

SUMÁRIO

EDITORIAL

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	3
<i>Renato de Souza Bravo</i>	

ARTIGOS

PROJETO CAMINHONEIROS CONSCIENTIZANDO PARA PREVENÇÃO DA AIDS	4
<i>Truck Drivers Project – Becoming Aware for Prevention of the Aids</i> <i>Evania Nascimento, Sonia M V Bueno, Erlon Cristian Lopes</i>	
ESTUDO COMPARATIVO DO TRATAMENTO DA CONDILOMATOSE VULVAR EM MULHERES HIV + E HIV -	8
<i>A Comparative Study of the Treatment of Vulvar Condilomatosis in HIV + and HIV - Women</i> <i>Luiz F Sampaio Neto, Marcelo V Ramalho, Miguel S Campos Jr., Neil F Novo, José C Menegoci</i>	
A MATERNIDADE PARA MULHERES DETENTAS E A TRANSMISSÃO VERTICAL DAS DST/AIDS	12
<i>The Maternity to prisoners Women and ehe Vertical Transmission of DST/Aids</i> <i>Annecy T Giordani, Sônia MV Bueno</i>	
PESQUISA – AÇÃO SOBRE DST/AIDS, E DROGAS COM PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE ESCOLA MUNICIPAL DE UMA CIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO	25
<i>Research-action on Std/Aids and Drugs Involving Municipal Elementary School Teachers</i> <i>in São Paulo Inland – Brazil</i> <i>Sandra CS Miyasaki, Sônia MV Bueno</i>	
OU SO DE PRESERVATIVO PELOS ALUNOS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, EM UMA ABORDAGEM SOCIOCULTURAL A RESPEITO DA AIDS	31
<i>The Use of Condom by the Students of Medical College of Barbacena – A Social</i> <i>Cultural Approach Related to Aids</i> <i>Ângelo D Feres, Dilermando F Rezende, Fábio HW Botelho, Frederico G Câmara,</i> <i>Gustavo AM Pinto, Luciana CF Martins, José O Costa</i>	
SUSCEPTIBILIDADE DE CEPAS DE <i>NEISSERIA GONORRHOEAE</i> AOS ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS PARA O TRATAMENTO DE URETRITES E CERVICITES GONOCÓCICAS EM AMBULATÓRIO DE DST DE MANAUS - BRASIL	36
<i>Susceptibility of Neisseria gonorrhoeae Strains to the Antibiotics Used for</i> <i>Treatment of Urethral and Cervical Discharge at a STD Ambulatory in Manaus - Brazil</i> <i>William A. Ferreira; José Carlos G. Sardinha; Antonio P. M. Schettini; Cristina M. Ferreira; Adele S. Benzaken</i>	
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO CONTEXTO DE DITAS “DONAS DE CASA”	41
<i>Sexually Transmitted Diseases in the Context of the House Wife</i> <i>Marc A L Storck, Alexandre S Saraiva, Andrezza M Rodrigues, Maria Carolina C X Soares</i>	
TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – COMO REDUZIR O RISCO?	49
<i>Mother-to-child Transmission of Human Immunodeficiency virus – how to reduce the risk?</i> <i>Kátia M. L. Azevedo</i>	
ÍNDICE DO VOLUME 13, 2001	54



SBDST

**Órgão Oficial da Sociedade
Brasileira de Doenças Sexualmente
Transmissíveis**

Av. Roberto Silveira, 123 - Niterói - RJ
CEP 24230-160 - Tels.: (21) 2710-1549 e 2711-4766

DIRETORIA SBDST

Presidente:

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

1º Vice-Presidente:

Adele Benzaken (AM)

2º Vice-Presidente:

Mauro Cunha Ramos (RS)

1º Secretário:

Geraldo Duarte (SP)

2º Secretário:

Paulo Giraldo (SP)

1º Tesoureiro:

Teima Queiroz (CE)

2º Tesoureiro:

José Carlos Sardinha (AM)

Diretor Científico:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

REGIONAL RIO DE JANEIRO

Presidente: Mauro Romero Leal Passos

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

1º Secretário: Gutemberg L. de Almeida Filho

2º Secretário: Paulo da Costa Lopes

1º Tesoureiro: Renato de Souza Bravo

2º Tesoureiro: Renata Queiroz Varella

Dir. Científico: Helder J.A. Machado

REGIONAL PERNAMBUCO

Presidente: Maria Luiza B. Menezes

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

1º Secretário: Maria Betânia S.M. Correia

2º Secretário: Edvaldo da Silva Souza

1º Tesoureiro: Rivaldo M. de Albuquerque

2º Tesoureiro: Stefan Welkovic

Dir. Científico: Carlos Alberto S. Marques

REGIONAL AMAZONAS

Presidente: José Carlos G. Sardinha

Vice-Presidente: Nelson Barbosa da Silva

1º Secretário: Monique Prado

2º Secretário: Florides Brito

1º Tesoureiro: Maria Zen M. Frota

2º Tesoureiro: Aparecida Mendonça

Dir. Científico: Sinésio Talhari

REGIONAL ESPÍRITO SANTO

Presidente: Angélica Espinosa Miranda

1º Vice-Presidente: Ítalo Francisco Campos

2º Vice-Presidente: Estepânia G. Nogueira

1º Secretário: Regina Lúcia A. Alves

2º Secretário: Bettina Moulin Coelho

1º Tesoureiro: Marta Colle Alves

2º Tesoureiro: Sandra Fagundes

Dir. Científico: Rodrigo R. Rodrigues

Filiado a
Associação Brasileira
de Editores Científicos



CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

Geraldo Duarte (SP)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Luiz Carlos Moreira (RJ)

Nero Araújo Barreto (RJ)

Paulo da Costa Lopes (RJ)

Roberto de Souza Salles (RJ)

Ruben de Avelar Goulart Filho (RJ)

Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Comissão Editorial:

Anna Ricordi Bazin (RJ)

Cícero Carlos de Freitas (RJ)

Délcio Nacif Sarraf (RJ)

Eva Miia Miranda Sá (RJ)

Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Iara Moreno Linhares (SP)

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

Izabel Cristina F. Paixão (RJ)

José Antônio Simões (SP)

José Augusto Pantaleão (RJ)

Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)

Neide Kalil (RJ)

Ney Francisco Pinto Costa (RJ)

Paulo Canella (RJ)

Renata de Queiroz Varella (RJ)

René Garrido Neves (RJ)

Silvia Maria Baeta Cavalcanti (RJ)

Solange Artimos de Oliveira (RJ)

Tomás Barbosa Isolan (RS)

Vilma Duarte Câmara (RJ)

Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional

Enrique Galbán García (Cuba)

Evelio Perea (Espanha)

Juan Carlos Flichmann (Argentina)

Ken Borchart (EUA)

Luis Olmos (Espanha)

Marc Steben (Canadá)

Peter Piot (UNAIDS-Suíça)

Rui Bastos (Moçambique)

Stephen Morse (EUA)

Steven Witkin (EUA)

**Órgão Oficial do Setor
de Doenças Sexualmente
Transmissíveis**



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

Outeiro de S. João Batista, s/rf
Campus do Valonguinho - Centro
Niterói - RJ - 24210-150

Tel.: (21) 2719-4433 - (Fax) (21) 2719-2588

Tel.: (21) 2618-3344

e-mail: migmaur@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

José Serra

**COORDENAÇÃO NACIONAL DE
DST/Aids**

Paulo Roberto Teixeira



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

Presidente:

James Bingham

Secretário Geral:

Ron Ballard

As matérias a assinadas e publicadas no

Jornal Brasileiro de DST são de
responsabilidade exclusiva de seus
respectivos autores, não refletindo
necessariamente a opinião dos editores.

Direcionamento e Distribuição:

O **Jornal Brasileiro de DST** é direcionado aos
sócios da SBDST, Urologistas, Ginecologistas, Assis-
tantes, Bibliotecas, Centro de Estudos, Centro de
Referências, Dermatologistas, Infectologistas e Entida-
des afins. Entidades que mantêm convênio.

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

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

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

Editorial

Doença Inflamatória Pélvica

A dor pélvica aguda é reflexo de algumas alterações nas quais, algumas vezes se sobrepõe a indicação cirúrgica. O conhecimento de alterações ginecológicas que possivelmente seriam responsáveis por um quadro de doença abdominal aguda, com certeza, evitaria algumas intervenções cirúrgicas. Mais que isto, a identificação de condições infecciosas sub-clínicas, nos possibilitaria uma atitude de prevenção primária, evitando danos ao trato reprodutor feminino resultantes da doença inflamatória pélvica.

Há que se ter uma atitude de vigilância epidemiológica nos grupos de risco, triando-se de modo contumaz, as mulheres eventualmente candidatas a doença inflamatória pélvica e, instituindo-se imediatamente a propeidética, a terapia profilática e medidas educacionais.

Entre as medidas educacionais é primordial o uso disseminado dos preservativos no ato sexual. Há que se esclarecer que seu uso deverá ser feito desde o primeiro momento do ato sexual, ou seja, não se permitir o contacto com o genital feminino sem a proteção do látex, mesmo que não haja a intenção do orgasmo (ejaculação). Parece disseminado em nosso meio que o uso do preservativo funciona apenas na prevenção da concepção e não como um todo, na contracepção e prevenção das doenças de transmissão sexual.

Da propeidética, o essencial seria a identificação do grupo de risco para a doença inflamatória pélvica, ou seja, um programa de rastreio no grupo assintomático. Ao primeiro instante poderíamos incluir aqui todas as mulheres que tiveram coito desprotegido do artefato de látex, com parceiros constantes ou não, com histórico principalmente de descarga uretral purulenta.. Podemos levar em conta que tal definição não seria fechada. Existe uma série de alternativas a esta identificação conceitual, as quais, sem dúvida, poderíamos incorrer em falhas, caso nos atrevessemos a enumerá-las.

Em etapa subsequente de nossa propeidética, selecionaríamos os casos em que clinicamente detectamos a hiperemia e congestão do trato genital inferior para uma triagem em segundo

nível, ou seja, diagnóstico citológico de vaginite. Este é o grupo sintomático. Aqui é essencial a utilização do esfregaço à fresco. Aliado a isto, a inspeção do colo uterino quanto a possibilidade da ocorrência do muco purulento.

Em uma terceira etapa, o esfregaço para o Gram e cultura (gonococos) e o diagnóstico da infecção genital por *C. trachomatis*.

A nossa maior dificuldade no dia a dia da clínica ginecológica é exatamente a seleção apurado do grupo de risco, ou seja um *screening* para a infecção clamidiana, onde instalaríamos de imediato a antibioticoterapia.

Sabemos que tanto o gonococos quanto a clamídia são os agentes primários da doença inflamatória pélvica e, que ao afetarem mulheres no período reprodutivo, produzem danos algumas vezes irreversíveis no trato reprodutivo, levando a uma grande incidência de infertilidade, gestações ectópicas e mesmo, reincidência da infecção pélvica.

Há, neste momento uma urgência em possuímos na nossa prática diária um método rastreio da infecção por gonococo e *C. trachomatis*, facilmente disponível e acessível economicamente a nossa população. A própria Organização Mundial de Saúde já atentou para a gravidade do fato e oferece uma significativa recompensa financeira para quem desenvolver o teste.

Não é possível conhecermos toda a fisiopatologia da doença inflamatória pélvica e ainda, nos dias de hoje, permaneceremos aguardando a sua manifestação clínica ou mesmo, tratando suas complicações. Não podemos mais atuar por presunção, o que onera substancialmente a prática médica diária e, na maioria das vezes, a impossibilita. Permite ainda, ao não diagnosticar a infecção por clamídia e gonococo, a instalação do quadro inflamatório, com todo seu cortejo de complicações clínicas e alto custo social e financeiro.

RENATO DE SOUZA BRAVO

Prof. Adjunto-doutor do Departamento Materno Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense

PROJETO CAMINHONEIROS CONSCIENTIZANDO PARA PREVENÇÃO DA AÍDS

TRUCK DRIVERS PROJECT – BECOMING AWARE FOR PREVENTION OF THE AÍDS

Evania Nascimento¹, Sonia M V Bueno², Erlon Cristian Lopes³

RESUMO

Fundamentos: Pesquisas no Brasil direcionadas aos caminhoneiros-de-estrada tem demonstrado a vulnerabilidade desses profissionais no envolvimento em situações de risco para o HIV/Aids. Assim, vários Projetos estão sendo desenvolvidos como forma de sensibilizá-los à mudança de comportamento, na adoção do sexo seguro. **Objetivo:** O Projeto Caminhoneiros da Faculdade de Enfermagem de Passos/UEMG, teve como objetivo envolver os caminhoneiros de estrada que trafegavam pela MG-050 à reflexão dos possíveis comportamentos que os colocam em risco para o contágio do HIV/Aids, usando como estratégia a participação dos mesmos na elaboração de materiais informativos. **Métodos:** Para direcionar as estratégias utilizadas no Projeto Caminhoneiros, baseamos no método da pesquisa-ação, pois essa metodologia permite a interação entre o pesquisador e a população envolvida, buscando conjuntamente a solução para os problemas. **Resultados:** Durante os sete meses de duração do Projeto Caminhoneiros conseguimos contactar com 5.600 profissionais que passaram pela Rodovia-MG-050, distribuindo Kit caminhoneiro e oferecendo informações tanto a nível individual quanto coletivo através de palestras e debates. **Conclusão:** Os caminhoneiros foram receptivos e participativos em todas as atividades programadas, que possibilitaram o surgimento de frases que poderão ser utilizadas como mensagens em outras campanhas de prevenção direcionadas a esses trabalhadores.

Palavras-chave: projeto, caminhoneiros, Aids

ABSTRACT

Background: Research in Brazil leded to truck drivers have proved the vulnerably of these professionals involving risk situations for HIV/Aids. So, several projects are being developed in order to sensitize them to the change of behavior, to accept safe sex. **Objective:** The truck drivers project of Faculdade de Enfermagem de Passos/UEMG, had as objective to involve the truck drivers who ride on MG 050 freeway on reflection of possible behaviors that put them in risk of infection HIV/Aids, using as strategy their participation in the development of the information materials. **Methods:** To lead the strategies used in the Truck Drivers Project, we based on the research-action method, so this methodology allows the interaction between the resarcher and the population involved, looking for solution to the problems. **Results:** During the seven months of the Truck Drivers Project we got to be in touch with 5.600 professionals that rode MG 050 freeway, allotting the truck driver kit and offering informations as individual level in group, by means of lectures and discussions. **Conclusion:** The truck drivers were receptive and they participated in all programed activities, that make possible the appearance of sentences that can be used as messages in other campaigns of directed prevention to these workers.

Keywords: project, truck drivers, Aids

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 13(6):4-7, 2001

INTRODUÇÃO

A epidemia da Aids vem tomando dimensões cada vez mais preocupantes no grupo heterossexual, levando profissionais de saúde e todos os segmentos da sociedade a buscar formas de intervir nesse processo.

Conforme dados do Ministério da Saúde, apesar dos progressos alcançados na redução da mortalidade, o impacto da Aids ainda é muito grande na mortalidade em adultos em idade produtiva, sendo a 4ª causa de óbito no grupo de 20 a 39 anos, perfazendo 70% do total de casos de Aids notificados até 03/06/2000.¹ São dados relevantes, que demonstram a necessidade de estratégias para conscientizar essa população da importância do

sexo seguro. Contudo, sabe-se que diante da educação prevalente na formação do homem brasileiro, a negociação da mulher pelo sexo seguro ainda é extremamente delicada, mesmo em tempos de Aids. Isso contribuí para uma inversão substancial da proporção homem/mulher que de 24/1 em 1985, essa fração foi para 2/1 em 1999/2000. Associado a essa inversão, está o crescimento de casos de mulheres infectadas, contribuindo para uma estimativa de 12.898 gestantes infectadas.¹

Verifica-se que campanhas continuam sendo veiculadas por todos os meios de comunicação de massa, visando ao despertamento da população para adoção de comportamentos seguros, destacando-se o uso do preservativo como a melhor e mais barata forma de prevenção. Os resultados desses esforços aliados ao trabalho com os grupos mais vulneráveis à exposição ao HIV têm mostrado seus efeitos à medida em que se percebem mudanças de comportamento em segmentos populacionais drasticamente atingidos pela Aids. Foi o caso dos homossexuais e o controle da qualidade do sangue e seus derivados, o que propi-

¹ Doutoranda pelo Departamento de Psiquiatria e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Docente da Faculdade de Enfermagem de Passos – M.G.

² Livre-Docente pelo Departamento de Psiquiatria e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

³ Acadêmico de Enfermagem do 6º período da Faculdade de Enfermagem de Passos-MG.

ciou a redução de contaminação por essa via. Contudo, em outros segmentos em que comportamentos de risco continuam prevalentes, como entre os usuários de drogas intravenosas, dados do Ministério da Saúde demonstram poucas alterações, sendo essa forma ainda significativa dentre as ocorrências por transmissão sanguínea.

É necessário buscar a participação dos grupos de comportamento heterossexual no desvelamento dessa realidade aí presente e a conseqüente busca de soluções, no sentido de se organizarem e participarem das campanhas direcionadas a cada segmento social dentro de suas especificidades. O grau de vulnerabilidade deve ser considerado voltando-se para um trabalho de conscientização e mudanças comportamentais.

Em estudos de investigação com caminhoneiros de estrada em 1996² foram verificados alguns aspectos do estilo de vida, do nível de conhecimento sobre Aids, e de atitudes em relação ao comportamento sexual. Os resultados obtidos demonstraram atitudes desfavoráveis em relação ao conhecimento quanto a formas de proteção nas relações sexuais, o envolvimento que alguns profissionais têm com parceiras(os) sexuais durante as viagens de trabalho. O uso do preservativo é pouco freqüente. O afastamento do grupo familiar, as jornadas excessivas de trabalho que levam esses profissionais a viverem maior parte de suas vidas nas estradas, possivelmente contribui para comportamentos de busca de parcerias. Associados a esses hábitos, é sabido informalmente, não se tendo dados de pesquisas ainda confirmatórios, que o consumo de substâncias psicoativas, por eles denominadas de "rebite" ou "arrebite", drogas a base de anfetaminas, na sua maioria, são usadas para combater o sono e possibilitar que dirijam por mais horas. Outro dado também, é o consumo de bebida alcoólica, geralmente, utilizada por eles nas cidades por onde ficam aguardando cargas para viagem de volta. Sabe-se que o consumo de bebidas alcoólicas e drogas interfere no sistema nervoso central diminuindo os reflexos e o controle da pessoa sobre seu comportamento. O indivíduo sob a ação dessas substâncias pode ter atitudes que o coloque em riscos diversos, entre eles o sexo desprotegido, o risco de envolvimento em acidentes. Conclui-se que esses trabalhadores são vulneráveis ao HIV/Aids e a outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Pesquisas também realizadas com caminhoneiros no Porto de Santos – SP, detectaram comportamentos semelhantes aos encontrados nos caminhoneiros, em tráfego, pela MG-050. Contudo, aquela pesquisa foi mais aprofundada, uma vez que se trabalhou com a amostragem de sangue, revelando-se que 1,3% dos caminhoneiros eram portadores do HIV (o que corresponde ao dobro da incidência nacional, que é de 0,56%) e 8,3% tinham sífilis. Certamente, esses dados contribuem para mostrar a necessidade de intervenção nesses grupos de trabalhadores, visando à orientação e adoção de comportamentos sexuais seguros.³ A partir dessas pesquisas, passou-se a implantar intervenções ao longo das estradas de maior fluxo de caminhoneiros, com o intuito de orientar e educar. Foram disponibilizados preservativos, o que já é feito pela Associação Santista de Pesquisa, Prevenção e Educação em DST/Aids (ASPPE).^{4,5}

Na década de 90, em outros países em que o transporte mais utilizado é através das estradas, pesquisadores já observa-

vam a vulnerabilidade dos caminhoneiros investigando comportamentos e incidência do HIV conforme estudos realizados na África⁶⁻¹¹ e Tailândia.¹² Isso despertou a atenção de outros países em relação à necessidade de educação preventiva direcionadas a esses trabalhadores.

De posse desses estudos, o Projeto Caminhoneiros desenvolvido na cidade de Passos – M.G., teve como **objetivos**:

- envolver os caminhoneiros de estrada na distribuição de material informativo e educativo sobre Aids;
- buscar a participação deles na produção de mensagens e frases construídas na sua linguagem.

Buscou-se, assim, um processo participativo, visando direcionar outras campanhas em projetos de intervenção para a conscientização da categoria sobre sua vulnerabilidade e mudança de comportamento na adoção do sexo seguro.

METODOLOGIA

Para o direcionamento das ações preconizadas no Projeto Caminhoneiros, buscou-se o embasamento metodológico da Pesquisa-ação, pois, ela está voltada para a Educação Conscientizadora, que propicia o desenvolvimento do homem como um todo, tornando-o agente de sua própria transformação. A pesquisa-ação facilita o envolvimento do pesquisador na prática participativa com os pesquisados, através da observação participante e da interação estabelecida entre a população envolvida e o pesquisador^{13,14} Por outro lado, contribui ainda, para o estudo de situações, instituições, movimentos ou processos sociais, em que se desenvolve uma ação coletiva, servindo para captar a dinâmica social e conseqüente participação dos grupos sociais na busca de soluções. Diante das possibilidades oferecidas pela metodologia, considerou-se que ela seria ideal para nortear as propostas com as quais o Projeto Caminhoneiros foi implantado.

Os caminhoneiros de estrada - que trafegavam pela rodovia MG-050, nos limites da cidade de Passos-MG, foram abordados nos postos de gasolina, pátio das indústrias, ou cantinas dentro das indústrias.

O Projeto teve duração de abril a novembro/2000. Contou com recursos da Universidade Estadual de Minas Gerais, Faculdade de Enfermagem de Passos, Ambulatório Escola da Faculdade de Enfermagem de Passos. A universidade financiou os custos de manutenção de um aluno-bolsista. Os recursos para produção do material da campanha foram conseguidos com ajuda de lojas comerciais de Passos e região.

Para traçar as estratégias de ação e alcançar os objetivos do Projeto Caminhoneiros foram seguidas quatro etapas:

1ª Etapa: confecção de uma logomarca que caracterizasse o projeto e a população que seria trabalhada, para ser lançada nos cartazes que divulgariam o projeto e o concurso de frases. Mediante a ajuda de: acadêmicos, pacientes soropositivos atendidos no Ambulatório Escola, equipe multiprofissional que presta atendimento no ambulatório, presidente do sindicato dos caminhoneiros, surgiram o esboço e logo o desenho. Feito o julgamento pelos juízes, definiu-se a logomarca.

2ª Etapa: definição por juízes e dez caminhoneiros consultados do material que comporia o **Kit caminhoneiro**. O **Kit** compunha-se de:

- uma camiseta estampada com a logomarca de projeto;
- um preservativo;
- uma cartilha informativa;
- um adesivo que teve como símbolo o triângulo de segurança com a sentença: "Aids - vamos frear essa doença, use camisinha";
- um saquinho ecológico onde ficou embalado o material, sendo este saquinho útil para lixeira dentro do veículo.

3ª Etapa: visita aos postos de gasolina, pátio das empresas para palestras e debates sobre Aids. Foram pedidas sugestões aos caminhoneiros para se compor a cartilha.

4ª Etapa: distribuição dos cartazes e caixas coletoras de frases e mensagens pelo trajeto da rodovia MG-050, em locais de maior concentração de caminhoneiros, como também, pátio de empresas e restaurantes de motoristas.

RESULTADOS

Durante os encontros para a palestra e o debate sobre os vídeos informativos realizados no Recanto dos Caminhoneiros dentro do pátio da Empresa de Cimento Portland Itaú, que recebe caminhoneiros de todos os estados do Brasil, em cada período, a presença foi de 120 a 200 caminhoneiros. Ao final, sempre era dado espaço para perguntas, o que muito subsidiou a montagem da cartilha informativa. As perguntas, abaixo foram as mais comuns:

"Qual o tipo de tratamento (ou medicamento) disponíveis hoje?"

"Tem possibilidade de uma pessoa contaminada ter relação com a outra e não transmitir Aids?"

"Quais os primeiros sintomas de uma pessoa contaminada com Aids?"

"Através da picada de mosquito a pessoa pode pegar Aids?"

"Gostaria de saber se existe algum tipo de sangue com maior resistência a Aids, o RH negativo, por exemplo?"

"O abraço não pega Aids, mas se a pessoa com Aids estiver com corte e a outra também, e constar tem perigo?"

"Através do beijo pega Aids? Beber água no mesmo copo? Utilizar sabonete?"

"Tem que existir algum cuidado com a camisinha pois o caminhão é lugar quente?"

"Que perigo a gente corre se usar um barbeador que outra pessoa já usou?"

"É perigoso se a gente usar escova de cabelo, escova de dente, sabonete, bucha, e o banheiro e pegar Aids?"

"Os medicamento que eles falam na televisão pode ajudar a pessoa? Quanto tempo ela pode viver?"

"A mulher pode transmitir a Aids para o homem com a mesma força que eles falam que o homem transmite para ela?"

"Com o uso de barbeiro para cortar cabelo, fazer barba, pega Aids?"

"Quer saber se existe camisinha de outros tamanhos?"

"Se tive ferida, fica mais perigoso pega a doença?"

Pode-se, verificar, que diante das perguntas e colocações feitas pelos caminhoneiros, eles partilham crenças como a transmissão por picada de mosquito, o que apareceu em quase todos os encontros que tivemos. Por outro lado, a maioria das perguntas estão bem direcionadas á vida cotidiana do caminhoneiro, ligadas ao uso de objetos de higiene pessoal. A questão do preservativo surgiu, relacionado ao tamanho, forma de acondicionamento no caminhão, mas nenhuma referência de ao seu uso para a prevenção da doença.

Quanto ao concurso de frases efetuado de julho a agosto/2000: houve 64 elaborações que passaram por uma banca de juízes composta por acadêmicos de enfermagem, pessoas ligadas à área publicitária, enfermeiros, caminhoneiros e um gerente de uma das lojas que estava proporcionando as premiações às três frases ou mensagens mais votadas pela banca. As três frases selecionadas foram:

"Pne e camisinha é sempre bom ter de reserva" (caminhoneiro da Cidade de Pratápolis-MG, em primeiro lugar).

"Na longa estrada da vida o pior desastre é a Aids" (caminhoneiro da Cidade de Passos-MG, em segundo lugar).

"Deixe uma mensagem no seu coração, não seja bundão, evite Aids, coloque camisinha no seu amigão" (caminhoneiro de Itaú de Minas-MG).

Após a seleção das frases, os caminhoneiros premiados foram convocados sendo a entrega dos prêmios feitas no Recanto dos Caminhoneiros, localizado dentro do pátio de uma fábrica de cimento às margens da Rodovia MG-050. Dentre as mensagens não selecionadas, uma chamou a atenção de todos, sendo usada na abertura dos encontros realizados. Foi escrita por um caminhoneiro que não quis se identificar e disse estar contaminado com o vírus HIV: *"Como ela era linda e gostosa! Foi paixão a primeira vista. Logo me apresentei e naquela noite fizemos... achei que estava fazendo com a mulher mais linda do mundo. No outro dia estava feliz, mais uma para minha lista. Depois de algum tempo foi preciso fazer alguns exames. O resultado me assustou. As aparências enganam. Agora estou com Aids"*.

Alguns aspectos na elaboração das frases chama a atenção, quando se percebe que a crença de que para prevenir-se da Aids *"o melhor remédio é comida caseira"*, expressão muito utilizada por eles. Isso foi sempre comentado nos encontros e palestras, orientando que o número de parceiros é um fator de risco, porém, o uso do preservativo deve ser considerado mesmo entre casais de relacionamentos estáveis de forma dialogada, aberta. Diante dessa percepção, a cartilha elaborada procurou focar o uso correto da camisinha e sua importância na prevenção das DST/Aids, além de informações ligadas aos modos de contaminação e os que não possibilitam riscos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como finalização do Projeto Caminhoneiros, foi feita uma Blitz Educativa com o apoio da Polícia Rodoviária de Passos-MG. Foram distribuídas mil cartilhas e 200 Kits Caminhoneiros aos que passaram pela Rodovia MG-050 no trevo da cidade de Passos, no dia 1º de Dezembro quando se comemora o Dia Mundial de Combate a Aids. Pela rapidez com a qual o trânsito tinha

que fluir, o tempo era exíguo de para conversar com os caminhoneiros. Apenas o suficiente para falar sobre o dia e pedir que passassem as mensagens recebidas a outros colegas.

Em relação ao Projeto Caminhoneiros, no decurso de sua execução, houve uma participação significativa a cada encontro que se fez em setores mais fechados das indústrias e barreiras fiscais.

Os caminhoneiros contactados durante todo o momento de execução do projeto, consideraram de extrema importância o trabalho de orientação aos mesmos, sugerindo que deveria ser permanente, com postos de atendimento, distribuição de preservativos ao longo das estradas estaduais e federais, como uma forma de conscientizar os colegas da importância do uso do preservativo, para proteção contra a Aids e outras doenças transmitidas por via sexual.

Consideraram, ainda, que os caminhoneiros têm pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde, pelo tempo que ficam fora de suas cidades. Assim, seria muito bom se os sindicatos e outros órgãos de representação da categoria colocassem à disposição dos caminhoneiros postos de atendimento médico em rodovias estaduais e federais, para que pudessem buscar atendimento e cuidar-se. Segundo eles, os caminhoneiros têm sérios problemas de saúde como: obesidade, hipertensão, colesterol e ácido úrico alterados, coluna, diabetes, dentários, assim como, não fazem a prevenção do câncer de próstata.

Certamente, que a partir de projetos desenvolvidos em cada Estado, gradativamente haverá condições de dar um atendimento personalizado aos caminhoneiros, com intervenções não só voltadas para a prevenção da Aids, mas também para a prevenção e promoção da saúde do trabalhador.

Para satisfação dos pesquisadores, ao encerramento do Projeto Caminhoneiros que ocorreu no final de novembro, a notícia que o atual Ministro da Saúde, José Serra, autorizou a partir de 09/01/2001 a divulgação pelos meios de comunicação (rádios, televisão e outdoors) campanhas sobre a prevenção da Aids direcionadas aos caminhoneiros, associando a segurança da carga transportada à segurança do sexo com camisinha⁽⁹⁾. O mesmo documento, ressalta ainda, que serão distribuídos vários postos de atendimento móvel nas principais rodovias do Brasil, que prestarão atendimentos diversificados aos caminhoneiros, vindo tal intervenção ao encontro das observações durante o desenvolvimento do Projeto Caminhoneiros na MG-050.

A estratégia de utilização dos meios de comunicação, como rádios e televisão, para mensagens dirigidas aos caminhoneiros foi por parte do Ministério da Saúde estratégica, uma vez que na pesquisa realizada em 1996⁽²⁾, dos 200 caminhoneiros entrevistados 176 (88%), consideraram que o meio de maior acesso a eles é

sem dúvida o rádio, pois todos dispõem desse recurso em seu caminhão. A televisão, também, é um recurso que alguns contam dentro de seu caminhão ou nos postos de gasolina, onde costumam fazer suas paradas para descanso ou pernoitar. Consideraram que a utilização de vídeos informativos durante suas paradas em restaurantes e pousadas de beira de estrada, poderiam ser recursos excelentes para orientação, como também, para eles o local de maior acesso, sem dúvida, são os postos de gasolina à margem das estradas e rodovias, sendo destacado por alguns a "blitz educativa".

Agradecimentos: à rede logista de Passos e Postos de gasolina pelo patrocínio do *Kit* Caminhoneiro e premiações ao concurso de frases.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico- Aids*, Dez/1999 a Junho/2000; Ano XIII, n.1-Semana Epidemiológica 48/99- 22/00.
- NASCIMENTO, E., MORIYA, T. M. *Aids - atitudes entre caminhoneiros de estrada*. 1997. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade do Estado de São Paulo.218p.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil*, Jan.2001; 4 : 2.
- VILLA-REAL, R. Pé na estrada e preservativo no bolso. *ABIA*. Encarte n.45. Outubro-Dezembro 2000. p. 5-6.
- LACERDA, R. *et al.* Truck drivers in Brazil: prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases, risk behavior and potential for spread of infection. *AIDS*, 11 (Suppl.1): S15-S19, 1997.
- ARAOYE, M.O. *et al.* Sexual behaviour and condom acceptance among nigerian drivers. *West African J. of Med*, 15 (1): 6-10. 1996.
- BWAYO, J.J. *et al.* Long distance truck drivers. *East Afr. Med. J.*, 9(68):714-719. 1991.
- _____. Human immunodeficiency virus infection in long distance truck drivers in East Africa. *Arch. Intern. Med*, *sn* (154):1391-1396. 1994.
- JACKSON, D.J. *et al.* Decreased incidence of sexually transmitted diseases among trucking company workers in Kenya: results of a behavioural risk- reduction programme. *AIDS*, 7(11): 903-909. 1997.
- MBUGUA, G.G. *et al.* Epidemiology of HIV infection among long distance truck drivers in Kenya. *East Afr. Med. Journal*, 72(8): 515-518. 1995.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *SIDA: imágenes de la epidemia*. Ginebra,1995.
- PODHISSITA, C. *et al.* multiple sexual partners and condom use among long-distance truck drivers in Thailand. *Aids Educ. And Prevention*, 1996. 6(8):490-498.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo, Cortez, 1988.
- BUENO, S.M.V. *Marco conceitual e referencial teórico de educação para a saúde: orientação à prevenção de DST/Aids e drogas no Brasil para crianças, adolescentes e adulto jovem*. Brasília, D.F. 1997-1998. p.70-88.

Endereço para Correspondência:

Evania Nascimento

Rua Espanha, nº 70, Bairro Novo Mundo,

Cep.: 37901-086 - Passos-MG.

E-mail: enascimento@passosuemg.br

ESTUDO COMPARATIVO DO TRATAMENTO DA CONDILOMATOSE VULVAR EM MULHERES HIV + E HIV -

A COMPARATIVE STUDY OF THE TREATMENT OF VULVAR CONDILOMATOSIS IN HIV + AND HIV - WOMEN

Luiz F Sampaio Neto¹, Marcelo V Ramalho²,
Miguel S Campos Jr.², Neil F Novo³, José C Menegoci⁴

RESUMO

Fundamentos: O condiloma acuminado é a DST de etiologia virótica mais comum nos dias de hoje; seu tratamento é inespecífico e corresponde à destruição do local comprometido. São fatores determinantes do sucesso terapêutico as características clínicas e a extensão das lesões, assim como as condições de imunidade do paciente. **Objetivos:** Verificar a resposta a algumas das opções de tratamento disponíveis em nosso meio em mulheres com HIV + e HIV -. **Metodologia:** estudamos 120 mulheres portadoras de condilomatose vulvar, HIV + ou não, divididas aleatoriamente em grupos que receberam solução glicerínica de podofilina a 30%, solução aquosa de ácido tri-cloro acético a 70% e eletrocoagulação. Para análise estatística usamos os métodos de qui-quadrado e o teste da partição do qui-quadrado. A análise dos resultados foi verificada após 30 dias do início do tratamento. **Resultados:** Os grupos foram semelhantes entre si em relação às variáveis: idade, cor, tabagismo, tempo de evolução, número, locais das lesões e positividade para o HIV. Com relação à obtenção de cura, tivemos cura em 44,44% dos casos que usaram a solução de podofilina, 59,09% dos casos tratados com solução de ATA e 90% dos casos do grupo que se submeteu à eletrocoagulação. Entre as pacientes HIV + a resposta terapêutica foi pior do que para as HIV - em todos os grupos.

Palavras-chave: condilomatose vulvar, tratamento, HIV, DST

ABSTRACT

Background: Condyloma acuminatum is currently the most common sexually transmitted disease (STD) of viral etiology. Its treatment is nonspecific and consists of destruction of the involved site. The clinical characteristics and extent of the lesions, as well as the immune status of the patient, are determinant factors for a successful treatment. **Objectives:** To determine the response to some treatment options available in Brazil among HIV + and HIV - women. **Methodology:** We studied 120 women with vulvar condylomatosis, HIV + or not, divided at random into groups respectively receiving a 30% glycerinated podophyllin solution, a 70% aqueous solution of trichloroacetic acid (TCA), and electrocoagulation. Data were analyzed statistically by the chi-square test and the chi-square partition test and the analysis was performed 30 days after the beginning of treatment. **Results:** The groups were similar in terms of variables such as age, color, smoking habit, time of disease evolution, number and sites of the lesions and HIV positivity. A cure was obtained in 44.44% of the patients treated with the podophyllin solution, in 59.09% of the patients treated with TCA, and in 90% of the patients submitted to electrocoagulation. The response to treatment was worse among HIV + patients than HIV - patients in all groups.

Keywords: vulvar, condylomatosis, treatment, HIV, STD

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 13(6):8-11, 2001

INTRODUÇÃO

O condiloma acuminado é doença verrucosa que tem por agente etiológico o papilomavírus humano (HPV). Atualmente, em nosso meio, é a doença sexualmente transmissível de origem viral com maior prevalência, atingindo todos os níveis sociais.¹ O assustador crescimento de sua incidência coincide com melhores métodos para diagnóstico e descoberta de novos aspectos de suas expressões clínicas.

A estreita relação entre o HPV e o desenvolvimento de neoplasias intra-epiteliais cervicais, câncer de colo uterino, câncer de vulva e câncer de pênis justifica o temor que acompanha o diagnóstico da lesão.

Contudo, sabe-se que os tipos virais que se associam às neoplasias intra-epiteliais e ao câncer não são os mesmos que se encontram nos

condilomas acuminados. A caracterização dos grupos de alto e baixo risco permite afirmar que os HPV 6 e 11 produzem lesões proliferativas benignas, como os condilomas acuminados.²

Portanto, aparentemente, a preocupação com a oncogênese não é pertinente nos casos de condiloma acuminado embora o achado de verruga genital se constitua em motivo de alarme para os pacientes. As queixas direcionam-se para os sintomas que se associam com a condilomatose genital, como o prurido, ardor e o progressivo crescimento das lesões; também é comum a solicitação para retirada das verrugas por razões estéticas.³

Como habitual entre as doenças de etiologia viral, o tratamento para tais lesões não é específico. Na abordagem terapêutica da condilomatose, preconizam-se várias opções; todas objetivando a destruição do epitélio acometido: eletrocoagulação, crioterapia, laserterapia. Também podem ser usadas substâncias cáusticas como ácido tri-cloro-acético a 70%, solução de podofilina a 30%, ácido metacresol sulfônico a 36% e até mesmo a retirada cirúrgica das verrugas.⁴

Na literatura os diferentes tratamentos relacionados acima são citados como de eficácia semelhante, diferindo apenas no número de

¹ Professor Associado Disciplina de Ginecologia

² Doutorando

³ Professor Titular de Bioestatística

⁴ Professor Titular Disciplina de Ginecologia - Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba - PUCSP

sessões necessárias para erradicação das lesões clinicamente visíveis e na tolerabilidade das aplicações.

No atendimento das pacientes portadoras de condiloma acuminado freqüentemente verificamos alguns casos em que, após uma única sessão terapêutica, há desaparecimento da totalidade das lesões. Contudo, há outros casos em que são necessárias muitas aplicações e mesmo assim pode não se obter resposta satisfatória.

Regressão espontânea de verrugas genitais é descrita em 10 a 30% dos pacientes que recebem placebo, e isso parece estar associado com a imunidade celular.⁵

Essa relação entre o HPV e seu hospedeiro é determinada por inúmeros fatores como tabagismo, idade do paciente, uso de drogas imunossupressoras, fatores hormonais, entre outros; porém de primordial importância é o status imunológico do paciente.⁶

No presente estudo propusemo-nos a analisar a resposta terapêutica de pacientes segundo a positividade para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), portadoras de condiloma acuminado vulvar, tratadas por ácido tri-cloro acético, podofilina e eletrocauterização.

CASUÍSTICA E METODOLOGIA

Casuística

No período de julho de 1995 a janeiro de 1999 foram estudadas 120 mulheres portadoras de condiloma acuminado, diagnosticados ao exame físico e complementado pela vulvoscopia.

Eram pacientes do ambulatório de DST/Aids do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, atendidas em primeira consulta, portadoras de verrugas em grandes ou pequenos lábios, região perineal e/ou perianal.

Para participar do estudo as pacientes necessitaram preencher alguns critérios de inclusão e de exclusão citados abaixo.

Critérios de inclusão: diagnóstico clínico/colposcópico do condiloma vulvar, perineal e/ou perianal; não ter se submetido a tratamento prévio há pelo menos três meses; consentimento pós-informação verbal para participar no trabalho.

Critérios de exclusão: gravidez suspeitada ou confirmada; alergia ou intolerância a um dos medicamentos a serem usados; presença de VIN, NIC ou qualquer tipo de neoplasia maligna genital.

O trabalho foi aprovado para pesquisa pela Comissão de Ética, Pesquisa e Segurança Biológica do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba - PUCSP.

Metodologia

Após a randomização das pacientes, analisamos variáveis clínicas individuais e a apresentação clínica das verrugas genitais. A distribuição aleatória das pacientes as dividiu em 3 grupos, segundo o tipo de tratamento que se submeteriam: Grupo 1 recebeu solução de podofilina em base glicerínada a 30%, Grupo 2 solução aquosa de ácido tricloroacético a 70% e Grupo 3 foi tratada com eletrocauterização.

A aplicação das drogas cáusticas foi efetuada no ambulatório, imediatamente na primeira consulta; com auxílio de cotonete e proteção das áreas sadias com vaselina líquida.

As aplicações eram realizadas 2 vezes por semana, durante pelo menos trinta dias, ou até o desaparecimento das lesões. Após o término do tratamento as pacientes eram examinadas novamente, sendo submetidas a vulvoscopia para evidenciar lesões residuais.

As pacientes encaminhadas à eletrocauterização a fizeram sob bloqueio anestésico, em regime de internação. O procedimento era realizado uma única vez, e os resultados avaliados decorrido pelo menos um mês da data da cirurgia.

Análise estatística

Usamos os métodos de qui-quadrado (Siegel, 1988)⁷ e o teste da partição do qui-quadrado para as tabelas 2 x N (Cochran, 1954),⁸ com

objetivo de comparar os grupos em relação à presença das características estudadas (tabagismo, tempo de evolução das verrugas, número de sítios comprometidos e positividade para o HIV).

RESULTADOS

Os grupos foram semelhantes entre si em relação às variáveis: idade, cor, tabagismo, tempo de evolução, número, locais das lesões e positividade para o HIV. A aplicação dos métodos estatísticos para essas variáveis nos 3 grupos permitiu verificar que a randomização para as opções de tratamento foi adequada.

Com relação à idade, a paciente mais jovem contava 2 anos e a mais velha 65 anos; a média etária foi de 27,79 anos.

Conforme pode ser verificado na tabela 1, a maior parte das pacientes referia ter notado a presença de verrugas genitais entre 1 e 3 meses atrás.

Na tabela 2, encontram-se os achados referentes ao número de sítios comprometidos por verrugas. A metade das pacientes teve lesões restritas a um único local. A positividade para o HIV associou-se ao maior número de locais comprometidos.

Analisando-se os locais em que as lesões de condiloma acuminado aconteceram na região genital feminina verificamos que os locais mais freqüentemente comprometidos foram os grandes e pequenos lábios (tabela 3). A ocorrência de localização simultânea em vários locais da genitália aumentou o N analisado; contudo não houve diferenças entre os grupos HIV+ e HIV-. Também não houve diferenças estatisticamente significativas entre HIV+ e HIV- com relação ao tabagismo (tabela 4).

A resposta satisfatória ao tratamento é apresentada na tabela 5, podendo ser verificada a maior porcentagem de cura entre as pacientes que se submeteram a eletrocauterização. Entre as pacientes aidéticas a resposta terapêutica foi pior do que para as mulheres HIV negativas em todos os grupos.

TABELA 1

Tempo de evolução das verrugas genitais para as pacientes classificadas segundo a positividade para o HIV.

Evolução	HIV + N (%)	HIV - N (%)	Total N (%)
até 1 mês	4 (22,2)	17 (17,5)	21 (18,3)
mais que 1 até 3 meses	5 (27,8)	42 (43,3)	47 (40,9)
mais que 3 até 6 meses	5 (27,8)	22 (22,7)	27 (23,5)
mais que 6 meses	4 (22,2)	16 (16,5)	20 (17,4)
Total	18	97	115

Não houve diferença estatisticamente significativa

** tivemos 5 pacientes que não souberam referir o tempo de evolução das verrugas, eram achados de exame físico.*

TABELA 2

Número de sítios comprometidos pelas verrugas genitais para pacientes classificadas segundo a positividade ao HIV.

Nº de sítios	HIV + N (%)	HIV - N (%)	Total N (%)
único	17 (58,6)	43 (47,3)	60 (50,0)
2 locais	3 (10,3)	34 (37,4)	37 (30,8)
3 locais	5 (17,2)	10 (11,0)	15 (12,5)
4 ou mais locais	4 (13,8)*	4 (11,0)	8 (12,5)
total	29	91	120

χ^2 calculado = 8,43*

(p<0,05)

A MATERNIDADE PARA MULHERES DETENTAS E A TRANSMISSÃO VERTICAL DAS DST/AIDS

THE MATERNITY TO PRISONERS WOMEN AND THE VERTICAL TRANSMISSION OF DST/AIDS

Annecy T Giordani¹, Sônia MV Bueno²

RESUMO

Fundamentos: ao ser presa, a mulher, é condenada a separação brusca dos filhos e dissolução da família. Filhos e mães sofrem a ruptura do vínculo afetivo materno. Detentas nutrizes ou gestantes, perdem o direito ao exercício materno, da sexualidade e a saúde. **Objetivos:** levantar as percepções das detentas sobre maternidade e filhos, suas necessidades como mães separadas da prole e efeitos emocionais relativos a esta questão; orientar quanto à vulnerabilidade as DST/AIDS e a transmissão vertical do HIV incentivando-as a tornarem-se agentes multiplicadoras. **Métodos:** trabalhamos 14 detentas em cadeia do interior paulista, maioria entre 18 a 34 anos, todas mães, duas homossexuais ativas, maioria presa por tráfico de drogas. Desenvolvemos pesquisa-ação humanista, participativa e qualitativa, utilizando gravações em fitas K-7 autorizadas pelos sujeitos, com posterior transcrição, análise e interpretação das falas. **Resultados:** a maternidade para todas tem forte sentido de proteção e afeto pelos filhos, continuidade da espécie e experiência de vida favorável à realização pessoal. A separação dos filhos pela prisão, desencadeia-lhes mágoa, tristeza, angústia, saudade, solidão, perda e arrependimento. Correlacionam sua esperança e enfrentamento da vida no cárcere, a existência dos filhos. **Conclusões:** O Direito Penal tem perspectivas masculinas e o Estado não oferece estrutura institucional em prol do vínculo mãe-filho. Há protecionismo discriminatório da sexualidade feminina, observado pelo difícil acesso à visita íntima e quanto à assistência a saúde em todos níveis, mais no preventivo, é precária ou inexistente.

Palavras-chave: mulher detenta, maternidade, prevenção, DST/AIDS

ABSTRACT

Basis: when the woman is arrested, she is condemned to a sudden rupture of the maternal affective link. Convicts who are pregnant or still feeding their babies, lose their right to maternity, sexuality and health. **Goals:** raise the prisoner's perception about maternity and children, her needs as mothers separated from their children and the affective effects related to this question; to guide about the vulnerability to STD/AIDS and the HIV vertical transmission, encouraging them to become multiplying agents. **Methods:** we worked with 14 prisoners in a prison in Sao Paulo's interior, most 18 to 34 years old, all mothers, two active homosexuals, most arrested because of traffic. We developed reasearch-action humanist, participative and qualitative, taped in cassette properly authorized by the women with posterior transcription, analysis and interpretation of the lines. **Results:** maternity, to all of them, has a strong sense of protection and affect for the children, continuity of the species and favorable living experience to personal achievements. The break with the children because of prison causes sorrow, grief, sadness, anguish, loneliness, loss and regret. **Conclusions:** the Penal Law has masculine perspectives and the state do not offer institucional structure in favor to the link mother-children. There is discriminatory protecionism in feminine sexuality, which was observed by the difficult access to an intimate visit and the health assistance in all levels, especially in prevention, are precarious or do not even exist.

Keywords: prisoners women, maternity, prevention, STD/AIDS

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 13(6):12-24, 2001

INTRODUÇÃO

O Brasil lidera o "ranking" de aids na América Latina e Caribe em números absolutos. De acordo com relatórios da Unaid, Programa das Nações Unidas para aids, são 540 mil casos da doença. No entanto, quando o índice é avaliado em relação ao número de habitantes de cada país, o Brasil aparece em 14º lugar, com 0,57% da população adulta contaminada.⁴ Tem-se chamado de *feminização da epidemia*, o crescimento do número de casos da doença entre as mulheres nos países em que a aids, no início, atingiu principalmente, a população masculina. Entre 1980 e 1998, o número de casos de aids entre mulheres duplicou, sendo a principal causa de

morte na faixa entre 15 e 49 anos, nas maiores cidades brasileiras. A relação heterossexual consentida, sem proteção e envolvendo afetividade, caracteriza o modo mais freqüente de transmissão, chamando a atenção para o fato de que elas possuem baixo nível de escolaridade e de inserção no mercado formal de trabalho, além de serem mães, em sua grande maioria.⁹ Ocorre que atualmente, embora existam recursos terapêuticos que reduzem a transmissão do HIV da mãe para o bebê, a epidemia entre as mulheres, tem mostrado uma das suas faces mais perversas com o impacto sobre a maternidade. Trata-se de um tema complexo, por envolver questões como: a possibilidade de transmissão para o bebê, a orfandade, as difíceis opções que essas possibilidades impõem às mulheres e suas repercussões psíquicas. A faixa etária de 20 a 30 anos de idade, é a de maior prevalência da infecção pelo HIV na população feminina no Brasil, coincidindo com a idade de maior prevalência de gestações. Em nosso país, várias mulheres descobrem serem soropositivas durante a gestação ou quando seus filhos adoecem, sem terem tido

¹ Enfermeira mestre e doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP / Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Bolsista da CAPES.

² Educadora. Professora Drª da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP/ Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Consultora do M.S (CN-DST/Aids). Orientadora

CONCLUSÃO

Em nossos resultados no tratamento das verrugas genitais, o método da eletrocoagulação mostrou-se estatisticamente superior aos conseguidos com os demais métodos, tanto em pacientes HIV + como HIV-. Os números são pequenos, porém poderíamos concluir que as técnicas de tratamento com soluções cáusticas não se mostraram suficientemente eficientes, principalmente entre as pacientes HIV +. Como esses resultados dizem respeito ao aspecto clínico verificado ao término do período de estudo; provavelmente não seriam os mesmos se utilizássemos pesquisa do antígeno viral, ou ainda vulvoscopia após prazo mais longo.

Uma proposta interessante será o acompanhamento dessas pacientes a médio e longo prazos para estudo do índice de recidiva em cada um dos grupos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KOUTSKY LA, GALLOWAY DA, HOLMES KK. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Epidemiol. Ver.* 10:122-163, 1988.
2. MARANA *et al.*, Papilomavírus e carcinogênese. *Femina*, 27(1). 1999.
3. BIBBO M e SILVA FILHO AM. Lesões relacionadas à infecção por HPV no trato anogenital. *Ed. Revinter*, Rio de Janeiro, 1998.
4. BIRLEY HD. Continuing medical ignorance: modern myths in the management of genital warts. *Int J STD AIDS*, 12(2):71-4. 2001.
5. COLEMAN N, BIRLEY HDL, RENTON AM *et al.* Immunological events in regressing genital warts. *Am J Clin Pathol*, 102:768-74. 1994.
6. JACYNTHO C e BARCELOS (?). Infecção pelo HPV e lesões pré-neoplásicas genitais investigação laboratorial e conduta. *Femina*, 27(9) 1999.

7. SIEGEL, S & CASTELLAN JR, NJ. Non-parametric Statistics – second Edition. *Mc Graw – Hill Ed. New York*, 1988.
8. COCHRAN, WG – Some methods for strengthening the common X² test. *BIO-METRICS*, 1954:10:417-451.
9. CARVALHO JJM e OYAKAWA N. *Consenso brasileiro de HPV*, São Paulo: BG Cultural, 2000.
10. FIFE KH, CRAMER HM, SCHROEDER JM, BROWN DR. Detection of multiple human papillomavirus types in the lower genital tract correlates with cervical dysplasia. *J Med Virol*. 64(4):550-9, 2001.
11. GROSS G – Clinical aspects and therapy of anogenital warts and papillomavirus-associated lesions. *Hautarzt*, 52(1):6-17. 2001.
12. TJIONG MY, OUT TA, TER SCHEGGET J, BURGER MP, VAN DER VAN-GE N. Epidemiologic and mucosal immunologic aspects of HPV infection and HPV-related cervical neoplasia in the lower female genital tract: a review. *Int. J Gynecol Cancer*, 11(1):9-17. 2001.
13. HO GY, BURK RD, FLEMING I, KLEIN RS. Risk of genital human papillomavirus infection in women with human deficiency virus-induced immunosuppression. *Int. J. Cancer*, 56:788-792. 1994.
14. TAVARES RR, PASSOS, MRL, PINHEIRO VMS *et al.* Condilomatose genital em homens e soropositividade para HIV. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, Niterói-RJ, 12(1): 4-27. 2000.
15. NADAL SR, MANZIONE CR, HORTA SHC, GALVÃO VM. Tratamento tópico dos condilomas acuminados perianais em doentes HIV+. *Rev bras colorproctol*; 19(2):79-82. 1999.

Endereço para correspondência:

Luiz F. Sampaio Neto
Rua Inglaterra, nº 574
Sorocaba/SP – CEP 18045-070
luizsampaio@dglnet.com.br

Assine DST

JORNAL BRASILEIRO DE
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

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 24340-160.
e-mail: mipmaur@vm.uff.br www.uff.br/dst/

A MATERNIDADE PARA MULHERES DETENTAS E A TRANSMISSÃO VERTICAL DAS DST/AIDS

THE MATERNITY TO PRISONERS WOMEN AND THE VERTICAL TRANSMISSION OF DST/AIDS

Annecy T Giordani¹, Sônia MV Bueno²

RESUMO

Fundamentos: ao ser presa, a mulher, é condenada a separação brusca dos filhos e dissolução da família. Filhos e mães sofrem a ruptura do vínculo afetivo materno. Detentas nutrizas ou gestantes, perdem o direito ao exercício materno, da sexualidade e a saúde. **Objetivos:** levantar as percepções das detentas sobre maternidade e filhos, suas necessidades como mães separadas da prole e efeitos emocionais relativos a esta questão; orientar quanto à vulnerabilidade as DST/AIDS e a transmissão vertical do HIV incentivando-as a tornarem-se agentes multiplicadoras. **Métodos:** trabalhamos 14 detentas em cadeia do interior paulista, maioria entre 18 a 34 anos, todas mães, duas homossexuais ativas, maioria presa por tráfico de drogas. Desenvolvemos pesquisa-ação humanista, participativa e qualitativa, utilizando gravações em fitas K-7 autorizadas pelos sujeitos, com posterior transcrição, análise e interpretação das falas. **Resultados:** a maternidade para todas tem forte sentido de proteção e afeto pelos filhos, continuidade da espécie e experiência de vida favorável à realização pessoal. A separação dos filhos pela prisão, desencadeia-lhes mágoa, tristeza, angústia, saudade, solidão, perda e arrependimento. Correlacionam sua esperança e enfrentamento da vida no cárcere, a existência dos filhos. **Conclusões:** O Direito Penal tem perspectivas masculinas e o Estado não oferece estrutura institucional em prol do vínculo mãe-filho. Há protecionismo discriminatório da sexualidade feminina, observado pelo difícil acesso à visita íntima e quanto à assistência a saúde em todos níveis, mais no preventivo, é precária ou inexistente.

Palavras-chave: mulher detenta, maternidade, prevenção, DST/AIDS

ABSTRACT

Basis: when the woman is arrested, she is condemned to a sudden rupture of the maternal affective link. Convicts who are pregnant or still feeding their babies, lose their right to maternity, sexuality and health. **Goals:** raise the prisoner's perception about maternity and children, her needs as mothers separated from their children and the affective effects related to this question; to guide about the vulnerability to STD/AIDS and the HIV vertical transmission, encouraging them to become multiplying agents. **Methods:** we worked with 14 prisoners in a prison in Sao Paulo's interior, most 18 to 34 years old, all mothers, two active homosexuals, most arrested because of traffic. We developed research-action humanist, participative and qualitative, taped in cassette properly authorized by the women with posterior transcription, analysis and interpretation of the lines. **Results:** maternity, to all of them, has a strong sense of protection and affect for the children, continuity of the species and favorable living experience to personal achievements. The break with the children because of prison causes sorrow, grief, sadness, anguish, loneliness, loss and regret. **Conclusions:** the Penal Law has masculine perspectives and the state do not offer institutional structure in favor to the link mother-children. There is discriminatory protectionism in feminine sexuality, which was observed by the difficult access to an intimate visit and the health assistance in all levels, especially in prevention, are precarious or do not even exist.

Keywords: prisoners women, maternity, prevention, STD/AIDS

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 13(6):12-24, 2001

INTRODUÇÃO

O Brasil lidera o "ranking" de aids na América Latina e Caribe em números absolutos. De acordo com relatórios da Unids, Programa das Nações Unidas para aids, são 540 mil casos da doença. No entanto, quando o índice é avaliado em relação ao número de habitantes de cada país, o Brasil aparece em 14º lugar, com 0,57% da população adulta contaminada.⁴ Tem-se chamado de *feminização da epidemia*, o crescimento do número de casos da doença entre as mulheres nos países em que a aids, no início, atingiu principalmente, a população masculina. Entre 1980 e 1998, o número de casos de aids entre mulheres duplicou, sendo a principal causa de

morte na faixa entre 15 e 49 anos, nas maiores cidades brasileiras. A relação heterossexual consentida, sem proteção e envolvendo afetividade, caracteriza o modo mais frequente de transmissão, chamando a atenção para o fato de que elas possuem baixo nível de escolaridade e de inserção no mercado formal de trabalho, além de serem mães, em sua grande maioria.⁹ Ocorre que atualmente, embora existam recursos terapêuticos que reduzem a transmissão do HIV da mãe para o bebê, a epidemia entre as mulheres, tem mostrado uma das suas faces mais perversas com o impacto sobre a maternidade. Trata-se de um tema complexo, por envolver questões como: a possibilidade de transmissão para o bebê, a orfandade, as difíceis opções que essas possibilidades impõem às mulheres e suas repercussões psíquicas. A faixa etária de 20 a 30 anos de idade, é a de maior prevalência da infecção pelo HIV na população feminina no Brasil, coincidindo com a idade de maior prevalência de gestações. Em nosso país, várias mulheres descobrem serem soropositivas durante a gestação ou quando seus filhos adoecem, sem terem tido

¹ Enfermeira mestre e doutoranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP / Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Bolsista da CAPES.

² Educadora. Professora Drª da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP/ Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Consultora do M.S (CN-DST/ Aids). Orientadora

a possibilidade de escolher não engravidar ou de interromper o processo de gestação, em caso de gravidez acidental.⁹

A Organização Mundial da Saúde aponta para o dobro do total de gestantes HIV positivas no Brasil, nos últimos anos. Em 1997, eram 0,6% das brasileiras infectadas enquanto em 1994, esse número era de 0,3%. A aids gradativamente, deixa de ser uma doença sinônima de morte para se tornar um mal crônico com a ajuda do coquetel de remédios contra o HIV.² Indicadores epidemiológicos mostram que o padrão de transmissão da aids vem mudando no Brasil. *Dos 170.073 casos acumulados de aids no País, notificados ao Ministério da Saúde de 1980 a 29 de agosto de 1999, 41.052 ocorreram em mulheres (24,1%)* (p.5). Embora o número de casos no sexo masculino seja bem maior do que no sexo feminino, a tendência de crescimento dos casos nas mulheres vem sendo mais rápida. A *feminização* da epidemia, é acompanhada por um número cada vez maior de crianças atingidas e o primeiro caso de contaminação perinatal em nosso país, ou seja, de mãe grávida para o filho, foi registrado em 1985. Até 1997 somaram-se 652 casos notificados e, até agosto de 1999, foram registrados no sistema 4.630 casos, com cerca de 40% de óbitos.³ A aids, que um número crescente de mulheres contrai por intermédio de seus parceiros, já é a principal causa de morte na África e a quarta no mundo todo. De acordo com a ONU, no final de 1999, 34,4 milhões de homens, mulheres e crianças viviam com o vírus do HIV ou com a aids. A cada ano, há 5,4 milhões de novos casos, e 18,8 milhões de pessoas já morreram da doença. Mais de 95% dos casos de infecção são verificados em países pobres e em desenvolvimento. No entanto, a situação da mulher não é visível para os homens, apesar dos números preocupantes. Os primeiros passos voltados a chamar a atenção para a situação foram dados em 1979, com a adoção pela comunidade internacional, da Convenção sobre a Discriminação contra Mulheres, ratificada por 165 países dos 188 que compõem a ONU. Porém, o progresso em direção a medidas que promovam a igualdade entre homens e mulheres tem sido muito lento.⁷

Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde notificou, de 1980 a fevereiro de 1999, 155.590 casos de aids por mil habitantes. A maioria destes está na região Sudeste 109.066 casos por mil habitantes e no Nordeste, a epidemia continua crescendo 13.931. Do total de casos de aids no Brasil, 43% são registrados na faixa etária de 25 a 34 anos. O número de casos de mulheres infectadas pelo HIV, explica o aumento na transmissão vertical. A distribuição de casos de aids no Brasil referente à transmissão perinatal mostra que nessa categoria os casos crescem ano após ano. De 1980 a fevereiro de 1999 atingiram 4181 notificações no país. A transmissão pode dar-se pelas vias: transplacentárias, canal de parto ou aleitamento materno. Hoje, estima-se que no mundo, cerca de 1.000 bebês são infectados por dia. A literatura sobre aids em mulheres tem mostrado que a doença não afeta somente elas, mas, toda sua família.⁸

No Brasil, nos últimos cinco anos, as relações heterossexuais, passaram a ser a principal forma de transmissão da doença, resultando no aumento dramático do número de mulheres atingidas pela aids. Na década de 80, havia 1 mulher contaminada para 17 homens na mesma situação. Atualmente, a proporção é de 1 para 2 e é nesse contexto que as crianças tornam-se vítima potencial da aids.⁶ No Brasil, às mulheres que atualmente vivem em regime de reclusão no sistema penal, representam quase 10.000 pessoas condenadas e que aguardam julgamento de suas sentenças, sendo, a grande maioria mães com baixa escolaridade. Respeitando as especificidades desta população, amplamente discriminada pelo Estado e sociedade, - a maioria em idade reprodutiva e todas, condenadas à separação brusca de seus filhos em função da vida no cárcere - , nesta pesquisa, foram abordadas questões diretamente relaciona-

das à maternidade, amamentação, sexualidade e a vulnerabilidade dos sujeitos e de sua prole, a infecções pelo HIV/aids e DST, considerando sua cotidianidade dentro e fora da cadeia e valorizando suas experiências anteriores a este respeito, assim como, opiniões e sentimentos. Para tanto, propomos os objetivos que se seguem.

OBJETIVOS

- levantar qual a percepção que as mulheres detentas têm sobre maternidade e seus filhos, suas reais necessidades enquanto mães separadas de sua prole pela detenção e os prováveis efeitos emocionais relativos a esta problemática;
- orientar essas mulheres, quanto à vulnerabilidade as DST e aids, através de contatos sexuais na cadeia e fora desta, sem quaisquer precauções que evitem a contaminação do HIV e outros patógenos, transmitidos à mulher e a seus filhos durante a gravidez, considerando os conhecimentos e habilidades que elas já possuem em torno do assunto;
- correlacionar práticas sexuais de maior risco ao contágio do HIV e agentes causadores de DST, considerando: frequentes trocas de parceiros(os) dentro e fora da cadeia, a prática do bissexualismo em períodos de liberdade destas mulheres e a reincidência ao crime e a prisão favorecedora do trânsito destas e outras doenças, do meio prisional às ruas e vice-versa.
- incentivar as mulheres detentas a tornarem-se agentes multiplicadoras de conhecimentos e comportamentos mais adequados à prática sexual entre parceiros(as), quebrando a cadeia de transmissão vertical do HIV, especialmente no convívio com a marginalidade, meio no qual predomina a promiscuidade sexual e o uso comum de drogas injetáveis.

METODOLOGIA

Trabalhamos com 14 mulheres detentas em uma cadeia pública feminina localizada em uma cidade do interior paulista, estando, mais da metade na faixa etária de 18 a 34 anos, todas mães com 01 até 05 filhos, sendo duas homossexuais ativas, a maioria condenada por tráfico de drogas, vivendo em regime fechado de prisão. Desenvolvemos uma pesquisa-ação humanista, participativa e qualitativa, atendendo aos preceitos éticos e o rigor científico, utilizando gravação em fitas K-7 autorizada por escrito pelos sujeitos participantes, com posterior transcrição, análise e interpretação de suas falas.

RESULTADOS

De acordo com o quadro 1, quase metade das mulheres é solteira e as demais, viúvas, separadas ou amasiadas. As catorze mulheres detentas pesquisadas são mães, totalizando 38 filhos, em média quase 3 crianças para cada mulher. A maioria tem entre 18 e 34 anos de idade, católicas, com baixo nível de escolaridade. Mais da metade afirmou não ter passado pela experiência de aborto e trabalhar fora do lar antes da prisão.

O quadro 2 evidencia que quase metade das mulheres teve uma infância sustentada por parentes, especialmente avós e tias, em função da separação de seus pais e ou dificuldades financeiras destes. Foram crianças que não tiveram bom relacionamento com a mãe ou quando tinham, recebiam visitas maternas esporádicas. A mãe é citada com frequência se comparado à figura paterna, a qual os sujeitos, não aparecem valorizar. A agressividade e a rebeldia foram traços que marcaram a infância de três sujeitos, sendo que a pobreza sempre esteve presente neste período da vida de todas as

QUADRO 1
Identificação pessoal das mulheres detentas da cadeia pesquisada.

Suj. N.º	Est. Civil					N.º Filhos					Idade				Religião*			Aborto			Escolarid.**			Profiss.		
	S	C	V	O	T	1	2	3	4	=5	T	18-34	35-40	41-50	T	C	Cv	T	S	N	T	F	EM	C	T	
01		X				X					X					X			X		X					Do Lar
02		X					X					X				X			X			X				Comerciant
03	X						X				X					X			X		X					Vendas
04		X					X					X				X			X					X		Vendedora
05	X							X					X			X			X		X					Doméstica
06		X					X						X			X			X				X			Lactarista
07	X						X				X					X			X		X					Comerciant
+ 08		X					X				X				X			X		X		X				Ruralista
09	X						X				X					X			X		X					Do Lar
10		X						X			X					X			X		X					Faxineira
11		X					X				X					X			X		X					Do Lar
12		X					X				X					X			X				X			Autônomo
13	X						X					X				X			X		X					Manicure
++ 14	X						X					X				X			X		X					Hotelaria
T	6	2	2	4	14	3	3	4	3	1	14	8	4	2	14	13	1	14	6	8	14	10	1	3	14	

(*) Religião: C= Católica; Ev= Evangélica; O= Outra (***) Escolaridade: F= Fundamental; EM= Ensino Médio ; C= Completo; I= Incompleto
+ Gestante no 5º mês de gravidez com Ca de fígado, em tratamento quimioterápico ++ Paciente com tuberculose ativa em tratamento na cadeia.

QUADRO 2
- Respostas referentes à questão 1 - O que você lembra da sua infância?

Suj.	O que você lembra da sua infância?
01	"Gostava de brincar com os irmãos... o padrasto judiava muito de mim. Fui morar com uma tia, e o tio manteve relação sexual a força comigo num cafezal. A minha mãe largou do meu pai porque ele era casado. Desde pequena recebi muito carinho da minha mãe. Sempre tive um bom relacionamento com ela..."
02	"...me lembro que eu era muito rebelde, muito agressiva... eu tinha dificuldade de me relacionar com as pessoas. Minha mãe nunca foi legal. Eu e minha irmã mais nova, nós ficamos meio distantes da minha mãe."
03	"Eu sempre fui uma criança muito sozinha. Fui criada pelos meus avós, neta única, filha única. Minha avó materna, ela que tomou conta de mim até os 11 anos.... Depois, fui morar com a minha mãe."
04	"Eu era muito moleque. Brincava de carrinho de rolimã, cirquinho, fazer cabana, empinar pipa...sempre brincadeira de moleque... Relacionamento com os meus irmãos não era muito bom, sou a mais nova de uma prole de 11, então, judiavam de mim."
05	"...eu fui muito feliz na minha infância. Sou a mais velha de 7 irmãos... minha mãe sempre junto. Hoje ela é uma lembrança muito gostosa, mas minha mãe era mãe, amiga, companheira, tudo... era tudo... ela faleceu faz 2 anos."
06	"...lembro quando eu brincava de casinha com as minhas amigas, brincava de esconde-esconde com os meus irmãos. Vivi até os dez anos de idade com a minha avó, que me criou desde os 3 meses. Após os 10 anos fui morar com os meus pais. Da mãe... houve muita falta de carinho da parte dela. Eu sofri muito isso, eu senti muito isso, porque ela dava mais atenção, mais carinho pro meus irmãos, homens, na época, né. Minha mãe nunca fez atos de carinho, de me beijar, de me abraçar... eu sentia assim, muito distante dela."
07	"Eu gostava do meu pai e da minha mãe, dos meus irmãos gostava muito, brincava muito . Era gostoso... tenho muita saudade da minha infância. Minha mãe era uma pessoa muito boa , conversava muito com a gente, sempre me dei bem com ela."
08	"Era um relacionamento bom. Estudava , cuidava dos meus irmãos, tinha bom relacionamento em casa."
09	" Eu era feliz. Vivía bem. Estudava, tinha um bom lar. Eu era muito feliz ... sempre fui bagunceira."
10	"Eu na minha infância era . . .um pouco rebelde. Tinha bom relacionamento com os pais e os irmãos. Brigava muito com os irmãos, apanhava muito dos meus irmãos. Eu gostava muito de sair, de andar, bater perna... fui muito rebelde né."
11	" Era bom, gostava de brincar... gostava muito dos meus irmão, aliás, gosto ainda . e minha mãe e meu pai sempre me trataram muito bem . nunca tive problema com meu pai e mãe."
12	" Muita simplicidade... a gente era pobre. Não é uma infância muito cheia de lembranças boas , não. Os pais também, a gente lembra muito pouco, porque eles se separaram muito cedo...não tenho lembranças de pais juntos. Não foi eles que criaram a gente, foi com tias e avós."
13	"A gente era uma família pobre... vivía sem muito conforto, uma vida dura, não tinha muita diversão pra brincar. Somos em 3 irmãos. Nós fomos criados por tias e avós. Minha mãe... vinha nos visitar sim, no fim de semana."
14	"Eu sempre tive bom relacionamento com meus irmãos, com meus pais... tive uma infância boa, brincava, estudava como uma criança normal. O relacionamento com a minha mãe é muito bom..."

entrevistadas, embora tenha sido mencionada apenas por dois sujeitos. As demais mulheres detentas, afirmaram terem tido na infância, bom relacionamento com os pais e irmãos, brincarem e estudarem normalmente. Uma das mulheres, referiu que quando criança, sofreu abuso sexual por parte de um tio, enquanto morou na casa deste, após a separação de seus pais.

Em relação a esta questão 3, a maternidade para a totalidade das entrevistadas, é correlacionada a um forte sentido de proteção e afeto pelos filhos, a continuidade da espécie e a experiência de vida necessária à mulher no tocante a sua realização pessoal.

A separação dos filhos em função da prisão dessas mulheres, desencadeia em todas, sentimentos expressos por elas como: *aperto, mágoa, tristeza intensa, angústia, saudade, solidão, dor, morte, perda, arrependimento e falta*. A perda do contato diário com os filhos, a impossibilidade de prestar-lhes cuidados básicos como dar

banho e alimentá-los, provoca, segundo uma das mães entrevistadas, um distanciamento natural dos filhos em relação à mãe, considerando também, que durante o período de ausência materna, sua prole é criada por outras pessoas, o que quebra o sentido de família integral, fato este, que dificulta o resgate do afeto dos filhos, tanto durante como após a prisão, conforme consta no quadro 4.

O medo de perder a confiança e o carinho dos filhos proporcionalmente ao tempo de reclusão, aparece nas falas de algumas mulheres detentas. O distanciamento causa-lhes desde depressão a uma idéia de provação enviada por Deus, como teste de resistência aos valores maternos. A saudade e a ânsia pela liberdade com o propósito de reencontrar os filhos, que nem sempre todas vêm nos dias de visitaçao, são agravados pela ociosidade vivida nesta cadeia, favorecendo o aumento da religiosidade para alívio da dor sentida, conforme aponta o quadro 5.

QUADRO 3

Respostas referentes à questão 2 – O que significa para você a maternidade, isto é, ser mãe na sua vida?

Suj.	Significado da maternidade na sua vida
01	"Gosto de ser mãe. Adoro meus filhos. Tenho o maior carinho por eles. Não deixo ninguém relar a mão neles de tanto carinho que eu tenho..."
02	"...é uma coisa até necessária pra vida de uma mulher, legal... a gente dá continuidade ao ciclo da vida."
03	"É maravilhoso. Não tem coisa mais gratificante que ser mãe. Não existe."
04	"Ser mãe pra mim é tudo. Uma dádiva de Deus coisa mais importante...a coisa que eu mais amo na minha vida, são os meus filhos."
05	"Maravilhoso. Apesar de ser solteira...eu tive 5, 6 filhos, né... gostei, eu gosto muito dos filhos."
06	"Ser mãe é maravilhoso. Nossa! Eu amo os meus filhos de paixão."
07	"Ser mãe é uma coisa muito boa. Tenho muita saudade da minha filha."
08	Resposta inválida por falha na gravação.
09	"Ah! ser mãe, eu acho que tem que ser uma pessoa responsável, carinhosa cuidadosa. é... que ser mãe é uma coisa muito boa na vida da gente que é mãe."
10	"Eu acho ótimo lindo, maravilhoso. Adoro meus filhos. Como eu adoro ser chamada de mãe!"
11	"Eu acho bom, muito interessante ser mãe."
12	"Muita responsabilidade."
13	"...uma conquista, uma felicidade de ter coisas minhas saber que era um filho meu. Sempre foi um sonho meu ser mãe."
14	"...ser mãe é uma mulher realizada, é amor."

QUADRO 4

Respostas referentes à questão 3 – Sendo mãe e estando aqui neste local, o ue você sentiu não podendo desfrutar da companhia do(s) seu(s) filhos?

Suj.	O que você sentiu não podendo desfrutar da companhia do(s) seu(s) filhos
01	"Sinto aperto, mágoa, uma dor de não poder estar perto...tem hora que eu não consigo nem comer porque eu olho pra comida e penso se eles estão comendo lá fora..."
02	"O contato com os filhos, isso a gente nunca recupera. Abre uma barreira, um distanciamento natural, porque são colocados em outro...em outra família, em outra realidade...então isso quebra aquele ciclo de família."
03	"Em dar banho, sabe, dormir juntinho, dar comidinha na boca...é aquela mãe coruja! É o que mais me corrói. É cuidar dela."
04	"É uma tristeza intensa...uma saudade... não tem uma noite quando eu coloco minha cabeça no travesseiro que não vem eles em mente...é uma saudade tão grande, tão grande, tão grande! É uma dor tão grande."
05	"Pra mim foi a morte... uma sensação de perda... de... parece que eu tô perdendo eles cada dia que passa... sofro muito com isso."
06	"Sinto tristeza, angústia...eu rezo muito, peço muito a Deus pra me confortar...se Deus quiser em breve, estarei em liberdade...pra tá junto com eles...acompanhar nos estudos, no trabalho, no dia a dia..."
07	"Sinto muita tristeza, muita saudade, muita solidão."
08	Não respondeu
09	"Revolta, solidão, arrependimento. Sinto muito a falta de meus filhos."
10	"Muita tristeza, angústia...como se tivesse arrancado um pedaço de mim."
11	"Ah...sinto muita falta de meus...a visita é muito pouco...não dá tempo de ficá com eles e deu matar a saudade que eu tenho deles."
12	"É muito doído. Dói muito."
13	"...fico muito... muita tristeza, deixando meu filho pequenininho. Nunca pensei que ia ser assim desse jeito."
14	"É uma das dores que não tem como explicar. Só sentindo."

QUADRO 5
respostas referentes à questão 4 – **Como você vê isto?**

Suj.	Como você vê isto
01	"Oração, passo o tempo lendo a Bíblia, revista, vendo televisão...só que eu não paro de pensar se estão sendo bem tratados, se eles andam limpinhos como andavam..."
02	"Eu vejo de uma forma muito negativa pro relacionamento. É uma distância muito grande, né."
03	"...uma ansiedade louca pra sair, porque quanto mais rápido possível...pra recuperar não vai ter como, né."
04	"Saudade. Só isso."
05	"É triste, é horrível de mais para mim... pra eles também, ainda mais que moro longe, né... e eles são menores, não podem vir aqui."
06	"Eu amo muito meus filhos... eu creio que eles me amam. Além de serem meus filhos, são grandes amigos meus."
07	"Ah... é muito triste, sinto muita saudade da minha filha."
08	Não respondeu.
09	"Ai... pra mim não é certo. Eu queria mesmo ficar ao lado da minha filha e do meu filho."
10	"...é muito duro, porque no começo da cadeia...eu caí numa depressão muito profunda, eu achava assim que eu estava perdendo meus filhos..."
11	"Fico muito triste..."
12	"Psicologicamente a gente não tem nem ... é como se fosse uma provação de Deus, prá vê até aonde a gente suporta. Só que é muito difícil, difícil mesmo."
13	"...tem hora que parece que vai ser o fim de tudo, não vou recuperar mais confiança deles, né. É muito difícil."
14	"Ah, é uma injustiça grande."

QUADRO 6
Respostas referentes à questão 5 – **O que significa o(s) seu(s) filho(s) para você?**

Suj.	Significado que têm seus filhos
01	"Uma coisa preciosa, mais preciosa que eu tenho. Minha vida. A maior felicidade pra mim é ver eles brincando, agora, quando estão amados eu não estou contente."
02	"Significa tudo, porque eu não aguentaria essa barra, tudo o que a gente tá passando aqui dentro, se eu não soubesse que teria três pessoas me esperando lá fora."
03	"Acho que ela preenche meu tudo, a M. preenche tudo para mim...é a minha vida."
04	"A razão, de tudo. Meus filhos é o meu tudo..."
05	Não respondeu.
06	"Meus filhos é tudo pra mim. É o grande amor da minha vida..."
07	"Minha filha significa tudo pra mim. Tudo mesmo."
08	Não respondeu.
09	"Significa tudo."
10	"Tudo."
11	"Significa tudo, né."
12	"Tudo."
13	"Tudo o que eu tive de bom na minha vida... esperança."
14	"Pra mim significa tudo. A minha vida."

Mostra-nos o quadro 6 que, as mulheres ao serem indagadas sobre o significado dos filhos em sua vida, a maioria respondeu ser *tudo*. Correlacionam toda sua esperança e esforços despendidos para enfrentarem situações como a de estarem no cárcere, a existência de seus filhos. Apenas duas mulheres detentas não responderam à questão 5, apresentando-se muito emocionadas no momento da entrevista.

O quadro 7 aponta que, com exceção de uma detenta, cujos filhos não sabem que ela se encontra presa, as demais têm consciência do descontentamento e sofrimento dos filhos. Alguns sentimentos traduzem o que seus filhos possivelmente pensam diante o fato da permanência da mãe na cadeia, a serem: revolta, pena, constrangimento, humilhação, tristeza e saudade. Segundo alguns depoimentos, os filhos menores não têm consciência exata da situação,

porém, ao visitá-las, cobram-nas para que saiam logo da onde se encontram e voltem para casa.

De acordo com o quadro 8, apenas quatro mulheres afirmaram que sua relação com seus filhos antes e após a prisão continua a mesma, ou seja, um relacionamento afetivo e companheiro, apesar de terem poucas oportunidades de estarem juntos. As demais, mencionaram que antes, a relação com os filhos era melhor. Antes, o convívio possibilitava maior interação e participação no cotidiano de sua prole, inclusive nas atividades de lazer, sendo que após a prisão, houve um certo distanciamento dos filhos, percebido por elas nos dias em que são visitadas. Dois sujeitos, no entanto, afirmaram não saberem exatamente o que mudou, a que nível mudou, esperando poder avaliar a situação apenas quando em liberdade.

QUADRO 7

Respostas referentes à questão 6 – O que acha sobre o que ele(s) pensa(m) sobre você estar aqui?

Suj.	O que você acha que ele (s) pensa (m)
01	"Acho que eles não ficam contentes...é o maior sofrimento pra eles, pra cabeça deles."
02	"Meu filho maior, eu acho que ele sente vergonha...a de 10 anos, ela sente dó...ela pode até sentir vergonha, mas ela sente dó porque o amor que ela tem por mim é muito grande. E a pequenininha, ela não tem consciência. Cada um tem um sentimento por mim."
03	"Foi um choque para ela. Até hoje ela não entendeu, porque ela nunca viu eu usando droga, né. Isso mexeu muito com a cabeçinha dela...inclusive até na escola, atrapalhou muito...foi uma coisa assim que...acho que criança nenhuma merece. Eu acho que quando eu sair daqui, eu vou estar nascendo...pra ela novamente. Você vê o amor louco que ela tem por mim."
04	"... eles sabem de toda a história. E eles acham que se eu estou aqui, estou pagando. Só que eles falam que a gente vai ser muito feliz depois que a gente sair daqui da cadeia... Eles vêm me visitar, me tratam super bem, me amam, me adoram."
05	"No início eles ficam muito revoltados, né... é uma coisa que ninguém esperava. Mas agora, eles parece que tá achando normal."
06	"... eu já pedi perdão a ele e a minha filha...por todo este constrangimento que eu fiz eles passarem, né...de estarem vindo aqui, passarem por revista...por humilhação... Eles dizem que acreditam em mim e acreditam que eu não tenho culpa do que aconteceu."
07	"Ai... ela fica triste , né ,sente saudade. Fala pra mim não tornar noutra assim."
08	"Acho que passa bastante coisa pela cabeça dele...ele é muito apegado comigo. Então, ele está bastante abatido."
09	"A menininha tem seis meses não entende, né. O mulequinho fala pra mim, mãe quando você vai embora; fica perguntando. Eu acho que pode ser uma criança revoltada por eu não estar perto deles."
10	"Foi um choque pra eles...então eles pergunta, fica perguntando quando que eu vou embora, quando que eu vou sair daqui...que eles que eu vou passar o natal com eles. E acho que eles ficaram bem sentidos."
11	"Eles fica revoltado, pergunta quando você vai embora, mãe, quando você vai voltá pra nois? Aha falta da mãe."
12	"Ai... eles me entende , né .Meus filhos são muito meus amigos."
13	"Eu acho... difícil responder assim. Eu acho que eles entendem sim."
14	"Ah, eu não faço idéia do que eles pensam porque eles nem sabem que eu estou aqui."

O quadro 9 suscita-nos a compreensão de acordo com a maioria das falas, que os parceiros as consideram: *mãe carinhosa; ótima mãe; mãe exemplar; era como sua mãe; mãe super dedicada; carinhosa com os filhos; boa mãe; excelente mãe; mãe muito amorosa, apegada aos filhos; mãe ativa, preocupada*. Duas detentas, no entanto, não souberam responder, considerando que os pais de suas crianças não acompanharam sua atuação como mãe, praticamente, desde o nascimento de seus filhos. Já como parceira, quase a totalidade das mulheres afirmou que seus companheiros sempre a consideraram: *boa companheira; sincera; honesta; boa esposa; ele gostava; ele sempre me amou muito; nunca reclamou de nada; uma mulher boa, compreensiva*. Quatro mulheres, no entanto, sendo duas homossexuais ativas e duas heterossexuais, afirmaram que seu relacionamento com o sexo oposto foi *uma tragédia; deixei muito a desejar*; a terceira, nada respondeu e quarta, teve apenas um romance passageiro sem maiores considerações a respeito do convívio com o ex-parceiro.

De acordo com o quadro 10, mais da metade das mulheres afirmou que foi ou ainda é o parceiro masculino ou pessoa que desempenha o papel de macho, quem manda mais na relação amorosa, é quem comanda, quem se sobressai no papel de agente ativo, que tem o poder sobre a mulher. Três detentas responderam serem elas quem dominava a situação na relação com o parceiro e outras três, afirmaram que viviam antes da prisão, relações igualitárias de mando em relação ao companheiro.

Respondendo sobre quem toma a iniciativa na relação sexual, oito mulheres afirmaram no quadro 11, que são os parceiros que iniciavam; duas detentas mencionaram que são elas mesmas quem começavam, enquanto três disseram serem os dois. Quanto à liberdade sexual com o(a) parceiro(a), todas responderam afirmativamente, ou seja, que tinham ou têm total liberdade.

O quadro 12, mostra que quando indagadas se conversam ou conversavam sobre sexo com seus parceiros(as), nove mulheres responderam que sim. Houve contradição nas respostas das detentas que praticam o homossexualismo na prisão. Apenas dois sujeitos afirmaram ter o hábito de conversar a respeito de sexo com o parceiro e três não responderam esta pergunta da questão 11. Quando indagadas como preveniam a gravidez, as respostas dadas foram: quatro mulheres usavam pílula anticoncepcional, duas preveniam com camisinha e duas fizeram laqueadura. No entanto, duas detentas afirmaram que nunca preveniram e quatro não responderam a pergunta. Em relação a como previnem as DST/Aids, dez entrevistadas disseram que não previnem, duas referiram-se a camisinha e duas nada responderam a este respeito.

De um modo geral, as mães denominam a relação do pai com seus filhos como boa, carinhosa e muito próxima, mesmo no caso de duas detentas cujos parceiros estão presos e portanto, igualmente separados dos filhos. Quatro mulheres, no entanto, referiram-se a uma relação mais negativa que positiva entre pais e filhos, seja porque os filhos não têm contato ou mesmo não conhecem seus pais, seja pelo fato do pai estar constantemente embriagado e sem condições de relacionar-se afetivamente com sua prole, como indicado no quadro 13.

No quadro 14, em relação ao que o(s) filho(s) pensa(m) da mãe estar na prisão, cinco detentas afirmaram que não sabem exatamente, sendo que uma delas imagina que o filho deva estar *horrorizado, escandalizado e envergonhado*. As demais mulheres, acreditam que sua prole aguarda ansiosa a liberdade da mãe, acha que são boas mães, demonstra muito amor e carinho para com elas e que a mãe é *tudo* para o(s) filho(s). Quanto ao que as mulheres pensam do(s) filho(s), todas demonstram grande afetividade ao falarem nele(s), desejando a ele(s) o melhor e tendo-o(s) na conta de *tudo* em sua vida.

QUADRO 8

Respostas referentes à questão 7 – Como era sua relação com o(s) seu(s) filho(s) antes? e como é agora?

Suj.	Antes	Agora
01	"O mesmo carinho antes é o de agora."	"Quando estão perto da mãe brincam bastante, são alegres."
02	"Bom, meu relacionamento era bem íntimo, a gente era bem amigos."	"Agora, eu não posso dizer, porque é difícil falar, pois eu não continuo a mesma. Eu sei que mudou, mas a que nível, como mudou ainda não sei...eu só vou saber mesmo a hora que eu sair daqui..." "Ela senti muita falta, porque os avós não levam ela pra tomar um sorvete, não leva ela pra passear...o que ela mais sente falta é passear com a mãe..."
03	"Eu convivia pouco, porque eu viajava muito. Eu fazia tudo, eu levava ela pra lanchonete, pra tudo! Tomar sorvete, comer um lanche...brincava com ela."	"Eles continuam falando isso."
04	"Nossa, antes eles falavam que eu era mais do que mãe, mais do que amiga... eu levava eles pra pescar, caçar... eles morrem de saudade desse tempo e cobram isso."	"...converso com as crianças... procuro ser pra eles como foi minha mãe pra mim."
05	"A mesma coisa."	"e hoje... melhor ainda, porque a distância nos une mais ainda."
06	"Antes eu tinha uma vida muito agitada, eu trabalhava bastante...só que nós tínhamos uma super convivência... éramos super amigos, eu e meus filhos"	"Agora sinto que está meio distante."
07	"Antes era gostoso, sentia ela próxima."	"Ele tá mais triste, mais diferente um pouco."
08	"Ele era bastante apegado."	"Agora, já não tem mais este tempo. Quando vem aí é muito pouco tempo pra ficar junto, nem dá prá conversar e fazer carinho."
09	"Antes eu tratava ele bem e dava carinho..."	"Agora eles fica meio sentido na hora de ir embora...eles fica triste. A gente também fica ...pra eles é duro."
10	"Eu acho que é a mesma coisa."	"Agora, o carinho dobrô."
11	"Antes eu dava carinho... é muito triste."	"Bom ... agora não posso dizer, né porque ainda não sei."
12	"Sempre criei eles sozinha, sempre tiveram do meu lado."	"É muita amizade entre eu e meus filhos, né. A gente conversa sobre todos os assuntos."
13	"Muitos conselhos eu dava prá eles, também davam conselhos prá mim, apesar de ser tudo menores, um relacionamento muito bom."	"Meus filhos me amam muito e eu amo muito eles."
14	"Minha relação sempre foi a mesma."	

Conforme as falas registradas no quadro 15, os filhos de nove mulheres detentas encontram-se sob os cuidados da sua mãe, ou seja, das avós maternas das crianças. Quanto aos filhos das demais, estes se encontram nas casas de irmãs, comadres, avós e sogras das detentas. Apenas um casal de filhos adolescentes de uma delas, moram sozinhos na mesma casa em que moravam com a mãe.

Analisando as falas do quadro 16, verificamos que quase a totalidade das pesquisadas espera que seus filhos estudem para serem *alguém na vida* e terem um *futuro brilhante*, consigam *arrumar um serviço* e uma *profissão melhor*. Com relação a esperar que os filhos estudem para obterem melhores posições na vida, onze do total de sujeitos entrevistados priorizaram esta questão. De modo geral, a maioria espera que os filhos tenham mais e melhores oportunidades na vida do que elas, suas mães.

Quase todas, cuidavam dos seus filhos antes da detenção. No caso de duas mulheres, era a mãe delas quem cuidava e outra, sua filha morava com a avó, tendo contato com a mãe, apenas aos finais de semana, conforme o quadro 17.

De acordo com as falas registradas no quadro 18, as atividades que a maioria das mulheres mais gostavam de fazer junto a seus

filhos, eram lazer e cuidados básicos como alimentação e higiene das crianças. Algumas mencionaram o prazer que tinham em atender os gostos dos filhos e permanecer ao lado dos mesmos no dia a dia, ensinando a lição da escola, contando histórias infantis e assistindo televisão na companhia de sua prole.

São variadas as mensagens registradas no quadro 19 pelas entrevistadas, predominando o aconselhamento a outras mães para que acompanhem melhor seus filhos para que eles não se envolvam com drogas, dando-lhes maior valor e carinho, e, a respeito do doloroso sofrimento pelo qual passam em função da separação brusca de seus filhos, por estarem presas. As demais mensagens voltam-se as péssimas condições de vida na cadeia, interpretada como uma experiência amarga com perda da dignidade do ser humano, pela omissão do Estado que não oferece condições mínimas às pessoas no cárcere prisional, no sentido de terem seus direitos humanos atendidos. Uma detenta, fala sobre sua alegria em viver um grande amor com outra mulher, parceira de cela, demonstrando ser-lhe bastante compensadora esta relação, enquanto outra, pede perdão filha, declarando a falta e o amor que sente por ela. Apenas uma detenta nada declarou nesta questão.

QUADRO 9

Respostas referentes à questão 8 – Como seu parceiro a percebe como mãe? e como parceira

Suj.	Como mãe	Como parceira
01	"Como uma mãe carinhosa."	"Uma boa companheira. Ele é feliz comigo."
02	"Ele sempre me achou uma ótima mãe... e eu acho que eu cumpri com as minhas obrigações diante dos meus filhos."	"Como mulher eu acho que eu deixei muito a desejar, mesmo por que, se eu tivesse sido uma boa esposa, nós não estaríamos presos..."
03	"O pai da minha filha não conhece, não tem convívio nenhum. Agora, com a minha mulher... a única coisa que ela fala é que a minha filha é carente..."	—
04	"Ele, meu marido sempre falava pra mim que como mãe, eu era uma pessoa exemplar..."	"Só que na cama... era uma tragédia. Em casa, sexo era festa. A gente faz de vez enquanto..."
05	"Ele achava que era como sua mãe..."	"Boa companheira."
06	" Ele achava eu uma mãe super dedicada, super carinhosa com os filhos."	"...e companheira também. Sempre fui uma... procurava ser sincera, honesta..."
07	"...ele falava que eu era muito boa mãe."	"...boa esposa, né, ele falava."
08	"Ah! ele acha que eu sou uma boa mãe."	"Tem uma boa companheira, também."
09	"...uma boa pessoa, uma excelente pessoa. Eu sempre fui carinhosa, não gostei e não gosto de ninguém que bate nos meus filhos. Ele me acha uma excelente mãe."	"Ele falava pra mim que o carinho que ele não tinha com a mãe dele, com as famílias... e disse que eu dava muita força, muito conselho, muito carinho. Ele gostava."
10	"...ele sabe que eu sempre fui uma mãe muito amorosa, muito apegada nos filhos."	"Como parceira ele sempre me amou muito."
11	"Uma ótima mãe."	"Uma boa companheira."
12	"Ai, é difícil, né a gente responder..."	"Pelo menos assim no convívio, nunca reclamou de nada..."
13	"Ele sempre falava pra mim que era uma mãe ativa, né. Preocupava com os meus filhos."	"Como parceira... ele sempre me elogiava também, ser uma mulher boa, compreensiva, né."
14	"...e meu filho me acha uma boa mãe."	"Não, ele não é assim... meu parceiro. Nós tivemos um romance."

QUADRO 10

Respostas referentes à questão 9 – Na sua relação com o(a) parceiro(a), quem manda mais?

Suj.	Quem manda mais
01	"Os dois."
02	"É ele, porque ele tem muito poder de perseverança...ele quer uma coisa, ele fica, fica... acho que ele manda um pouco mais."
03*	"Acho que é a minha parceira, tudo ela comanda..."
04*	"Olha, eu tentava ser o macho. Que eu gosto de ser o macho... mas, aconteceu que ela quer ser o macho, então a gente tá jogando de igual pra igual na cama..."
05	" Era eu."
06	" Era mais ele."
07	"Era ele."
08	"Ah, ele, né."
09	" Ele."
10	"Eu."
11	"Ele..."
12	"Eu."
13	"Acho que era ele, né."
14	"Nós dois iguais."

* Parceiras homossexuais na cadeia.

QUADRO 11

Respostas referentes à questão 10 – Na hora do sexo, quem começa? você tem liberdade com ele(a)?

Suj.	Quem começa	Você tem liberdade
01	"O companheiro."	"Tenho."
02	"Ah, de repente é eu que começo, de repente é ele."	"A gente tem total liberdade. Tenho liberdade de falar que eu não quero...ele também. A gente têm uma relação aberta."
03*	"É sempre ela."	"Ela é muito atirada, ela é muito louca... tem hora que eu tenho medo."
04*	"Eu que começo sempre... porque eu sou tarada. Eu não consigo ficar sem sexo. Sexo pra mim, é como arroz e feijão. Sou tarada, tarada, louca, louca, louca... gosto de novidades."	"Tenho."
05	"As vezes eu., as vezes ele começava."	"Sim. Liberdade total."
06	"Sempre eu."	"Eu tinha liberdade... procurava para fazer amor."
07	"Era ele quem começava sempre."	"Tinha."
08	"Sempre é ele."	"Tenho. A gente conversa bastante."
09	"Era os dois."	"Tinha liberdade... eu tinha, ele tinha. Já começava beijar e já ia pro clima. Os dois juntos."
10	"Ele é que começa na hora do sexo."	"Tenho liberdade com o parceiro . . . ele não acha ruim."
11	"Ele ."	"Eu tenho liberdade."
12	"É reservado, né."	"Tenho."
13	"Sempre é ele."	"Sim."
14	"Ah, ele começava."	"Eu tinha sim , liberdade."

QUADRO 12

Respostas referentes à questão 11 - Vocês conversam sobre isso? Como se previnem contra a gravidez? E DST/Aids? Como?

Suj.	Conversam	Como previnem gravidez	Como previnem DST/Aids
01	"Não."	"Pílula anticoncepcional."	"Não uso nada."
02	"Sim."	"Laqueadura."	"Difícil, porque o homem é machista. Contra a aids, nós dois é que temos que ter consciência."
03*	"Aqui, a gente não está conversando nada sobre nada."	—	"...a respeito de HIV, não tive tempo ainda."
04*	"Conversamos sim. Temos medo... sinto-me até defasada no conhecimento da aids."	—	"Não prevenimos."
05	"Conversamos."	"Nunca prevenimos."	"Nunca precisamos prevenir."
06	"Conversamos."	"Laqueadura."	"Através de camisinha."
07	"Conversava."	"Usando camisinha."	"Usando camisinha."
08	"A gente conversa bastante."	Não respondeu.	Não respondeu.
09	"Conversava."	"Tomava pílulas."	"Eu tinha relação só com ele e ele só comigo." Não respondeu.
10	"Conversamos."	Não respondeu.	"É muito difícil, né."
11	Não respondeu.	"É muito difícil, né."	"A gente tem confiança um no outro."
12	Não respondeu.	"Tomo anticoncepcional."	"Contra doenças venéreas, não. A gente tinha confiança um no outro. Contra a aids, nós dois nunca usamos camisinha."
13	"Conversamos muito pouco."	"Anticoncepcional."	
14	Não respondeu.	"Usávamos preservativo."	"Preservativo."

QUADRO 13

Respostas referentes à questão 12 - Como você vê a relação do(s) filho(s) com o pai?

Suj.	Relação do(s) filho(s) com o pai
01	"Os filhos são agarrados com ele. Como pai, ele é muito carinhoso, brinca com as crianças depois do serviço."
02	"Bom. Minha filha vai mais ver o pai do que vem me ver...eles são muito mais próximos."
03	"Não tenho contato. Não conhece."
04	" Os meus filhos amam o pai de paixão...eles amam o pai sim, eles admiram."
05	"Agora, normal...agora que foram forçados a viver juntos, estão cedendo."
06	"O pai dos meus filhos, vivia sempre embriagado...eles sentiam falta de carinho...ele não dava carinho pro meu filho."
07	"Ah , eles não tem contato . Ela não gosta do pai dela."
08	"Ele gosta bastante dele, apesar dele não ser pai do meu filho, mais ele considera como."
09	"...se combinam. O pai também é muito carinhoso, está preso, ficou sentido por não ficar perto da filha dele."
10	"Uma relação muito boa, muito bonita, porque ele gosta muito das crianças. Ele é um pai coruja. Protege muito...faz os gostos deles. Ele é um ótimo pai."
11	"Boa . respeita."
12	"...eles não tem muita relação com os pais não."
13	"Muito boa. Excelente."
14	"...é muito bonita, eles se amam muito."

QUADRO 14

Respostas referentes à questão 13 - O que ele (s) pensa (m) de você? E você dele (s)?

Suj.	Ele(s) pensa(m) de você	Você pensa dele(s)
01	"Pensam muito mal."	"Acho que eles não são felizes longe de mim e nem com o pai que está preso também."
02	"Eu não tive tempo suficiente pra saber o que eles pensam de mim. Então, eu não posso avaliar o que meu filho mais velho pensa. Ele deve estar escandalizado, horrorizado, envergonhado."	"Eu só posso pensar coisas boas do meu filho."
03	"Eu sou o tudo dela."	"Ela é o meu tudo."
04	"Me amam...expressam isso. Não vêm a hora de eu sair da cadeia e viver a nossa vida, retornar a nossa vida."	"A minha filha me chama de princesinha e ela pra mim, é a minha princesa. Pra mim, eles são tudo, tudo."
05	"O que eles falam...eu sou tudo pra eles."	"Pra mim, eles são tudo também."
06	"Meu filho disse que ele jamais vai me desamparar... ele vai tá sempre ao meu lado me apoiando... minha filha também. Eles não vêm a hora de eu sair, ir embora pra casa. Eles sentem muita falta".	"Meus filhos é tudo pra mim."
07	"O que ela pensa de mim eu não sei."	"...eu quero que ela estuda bastante, pra ela ser alguém na vida."
08	"...ele também."	"Eu penso coisa boa pra eles."
09	"Pensam que sou uma boa mãe. Eles gostam de mim também."	"Pra mim, eles são ótimos filhos. Gosto muito deles."
10	"Eles nunca falaram, né...mas, a gente vê que eles me amam muito."	"Eu amo muito eles também...são crianças maravilhosas pra mim."
11	"Devem achar que sou uma ótima mãe."	"...bons filhos, educados...então, é uma maravilha pra mim."
12	"Eu acho que é difícil responder, mas, demonstram muito amor, muito carinho."	"...que a melhor coisa do mundo, o melhor filho do mundo."
13	"Acho que eles pensam assim: minha mãe tá aí, ela segura a barra de tudo, minha mãe é pra o que der e vier."	"Eu penso que eles são os melhores filhos do mundo...que eles vão ser o grande futuro pra mim. Tenho muita esperança neles."
14	"O que ele pensa...só na cabecinha dele, né."	"Eu penso que meu filho tenha um futuro brilhante."

QUADRO 15

Respostas referentes à questão 14 – Neste período em que você está aqui, onde e com quem está (ão) seu(s) filho(s)?

Suj.	Onde e com que está (ão) seu(s) filho (s)
01	"Na casa da sogra que mora na frente do barraco a onde eu morava."
02	"Meu filho mais velho está com a minha mãe, a do meio está com a minha sogra e a menor, está com a minha comadre. A família se diluiu no momento em que fui presa e meu marido também."
03	"Ela está com a minha avó, bisavó dela."
04	"Com a minha mãe."
05	"Em outra cidade."
06	"Meus filhos moram sozinhos...ao lado da casa do meu irmão."
07	"Está com minha irmã."
08	"Ele está com a minha mãe."
09	"Com minha mãe."
10	"Eles estão na minha casa mesmo. Uma irmã minha mora com meu cunhado...e, a minha mãe mora vizinha pertinho. Tão na guarda da minha mãe, mas, a minha irmã cuida e a minha mãe também ajuda a cuidá."
11	"Com minha mãe."
12	"...não tô sabendo, não tenho notícia dele, não sei com quem estão. Isso que mais machuca a gente." "Eu suponho que eles estejam com a minha mãe, ou com a minha tia. Não tenho certeza, porque a gente não tem notícia de nada ainda."
13	"Eu suponho que eles estejam com a minha mãe, ou com a minha tia. Não tenho certeza, porque a gente não tem notícia de nada ainda."
14	"Com minha mãe."

QUADRO 16

Respostas referentes à questão 15 – O que você espera do futuro dele (s)?

Suj.	Espera do futuro dele(s)
01	"Espero que estudem para poderem arrumar um serviço bom, uma profissão melhor."
02	"...espero tudo de bom, quero que eles se formem e sejam alguma coisa, que se destaquem entre os seus amigos de escola pra poderem ser alguém na vida."
03	"...que a minha filha estude e seja alguém mais que eu, que ela seja feliz. Quero ter um monte de neto."
04	"Eu espero que jamais eles venham conhecer um lugar desse, que continuem estudando...que terminem a faculdade que eles querem fazer. Que jamais, em hipótese alguma, venham conhecer esse oásis infernal que é a cadeia. O que eu não tive, quero pra eles."
05	"Se eles continuarem do jeito que eles estão, vai ser bom. Estudam, trabalham...tá tudo bem."
06	Um futuro brilhante. Que eles tenham tanto uma formação religiosa, como um diploma de faculdade."
07	"Espero que ela cresça, estude bastante pra ser alguém na vida."
08	"Que ele seja estudioso...pra ter um futuro melhor pra ele."
09	"Que eles estudam, trabalham, tenham uma vida melhor que a minha, o que eu não pude ter."
10	"Eu espero muito. Um futuro muito bom pra eles."
11	"Ah, um estudo. Que eles possam ser alguma coisa na vida."
12	"Espero melhor...que seja bem melhor do que o meu. Estudo, muito estudo acima de tudo."
13	"Sejam uns homens de bem, que sejam homens trabalhador, íntegro, que tenham um futuro bom mesmo, que estudem bastante e eu vou colaborar pra isso."
14	"Um futuro brilhante, bem diferente do meu. Quero ele um rapaz estudado, formado."

QUADRO 17

Respostas referentes à questão 16 – Antes de você vir para cá, quem cuidava do(s) seu(s) filho(s)?

Suj.	Quem cuidava do(s) seus filho (s)
01	"Eu mesma."
02	"Eu mesma cuidava...eles mesmos se cuidavam e a gente se revezava, ia convivendo."
03	"Final de semana ela ficava comigo. Ela tava morando com a minha avó."
04	"Eu mesma."
05	"Eu mesma."
06	"Eu mesma que cuidava deles."
07	"Sou eu mesmo."
08	"Eu mesma."
09	"Do meu menino mais velho...é minha mãe que já cuidava dele. A menina que tive de seis meses ia ficar comigo, mas, eu vim pra cá e ela está com minha mãe."
10	"Eu mesma."
11	"Eu mesma."
12	"Eu mesma, de todos eles."
13	"Eu mesma."
14	"Eu e minha mãe, sempre cuidamos."

QUADRO 18

Respostas referentes à questão 17 – O que mais gostava de fazer com ele(s) e para ele(s)?

Suj.	Mais gostava de fazer com ele(s) e para ele(s)
01	"Levar elas na praça passear, fazer compras. Ir na casa da minha mãe. Gostava de comprar vestidinho, sapato."
02	"Eu gostava de cozinhar e passear, ficar em casa lendo um livro, assistindo uma televisão, contando uma historinha."
03	"...passear, dar papá na boca."
04	"...levar no parquinho, supermercado, preparar o café da manhã para levar eles para escola, pro maternal."
05	"Eu gostava de passear com eles, dançava até hap com eles."
06	"Comida. Ir em trailer para eles comerem lanches, em lanchomete, ir em supermercado, lojas."
07	"Gostava de fazer pudim pra ela, comprar roupa e levar ela para passear."
08	"Gostava de brincar bastante com ele. Levar ele na escola, ensinar os deveres de casa."
09	"Cuidar deles...manter eles limpinho, dar carinho e conversar."
10	"...de fazer os gostos deles, levar pra praça comprar cachorro quente pra eles."
11	"Brincar com eles, sair, dar banho, trocar de roupa, pentear o cabelo. Eu gosto de brincar, ficar mordendo, beliscando..."
12	"Viver com eles, tá em casa, participar com eles de tudo. Gostava de fazer carinho, comida, uma coisa que eles gostam de comer, surpresas, coisas que agradam crianças."
13	"...fazer o almoço no domingo, reunir todos eles na mesa para almoçarmos juntos, de ficar juntos, na hora de deitar, a gente fica tudo deitado pertinho, conversando, lendo historinha."
14	"Ensinar lição de escola pra ele."

QUADRO 19

Respostas referentes à questão 18 – Livre para você falar o que quiser.

Suj.	Questão livre
01	"Gostaria que as minhas duas filhas fossem religiosas como eu. A profissão que eu mais admiro é enfermeira...Pretendo que as crianças saibam lutar pela vida, por aquilo que elas pretendem ser."
02	"...aqui foram dois anos de conflito, dois anos de brigas, foram dois anos de batalha por direitos mínimos e humanos a começar da saúde, passando pela alimentação... vou sair daqui, vai continuar da mesma maneira. Nada mudou, nada se fez para que mudasse essa realidade. Única coisa que nós conseguimos foi um serviço pra cadeia, porque nós estávamos em confinamento... O quê que restou? O distanciamento dos filhos, uma vida amarga. Hoje eu me tornei uma pessoa mais fria no relacionamento, eu conheço mais as pessoas, eu aprendi muito a ponderar, a questionar, analisar o comportamento das pessoas... Porque...aqui não é vida. O Estado, ele não dá condições de você viver, pelo menos uma vida básica, digna aqui dentro. Não. Você perde totalmente a sua dignidade. Foi o que me falaram uma vez, logo nos dias que eu entrei: o único direito que você tem aqui como presa, é de ficar calada e aceitar..."
03*	"Eu acho que num lugar como esse aqui, a gente chora junto, a gente come junto, trabalha junto, tem colo... e o lado sexual que vai aflorando. Então a cadeia passa, não vem aquela tristeza... Uma paixão na cadeia eu acho que muda, porque eu estou muito feliz. Eu acho que as pessoas tem que amar uns aos outros. Mesmo num lugar como este, não existe coisa melhor. O mundo tá podre, mas aqui dentro... é pior. Esse lado mesquinho das pessoas...aqui, é o fundo do poço mesmo."
04*	"Aprendi na cadeia ser uma pessoa mais humilde e a comer de tudo. Aprendi a tratar todo mundo igual, a ter amor ao próximo e a felicidade também. Eu não tenho vergonha de gritar pro mundo inteiro que eu amo uma mulher. Sou feliz porque amo uma mulher e nem me sinto presa (risadas). Pra você ver como o amor transforma as pessoas. As horas passam assim... num estalar de dedos. Eu... não vejo as horas passarem e tudo isso é o amor. Essa coisa mais linda... eu amo, amo, amo, minha família e amo uma mulher também. E tudo isso no conjunto, mesmo presa, me faz a mulher mais feliz do mundo."
05	"...eu morava em S.P., meu filho trabalhava, fui procurar saber e encontrei meu filho morto lá. Falaram que era envolvimento com drogas. Eu gostaria que todas as mães olhassem os filhos... que se atualizem sobre as drogas."
06	"Gostaria de dizer à todas as mães que dediquem tempo aos seus filhos, dando muito amor, carinho e afeto à eles, compreensão, que sejam amigas mesmo... falar com eles sobre drogas, sobre aids, sobre a prevenção de doenças venéreas, é muito importante acompanhar em tudo."
07	"Eu quero que minha filha me perdoe, porque eu amo ela muito. Sinto muita falta dela."
08	"Eu quero dizer pra o meu filho, que eu amo bastante ele, que eu não vejo a hora de sair daqui pra nós ficar junto de novo."
09	"Eu queria dizer pra todas as mães que pra dar valor a seus filhos, pra cuidar. Aqui, presa, sinto muita falta dos meus filhos. Um filho na vida da gente faz muita falta, porque é a coisa mais valiosa pra gente que somos mãe, né. Ficar longe dos filhos me faz muita falta, dá muita revolta por causa disso. Eu queria ficar com minha filha, com meu filho, e não tem como."
10	"No lugar que eu me encontro hoje, na situação...é muito duro, é muito difícil pruma mãe ficar, suportá a distância dos filhos... A dor da distância é muito triste, é muito dura, porque os filho da gente é tudo as coisa que a gente ama e nessas parte, a gente sofre, mas acho que eles sofre muito mais que a mãe."
11	"...que eu adoro eles (os filhos), que eu curto eles de montão, e pras mães, que elas dão muito valor nos filhos que elas tem . . . que cuide bem deles."
12	"Seja aqui ou fora , prá confiar em Deus , mais nada."
13	"...de uma mãe de família... é a pior coisa que pôde existir na minha vida. Ficar longe dos filhos forçosamente, é um sofrimento, uma dor, parece que foi tirado um pedaço de mim."
14	" Ah, que... não, eu não tenho o que falar."

* Parceiras homossexuais na cadeia.

CONCLUSÃO

O Direito adota um parâmetro de ser humano que é masculino. Deste modo, as normas penais e a sua execução, bem como as demais formas de controle foram estruturadas a partir de uma perspectiva masculina que desconsidera as especificidades femininas. Deste modo, o Direito Penal torna-se um sistema que produz diferenças e estas, são evidenciadas também no fato do Estado não oferecer estrutura institucional para a preservação do vínculo mãe-filho, especialmente, no tocante a manutenção do recém nascido ao lado da mãe detenta para a amamentação e outros cuidados a fins. Apenas pouquíssimas instituições penais femininas no Brasil têm creches que possibilitam o contato entre filhos e mães presidiárias, especialmente quando não há familiares que possam acolher as crianças, evitando ficarem em internatos ou abrigos mantidos por entidades públicas ou ONGs. Na grande maioria das cadeias femininas, conforme seu regimento interno, as mães têm direito a receberem visita dos filhos apenas uma vez ao mês e em número limitado, o que, às vezes, dificulta estar com todos num mesmo dia de visita. Com relação à visita íntima, mulheres detentas também se encontram em desvantagem em relação a presidiários, posto que na grande maioria das prisões femininas, este direito é-lhes negado, não havendo estrutura predial e funcional para que possam exercer sua sexualidade enquanto na prisão. Há um protecionismo discriminatório envolvendo a sexualidade feminina, sendo a mulher detenta desestimulada em sua vida sexual devido à burocratização para o acesso à visita íntima.

O enclausuramento feminino gera a perda da referência materna pelas crianças, filhos e mães presas, por vezes, já sem referencial paterno em casa, o que muitas vezes, leva os filhos a fazerem da rua seu espaço de convivência e de socialização. Todas estas evidências se encaixam perfeitamente ao cotidiano da população alvo estudada nesta pesquisa-ação, traçando conjuntamente os perfis da mulher discriminada pela sociedade e pelo sistema penal e,

das várias omissões do Estado que é o responsável pela punição através do encarceramento de pessoas delituosas, mas, especialmente em relação ao "sexo frágil".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. Transmissão vertical do HIV. *Bol. Epidemiol. Aids*. Brasília/DF. n.3, jun/ago 1999.
- CARUSO, M. Questão delicada. *ISTO É*, n.1548, 2 jun. 1999, p.60-2.
- FRANÇA, V. Vidas em jogo. *VEJA* [on line] Disponível em http://www2.uol.com.br/veja/191197/p_082 Capturado em 19/mar./2000.
- JANSEN, R. Unaid's acusa igreja de minar prevenção. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 7 nov. 2000, p.A10.
- KALICHMAN, A. Apresentação. In: MARQUES, H. H. S. *HIV na criança/Atualidades em DST/Aids*. São Paulo, 1998. p.5.
- NUNOMURA, E. Órfãos da Aids. *VEJA* [on line] Disponível em http://www2.uol.com.br/veja/090200/p_064 Capturado em 19/mar./2000.
- PILAGALLO, O. Complicações na maternidade matam 500 mil mulheres ao ano. *Folha de São Paulo*. São Paulo, 20 set. 2000, p. A16.
- SHERLOCK, M. S. M.; VIEIRA, N. F. C. Preocupações de mães soropositivas com o HIV e suas implicações para o cuidado de enfermagem. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. Niterói/RJ, n.4, v. 11. 1999, p. 5-9.
- VILLELA, W.; DINIZ, S. *A epidemia da aids entre as mulheres*. NEPAIDS/CFSS. São Paulo. Morissawa Cas de Edição, 1997. 60 p.

Endereço para correspondência:

Anecy T Giordani

Av. do Café 1695. Bloco C.

Aptº 101 - Jd. Monte Alegre.

CEP: 14.050-230 - Ribeirão Preto-SP.

E-mail: anecy@eerp.usp.br

XIV INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE

6-13 July 2002 - Barcelona

e-mail: aids2002@aids2002.com

www.aids2002.com

PESQUISA – AÇÃO SOBRE DST/AIDS E DROGAS COM PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE ESCOLA MUNICIPAL DE UMA CIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

RESEARCH-ACTION ON STD/AIDS AND DRUGS INVOLVING MUNICIPAL
ELEMENTARY SCHOOL TEACHERS IN SÃO PAULO INLAND – BRAZIL

Sandra CS Miyasaki¹, Sônia MV Bueno²

Resumo

Este estudo trabalhou uma pesquisa – ação, objetivando verificar quais as dificuldades que os professores docentes do ensino fundamental tem para trabalhar questões de sexualidade, DST/AIDS, visando desenvolver ação educativa com eles sobre estas temáticas. Para o levantamento de dados, usamos a observação e a entrevista individual norteados por um questionário aberto. Depois da análise dos dados trabalhamos com eles, ações educativas preventivas sobre o assunto utilizando uma metodologia participativa e dialogada, possibilitando análise crítica e reflexiva da realidade, de acordo com referenciais preconizados pela Organização Mundial de Saúde e por Paulo Freire, no que tange à otimização da vida, visão totalizadora do ser humano e resgate da cidadania. Para tanto, pesquisamos professores de uma Escola Municipal do interior do Estado de São Paulo – Brasil, maioria mulher, solteira, entre 26 a 39 anos de idade. Organizamos os dados em quadros e o conteúdo foi analisado por categorização, qualitativamente, possibilitando melhor compreensão e interpretação das falas expressas pelos sujeitos pesquisados. Disto depreendemos que os professores pesquisados revelaram conhecimento relativo sobre sexualidade, DST/AIDS, demonstrando preocupação com o quadro atual da saúde pública sobre estas questões advertindo sobre a importância da integração de esforços dos segmentos sociais, Estado, Saúde e Educação na cumplicidade do desenvolvimento das ações educativas preventivas nesta área. Concluímos que os sujeitos têm noção básica e real sobre os problemas decorrentes das DST/AIDS, entendendo ser complexo lidar com isto. Todavia, há um consenso da necessidade de serem melhor preparados para lidarem com estas questões. Demandam treinamento para serem também agentes multiplicadores.

Palavras-chave: DST/AIDS, drogas, prevenção

ABSTRACT

This is a research-action aiming to check the troubles faced by teachers at elementary schools when dealing with STD/AIDS and drugs. Its goal is to develop a teaching program about those subjects. To obtain the data we used observational techniques and individual interviews conducted by an open quiz. After analyzing the data we worked on them in order to develop teaching actions on the theme by applying a participative and dialogued methodology taking the chance for a critical and reflexive analysis over the reality according to references from WHO (World Health Organization) and Paulo Freire concerning to becoming life better and better, seeing the human being as a whole and drawing back citizenship. This we worked with teachers in São Paulo inland - Brazil, most of them women, single, between 26 and 39 years old. We disposed the data in tables and contents were analyzed by categories, qualitatively, giving chance to a better understanding and interpretation of the speeches. We learned that those teachers had some previous information about STD/AIDS and drugs, showing us reason to be worried with the public individual and collective health situation, leading to warnings on the importance and need of integrating efforts from all sections of our society - State, Health, Education - by getting together on educational activities for prevention on it. We came to the conclusion that people have basic but actual ideas about the troubles concerning to STD/AIDS and drugs. Although not easy, it's understood to be necessary to prepare better those involved by training them and making them to pass that learning away as multiplying agents.

Keywords: STD/AIDS, Drugs, Prevention

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 13(6):25-30, 2001

INTRODUÇÃO

Com as mudanças que andam ocorrendo em nossa sociedade, vivenciamos atualmente momentos de crise de valores éticos, morais, políticos e econômicos.

Acredita-se que esta mudança, na estrutura familiar, afrouxou os laços de união entre seus membros e conseqüentemente, a transmissão de conhecimentos e costumes, ficou enfraquecida. (Vitiello 1995, p.15-16).¹

Em meio a estas mudanças e crises de valores, destacamos também com grande relevância aquelas ocorridas no contexto da sexualidade, principalmente dos jovens. Nos deparamos frequentemente, com

crianças e adolescentes que de certa forma se dizem “traumatizados” por terem se iniciado tão cedo na prática sexual, sem informação suficiente para evitar as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), uma gravidez indesejada ou não planejada ou até mesmo o uso de drogas, sem contar no risco da contaminação com o HIV, que com a prática sexual liberada e uso de drogas, aumentam consideravelmente.

A Aids hoje é a mais recente adição ao grupo das DST, que devido ao seu alto índice de mortalidade e ao seu rápido poder de disseminação, tornou-se mundialmente a mais evidenciada nos últimos anos.

Segundo Brasil (1999a),² nos últimos anos o Brasil vivenciou uma considerável mudança no perfil epidemiológico da Aids. De acordo com as estimativas do Ministério da Saúde, existem hoje no Brasil, aproximadamente 540 mil pessoas infectadas pelo HIV, sendo que 179.541 já são doentes de Aids (BRASIL M.S. 1999 b).²

¹ MIY Enfermeira Docente - *Enfermeira Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Departamento de Enfermagem Psiquiátrica.

² Prof^o Dr^a da EERP-USP (Consultora do Ministério da Saúde (CN DST/AIDS).

Para tanto a prevenção e o controle, bem como uma educação clara, objetiva e participativa, são os indicadores mais eficientes para se evitar a Aids.

Ao participamos, junto com professores, diretores e profissionais da saúde de um encontro realizado pela Secretaria de Estado da Saúde, em parceria com a Secretaria da Educação, sobre assuntos relacionados à sexualidade como: reprodução humana, prevenção de DST/Aids e drogas, em comemoração ao Dia Mundial da Aids, percebemos a insegurança de muitas pessoas, até mesmo, profissionais da saúde, particularmente os pais e professores ao tratarem da sexualidade.

Para Novais (1996,p99-118),⁴ a igreja influenciou muito para este tipo de conduta. Compreendia o sexo como ato sujo, feio e pecaminoso e que deveria ser usado somente para a reprodução da espécie. As crianças por não terem os órgãos sexuais desenvolvidos e não praticarem atividades sexuais, viviam em estado de pureza, sem qualquer culpa. Por isso, preservavam essa inocência, através da manutenção da ignorância em relação à sexualidade. Dessa forma, as crianças e adolescentes eram mantidos desinformados e a educação era repressora para afastar a curiosidade do conhecimento sobre sexo.

Sacadura (1996),⁵ evidencia que em pleno século XXI, o sexo continua sendo tratado, por muitas pessoas como tabu e como segredo, por inúmeras pessoas. Esse estereótipo tem suas raízes na forma como a sexualidade era e as vezes, continua sendo tratada há séculos.

Repensando estas questões e procurando articulá-las com a educação, entendemos que este processo educativo é muito complexo. Educar, significa formar alguém, proporcionando condições para que esse cresça, não se tornando cópia do educador, mas tornar-se uma pessoa consciente e responsável pelos seus atos. Esta educação, deve ser intensa e contínua. Sendo assim, a “educação sexual sistemática, só pode ser feita por familiares e/ou professores, pois apenas a família e a escola, como instituições sociais (...), conseguem atuar de maneira contínua e duradoura” (Vitiello, 1995, p.15).¹

Se por um lado temos professores e familiares com certas dificuldades para trabalhar a sexualidade, por outro temos a pessoa a ser educada ou principalmente a criança e o adolescente.

Por maior abertura que se tem dado hoje na sociedade para abordar estas questões, ainda encontramos valores morais que restringem bastante a vida sexual da criança e do adolescente. Basta lembrar das crenças sobre a masturbação, entendida como algo que “produz fraqueza e problemas mentais”, da homossexualidade, vista como “doença grave”. Por outro lado, essa mesma sociedade, estimula cada vez mais a liberação sexual, evidenciando-a através da mídia, por vezes, utilizando-a como objeto de consumo.

Todavia, é necessário destacar que vários progressos vêm acontecendo na atualidade. O conceito de virgindade e algumas idéias machistas estão caindo em desuso. A iniciação sexual do menino com prostitutas é menos freqüente. E a educação sexual é cada vez mais debatida.

Dessa forma, faz-se necessário maior compreensão do indivíduo nas diferentes fases da vida, sobretudo na infância e na adolescência; seu mundo interno, suas relações com os outros e suas necessidades em nível pessoal, particularmente sexual.

Barcelos et al. (1996)⁶ defende a idéia de que a educação sexual, deva ter como objetivo, (in) formar crianças e jovens adolescentes para a prática de uma sexualidade saudável.

Assim, o educador sexual, deve ser uma pessoa que tenha consciência e segurança para lidar com as angústias, as confusões, os medos e os conflitos sexuais, gerados por pressões sociais e familiares.

Para Maia (1993),⁷ quando a educação sexual é voltada para uma visão holística da situação, esta facilita a criança e ao jovem, o entendimento das razões de seu comportamento, vendo-o como um todo.

Assim, o presente trabalho, justifica-se pela necessidade de investigar e treinar professores para lidarem adequadamente com estas

temáticas na grade curricular escolar visando aprofundamento destes conhecimentos sobre a sexualidade de jovens e crianças, contribuindo para a educação sexual das novas gerações, pelas instituições educacionais (família e escola). Justifica-se também pela necessidade de prevenção de DST/Aids, de desmistificação do assunto sexualidade, pelo professor e aluno. Visa ainda, a compreender quais as maneiras pelos quais as crianças e os jovens gostariam de falar sobre sexualidade, buscando encontrar uma linguagem facilitadora para diálogos entre adultos e jovens.

A possibilidade resultante do estudo, poderá vir a contribuir para a realização de novos estudos no mesmo campo utilizado, favorecendo a interação entre pais e filhos, alunos e professores.

Esta investigação é de suma importância, pois que justifica a necessidade do preparo do professor enfermeiro ao lidar estas questões com a criança, o adolescente e o adulto, seja na promoção da saúde, na prevenção contra as DST/Aids e Drogas ou na recuperação ou assistência ao indivíduo.

OBJETIVO

- Verificar qual é a idéia que os professores do Ensino Fundamental tem sobre DST e Drogas no país, resgatando suas opiniões sobre a Aids nos tempos de hoje

METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido através de uma pesquisa – ação, por se identificar melhor com as características deste tipo de investigação. Esta modalidade nos permitiu levantar questionamentos conjuntos, entre pesquisados x pesquisando, sobre a temática pesquisada, posteriormente, utilizando dados na elaboração do planejamento, executando, avaliando e intervindo nas ações, em programas educativos para tratar das questões problemas levantadas.

Então, fizemos uso da observação (para explorar melhor o ambiente e os sujeitos trabalhados) e da entrevista individual, sistematizada, utilizando um questionário com questões norteadoras (para levantamento dos quesitos sobre a temática central). Por outro lado, para o desenvolvimento das ações, e foi atribuído o uso de uma metodologia participativa, dialogal, propiciando no processo de ensino e aprendizagem, uma análise crítica e reflexiva da realidade encontrada, visando a sua transformação. Para tanto, trabalhou-se efetivamente, conhecimentos e habilidades, proporcionando subsídios para a garantia da mudança de comportamento. (Bueno, 1997 – 8).⁸

Esta pesquisa – ação retrata uma abordagem humanista, resgatando a otimização da vida, a visão totalizadora do ser humano e o exercício da cidadania. A sua análise se fez por categorização em quadros, dando um cunho qualitativo aos resultados levantados. O aspecto metodológico, fundamenta-se em referências baseadas em Paulo Freire. (Bueno, 1997 – 8).⁸

Sendo assim, trabalhamos com 10 professores do Ensino Fundamental de Escola municipal de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, segundo tais procedimentos:

Solicitação de permissão à Instituição Escolar investigada para realização de pesquisa seguida de autorização, convite aos professores pesquisados para verificação de interesse à participação da pesquisa, aplicação da entrevista individual, com tempo determinado para devolução dos instrumentos; levantamento das matrizes e elaboração dos quadros; análise e conclusão dos dados, atendendo os objetivos propostos., culminando com a divulgação científica.

Foi aplicado os termos de consentimento para liberação da pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

QUADRO 1
Identificação dos professores pesquisados

Sujeito*	Sexo		Faixa etária (idade)			Estado civil				Religião			Escolaridade				
	M	F	26-30	31-35	36	S	C	V	O**	C	E	P	O***	S	E	M	D****
1-		X			X	X				X				X			
2-		X			X	X				X				X			
3-		X		X		X				X				X			
4-		X	X			X				X				X			
5-		X	X			X				X				X			
6-		X	X			X				X				X			
7-		X	X			X					X			X			
8-		X		X			X			X				X			
9-		X	X			X				X				X			
10-	X			X		X				X				X			

* Professores do Ensino Fundamental ** Outros = Desquitado - Amasiado - Divorciado ***Outros = Ateu ****Escolaridade = S Superior) E (Especialização) M (Mestrado) D (Doutorado)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos aqui, os resultados seguidos das suas respectivas discussões. Inicialmente, lançaremos os dados de identificação dos professores pesquisados, procurando mostrar as suas características pessoais e profissionais. A seguir, estaremos trabalhando os demais achados da presente investigação, referente à DST/ Aids e drogas, procurando analisar e interpretar estes resultados, através das categorizações trabalhadas.

Conforme demonstra o quadro 1, a característica predominante dos professores pesquisados se dá da seguinte forma: a maioria é do sexo feminino, faixa etária entre 26 a 39 anos, sobrepondo um maior número abaixo de 31 anos de idade. Mais da metade é solteira e católica. Todos são professores da Escola municipal pesquisada, com ensino fundamental, todos com nível superior.

QUADRO 2

Respostas dos Professores pesquisados sobre a questão 1:
O que você pensa sobre as DST?

Sujeitos Pesquisados	Respostas: Penso sobre DST que
1-	"parecem ser doenças simples, mas quando não tratadas no início, podem evoluir para complicações crônicas, abortos., cegueira de m e até a morte."
2-	"elas existem. estão af. e é preciso educar e conscientizar para sua prevenção."
3-	"uma realidade para todos nós, independente de cor, raça, religião e classe social."
4-	"devem ser conhecidas, prevenidas e encaradas com seriedade tanto pela população em geral, quanto pelos profissionais de saúde."
5-	"são um problema de saúde pública que merece maior atenção de toda a sociedade."
6-	" são doenças estáveis e que poderiam diminuir a incidência, se houvesse mais orientações efetivas à população."
7-	"com a liberdade sexual perdeu-se o controle das d.s.t."
8-	"é a materialização sócio-cultural de uma sociedade que não teve a oportunidade de uma educação sexual, ou até mesmo, de orientações básicas de profilaxia."
9-	" sua ocorrência está envolta em preconceitos, da mesma forma como acontece com a sexualidade, de forma mais ampla."
10-	"é um sério problema para o país. e pouco se está fazendo para reverter este quadro."

Os docentes pesquisados, possuem conhecimento básico adequado sobre o significado e a relevância deste assunto, bem como, destacam a importância da prevenção destas doenças, em razão dos problemas que elas poderão ocasionar. Fazem alerta sobre esta problemática, ressaltando a necessidade de se dar uma maior atenção à população, mostrando a importância da utilização dos serviços de Saúde Pública para atendimento dessas dificuldades, em relação às DST.

QUADRO 3

Respostas dos Professores pesquisados sobre a questão 2:
Você tem idéia de como anda as DST no país?

Sujeitos Pesquisados	Respostas: Penso que as DST no país
1-	"tem aumentado ainda muito e até mesmo tem ocorrido óbitos em consequência das mesmas."
2-	"vem sendo alarmante a incidência, embora as pessoas digam que sabem evitar, não a fazem, talvez por não acreditar."
3-	" têm contaminado muitas pessoas 'diferenciadas', pessoas que, até pouco tempo não eram vulneráveis a estes riscos...". tenho idéia e trabalho com elas no meu trabalho."
4-	"continuam acontecendo."
5-	"tem fugido do controle das autoridades de saúde." "tenho alguns dados que me permitem concluir esta situação."
6-	"em termos de números estatísticos, não tenho idéia."
7-	"com essa liberdade de hoje, as doenças avançam, alcançando números elevados."
8-	"apesar de não se constituírem em doenças de notificação compulsória, está em expansão."
9-	"estão presentes, algumas inclusive com aumento da incidência."
10-	"andam crescendo assustadoramente."

Os professores pesquisados revelam ter conhecimento da realidade, sobre a problemática das DST, enfocando a situação atual como sendo de extrema severidade, comprometendo a saúde da população, ameaçando consideravelmente, os jovens em geral. Todavia, nós entendemos que há necessidade emergencial de se trabalhar estas questões por se tratar de uma área carente, suscitando atenção especial para a prevenção e o controle destas doenças, de forma geral. E o problema se torna maior, ao incluirmos neste quadro, as questões que se atrelam à Aids, enquanto u na doença que passa advir do contato sobretudo sexual, ameaçando a pessoa tanto no âmbito individual quanto coletivo, além de seu aspecto de incurabilidade, que se faz presente ainda, nos tempos atuais.

QUADRO 4

Respostas dos Professores pesquisados sobre a questão 3:
Como você vê a Aids, atualmente?

Sujeitos Pesquisados	Respostas: Atualmente, vejo a Aids assim
1-	"com um futuro sombrio,"
2-	"crescente. precisa ser encarada."
3-	"continua crescendo, chegando cada vez mais perto de um de nós."
4-	"doença que pode ser evitada e encarada, coletivamente, para melhorar as condições de vida do indivíduo e doente e dificultar a contaminação."
5-	"doença muito preocupante que, foi incorporando no cotidiano das pessoas, porém nem todos têm se preocupado em evitá-las."
6-	"para mim, é uma moléstia provocada pela falta de credibilidade na própria doença, na discriminação e preconceito com o doente de Aids."
7-	"uma preocupação de saúde pública que avança determinando outros grupos de maior risco e um desafio para a ciência."
8-	"uma pandemia em expansão em todos os países, com maior incidência nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento pela pouca presença ou ausência do estado, de educação e de saúde."
9-	"as projeções numéricas são preocupantes, apesar das descobertas terapêuticas e avanços, em termo de imunologia."
10-	"uma doença sem perspectiva de um controle, isto devido a falta de ações conscientizadoras".

Observamos nas respostas dos professores pesquisados, que esses estão preocupados com o futuro da Aids, e entendem que para reverter este quadro, há necessidade de um envolvimento maior dos segmentos sociais, principalmente do Estado, da Educação e da Saúde.

QUADRO 5

Respostas dos Professores pesquisados sobre a questão 4:
De onde ela se originou?

Sujeitos Pesquisados	Respostas: É possível que ela tenha se originado:
1-	"na África, através dos macacos verdes."
2-	"tenho dúvidas."
3-	"existem várias hipóteses, porém nada provado."
4-	"não sei ao certo, já li sobre algumas histórias mas não sei responder."
5-	"pelo que sei existe controvérsias a este respeito."
6-	"a origem para mim é um pouco duvidosa, uma das versões é que veio dos macacos encontrados num país africano."
7-	"difícil afirmar."
8-	"segundo informações do ms-ses, originou-se no continente africano, através do macaco verde."
9-	"uma das hipóteses definidas na literatura é que tenha origem de espécie animal (macaco) tendo sido o carreador do vírus que infectou os humanos."
10-	"na África, com os macacos verdes."

Segundo respostas dos professores pesquisados, parece haver entre eles, dúvidas sobre a origem verdadeira do HIV. Todavia, a maioria evidencia possibilidades de ter sido oriundo da África, através do macaco verde.

Há referências que na África, algumas tribos ou grupos da população, têm contato direto com o macaco no seu cotidiano vivencial. Parece haver ritual no qual ingerem sangue deste animal, ou que muitas mulheres depositam este sangue em sua genitália para a busca de maior prazer sexual, além do convívio doméstico deste ser com pessoas, possibilitando eventuais contatos diretos entre ambas as partes.

QUADRO 6

Respostas dos professores pesquisados sobre a questão 5: Você acha que o pessoal em geral, tem idéia básica sobre o conhecimento do doente e da Aids?

Sujeitos Pesquisados	Respostas: Sobre o conhecimento básico sobre o doente e a Aids, penso que em relação:	
	• ao doente	• a Aids
1-	_____	"acho que a maioria têm conhecimento da Aids."
2-	"acho que sim."	_____
3-	_____	"acho que têm conhecimento, mas não consciente, maduro e nem responsável."
4-	_____	"acho que idéia básica, sim."
5-	"acho que não."	"acho que da doença, sim."
6-	"acredito que conhecimento, têm."	"acredito que conhecimento, têm."
7-	"acho que não."	"acho que não."
8-	"acho que não."	"acho que sim."
9-	"acho que ainda sofre discriminação"	_____
10-	"acho que têm, porém, com muita discriminação."	"acho que idéia básica, sim."

Conforme o quadro 6, os professores pesquisados evidenciam, que o pessoal em geral, possui um conhecimento básico sobre a doença, que não ocorre o mesmo em relação ao doente com Aids, ainda sofre algum tipo de discriminação. Por esta razão, estes referências demonstram a necessidade de programas educativos voltados especificamente, para estas questões, sobretudo para os professores, já que os números de pessoas doentes com esta doença vêm aumentando e consequentemente, a população passa a vivenciar, em seu cotidiano, com portadoras assintomáticas, e já doentes, conforme tem preconizado a OMS, com maior frequência, nos últimos tempos.

QUADRO 7

Respostas dos professores pesquisados sobre a questão 6: Neste momento, o que você acha que falha nos programas preventivos para Aids?

Sujeitos Pesquisados	Respostas: Penso que o que está falhando nos programas preventivos para as DST/Aids é o seguinte:
1-	"despreparo de muitos profissionais de saúde. nem toda população tem acesso a mídia".
2-	"programas efetivos, com pessoas realmente, preocupadas e preparadas."
3-	"expor pacientes terminais ao público, fazendo com que as pessoas se sensibilizem. as vezes, as imagens falam mais do que qualquer discurso, pois campanha informa e não conscientiza."
4-	"acredito que não só bastam palestras e panfletos. deve haver também, mudanças internas e de conceitos."
5-	"a base do problema é o nível de formação do indivíduo, em relação ao enfoque do auto - cuidado com o se próprio corpo."
6-	"acho que é necessário trabalhar com orientações mais efetivas, indo buscar na população, o porquê não se previne."
7-	"divulgação, medicamentos, educação continuada, assistência médica social."
8-	"algumas estratégias de divulgação são falhas, geralmente preconceituosas e de conteúdo que deixa margem para o não desenvolvimento da sexualidade, pois quem lê, alguns cartazes sobre prevenção da Aids, nunca mais vai manter relações sexuais, de tanto: não pode... não pode... não pode..."
9-	"talvez, deveriam incluir trabalho maior sobre o significado da vida, quem somos, o que estamos fazendo aqui, dentro de uma abrangência holística."
10-	"despreparo dos profissionais de saúde, falta de conteúdos mais esclarecedores nas propagandas e cartazes sobre Aids e falta de comprometimento das pessoas que trabalham com o assunto Aids."

O quadro 7, nos revela, que para os professores pesquisados, não basta só o conhecimento, neste momento. É preciso criar estratégias pedagógicas inovadoras e alternativas para desenvolver o espírito crítico e reflexivo para conscientização da valorização da vida, dentro do aspecto holístico para que o pessoal mude seu comportamento para uma vida mais saudável, mais digna e mais feliz.

QUADRO 8

Respostas dos professores pesquisados sobre a questão 7:
Como você vê o problema das drogas no social?

Sujeitos Pesquisados	Respostas: O problema das drogas no social, vejo como:
1-	“um drama que leva a perda de tantas vítimas na flor da idade.”
2-	“com péssimos olhos, acredito que o uso de drogas acontece em função de outros problemas.”
3-	“muito sério, difícil de resolver.”
4-	“grave do ponto de vista social e econômico, triste do ponto de vista individual.”
5-	“como muito grave, é uma questão que deve ser tratada com muito rigor por toda a sociedade com a intenção de combater essa chaga que assusta a juventude.”
6-	“acho um problema muito sério, que o governo já perdeu o controle e temos muitas pessoas perdendo a vida por causa dela. acredito ser uma doença.”
7-	“um desafio para a segurança pública, devendo ocorrer maior envolvimento político.”
8-	“vejo como um problema muito sério, de difícil equacionamento, necessitando de um enfrentamento firme da sociedade x governo. não tenho boas expectativas para essa questão, tenho medo.”
9-	“além dos aspectos físicos e sociais envolvidos me sensibiliza, o desajuste entre as dimensões físicas, mentais e espirituais dos usuários de drogas. desta forma vemos seres humanos explorando a dor espiritual do outro, com fins comerciais.”
10-	“um grande desafio para a sociedade e governo.”

Para os professores pesquisados, conforme evidenciado no quadro 8, esses revelam que o problema das drogas no social, hoje, é extremamente, complexo, de difícil contorno, ameaçando assustadoramente, principalmente os jovens. Disto depreendemos que este assunto, exige um investimento conjunto, da Sociedade, Estado e Governo, representando um grande desafio social.

QUADRO 9

Respostas dos Professores pesquisados sobre a questão 8:
O que pensa sobre a redução de danos para as drogas?

Sujeitos Pesquisados	Respostas: Sobre redução de danos para as drogas penso que:
1-	“para mim ela ficaria em 3º plano.”
2-	_____
3-	“uma visão muito reducionista, é fingir de acreditar que algo que está fora de controle tem solução.”
4-	_____
5-	_____
6-	“eu acredito ser necessário a redução e a erradicação do uso das drogas.”
7-	“preocupação com a promoção da qualidade de vida, buscando assistência integral do indivíduo, atendimento integral de suas necessidades.”
8-	“o uso indevido de drogas, na maioria das vezes está relacionado com a falta de conhecimento, o ciclo vicioso da pobreza e ausência do estado.”
9-	“acho que de qualquer forma esta é uma estratégia que exige mobilização da vontade humana, embora eu ainda não tenha uma opinião formada a seu respeito.”
10-	_____

De acordo com as falas expressas no quadro 9, referente à redução de danos para as drogas, a maioria dos professores pesquisados, demonstraram preocupação, com este tipo de estratégia para diminuição de danos para aqueles que já passam pela experiência da adição às drogas, pois que acreditam que o tema é muito complexo, demandando uma compreensão mais ampla sobre o assunto, havendo necessidade de compreender esse indivíduo em sua totalidade conforme referências apresentados pela OMS. (Bueno, 1997-8).⁸ É importante destacar aqui, que 40% deles, deixaram em branco esta questão.

QUADRO 14

Respostas dos Enfermeiros Docentes pesquisados sobre a questão 13: Fale sobre o que quiser.

Sujeitos Pesquisados	Respostas: Fale sobre o que quiser:
1-	“em relação as drogas, uma grande dificuldade que vejo, é a de convencer o dependente que ele tem um problema sério de saúde e não uma rebeldia, as vezes até encarado por ele como uma coisa positiva. infelizmente, o uso de drogas é quase como um rito de passagem para o adolescente.”
2-	_____
3-	_____
4-	“é preciso desenvolver análise crítica sobre estas temáticas, considerando a reflexão e a compreensão, o respeito e a ética.”
5-	_____
6-	_____
7-	_____
8-	“para falar de educação sexual, é preciso primeiro, que cada um enfrente seus mitos, tabus, preconceitos e suas crenças, refletindo sobre sua sexualidade e esteja disposto enfrentar novas formas de compreensão da sexualidade humana, nessa sociedade conflituosa do reino da sexualidade e do sexo.”
9-	_____
10-	_____

Embora, os professores pesquisados, em sua grande maioria, tenha deixado em branco este espaço, todavia, o quadro 9, mostra a reflexão de alguns sujeitos quando mencionam suas preocupações. Um adverte sobre a dificuldade de lidar com as questões que envolvem a droga, lembrando da seriedade, principalmente quando, o uso e entendimento como rito de passagem da fase transitória para adolescência. Outro aspecto importante é evidenciado, e o sentido do despertar da consciência do senso comum para a crítica reflexiva, articulando neste processo a relevância da reflexão, compreensão, do respeito e da ética na vida humana. E finalmente, a fala número 8, que sem dúvida é de consenso de todos nós.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados encontrados, concluímos que os enfermeiros docentes pesquisados:

- tem uma percepção básica e real sobre as dificuldades que a população enfrenta com os problemas emergências das DST/Aids e drogas, alertando sobre a necessidade emergencial e efetiva de atenção especial, pelos segmentos sociais, Estado, Educação e Saúde, criando cumplicidade nos projetos de educação preventiva para a população, visando reverter o quadro atual;

- apresentam dificuldade de definir o significado de ser doente e da própria Aids, embora referindo que as pessoas em geral não tem noção exata sobre este binômio, afirmam necessidade da existência de métodos pedagógicos inovadores e alternativos para lidar com educação preventiva para as DST/Aids e drogas, afirmando que drogas é assunto, extremamente, sério que demanda também atenção especial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VITIELLO, N. A educação sexual necessária. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. SBRASH. São Paulo: v.6, n.1, p.15-28, jan/jun. 1995.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Aids: etrologia, clínica, diagnóstico e tratamento [online]. Disponível na internet: <www.Aids.gov.br/assistencia/etrologia_diagnostico.htm> (06 agosto 1999a)
3. BRASIL. BOL.EPIDEMIOL. DE AIDS, v.12, n.4, set/nov, 1996b sem. ep. 35 a 47.
4. NOVAES, C.E.; LOBO, C. A condenação do sexo. In: Sexo para principiantes. São Paulo: Ática, 1996. Cap. 6, p.99-118.
5. SACADURA, S.P. Orientação sexual. E agora professor? Revista Brasileira de Sexualidade Humana. São Paulo: Iglú, v.7, n.2, p.1 69-180, nov.1996.
6. BARCELOS, N.N.S. et al. Educação sexual: relato de uma experiência. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. São Paulo: Iglú v.7,n.2,p.150-160, nov. 1996.
7. MAIA, M.B. et al. A (in) formação sexual do adolescente: uma nova proposta. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. São Paulo: Iglú, v.4, n.1, p.31-36, 1993.
8. BUENO, S.M.V. Marco conceitual e referencial teórico de educação para a saúde: orientação à prevenção de DST-Aids e drogas no Brasil, para crianças, adolescentes e adultos jovens. Documentos Ministério da Saúde/Mimeo/Brasília, DF. 1997-8.

Endereço para correspondência:

Sandra C. S. Miyasaki
Rua Tóquio, 125 Jd. Progresso – Fernandópolis-SP
E-mail: miyasakiferro@acif.com.br

DST 4 – MANAUS, 2002

IV Congresso da Sociedade Brasileira
de Doenças Sexualmente Transmissíveis

1 a 4 de SETEMBRO

Tropical Hotel Manaus

www.fuam.am.gov.br/congressodst

O USO DE PRESERVATIVO PELOS ALUNOS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, EM UMA ABORDAGEM SOCIOCULTURAL A RESPEITO DA

THE USE OF CONDOM BY THE STUDENTS OF MEDICAL COLLEGE OF BARBACENA – A SOCIAL CULTURAL APPROACH RELATED TO AIDS

Ângelo D Feres¹, Dilermando F Rezende², Fábio HW Botelho³,
Frederico G Câmara³, Gustavo AM Pinto³, Luciana CF Martins³, José O Costa⁴

RESUMO

Fundamentos: As mudanças de comportamento sexual adotadas pelos adultos jovens na última década, antecipando o início da atividade sexual e aumentando o número de parceiros, ocasionou o aumento da incidência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) nessa população. Contudo, vários trabalhos têm mostrado que o uso de preservativos e o nível de informações sobre DST são insatisfatórios para a prevenção.^{1,2,3} **Objetivo:** Verificar a frequência do uso de preservativo entre os alunos da Faculdade de Medicina de Barbacena e conhecer crenças e comportamentos dos alunos em relação ao uso de preservativos, sexualidade e DST. **Métodos:** Foi feito um estudo de corte transversal em uma amostra de 291 alunos, randomizada de um universo de 427 estudantes. Os alunos foram submetidos a um questionário, abordando o uso de preservativo e conhecimentos gerais sobre DST/Sexualidade, preservando o anonimato. **Resultados:** Dos 291 alunos pesquisados, 159 pertencem ao sexo masculino (55,4%) e 128 pertencem ao sexo feminino (44,6%). A maioria dos alunos são solteiros (98,6%), sexualmente ativos (86,3%) e fazem uso de preservativo frequentemente (75%). **Conclusão:** O perfil sexual entre os alunos de medicina é bastante semelhante quando comparado às diferentes instituições de ensino médico.^{4,5,6} Em geral nota-se que o homem inicia sua atividade sexual mais cedo do que a mulher, possui um número maior de parceiros sexuais e utilizam o preservativo com maior frequência.

Palavras-chave: comportamento sexual, DST/Aids, uso de preservativo

ABSTRACT

Background: In recent decade, the young adults promoted a behavior sexual change, brought forward an earlier sexual activity and increased the number of sexual partners, causing an augmented incidence of the sexual transmitted disease (STD) in this population. However, many researches have been showed that usage of condom and the true level of information about sexually transmitted disease (STD) are deficient to get a prevention.^{1,2,3} **Objective:** to check the frequency of usage of condom among students of Medical College of Barbacena, Minas Gerais (Brazil) and to know the beliefs and students behavior concerning the usage of condoms, sexuality and Aids. **Methods:** a cross sectional study was made: a sample of 291 students randomized from an universe of 427 students was investigated. The students were submitted to a questionnaire, inclusive of general knowledges about sexually transmitted disease (STD) and sexuality. All students' identities were protected. **Results:** In an universe of 291 focussed students, 159 (55,4%) were male and 128 were female. The majority of participants were single (98,6%). About 86,3% of students have already started their sexual lives, and frequently, they've been making usage of condoms (75%). **Conclusion:** the sexual profile among the medical students is similar, when different medical institutions are compared.^{4,5,6} Generally, men start their sexual activity earlier than women, and make sex with a higher number of sexual partners. Again, the usage of condom is much more frequent in the male population.

Keywords: sex behavior, STD/Aids, usage of condom

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 13(6):31-36, 2001

INTRODUÇÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), são por definição, aquelas doenças infecciosas transmitidas mais comumente, ou mais eficientemente, pelo contato sexual e cuja transmissão sexual tem importância epidemiológica.⁷ As antigamente chamadas doenças venéreas já foram denominadas pelos romanos de *Morbus Indecens* e nas escrituras sagradas há menção da gonorréia como impureza e da sífilis como amor imundo.⁸

A revolução sexual, incrementada pela disseminação da pílula anticoncepcional e do preservativo de látex, não foi acompanhada por medidas sanitárias, educacionais e sócio-econômicas necessárias à defesa da saúde da população, havendo relevante aumento das DST e o surgimento da Aids.⁹

A Aids foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1980, em São Paulo, e desde então vem aumentando o número de casos a cada ano.¹⁰ No Brasil, a Aids tem sido atualmente causa expressiva de óbitos em mulheres de 25 a 50 anos, período mais ativo de sua vida sexual, o que é preocupante, pois a relação heterossexual estável e monogâmica tornou-se a principal porta de entrada para o HIV.¹¹ E isso faz parte do processo de interiorização, heterossexualização, feminilização e pauperização pelo qual o país está passando.¹ E, no mundo, cerca de 41.000.000 indivíduos estão convivendo com o vírus HIV, entre eles homens, mulheres e crianças.¹²

O HIV é transmitido, principalmente, através do ato sexual, da exposição parenteral ao sangue ou a seus derivados e, no período

¹ Pediatra; Coordenador da Associação Barbacenense de Apoio aos Aídéticos.
² Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina de Barbacena
³ Alunos do 6º ano da Faculdade de Medicina de Barbacena
⁴ Perinatologista chefe da UTI Neonatal do Hospital Mater-Dei de Belo Horizonte; Coordenador do 6º ano da Faculdade de Medicina de Barbacena
Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada – FUNJOB
Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME
Departamento de Medicina Preventiva e Social – DMPS

perinatal, de mães infectadas para seus bebês.⁷ A modalidade predominante de transmissão em todo o mundo é o contato sexual, não podendo descartar atualmente o beijo na boca.¹³

Considerando o contato sexual como principal forma de transmissão do HIV, o uso de preservativos de látex (*condom*) é o meio mais eficaz de prevenir a Aids, enquanto a vacina está longe de ser comercializada.¹⁴

O *condom* foi primeiramente descrito no século XVI como um envoltório de linho usado sobre o pênis para prevenção de doenças. No primeiro quarto do século XVIII, surgiram as primeiras referências às propriedades anticoncepcionais do *condom*.¹⁵ Com o surgimento da Aids, o *condom* voltou a ter uma conotação forte na prevenção das DST.

Apesar de todo o medo e preocupação da sociedade e das autoridades diante da Aids, e do incremento da produção, comercialização e consumo dos preservativos masculinos,¹⁶ tem-se verificado que o uso de preservativos ainda está muito abaixo do esperado e do que deveria representar. Vários fatores podem ser apontados como causas para esse descaso: falta de informação adequada para a população; nível socioeconômico baixo; entre outros. Em um trabalho realizado em Vitória (ES), em 1998, somente 30% das prostitutas relataram usar sempre o preservativo durante a relação sexual.¹⁷ Outro trabalho, realizado em São Paulo, mostrou que uma grande proporção de mulheres não se preveniam das DST.¹⁸

Em virtude da magnitude da Aids e da revolução sexual observada nos últimos anos, é difícil compreender essa distância entre o medo da Aids e o uso de preservativo. A questão entre usar ou não usar o preservativo envolve muito mais que o saber, envolve mitos, crenças e auto-confiança em demasia. Baseado nisso, foi feita uma pesquisa para investigar a frequência do uso de preservativos entre os alunos da Faculdade de Medicina de Barbacena e o que eles pensam a respeito do binômio camisinha/Aids, já que esta população é privilegiada pelo alto nível de informação a respeito de doenças, prevenção e saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo é um corte transversal realizado através de um inquérito sobre o uso de preservativos entre os alunos da Faculdade de Medicina de Barbacena.

Os alunos incluídos nesta pesquisa encontram-se nos seguintes períodos: 2º, 3º, 4º, 5º, 6º e 8º e 10º do segundo semestre do ano 2000, dando uma somatória de 427 alunos. Os 1º e 12º períodos foram excluídos por dificuldade de obtenção de dados.

Em posse da lista de chamadas de cada período, uma lista única dos alunos foi elaborada. A partir desta lista, houve a seleção da amostragem pesquisada. O tamanho da amostra foi calculado com base em percentual esperado de respostas positivas para o uso de preservativo de 30%, para uma estimativa de precisão de 3% e erro alfa de 5%, sendo esta amostra ajustada para uma população de 420 alunos; chegando, assim, a um total de 300 alunos. A randomização foi feita tomando cada aluno como uma unidade. Portanto, não foram randomizados os períodos, mas sim, os estudantes na lista única.

A randomização foi feita por computador, utilizando software EPI-INFO versão 6.04. Os alunos foram escolhidos ao acaso até que completou o número mínimo da amostragem que a pesquisa exigiu, considerando as variáveis epidemiológicas adotadas.

Os alunos da amostragem faltosos no dia da pesquisa foram substituídos pelos alunos subsequentes na relação única.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário dotado de 23 questões, abordando conhecimentos gerais sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis e sexualidade. Todos os alu-

nos selecionados responderam ao questionário numa sala de aula, utilizando o mesmo tipo de caneta, sendo o questionário, após resolvido, colocado dentro de um envelope e em seguida depositado em uma urna única. Neste questionário não constaram nomes nem demais caracteres que pudessem demonstrar a identidade do aluno; preservando, assim, o anonimato.

A análise dos resultados do inquérito foi realizada em um computador, através do *software* de processamento estatístico EPI-INFO versão 6.04, depois da transcrição dos dados registrados nos formulários do questionário para o meio magnético. Foram construídas as distribuições de frequência das variáveis contidas no formulário e calculadas as taxas de prevalência de modo usual. Comparações entre subgrupos da amostra foram efetuadas em tabelas de continência R X C, para dados categóricos e através do uso de médias e respectivos erro-padrões no caso de dados expressos através de escala numérica. Nessas comparações, as diferenças foram testadas pelo método do qui-quadrado e pelo teste de *Student*. No cálculo dos intervalos de confiança foram utilizadas as curvas de *Student*. O nível de confiança estatístico nas comparações e no cálculo dos intervalos foi de 95%.

RESULTADOS

De um total de 300 alunos selecionados da lista única da Faculdade, 292 responderam ao questionário. Destes, um foi descartado por apresentar erros de preenchimento, resultando numa amostragem final de 291 questionários.

A frequência do sexo entre os alunos da amostra foi de 159 do sexo masculino (54,64%), 128 do sexo feminino (43,99%) e 4 alunos (1,37%) não responderam. A idade média dos alunos foi de 22,3 (DP=2,7), apresentando valores mínimo e máximo de 18 e 36 anos, respectivamente. Com relação ao estado civil, a maioria é solteira, 283 (98,6%), 2 são casados (0,7%) e 2 são desquitados (0,7%). O total de alunos da amostra, estratificado pelos períodos cursados é apresentado na tabela 1.

A respeito da Aids, os alunos marcaram se são falsas ou verdadeiras as afirmações listadas na tabela 2.

Sobre o nível de preocupação dos alunos a respeito da Aids, 239 alunos (82,4%) preocupam muito, 48 (16,6%) preocupam pouco e apenas 3 (1%) não preocupam.

A frequência das respostas às questões se são verdadeiras ou falsas as afirmações que determinados eventos transmitem Aids é apresentada na tabela 3.

A tabela 4 mostra a frequência das respostas dos alunos a respeito da atitude que tomariam frente a um colega com o vírus da Aids. Quando indagados se já foram acometidos por alguma DST, 256 alunos (88%) afirmaram nunca ter sido, 31 alunos (10,7%) afirmaram já ter sido acometidos por alguma DST, e 4 alunos (1,4%) não sabem. Excluindo os alunos que nunca tiveram relação sexual, a frequência das respostas obtidas foi de 216 alunos (86,1%) nunca tiveram DST, 31 (12,4%) já tiveram alguma DST e 4 alunos (1,6%) não sabem.

Com relação à sexualidade dos alunos da amostra, 251 alunos (86,3%) já tiveram iniciação sexual e 40 alunos (13,7%) ainda não tiveram sua primeira relação sexual. A média de idade da iniciação sexual foi de 16,7 (DP=2,4), variando entre 9 e 24 anos de idade. Destes, 168 alunos (66,94%) fizeram uso de preservativo na primeira relação, 79 (31,47%) não usaram e 4 (1,59%) alunos não responderam.

A maioria dos alunos, 154 alunos (62,1%), mantém relações sexuais com apenas um parceiro fixo, 4 alunos (1,6%) apresentam mais de um parceiro fixo, 43 (17,3%) apresentam um parceiro fixo e parceiros ocasionais, 5 (2%) apresentam mais de um parceiro fixo

e parceiros ocasionais, 42 alunos (16,9%) não têm parceiro fixo e 3 não responderam, como mostra a figura 02. Ainda com relação aos parceiros, 237 alunos (95,6%) mantêm relações com parceiros do sexo oposto, 9 (3,6%) mantêm relações com parceiros do mesmo sexo, 2 (0,8%) se relacionam com ambos os sexos e 3 não responderam. A quantidade média de parceiros durante o período de um ano foi de 2,5 (DP=3,0), com valores mínimo e máximo de 0 e 22, respectivamente.

Com relação ao uso de camisinha, 103 (41,5%) responderam sempre usar, 83 (33,5%) usam na maioria das vezes, 46 alunos (18,5%) usam algumas vezes e 16 alunos (6,5%) afirmaram nunca usar o preservativo. Dentre as razões para o uso do preservativo, 227 alunos (94,6%) usam para evitar a gravidez, 209 (87,1%) usam para evitar a Aids, 188 (78,3%) usam para evitar outras doenças e apenas 20 (8,3%) usam porque o parceiro(a) exige. A tabela 05 apresenta as razões para o não uso do preservativo, de acordo com as respostas dos alunos.

A relação entre a incidência de DST e o sexo dos alunos que responderam o questionário apresentou valor de *p* maior que 0,05, assim como a associação entre incidência de DST e idade, que também apresentou valor de *p* superior 0,05. Os alunos que já tiveram alguma DST apresentaram idade média de iniciação sexual igual a 15,6 (DP=2,3), enquanto que os alunos que relataram não terem tido DST apresentaram idade média de 16,9 (DP=2,4). A comparação das duas médias apresentou *p* = 0,02. A relação verificada entre a incidência de DST e a quantidade de parceiros sexuais no último ano, foi aferida através da comparação da quantidade média de parceiros, entre aqueles que nunca tiveram DST, 2,2 parceiros (DP=2,5), e a quantidade média de parceiros entre os alunos que já tiveram DST, 4,1 (DP=4,9). Essa comparação apresentou *p* = 0,03.

A frequência da iniciação sexual entre os alunos dos sexos masculino e feminino mostra que 96,2% dos alunos do sexo masculino já tiveram relação sexual e, entre as alunas esse percentual é de 74,2%. A comparação desses percentuais apresentou *p* = 0,00000016. A média de idade dos alunos que já tiveram relação sexual foi de 22,5 (DP=2,7), enquanto que nos alunos que ainda não tiveram relação sexual a idade média foi de 21,2 (DP=2,2), sendo *p* igual a 0,002.

A média de idade de iniciação sexual no sexo feminino foi de 18,4 (DP=2,0), e a do sexo masculino foi de 15,7 (DP=2,1). A comparação das duas apresentou *t* = 9,4 e *p* = 0.

O estudo da associação entre o uso de preservativo na primeira relação e o sexo apresentou valor de *p* superior a 0,05.

A comparação dos diferentes modos de uso, atual, de preservativos entre os dois sexos é apresentada na tabela 6. Os dados comparados nessa tabela apresentaram *c*² = 15,76 e *p* = 0,0012.

A frequência do uso de preservativos por tipo de parceiros é apresentada na tabela 07. Os dados comparados nessa tabela apresentaram *c*² = 23,21 e *p* = 0,0001.

No que se refere à frequência do tipo de parceiro sexual associada ao sexo dos alunos, constatamos que a quantidade média de parceiros sexuais no último ano do sexo feminino foi de 1,3 (DP=0,8), e a do sexo masculino foi de 3,2 (DP=3,5). A comparação desses valores apresentou *t* = 4,97 e *p* = 0,000001.

A relação entre o uso de preservativo e o nível de preocupação a respeito da Aids mostrou valor de *p* superior a 0,05. O mesmo ocorreu com a relação entre o uso de preservativo e o período que os alunos estavam cursando. A relação entre uso de preservativo e incidência de DST também apresentou valor de *p* superior a 0,05.

A comparação feita entre o uso de preservativo e a quantidade de parceiros no último ano mostrou que a quantidade média de parceiros entre os alunos que sempre usam o preservativo, ou o

usam na maioria das vezes, foi de 2,7 (DP=3,2), e entre os alunos que nunca usam o preservativo, ou o usam algumas vezes, a quantidade média foi de 1,7 (DP=1,8), sendo *t* = 2,3 e *p* = 0,02.

TABELA 1

Tamanho da amostra coletada, estratificada pelo período que está cursando

Período	Alunos	
	n	%
02	32	11,0
03	31	10,65
04	37	12,71
05	40	13,74
06	55	18,90
08	38	13,06
10	50	17,18
*	8	2,75
Total	291	100,0

* não responderam a este quesito

TABELA 2

Frequência das respostas dos alunos sobre o que pensam a respeito da Aids

Afirmações	Respostas			
	Verdadeiro		Falso	
	n	%	n	%
existem doenças mais preocupantes que a Aids	148	52,1	136	47,9
não concorda com nenhuma das anteriores	120	42,3	164	57,7
as campanhas sobre Aids vão contra aos bons costumes da família	16	5,5	274	94,5
tanta propaganda em torno da Aids é para vender camisinha	7	2,4	283	97,6
Aids é um castigo divino	6	2,1	284	97,9
Aids é uma doença de homossexuais e usuários de drogas	6	2,1	285	97,9
Aids só acontece para quem tem muitos parceiros sexuais	2	0,7	289	99,3
quem é casado(a) não precisa se preocupar com a Aids	1	0,3	290	99,7

TABELA 3

Frequência das respostas ao questionamento se é falsa ou verdadeira a afirmação de que os eventos listados transmitem Aids.

Meios de Transmissão	Respostas					
	Verdadeiro		Falso		Não Sabe	
	n	%	n	%	n	%
tatuagem	237	81,4	38	13,1	16	5,5
sexo oral	217	74,6	59	20,3	15	5,2
dentista	231	79,4	50	17,2	10	3,4
manicure	212	72,9	58	19,9	21	7,2
doação de sangue	202	69,4	89	30,6	-	-
beijo na boca	29	10	250	85,9	12	4,1
picada de inseto	9	3,1	271	93,1	11	3,8
uso de seringa	291	100	-	-	-	-
toalha de banho	3	1	287	98,6	1	0,3
sexo anal	283	97,3	6	2,1	2	0,7
roupas	-	-	290	99,7	1	0,3
talheres	1	0,3	290	99,7	-	-
sexo vaginal	289	99,3	2	0,7	-	-
beijo no rosto	1	0,3	290	99,7	-	-
convívio social	1	0,3	290	99,7	-	-
abraço	-	-	290	100	-	-
transfusão sanguínea	288	99	3	1	-	-
uso de vaso sanitário	4	1,4	284	97,6	3	1

TABELA 4

Frequência da atitude dos alunos frente um colega com o vírus da Aids

Atitude	n	%
demonstraria solidariedade	238	81,8
ficaria preocupado e prestaria mais atenção à sua saúde	176	60,5
procuraria mais informações sobre a doença	88	30,2
indiferente	34	11,7
avisaria a faculdade	15	5,2
evitaria o colega	4	1,4
sairia da faculdade	-	-
solicitaria a saída do colega	-	-

TABELA 5

Razões para o não uso do preservativo

Razões	n	%
só usa quando não conhece o(a) parceiro(a)	51	34,2
só usa no começo dos relacionamentos	44	29,7
só usa durante os períodos férteis	38	25,7
diminui o prazer	32	21,6
é muito tesão e não dá tempo para colocar	24	16,2
só usa com prostitutas	23	15,5
dificuldade para comprar (vergonha, falta de dinheiro etc.)	1	0,7
outros	57	38,5

TABELA 6

Comparação entre o uso de preservativo e o sexo

Uso de preservativo	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
usa sempre	28	30,1	75	49,3
usa na maioria de vezes	30	32,3	52	34,2
usa algumas vezes	26	28,0	18	11,8
nunca usa	9	9,7	7	4,6
Total	93	100,0	152	100,0

TABELA 7

O uso de preservativo relacionado ao tipo de parceiro sexual

Tipo de parceiro	Uso de preservativo			
	Usa sempre ou na maioria das vezes		Nunca usa algumas vezes	
	n	%	n	%
sem parceiro fixo	40	95,2	2	4,8
um parceiro fixo e ocasionais	39	90,7	4	9,3
mais de um parc. fixo e ocasionais	4	80	1	20
mais de um parceiro fixo	3	75	1	25
um parceiro fixo	100	64,9	54	35,1

DISCUSSÃO

Neste estudo houve uma pequena diferença entre o número de alunos do sexo masculino e feminino, predominando o sexo masculino com 54,64%. Esse percentual está dentro dos padrões da faculdade investigada, sendo que 56,1% dos alunos matriculados no 1º semestre de 2000 são do sexo masculino. A idade da maioria dos alunos situa-se entre 19 e 25 anos de idade, compatível com a idade dos universitários em geral. Com relação ao estado civil, quase todos os alunos (98,6%) são solteiros, o que é comum nesta faixa etária e nível sociocultural.

A amostra foi uniformemente distribuída entre os períodos, proporcionalmente com a quantidade de alunos matriculados em cada período.

A respeito da Aids, há uma pequena parte dos alunos que ainda acredita nas crenças de que a Aids só acomete determinados grupos de risco. Isso é importante porque os alunos, futuros profissionais da saúde, terão que prestar uma assistência humanística, isenta de preconceitos e desinformação. Gir *et al*¹⁹ salientou que se o indivíduo carrega consigo preconceitos, ele pode transmiti-los, o que é indesejável. Maior parte dos alunos (52,1%) acredita que existem doenças mais preocupantes que a Aids. Apesar disso, a maioria (82,4%) afirma que se preocupa muito com a Aids, mostrando a real importância da Aids no nosso cotidiano.

Analisando as respostas a respeito dos meios de transmissão da Aids, notou-se que os alunos ainda têm uma dificuldade de caracterizar corretamente os meios de transmissão da doença, até mesmo porque muitos destes ainda não foram completamente esclarecidos. Houve maior confusão nos meios de transmissão denominados “doação de sangue”, “manicure”, “sexo oral”, “dentista” e “tatuagem”, em ordem decrescente.

Com relação à atitude dos alunos frente um colega com o vírus da Aids, as respostas mostraram e confirmaram a baixa taxa de preconceito, sendo que somente 1,4% dos alunos evitaria o colega e 81,8% seria solidária. É claro que o ideal seria a ausência de preconceito.

A maioria dos alunos (88 %) afirmou nunca ter tido DST, ao passo que 10,7% já tiveram. Excluindo os alunos que nunca tiveram relação sexual, a incidência de DST eleva-se para 12,4%. Essa é a taxa de incidência de DST observada na literatura em geral, mas provavelmente os alunos podem já ter tido uma DST sem que tivessem percebido, o que na realidade mostraria uma incidência superior ao verificado. Não houve uma relação da incidência de DST com sexo e idade.

Comparando a incidência de DST com a idade média de iniciação sexual e quantidade média de parceiros no último ano, verificou-se que os alunos que já tiveram DST iniciaram a vida sexual precocemente e tiveram mais parceiros no último ano.

Esta pesquisa também mostrou que 86,3% dos alunos já tiveram relação sexual, sendo esta taxa de 96,2% nos homens e de 74,2% nas mulheres. Valores esses inferiores aos encontrados em trabalho semelhante realizado em Niterói⁵ e superiores ao trabalho realizado pela UFMG (Candiani e Rocha, 1997). A idade média entre os alunos que já tiveram relação sexual e os alunos que ainda não iniciaram não apresentou diferença significativa.

Com relação à idade de iniciação sexual dos alunos, a idade média da amostra foi de 16,7 anos. Quando comparado com o sexo, foi verificado que o homem teve iniciação sexual mais cedo que as mulheres, resultado também observado em outros trabalhos.^{2, 5, 20} O uso do preservativo na primeira relação ocorreu na maioria dos alunos (66,94%), o que demonstra a mudança do comportamento sexual que vem ocorrendo ultimamente, com maior conscientização das pessoas. Não houve relação entre o uso de preservativos na primeira relação sexual e o sexo dos alunos.

Com relação ao tipo de parceiro sexual, a maioria dos alunos (62,1%) mantém relações sexuais com apenas um parceiro fixo, porém, quando comparado de acordo com o sexo, nota-se que o sexo feminino mantém mais relações com parceiro fixo; que os alunos do sexo masculino mantêm mais relações sem parceiros fixos e que praticam mais a infidelidade. Ainda com relação ao parceiro sexual, a imensa maioria (95,6%) é heterossexual enquanto o restante se divide em homossexuais e bissexuais. A taxa de homossexualismo e bissexualismo nesta amostra está abaixo da taxa nacional, talvez por causa do preconceito existente, levando o aluno a omitir no questionário a sua real opção sexual.

A quantidade média de parceiros no último ano foi de 2,5 parceiros; quando comparados com o sexo, verificou-se que os alunos do sexo feminino apresentaram menos parceiros que o sexo masculino, demonstrando assim uma tendência à promiscuidade desses.

Com relação ao uso de preservativos, ponto principal deste trabalho, observou que a maior parte dos alunos (75%) sempre usa ou na maioria das vezes o preservativo e que uma pequena parte (6,5%) nunca usa. Quando associado ao sexo, percebe-se que os alunos usam mais que as alunas, 83,5% contra 62,4%. Os trabalhos de Paladini⁹ e de Candiani *et al.* (1997) também referem maior uso de preservativo pelos homens. Além disso, a relação entre o uso de preservativo e tipo de parceiro sexual mostrou que os alunos que mantêm relações sexuais com apenas um parceiro fixo usam menos que os alunos que não possuem parceiros fixos.

Revelou também que o uso de preservativo é maior naqueles alunos que apresentaram maior quantidade de parceiros nos últimos doze meses. Não houve relação do uso de preservativo com o nível de preocupação a respeito da Aids, ao período em que o aluno está cursando ou à incidência de DST. Isso indica que o uso de preservativo, na verdade, não está relacionado ao sexo, à idade, ou ao nível de preocupação, e sim, à quantidade de parceiros e à “experiência” vivenciada pelo aluno.

A principal razão para o uso de preservativo, apontada pelos alunos, foi no sentido de se evitar uma gravidez indesejada (94,6%), apesar de todas as campanhas governamentais a respeito da prevenção da Aids, sendo que a preocupação de se evitar a Aids vem em segundo lugar.

Dentre as razões para o não uso do preservativo, a alternativa mais apontada foi “outros” que, provavelmente, de acordo com os resultados desse trabalho, deve significar relação com parceiro fixo.

CONCLUSÃO

O presente trabalho revelou que o preconceito e as crenças em torno da Aids estão sendo cada vez mais rejeitadas pelos alunos, e que ainda há muita dúvida a respeito das DST e meios de transmissão da Aids.

De acordo com os achados deste trabalho, concluímos que o perfil sexual dos estudantes de medicina é bastante semelhante em qualquer que seja a faculdade. Pelo estudo realizado evidenciou-se que a grande maioria dos alunos pratica ativamente o sexo, sendo o homem o mais praticante, o que mais cedo tem iniciação sexual, o que mantém mais relações com parceiros ocasionais e o que usa o preservativo com maior frequência.

O uso de preservativo pelos alunos da Faculdade de Medicina de Barbacena é maior que em vários outros trabalhos analisados, 3, 9, 14, 20, 21, 22, 23, 24 mostrando uma maior conscientização da população universitária da área da saúde. Porém, não é o desejado tendo em vista toda a carga de informação que o aluno de medicina recebe. Mas não podemos deixar de considerar que todas as pessoas são envolvidas por sentimentos e paixões, e não somente por razões, e que a maioria dos alunos da Faculdade de Medicina de Barbacena mantêm relações com parceiro fixo exclusivo, relações essas embasadas na fidelidade e respeito, o que justifica para eles o não uso do preservativo na parcela de alunos que usa pouco ou não usa. Esse princípio é coerente, mas não isenta a pessoa de adquirir ou transmitir doenças, principalmente a Aids, posto que a pessoa pode estar contaminada e mesmo assim não saber, devido ao longo período de incubação do HIV. Além disso, ainda há outros meios de transmissão da Aids não relacionados com o ato sexual como a transmissão ocupacional, e que está intimamente relacionada a essa classe estudada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTILHO, E.A.; SZWARCOWALD, C.L. Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a Aids. In: *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. Vol. I: 165-397.
2. BENTO, I. & BUENO, S. Sexualidade e DST/Aids em uma população universitária. *J bras Doenças Sex Transm*. Niterói, RJ. v.11, n. 2, p. 17-25. 1999.
3. FAÇANHA, M.C. *et al.* Estudo preliminar do comportamento sexual de estudantes de medicina no estado do Ceará. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 1999.
4. MULIM, L.R. *et al.* – Pesquisa voltada para o comportamento sexual de uma população universitária específica, tendo como base o seu conhecimento sobre DST. Niterói: Escola Superior de Ensino Helena Antipoff – ESEHA, 1998.
5. PALADINI, M. *et al.* – Perfil sexual dos estudantes de medicina: uma análise do comportamento sexual. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, 1998.
6. PELTZER, K. Factors affecting condom use among South African university students. *East Africa Med. J.* 77(1) 46-52. 2000.
7. BENNET, J.C.; PLUM, F. *Tratado de medicina interna*. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, vol. 2.
8. BUENO, S.M.V. *et al.* Educação para promoção da saúde sexual DST/Aids. Ribeirão Preto-SP: Villimpress, 1995.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência das DST/Aids no local de trabalho*. Brasília: 1998.
10. SZWARCOWALD, C.L. *et al.* Aids: o mapa ecológico do Brasil, 1982-1994. In: Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Simpósio Satélite: A epidemia da Aids no Brasil: situações e tendências*. Brasília, 1997.
11. LOPES, V.G. S. – HIV: Perfil da atual transmissão heterossexual no Brasil. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. Niterói, RJ. v. 10, n.6, p. 41-43. 1998.
12. Home Page da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde do Brasil (<http://www.Aids.gov.br>).
13. MOREIRA, L.C.A boca como alvo de DST/Aids. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. Niterói, RJ. *DST in Fortaleza*, 3 a 6 de setembro, 2000. p. 38.
14. CENTER FOR DISEASE CONTROL. Recommendations for prevention of HIV transmissions in health-care settings. *MMWR*. 1987; 38 (Suppl. 2): 15.
15. SHERRIS, J.D.; LEWISON, D.; FOX, G. Atualização sobre condons: produtos, proteção e promoção. *Population Reports*. vol.6 série H. 1983.
16. ALMEIDA, T.R. *O uso do preservativo masculino no Brasil nos últimos 6 anos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST e Aids. 1998.
17. PIRES, I.C.P.; MIRANDA, A.E.B. Prevalência e fatores correlatos de infecção pelo HIV e sífilis em prostitutas atendidas em Centro de Referência DST/Aids. *Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia*. 1998; 20(3).
18. JIMÉNEZ, A.L. *Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis*: associação com variáveis econômicas, sociais e demográficas. São Paulo: s.n, 1999. 99p. ilust, tab.
19. GIR E. *et al.* Opinião de universitários sobre o uso do condom e sua influência no exercício da sexualidade. *Medicina*, Ribeirão Preto-SP, 30: 100-105, 1997.
20. MACHADO, A.A. *et al.* Avaliação do conhecimento sobre DST e Aids entre universitários de Ribeirão Preto/SP. Ribeirão Preto, SP: Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP). *Medicina*, Ribeirão Preto, SP. 1997.
21. BUENO, S. M. V. – Marco conceitual e referencial teórico de educação para a saúde: orientação à prevenção da DST/Aids e drogas no Brasil para a criança, adolescente e adulto jovem. Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids. Brasília, 1998.
22. LIMA, J.C. – Aspectos pedagógicos e éticos nas ações de prevenção em Doenças Sexualmente Transmissíveis. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. Niterói, RJ. v.11, n.1, p.26-27. 1999.
23. LIMA, S. R. *et al.* – Abordagem de DST e Aids no currículo do curso de Medicina da UFPB. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. Niterói, RJ. v. 12, n.5, p.87, 2000.
24. METENS, T. & PIOT, P. Global aspects of human immunodeficiency virus epidemiology: general considerations. In: *Aids: biology, diagnosis, treatment and prevention*, 4ª ed., 1995.

Endereço para correspondência:

Fábio HW Botelho

Rua Espírito Santo, 1752 / aptº 801 - Lourdes

Cep:30.160-031 - Belo Horizonte – MG

Email:camarafred@yahoo.com

SUSCEPTIBILIDADE DE CEPAS DE *NEISSERIA GONORRHOEAE* AOS ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS PARA O TRATAMENTO DE URETRITES E CERVICITES GONOCÓCICAS EM AMBULATÓRIO DE DST DE MANAUS - BRASIL

SUSCEPTIBILITY OF *NEISSERIA GONORRHOEAE* STRAINS TO THE ANTIBIOTICS USED FOR TREATMENT OF URETHRAL AND CERVICAL DISCHARGE AT A STD AMBULATORY IN MANAUS - BRAZIL

William A. Ferreira¹; José Carlos G. Sardinha²; Antonio P. M. Schettini³; Cristina M. Ferreira⁴; Adele S. Benzaken⁵

RESUMO

Background: A gonorréia ainda é uma doença importante em todo o mundo com incidência estimada em 62 milhões de casos. Embora este número esteja declinando nos países desenvolvidos, ainda continua sendo um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, principalmente devido as complicações clínicas que pode causar e pela capacidade de intensificar a transmissão do HIV. O surgimento de cepas de *N. gonorrhoeae* resistentes aos antibióticos tem sido relatado em vários países e passou a ser um fator a mais de preocupação para os órgãos de vigilância epidemiológica. **Objetivo:** No presente estudo, utilizamos o teste de antibiograma por difusão em disco para avaliar a susceptibilidade de isolados de *N. gonorrhoeae* aos antibióticos indicados para o tratamento da uretrite e cervicite gonocócica em ambulatório de DST em Manaus. **Resultados:** Após a aplicação dos testes, verificamos que das 249 amostras investigadas, 175 (70,2%) foram resistentes a tetraciclina seguido de 56 (22,4%) à penicilina e 1 (0,4%) à eritromicina. Sensibilidade reduzida foi detectada em 29 (11,6%) isolados testados contra cefoxitina e 12 (4,8) à eritromicina. Sensibilidade de 100% dos isolados foi observada para ceftriaxona, cefotaxima, ciprofloxacina e ceftazidima. **Conclusão:** Os elevados percentuais de resistência detectados, principalmente para tetraciclina e penicilina, enfatizam as recomendações do não uso desses fármacos para o tratamento de gonorréia complicada ou não. Os índices de sensibilidade reduzida à cefoxitina e eritromicina, indicam a necessidade de cautela no uso de cefalosporinas de segunda geração e macrolídeos para tratamento dessa doença. Torna-se evidente também, a necessidade de um monitoramento clínico/laboratorial efetivo e constante da resistência da *N. gonorrhoeae* aos antibióticos empregados no tratamento para as atuais e futuras ações de controle dessa doença.

ABSTRACT

Background: Gonorrhea is still an important disease all over the world with an incidence of 62 million cases. Although this number is declining in developed countries, the disease is still a serious public health problem in the developing countries, mainly due to clinical complications and the capacity to intensify the transmission of HIV. The appearance of strains of *N. gonorrhoeae* resistant to antibiotics has been reported in several countries and this has become an additional concern for the organs of epidemic surveillance. **Objective:** In the present study, we used disk diffusion test to evaluate the susceptibility of isolates of *N. gonorrhoeae* to the antibiotics employed for the treatment of urethral and cervical discharge at a DST clinic in Manaus. **Results:** Of the 249 samples investigated samples, 175 (70,2%) were resistant to tetracycline, 56 (22,4%) to penicillin and 1 (0,4%) to erythromycin. Reduced sensibility was detected in 29 (11,6%) isolates tested against cefoxitin and 12 (4,8) to erythromycin. Sensibility of 100% of the isolates was observed for ceftriaxon, cefotaxin, ciprofloxacina and ceftazidim. **Conclusion:** The high levels of resistance detected, specially for tetracycline and penicillin, emphasize the recommendations for not using these drugs for the treatment of gonorrhea complicated, or not. Reduced sensibility to cefoxitin and erythromycin, calls for caution in the use of second generation cefalosporins and macrolides for treatment of that disease. Current and future control measures will also depend on a permanent and effective clinical and laboratory monitoring of *N. gonorrhoeae* resistance to antibiotics

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 13(6):36-40, 2001

INTRODUÇÃO

A estimativa global de casos novos de gonorréia em adultos no ano de 1999 foi de 62 milhões. Embora este número esteja declinando a partir do início dos anos 80 nos países desenvolvidos, a gonorréia ainda continua sendo um grave problema de saúde pública para os países em desenvolvimento não só pelos números que apresenta mas também pela intensificação do risco da transmissão do HIV e da possibilidade de complicações como doença pélvica inflamatória, infertilidade, conjuntivite e outras, levando a graves conseqüências médicas e psicológicas às populações acometidas^{1, 2, 3, 4}.

O surgimento de cepas resistentes a penicilina (1976) e a tetraciclina (1985) chamam atenção para a capacidade do gonococo de desenvolver diferentes mecanismos de resistência aos agentes antimicrobianos^{5, 6}. Desde então, um número crescente de cepas

¹ Farmacêutico-Bioquímico da Fundação Alfredo da Matta e Mestre em Patologia Tropical, formado pela Universidade do Amazonas.

² Médico dermatologista da Fundação Alfredo da Matta, formado pela Universidade do Amazonas;

³ Médico dermatologista da Fundação Alfredo da Matta, Mestre em Patologia Tropical, formado pela Universidade do Amazonas e especialista em dermatologia pela Universidade Federal Fluminense.

⁴ Farmacêutica- Bioquímica do Centro e Hematologia do Amazonas, Mestre em Patologia Tropical formado, pela Universidade do Amazonas;

⁵ Médica ginecologista da Fundação Alfredo da Matta formado pela Universidade do Amazonas e especialista em ginecologia pela Sta. Casa do Rio de Janeiro.

ÓRGÃO FINANCIADOR OU DE APOIO:

Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia "Alfredo da Matta". Órgão de saúde pública vinculada ao Governo do Estado do Amazonas e Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para tratamento, treinamento e pesquisa em Hanseníase.

resistentes ou com sensibilidade reduzida a estes antibióticos e a outros como ceftriaxona, ciprofloxacina e azitromicina tem sido relatada em diferentes regiões do planeta^{7, 8, 9, 10, 11}.

No Brasil, no início dos anos oitenta, já se detectava a existência de cepas de *N. gonorrhoeae* resistentes a penicilina e tetraciclina mediada por plasmídeo ou por cromossomo. Os primeiros casos descritos de PPNG ocorreram na cidade de Recife (1983), São Paulo e no Rio de Janeiro (1985)^{12, 13, 14} enquanto que foram relatadas nas cidades de Belo Horizonte (MG) e Florianópolis (SC) gonococos com resistência a tetraciclina^{15, 16}.

Programas de vigilância epidemiológica que utilizam testes laboratoriais padronizados para o monitoramento da suscetibilidade da *N. gonorrhoeae* aos antibióticos já estão implantados em várias regiões do planeta, principalmente nos países desenvolvidos, contribuindo com o fornecimento de dados necessários para o controle e vigilância de uma doença altamente infecciosa e de elevado risco para a propagação do vírus HIV.

OBJETIVOS

- Determinar a suscetibilidade de amostras de *N. gonorrhoeae* a antibióticos comumente utilizados para tratamento da gonorréia na Fundação Alfredo da Matta (Manaus - Amazonas).

Objetivos específicos

- Verificar os níveis de sensibilidade, sensibilidade reduzida e resistência, das amostras de *N. gonorrhoeae* aos seguintes antibióticos: penicilina, tetraciclina, ciprofloxacina, cefoxitina, cefotaxima, ceftriaxona, ceftazidima e eritromicina.
- Verificar a possível utilização do método de na rotina laboratorial para o controle e vigilância epidemiológica da *Neisseria gonorrhoeae*.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Delineamento: Estudo de prevalência, transversal, com componentes analíticos.

Critérios de Inclusão

- Pacientes que concordaram, espontaneamente, em participar do estudo;
- Pacientes que apresentavam sinais e sintomas clínicos sugestivos de uretrite e ou cervicite causados por *N. gonorrhoeae*;
- Pacientes que tiveram o diagnóstico clínico de uretrite e ou cervicite causado por *N. gonorrhoeae* confirmado através de procedimentos e técnicas laboratoriais padronizados (crescimento em meios seletivos, provas de catalase, oxidase e fermentação de cabodratos).

Critérios de Exclusão

- Pacientes que não tiveram diagnóstico clínico de uretrite e ou cervicite causados por *N. gonorrhoeae* confirmado por técnicas laboratoriais padronizadas (crescimento em meios seletivos, provas de catalase, oxidase e fermentação de cabodratos);
- Pacientes em período menstrual;
- Pacientes que estivessem fazendo uso de qualquer tipo de medicamento antimicrobiano no momento da consulta ou até 7 dias antes da coleta do material biológico.

Amostra: 254 cepas de *N. gonorrhoeae* isoladas no período entre fevereiro a dezembro de 1999, em pacientes de ambos os sexos, sem limite de idade, que compareceram espontaneamente ao Serviço de DST da Fundação Alfredo da Matta de Manaus (AM).

Cepa de Controle: ATCC 49226 e ATCC 49468 obtidas da American Type Culture Collection (ATCC - University Blvd, Manassas, VA 20110-2209 USA).

Análise estatística: Através de tabelas de frequência e gráficos, utilizando-se o Epi-Info 6.0 para o cálculo das médias e desvio padrão. Para os dados quantitativos, foi utilizado o teste de T-student, e para os dados qualitativos, o teste de Qui-quadrado de Pearson, testando o nível de associação com uma significância de 5% ($\alpha=0,05$)^{17, 18}.

Isolamento e Identificação das Cepas de *N. gonorrhoeae*:

As amostras coletadas foram isoladas e identificadas de acordo com os procedimentos de rotina descritos no manual do Ministério da Saúde¹⁹, Van Dick e colaboradores²⁰.

Teste de suscetibilidade aos antibióticos:

O teste de suscetibilidade, os critérios para a interpretação dos halos e para a classificação de resistência mediada por plasmídeo foram feitos seguindo as determinações de Van Dick e colaboradores²⁰, NCCLS²¹, CDC²² e NCCLS²³.

RESULTADOS

Inicialmente foram obtidas 254 amostras de secreção uretral e ou cervical dos pacientes que apresentaram suspeita clínica de uretrite ou cervicite gonocócica. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra passou a ser constituída por 249 pacientes resultando em 249 isolados de *N. gonorrhoeae*. Dos pacientes estudados 185 (74,3%) eram do sexo masculino e 64 (25,7%) do sexo feminino (Tabela 1) e entre os 247 que informaram a idade, a faixa etária média foi de 23 anos com a idade mínima de 12 e máxima de 58 (Tabela 2).

TABELA 1
Distribuição da Frequência em Relação ao Sexo dos Pacientes com Uretrite e Cervicite gonocócica

Sexo	n	%
Masculino	185	74,3
Feminino	64	25,7
Total	249	100,0

TABELA 2
Distribuição da Frequência da População de Estudo em Relação a Faixa Etária

Idade (anos)	n	%
De 10 a 18	67	27,1
De 19 a 28	138	55,9
De 28 a 38	33	13,4
Mais de 38	9	3,6
Total	247	100,0

Média: 23 anos; Desvio Padrão: 7,07; Mín.: 12 anos; Máx.: 58 anos

Em relação aos resultados obtidos com o teste de suscetibilidade por difusão em disco com as cepas de *N. gonorrhoeae* e distribuição de acordo com a resistência (R), sensibilidade reduzida (SR) e sensível (S), observamos que duas (0,8%) das cepas testadas foram sensíveis a todos os antibióticos utilizados no estudo. Todas as cepas testadas foram sensíveis à ceftriaxona, ceftazidima, cefotaxima, ciprofloxacina. Em relação à tetraciclina, 175/249 (70,2%) dos isolados foram resistentes a este antibiótico, seguido de 56/249 (22,4%) à penicilina, e 1/249 (0,4%) à eritromicina. Sensibilidade reduzida das cepas à penicilina foi observada em 175/249 (70,2%), em 72/249 (28,9%) à tetraciclina, em 29/249 (11,6%) à cefoxitina, e em 12/249 (4,8%) à eritromicina (Tabela 3).

TABELA 3
Resultados Observados com o Teste de Suscetibilidade por Difusão em Disco Nas Amostras de *Neisseria gonorrhoeae*

Antibiótico (mg) ^a	Resistentes		Sens. Reduzida		Sensível	
	n	%	n	%	n	%
Cefoxitina 30mg	0	0,0	29	11,6	220	88,3
Ceftriaxona 30mg	0	0,0	0	0,0	249	100
Ceftazidima 30mg	0	0,0	0	0,0	249	100
Cefotaxima 30mg	0	0,0	0	0,0	249	100
Ciprofloxacina 5mg	0	0,0	0	0,0	249	100
Eritromicina 15mg	1	0,4	12	4,8	236	94,7
Penicilina 10UI ^b	56	22,4	175	70,2	18	7,2
Tetraciclina 30mg	175	70,2	72	29,3	2	0,8

^a - Concentração em microgramas; ^b - Concentração em Unidades Internacionais.

A associação entre os antibióticos tetraciclina e penicilina quanto ao teste de suscetibilidade está representada na Tabela 4 onde a resistência simultânea à tetraciclina e penicilina foi observada em 41 (23,4%) das cepas de *N. gonorrhoeae*, a sensibilidade reduzida em 52 (71,3%) e duas (0,8%) das cepas testadas apresentaram sensibilidade simultânea a ambos os antibióticos.

TABELA 4
Associação entre os Antibióticos Tetraciclina e Penicilina Quanto ao Teste de Suscetibilidade por Difusão em Disco nas Amostras de *Neisseria gonorrhoeae*

Penicilina	Resistente		Sens. Reduzida		Sensível		Total
	n	%	n	%	n	%	
Resistente	41	23,4	15	20,5	0	0	56
Sens. Reduzida	123	70,3	52	71,3	0	100,0	175
Sensível	11	6,3	5	8,2	2	0	18
Total	175	100,0	72	100,0	2	100,0	249

Em relação as cepas de *N. gonorrhoeae* que apresentaram resistência a penicilina e tetraciclina mediada por plasmídeo, dos 56 (22,4%) resistentes a penicilina, 24 (42,8%) tiveram halo de suscetibilidade com diâmetro inferior a 19mm, portanto, cepas PPNG. Dos 175 (70,2%) isolados resistentes à tetraciclina 80 (45,7%) também apresentaram halo de suscetibilidade inferior a 19mm, sendo classificados como cepas TRNG (Tabela 5).

TABELA 5
Distribuição das cepas de *N. gonorrhoeae* Resistentes A Penicilina e Tetraciclina mediada por plasmídeo (PPNG e TRNG)

Antibiótico	n		%		Total	
	TRNG	PPNG	TRNG	PPNG	N	%
Tetraciclina	80	-	45,7	-	175	70,2
Penicilina	-	24	-	42,8	56	22,4

Obs: A determinação dos isolados PPNG e TRNG foi realizada de acordo com as recomendações do National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS,1999).

DISCUSSÃO

Após a aplicação dos testes de suscetibilidade com os isolados obtidos na Fundação Alfredo da Matta, verificamos altos índices de resistência à tetraciclina (70,2%) e penicilina (22,4%). Entre os isolados tetraciclina resistentes, 45,7% foram TRNG, já os isolados penicilina resistentes, 42,8% se mostraram PPNG. Valores semelhantes de resistência à tetraciclina e penicilina tem sido observado em várias outras regiões do planeta inclusive na América do Sul e Caribe ^{7, 12, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33}. No Brasil, isolados de *N. gonorrhoeae* produtoras de penicilinase e com resistência cromossômica à penicilina e tetraciclina tem sido relatados desde de 1984 ^{12, 15, 14, 3, 4, 35}.

Em Manaus, ³⁶ também observaram altos índices de resistência a estes mesmos antibióticos quando estudaram isolados de *N. gonorrhoeae* obtidos no mesmo serviço (FUAM) em 1998 e ambos os trabalhos refletem altos índices de resistência a estas drogas, confirmando as recomendações da OMS e CDC para o não uso dos mesmos para o tratamento da gonorréia e sim e apenas, para nível de avaliação e controle epidemiológica.

Em relação às cefalosporinas, curiosamente 11,6% das cepas apresentaram sensibilidade reduzida à cefoxitina, provavelmente isto é devido a uma maior utilização desse antibiótico em nosso meio e reforça a necessidade de um monitoramento constante das cefalosporinas de segunda e terceira geração para a detecção de isolados com resistência emergente a este grupo de antibióticos ³⁷, concordam com este argumento ao afirmarem que as cefalosporinas são drogas utilizadas em larga escala e de modo excessivo a nível hospitalar, provocando com isto, risco do desenvolvimento de resistência.

Estudos com amostras de gonococos realizados em países como Austrália e Chile, utilizando cefalosporinas de segunda e terceira geração, tem demonstrado a eficiência destes antibióticos, não se observando resistência nas amostras estudadas ^{7, 39, 40}. Porém, ³¹ analisando a suscetibilidade em 224 com trabalhadores do sexo, em Dhaka (Bangladesh), observaram valores de 11,7% de sensibilidade reduzida à cefuroxima e 1% de resistência à ceftriaxona.

Em relação a eritromicina, detectamos que 11 (4,8%) das amostras testadas apresentaram sensibilidade reduzida a este antibiótico e 1 (0,4%) resistência. Este fato pode significar o desenvolvimento de resistência ou sensibilidade reduzida de derivados da eritromicina como a azitromicina. O surgimento de resistência a eritromicina e correlatos já tem sido detectada em alguns países, inclusive, da América do Sul. ^{41,42}, avaliaram a atividade antimicrobiana da eritromicina, e azitromicina associada à doença pélvica inflamatória gonocócica, detectaram que a atividade da azitromicina, *in vitro*, era maior que da eritromicina.

Em um estudo multicêntrico entre Estados Unidos e Uruguai, foi relatado Roberts et al. (1999), relataram o aparecimento de dois isolados de *N. gonorrhoeae* resistentes à eritromicina (MIC

4,0 a 16,0 mg/ml) e também duas amostras com sensibilidade reduzida (MIC 1,0 a 4,0mg/ml) à eritromicina quando estudavam cepas originadas do Uruguai⁸. Segundo³⁶, quando estudaram 81 isolados obtidos na Fundação Alfredo da Matta de Manaus (Brasil) em 1998, detectaram sensibilidade reduzida de 23 dos isolados à azitromicina.

De acordo com^{37,43}, mencionam em seus estudos, que a combinação de fatores como falta de controle na venda destes antibióticos nas farmácias, falta de um acompanhamento médico para o tratamento de dessa patologia, a auto medicação e o baixo custo, podem contribuir de forma significativa para o surgimento de resistência não só do gonococo como para outras bactérias importantes à saúde pública. Em Manaus, a Fundação Alfredo da Matta os antibióticos de primeira escolha atualmente utilizados para o tratamento estão a ciprofloxacina associado ao tianfenicol e azitromicina (trochominíase e infecção por *Chlamydia*), ofloxacina e ceftriaxona (gravidas). Mesmo assim ainda existe a possibilidade do uso de antibióticos como tetraciclina, penicilina e ampicilina para o tratamento da gonorréia tanto na capital como no interior do estado.

Este fato foi comprovado por⁴⁴, quando avaliaram os procedimentos adotados pelos atendentes de farmácias em 130 drogarias diante de "pacientes" (acadêmicos de medicina) com queixas simuladas de DSTs (corrimento uretral, vaginal e úlceras) na cidade de Manaus (Amazonas – Brasil), onde 76,87% dos atendentes das farmácias orientaram para o uso de antibióticos como, penicilina e derivados, tetraciclina.

Vários autores ressaltam a necessidade da elaboração de normas de controle e programas de vigilância epidemiológica para a detecção do surgimento de microorganismos resistentes ou com sensibilidade reduzida a antibióticos. Particularmente no caso da *N. gonorrhoeae*, devido a grande capacidade que esta bactéria tem de desenvolver resistência aos antibióticos, fica mais evidente ser imperioso a criação e elaboração de mecanismos de controle, não só a nível de educação em saúde, como também para elaboração de novos esquemas de tratamento padronizado^{34, 35, 37, 45}.

CONCLUSÃO

Nosso estudo demonstrou 94,3% de amostras de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes a antibióticos como tetraciclina (70,2%), penicilina (22,4%), eritromicina (0,4%), e que já não são utilizadas nas rotinas atuais de tratamento recomendadas pelo Ministério da Saúde, mas que ainda são amplamente utilizadas em auto-medicação ou por indicação não recomendada.

Não identificamos cepas de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes a antibióticos como ciprofloxacina e ceftriaxona, que são indicadas como tratamento de primeira escolha pelo Ministério da Saúde nos programas de controle de DST no tratamento de uretrites e cervicites gonocócica. O método laboratorial utilizada no presente estudo, mostrou resultados semelhantes a de outros autores que utilizaram outros métodos mais dispendiosos. Acreditamos que o mesmo é um importante instrumento dentro da estratégia de monitoramento da sensibilidade da *Neisseria gonorrhoeae* aos antibióticos utilizados na prática clínica.

Os altos índices de resistência das amostras à tetraciclina e penicilina, confirmam as recomendações dos órgãos de vigilância, do não uso desses antibióticos para o tratamento de uretrites e cervicites cusadas pela *Neisseria gonorrhoeae*.

AGRADECIMENTOS

Dr. Aluysio Albuquerque Silva Júnior;
Prof. Dr. Evandro Ribeiro Mesquita;

Dr. Enrique Galbán García;
Prof. Dra. Ivete Rolland;
Prof. Dra. Jo-Ann R. Dillon;
Dra. Joan R. Knapp;
Prof. Dr. Luiz Antonio de Oliveira;
Dr. Ronaldo Derzy Amazonas;
Prof. Dr. Luiz Ferreira;
Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC-USA – Atlanta);
American Type Culture e Collection (USA);

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CLEMETSON, D.B.A., MOSS, G.B., WILLERFORD, D. et al. Detection of HIV DNA in Cervical and Vaginal Secretions: Prevalences and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*, 286:2864, 1993
2. MOSS, G. B., OVERBAUGH, J., WELCH, M. et al. Human Immunodeficiency Virus DNA in Urethral Secretions in Men: Association with gonococcal urethritis and CD⁴ cell depletion. *J. Infect. Dis.*, USA, 146:9-1474, 1995
3. WISDOM, A., HAWKINS, D. A. Diagnóstico em cores: Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. ed. São Paulo, Artes Médicas, 1998. p.269
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global prevalences and incidences of select curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. WHO/GPA/STD, p.1-26, 2000
5. ASHFORD, W.A., GOLASH, R.G., HEMMING, V.G. Penicillinase-Producing *Neisseria gonorrhoeae*. *Lancet*. USA, v.2, n.2, p.675 – 658, 1976
6. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). National Center for HIV/STD and TB Prevention. Division of Sexually Transmitted Diseases. Prevention Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. USA, v.47, n.1, p.1-118. 1998
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION, WESTERN PACIFIC GONOCOCCAL ANTIMICROBIAL SURVEILLANCE PROGRAMME-WHO WPR GASP. Resistance in isolated in the WHO Western Pacific Region to various antimicrobials used in the treatment of *Neisseria.gonorrhoea* 1997. *Commun Dis. Intell. Austrália*, v.22, n.13, p.288-91, 1998
8. ROBERTS, M.C., CHUNG, W.O., ROE, D. ET AL. Erythromycin-resistant *Neisseria gonorrhoeae* and oral commensal *Neisseria* spp. Carry known rRNA methylase genes. *Antimicrob Agents Chemother*. USA. n.43, v.6, p.1367-72. 1999
9. MORBIDITY & MORTALITY WEEKLY REPORT (MMWR). Fluoroquinolone-Resistance in *Neisseria gonorrhoeae*, Hawaii, 1999, and Decreased Susceptibility to Azithromycin in *N. gonorrhoeae*, Missouri, 1999. Centers for Disease Control, USA. n. 49, v.37, p. 833-837. 2000
10. SU, X. ; LIND I. Molecular basis of high-level ciprofloxacin resistance in *Neisseria gonorrhoeae* strains isolate in Denmark from 1995 to 1998. *Antimicrob Agents Chemother* . n.45, v.1, p.117-23. 2001
11. LESMANA, M., LEBRON, C.I., TASLIM, D. ET AL. In vitro antibiotic susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* in Jakarta, Indonesia. *Antimicrob Agents Chemother*. n.45, v.1, p.359-62. 2001
12. MAGALHÃES, M. Penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* causing urethritis in Brazil. A case report. *Rev. Bras. Pat. Clin.*, Brasil, v.20, p.116-117, 1984
13. LOMBARDI, C., SIQUEIRA L.F.G., SANTOS JR., M.F.Q. et al. *Neisseria gonorrhoeae* Produtora de Penicilina. Primeira Cepa isolada em São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Públ. Brasil*, n.19, p.374-376. 1985
14. MAGALHÃES, M. Resistência Cromossômica à Penicilina em *Neisseria gonorrhoeae* *Rev. Microbio. Brasil*. n.18, v.3, p.219-223. 1987
15. ANTUNES, G.S., DAMACENO, C.A.V., CISALPINO E.O. Perfil de Suscetibilidade de *Neisseria gonorrhoeae* a Antimicrobianos em Belo Horizonte, MG. *Rev. Microbiol.*, Brasil, n.15, v. 4. p. 217-221
16. SMANIA JR., A., GIL, M.L., SMANIA, E.F.A. et al. Resistência de Agentes Antimicrobianos de Amostras de *Neisseria gonorrhoeae* isoladas em Florianópolis (SC). *Rev. Microb.*, Brasil. n.22, v.4, p.308-312
17. TOLEDO, G.L., OVALLE, I.I. Estatística Básica. São Paulo. Atlas, 1981
18. CAMPOS, H. Estatística Experimental não Paramétrica, 4. ed. Brasil, 1983
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE, PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. Cultura, Isolamento e Identificação de *Neisseria gonorrhoeae*. Brasil.p.1-72. 1997. Serie Telelab.
20. VAN DYCK, E., MAHEUS, A. Z., PIOT, P. Laboratory Diagnosis of Sexually Transmitted Diseases. World Health Organization. Switzerland, cap.1, p1-21, 1999

21. NATIONAL COMMITTEE FOR CLINICAL LABORATORY STANDARDS (NCCLS). Performance Standard for Antimicrobial Disk Susceptibility Tests; Approved Standard. USA, M2-A6. v.17, n.1, p.26, 1997
22. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Antimicrobial Susceptibility Testing of Neisseria Gonorrhoeae; Disk Diffusion Method, Atlanta, USA, 1998
23. NATIONAL COMMITTEE FOR CLINICAL LABORATORY STANDARD (NCCLS). Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Ninth Information Supplement. M100-S9, v.19, n.1, p.104, 1999
24. VARGAS, C. I., OLGA, M., VELA, M. C. et al. Susceptibilidad de aislamientos de Neisseria gonorrhoeae a la penicilina y a la tetraciclina. Biomedica. Colombia., v.16, n.3, p.212-16, 1996
25. KNAPP, J. S., FOX, K. K., TREES, D. L. et al. Fluroquinolones resistance in Neisseria gonorrhoeae. Emerg. Infect. Dis., USA, v.3, p.33-39, 1997
26. HARNETT, N., BROWN, S., TERRO, R., et al. High-level tetracycline-resistant Neisseria gonorrhoeae in Ontario, Canada: Investigation of a cluster of isolates, showing chromosomally mediated resistance to penicillin combined with plasmid-mediated resistance to tetracycline. J. Infect. Dis., USA., v.176, n.5, p-1269-76, 1997
27. FERREIRA, E., LOURO, D., GOMES, J. P. et al. High-Level tetracycline resistente Neisseria gonorrhoeae isolate in Portugal. Pathol. Biol., France, v.45,n.5, p.371-5, 1997
28. CASTILLO, M.C., SAAD, O.A., NADER, O.M. et al. Evaluation of the Standardized Disk Diffusion Antibiotic Susceptibility Test Methods by Using Strains of Neisseria gonorrhoeae from Tucuman, Argentina. Biol. Pharm. Bull. n.20, v.9, p.1010-1012
29. GUYOT, A., JERRET, B., SANVEE, L. et al. Antimicrobial resistance of Neisseria gonorrhoeae in Liberia. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg., United Kingdom, v.92,n.6,p.670-4, 1998
30. ADEGBOLA, R. A., SABALLY, S., CORRAH, T. et al. Increasing prevalence of penicillinase-producing Neisseria gonorrhoeae and the emergence of high-level, plasmid-mediated tetracycline resistance among gonococcal isolates in the Gambia. Trop. Med. Int. Health. v.2, n.5, p.428-32, 1998
31. BHUIYAN, B. U., RAHMAN, M., MIAH M. R. et al. Antimicrobial susceptibilities and plasmid contents of Neisseria gonorrhoeae isolates from commercial Sex workers in Dhaka, Bangladesh: emergence of high-level resistance to ciprofloxacin. J. Clin. Microbiol., USA, v.37, n.4, p.1130-6, 1999
32. CARBALLERO, L.R., GIRALDO, A., PUENTE, S. et al. Antimicrobial Susceptibility of Neisseria gonorrhoeae Strains Determined by Disk Diffusion. Rev. Cubana Med. Trop. n.51, v.2, p.116-119, 1999
33. FERNANDES C. M. F., GALARZA, P., SPARO, M., BUSCEMI, L. et al. Characterization of an outbreak of tetM-containing Neisseria gonorrhoeae in Argentina. Int. J. STD & AIDS, Royal Society of Medicine, v.10, n.3, p.169-173, 1999
34. SIQUEIRA, L. F. G. Aspectos fenotípicos e epidemiológicos de cepas de Neisseria gonorrhoeae produtoras de penicilinase (PPNG) isoladas na cidade de São Paulo. Tese apresentada ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil, Localizador BR67.1/614.547*4;BR67.1/Dr23.p.124. 1993
35. NITRINI S. M. O. O. Vigilância sentinela em Neisseria gonorrhoeae: características epidemiológicas na Cidade de São Paulo e proposta de um modelo a nível nacional. Faculdade de São Paulo, Brasil, Localizador BR67.1/LD74, p.153, 1995
36. DILLON JO-A.; RUBABAZA J. P.; BENZAKEN A. S. et al. Reduced Susceptibility to Azithromycin and High Percentages of Penicillin and Tetracycline Resistance in Neisseria gonorrhoeae Isolates from Manaus, Brazil, 1998. Sexually Transmitted Diseases. Vol. 28, n. 9. p. 521-525.
37. DALLABETA, G., LEGA, M., LAMPETEY, P. Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Manual de Planejamento e Coordenação de Programas. Belo Horizonte: Te Corá Goddel., 1996. p.324
38. REESE, R. E., BETTS, R. F. Manual de Antibióticos. 2. ed. Médica e Científica, Rio de Janeiro, 1995, p.633
39. TAPSALL, J. W., SHULTS, T. R., PHILLIPS, E. A. The sensitivity of 173 Sydney isolates of Neisseria gonorrhoeae o cefpodoxime and other antibiotics used to treat gonorrhoeae. Pathology. Austrália, v.27, n.1, p.64-6, 1995
40. JIMÉNES, V. P., TETREZA, M. S. A. T., MARTINEZ, J. et al. Actividad comparativa in vitro de una nueva cefalosporina RO-15870: cefatamet; en relación a 5 antimicrobianos de uso oral frente 107 cepas de Neisseria gonorrhoeae. Rev. Chil. Infectolog., v.6, n.3, p.158-62, 1998
41. BERLANGIERI, P., CANTORI, L. W. A., BLANCO, J. T. et al. W. Azitromicina en el tratamiento de uretritis agudas: primer estudio multicêntrico nacional de eficacia clínico-microbiológica. Rev. Méd., Uruguay, v.12, n.1, p.6-13, 1996
42. RICE, J. R., KNAPP, J. S. Susceptibility of Neisseria gonorrhoeae associated with Pelvic Inflammatory Disease to Cefoxitin, Ceftriaxone, Clindamicin, Gentamicin, Doxycycline, Azitromicin and Other Antimicrobial Agents. Antimicrobial Agents and Chemotherapy, p. 1688-1691, 1994
43. FREITAS, C. C., FREITAS, A. G. Antibióticos. Medidas Preventivas da resistência da Neisseria gonorrhoeae às fluroquinolonas. J. bras. Doenças Sex. Transm., Brasil, v.9, n.2, p.46-48, 1997
44. MONTEIRO, J. B., SAID, A. M. C., NESTOR, M. A. et al. O atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis: Procedimento adotados pelos Atendentes de Farmácias e Derogarias na Cidade de Manaus. J. Bras. Doenças Sex. Trans., Brasil, v.9, n.3, p.42 - 45, 1997
45. ISON, C. A. Antimicrobial agents and gonorrhoeae: therapeutic choice, resistance and susceptibility testing. Genitourin Med., United Kingdom, v.72, n.4, p.253-257, 1996

Endereço para correspondência

William Antunes Ferreira

Av Constantino Nery, 2533. Condomínio Residencial Maria da Fé, bloco B, Apt. 704, Chapada, CEP 69050-001, Manaus – Amazonas – Brasil. Telefone: (0xx) 92 635-6472 – Celular: 9116-1516, E-mail: wafnet@osite.com.br

DST 4 - MANAUS - 2002

1 a 4 de setembro

www.fuam.am.gov.br/congressodst

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO CONTEXTO DE DITAS "DONAS DE CASA"

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN THE CONTEXT OF THE HOUSE WIFE

Marc Arthur Loureiro Storck¹, Alexandre S Saraiva²,
Andrezza M Rodrigues², Maria Carolina C X Soares²

RESUMO

Diante da mudança do perfil epidemiológico dos novos casos de aids no Brasil para uma população heterossexual, feminina, monogâmica, de classe social baixa e menor grau de escolaridade, o presente estudo objetivou caracterizar o perfil das ditas "donas de casa" de uma área específica da cidade de Manaus, assistida pelo Programa Saúde da Família – PSF - e, a partir dos dados obtidos, verificar a vulnerabilidade destas mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis e a Aids . Foi realizada uma pesquisa quanti-qualitativa através da aplicação de um questionário às mulheres cadastradas no PSF da área em questão que se autodenominaram "do lar". Foram selecionadas 63 mulheres. O questionário abrangia o perfil social, cultural, comportamento sexual e conhecimentos sobre DST/Aids. De acordo com os dados obtidos, as "donas de casa", em sua maioria, estão na faixa etária de até 40 anos. Cerca de 57% possui 2º grau completo. Quanto ao uso do preservativo, 75% refere nunca ou às vezes usá-lo em suas relações sexuais. A atividade sexual nos últimos 2 anos está presente em 94,2% das mulheres. O início da vida sexual se deu entre os 17 e 20 anos em 61,5% das mulheres em estudo. A prática sexual mais realizada foi a penetração vaginal (65,3%). Quanto aos meios de prevenção das DST, os mais citados foram o preservativo, parceiro único e exame colpocitológico. Os meios de obtenção de informações sobre as DST/Aids mais utilizados foram a televisão, o jornal e o rádio. Sobre as formas de transmissão do vírus HIV 19% das mulheres respondeu que a doação de sangue pode ser um meio de transmissão do HIV. As ditas "donas de casa" participantes do estudo são mulheres jovens, com nível médio de instrução, casadas, sexualmente ativas e que em sua maioria não faz uso regular de preservativo, sendo assim incluídas no perfil atual de vulnerabilidade às DST/Aids. Diante do resultado sugerimos a criação de ações de educação em saúde sexual específicas para este grupo de mulheres. Outro meio de conscientização e divulgação de informações sobre as DST/Aids na cidade de Manaus poderia ser o Programa Saúde da Família, uma vez que este tem por objetivo desenvolver programas de atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis, epidemiologia, educação sexual

ABSTRACT

Over the last ten years, the epidemic profile of the patients with the Acquired Immune Deficiency Syndrome has undergone some important changes, concerning the growth of cases among heterosexual, female, monogamous, poor and low educated population. This study aims to characterize the profile of the so called "housewives" from a specific area of Manaus, State of Amazonas, Brazil, assisted by Municipal Primary Care Program (PSF), and verify these women's vulnerability to Sexually Transmitted Diseases (STD) and Aids. A quanti-qualitative research was carried out through the answering of a questionnaire addressed to those women that live in that specific area and that were registered in the PSF as housewives. 63 women were selected. A questionnaire contained questions about their social and cultural aspects, sexual practice and knowledge about STD and Aids. The results showed that the women were mainly less than 40 years old. Concerning education, 57% of them had graduated from high school. When asked about the use of condom, 75% stated never or rarely using it during sexual practice. The sexual activity in the last 2 years was present in 94.2% of the women. Our analysis showed that 61.5% of the women started their sexual life between the ages of 17 and 20. The most common sexual practice is vaginal intercourse. Concerning STD prevention, the most emphasized methods were the use of condoms, sexual relation with just one partner and the Papa Nicolau exam. They reported the television, newspaper and radio as the most effective means of obtaining STD/Aids information. When quizzed about the HIV, 23% of the women answered all the questions correctly, 29% answered that blood donation can be a risk of infection. The housewives that took part of this study are young, married, have low education level and an active sexual life. Most of them do not use condoms regularly. That characterizes them as vulnerable to STD and Aids. Behind these results, we suggest the creation of specific actions of sexual education for this group of women. Another way to conscious women about SdT/Aids in our city could be the Municipal Family Medical Program with primary care programs.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases, epidemiology, sexual education

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 13(6):41-48,2001

INTRODUÇÃO

Há cerca de duas décadas, estava começando no Brasil uma nova epidemia, a do HIV/ Síndrome da Imunodeficiência Humana – Aids. Segundo Parker (1999), apesar de duas décadas de existência da pandemia e dez anos que as iniciativas internacionais formais tiveram seu início, não há sinais de diminuição da mesma. Atualmente, a pandemia está em sua maior parte concentrada nos países em desenvolvimento. Um fator muito importante que também deve ser analisado é que mesmo com um expressivo número de recursos de fundos internacionais que vêm sendo aplicados para o controle

da Aids e que deverão continuar sendo alocados nos anos seguintes, não existe qualquer tipo de avaliação independente sobre a eficácia dos programas e abordagens que vêm sendo desenvolvidos. Logo, temos sentido a necessidade de pesquisas mais específicas sobre as dimensões sociais e políticas da pandemia no Brasil, pois desde o seu início em 1980, esta se tornou um dos mais sérios problemas de saúde que o país está enfrentando, além de ser uma epidemia de possui um perfil epidemiológico complexo e de rápida transformação.

Os dados divulgados pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para a Aids e pela Organização Mundial de Saúde (UNAIDS/OMS, 1998) indicavam que havia até junho de 1998, aproximadamente 30,6 milhões de pessoas soropositivas no mundo, e que

¹ Médico especialista em DST - Setor DST-UFF, Supervisor Clínico do Programa Médico da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

² Alunos de Medicina, Universidade Federal do Amazonas

mais de 11,7 milhões de indivíduos já haviam perdido suas vidas devido à aids. 190.949 casos de aids haviam sido formalmente notificados, no Brasil, até o mês de junho de 2000 à Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CN DST/Aids) do Ministério da Saúde. Entretanto, estimativas oficiais apontam que mais de 580.000 brasileiros já foram infectados pelo HIV até 1998 (UNAIDS/OMS, 1998). O Estado do Amazonas apresenta contínuo aumento do número de casos até 2000. Em Manaus temos um total de 1116 casos notificados de aids até 2000 (Dhalia, 2001). Atualmente, esta pandemia é predominante em países em desenvolvimento, o que acarreta uma série de impactos sociais, econômicos e culturais nestes países.

Inicialmente, esta epidemia estava restrita a um determinado número de "grupos de risco", como exemplo podemos citar os homossexuais e bissexuais masculinos, prostitutas, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Entretanto, com o passar dos anos, a transmissão do HIV foi tornando-se mais complexa e distinta, colocando em vulnerabilidade não apenas os estigmatizados "grupos de risco", mas também a população heterossexual masculina e feminina em geral. "Na verdade, no caso do Brasil, hoje seria mais correto falar sobre diversas epidemias distintas de HIV, que ocasionalmente se sobrepõem e se entrecruzam, às vezes em uma única área geográfica" (Castilho e Chequer *apud* Parker, 1999).

Como citado anteriormente existem na evolução desta epidemia no Brasil fatos que merecem especial atenção, que são as suas tendências mais recentes. A doença que teve sua origem na classe média da sociedade tornou-se uma doença das classes mais baixas, ocorrendo então uma pauperização da epidemia (CN DST/Aids, SPS - MS, 2000).

Ocorreu também a feminização da mesma, demonstrada pela razão entre os sexos, que era de 24 homens: 1 mulher em 1984 e, em 1999/2000, passou a ser de 2 homens: 1 mulher. Como citado inicialmente, a transmissão heterossexual, que vem aumentando significativamente, tem contribuído para esta feminização.

Ao analisarmos especificamente a feminização da epidemia notamos a necessidade do surgimento de uma proposta de atenção à saúde das mulheres, a qual possibilite a prevenção de possíveis conseqüências indesejadas da vida sexual, como as DST / Aids. Além dessas conseqüências deve também ser considerado a existência da transmissão vertical e assim assegurar que a reprodução ocorra sem riscos. Com a mudança do perfil epidemiológico dos novos casos de aids para uma população heterossexual, feminina, monogâmica, de classe social baixa e menor grau de escolaridade, é notável a necessidade de novos programas de prevenção e atenção às DST/Aids nesta população alvo. Para que este objetivo seja atingido é necessário um estudo mais detalhado deste grupo, o qual revele o perfil social, comportamento sexual e conhecimentos relacionados as DST / Aids, pois só assim será possível a elaboração de novas estratégias que atinjam esta população e a conscientize do problema presente e da necessidade de medidas preventivas.

Diante destas novas mudanças epidemiológicas, este estudo visa a caracterização do perfil das ditas "donas de casa" de uma área específica da cidade de Manaus que é assistida pelo Programa Saúde da Família, e a partir do resultado verificar a vulnerabilidade destas mulheres diante das DST/Aids.

METODOLOGIA

Esta pesquisa quanti - qualitativa foi realizada através da aplicação de um questionário direcionado às mulheres autodenominadas "donas de casa", residentes em dois conjuntos habitacionais vizinhos assistidos pelo Programa Saúde da Família, localizados no bairro Cidade Nova I, na cidade de Manaus.

A seleção das mulheres que participaram da pesquisa foi feita através de dados levantados pelo cadastramento das famílias dos bairros Renato Souza Pinto II (integralmente) e Ribeiro Júnior (parcialmente), realizado pelos agentes comunitários de saúde da casa de saúde nº154 do Programa Saúde da Família. Na ficha de cadastro utilizada pelo PSF existe um espaço para a caracterização da ocupação atual de cada indivíduo na sociedade, sendo uma das opções disponíveis a função "do lar". Gentilmente foi cedida, pelos responsáveis pela informatização dos cadastros, uma lista contendo todas as mulheres que se autodenominaram "do lar", totalizando o número de 267 mulheres.

A elaboração do questionário foi realizada pelo autor deste trabalho juntamente com três estudantes de Medicina (Alexandre dos Santos Saraiva, Andrezza Monteiro Rodrigues e Maria Carolina Coutinho Xavier Soares).

Trata-se de um questionário quanti - qualitativo que contém 18 itens que verificam o perfil social, característica cultural, comportamento sexual e conhecimentos sobre DST/Aids.

Os assuntos abordados pelo questionário dividem-se em quatro partes:

- perfil social: idade, grau de escolaridade e estado civil;
- uso de drogas;
- comportamento sexual: idade inicial das práticas sexuais, número de parceiros, preferência nas práticas sexuais e uso de preservativo;
- informações específicas - conhecimentos sobre DST/Aids: tipos de transmissão, conceito de dst, ocorrência, medidas preventivas e fontes de informação sobre o assunto.

Inicialmente foi elaborado um questionário com as mesmas características do citado acima. Entretanto, para que este estudo fosse estatisticamente significativo, o questionário inicial foi submetido a uma análise por professores e alunos do Departamento de Estatística da Universidade Federal do Amazonas, os quais atenciosamente sugeriram algumas mudanças de formatação e estabeleceram, com base no tamanho da população (N = 267) e experiência anterior em trabalhos de levantamento amostral deste tipo, uma amostra piloto de 16 questionários para serem aplicados na comunidade. Estes documentos foram aplicados pelo grupo de pesquisa (autor e colaboradores estudantes) juntamente com os agentes comunitários de saúde, a 16 mulheres escolhidas aleatoriamente, residentes nas diferentes ruas da área de abrangência, no dia 13 de novembro de 2000.

Após análise do projeto piloto, foi estabelecido pelos professores do Departamento de estatística que alguns itens fossem modificados para melhor aproveitamento das questões. Considerando importante a média da idade das "donas de casa", procurou-se estimar esta média admitindo o erro de 5% na sua estimativa. Com base em uma amostra piloto de N = 16, encontramos a idade média amostral $y = 34,31$ anos com desvio padrão amostral $S_y = 6,99$ anos. O tamanho da amostra foi obtido:

$$n_0 = (z \times S_y / \hat{\alpha} \times y)^2 \therefore (1,96 \times 6,99 / 0,05 \times 34,31)^2 = 63,78$$

Fazendo a correção para população finita (N = 267), encontramos o tamanho final da amostra:

$$n = (n_0 / (1 + n_0 / N)) \therefore n = (63,78) / (1 + 63,78 / 267) = 51,48 = 52.$$

Realizadas as mudanças propostas, foram aplicados um total de 65 questionários divididos estratificada e proporcionalmente em 7 microáreas do local de abrangência da pesquisa, às autodenominadas "donas de casa" escolhidas aleatoriamente, no período de novembro a dezembro de 2000. Destes, 52 questionários foram aproveitados para análise. O restante foi eliminado por não conte-

rem a maioria das perguntas respondidas ou estarem incorretamente preenchidos.

Os questionários foram entregues aos profissionais do Departamento de Estatística responsáveis pelo estudo, os quais fizeram a organização dos dados em tabelas, a análise descritiva e o cruzamento das variáveis selecionadas utilizando para este fim o programa SAS System.

A aplicação destes questionários foi feita do seguinte modo:

- cada responsável pela aplicação do questionário era acompanhado de um agente comunitário de saúde, o qual apresentava o aplicador à "dona de casa" escolhida.
- o aplicador explicava à "dona de casa" do que se tratava o trabalho e entregava o questionário juntamente com um envelope vazio, para que
- depois de respondido fosse colocado neste, sem que a pessoa que estava
- aplicando tivesse acesso direto às respostas.

Área do PSF relacionada com esta pesquisa

O presente estudo se realizou na área assistida pela casa de saúde número 154 do PSF-Manaus, localizada no Conjunto Renato Souza Pinto II, bairro Cidade Nova I, na Zona Norte da cidade de Manaus. Esta unidade de saúde foi inaugurada em 23 de junho de 2000. Tem como área de abrangência dois Conjuntos Residenciais: Ribeiro Júnior (parcialmente) e Renato Souza Pinto II (integralmente). Em 24 de agosto de 2000, já apresentava 518 famílias e 2256 moradores cadastrados na área de abrangência.

De acordo com o cadastramento realizado na área, o perfil por sexo mostra discreta predominância de mulheres (1229), equivalente a 54,48% do total de moradores. Em relação ao tipo de casa, 99,03% são construções em alvenaria. Quanto ao acesso a rede de energia elétrica 98,64% das moradias apresentam - se legalizadas e dispendo do serviço. Quanto ao saneamento básico referente às moradias 87,79% dispõem de rede de esgoto, 9,30% de fossa séptica; 96,48% dispõem de poço artesiano como fonte de água e 99,42% têm coleta de lixo regularmente. Os vetores mais frequentemente encontrados nas moradias são: baratas (33,26%), carapanãs (27,63%) e aranhas (23,57%). O animal doméstico mais frequente é o cachorro (61,83%). Os meios de comunicação mais utilizados são: televisão (79,73%) e rádio (15,25%). A maioria dos moradores não participa de grupos comunitários (66,21%). Entretanto, dentre aqueles moradores que participam de algum grupo, mais de 90% o fazem em grupos religiosos. O meio de transporte mais utilizado é o ônibus coletivo (79,14%). Em caso de doença, 88,39% procuram algum tipo de Unidade de Saúde. Dentre os maiores de 14 anos, 1595 (97,85%) são alfabetizados. Os moradores com mais de 18 anos consideram que o maior problema local é a falta de policiamento (904), que corresponde a 24,57% dos moradores com esse perfil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Programa Saúde da Família, por meio do médico e agentes comunitários de saúde da casa de saúde nº 154 (inaugurada em 23 de junho de 2000) cadastraram, até agosto de 2000, 518 famílias, constituindo um total de 2256 moradores, residentes nos conjuntos habitacionais Ribeiro Júnior (parcialmente) e Renato Souza Pinto. Deste total de pessoas, 1129 são mulheres, o que equivale a 54,48%, sendo 267 "donas de casa" (23,6% das mulheres).

No estado do Amazonas temos um total de 2.840.889 habitantes, sendo que destes 1.413.858 são mulheres. (IBGE - dados preliminares do censo 2000 em 01.08.2000). No município de Manaus - AM há uma discreta predominância do sexo feminino, pois de acordo com os números, 719.805 dos moradores da cidade são mulheres, num total de 1.403.796 habitantes.

Perfil Social

Idade

Segundo a pesquisa realizada, a maioria das mulheres "do lar" possui até 40 anos, constituindo um total absoluto de 39 mulheres ou 75% do total da amostra, de acordo com a tabela a seguir.

TABELA 1

Idade das "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus/2000.

Idade	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência Acumulativa	Porcentagem Acumulativa (%)
Até 30 anos	20	38.5	20	38.5
31-40 anos	19	36.5	39	75.0
41-50 anos	12	23.1	51	98.1
Mais de 50 a.	1	1.9	52	100.0

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

A faixa etária mais atingida das mulheres infectadas pelo HIV está entre 20 e 39 anos (Aids - Boletim epidemiológico, 1999). A maioria das ditas "donas de casa" que participaram da pesquisa também se encontram nesta faixa etária.

Grau de escolaridade

O nível de escolaridade das "donas de casa" é predominantemente de 2º grau completo (57.7%), seguido por primeiro grau completo (34.6%). Este resultado indica que as ditas "do lar" da área pesquisada não seguem os padrões de escolaridade observados na maioria das mulheres contaminadas pelo HIV.

TABELA 2

Nível de escolaridade das "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus/2000.

Escolaridade	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência Acumulativa	Porcentagem Acumulativa (%)
Alfabetizada	3	5.8	3	5.8
1º G completo	18	34.6	21	40.4
2º G completo	30	57.7	51	98.1
Superior	1	1.9	52	100.0

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

Estado Civil

A maior parte das "donas de casa" são casadas, constituindo um percentual de 69.2%. Em seguida, encontramos aquelas que se dizem "juntadas" com 15.4%, e as solteiras, correspondendo a 11.5% do total.

TABELA 3

Estado civil das "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus/2000.

Estado Civil	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência Acumulativa	Porcentagem Acumulativa (%)
Solteira	6	11.5	6	11.5
Casada	36	69.2	42	80.8
Sep./Div.*	1	1.9	43	82.7
Viúva	1	1.9	44	84.6
Juntada	8	15.4	52	100.0

*Sep./Div.: Separada/Divorciada. Fonte: Questionários aplicados no trabalho

Aproximadamente 50% das mulheres contaminadas pelo HIV nos dias atuais são casadas (Revista VEJA, 2000). Atualmente, o casamento não exclui as mulheres dos estigmatizados "grupos de risco", demonstrando a vulnerabilidade a que estão sujeitas as ditas "donas de casa" casadas.

Uso de Drogas

A totalidade das mulheres que respondeu à questão sobre o uso de drogas negou fazê-lo. Duas "donas de casa" se abstiveram em responder.

Segundo o artigo A aids no Brasil - Situação atual e tendências (CN - DST/Aids, SPS - MS, 2000) o percentual de casos de aids segundo o ano de diagnóstico e subcategoria de exposição, a transmissão através do uso de drogas injetáveis vem diminuindo nos últimos anos. No ano de 1991, esta subcategoria de exposição constituía aproximadamente 25% dos casos de aids. No ano de 1999/2000 (03/06/2000), este percentual caiu para aproximadamente 10% dos casos. A tendência dos casos de contaminação através do uso de drogas injetáveis é de diminuir, devido à mudança de hábito da forma de utilização das drogas ser mais facilmente aceita do que as mudanças de comportamento sexual. Observando os resultados da pesquisa, constatamos que as "donas de casa" não adotam este comportamento de risco.

Comportamento Sexual

Idade de início das relações sexuais

Conforme Parker (1999), as mulheres atingidas pela epidemia em nosso país e no resto do mundo possuem pouca idade. A maioria mulheres neste estudo tiveram suas vidas sexuais iniciadas entre 17 e 20 anos. Este dado não necessariamente significa que elas são mais vulneráveis às DST e ao HIV, pois as infecções dependerão do comportamento sexual adotado por estas.

Os resultados encontrados nesta pergunta se assemelham às tendências atuais da epidemia, mostrando que a grande maioria das mulheres inicia sua vida sexual aos 17 anos (23.1%).

TABELA 4

Idade de início das relações sexuais das "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus/2000

Idade	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência Acumulativa	Porcentagem Acumulativa (%)
não lembra	2	3.8	2	3.8
13	1	1.9	3	5.8
15	5	9.6	8	15.4
16	4	7.7	12	23.1
17	12	23.1	24	46.2
18	8	15.4	32	61.5
19	6	11.5	38	73.1
20	6	11.5	44	84.6
21	3	5.8	47	90.4
22	2	3.8	49	94.2
23	2	3.8	51	98.1
27	1	1.9	52	100.0

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

Atividade sexual nos últimos dois anos

A atividade sexual nos últimos dois anos esteve presente em 49 das mulheres em pesquisa, com um percentual de 94.2% do total, mostrando que as mulheres estão sexualmente ativas. Apenas 5,8% relatam não ter vida sexual ativa nos últimos dois anos.

Número de parceiros nos últimos 2 anos

Os dados obtidos na pesquisa mostram que, das 52 mulheres, 44 delas (84.6%) apresentaram apenas 1 parceiro nos últimos dois anos, ou seja, são monogâmicas. É importante ressaltar que a situação da monogamia, sem métodos de prevenção, não livra as mulheres da possibilidade de infecção pelo HIV, devido ao possível comportamento de risco de seus parceiros.

TABELA 5

Número de parceiros nos últimos dois anos das "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus/2000.

Número de parceiros	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência Acumulativa	Porcentagem Acumulativa (%)
0	3	5.8	3	5.8
1	44	84.6	47	90.4
2	3	5.8	50	96.2
4	1	1.9	51	98.1
+ de 10	1	1.9	52	100.0

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

Uso de preservativo

Analisando o uso do preservativo, verificamos que 38.5% das mulheres referem que o utilizam às vezes, 36.5% nunca usam e 25% usam regularmente (Tabela 6). Das "donas de casa" que relatam nunca usar preservativo 58.3% não o fazem por acreditarem que não precisam e 12.5% não utilizam devido a não aceitação do parceiro (Tabela 7). Essa situação é preocupante, pois as mulheres casadas e monogâmicas acreditam não necessitar de prevenção contra as DST/Aids, demonstrando plena confiança nos comportamentos sexuais dos parceiros. Vale ressaltar que neste ponto há uma grande influência cultural, pois: "O simples fato de a mulher sugerir o uso da camisinha bem poderia questionar a sua fidelidade sexual, enquanto que a mesma sugestão, feita pelo homem, poderia ser interpretada como uma ameaça às suas próprias expectativas de masculinidade, assim como à sua própria imagem de fidelidade, naturalmente" (CN-DST/Aids, SPS - MS, 1997). O não uso do preservativo torna as mulheres vulneráveis às DST/Aids, pois independente de suas atitudes monogâmicas, elas acabam sendo vulneráveis através dos seus parceiros.

TABELA 6

Uso de preservativo nas relações das "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus/2000.

Motivo	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência Acumulativa	Porcentagem Acumulativa (%)
nunca	19	36.5	19	36.5
às vezes	20	38.5	39	75.0
regularmente	13	25.0	52	100.0

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

TABELA 7

Motivo da não utilização do preservativo nas relações sexuais das "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus/2000.

Motivo	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência Acumulativa	Porcentagem Acumulativa (%)
não gosto parceiro	2	8.3	2	8.3
não aceita	4	16.7	6	25.0
não preciso	15	62.5	21	87.5
não tenho dinheiro	1	4.2	22	91.7
não gosto/não preciso	1	4.2	23	95.8
tenho alergia/não preciso	1	4.2	24	100.0

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

Observação: 28 mulheres se abstiveram de responder o item que questionava o motivo pelo qual não faziam uso do preservativo.

TABELA 8

Cruzamentos das variáveis uso do preservativo e motivo de não usar preservativo nas relações sexuais das "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus/2000.

Frequência percentual	Nunca	Às vezes	Regularmente	Total
não gosto	1 4.17%	1 4.17%	0 0.0%	2 8.33%
parceiro não aceita	3 12.5%	1 4.17%	0 0.0%	4 16.67%
não preciso	14 58.33%	1 4.17%	0 0.0%	14 62.5%
não tenho dinheiro	0 0.0%	0 0.0%	1 4.17%	1 4.17%
não gosto/não preciso	0 0.0%	1 4.17%	0 0.0%	1 4.17%
tenho alergia/não preciso	1 4.17%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.17%
Total	19 79.17%	4 16.67%	1 4.17%	24 100.00%

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

Ao relacionarmos o grau de escolaridade e o uso de preservativo, verificamos que metade das "donas de casa" que possuem 2º grau completo faz uso do preservativo apenas às vezes. Das que possuem 1º grau completo (total absoluto de 18), 55% nunca fazem o uso do preservativo, correspondendo a 19,23% do total de mulheres da amostra (Tabela 8). Este resultado esclarece que nesta população não há relação entre o maior grau de escolaridade e o uso regular do preservativo, ou seja, o nível de escolaridade não está se refletindo nas práticas sexuais das mulheres participantes do estudo. Entretanto, cabe ressaltar que o contexto cultural pode estar influenciando na recusa do uso do preservativo, como já citado acima.

TABELA 9

Cruzamentos das variáveis escolaridade e uso do preservativo nas relações sexuais das "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus/2000.

Frequência percentual	Nunca	Às vezes	Regularmente	Total
alfabetizada	1 1.92%	0 0.00%	2 3.85%	3 5.77%
1º grau completo	10 19.23%	5 9.62%	3 5.77%	18 34.62%
2º grau completo	7 13.46%	15 28.85%	8 15.38%	30 57.69%
superior	1 1.92%	0 0.00%	0 0.0%	1 1.92%
Total	19 36.54%	20 38.46%	13 25.00%	52 100.00%

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

TABELA 10

Cruzamentos das variáveis escolaridade e motivo de não usar preservativo nas relações das "donas de casa" da área da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus/2000.

Frequência percentual	Alfabetizada	1º grau completo	2º grau completo	Superior	Total
não gosto	0 0.00%	2 8.33%	0 0.00%	0 0.00%	2 8.33%
parceiro não aceita	0 0.00%	3 12.50%	1 4.17%	0 0.00%	4 16.67%
não preciso	1 4.17%	7 29.17%	8 29.17%	0 0.00%	15 62.50%
não tenho dinheiro	1 4.17%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	1 4.17%
não gosto/não preciso	0 0.00%	0 0.00%	1 4.17%	0 0.00%	1 4.17%
tenho alergia/não preciso	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	1 4.17%	1 4.17%
Total	2 8.33%	12 50.00%	9 37.50%	1 4.17%	24 100.00%

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

Ainda relacionado ao grau de escolaridade e o uso do preservativo, podemos observar que, dentre aquelas mulheres que possuem 1º e 2º grau completo e não fazem uso do preservativo (58,34% do total da amostra que respondeu a esta questão), relatam não fazê-lo por não precisarem, revelando a intensa credibilidade na monogamia como forma de prevenção das DST/Aids.

Práticas sexuais

O questionário aplicado continha 6 opções de resposta para a pergunta sobre as formas de sexo praticadas.

Quais as formas de sexo que você pratica? (pode marcar mais de uma resposta)

1. Fazer sexo oral
2. Receber sexo oral
3. Penetração na vagina
4. Penetração no ânus
5. Nenhuma
6. Outra. Qual? _____

A tabela a seguir será baseada na legenda acima.

TABELA 11

Formas de sexo praticadas pelas "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF - Manaus/2000.

Resposta	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência Acumulativa	Porcentagem Acumulativa (%)
3	32	65.3	32	65.3
5	1	2.0	33	67.3
1, 3	2	4.1	35	71.4
2, 3	4	8.2	39	79.6
1, 2, 3	8	16.3	47	95.9
1, 3, 4	1	2.0	48	98.0
1, 2, 3, 4	1	2.0	49	100.0

Fonte: Questionários aplicados no trabalho.

Observação: Três "donas de casa" não responderam ao questionamento.

Constatamos através desta tabela que 65.3% das "donas de casa" praticam apenas o sexo vaginal. A combinação das outras práticas aparece em pequenas porcentagens.

Verificamos que a prática sexual mais realizada por essas mulheres (sexo vaginal) é também a segunda maior no risco de infecção pelo HIV em uma única relação sem uso do preservativo, perdendo apenas para o passivo anal e o sexo oral. Fica cada vez mais nítida a importância da utilização do preservativo mesmo nas práticas sexuais consideradas tradicionais.

Teste Anti - HIV

Cinquenta e uma mulheres responderam à esta questão, sendo que 41 delas (80,4%) referiram não ter realizado o teste anti - HIV e 10 (19,6%) submeteram ao teste.

Conhecimentos sobre DST/Aids

Conceito de DST

Dentre as "donas de casa" que participaram da pesquisa, 51 (98.1%) disseram saber o significado de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Apenas 1 relatou não conhecer este conceito. Isso sugere que as campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde foram efetivas no que diz respeito ao esclarecimento do conceito de DST, juntamente com os trabalhos realizados pelas ONGs, escolas e igrejas, os quais também possuem importante papel na instrução da população.

Ocorrência e local de tratamento das DST

Noventa por cento do total das mulheres referem nunca ter tido DST. Entre as que relatam já terem sido acometidas por DST, duas relataram que já tiveram "cândida" e as outras duas sífilis. Vale ressaltar que a candidíase, conhecida como "flor branca", não é mais considerada uma DST, pois mulheres sexualmente inativas podem apresentá-la. Uma relata não lembrar o nome da

doença que teve. Este é um ponto que deve ser analisado mais cuidadosamente, pois como já citado anteriormente, muitos dos sintomas de DST são encarados como distúrbios funcionais do organismo feminino. Além disso, mulheres não acreditam se enquadrar nos "grupos de risco", na maioria das vezes não procura o serviço médico para diagnóstico e tratamento da mesma, sendo reconhecidas apenas quando já estão em fases avançadas, apresentando complicações.

As "donas de casa" que relataram já terem apresentado DST, todas buscaram tratamento na unidade de saúde, sendo este resultado um bom indicador de que estas procuraram um tratamento adequado, não buscando meios alternativos (farmácias, conselhos de amigos, remédio caseiros).

TABELA 12

Ocorrência de DST nas "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº. 154 do PSF- Manaus/2000.

DST	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência Acumulativa	Porcentagem Acumulativa (%)
não	47	90.4	47	90.4
când./flor...*	2	3.8	49	94.2
sífilis	2	3.8	51	98.0
não lembra	1	1.9	52	100.0

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

* Cand./Flor...: Cândida/ Flor Branca

Medidas utilizadas para a prevenção das DST

Dentre as medidas de prevenção, o mais utilizado é o preservativo, com 42,9% do total. Em seguida, aparece a monogamia como forma de prevenção com 20% do total. Um fator que merece atenção é a concepção de que o preventivo é um meio de prevenção primária das DST, sendo este um meio de prevenção secundária.

TABELA 13

Medidas utilizadas na prevenção das DST pelas "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus/2000.

Medidas utilizadas	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência Acumulativa	Porcentagem Acumulativa (%)
nenhuma	2	5.7	2	5.7
camisinha	15	42.9	17	48.6
parceiro único	7	20.0	24	68.6
preventivo	6	17.1	30	85.7
camisinha / parceiro único	2	5.7	32	91.4
camisinha / preventivo	2	5.7	34	97.1
parceiro único / preventivo	1	2.9	35	100.0

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

Observação: houve uma abstinência de resposta de 17 mulheres

Analisando a relação entre o uso do preservativo e as medidas utilizadas como prevenção das DST, verificamos que entre as mulheres que nunca usam o preservativo, 50% delas se utilizam da monogamia como medida preventiva. 30% delas relatam utilizar o "preventivo" para se prevenirem (tabela 14).

TABELA 14

Medidas utilizadas na prevenção das DST e utilização da camisinha pelas "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus/2000.

Frequência percentual	Nunca	Às vezes	Regularmente	Total
nenhuma	1 2. 86%	1 2. 86%	0 0. 00%	2 5. 71%
camisinha	0 0.00%	7 20. 00%	8 22. 86%	15 42. 86%
parceiro único	5 14. 29%	2 5. 71%	0 0. 00%	7 20. 00%
preventivo	3 8. 57%	2 5. 71%	1 2. 86%	6 17. 14%
camisinha / parceiro único	0 0.00%	0 0. 00%	2 5. 71%	2 5. 71%
camisinha / preventivo	0 0.00%	1 2. 86%	1 2. 86%	2 5. 71%
parceiro único / preventivo	1 2. 86%	0 0. 00%	0 0. 00%	1 2.86%
Total	10 28. 57%	13 37. 14%	12 34. 29%	35 100.0%

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

Fonte de informações sobre DST

As campanhas feitas pelo Ministério da Saúde são usualmente feitas utilizando os principais meios de comunicação, entre eles a televisão, o rádio e o jornal. A divulgação de informações através desses meios é feita para a população em massa, portanto decidimos através da pergunta - Onde você busca informações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis? - verificar quais eram realmente os meios mais eficazes de atingir a população em geral.

As alternativas oferecidas no questionário foram: rádio, televisão, jornal, família, amigas, outros, sendo possível marcar mais de uma opção. Dentre elas, a mais escolhida foi a televisão (12,2%), seguida pela combinação da televisão e do jornal, juntamente com a combinação de rádio, televisão e jornal, com 10,2%. Verificamos que estes três meios de comunicação são verdadeiramente os mais utilizados como fonte de informação de DST, sendo importante a manutenção e o reforço das campanhas através destes meios.

Opinião das "donas de casa" sobre as formas de transmissão do HIV

Este item tem por finalidade avaliar o conhecimento das "donas de casa" sobre as formas de transmissão do HIV. É através do mesmo, que, também, podemos verificar o nível de informação que as mulheres "do lar" apreenderam das campanhas e outras fontes de informação.

No questionário, alternativas corretas e erradas foram disponibilizadas, podendo a participante marcar mais de uma alternativa.

Na sua opinião, como uma pessoa pode pegar aids?

1. Beijando
2. Doando sangue
3. Abraçando
4. Sexo oral sem uso de camisinha
5. Sexo anal sem uso de camisinha
6. Sexo vaginal sem uso de camisinha
7. Transfusão com sangue contaminado
8. Picada de carapanã / mosquito
9. Compartilhar seringas contaminadas
10. Nadar na mesma piscina com alguém contaminado
11. Da mãe infectada para o filho, durante a gravidez, parto e amamentação.

Todas as mulheres responderam a esta questão. 23% delas, correspondendo a 12, marcaram as alternativas 4, 5, 6, 7, 9, 11, estando todas estas opções corretas. 19% (10 participantes) acrescentaram à resposta anterior o número 2. A maioria das "donas de casa" demonstrou que possuem um razoável conhecimento das formas de transmissão.

Um ponto importante a ser analisado neste item é o fato de que 19% das mulheres acreditam que doar sangue é uma forma de transmissão do HIV. Isto mostra que um enfoque maior deve ser dado pelas instituições de saúde durante as campanhas, esclarecendo que atualmente os materiais utilizados para doação de sangue são estéreis e descartáveis, conferindo o máximo de segurança ao processo, desta maneira, desmistificando o ato de doar sangue como meio de contaminação pelo HIV. Acreditamos que se medidas em relação a este assunto forem tomadas, muitas pessoas poderão vir a ser potenciais doadores de sangue, evitando assim a escassez de hemoderivados nos bancos de sangue.

Em relação ao uso do preservativo nas relações sexuais, algumas mulheres não consideram o sexo oral sem o uso da camisinha como meio de transmissão do HIV, assim como o sexo anal e vaginal sem o uso da camisinha. Este resultado demonstra que as campanhas devem enfatizar o uso do preservativo em todas as formas de práticas sexuais.

Cabe ressaltar que duas pessoas ainda acreditam que a picada do carapanã / mosquito pode transmitir o HIV.

TABELA 15

Opinião das "donas de casa" da área de abrangência da Casa de Saúde nº 154 do PSF- Manaus sobre as formas de transmissão do HIV/2000.

Motivo	Frequência	Porcentagem (%)	Frequência Acumulativa	Porcentagem Acumulativa (%)
2	1	1.9	1	1.9
4	1	1.9	2	3.8
9	1	1.9	3	5.8
2, 7	1	1.9	4	7.7
6, 7	1	1.9	5	9.6
2, 6, 9	1	1.9	6	11.5
4, 5, 7	1	1.9	7	13.5
6, 11	1	1.9	8	15.4
5, 6, 7, 9	1	1.9	9	17.3
7, 9, 11	1	1.9	10	19.2
2, 7, 9, 11	1	1.9	11	21.2
4, 5, 6, 7, 9	3	5.8	14	26.9
6, 7, 9, 11	4	7.7	18	34.6
1, 4, 5, 6, 7, 9	1	1.9	19	36.5
2, 4, 5, 6, 7, 9	1	1.9	20	38.5
4, 5, 6, 9, 11	1	1.9	21	40.4
5, 6, 7, 9, 11	4	7.7	25	48.1
2, 5, 6, 7, 9, 11	2	3.8	27	51.9
4, 5, 6, 7, 9, 11	12	23.1	39	75.0
2, 4, 5, 6, 7, 9, 11	10	19.2	49	94.4
2, 5, 6, 7, 8, 9, 11	1	1.9	50	96.4
1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11	1	1.9	51	98.1
2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11	1	1.9	52	100.0

Fonte: Questionários aplicados no trabalho

Nota: 1.Beijando; 2.Doando sangue; 3.Abraçando; 4.Sexo oral sem uso de camisinha; 5..Sexo anal sem uso de camisinha; 6.Sexo vaginal sem uso de camisinha; 7.Transfusão com sangue contaminado; 8.Picada de carapanã / mosquito; 9.Compartilhar seringas contaminadas; 10. Nadar na mesma piscina com alguém contaminado; 11.Da mãe infectada para o filho, durante a gravidez, parto e amamentação.

CONCLUSÃO

Percebemos que as ditas "donas de casa" são mulheres jovens, com nível de instrução médio, casadas e sexualmente ativas.

De acordo com os dados obtidos, observamos que as "donas de casa" estão na faixa etária até 40 anos. Este dado pode ser comparado com a faixa etária feminina mais atingida pelo HIV atualmente (Aids - Boletim epidemiológico, 1999). De acordo com o grau de escolaridade, aproximadamente 57% da população feminina em pesquisa possui 2º grau completo.

Em relação ao uso de preservativo, observamos que 75% das donas de casa não o utilizam regularmente. Quanto ao motivo de não utilizá-lo, 62,5% das 39 "donas de casa" que responderam a este questionamento, alegaram não precisar deste. Além disso, 16,7% dessas mulheres responderam que não utilizam preservativo em suas relações sexuais devido à resistência do parceiro.

A atividade sexual, nos últimos 2 anos, está presente em 94,2% das "donas de casa" em pesquisa. Destas, 84,6% referem ter apenas um parceiro, o que mostra uma predominância da monogamia. Este pode ser um dos motivos que leva as mulheres a não acreditarem na necessidade do uso do preservativo devido à crença na fidelidade de seus parceiros. As práticas sexuais mais realizadas são a penetração vaginal (65,3%), seguida pela combinação de três formas de sexo: fazer e receber sexo oral e a penetração vaginal (16,3%).

Sobre o conceito de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 98,1% relataram saber do que se trata. Sendo que 90,4% responderam nunca terem sido acometidas pelas mesmas. Este último dado pode não estar refletindo a realidade. É conhecida a dificuldade das mulheres em procurar uma unidade de saúde para diagnóstico de DST, além disso, contribui para este quadro a interpretação errônea de sintomas de DST como simples "disfunções orgânicas femininas".

Em relação às fontes de obtenção de informações sobre DST / Aids, a mais relatada foi a televisão, seguida pela combinação com o jornal e com o rádio. Desta forma, os trabalhos de informação a prevenção das DST devem se concentrar nestes meios de comunicação.

Sobre a opinião das ditas "donas de casa" a respeito do modo de transmissão do HIV, 23% marcaram todas as respostas corretas. Entretanto ainda há mulheres que acreditam na picada do mosquito como meio de transmissão e também um número significativo de mulheres (19,2%) referiu a doação de sangue como um meio de transmissão do HIV, além das respostas acima citadas. É importante que as próximas campanhas enfoquem que a doação de sangue não oferece riscos de transmissão do HIV, pois os materiais utilizados para esta são todos descartáveis. Acreditamos que potenciais doadores estão intimidados por esta crença que ainda existe em nosso meio.

Comparando as práticas sexuais das donas de casa com as informações que estas possuem, percebemos que há uma dissociação cognitiva entre eles, sendo necessário que se estabeleça um elo de ligação entre os conhecimentos teóricos e as práticas cotidianas.

Observamos uma grande influência do contexto cultural na prática sexual das pessoas. A idéia de que não está incluída dentro dos "grupos de risco" a mulher casada, monogâmica e que não usa preservativo ainda predomina, apesar desta ser errônea, pois dados revelam que este é o perfil de 50% das mulheres infectadas pelo HIV atualmente, o que as torna potenciais portadoras do vírus.

Seria adequada a criação de campanhas específicas para este grupo de mulheres, as quais não visassem apenas a negociação do uso do preservativo pela mulher, mas sim as alertasse para o perfil atual de contaminação e para a necessidade do uso do preservativo em suas relações, pois esta seria uma forma de auxiliar na diminuição do número de transmissão sexual do HIV.

Outro meio de conscientização e divulgação de informações sobre as DST/Aids na cidade de Manaus poderia ser o Programa Saúde da Família, uma vez que este tem por objetivo desenvolver programas de prevenção primária referentes à saúde coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. COCHRAN, W.G. *Sampling Techniques*. Third Edition. John Wiley and Sons. New York, 1977.
2. COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/ AIDS -AM. *Pacientes portadores de HIV/Aids vivos em acompanhamento ambulatorial segundo renda familiar*. Manaus: [s.ed.], 2001.
3. _____. *Pacientes portadores de HIV/Aids vivos em acompanhamento ambulatorial segundo sexo*. Manaus: [s.ed.], 2001.
4. _____. *Pacientes portadores de HIV/Aids vivos em acompanhamento ambulatorial segundo faixa etária*. Manaus: [s.ed.], 2001.
5. _____. *Pacientes portadores de HIV/Aids vivos em acompanhamento ambulatorial segundo estado civil*. Manaus: [s.ed.], 2001.
6. _____. *Pacientes com HIV/Aids vivos em acompanhamento ambulatorial na FMT distribuídos segundo bairro onde residem*. Manaus: [s.ed.], 2000. Disponível <<http://aidsinfors.freezers.com>> Acesso em 20 de Janeiro 2001.
7. CRUTE, S. African-American and Latina women fight culture obtain care. *J Int Assoc Physicians Aids Care*, 4(5), p. 36-8, maio, 1998.
8. DHALIA, Carmem, BARREIRA, Draurio, CASTILHO, Euclides. *A aids no Brasil: situação atual e tendências*. Disponível <<http://www.aids.gov.br/cns>>. Acesso em: 27.fevereiro. 2001.
9. DOMINGUEZ, Benito N. R. *O Programa Saúde da Família - como fazer*, 1997.
10. FONSECA, M.G. Aids and level of education in Brazil: temporal evolution from 1986 to 1996. *Caderno Saúde Pública*, 16 (### Suppl 1), p.77-87, 2000.
11. FRANCO, Túlio, MERHY, Emerson. *PSF: Contradições e novos desafios*. Disponível <<http://www.datasus.gov.br/cns>> Acesso em: 15.setembro.2000.
12. MASWANYA, E. Knowledge and attitudes toward aids among female college students in Nagasaki, Japan. *Health Educ Res*, 15(1), p. 5-11, fevereiro 2000.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE e CONTRERA, Wildney. *Os retratos da aids*. In: VEJA, São Paulo nº 1676 Ed.São Paulo: ABRIL, 2000.
14. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. - Coordenação Nacional de DST/Aids. *A aids no Brasil - situação atual e tendências*. Brasília, 2000.
15. _____. *A epidemia da aids no Brasil: situação e tendências*. Brasília.: 1997.
16. _____. *Política Nacional de DST/Aids: princípios, diretrizes e estratégias*. Brasília, 1997.
17. _____. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 3ª ed. Brasília: 1999.
18. _____. *Programa Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids*. Brasília, 2000.
19. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Declaração de Alma Ata*. Disponível<<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 26.setembro.2000.
20. _____. *O controle das DST no Brasil*. Disponível <<http://www.aids.gov.br/assistencia>> Acesso em: 18.fevereiro.2001.
21. _____. *Saúde da Família*. Disponível <<http://www.saude.gov.br/programas>> Acesso em: 25.setembro.2000.
22. _____. *Carta de Otawa*. Disponível <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 24.setembro.2000.
23. _____. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Disponível <<http://www.aids.gov.br/assistencia>>. Acesso em: 21 fevereiro.2001.
24. _____. *Programa Saúde da Família*. Disponível <<http://www.saudefamilia.hpg.com.br>> Acesso em:23.setembro.2000.
25. PARKER, Richard, GALVÃO, Jane, BESSA, Marcelo S., org. *Saúde, desenvolvimento e política - respostas frente à aids no Brasil*. São Paulo: Ed. 34, 1999.
26. PARKER, Richard. *A epidemia da aids no Brasil: situação e tendências*. Disponível na internet: URL: <http://www.aids.gov.br>. 19. fevereiro. 2001.
27. PASSOS, M. R. L et al. *Doenças Sexualmente Transmissíveis - Se educar, dá para evitar!* 2ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
28. _____. *DST, Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.
29. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. "Programa Saúde da família: Plano de ação". Prefeitura de Manaus, 1999.
30. _____. *PAISMICA: Relatório de Gestão*". Prefeitura Municipal de Manaus, 1999; p. 31-33.
31. _____. "A Implantação do Programa Saúde da Família em Manaus". Prefeitura de Manaus, 1999.
32. SOET, J. E. . Ethnic differences in HIV/Aids prevention knowledge, attitudes and behaviors of female college students. *Int Conf Aids*, 11(1): 178 p. 7-12, julho 1996.
33. WAGNER, Hamilton L. *Os princípios do PSF*. Disponível <<http://www.dfc18.med.utoronto.ca/brazil/principios.htm>> Acesso em: 24.fevereiro.2000.
34. WEN, T. T. Awareness of HIV/Aids among pregnant women in the peoples Republic of China. *Int Conf Aids*, 12, p. 431, 1998.

Endereço para correspondência

Marc Storck
www.marcstpsf@ig.com.br

TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – COMO REDUZIR O RISCO?

MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS – HOW TO REDUCE THE RISK?

Kátia M. L. Azevedo¹

RESUMO

Após as mudanças epidemiológicas ocorridas ao longo dos 20 anos da epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, a principal forma de aquisição do vírus entre as crianças é pela transmissão vertical, ou seja, da mãe infectada para o bebê. Parte dos fatores que influenciam no risco de aquisição da infecção são conhecidos, assim como as medidas profiláticas que podem ser implementadas. É importante que profissionais da saúde, principalmente aqueles envolvidos no atendimento pré-natal, estejam atualizados com a profilaxia da transmissão vertical do vírus, a principal forma de controlar a expansão da epidemia entre crianças. Nesse artigo são apresentados os dados da epidemia no Brasil, os fatores que influenciam na transmissão materno-infantil do vírus e as medidas recomendadas para a profilaxia, incluindo o uso de medicamentos anti-retrovirais administrados à gestante e ao recém-nascido.

Palavras-chave: HIV, epidemiologia, transmissão vertical

ABSTRACT

After 20 years, the human immunodeficiency virus (HIV) infection epidemic has exhibited many changes. Most HIV infections in children have been transmitted perinatally. Many of the factors associated with transmission are already known, like the interventions to reduce the risk of mother-to-child transmission of HIV. It is important that health professionals be up-to-date with the prevention of HIV vertical transmission, the main way to control the expansion of the epidemic in children. This paper reports the data from the epidemic in Brazil, the factors that influence the mother-to-child transmission of HIV infection and the strategies recommended to prevent the infection, including the use of anti-retrovirals drugs given to the pregnant and to the newborn.

Keywords: human immunodeficiency virus, epidemiology, mother-to-child transmission

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 13(6):49-53, 2001

INTRODUÇÃO

Durante as duas décadas da epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), ocorreram mudanças importantes do ponto de vista epidemiológico. No Brasil, até 1986, mais de 80% dos casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) entre crianças menores de 13 anos notificados ao Ministério da Saúde eram de infecções adquiridas por via sanguínea (transfusão de sangue ou derivados). Essa categoria de exposição contribuiu progressivamente menos para o aparecimento de novos casos. No ano de 2000, apenas dois casos, o que corresponde a 1% do total de casos entre menores de 13 anos notificados ao Ministério da Saúde tinham adquirido a infecção dessa maneira.¹

O primeiro caso de transmissão vertical da doença foi notificado em 1985, mas a partir de 1987 essa categoria passou a responder por cada vez mais novos casos entre as crianças, representando 90,2% dos casos notificados no ano de 2000. Até dezembro/2000 foram notificados 5.731 casos com transmissão vertical.¹ Vale a pena ressaltar que esse número corresponde somente aos casos notificados. Provavelmente há um número importante de crianças infectadas e ainda não diagnosticadas, o que aumenta a magnitude do problema da transmissão vertical do HIV e que em 10,9% dos casos notificados (correspondente a 775 casos) não se conhece a categoria de exposição.

Entre os adultos, a infecção que afetava predominantemente

homens passa, atualmente, a comprometer de forma ascendente as mulheres. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 1985 para cada mulher contaminada havia 27 homens infectados. Em 2000 essa relação é de 2:1, ou seja, a cada dois homens infectados há uma mulher portadora do vírus, mostrando uma clara tendência da infecção comprometer homens e mulheres em proporções iguais em curto período de tempo.¹

No Brasil, de 1980 até dezembro de 2000, foram notificados 52.055 casos da síndrome da imunodeficiência adquirida em mulheres. Cerca de 72% dessas mulheres têm entre 13 e 39 anos, ou seja, são mulheres em idade fértil.¹ Estes números referem-se apenas aos casos de Aids. Não temos conhecimento do número total de mulheres infectadas pelo HIV, uma vez que os casos assintomáticos não são notificados e, portanto, não conhecidos, mas pode-se multiplicar esse número algumas vezes, cujo resultado será o número total de mulheres infectadas pelo HIV, em idade fértil, potencialmente capazes de engravidarem.

Com base em estudos-sentinelas, 0,4% das gestantes no Brasil estão infectadas pelo HIV, o que corresponde a cerca de 13.000 casos.²

Com os conhecimentos acumulados ao longo dos últimos anos sobre o tratamento dos pacientes infectados pelo HIV, observou-se redução na letalidade e na morbidade associadas à doença, com melhora na qualidade de vida desses pacientes.^{3,4} Há estudos que demonstram, ainda que de forma limitada, que a gravidez não acelera a doença pelo HIV.⁵ Mulheres portadoras do HIV podem, potencialmente, desejar engravidar, sendo importante o conhecimento dos fatores associados à transmissão vertical do HIV.

¹ Mestre em Medicina, Professora Assistente da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense.

Fatores que influenciam a transmissão vertical

Baseado nesses dados, é evidente que para evitar a ocorrência de casos de infecção pelo HIV em crianças, devem ser adotadas medidas que evitem a transmissão vertical do vírus, ou seja, a transmissão do vírus da mãe infectada para o filho. Essa transmissão ocorre em 15 a 40% das gestações. Essa ampla variação ocorre por influência de vários fatores, entre eles a melhor atenção à gestante e ao parto, a menor ocorrência de outras infecções e a suspensão do aleitamento materno, que podem influenciar, diminuindo a taxa de transmissão do HIV. No geral, cerca de um terço das crianças nascidas de mães HIV positivas serão infectadas pelo vírus, na ausência de qualquer intervenção profilática.⁶

A transmissão do vírus pode ocorrer em qualquer fase do ciclo grávido-puerperal. O momento mais crítico é o período periparto, quando ocorre a contaminação de cerca de 70% dos bebês. Quanto maior a exposição da criança ao sangue e às secreções maternas, maior é a chance de contaminação da criança. Assim, trabalho de parto prolongado, laborioso, com manobras invasivas, representam maior risco. Há evidências de que a transmissão do vírus é maior naqueles partos com ruptura de membranas amnióticas por mais de quatro horas antes do nascimento do bebê ou na presença de corioamnionite.⁷

O vírus também pode ser transmitido durante a gestação, principalmente quando a mãe apresenta doença em fase avançada, elevada carga viral, baixo número de linfócitos CD4, está na fase aguda da doença ou apresenta infecções ou outra doença sexualmente transmissível. Vinte a 30% das crianças se contaminam nesse período.⁸⁻¹⁰

Cerca de 14% das crianças se infectam durante o puerpério, através do aleitamento materno. Essa possibilidade está relacionada à duração da amamentação e é devido a imaturidade do trato gastrointestinal do recém-nascido, com menor acidez gástrica e menor motilidade gástrica, o que favorece o contato do VIH com a mucosa do trato gastrointestinal do recém-nascido.¹¹⁻¹³

O Protocolo Aids Clinical Trial Group 076

Tendo como objetivo diminuir a taxa de transmissão vertical do HIV, vários estudos foram conduzidos. O mais importante deles é o Protocolo ACTG (*Aids Clinical Trial Group*) 076, conduzido entre abril de 1991 e dezembro de 1993 e publicado em novembro de 1994.¹⁴ Esse foi um estudo multicêntrico, conduzido em vários países, randomizado e duplo cego, que comparou o uso da zidovudina (AZT) com o uso de placebo. Os critérios para inclusão no estudo foram: grávidas, virgens de tratamento anti-retroviral, com CD4 acima de 200 células/mm³. O AZT foi administrado à grávida, por via oral, a partir da 14ª semana de gestação (componente pré-parto) e por via venosa durante o trabalho de parto (componente peri-parto) e foi administrado por via oral ao recém-nascido por seis semanas (componente pós-parto). Além disso essas mulheres foram orientadas a não amamentarem seus filhos. Esse estudo mostrou uma redução de 67,5% na taxa de transmissão do HIV, com cerca de 8% de infecção entre as crianças do grupo que recebeu AZT, em comparação a 25,5% do grupo que recebeu placebo. Apesar de certas limitações deste estudo, como por exemplo, não ser possível identificar qual(is) o(s) componente(s) são realmente essenciais para a redução da transmissão do vírus, os resultados deste estudo são tão contundentes, que o colocam como base para outros estudos que avaliam medidas para a profilaxia da transmissão vertical e não permite, do ponto de vista ético, a condução de qualquer estudo que vise a avaliação de uma medicação em comparação à medicação placebo.

As mulheres que participaram deste estudo continuaram em acompanhamento e, após um tempo médio de 4,2 anos, não houve diferenças significativas na contagem de CD4, tempo de progressão para a Aids ou morte das mulheres que fizeram uso do AZT na gestação, em relação àquelas do grupo placebo. Também não houve diferença no crescimento, desenvolvimento neurológico ou estado imunológico entre as crian-

ças. Não foram observadas neoplasias nem efeitos teratogênicos entre os bebês que foram expostos ao AZT.

Outros Estudos

A administração de AZT para a prevenção da transmissão vertical evita a ocorrência de vários novos casos de infecção, mas muitas gestantes não realizam o pré-natal ou não são submetidas a exames para detectar a infecção pelo HIV. Além disso, essa estratégia tem um custo econômico proibitivo para muitos países pobres, onde ocorrem o maior número de casos da infecção pelo HIV. Assim, outros estudos foram conduzidos, para avaliar a eficácia de cursos mais curtos de AZT. Um desses foi o Estudo de Nova York,¹⁵ realizado nos EUA no período de agosto de 1995 e janeiro de 1997. Esse estudo avaliou o uso de AZT por curto prazo, iniciado em vários períodos do ciclo grávido puerperal: administrado à gestante no período pré-natal ou no período intraparto, ou ao recém-nascido com dois dias de vida ou de 3 a 42 dias de idade, ou não foi administrado em período algum. As taxas de transmissão do HIV variaram, dependendo do período em que o AZT foi iniciado. Essa taxa foi de 6,1% quando o AZT foi administrado no período pré-natal; 10% quando iniciado no período intraparto; 9,3% quando administrado ao bebê até 48 horas após o parto; 18,4% quando administrado após o terceiro dia de vida e de 26,6% quando o AZT não foi administrado em nenhum momento. Este estudo reforça a importância do uso do AZT, mesmo que iniciado tardiamente na gestação ou mesmo quando iniciado nas primeiras 48 horas após o nascimento.

O Estudo da Tailândia,¹⁶ cujos resultados foram divulgados em 1999, avaliou o uso de AZT a partir da 36ª semana de gestação e continuado durante o trabalho de parto, por via oral. As crianças não receberam aleitamento materno nem AZT. Observou-se a redução da transmissão vertical em 50% dos casos (19% no grupo sem AZT e 9% no grupo com AZT). Dois estudos semelhantes foram conduzidos na Costa do Marfim, África. O AZT foi administrado à gestante a partir da 36ª semana de gravidez, por via oral, porém foi permitido o aleitamento materno. Em um desses¹⁷ a transmissão do HIV foi reduzida em 37%. No outro¹⁸ o AZT também foi administrado na primeira semana após o parto. Houve redução de 38% na taxa de transmissão. Esses estudos mostram que o AZT, mesmo em cursos curtos, é capaz de reduzir a transmissão do HIV, mas que esse benefício é reduzido quando a criança é amamentada, mesmo que a mãe use AZT durante o aleitamento.

O Estudo Petra¹⁹ avaliou a associação AZT e lamivudina (3TC), iniciado na 36ª semana, continuado durante o parto e por uma semana após o parto nas mulheres em aleitamento. A transmissão foi reduzida em 50% (17% nas que usaram placebo e 9% nas que usaram a medicação). Um estudo realizado em Uganda, África^{20b} avaliou o impacto de uma única dose por via oral de nevirapina administrada à mãe no início do trabalho de parto, associada a uma única dose administrada ao bebê nas primeiras 72 horas de vida, comparada ao uso do AZT administrado à mãe no início e durante o trabalho de parto e para o bebê durante sete dias. A taxa de transmissão foi de 25,1% no grupo que recebeu AZT e de 13,1% no grupo que recebeu nevirapina, o que corresponde a uma redução na transmissão vertical do HIV de 47% no grupo que recebeu nevirapina comparado com o grupo que recebeu AZT. Este regime curto, barato e simples pode diminuir a transmissão vertical nos países pobres. Os autores sugerem que a nevirapina seja oferecida a todas as gestantes, independente da realização do teste anti-HIV, nas regiões de elevada prevalência da infecção pelo HIV.

Na avaliação do conjunto desses trabalhos, fica evidente o benefício de intervenção com medicamentos, em especial o AZT, mesmo que iniciado tardiamente na gestação.

Importância da testagem sorológica da gestante

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a instituição de quimioterapia anti-retroviral a todas as grávidas infectadas pelo HIV.²¹

Todavia, para a adoção desta estratégia é fundamental a identificação da gestante portadora do HIV. Grande parte dessas gestantes desconhecem seu estado sorológico, são assintomáticas, não apresentam alterações ao exame físico e não têm “comportamento de risco”. Essas mulheres só serão identificadas se submetidas ao teste sorológico, o qual deve ser oferecido a todas as gestantes, preferencialmente no início da gestação, junto com os outros exames da rotina do pré-natal. O teste é voluntário, tem caráter confidencial e deve ser oferecido junto com informações que esclareçam a mulher das implicações que um resultado positivo acarreta. Deve-se explicar o que significa o exame, ser portadora do vírus, as conseqüências para o bebê e as vantagens das intervenções que podem diminuir a transmissão do vírus para o bebê. A isso se chama Aconselhamento Pré-Teste. Deve-se ser registrar no prontuário da paciente que o teste foi oferecido e qual a vontade da mulher (realizar ou não o teste). O resultado do exame deve, sempre que possível, ser comunicado à gestante pelo profissional que fez a solicitação e o aconselhamento pré-teste. Ao dar o resultado do exame, deve-se fazer o Aconselhamento Pós-Teste: no caso de resultado negativo, informar que o exame deve-se repetir nas futuras gestações, que esse resultado não significa imunidade e reforçar a importância das medidas preventivas. No caso de resultado positivo é necessário coletar uma segunda amostra de sangue para testes confirmatórios, encaminhar a paciente para o acompanhamento com profissional que avalie a função imune e a necessidade de tratamento anti-retroviral, informar a necessidade de testar o parceiro e a importância de não amamentar.

Conduta diante da gestante HIV positiva – Recomendações do Ministério da Saúde

Uma vez identificada a gestante portadora do HIV, é necessária a avaliação clínica e laboratorial, com quantificação de CD4 e da carga viral para estadiamento da infecção, o que, preferencialmente, deve ser feito por profissional habituado a tratar pacientes infectados pelo HIV.

Sabendo-se que o maior risco de transmissão vertical do HIV é durante o 3º trimestre e o momento do parto, e que quanto menor a carga viral materna, menor a possibilidade de transmissão, o objetivo da profilaxia anti-retroviral é fazer com que a gestante chegue ao momento do parto com a menor carga viral possível, de preferência indetectável ou abaixo de 1.000 cópias/ml. As diretrizes para o tratamento da gestante seguem as orientações do Consenso do Ministério da Saúde para Tratamento de Adultos e Adolescente²². A princípio o AZT deve fazer parte do esquema profilático de toda a gestante. No caso de contra indicação absoluta do seu uso, o AZT deve ser administrado durante o trabalho de parto, mesmo para as pacientes que estejam em uso de estavudina. A amamentação está contra-indicada.

O uso de anti-retrovirais durante o 1º trimestre deve ser avaliado pesando-se os riscos e benefícios. Esse é o período da organogênese, com potencial risco para o feto e é um período difícil de adesão satisfatória ao tratamento, devido à ocorrência de náuseas e vômitos freqüentes nessa fase da gestação. As mulheres que já estavam em tratamento

devem mantê-lo, trocando-se as drogas contra-indicadas na gravidez (ddC, efavirenz, abacavir, amprenavir, indinavir e hidroxiuréia) e, se possível, incluindo o AZT. A interrupção temporária do tratamento poderia acarretar aumento da carga viral da mãe, desenvolvimento de resistência viral e progressão mais rápida da imunodeficiência materna. Caso se opte pela interrupção do tratamento, todos os anti-retrovirais devem ser suspensos e reintroduzidos simultaneamente no segundo trimestre.

Para as gestantes assintomáticas que não estão em uso de medicação anti-retroviral deve-se adiar o início da profilaxia, evitando-a no 1º trimestre da gravidez. Durante este período deve-se avaliar a carga viral e a contagem de linfócitos CD4, pois esses exames auxiliam na decisão quanto ao esquema terapêutico a ser instituído.

Pacientes assintomáticas com CD4 acima de 350 células/mm³ devem receber profilaxia com AZT, segundo o protocolo 076 (300 mg de 12/12 horas). As pacientes que tenham carga viral igual ou superior a 10.000 cópias/ml deverão Ter um “reforço” da quimioprofilaxia a partir da 28ª semana, com a associação de mais dois anti-retrovirais: lamivudina (3TC) ou didanosina (ddI) e nelfinavir ou nevirapina. Este esquema triplo deverá ser mantido até o parto.

Pacientes sintomáticas, assim como as assintomáticas com CD4 abaixo de 350 células/mm³, devem receber profilaxia com três drogas (AZT + 3TC ou ddI + nelfinavir ou nevirapina) a partir da 14ª semana.

Durante a gestação, os possíveis efeitos colaterais devem ser monitorizados pela realização periódica de hemograma e dosagem de transaminases e da glicemia.

Independente do estágio clínico e da avaliação laboratorial toda a grávida infectada pelo HIV deve receber AZT durante o trabalho de parto e no parto, de preferência, por via endovenosa. A dose é de 2mg/Kg/minuto na primeira hora, seguida de 1mg/Kg/minuto até o nascimento do bebê e clameamento do cordão umbilical. O AZT é disponibilizado em ampolas para uso venoso e cada ampola de 20 ml contém 200 mg (10mg/ml), que deve-se diluir em solução de glicose a 5% na concentração de 1:3 (uma ampola diluída em 60 ml de SG5%). Se não houver disponibilidade do AZT venoso, ou na impossibilidade de administração por essa via, o AZT deve ser administrado por via oral: 300mg (o que corresponde a três cápsulas) a cada três horas. No caso de cesariana eletiva a infusão de AZT venoso deve ser iniciada três horas antes do início da cirurgia.

O recém-nascido deve receber o AZT por via oral, na dose de 2 mg/Kg a cada seis horas, iniciado nas primeiras 24 horas após o parto, preferencialmente até a 8ª hora de vida e mantido por 6 semanas. Na impossibilidade do uso por via oral, poderá ser administrado por via endovenosa, na dose de 1,5 mg/Kg de 6/6horas. As crianças prematuras, abaixo de 34 semanas de gestação, devem receber o AZT na dose de 1,5 mg/Kg, por via oral ou endovenosa, a cada 12 horas, nas duas primeiras semanas e 2 mg/Kg a cada 8 horas, por mais 4 semanas. Não há evidências de benefício quando a administração do AZT para o neonato é iniciado após 48 horas de vida, mas a indicação da quimioprofilaxia após este período fica a critério médico. O AZT deve ser instituído ao recém-nascido mesmo que a mãe não tenha recebido quimioprofilaxia anti-retroviral.

Idade gestacional	Clínica	CD4	Carga viral	Anti-retroviral
< 14 semanas	assintomática	independente	independente	Não iniciar
	sintomática	independente	independente	Esquema triplo
> 14 semanas	assintomática	> 350 cél/mm ³	<10.000 cópias/ml	AZT, protocolo 076
		< 350 cél/mm ³	>10.000 cópias/ml	AZT, protocolo 076. Esquema triplo após a 28ª semana
	sintomática	> 350 cél/mm ³	independente	Esquema triplo
		< 350 cél/mm ³	independente	Esquema triplo

Conduta diante da gestante que não foi testada durante a gravidez ou que não recebeu anti-retroviral profilático

A gestante que não foi testada durante a gravidez ou que não recebeu o resultado do exame antes de chegar à maternidade pode ser submetida ao teste rápido, após seu consentimento verbal, cujo resultado é disponível em cerca de 15 minutos.^{22,23} As gestantes que apresentem resultado reagente ao teste rápido devem receber quimioprofilaxia com AZT injetável e o recém-nascido deve receber AZT oral. A amamentação deve ser suspensa, mantendo-se a lactação até a confirmação do diagnóstico. Devido à possibilidade de ocorrência de resultados falso-positivos com o teste rápido, a gestante que apresente resultado reagente deve ser informada da possibilidade de estar infectada e deve ser submetida a testes de confirmação.

Decisão quanto ao tipo de parto – cuidados na condução do trabalho de parto

Sabe-se que a cesariana eletiva, ou seja, aquela realizada antes de a paciente entrar em trabalho de parto e antes que ocorra ruptura da membrana amniótica, reduz em muito a transmissão do HIV. Um estudo mostrou que nas mulheres que receberam profilaxia com AZT e foram submetidas a parto cesário eletivo a taxa de transmissão foi de 0%.²⁵ Por outro lado, na cesariana eletiva há o risco de prematuridade com todas as suas conseqüências, assim como maior morbi-mortalidade maternas em comparação ao parto normal.^{25,26} Embora o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia recomende a cesariana eletiva na 38ª semana,²⁸ essa opinião deve ser reavaliada segundo as características de cada população, nas diferentes regiões geográficas.²⁸⁻³⁰ A atual recomendação do Ministério da Saúde²¹ é que se avalie a carga viral na 34ª semana de gestação. Para as mulheres com carga viral igual ou superior a 1.000 cópias/ml ou desconhecida está indicada a cesariana eletiva, ou seja, realizada antes do início do trabalho de parto, com membranas amnióticas íntegras. A cirurgia deve ser planejada para a 38ª ou 39ª semana de gestação, a fim de evitar o parto prematuro. A confirmação da idade gestacional deve ser cuidadosamente estabelecida através da avaliação da data da última menstruação, da altura de fundo de útero e do ultra-sonografia realizada preferencialmente antes da 20ª semana. As mulheres com carga viral inferior a 1.000 cópias/ml na 34ª semana pode-se optar pelo parto vaginal. Neste grupo a cesariana pode ser indicada por questões obstétricas. Recomenda-se evitar o trabalho de parto prolongado, assim como a aminiotomia, os exames pélvicos repetidos e os procedimentos invasivos. Sempre que possível a episiotomia não deve ser realizada. O cordão umbilical deve ser clampeado imediatamente e o bebê deve ser lavado com água e sabão logo após o nascimento e a orofaringe do bebê deve ser aspirada para retirada das secreções maternas, porém de forma delicada para evitar traumatismos.

Durante o parto devem ser adotadas as medidas para prevenir a contaminação dos profissionais envolvidos na assistência ao parto (precauções universais).^{31,32}

Orientação para a mãe e o bebê após a alta da maternidade

O recém-nascido deve ser encaminhado, após a alta, para o acompanhamento com pediatra especializado, para a orientação quanto ao início de medicação profilática para pneumocistose, assim como para a orientação quanto ao esquema vacinal e realização de exames periódicos para determinar se ocorreu ou não a transmissão do HIV.

Após o término da gestação, a mulher volta a se enquadrar nas situações previstas no consenso para o tratamento anti-retroviral. Se ela não tiver indicação de tratamento, os anti-retrovirais usados na gravidez devem ser suspensos logo após o nascimento do bebê. Se a mulher estiver recebendo esquema anti-retroviral que contenha

nevirapina, esta medicação deve ser suspensa logo após o parto, enquanto que os outros anti-retrovirais devem ser mantidos por mais 3 a 5 dias, devido a características farmacocinéticas da nevirapina, para que ocorra resistência viral. Esquemas que não contenham nevirapina devem ser totalmente suspensos após o parto. A puérpera deverá retornar ao clínico que fará o acompanhamento da infecção pelo HIV.^{21, 22}

Recentemente o Ministério da Saúde iniciou a implantação da vigilância do HIV em gestantes e crianças expostas. Sendo assim, deverá ser feita a notificação de toda a gestante ou puérpera portadora do HIV, assim como das crianças expostas ao vírus.²

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico-Aids*, Ano XIII, nº3, outubro a dezembro/2000.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico-Aids*, Ano XIII, nº1, dezembro/1999 a junho/2000.
- PALELLA JR., F.J., DELANEY, K.M., MOORNAM, A.C. *ET AL.* Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N. Engl. J. Med.*, 1998; 338 (13): 853-860.
- LAW, M.G., DOWNS, A.M., BRUNET, J.B., KALDOR, J.M. Time trends in HIV infection among pregnant women in Europe. *AIDS*, 1998; 12 (2): 211-216.
- BESSENGER, R. Pregnancy is not associated with progression of HIV disease in women attending in the HIV outpatient program. *Am. J. Epidemiol.*, 1998; 147: 434-440.
- PECKHAM, C., GIBB, D. Mother-to-child transmission of the human immunodeficiency virus. *N. Engl. J. Med.*, 1995; 333: 298-302.
- VAN DYKE, R.B., KORBER, B.T., POPEK, E. *et al.* The Ariel Project: A prospective cohort study of maternal-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 in the era of maternal antiretroviral therapy. *J. Infect. Dis.* 1999; 179: 319-328.
- GARCIA, P.M., KALISH, L.A., PITT, J., *et al.* Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. *N. Engl. J. Med.*, 1999; 341 (6): 394-402.
- MOFENSON, L.M., LAMBERT, J.S., STIEHM, R., *et al.* Risk factors for perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 in women with zidovudine. *N. Engl. J. Med.*, 1999; 341 (6): 385-393.
- NEWELL, M.L., DUNN, D.T., PECKHAM, C.S. *et al.* Vertical transmission of HIV-1: maternal immune status and obstetric factors. The European Collaborative Study. *AIDS*, 1996; 10 (14): 1675-1681.
- LEROY, V., NEWELL, M.L., DABIS, F. *et al.* International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. *Lancet*, 1998; 352: 579-600.
- BOBAT, R., MOODLEY, D., COUTSODIS, A. *et al.* Breastfeeding by HIV-1 infected women and outcome in their infants: a cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 1997; 11: 1627-1633.
- DUNN, D.T., NEWELL, M.L., AEDES, A.E., PECKHAM, C.S. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet*, 1992; 340: 585-588.
- CONNOR, E.M., SPERLING, R.S., GELBER, R., *et al.* Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N. Engl. J. Med.*, 1994; 331 (18): 1173-1180.
- WADE, N.A., BIRKHEAD, G.S., WARREN, B.L., *et al.* Abbreviated regimens of zidovudine prophylaxis and perinatal transmission of the human immunodeficiency virus. *N. Engl. J. Med.*, 1998; 339 (20): 1409-1414.
- SHAFFER, N., CHUACHOWONG, R., MOCK, P.A., *et al.* Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999; 353: 773-780.
- WIKTOR, S.Z., EKPINI, E., KARON, J.M., *et al.* Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial. *Lancet*, 1999; 353: 781-785.
- DABIS, F., MSELLATI, P., MEDA, N., *et al.* 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicenter trial. *Lancet*, 1999; 353: 786-792.
- SABA, J. UNAIDS, 6th Conference on retroviruses and opportunistic infection, Jan 31- Feb 4. Chicago, 1999.

20. GUAY, L.A., MUSOKE, P., FLEMING, T., *et al.* Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet*, 1999; 354: 795-802.
21. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids. *Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. 2001.
22. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids. *Infecção pelo HIV em Adultos e Adolescentes: Recomendações para Terapia Anti-retroviral*. 2001.
23. MINKOFF, H., O'SULLIVAN, M.J. The case for rapid HIV testing during labor. *JAMA*, 279 (21): 1743-4, 1998.
24. THE INTERNATIONAL PERINATAL HIV GROUP. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1 – a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N. Engl. J. Med.*, 1999; 340 (13): 977-987.
25. KIND, C., RUDIN, C., SIEGRIST, C.A., *et al.* Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effects of elective cesarean section and zidovudine prophylaxis. *AIDS*, 1998; 12 (2): 205-210.
26. BULTERYS, M., CHAO, A., DUSHIMIMANA, A., *et al.* Fatal complications after cesarian section in HIV infected women. *AIDS*, 1996; 10 (8): 923-924.
27. SEMPRINI, A.E., CASTAGNA, C., RAVIZZA, M. *et al.* The incidence of complications after caesarean section in 156 HIV-positive women. *AIDS*, 1995; 9 (8): 913-917.
28. BARTLETT, J.G., Opinião do Comitê do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia. "A cesariana eletiva e a prevenção da transmissão vertical na infecção pelo HIV." *The Hopkins HIV Report*, 1999; 11(6): 7.
29. HUDSON, C.N. Elective caesarean section for prevention of vertical transmission of HIV-1 infection. *Lancet*, 1999; 353: 1030-1031.
30. STRINGER, J.S.A., ROUSE, D.J., GOLDENBERG, R.L. Prophylactic cesarean delivery for the prevention of perinatal human immunodeficiency virus transmission. *JAMA*, 1999; 281 (20): 1946-1949.
31. THE EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY. Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV-1 infection. *Lancet*, 1994; 343: 1464-1467.
32. LAMBERT, J.S., NOGUEIRA, S.A. *Manual para o acompanhamento clínico da gestante infectada pelo HIV*. 3ª ed, Rio de Janeiro, 1998.

Endereço para correspondência:

Kátia ML Azevedo

Rua Frederico M. Figueiredo 340 – Maria Paula

S. Gonçalo – RJ. CEP: 24754-210

e-mail: katiamartinsla@bol.br

Assine DST • www.uff.br/dst/

ÍNDICE DO VOLUME 13, 2001

NÚMERO 1, 2001

INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE IN BRAZIL - pág. 5
Mauro RL Passos

INTERNATIONAL AIDS SOCIETY - pág. 9

THE DURBAN DECLARATION - pág. 14
Hiv Causes Aids. Curbing the Spread of this Virus Must Remain the First Step Towards Eliminating this Devastating Disease

TIME TO TURN THE TIDE - pág. 16
Opening statement - XII International Aids Conference Durban, South Africa 9th July, 2000
Peter Piot — Executive Director — UNAIDS

SPEECH OF THE PRESIDENT OF SOUTH AFRICA, THABO MBEKI, AT THE OPENING SESSION OF THE 13TH INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE: DURBAN, JULY 9, 2000 - pág. 17

OUR COMMITMENT TO THE NEXT GENERATION: IAS SATELLITE SYMPOSIUM - pág. 20
XII INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE

"THE DEAFENING SILENCE OF AIDS" - pág. 23
PLENARY PRESENTATION
Mr. Justice Edwin Cameron — High Court of South Africa, Johannesburg

MARCH FOR HIV/AIDS TREATMENT - pág. 27

ETHICS OF AIDS RESEARCH IN A DEVELOPING COUNTRY - BALANCING POWER IN DISGUISE - pág. 31
MW Makgoba MB, ChB, DPhil, FRCP, FRSSA President of the Medical Research Council

ADVANCES IN HIV/AIDS TREATMENT - pág. 35
Mauro Schechter, Plenary Presentation, July 11, 2000

RESEARCH SUBJECTS IN DEVELOPING AND DEVELOPED COUNTRIES SHOULD HAVE THE SAME STANDARD OF CARE - pág. 40
Jorge Belo qui, USP — Brazil

NÚMERO 2, 2001

DURBAN 2000, CRÔNICA DE UM CONGRESSO: DO "BREAK THE SILENCE" AO JOIN THE FIGHT - pág. 3
Roberto Luiz Brant Campos

CONTRIBUIÇÃO PARA MELHORA DA PRÁTICA FARMACÊUTICA NO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM QUEIXA REFERENTE ÀS DST EM CAMPO GRANDE - MS - pág. 5
Contribution to the improvement of pharmacy services at attendance of with STD com plants in Campo Grande — MS
Maria E A Ajalla e Lia L C Castro

EDUCAÇÃO NA PREVENÇÃO DAS DST COM FAMILIARES DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA - pág. 18
Education in the Prevention of STD with family of auditory carrier
Maria G T Barroso, Maria L F Aguiar e Keila F Oliveira

CONTROLE DAS DST/AIDS EM ÁREA INDÍGENA: O MERCADO SIMBÓLICO DO ALTO RIO NEGRO - pág. 23
STD/AIDS control among indigenous areas: the symbolic market of upper Rio Negro
Luiza Garnelo, Inesita Araújo, Raimunda M Silva, Adele Benzaken, Luiz C Dias, Adriana Encarnação, Sully Sampaio, Flora M Oliveira e Esron Rocha

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE PAPILOMAVÍRUS HUMANOS EM LESÕES DO TRATO GENITAL MASCULINO - pág. 27
Prevalence Study of Human Papillomavirus infection in male genital lesions
Silvia MB Cavalcanti, Maria OO Carvalho, Erinaldo A Souza, Bianca B Rolim, Bianca M Maciel, Juliana VM Passos, Luciana M Ramos, Ledy HS Oliveira, Mauro R L Passos

DETECÇÃO DE PAPILOMAVÍRUS HUMANOS PELA TÉCNICA DE CAPTURA HÍBRIDA: ESTUDO PRELIMINAR - pág. 32
Detection of Human Papillomavirus infection by using the Hybrid Capture: Study Preliminary
Maria OO Carvalho, Ricardo W Almeida, Fátima MS Leite, Ilza B Fellows, Mariza H Teixeira, Silvia MB Cavalcanti

PREVALÊNCIA DO HIV EM PORTADORAS DE NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL CERVICAL DE ALTO GRAU - pág. 37
HIV Prevalence in Women with Cervical Intraepithelial Neoplasia
Fabio Russomano, Aldo Reis, Maria J Canargo, Beatriz Grinszteln, Glenda C Barbosa

ESTADO DO GENE PARA P53 E INFECÇÃO POR PAPILOMAVÍRUS EM PACIENTES COM NEOPLASIA CERVICAL - pág. 40
P53 Status and Papillomavirus Infection in Patients Presenting Cervical Neoplasia
Ledy HS Oliveira, André P Fernandez, Brunno LS Xavier, Eliane VM Rodrigues, José AS Pantaleão, Silvia MB Cavalcanti

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DST POR MEIO DA NOTIFICAÇÃO DE CASOS: UMA NOVA ABORDAGEM - pág. 44
Unidade de Epidemiologia — Coordenação Nacional de DST e Aids SPS/Ministério da Saúde — Brasil

NÚMERO 3, 2001

SÍFILIS CONGÊNITA, AINDA UM DESAFIO - pág. 3
Mauro Cunha Ramos

FREQUÊNCIA DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS, UREAPLASMA UREALYTICUM E MYCOPLASMA HOMINIS NA ENDOCÉRVICE DE MULHERES NO MENACME - pág. 5
Frequency of Chlamydia trachomatis, ureaplasma and mycoplasma hominis in endocervix of women during menacme
Márcia CAA Frias, Cláudio FA Pereira, Vandira MS Pinheiro, Marcia S Pinheiro, Carolina F Rocha

TRATAMENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA COM AZITROMICINA - pág. 27
Treatment of the acquired syphilis with azithromycin
Mauro RL Passos, Rubem A Goulart Filho, Altamiro, VV Carvalho, Nero A Barreto, Auri VS Nascimento, Renata Q Varella, Vandira MS Pinheiro, Rogério R Tavares, Cláudio CC Santos, Patrícia MC Azevedo

AZITROMICINA NO TRATAMENTO DE SÍFILIS RECENTE NA GRAVIDEZ - pág. 33
Azithromycin in the treatment of the early syphilis during pregnancy
Mauro RL Passos, Renato Bravo, Nero A Barreto, Renata Q Varella, Cláudio CC Santos, Auri VS Nascimento, Maurício H Morelli

NÚMERO 4, 2001

ABORDAGEM ATUAL DA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL - pág. 3
Isabel C C Vai, Gutenberg L Almeida Filho

SÍFILIS E GRAVIDEZ: AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO NAS GESTANTES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DE ESCOLA - UFRJ - pág. 6
Syphilis and pregnancy - estimate of occurrence and risk factors in pregnant women under the care of Maternidade Escola - UFRJ
Renato AM Sá, Rita BG Bornia, Alfredo A Cunha, Cristiane A Oliveira, Guilherme PG Rocha, Eduardo B Giordano

PERFIL DO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE NO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - pág. 9
Adolescents at the STD Sector of the Universidade Federal Fluminense
Tomaz B Isolani, Altamiro W Carvalho, Gutenberg L Almeida Filho, Mauro RL Passos, Renato S Bravo, Vandira MS Pinheiro

PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO PELO HIV E SÍFILIS EM SISTEMA CORRECIONAL PARA ADOLESCENTES - pág. 35
Prevalence of hiv infection and syphilis among adolescents in a juvenile justice system
Angélica E Miranda, Adriana M Zago

VIOLÊNCIA SEXUAL, VULNERABILIDADE E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - pág. 40
Sex offenses, vulnerability and sexually transmitted diseases
Jair N Reis, Carmen CS Martin, Sônia MV Bueno

SEXUALIDADE, DST/AIDS E ADOLESCÊNCIA: NÃO QUERO FALAR, TENHO VERGONHA - pág. 46

Sexuality, STD/Aids and adolescent: i don't want to talk, i'm ashamed
Neiva FC Vieira Tereza CH Paiva Maria SM Sherlock

NEUROSSIFILIS APRESENTAÇÃO COMO POLIRRADICULOPATIA LOMBAR: RELATO DE CASO - pág. 52

Neurosyphilis as a lum bar polyradiculopathy: case report
Luiz AC Barra, Eleni A Beda que, Fabio LB Martinelli, Débora C Macedo, Augusto CP Oliveira

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS AO PARVOVÍRUS HUMANO B19, INCLUINDO A ANEMIA PERSISTENTE NA AIDS E EM OUTRAS FORMAS DE IMUNODEPRESSÃO - pág. 55

Clinical problems related to Human Parvovirus B19, including protracted anemia in Aids and other forms immunodeficiency
Sérgio Setúbal, Solange A Oliveira, Flávia de Angeles, Ana Cristina Seródio, Jussara P Nascimento

NÚMERO 4, 2001**HPV, QUE BICHO É ESSE?** - pág. 3

Mauro Romero Leal Passos

UTILIDADE DO ESCORE DE RISCO PADRÃO DO BRASIL NA AVALIAÇÃO DA INFECÇÃO GONOCÓCICA EM MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL - pág. 4

Usefulness of the Brazilian standart - risk scor in the evaluation of gonococcal infection in women vaginal discharge
Adele S. Benzaken, Valderiza Pedrosa G. Garcia, João Dutra, Jose Carlos G. Sardinha

CONDILOMATOSE NA GESTAÇÃO - pág. 8

Condyloma in pregnant
Tricia M Assad, Mauro RL Passos, Gutemberg L Almeida Filho, Renato S Bravo, Vandira MS Pinheiro

COMPORTAMENTO SEXUAL DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO HIV/AIDS - pág. 17

Feminine sexual behavior in relation to HIV/AIDS
Monica P Trindade, Marcos R Schiavo

A PRÁTICA DO HOMOSSEXUALISMO ENTRE MULHERES DETENTAS E A VULNERABILIDADE AS DST/AIDS - pág. 23

The homosexuality among prisoners women and the vulnerability to STD/Aids
Anney T Giordani, Sônia MV Bueno

MULHERES DETENTAS - PREVENÇÃO AS DST/AIDS E GRAVIDEZ NO CONTEXTO DE UMA SOCIEDADE PATRIARCALISTA - pág. 36

The prisoner of w omen-prevention to DST-help and pregnancy in context of a patriarchal society
Anney T Giordani, Sônia MV Bueno

PESQUISA EM AIDS: DIFICULDADES DE ADESÃO PELOS INDIVÍDUOS SORONEGATIVOS - pág. 43

Aids research: adhesion difficulty for Hiv-negative individuals
Fernanda P Santos, Alcyone A Machado

PESQUISA - AÇÃO SOBRE SEXUALIDADE, DST/AIDS COM ENFERMEIROS PROFESSORES DE ESCOLA DE ENFERMAGEM - pág. 46

Research - action about sexuallty, Std/Aids with nurse teachers from nursing school
Sandra CS Miyasaki, Sônia MV Bueno

NÚMERO 6, 2001**DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA** - pág. 3

Renato de Souza Bravo

PROJETO CAMINHONEIROS CONSCIENTIZANDO PARA PREVENÇÃO DA AIDS - pág. 4

Truck Drivers Project - Becoming Aware for Prevention of the Aids
Evania Nascimento, Sonia M V Bueno, Erlon Cristian Lopes

ESTUDO COMPARATIVO DO TRATAMENTO DA CONDILOMATOSE VULVAR EM MULHERES HIV + E HIV - pág. 8

A Comparative Study of the Treatment of Vulvar Condilomatosis in HIV + and HIV - Women
Luiz F Sampaio Neto, Marcelo V Ramalho, Miguel S Campos Jr., Neil F Novo, José C Menegoci

A MATERNIDADE PARA MULHERES DETENTAS E A TRANSMISSÃO VERTICAL DAS DST/AIDS - pág. 12

The Maternity to prisoners Women and ehe Vertical Transmission of Dst/Aids
Anney T Giordani, Sônia MV Bueno

PESQUISA - AÇÃO SOBRE DST/AIDS, E DROGAS COM PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE ESCOLA MUNICIPAL DE UMA CIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO - pág. 25

Research-action on Std/Aids and Drugs Involving Municipal Elementary School Teachers in São Paulo Inland - Brazil
Sandra CS Miyasaki, Sônia MV Bueno

O USO DE PRESERVATIVO PELOS ALUNOS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA, EM UMA ABORDAGEM SOCIOCULTURAL A RESPEITO DA AIDS - pág. 31

The Use of Condom by the Students of Medical College of Barbacena - A Social Cultural Approach Related to Aids
Ângelo D Feres, Dilermando F Rezende, Fábio HW Botelho, Frederico G Câmara, Gustavo AM Pinto Luciana CF Martins, José O Costa

"SUSCEPTIBILIDADE DE CEPAS DE NEISSERIA GONORRHOEAE AOS ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS PARA O TRATAMENTO DE URETRITES E CERVICITES GONOCÓCICAS EM AMBULATÓRIO DE DST DE MANAUS - BRASIL" - pág. 36

"Susceptibility of Neisseria gonorrhoeae Strains to the Antibiotics Used for Treatment of Urethral and Cervical Discharge at a STD Ambulatory in Manaus - Brazil"
William A. Ferreira; José Carlos G. Sardinha; Antonio P. M. Schettini; Cristina M. Ferreira; Adele S. Benzaken

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NO CONTEXTO DE DITAS "DONAS DE CASA" - pág. 41

Sexually Transmitted Diseases in the Context of the House Wife
Marc Arthur Loureiro Storck

TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA - COMO REDUZIR O RISCO? - pág. 49

Mother-to-child Transmission of Human Immunodeficiency virus - how to reduce the risk?
Kátia M. L. Azevedo

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

DIRETRIZES PARA A PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

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

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

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

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

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

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

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

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

• Artigo em periódico

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

• Livro ou monografia

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

• Capítulo em livro

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

• Trabalho apresentado em congresso ou similar já publicado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEITURA RECOMENDADA AOS AUTORES

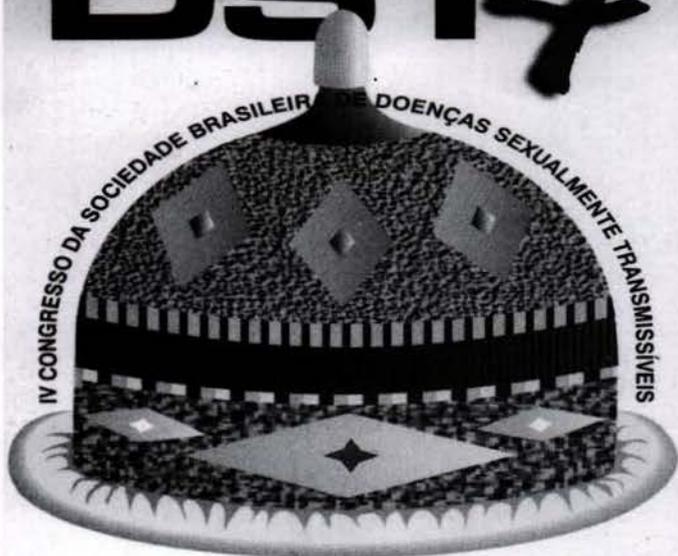
- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *JAMA*, 1993, 169: 2282-2286

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

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

Os trabalhos deverão ser enviados para:
DST - Jornal Brasileiro de DST - Setor DST
R. Prof. Hernani de Melo, 101 - Anexo
CEP: 24210-130 - Niterói - RJ.

Participe! DST4



Manaus 2002

Sabe o que espera por você em 2002? A maior floresta do planeta; uma fauna e uma flora grandiosas, rios tão grandes que parecem mares; uma cidade bonita, com um povo simpático e hospitaleiro... E destacadas personalidades do país e do exterior no combate às doenças sexualmente transmissíveis e à aids.

Manaus espera por você em 2002. Por favor, não falte.

Contatos para: Fundação Alfredo da Matta - FUAM - Av. Codajás, 24, Cachoeirinha, CEP 69065-130 - Manaus - AM. Fone/fax (92)663-8922; e-mail: fuam@prodamnet.com.br. Falar com Sra. Zulema.



Você, que se preocupa com as DST e a aids no Brasil...

... está convidado para uma reunião de cúpula...

VEJA

www.fuam.am.gov.br/congressodst

... no ano de 2002.

Assine DST

JORNAL BRASILEIRO DE
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

ASSINATURA ANUAL — 6 NÚMEROS

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

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

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

• Enviar cheque nominal e cruzado para Sociedade Brasileira de DST - Av. Roberto Silveira, 123. Icaraí - Niterói - RJ. CEP 24340-160.
e-mail: mipmaur@vm.uff.br. www.uff.br/dst/