino	207 (48,5)
Feminino	220 (51,5)
Procedência	
Vitória	254 (59,5)
Região metropolitana	162 (37,9)
Outros Municípios	11 (2,6)
Escolaridade	
Analfabetos	11 (2,6)
1-4 anos	32 (7,5)
5-8 anos	198 (46,4)
8-11 anos	161 (37,6)
> 11 anos	25 (5,9)
Ocupação	
Estudante	59 (13,8)
Do lar	57 (13,3)
Desempregado	6 (1,4)
Aposentado	4 (0,9)
Autônomo	80 (18,7)
Empregado	221 (51,9)
Estado civil	
Solteiros	236 (55,3)
Casados/amasiados	152 (35,6)
Separados/Viúvos	30 (7,0)
Viúvo	9 (2,1)

Tabela 2 - Comportamentos de risco para DST/HIV relatados no momento da consulta pelos usuários de uma clínica de DST em Vitória.

Fatores de risco para DST/HIV	n (%)
História de DST	
História de DST	125 (29,3)
1º coito =< 15 anos	
1º coito =< 15 anos	195 (45,9)
Uso de Condons	
Sempre/ Às vezes	62 (14,5)
Nunca/Raramente	365 (85,5)
Orientação sexual	
Heterossexual	391 (91,7)
Homossexual	17 (4,0)
Bissexual	19 (4,3)
Número de Parceiros Sexuais (último ano)	
0	13 (3,0)
1	206 (48,2)
2-4	159 (37,2)
5-10	40 (9,4)
>10	9 (2,1)
Uso de drogas em geral	
Uso de drogas em geral	41 (9,6)
Uso de drogas EV	
Uso de drogas EV	12 (2,8)
Transfusão	
Transfusão	20 (4,7)
Tatuagem	
Tatuagem	46 (10,8)
Hemofilia	
Hemofilia	2 (0,5)

Tabela 3 - Potenciais fatores de risco e suas associações com sífilis e infecção pelo HIV entre os usuários de uma clínica de DST em Vitória.

Fatores de risco	HIV *	Sífilis*
Parceiro HIV+	8,0 (2,77-23,22)	0,9 (0,21-4,21)
Transfusão de sangue	1,0 (0,94-1,09)	1,0 (0,95-1,07)
Usuários de drogas EV	16,3 (4,88-54,32)	2,6 (0,68-9,98)
Drogas em geral	4,9 (2,07-11,55)	3,3 (1,54 -7,01)
Uso preservativo (raro/nunca)	1,1 (0,99-1,22)	1,1 (0,96-1,17)
História DST	1,7 (0,78-3,59)	4,0 (2,20-7,42)
1º coito =< 15 anos	1,4 (0,65-2,90)	2,1 (1,14-3,85)
Homo/bissexual	3,2 (1,20-8,38)	1,3 (0,47-3,48)

* Dados expressos em Odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

125 usuários que declararam durante entrevista já terem sido tratados, em um serviço de saúde, para DST foram relatadas as seguintes freqüências de doenças: gonorréia 57 (45,6%), condiloma acuminado 38 (8,9%), sífilis 18 (4,2%) e outras infecções 12 (9,6%).

Na Tabela 3 encontram-se os potenciais fatores de risco para DST/HIV/Aids com as associações encontradas no estudo.

DISCUSSÃO

Programas de saúde que têm como objetivo minimizar o impacto da epidemia do HIV devem reconhecer que a presença de qualquer DST é um importante fator de risco na disseminação do HIV em uma população específica pois além de compartilharem o mesmo modo de transmissão e os mesmos fatores de risco comportamentais, a infecção pelo HIV é também uma DST. Estes programas deveriam, portanto, fazer do controle das DST uma prioridade a nível de saúde pública¹².

Estudos sentinelas têm sido produzidos no Brasil no sentido de identificar a prevalência da infecção pelo HIV em clínicas de DST, de maneira a permitir o conhecimento da magnitude do problema, a formulação de estratégias de prevenção à infecção e o tratamento destas infecções nesta população^{6,13}.

A epidemia da aids no Brasil tem apresentado uma enorme variação no perfil da população atingida, abrangendo grupos e formas de infecção bastante heterogêneas. O crescimento do número de casos de aids entre heterossexuais está diretamente relacionado ao preocupante aumento da participação das mulheres no perfil epidemiológico. Em 1985, a razão de sexo era de 25 homens para uma mulher. Hoje, essa razão é de 1,7 homens para uma mulher infectada pelo HIV¹⁴. O grupo etário mais atingido, em ambos os sexos, tem sido o de 20-39 anos, perfazendo 70% do total de casos de aids registrados pelo Ministério da Saúde. A escolaridade, uma das variáveis indiretas mais utilizadas na análise do perfil socioeconômico da população infectada, também apresentou uma mudança de perfil que no início da epidemia atingia pessoas com maior escolaridade e atualmente é bem mais presente entre pessoas analfabetas ou com até oito anos de estudo¹⁴. A transmissão sangüínea do HIV entre hemofílicos e pessoas que recebem transfusão sangüínea têm decrescido no decorrer dos anos, sendo o uso de drogas injetáveis a principal forma de transmissão sangüínea¹⁵. A prevalência de sífilis encontrada nesta amostra também foi considerada alta se comparada à população geral, e de grande importância se considerarmos o risco de transmissão materno-infantil e a preocupação com a sífilis congênita^{4,7}.

Os dados sócio-demográficos encontrados neste estudo estão de acordo com os dados nacionais publicados pelo Ministério da Saúde⁸. As taxas de prevalência de HIV e sífilis, identificadas neste estudo, são altas, encontram-se acima da média de outros estudos mas estão de acordo com os dados da região Sudeste relatados no estudo sentinela realizado pela Coordenação Nacional de DST e Aids¹³. Será proposta a realização de um monitoramento mais preciso dessa população para se identificar as causas associadas e assim planejar estratégias eficazes de prevenção para esta população. Outro dado que vale a pena ressaltar é a associação entre a infecção pelo HIV e sífilis, a história de DST tratada por profissional de saúde que foi relatada por aproximadamente 30% da amostra e o fato do uso de preservativos ainda não ser uma prática habitual, apesar das campanhas de prevenção. Relatos da literatura demonstram que DST com lesões ulcerativas, como a sífilis, estão associados com uma maior taxa de transmissão do HIV¹⁶. Não se pode deixar de citar que as DST não ulcerativas também estão associadas com um aumento do risco de transmissão do HIV de três a cinco vezes^{17,18}. Os potenciais fatores de risco para DST/HIV/Aids com as associações encontradas no estudo e descritas na Tabela 3, entre outros, identificaram uma associação estatisticamente significativa entre a infecção pelo HIV e o uso de drogas injetáveis, fator este que tem sido de grande preocupação na região do estudo uma vez que Vitória é uma cidade portuária e com problemas com o tráfico de drogas. Estes fatores têm motivado a realização de várias ações concernentes à abordagem dessa população e à promoção de estratégias de redução de danos.

O segmento da população que procura uma clínica de DST, na maioria das vezes, o faz devido à presença de algum sintoma ou quando há alguma dúvida sobre comportamento de risco. Uma peculiaridade desta clínica de DST em Vitória, que pode justificar as altas taxas encontradas, é o fato de ser também uma clínica para atendimento à pacientes HIV/Aids. Este fato pode causar um fator de confusão relacionado a uma maior procura do serviço por pessoas que desconfiam da possibilidade de terem sido contaminadas com o vírus da aids.

Nos últimos anos, o perfil da epidemia de aids no Brasil sofreu grandes modificações, ficando cada vez mais complexo. Tornou-se imprescindível garantir a continuidade das ações de prevenção e combate à doença, o que implica a criação de condições para a mobilização da sociedade civil⁸. Não há dúvidas de que, ao mesmo tempo em que cresce o número de pessoas infectadas pelo HIV e pela sífilis, aumentam a oferta de informações a respeito das DST/Aids e o número de pessoas que dela se valem. Apesar da facilidade diagnóstica e acesso aos tratamentos, infelizmente, a epidemia está longe da erradicação.

Estes dados ressaltam a urgente necessidade de atividades educativas, preventivas e terapêuticas. O contato na unidade de saúde pode representar um momento oportuno para se pensar em novas estratégias de acesso e convencimento a esta população e possibilidade de se implementar uma política de assistência à saúde mais adequada^{8,19}. No planejamento de programas educacionais de prevenção às DST/Aids, direcionados à usuários de clínica de DST é vital que os profissionais de saúde tenham um

entendimento da vida dessas pessoas e dos fatores que contribuem para o acesso à esses serviços, bem como de quais recursos e ferramentas seriam necessários para promover mudanças de comportamento que estacionem o crescimento dessas infecções em nosso meio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim epidemiológico - AIDS*. Ano XIII nº2 - 23ª a 36ª semanas epidemiológicas, julho a setembro de 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO strategic plan for HIV/AIDS and sexually transmitted diseases: 1997-2001*. Office of HIV/AIDS and STDs, Geneva, 2000.
- Watts DH, Brunham RC. Sexually transmitted diseases including HIV infection in pregnancy. In: HOLMES KK, MARDH PA, SPARLING PF, WIESNER PJ, CATES W JR, LEMON SM, STAMM WE. *Sexually transmitted diseases*. 3rd edition. 1998 New York, McGraw-Hill.
- WENDEL GD. Gestational and congenital syphilis. *Clin Perinatol* 1988; 15: 287-303.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION AND JOINT UNITED NATIONS Programme on HIV/AIDS. *Guidelines for Sexually Transmitted infections surveillance 1999*, 38p.
- Brasil. Ministério da Saúde. *AIDS - Boletim epidemiológico* 1999; Ano XII, No2 Semana Epidemiológica 9/99 a 21/99, março a maio de 1999.
- TIBÚRCIO AS, PASSOS MRL, PINHEIRO VMS. Epidemiologia das DST: perfis dos pacientes atendidos num Centro Nacional de Treinamento. *DST-J Bras Doenças Sex Transm* 2000, 12 (4): 4-39.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Programa Brasileiro de DST e Aids*. Brasília, 2000. 69p.
- NORUSIS MJ. *SPSS for windows: base system user's guide*, release 7.5. 1995 Chicago, SPSS inc.
- FLEISS, JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. Second edition. John Wiley and Sons, New York, New York, 1981.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Brasília, 1997. 74p.
- PASSOS MRL. O descompasso do combate às DST. *DST - J Bras Doenças Sex Transm* 2002, 14 (1): 58.
- SZWARCWALDL CL, BARBOSA JÚNIOR A, CARVALHO MF. Projeto de vigilância sentinela do HIV: uma apreciação da amostragem e dos resultados obtidos no período de 1997-1999 em serviços de DST e prontos-socorros. *Boletim Epidemiológico Aids*. Ano XIII, nº2, semana epidemiológica 23 a 35, Julho a Setembro 2000.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico Aids*. Ano XV, nº1, semanas epidemiológicas 14 a 26, Abril a Junho 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico Aids*. Ano XIV, nº1, semanas epidemiológicas 27 a 40, Julho a Setembro 2001.
- PLUMMER FA, SIMONSEN JN, CAMERON DW, et al. Cofactors in male-female sexual transmission of HIV type 1. *J Infect Dis* 1991; 163: 233-239.
- LAGA M, MANOKA A, KIVUVU M, et al. *Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study*. *AIDS* 1993; 7:95-102.
- FLEMING DT, WASSERHEIT JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other STD to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999; 75(1):3-17. Review.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO strategic plan for HIV/AIDS and sexually transmitted diseases: 1997-2001*. Office of HIV/AIDS and STDs, Geneva, 2000.

Endereço para Correspondência:

ANGÉLICA MIRANDA

Departamento de Medicina Social - Centro Biomédico.

Universidade Federal do Espírito Santo.

Avenida Marechal Campos, 1468

Maruípe, Vitória - ES CEP: 29040-091

E-mail: espinosa@escelsa.com.br

IX Simpósio Internacional de Patologia do Trato Genital Inferior

COLPOSCÓPIO

Manaus - Amazonas - 22 a 26 de Outubro de 2003

INFORMAÇÕES:

E-mail: gilson@unimedfamoc.com.br

(92) 633-4472 - 236-1369

O USO DO CREME GINECOLÓGICO DE SULFADIAZINA DE PRATA 1% MICRONIZADA NO TRATAMENTO DAS COLPITES

THE USE OF THE SILVER SULFADIAZINE 1% IN COLPITIS TREATMENT

Renato Ferrari^{1,2}, Eduardo B Giordano¹, Charles Farias¹, Sabrina Estevez¹,
Juliana M Bianchi¹, Cristos Pritsivelis¹, José Carlos J Conceição¹

RESUMO

Introdução: As cervico-colpites são causadas por vários agentes infecciosos e representam o principal motivo de consulta ao ginecologista. São altamente prevalentes em todo mundo e acometem mulheres de todas as níveis sócio-econômicos. Vários são os tratamentos. Todavia, não existe uma medicação que seja eficaz em todas as situações. **Objetivos:** Avaliar o uso de sulfadiazina de prata a 1%, via vaginal, no tratamento de colpites de várias etiologias. **Métodos:** Estudo piloto, não comparativo, envolvendo mulheres adultas, alfabetizadas de serviço público (Hospital Universitário Clementino Fraga Filho) e clínica privada, portadoras de colpites. Foi usado, via vaginal, por seis noites consecutivas creme vaginal com sulfadiazina de prata a 1% (Ginodermazine®). **Resultados:** Foram estudados 35 casos de candidíase vulvovaginal, 5 casos de tricomoníase, 26 casos de vaginose bacteriana, e 10 casos de colpite inespecífica, ou mista. Os resultados foram satisfatórios. Todos os casos de tricomoníase e de colpite inespecífica foram tratados com sucesso, enquanto que apenas dois casos de candidíase e dois casos de vaginose bacteriana observamos falha terapêutica. **Conclusão:** Devido aos baixos índices de efeitos colaterais e altos índices de cura das colpites de várias etiologias, a sulfadiazina de prata a 1% via vaginal, deve ser considerada como uma opção terapêutica.

Palavras – chave: colpites, sulfadiazina de prata, corrimento vaginal

ABSTRACT

Introduction: The vaginitis are caused by a series of infectious agents and are the principal reason for the gynecological consultation. They are very common around the world and affect women in all social classes. There are plenty of treatments. But there is not a drug efficient in all cases. **Objectives:** To study the use of Silver Sulfadiazine 1%, as a vaginal cream, in the treatment of vaginitis caused by different agents. **Methods:** Its a pilot study, non comparative, using adult alphabetized women with vaginitis, who attended a public health service (Hospital Universitário Clementino Fraga Filho) and private office. The Silver Sulfadiazine 1% vaginal cream was used in the vagina for 6 consecutive days (Ginodermazine®). **Results:** There was studied 35 cases of vulvo-vaginal candidiasis, 5 cases of trichomoniasis, 26 cases of bacterial vaginosis and 10 cases of unspecific vaginitis. The results were satisfactory. All cases of trichomoniasis and unspecific vaginitis were treated successfully, but only two cases of candidiasis and also two cases of bacterial vaginosis showed therapeutic failure. **Conclusion:** As there were low number of collateral effects and high grade of cure of vaginitis of different etiologies, a vaginal cream of Silver Sulfadiazine 1% must be considered as a new therapeutic option.

Keywords: silver sulfadiazine, vaginal discharge

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(5):29-31, 2002

INTRODUÇÃO

A sulfadiazina de prata 1% é uma substância com propriedades cicatrizante e antimicrobiana de amplo espectro¹, utilizada com sucesso há muitos anos no tratamento de queimaduras, oferecendo aumento na sobrevida dos pacientes queimados através da ampla proteção antimicrobiana (Pseudomonas aeruginosa², Candida spp.³, estafilococos resistentes⁴, bactérias anaeróbicas, e etc.^{5,6}). A sulfadiazina na associação com a prata, assim como o nitrato de prata, tem a ação prioritária de carrear o íon prata⁷, sendo a sulfadiazina de prata muito mais estável que o nitrato de prata. A ação antimicrobiana da prata é conhecida desde a antiguidade. São raros e esporádicos os relatos de reação alérgica, não havendo relatos de reação cruzada com as sulfas, provavelmente devido a modificação dos sítios alergênicos da molécula de sulfadiazina ocupados pelos íons prata⁸.

A colpite é a inflamação do epitélio escamoso estratificado, tendo como principal sintoma o corrimento. Atualmente, tal manifestação é o principal motivo de consulta ao ginecologista. As colpites causadas por microorganismos, podem ser classificadas em colpites específicas (vaginose bacteriana, candidíase, tricomoníase) e inespecíficas ou mistas.

OBJETIVO

Avaliar o uso de sulfadiazina de prata a 1%, via vaginal, no tratamento de colpites de várias etiologias.

METODOLOGIA

Em estudo piloto, aberto não comparativo, mulheres atendidas no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF-UFRJ) e na clínica privada, com 18 a 40 anos apresentando corrimento vaginal, foram avaliadas pelos pesquisadores através da anamnese, do exame físico do trato genital inferior, no intuito de se fazer um diagnóstico sintomático, e pela microscopia ótica com soro fisiológico e KOH 10%, ou quando impossível a realização desse exame, através da colpocitologia oncótica para confirmação diagnóstica. Não foram incluídas no estudo, casos de acidez vaginal, ou ectopia extensa (“feridas”). Foi prescrito creme ginecológico de sulfadiazina de prata 1% (GINODERMAZINE®) via vaginal, por seis noites consecutivas. O tratamento dos casos de candidíase e colpite inespecífica foi feito exclusivamente com o creme ginecológico de sulfadiazina de prata 1%. Os casos de tricomoníase e vaginose bacteriana foram tratados pela associação de uma única dose VO de azitromicina 1,0g

¹ Serviço de Ginecologia da UFRJ, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. ²Laboratório Silvestre Labs, Pólo BioRio.

(complementado com o tratamento do parceiro) e o creme vaginal. As pacientes retornaram após 30 dias para avaliação da eficácia do tratamento, sendo avaliada pelo próprio médico que a avaliou anteriormente a melhora das queixas, o aspecto do conteúdo vaginal e feita nova observação através da microscopia ótica na pesquisa dos microrganismos.

Só foram incluídas na pesquisa as mulheres que aceitaram o protocolo de pesquisa, não tinham usado qualquer medicação vaginal ou antibióticos via sistêmica pelo menos duas semanas antes da entrada no estudo e que retornaram para controle sem terem usado outras medicações fora de nossa pesquisa.

RESULTADOS

Foram estudados 35 casos de candidíase vaginal, 26 casos de vaginose bacteriana, 10 casos de colpíte inespecífica e 5 casos de tricomoníase. Uma paciente com candidíase vulvovaginal pela manutenção dos sintomas, necessitou complementar o tratamento com derivado imidazólico, enquanto outra apresentou recidiva um mês depois. Duas pacientes com vaginose bacteriana necessitaram repetir o tratamento. Houve cura de todos os casos tratados de tricomoníase e nas colpites inespecíficas. Não houve nenhum relato de irritação local ou qualquer efeito colateral com o creme ginecológico de sulfadiazina de prata 1%, sendo relatado apenas ocasionalmente, a saída de uma secreção escura devida provavelmente a oxidação do íon prata que não compromete a eficácia do produto.

DISCUSSÃO

As falhas de tratamento ou recidiva observada, são bastante freqüentes com essas patologias e estão de acordo com a literatura (8). Assim, acreditamos que os índices encontrados nessa pequena experiência merecem serem destacados.

Leveduras do gênero *Candida* habitam naturalmente a vagina de aproximadamente 25% das mulheres sadias. Entretanto, sob determinadas condições, a *Candida* pode causar inflamação, a chamada vulvovaginite. Estima-se que 75% das mulheres adultas de todos os níveis sócio-econômicos serão acometidas pela doença em algum momento de suas vidas (9). A candidíase representa aproximadamente 28,5% das vulvovaginites, podendo em alguns casos estar associada a outros patógenos (8). A fosfomanose isomerase é uma metaloenzima que catalisa a conversão da frutose 6-fosfato e a manose 6-fosfato, essenciais no metabolismo da parede celular dos fungos. A Sulfadiazina de Prata inativa de forma irreversível essa enzima levando a morte desses microrganismos (10). Dentre as espécies de *Candida*, a *Candida albicans* é responsável por cerca de 90% das infecções, e o restante é distribuído por outras espécies, principalmente *Candida glabrata* e *Candida tropicalis*. Entretanto, pacientes com vulvovaginite crônica têm uma incidência maior de espécies não-*albicans*, e têm um tratamento mais difícil (8,11). Alguns casos parecem estar relacionados a eventos imunológicos, uso de anticoncepcionais orais e a freqüência do ato sexual uso de anticoncepcional oral, diabetes, gravidez e uso de antibióticos (8, 11, 12).

Recomenda-se o tratamento com antifúngico local (tópico) ou sistêmico. De um modo geral não está indicado o tratamento do casal, a não ser nos casos de recidiva que é relativamente freqüente, ou na candidíase de repetição. As recidivas/recorrências são freqüentes. No nosso trabalho obtivemos 6,5% de casos de falha de tratamento, onde ocorreu o retorno dos sintomas pouco tempo após a suspensão da droga.

A vaginose bacteriana é uma das causas mais comuns de colpites em mulheres no menacme. A freqüência depende da população estudada: 17 a 19% mulheres e estudantes em geral, 24 a 37% nas portadoras de DST e 10 a 29% nas mulheres grávidas. A vaginose, parece representar uma alteração complexa da microbiota bacteriana com redução na prevalência e concentração de lactobacilos e aumento na prevalência de *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp.*, *Mycoplasma hominis*, cocos gram-negativos anaeróbios, sendo discutidas modificações no pH vaginal (13).

A vaginose bacteriana, quando sintomática, caracteriza-se por apresentar corrimento homogêneo, aquoso, geralmente branco-acinzentado. Apresenta odor forte, semelhante a peixe, principalmente quando se alcaliniza o meio, devido a liberação de putrescina e cadaverina. O diagnóstico é feito pelo achado de corrimento com odor característico que pode ficar mais evidente após a adição de KOH, e pela visualização das células alvo (*clue cells*), na microscopia ótica com contraste de fase, podendo também ser observada na citologia corada (13).

Recomenda-se o tratamento do casal, com associação de um antimicrobiano sistêmico (tinidazol, metronidazol ou azitromicina), a um creme vaginal. Muitas dúvidas ainda persistem sobre os agentes envolvidos, e são relativamente freqüentes as recidivas. No nosso trabalho, associamos ao creme GinoDermazine® /Laboratório SilvestreLabs uma dose única VO de azitromicina 1g para a paciente e para o parceiro. Todos os tratamentos propostos apresentam falhas de tratamento e recidivas. Isso pode demonstrar um certo desconhecimento sobre a fisiopatologia, ou tratamento inadequado.

A tricomoníase é causada pelo *Trichomonas vaginalis*, um protozoário flagelado, transmitido preferencialmente por via sexual, sendo considerada uma DST. Causa corrimento vaginal amarelo-esverdeado, que se acumula no fundo de saco vaginal, podendo apresentar prurido e mesmo certo odor, não tão intensos como a candidíase ou a vaginose bacteriana, respectivamente. O quadro clássico com aspecto de colo em framboesa, devido ao quadro inflamatório nem sempre é observado. O diagnóstico é facilmente feito pela observação dos protozoários móveis à microscopia ótica, ou através da citologia corada. A cultura tem alta sensibilidade, mas pouca necessidade de ser realizada (14, 15, 16). Recomenda-se o tratamento do casal com associação de antimicrobiano sistêmico e tópico. Ao creme vaginal de sulfadiazina de prata 1%, foi associada uma dose única VO de azitromicina 1g para a paciente e para o parceiro.

As colpites inespecíficas ou mistas, se apresentam de forma variável, e não é possível identificar o agente causal. O tratamento é feito a base de creme vaginal. Utilizamos creme vaginal de sulfadiazina de prata 1% como tratamento único por 6 noites.

Apesar de não ter sido estudada a resposta ao uso do creme de sulfadiazina de prata 1% no pós-cautério e após procedimentos sobre o colo do útero utilizando energia de alta frequência (LEEP), as propriedades cicatrizantes da substância e o amplo espectro antimicrobiano, certamente o certificam como uma droga apropriada para ser utilizada nesses casos. Estamos em fase de elaboração de um projeto para confirmar essa aplicação do medicamento, que seria inovador, pela propriedade antimicrobiana e cicatrizante da droga, que tem a capacidade de atuar em todas as fases do processo de cicatrização diferente das outros medicamentos disponíveis no mercado, que ainda por cima são associações medicamentosas e não uma monodroga como a droga testada.

A indústria farmacêutica vem se aprimorando no desenvolvimento de novas formas terapêuticas. A sulfadiazina de prata 1%, utilizada em larga escala no tratamento de pacientes queimados há mais de 20 anos, está sendo disponibilizada para uso ginecológico para tratamento isolado ou associado das colpites e cervicites, assim como para uso no pós-cautério, biópsias e cirurgias ginecológicas. Tem a vantagem de ser uma monodroga, com excelente atividade cicatrizante, atuando sobre uma variedade de agentes infecciosos muitas vezes resistentes a outras drogas. O fato de não ser uma associação medicamentosa, atende aos princípios farmacológicos de se evitar associação de drogas num mesmo medicamento, assim como praticamente não desencadear reações alérgicas.

Acreditamos ter um número pequeno de casos estudados, mas os resultados de mostraram promissores, apesar de alguns poucos casos de falha de tratamento, que ocorre com todos os tratamentos disponíveis no mercado.

CONCLUSÃO

Ocorreu cura clínica em todos os casos de tricomoníase e em colpite inespecífica.

Observamos cura na quase totalidade dos casos de candidíase e vaginose bacteriana.

Não foram observados efeitos colaterais com o produto estudado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARR HS, WLODKOWSKI TJ, ROSENKRANZ HS. Silver Sulfadiazine: In Vitro Antibacterial Activity. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* 1973;Nov 4(5): 585-587
2. FOX JR CL. Silver Sulfadiazine - A New Topical Therapy For Pseudomonas In Burns *Arch Surgery* - Feb 1968;96:184/188
3. WLODKOWSKI TJ AND ROSENKRANZ HS. Antifungal activity of silver sulphadiazine, *Lancet* 1973;29:739-740
4. COWARD JE, CARR HS, ROSENKRANZ HS. Silver Sulfadiazine: Effect on The Growth and Ultrastructure of Staphylococci. *Chemotherapy* 1973;19:348-353
5. BULL JP. Revised Analysis of Mortality due to Burns. *Lancet* 1971; Nov 20: 1133-1134
6. NANGIA, A.K., HUNG C.T., AND LIM, J.K.C. Silver Sulfadiazine in the management of burns - an update. *Drugs of today* 1987; 23:21-30.
7. DE GREEF H AND DOOMS-GOSENS. Patch testing with sulfadiazine cream. *Contact Dermatitis* 1985; 12:33-37
8. SPINILLO A. PIZZOLI G, COLLONA L, NICOLA S, DE SETA F, GUASCHINO S. Epidemiologic characteristics of women with idiopathic recurrent vulvovaginal candidiasis. *Obst Gynecol* 1993;81(1):721-7
9. Foxman B. The epidemiology of vulvovaginal candidiasis: risk factors. *Am J Pub Health* 1990;80:329-31
10. WELLS TNC, SCULLY P, PARAVICINI G, PROUDFOOT AET, AND PAYTON MA. Mechanism of irreversible inactivation of phosphomanose isomerase by silver ions and Flamazine. *Biochem* 1995;34:7896-7903
11. SALVATORE CA. Importância dos aspectos clínico-sociais no tratamento de candidíase vaginal. *Gin Obst Bras* 1983;6:255-60
12. GEIGER AM, FOXMAN B, GILLESPIE BW. The epidemiology of vulvovaginal candidiasis among university students. *Am J Public Health* 1995;85:1146-8
13. HILLIER S, HOLMES KK. Bacterial vaginosis. In: HOLMES KK, MARDH P-A, SPARLING PF, WIESNER PJ, eds. *Sexually Transmitted Diseases*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1990:547-59
14. VASQUEZ F, JOSE GARCIA M, PEREZ F, PALÁCIO V. Trichomonas vaginalis: treatment and resistance to nitroimidazoles. *Enferm Infecc Microbiol C lin*. 2002 mar;19(3):114-24. Review
15. GULMEZOGLU AM, GARNER P. Trichomoniasis treatment in women: a systematic review. *Trop Med Int Health*. 1998 Jul;3(7):553-8. Review
16. PETRIN D, DELGATY K, BAHTT R, GARBER G. Clinical and microbiological aspects of Trichomonas vaginalis. *Clin Microbiol Rev*. 1998 Apr;11(2):300-17. Review

Endereço para correspondência:

RENATO FERRARI, EDUARDO BRUNO GIORDANO

Serviço de Ginecologia da UFRJ, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro, RJ, Brasil - CEP: 21941-590.

UMA NOVA PÁGINA ESTÁ NO AR

www.dstbrasil.org.br

BEXIGA NEUROGÊNICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE INFECÇÃO PELO HTLV-I

NEUROGENIC BLADDER AS THE FIRST MANIFESTATION OF HTLV-I INFECTION

Néviton M Castro¹, Waldyr Rodrigues Jr.², André Muniz³, Gustavo O Luz⁴, Aurélia M Porto⁵, Adelmir Machado⁶, Edgar M Carvalho⁷

RESUMO

Neste relato, uma mulher de 28 anos, soropositiva para HTLV-I, cursou com polaciúria, urgência miccional e urge incontinência como primeira manifestação da infecção pelo vírus. Estava sendo acompanhada no Ambulatório Multidisciplinar para HTLV-I da Universidade Federal da Bahia. Exames bioquímicos da função renal, sumário de urina, urocultura e ultrassonografia das vias urinárias apresentaram resultados normais. O estudo urodinâmico evidenciou contrações hiperreflexas do detrusor, aumento da sensibilidade e diminuição da capacidade vesical. A paciente foi tratada com brometo de propanetelina por 3 meses, apresentando excelente resposta clínica com remissão dos sintomas.

Palavras-chave: bexiga neurogênica; infecção; vírus 1 linfotrófico T humano

ABSTRACT

In this report, a 28-year-old woman seropositive for HTLV-I presented urinary frequency, urgency and urge incontinence as the first manifestation of the viral infection. She was being assisted at the HTLV-I Multidisciplinary Ambulatory of the Federal University of Bahia. Biochemical testing of the renal function, urinalysis, urine culture, and ultrasonography of the urinary tract presented normal results. Urodynamic study showed detrusor overactivity, increased sensibility and decreased bladder capacity. The patient was treated with propantheline bromide for 3 months, presenting excellent clinical response with remission of symptoms.

Keywords: bladder, neurogenic; infection; human T-lymphotropic virus 1

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(5):32-34, 2002

INTRODUÇÃO

O Vírus Linfotrófico para Células T Humano tipo 1 (HTLV-I) é um retrovírus exógeno humano que foi demonstrado ser o agente etiológico na leucemia de células T do adulto (ATL) e de uma doença neurológica progressiva chamada de mielopatia associada ao HTLV-II/ paraparesia espástica tropical (HAM/TSP) (1-3).

A transmissão ocorre de forma horizontal ou vertical. Horizontalmente através de transfusão de sangue, relações sexuais e entre usuários de drogas injetáveis. De forma

vertical ocorre principalmente através da amamentação, já que cerca de 25% dos recém nascidos amamentados por mães soropositivas adquirem a infecção. Transmissão intra-uterina ou perinatal ocorre, mas parece ser menos freqüente que a transmissão pela amamentação, uma vez que aproximadamente 5% das crianças de mães infectadas, mas que não amamentaram, adquirem a doença (4). Outro estudo demonstra que a infecção materna foi provavelmente adquirida mais frequentemente através de amamentação, mas a transmissão sexual certamente foi o segundo meio mais importante de infecção. (5)

Estima-se que cerca de 20 milhões de indivíduos no mundo estejam infectados e que aproximadamente 5% destes desenvolverão ATL ou HAM-TSP. Embora seja prevalente em nosso meio e a testagem de hemoderivados obrigatória para o HTLV-I exista desde 1993, o nível de conhecimento pelos profissionais de saúde, de um modo geral, parece ser inferior ao desejável (4).

O diagnóstico sorológico utiliza testes para detectar a presença de anticorpos contra HTLV-I/II no sangue. ELISA tem sido o método mais utilizado, a despeito da baixa especificidade. A confirmação sorológica e tipagem do vírus é feita através de Western Blot, segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde (WHO,1989).

¹ Médico Urologista e Coordenador do Serviço de Urodinâmica do Hospital São Rafael, Pesquisador Associado do Serviço de Imunologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

² Acadêmico do 9º Semestre da Faculdade de Medicina da UFBA e Estagiário do Serviço de Imunologia da UFBA

³ Médico Neurologista e Mestrando em Medicina Interna pela UFBA

⁴ Acadêmico do 6º Ano da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública – Fundação para Desenvolvimento das Ciências.

⁵ Médica Hematologista e Doutoranda em Imunologia da UFBA

⁶ Médico Pneumologista e Doutorando em Medicina Interna pela UFBA

⁷ Médico Imunologista, Chefe do Serviço de Imunologia da UFBA.

Trabalho realizado no Ambulatório Multidisciplinar de HTLV-I da UFBA.

É um vírus de importância epidemiológica no Brasil e em especial na cidade do Salvador, Bahia, onde 1,35% dos doadores de sangue apresentam sorologia positiva (6). Vários registros têm mostrado que o Brasil é uma área endêmica para HTLV-I (7,8) e os pacientes hemofílicos HIV positivos residentes no Rio de Janeiro apresentam uma soroprevalência da ordem de 13%, a maior deste país. Outros registros apresentam sorologia positiva em 20,9% em ambulatórios de Neurologia para doenças crônicas na cidade de Salvador e de até 50% entre pacientes com mielopatia crônica, documentando-se a presença de grande número de casos com manifestações neurológicas (9).

As manifestações neurológicas surgem inicialmente de maneira insidiosa após um período de latência variável. As primeiras queixas geralmente são motoras, correlacionando-se com limitação, dores, fraqueza e rigidez em membros inferiores, assim como podem ocorrer distúrbios urinários, intestinais e sexuais (7,8,10).

Manifestações urinárias estão presentes em até 90% dos casos de mielopatia. Têm início insidioso, podendo raramente ser a manifestação mais precoce (11,12). O paciente apresenta inicialmente polaciúria; urgência miccional, que transforma a sensação de bexiga cheia numa necessidade imperiosa de urinar; e até mesmo incontinência de urgência, que representa um grau extremo de ingerência miccional e resulta numa perda involuntária de urina (13-15). Para que se possa ter compreensão mais correta dos sintomas, torna-se fundamental a realização de avaliação bioquímica da função renal, sumário de urina e uroculturas, ultra-sonografia das vias urinárias e estudo urodinâmico. O estudo urodinâmico caracteriza a fisiologia e hidrodinâmica do transporte urinário, além de ser um método largamente empregado para a classificação das bexigas neurogênicas.

Descreveremos um caso no qual os sintomas miccionais apresentaram-se como manifestação mais precoce da mielopatia.

RELATO DO CASO

V.F.L., 28 anos, feminina, casada, branca, natural e procedente de Salvador, Bahia, teve diagnóstico sorológico (ELISA e Western Blot) há 03 anos para HTLV-I após doação de sangue. Foi encaminhada pelo hemocentro e admitida no ambulatório multidisciplinar de HTLV-I da Universidade Federal da Bahia, completamente assintomática, sendo avaliada por equipe composta por Neurologista, Imunologista, Pneumologista, Hematologista, Dermatologista, Reumatologista e Urologista, apresentando todas as avaliações e exame físico normais. A paciente negou uso de qualquer tipo de medicação nos 90 dias que antecederam o primeiro atendimento. Na 3ª consulta com a Urologia referiu polaciúria e urgência miccional, além de eventuais episódios de perda por urgência, documentado através de questionário padronizado, o Urinary Dysfunction Inventory-6 (UDI-6). Foi, então, avaliada através de testes bioquímicos da função renal (uréia e creatinina com níveis dentro dos limites da normalidade), sumário de urina (resultado normal), urocultura (negativa para infecção urinária) e ultrassonografia de vias urinárias (sem anormalidades). O estudo urodinâmico foi realizado e evidenciou contrações hiperreflexas do detrusor, aumento

da sensibilidade e diminuição da capacidade vesical (**Figura 1**). A paciente também foi avaliada utilizando-se duas escalas neurológicas para HAM/TSP amplamente referidas na literatura, Osame's Motor Disability Score (OMDS) (2) e Expanded Disability Status Scale (EDSS) (16). Não marcou pontos no OMDS, marcando apenas 1 ponto no EDSS devido à função vesical alterada. No seguimento, a paciente foi tratada com brometo de propantelina 15mg, 01 comprimido, via oral, 2x ao dia por 3 meses. Apresentou excelente resposta clínica com remissão total dos sintomas, mais uma vez documentada pelo UDI-6.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A prevalência real de manifestações neurológicas em portadores do vírus é ainda bastante discutida na literatura, com percentagens variando de 0,25 a 4%. Um grupo de soropositivos desenvolve sintomas neurológicos, outro grupo condições neoplásicas (17-19). Os pacientes sintomáticos do ponto de vista neurológico apresentam diferentes manifestações clínicas. Na HAM/TSP a evolução é variável, geralmente crônica, com progressão durante vários anos (1). O início é insidioso com rigidez ou debilidade de uma ou ambas as pernas, associando-se com frequência à dor lombar e parestesia de membros inferiores, caracterizando desta forma o comprometimento periférico (7,8). Surgem, igualmente, as manifestações intestinais, sexuais e urinárias. No caso descrito as manifestações urinárias foram as mais precoces, caracterizando um quadro de bexiga neurogênica documentada pelo estudo urodinâmico. A hiperatividade do detrusor pode ser causada por alterações relacionadas com a idade, interrupção das vias inibitórias do sistema nervoso central (ex. doença cérebro-vascular, estenose cervical) ou por irritação vesical causada por infecção, cálculos nas vias urinárias, inflamação ou neoplasias. A presença de urina residual é um achado tardio, ocorrendo naqueles pacientes com longa história de disfunção miccional.

Chamamos a atenção dos profissionais de saúde para que fiquem atentos na investigação desta doença cuja prevalência é alta em nosso meio.

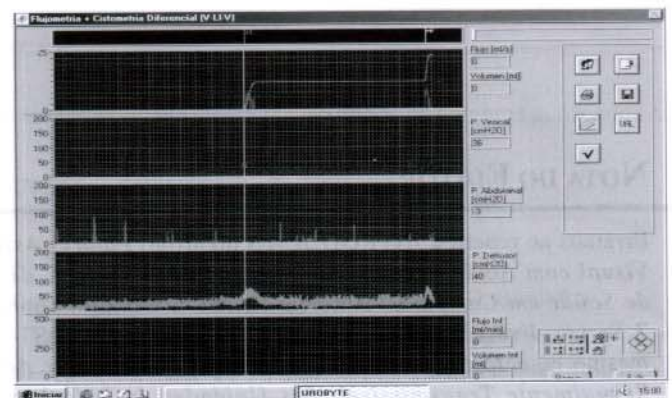


Fig 1. As setas evidenciam contrações involuntárias com perda miccional

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- JACOBSON, S. - Cellular immune responses to HTLV-I: immunopathogenic role in HTLV-I-associated neurologic disease. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 13 Suppl 1:S100-6, 1996.
- IZUMO, S., GOTO, I., ITOYAMA, Y., et al. - Interferon-alpha is effective in HTLV-I-associated myelopathy: a multicenter, randomized, double-blind, controlled trial. *Neurology*, 46(4):1016-21, 1996.
- NAGAI, M., JACOBSON, S. - Immunopathogenesis of human T cell lymphotropic virus type I-associated myelopathy. *Curr Opin Neurol*, 14(3):381-6, 2001.
- ANDO, Y., NAKANO, S., SAITO, K., et al. - Transmission of adult T-cell leukemia retrovirus (HTLV-I) from mother to child: comparison of bottle- with breast-fed babies. *Jpn J Cancer Res*, 78(4):322-324, 1987.
- BITTENCOURT, A.L., DOURADO, I., FILHO, P.B. - Human T-cell lymphotropic virus type I infection among pregnant women in northeastern Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 5:26(5):490-4, 2001.
- GALVAO-CASTRO, B., LOURES, L., RODRIGUES, L.G., et al. - Distribution of human T-lymphotropic virus type I among blood donors: a nationwide Brazilian study. *Transfusion*, 37(2):242-3, 1997.
- ARAÚJO, A.Q.C., FREITAS, M.R.G., NASCIMENTO, O.J.M. - Neuropatias associadas à infecção pelo protovírus T linfotrópico humano (HTLV-I) - Aspectos Clínicos. *Rev Bras Neurol*, 28(3):85-89, 1992.
- ARAÚJO, A.DE Q., ALI, A., NEWELL, A., et al. - HTLV-I infection and neurological disease in Rio de Janeiro. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 55(2):153-5, 1992.
- GOMES, L., MELO, A., PROIETTI, F.A., et al. - Human T lymphotropic virus type I (HTLV-I) infection in neurological patients in Salvador, Bahia, Brazil. *J Neurol Sci*, 1:165(1):84-9, 1999.
- CENTER OF DISEASES CONTROL - Leads from the MMWR. Licensure of screening tests for antibody to human T-lymphotropic virus type I. *Jama*, 261(4):513,518-20,525, 1989.
- NOMATA, K., SUZU, H., YUSHITA, Y., et al. - Bladder involvement in HTLV-I-associated myelopathy. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi*, 82(7):1161-4, 1991.
- NOMATA, K., NAKAMURA, T., SUZU, H., et al. - Novel complications with HTLV-I-associated myelopathy/tropical spastic paraparesis: interstitial cystitis and persistent prostatitis. *Jpn J Cancer Res*, 83(6):601-8, 1992.
- DE CASTRO COSTA, C.M. - Tropical spastic paraparesis: a necessary redefinition. *Arq Neuropsiquiatr*, 54(1):131-135, 1996.
- NAMIMA, T., SOHMA, F., IMABAYASHI, K., et al. - Two cases of neurogenic bladder due to HTLV-I associated myelopathy (HAM). *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi*, 81(3):475-8, 1990.
- HATTORI, T., SAKAKIBARA, R., YAMANISHI, T., et al. - Micturitional disturbance in human T-lymphotropic virus type-I-associated myelopathy. *J Spinal Disord*, 7(3):255-8, 1994.
- KURTZKE, J.F. - Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33(11):1444-52, 1983.
- MORITOYO, T., REINHART, T., MORITOYO, H., et al. - Human T-lymphotropic virus type I-associated myelopathy and tax gene expression in CD4+ T lymphocytes. *Ann Neurol*, 40(1):84-90, 1996.
- JACOBSON, S., KRICHAVSCK, M., FLERLAGE, N., et al. - Immunopathogenesis of HTLV-I associated neurological disease: massive latent HTLV-I infection in bone marrow of HAM/TSP patients. *Leukemia*, 11(3):73-75, 1977.
- ARAÚJO AQC. - Aspectos neuroepidemiológicos das neuropatias associadas ao protovírus T Linfotrópico Humano (HTLV-I). *Rev Bras Neurol*, 28(2):51-56, 1992.

Endereço para Correspondência:

DR. NÉVITON MATOS DE CASTRO

R. da Graça, 345/1402, Salvador, Bahia, Brasil

CEP: 40120-411 - Tel.: + (55) (71) 336-6242/ 9135-9316

Fax.: + (55) (71) 336-3421 - E-mail: neviton_castro@uol.com.br

NOTA DO EDITOR

Erramos ao repetir a INTRODUÇÃO do artigo *Fatores Associados às Alterações da Colposcopia Oncológica, à Inspeção Visual com Ácido Acético e à Detecção de DNS-HPV de Alto Risco Oncológico em mulheres de uma Unidade Básica de Saúde em Campinas*. Autores: Renata C Gontijo, Sophie FM Derchain, Rodrigo T Ortiz, Renata Guarisi, Luiz Otávio Z Sarian, Joana F Bragança. Luiz Carlos Zeferino.; DST-J bras Doenças Sex Transm 14(4): 4-8, 2002, na página 18 do mesmo número do periódico, no meio de outro artigo: *Análise das Fichas de Atendimento de Pacientes com Doenças Sexualmente Transmissíveis das Unidades de Referências de Fortaleza, 2000 e 2001* dos autores Maria AL Araújo, Júlia SNF Burcher e Pierre Y Bello.

Aceitem todos, as nossas desculpas.